



ANALES DEL CONCEJO

DE BOGOTÁ, D.C.

PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO I N°. 2772 DIRECTOR: DAGOBERTO GARCÍA BAQUERO. JUNIO 12 DEL AÑO 2018

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO N° 268 DE 2018 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL RECONOCIMIENTO “CONDUCTOR DE VIDA” A LOS CONDUCTORES DE AMBULANCIA AL SERVICIO DEL DISTRITO CAPITAL”	4812
PROYECTO DE ACUERDO N° 269 DE 2018 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE INCLUYE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL HERPES ZOSTER DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL”	4834
PROYECTO DE ACUERDO N° 270 DE 2018 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”...	4850
PROYECTO DE ACUERDO N° 271 DE 2018 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTEN SERVICIOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	4861

PROYECTO DE ACUERDO N° 268 DE 2018

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL RECONOCIMIENTO “CONDUCTOR DE VIDA” A LOS CONDUCTORES DE AMBULANCIA AL SERVICIO DEL DISTRITO CAPITAL”

1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO

El objeto de la presente iniciativa es crear un reconocimiento simbólico a los conductores de ambulancia del sector público al servicio del Distrito Capital.

2. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

PROYECTO DE ACUERDO	TRÁMITE
244 de 2016: Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores de ambulancia al servicio del Distrito Capital.	Ponencia negativa del Concejal Roberto Hinestrosa Rey y Ponencia Positiva del Concejal Manuel José Sarmiento Arguello. El proyecto fue priorizado, agendado y

	archivado por no haberse alcanzado a debatir.
450 de 2016: Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores de ambulancia al servicio del Distrito Capital	Ponencia positiva del Concejal Nelson Castro Rodríguez y Ponencia positiva con modificaciones del Concejal Roberto Hinestrosa Rey. Archivado por no haberse alcanzado a debatir.
004 de 2017 : Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores de ambulancia al servicio del Distrito Capital	Ponencia positiva de Venus Albeiro Silva Gómez y ponencia positiva conjunta con modificaciones de los concejales Diego Andrés Molano y Luz Marina Gordillo Salinas. Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.
171 de 2017 : Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores de ambulancia al servicio del Distrito Capital	Ponencia positiva de Venus Albeiro Silva Gómez y ponencia positiva conjunta con modificaciones de José David Castellanos Orjuela
341 de 2017: Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores de ambulancia al servicio del Distrito Capital	Ponencia positiva de Cesar A. Gaviria Vargas y ponencia positiva con modificaciones de Luz Marina Gordillo Salinas.
004 de 2018: Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores de ambulancia al servicio del Distrito Capital	Radicado para las sesiones ordinarias del mes de febrero; el proyecto de acuerdo no fue sorteado.
137 de 2018: Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores de ambulancia al servicio del Distrito Capital	Ponencia positiva conjunta con modificaciones de Yefer Yesid Vega y Ricardo Andres Correa

En cuanto a los comentarios de la Administración se estableció que *“desde el punto de vista técnico, los conductores de ambulancia no sólo conducen el vehículo, sino que apoyan al personal de salud en la atención del paciente durante su traslado, reciben información y*

entrenamiento en misión médica, legislación sobre vehículos de emergencia, importancia de la bioseguridad entre otros”.

La Secretaría de Salud reitera los factores que se deben tener en cuenta para el reconocimiento que se quiere hacer a través del Proyecto son: ¹

- Un mínimo de diez (10) años desempeñándose como conductor de vehículo de emergencia.
- Calificación de destacado o sobresaliente en sus evaluaciones de desempeño laboral en los últimos tres (3) años.
- No haber sido sancionados en los últimos cinco (5) años).
- No haber sido sancionados con comparendos en los últimos diez (10) años en la conducción de los vehículos de emergencia.

También, La Secretaria de Movilidad emite concepto favorable al Proyecto, siempre y cuando se lleve a cabo bajo un condicionamiento relacionado con el cumplimiento estricto del requisito de no haber sido sancionado con comparendos en los últimos diez años en la conducción de vehículos de emergencia, evidenciando un comportamiento ejemplar que demuestre respeto por la vida y normas de tránsito y de convivencia.

La secretaria de Movilidad, dando alcance al reconocimiento que refiere el proyecto, contribuirá con el diseño de programas de capacitación en temas de seguridad vial y cultura para la movilidad dirigidos a esta población, los cuales podrán ser ejecutados por el grupo de pedagogía de la Secretaría Distrital de Movilidad²

Es así que la Administración Distrital emitió concepto de viabilidad, condicionada a realizar el respectivo ajuste del artículo 3° de la presente iniciativa; con estas modificaciones no se cambia el objeto del Proyecto y por ende fueron acogidos en el Proyecto.

3. SUSTENTACION DEL PROYECTO DE ACUERDO

El proyecto de acuerdo, se encuentra sustentado en el importante trabajo que realizan los conductores de vehículos, en este caso se exalta la labor de aquellos que conducen

¹ Concepto de la Administración al Proyecto de Acuerdo 171 de 2017, Radicado No. 20171700152061, del 09-05-2017

² Concepto de la Administración al Proyecto de Acuerdo 171 de 2017, Radicado 20171700152061, del 09-05-2017

vehículos de vida, sin embargo, a lo largo del proyecto se observa como se hace alusión a todo tipo de conductor, así:

Hay miles de vehículos viajando en las vías cada día. Aparte de ellos hay

Varios tipos de ambulancias respondiendo a cientos de miles de llamadas.

ES necesario considerar que “el trauma es la principal causa de muerte durante las primeras cuatro décadas de la vida y la cuarta causa de muerte de todos los grupos de edad, solo superado por las enfermedades cardiovasculares -otro importante ejemplo de nuestro tema en cuestión - y el cáncer. Algunos otros datos dignos de ser tomados en cuenta nos señalan que cada año se producen cerca de 70 millones de lesiones, 10 a 15 millones de las cuales son incapacitantes y alrededor de 175.000 fatales. La tasa de traumatismo es de 1000 por millón de habitantes, y ocupa el 12% de las plazas hospitalarias. Pero lo más trágico es que hasta un 40% de las muertes por traumatismo son evitables mediante medidas preventivas y sistemas de atención traumatológica regional con transporte adecuado y oportuno de estos pacientes” Un análisis multivariado demostró que cerca del 50% de los fallecimientos estuvo relacionado con la severidad de las lesiones, el tipo de transporte utilizado y la demora en recibir los cuidados definitivos.³

En este sentido, sobre el conductor de ambulancia recae una tremenda responsabilidad. Las ambulancias están diseñadas para llevar con seguridad el personal y el equipamiento a la escena de una emergencia y p transportar la preciosa carga humana necesitada de cuidado médico un centro asistencial.

Bajo condiciones de emergencia, el conductor debe asumir la responsabilidad, por la seguridad, y el manejo eficaz para llegar a su destino. Alrededor del mundo, el valor de los programas de entrenamiento para Conductores de ambulancias ha sido largamente reconocido. Durante los últimos años los Programas de Conducción Segura de Ambulancias, han resultado evidentes como consecuencia de los choques en los que se encontraron involucrados.

El resultado de estos accidentes se ha traducido en serias lesiones, muertes

y juicios entre los miembros de la comunidad, los propietarios de los servicios de emergencias tanto privados como gubernamentales y los conductores de este tipo de vehículos, así como también el enorme gasto en reparaciones de los vehículos siniestrados.

³ Córdoba de la Quintana y otros. (2004) Importancia Histórica de la ambulancia en la epidemiología. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Vol. 10 N° 1 - 2 Enero - Diciembre, 2004

Se han realizado serios intentos para identificar las causas de dichos choques y aislar las variables más comunes.⁴

Bogotá como ciudad necesita generar estrategias que contribuyan con la

Educación vial, que según la ley 1503 de 2011, consiste en acciones educativas, iniciales y permanentes, cuyo objetivo es favorecer y garantizar el desarrollo integral de los actores de la vía, tanto a nivel de conocimientos sobre la normativa, reglamentación y señalización vial, como a nivel de

hábitos, comportamientos, conductas y valores individuales y colectivos, de tal manera que permita desenvolverse en el ámbito de la movilización y el tránsito en perfecta armonía entre las personas y su relación con el medio ambiente, mediante actuaciones legales y pedagógicas, implementadas de forma global y sistémica, sobre todos los ámbitos implicados y utilizando los recursos tecnológicos más apropiados.

Un aspecto que merece nuestra reflexión es el transporte sanitario: uno de los avances mundiales en el manejo de los poli traumatizados, ha sido la creación de los sistemas de rescate, pues permite la valoración inicial, el triage y el comienzo de la estabilidad del lesionado en el sitio del accidente y el traslado hacia el hospital adecuado, optimizando el tiempo. Los primeros 60 minutos que siguen en un accidente determinarán, por la general, si el paciente morirá o vivirá⁵.

Para el Concejo de Bogotá es muy importante que los conductores de las ambulancias, como parte fundamental en la cadena que salva vidas, tengan un reconocimiento permanente a su labor. Es una manera de motivarlos a ellos y a sus empresas a hacer su trabajo cada día mejor. Es una manera de incidir en la seguridad vial de la ciudad porque tendríamos a cientos de estos conductores comprometidos y motivados en un trabajo que reconoce sus buenas prácticas.

Este tipo de iniciativas, donde se reconocen las conductas amables y se premia el trabajo bien hecho, son fundamentales en el aspecto laboral, especialmente en el área de servicios. El compromiso que un empleado desarrolle frente a su empresa es una gran ayuda para el logro de las tareas individuales y de los objetivos de la misma. Bogotá tiene cerca de 400 conductores de ambulancia, de los cuales 110 son de planta y 250 por contrato. Bajo este marco, la presente iniciativa es una forma de reconocer el esfuerzo de estos conductores y generar un incentivo para que continúen motivados con su trabajo.

4La prevención de Riesgos Para Conductores de Ambulancia. (n.d.). Retrieved June 5, 2017, from http://www.paritarios.cl/consejos_prevision_conduccion_ambulancias.htm

5 Córdoba de la Quintana y otros. (2004) Importancia Histórica de la ambulancia en la epidemiología. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Vol. 10 N° 1 - 2 Enero - Diciembre, 2004

No se puede desconocer el trabajo tan importante que realiza la agremiación de conductores al servicio de Distrito Capital en temas relacionados con la capacitación que imparten a los conductores, que es uno de los insumos principales para la prestación de un buen servicio.

Adicional a esto, dentro de la ponencia observamos cómo se contextualiza la situación tanto nacional como internacionalmente, encontrando ejemplos en Chile y Medellín, así como diversos proyectos de acuerdo que ha impulsado el cabildo, enfocados en fortalecer las buenas prácticas al volante.

4. JUSTIFICACION

En Bogotá hay una ambulancia pública por cada 60 mil habitantes, en este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que por cada 25 mil habitantes debe haber una ambulancia disponible. Además, según datos de la Administración, a diario se presentan 2.500 incidentes, de los cuales 750 requieren una ambulancia (uno de cada tres). En 2015, de todas las llamadas que recibió el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) en la que solicitaban ambulancias – advierte la Secretaría de Salud–, 7 de cada 10 fueron desde entidades privadas y apenas una fue por emergencia vital. Las localidades que más piden servicios de ambulancia son: Suba, Engativá, Kennedy y Ciudad Bolívar⁶

La bancada del partido verde manifiesta que la tasa de traumatismo ocupa el 12% de las plazas hospitalarias, y que un 40% de las muertes por traumatismo pueden evitarse si se cuenta con medidas preventivas y un transporte adecuado y oportuno de los pacientes. Asimismo señalan que un análisis multivariado demostró que cerca del 50% de los fallecimientos estuvo relacionado con la severidad de las lesiones, el tipo de transporte utilizado y la demora en recibir los cuidados definitivos⁷

En este sentido, el conductor de ambulancia tiene una importante responsabilidad en cuanto a la conservación de la vida humana. Las ambulancias son vehículos destinados a proporcionar atención médica a pacientes que se encuentran lejos de un hospital o para transportar al paciente a un centro médico.

⁶ Tomado de: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/radiografia-del-servicio-de-ambulancias-bogotaarticulo-630822>
⁷ Córdoba de la Quintana y otros. (2004) Importancia Histórica de la ambulancia en la epidemiología. Archivos Bolivianos de la historia de la Medicina. Vol. 10 N° 1 - 2 Enero - Diciembre, 2004.

En este sentido, el conductor asume la responsabilidad por la seguridad del paciente. Mundialmente, los programas de entrenamiento para conductores de ambulancias han cobrado un importante valor para la prestación de un servicio adecuado.

Bogotá necesita generar estrategias que contribuyan a la seguridad vial, de conformidad con la ley 1503 de 2011, consiste en promover en las personas la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Para el Concejo de Bogotá, es muy importante que los conductores de las ambulancias, quienes ostentan un deber importante en el proceso de funcionamiento de la prestación de servicios de emergencias de la ciudad, tengan un reconocimiento a su labor, esto con el fin de mejorar y cualificar su labor motivándolos a adoptar conductas apropiadas de conducción eficiente. Es una manera de motivarlos a realizar su trabajo de manera segura y responsable.

Bogotá tiene cerca de 400 conductores de ambulancia, de los cuales 110 son de planta y 250 por contrato. Bajo este marco, la presente iniciativa es una forma de reconocer el esfuerzo de estos conductores y generar un incentivo para que continúen motivados con su trabajo.

5. CONTEXTO INTERNACIONAL

5.1 LORCA (España)

Reconocimiento de bronce de la marca AENOR a la trayectoria e innovación de la plantilla de ambulancias de Lorca (España). Reconocimiento municipal de Lorca a la plantilla de ambulancias de Lorca en que el concejal de emergencias, Eduardo Sánchez Abad y el coordinador de emergencias del ayuntamiento de Lorca, Ricardo Villalba destacaron el capital humano, bien formado y motivado que tiene la empresa. Asimismo, se resaltó la tecnología de primer orden con la que cuenta la empresa que ha permitido ser ejemplo de prevención y movilización de recursos.

Ambulorca es una apuesta diferente de profesionalidad y de Calidad, con un compromiso adquirido y certificado por AENOR en el año 2002. Entre otros fines cabe destacar la gran capacidad de innovación, enfrentándose a nuevos retos y a nuevos proyectos.

5.2 CHILE

Por otro lado, Daniel Adaro, alcalde de Antofagasta, Chile, realizó en el 2008 la entrega de un reconocimiento a 19 trabajadores del área de atención primaria de los consultorios médicos por la gestión y trabajo que a diario realizan en beneficio de la comunidad.



La ceremonia efectuada en la Municipalidad de Antofagasta sirvió para reconocer la labor de choferes y camilleros de ambulancias, quienes colaboran desinteresadamente en situaciones de real emergencia como fue el pasado terremoto de noviembre en la Segunda Región de Chile, así como también durante los ejercicios en el simulacro de tsunami⁸

Para el Concejo de Bogotá es muy importante que los conductores de las ambulancias, como parte fundamental en la cadena que salva vidas, tengan un reconocimiento permanente a su labor. Es una manera de motivarlos a ellos y a sus empresas a hacer su trabajo cada día mejor. Es una manera de incidir en la seguridad vial de la ciudad porque tendríamos a cientos de estos conductores comprometidos y motivados en un trabajo que reconoce sus buenas prácticas.

Este tipo de iniciativas, donde se reconocen las conductas amables y se premia el trabajo bien hecho, son fundamentales en el aspecto laboral, especialmente en el área de servicios. El compromiso que un empleado desarrolle frente a su empresa es una gran ayuda para el logro de las tareas individuales y de los objetivos de la misma. Bogotá tiene cerca de 400 conductores de ambulancia, de los cuales 110 son de planta y 250 por contrato. Bajo este marco, la presente iniciativa es una forma de reconocer el esfuerzo de estos conductores y generar un incentivo para que continúen motivados con su trabajo.

No se puede desconocer el trabajo tan importante que realiza la agremiación de conductores al servicio de Distrito Capital en temas relacionados con la capacitación que imparten a los conductores, que es uno de

los insumos principales para la prestación de un buen servicio. Adicional a esto, dentro de la ponencia observamos cómo se contextualiza la situación tanto nacional como internacionalmente, encontrando ejemplos en Chile y Medellín, así como diversos proyectos de acuerdo que ha impulsado el cabildo, enfocados en fortalecer las buenas prácticas al volante.

5.3 NORUEGA – COLOMBIA - LIBANO

En el año 2015 la Cruz Roja Noruega, en conjunto con la Cruz Roja Colombiana y la Cruz Roja Libanesa, organizó dos talleres para conductores de ambulancias, miembros del personal y coordinadores operacionales de doce Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

⁸ http://www.mercurioantofagasta.cl/prontus4_noticias/site/artic/20080129/pags/20080129000544.html

Su misión consistió en identificar las mejores prácticas para que los servicios de ambulancia y prehospitalarios sean más seguros, garantizando que los enfermos y los heridos reciban atención de calidad, también en condiciones difíciles, pensando en su seguridad⁹

6. CONTEXTO NACIONAL

Haciendo una revisión de los premios e incentivos que se entregan a nivel nacional, encontramos como único caso el de Medellín:

Camilo Pérez es conductor de taxi en Medellín, al hacerle la prueba de alcoholemia que salió negativa, recibió una felicitación de parte de los agentes de tránsito, quienes le obsequiaron un 'Dulceabrigo'¹⁰, un lapicero y una postal alusiva a su buen comportamiento en las vías. "Fue raro, pero muy *bacano*. Uno se siente bien que le reconozcan la responsabilidad al conducir", expresó Camilo.

Según cifras de la Secretaría de Movilidad, en este operativo, de 1.022 personas examinadas, 61 conductores resultaron positivos en las pruebas practicadas en los distintos puestos de control ubicados estratégicamente. Además, se impusieron 181 comparendos y 99 vehículos fueron inmovilizados. Este tipo de medidas, en alianza con Educación Vial, se seguirán haciendo periódicamente en la ciudad, sin tener fechas estipuladas. "La idea es que se haga esporádicamente durante el resto del año, y seguir fomentando una buena cultura de manejo en las vías" explicó Vanesa Roldán, comunicadora de la Secretaría de movilidad.¹¹

7. CONTEXTO LOCAL

Como contexto local También está el proyecto de acuerdo No 168 de 2016 en la comisión Primera de Plan, "Por medio del cual se crea el reconocimiento a los conductores que prestan el servicio del sistema integrado de transporte público y se dictan otras disposiciones", presentado por el concejal Edward Arias, cuyo objeto es brindar un reconocimiento a los conductores del SITP por prestar un buen servicio a los usuarios. La pertinencia y viabilidad del proyecto está sustentada en que la ciudad debe generar estrategias que contribuyan con la educación vial.

Los ponentes fueron el concejal Hosman Martínez Moreno y Andrés Eduardo Forero Molina. Ambas ponencias fueron positivas de las cuales se recogen las siguientes observaciones, que se evidencian en la nueva formulación del presente articulado.

⁹ Mejores prácticas para servicios de ambulancia: asistencia de salud de excelencia para pacientes. (2015, Noviembre 5). Retroceded June 6, 2017, from <https://www.icrc.org/es/document/mejores-practicas-servicios-ambulancia-asistencia-salud-excelencia-pacientes>

¹⁰ En Bogotá se le conoce como Bayetilla.

¹¹ <http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/dulceabrigo-el-premio-de-conductores-sobrios-en-la-capital-paisa/14239615>.

¹² de julio de 2014. Tomado el 5 de diciembre de 2015.

En el contexto local tenemos el proyecto de acuerdo que sobre la misma materia fue radicado fue presentado en las sesiones ordinarias del mes de febrero del presente año, cuyo objeto era la entrega de un reconocimiento a conductores del SITP. El número asignado fue el 010 en la comisión Primera de Plan. Los ponentes fueron el concejal Hosman Martínez Moreno y Andrés Eduardo Forero Molina, ambas ponencias fueron positivas.

También se considera en el contexto local el acuerdo 043 de 2005, el cual declara el tercer domingo del mes de julio como día del conductor de servicio público en Bogotá, de autoría del concejal Juan Gilberto Sánchez Avendaño. Los ponentes de este proyecto fueron María Susana González Roncancio, Jorge Duran Silva y Fernando López Gutiérrez.

En la exposición de motivos se esbozan los siguientes argumentos, que queremos retomar en el presente proyecto:

Esa movilidad urbana, que en el caso del transporte colectivo equivale diariamente a 5.705.000 viajes, en Transmilenio a 1.028.000 viajes y en taxis a 343.000 viajes; es posible gracias a que necesariamente, al frente de cada vehículo según su modalidad, se encuentra una persona habilitada y capacitada técnica y teóricamente para operar esos equipos.

Esa persona es el conductor de transporte público, el cual, no obstante, su importancia dentro de la actividad diaria de la ciudad y su participación directa en ese ramo fundamental de la economía, como es la industria del transporte, la cual le inyecta a la ciudad diariamente miles de millones de pesos y sobre la que derivan su sustento muchas familias bogotanas, ha sido históricamente y lo sigue siendo hoy, estigmatizado por la sociedad a la que le presta un servicio.

A ese conductor, solo se le registra en los medios de comunicación cuando infortunadamente sucede un accidente de tránsito con muertos o heridos, o cuando se comete un acto delictivo dentro de su vehículo, siempre con el afán de buscarle responsabilidades dentro del hecho sucedido y no es raro encontrar en editoriales, columnas y artículos de prensa, adjetivos como: "matones al volante", "desadaptados sociales", "salvajes al volante", "chofer psicópata", o cualquier otro calificativo insultante; pero nunca un reconocimiento a su ardua labor e importante aporte a la ciudad.

Esa discriminación social hacia el Conductor de transporte público, lo ha expuesto a toda clase de atropellos, muchas veces, por parte de los mismos usuarios beneficiarios del servicio que él les presta, sino de la autoridad de tránsito que debería ponerle más énfasis al régimen normativo que les impone la Ley 769 de 2002, o "Código Nacional de Tránsito Terrestre", en el sentido de dirigir, también, sus acciones a la prevención y

la asistencia técnica y humana de los usuarios de las vías, lo que incluye obligatoriamente y en grado sumo a los conductores de transporte público, dada la responsabilidad implícita en su labor de trasladar personas o cosas, de un lugar a otro, en condiciones de calidad, comodidad y seguridad. Todos estos inconvenientes tienen que afrontar estos servidores de la comunidad; sin mencionar los atracos, robos e incendios de sus vehículos, de los que son víctimas; cuando no son asesinados, como lo registran las estadísticas de 2003, en donde aparecen hasta el mes de octubre doce (12) conductores de servicio público asesinados, encontrándose laborando, siendo el único móvil del asesinato, el robo del producido de su vehículo o de éste mismo.

8. CONVENIENCIA DEL PROYECTO DE ACUERDO.

Hay miles de vehículos viajando en las vías cada día. Aparte de ellos hay varios tipos de ambulancias respondiendo a cientos de miles de llamadas.

ES necesario considerar que “el trauma es la principal causa de muerte durante las primeras cuatro décadas de la vida y la cuarta causa de muerte de todos los grupos de edad, solo superado por las enfermedades cardiovasculares -otro importante ejemplo de nuestro tema en cuestión - y el cáncer. Algunos otros datos dignos de ser tomados en cuenta nos señalan que cada año se producen cerca de 70 millones de lesiones, 10 a 15 millones de las cuales son incapacitantes y alrededor de 175.000 fatales. La tasa de traumatismo es de 1000 por millón de habitantes, y ocupa el 12% de las plazas hospitalarias. Pero lo más trágico es que hasta un 40% de las muertes por traumatismo son evitables mediante medidas preventivas y sistemas de atención traumatológica regional con transporte adecuado y oportuno de estos pacientes” Un análisis multivariado demostró que cerca del 50° de los fallecimientos estuvo relacionado con la severidad de las lesiones, el tipo de transporte utilizado y la demora en recibir los cuidados definitivos.¹²

En este sentido, sobre el conductor de ambulancia recae una tremenda responsabilidad. Las ambulancias están diseñadas para llevar con seguridad el personal y el equipamiento a la escena de una emergencia y para transportar la preciosa carga humana necesitada de cuidado médico a un centro asistencial.

Bajo condiciones de emergencia, el conductor debe asumir la responsabilidad, por la seguridad, y el manejo eficaz para llegar a su destino. Alrededor del mundo, el valor de los programas de entrenamiento para Conductores de ambulancias ha sido largamente reconocido. Durante los últimos años los Programas de Conducción Segura de Ambulancias, han resultado evidentes como consecuencia de los choques en los que se encontraron involucrados.

12 Córdoba de la Quintana y otros. (2004) Importancia Histórica de la ambulancia en la epidemiología. Archivos Bolivianos de la historia de la Medicina. Vol. 10 N° 1 - 2 Enero - Diciembre, 2004.

El resultado de estos accidentes se ha traducido en serias lesiones, muertes y juicios entre los miembros de la comunidad, los propietarios de los servicios de emergencias tanto privados como gubernamentales y los conductores de este tipo de vehículos, así como también el enorme gasto en reparaciones de los vehículos siniestrados. Se han realizado serios intentos para identificar las causas de dichos choques y aislar las variables más comunes.¹³

Bogotá como ciudad necesita generar estrategias que contribuyan con la educación vial, que según la ley 1503 de 2011, consiste en acciones educativas, iniciales y permanentes, cuyo objetivo es favorecer y garantizar el desarrollo integral de los actores de la vía, tanto a nivel de conocimientos sobre la normativa, reglamentación y señalización vial, como a nivel de hábitos, comportamientos, conductas y valores individuales y colectivos, de tal manera que permita desenvolverse en el ámbito de la movilización y el tránsito en perfecta armonía entre las personas y su relación con el medio ambiente, mediante actuaciones legales y pedagógicas, implementadas de forma global y sistémica, sobre todos los ámbitos implicados y utilizando los recursos tecnológicos más apropiados.

Un aspecto que merece nuestra reflexión es el transporte sanitario: uno de los avances mundiales en el manejo de los politraumatizados, ha sido la creación de los sistemas de rescate, pues permite la valoración inicial, el triage y el comienzo de la estabilidad del lesionado en el sitio del accidente y el traslado hacia el hospital adecuado, optimizando el tiempo. Los primeros 60 minutos que siguen en un accidente determinarán, por la general, si el paciente morirá o vivirá¹⁴.

Para el Concejo de Bogotá es muy importante que los conductores de las ambulancias, como parte fundamental en la cadena que salva vidas, tengan un reconocimiento permanente a su labor. Es una manera de motivarlos a ellos y a sus empresas a hacer su trabajo cada día mejor. Es una manera de incidir en la seguridad vial de la ciudad porque tendríamos a cientos de estos conductores comprometidos y motivados en un trabajo que reconoce sus buenas prácticas.

Este tipo de iniciativas, donde se reconocen las conductas amables y se premia el trabajo bien hecho, son fundamentales en el aspecto laboral, especialmente en el área de servicios. El compromiso que un empleado desarrolle frente a su empresa es una gran ayuda para el logro de las tareas individuales y de los objetivos de la misma. Bogotá tiene cerca de 400 conductores de ambulancia, de los cuales 110 son de planta y 250 por contrato. Bajo este marco, la presente iniciativa es una forma de reconocer el esfuerzo de estos conductores y generar un incentivo para que continúen motivados con su trabajo.

13La prevención de Riesgos Para Conductores de Ambulancia. (n.d.). Retrieved June 5, 2017, from http://www.paritarios.cl/consejos_preencion_conduccion_ambulancias.htm

14 Córdoba de la Quintana y otros. (2004) Importancia Histórica de la ambulancia en la epidemiología. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Vol. 10 N° 1 - 2 Enero - Diciembre, 2004.

No se puede desconocer el trabajo tan importante que realiza la agremiación de conductores al servicio de Distrito Capital en temas relacionados con la capacitación que imparten a los conductores, que es uno de los insumos principales para la prestación de un buen servicio.

9. SOPORTE JURÍDICO Y ANTECEDENTES NORMATIVOS

9.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

ARTICULO 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

ARTICULO 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

ARTICULO 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

9.2. AMBITO LEGAL

9.2.1. Ley 105 de 1993. "Por la cual se dictan disposiciones básicas sobre el transporte, se redistribuyen competencias y recursos entre la Nación y las Entidades Territoriales, se reglamenta la planeación en el sector transporte y se dictan otras disposiciones"

Artículo 2. Principios Fundamentales

(...)

b. De la intervención del estado: Corresponde al Estado la planeación, el control, la regulación y la vigilancia del transporte y de las actividades a él vinculadas.

9.2.2. Ley 1503 de 2011, Por la cual se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y se dictan otras disposiciones.

9.2.3. Decreto Distrital 319 de 2006 "Por el cual se adopta el Plan Maestro de Movilidad para Bogotá Distrito Capital, que incluye el ordenamiento de estacionamientos, y se dictan otras disposiciones".

Adicional a esta normatividad que los autores colocan como sustento para el proyecto, apporto la siguiente normatividad al encontrarse directamente relacionada con el tema en mención, así:

DECRETO 1335 DE 1990 "Por el cual se expide parcialmente el Manual General de Funciones y Requisitos del Subsector Oficial del Sector Salud".

Artículo 2. Alcance. El Manual General de Funciones y Requisitos contenido en el presente Decreto es un instrumento técnico para la administración de personal, que constituye el marco general de referencia para la elaboración de los manuales específicos en los diferentes organismos del Subsector Oficial del Sector Salud de las entidades territoriales y sus entes descentralizados, en lo atinente a: a) Denominaciones de cargos; b) Naturaleza de las funciones de los cargos; c) Funciones generales, y d) Requisitos mínimos exigidos para su desempeño.

Artículo 3o. Denominaciones de Cargos, Naturaleza, Funciones y Requisitos Mínimos. Establézcanse para los diferentes empleos contemplados en los planes de cargos de los diferentes organismos del Subsector Oficial del Sector Salud de las entidades territoriales y

sus entes descentralizados, las siguientes denominaciones de cargos, naturaleza de las funciones, funciones y requisitos mínimos:

CONDUCTOR DE AMBULANCIA - 605045

1. Naturaleza de las Funciones del Cargo Ejecución de labores de conducción de vehículos automotores, lanchas, botes o similares, con el fin de movilizar pacientes.

2. Funciones

- Transportar pacientes en ambulancia a los centros hospitalarios o a sus domicilios.
- Velar por el mantenimiento y presentación del vehículo y responder por las herramientas a su cargo.
- Transportar suministros, equipos o materiales a los sitios encomendados, cuando se requiera.
- Realizar operaciones mecánicas sencillas de mantenimiento del vehículo a su cargo y solicitar la ejecución de aquellas más complicadas.
- Manejar equipo de radiocomunicaciones.
- Colaborar con el traslado de pacientes, suministros o equipos.
- Las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3. Requisitos

3.1 Estudios. Aprobación de dos (2) años de educación secundaria, licencia de conducción y curso de primeros auxilios.

3.2 Experiencia. Dos (2) años de experiencia relacionada.

Resolución Número 9279 DE 1993 “**Por la cual se adopta el manual de Normalización del Competente Traslado para la Red Nacional de Urgencias y se dictan otras disposiciones**”.

Artículo 2. Del Recurso Humano. El personal que forme parte del equipo médico asistencial, así como el auxiliar, (auxiliar de enfermería, radiocomunicador y conductor), deben tener la capacitación necesaria para que el servicio que se preste sea oportuno e idóneo y cumplir con los requisitos y funciones mínimos establecidos en el Decreto 1335 de 1990 o los contemplados en el Manual de Funciones y Requisitos, cuando se trate de entidades públicas.

El personal de salud que labore en las entidades privadas deberá acreditar los títulos correspondientes exigidos para el desempeño de los respectivos cargos, y dar cumplimiento al Manual de funciones adoptado por la institución prestadora del servicio de ambulancias.

Parágrafo. El personal que labore en entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de ambulancias, se ceñirá a la capacitación requerida en el manual de acuerdo a la clasificación según el ámbito de servicio.

1-2-Recurso humano. Debe estar conformado por el conductor y la auxiliar de enfermería o de ambulancia.

Conductores: Deben tener capacitación en primeros auxilios en entidades de socorro o educativas públicas o privadas aprobadas por el gobierno en esta área y un curso de soporte básico de vida con una intensidad mínima de 40 horas técnico práctico. Debe haber cursado entrenamiento certificado por instituciones y se considera vigente hasta por tres años.

Artículo 2. Del Recurso Humano. El personal que forme parte del equipo médico asistencial, así como el auxiliar, (auxiliar de enfermería, radiocomunicador y conductor), deben tener la capacitación necesaria para que el servicio que se preste sea oportuno e idóneo y cumplir con los requisitos y funciones mínimos establecidos en el Decreto 1335 de 1990 o los contemplados en el Manual de Funciones y Requisitos, cuando se trate de entidades públicas.

El personal de salud que labore en las entidades privadas deberá acreditar los títulos correspondientes exigidos para el desempeño de los respectivos cargos, y dar cumplimiento al Manual de funciones adoptado por la institución prestadora del servicio de ambulancias.

Parágrafo. El personal que labore en entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de ambulancias, se ceñirá a la capacitación requerida en el manual de acuerdo a la clasificación según el ámbito de servicio.

1-2-Recurso humano. Debe estar conformado por el conductor y la auxiliar de enfermería o de ambulancia.

Conductores: Deben tener capacitación en primeros auxilios en entidades de socorro o educativas públicas o privadas aprobadas por el gobierno en esta área y un curso de soporte básico de vida con una intensidad mínima de 40 horas técnico práctico. Debe haber cursado entrenamiento certificado por instituciones se considera vigente hasta por tres años.

10. CONSIDERACIONES PARA LA PONENCIA

El proyecto de acuerdo que en esta ocasión se me ha encomendado para estudio, propone crear un reconocimiento en especial para la vital labor que realizan quienes a diario, detrás de un volante, asumen la gran responsabilidad y difícil tarea de transportar de un sitio a otro a quienes tienen su salud en vilo, ya sea por enfermedad o por accidente, personas que no sólo deben ser ágiles al volante, sino que también conocen de primera mano, las prácticas médicas necesarias para mantener vivos a los pacientes que conducen.

Hasta hace no muchos años, un conductor de ambulancia era eso, “Sólo un conductor”, sin embargo, con el paso del tiempo y las necesidades del servicio, han generado que éstos conductores se profesionalicen. Antes cualquiera podía conducir una ambulancia, porque lo que se pedía era ir lo más rápido posible del punto A, donde estaba el paciente, hasta el punto B, donde había que dejar al paciente para que fuera atendido. Poca atención se le brindaba por el camino. Era el célebre “carga y corre”. Eso ha cambiado, la experiencia y las recomendaciones de las sociedades científicas hacen que el personal de las ambulancias necesite mayores conocimientos. Ahora este personal pasa a requerir de conocimientos médicos como primer respondiente, de tal manera que pasan a formar parte integral en el manejo que se le da al paciente desde su recepción en el sitio de inicio del recorrido, hasta el punto al que debe ser conducido. Actualmente, se le exige que cuente con un curso básico de manejo de pacientes, sin embargo, el camino a seguir es que evolucionen como mínimo a Técnicos en Emergencias Sanitarias, con 2 años de formación profesional, convirtiéndose por primera vez en personal de la salud.

Si ocurre cualquier percance o accidente, el conductor de ambulancias es el encargado de llevar el puesto móvil de primeros auxilios al lugar donde se requiera. En la cadena, el conductor de ambulancias es seguramente la parte más importante. Del correcto desempeño de su tarea depende en muchos casos el resultado de vida o muerte de la persona afectada. Esto quiere decir que el conductor de ambulancias debe desarrollar su tarea de una manera rápida y eficiente.

En gran medida él mismo será quien se encargue de que sus compañeros médicos, enfermeras o auxiliares, puedan desarrollar su trabajo con total concentración. No sólo se incluyen en este campo las capacitaciones como conductor, también están incluidas algunas relativas a los primeros auxilios. En efecto, el conductor de ambulancias es también un profesional de la atención en salud. Además, debe conocer a la perfección el entorno en el que debe manejarse. Dichos conocimientos tienen relación precisamente con la prontitud con la que debe desarrollar su tarea. Por lo tanto, podemos decir que esta es una profesión multidisciplinaria enfocada al correcto tratamiento del paciente desde el punto de origen de la afección.

El conductor de ambulancias, después de que surja una urgencia, debe conducir a lo largo de la ciudad o localidad lo más rápido posible. Esto supone ejercer una buena conducción, conociendo bien las normas de tránsito. Se incluyen entre sus funciones velar porque su recorrido sea lo más eficaz posible. Igual que debe conocer las normas de tránsito, debe acometer la urgencia aprovechando su cualidad de prioritario. Por lo tanto, una de sus funciones será garantizar que, a pesar de la rapidez, el vehículo llegue a su destino. Además, garantizar que lo hace intacto.

Dentro de nuestro contexto Nacional, atendiendo a las normas descritas en el punto anterior, encontramos que al conductor de ambulancia, tan sólo se le exige contar con éste curso:

Primeros Auxilios para Conductores de Vehículos de Emergencia (COVE)¹⁵

Proporciona a los participantes los conocimientos necesarios acerca de la atención inmediata que se le presta a una persona con alteraciones físicas, con el fin de preservar la vida y prevenir lesiones mayores mientras es trasladado a un centro asistencial o incluso mientras es trasladado a su domicilio.

Temario

El curso para conductores de vehículos de emergencia de la Cruz Roja te capacita en los conocimientos básicos que se requieren para realizar traslados de pacientes en ambulancia de forma adecuada, segura y de acuerdo a la normatividad vigente.

Dentro de la formación integral del conductor de ambulancia se incluyen temáticas orientadas al apoyo en la atención inicial del paciente como primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar; hasta los conceptos básicos de la actividad de conducción como la seguridad vial en situaciones de emergencia.

Nuestro curso tiene un enfoque de formación del conductor de ambulancia orientado a la atención con calidad técnica y humana en los servicios de salud. Información adicional

Dirigido a: Personas con interés en adquirir conocimientos y habilidades básicas para desempeñarse como conductor de ambulancia ejerciendo acciones de traslado y asistencia de pacientes en el medio pre hospitalario.

Requisitos de inscripción: - Personas mayores de 18 años - Fotocopia de Documento de identidad - Presentar licencia de conducción (mínimo cuarta categoría) al momento de la inscripción.

¹⁵ <https://educacion.computrabajo.com.co/cursos/curso-de-primeros-auxilios-para-conductores-de-vehiculos-de-emergencia-cove-54831F86A8C06A0C>

Sin embargo, este es tan sólo un abre bocas frente a las situaciones reales que debe enfrentar un conductor en el desarrollo de su jornada, por lo que quiero llamar la atención acerca de lo insuficiente que es este curso y como en otros países esta capacitación se extiende hasta los dos años en un curso que los convierte en técnicos en salud, profesionalizando y humanizando el servicio que prestan, por lo que destacó la importancia de este proyecto de acuerdo en el sentido de elevar y mejorar las condiciones de base de los conductores, para brindarle un mejor servicio a la ciudadanía que transportan cada día, para que entiendan cada vez más la importancia de su papel en la cadena del servicio de emergencias para proteger y preservar la salud y la vida de las personas.

En este sentido, expongo entonces un punto de vista siempre de cara a impulsar alternativas como ésta tan importante para la ciudad y en especial para este grupo tan vulnerable y por el cual queda tanto por hacer.

11. COMPETENCIA DEL CONCEJO

Constitución Política de Colombia. Artículo 313. Corresponde a los concejos: 1. Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio.

El Decreto Ley 1421 expresa en el artículo 12, numeral 1, lo siguiente:

“Artículo 12. Atribuciones. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:

1. *Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.*

12. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO.

ACUERDO 645 DE 2016. “POR EL CUAL SE ADOPTA EL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ D.C. 2016-2020. BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS”

Artículo 8. Definición – Igualdad de Calidad de vida

Este pilar se enfoca en propiciar la igualdad y la ilusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más vulnerable y especialmente a la primera infancia. Estos programas estarán dirigidos a intervenir el diseño y el funcionamiento de la ciudad y sus instituciones partiendo de reconocer que de la calidad de la ciudad depende en gran medida la calidad de vida de sus habitantes.

Artículo 17 Atención integral y eficiente en salud

El objetivo de este programa es el desarrollo conceptual, técnico, legal, operativo y financiero de un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en un modelo de salud positiva, corresponsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que se soporta en equipos especializados que ofrece servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

Artículo 28. Definición – Construcción de Comunidad y Cultura Ciudadana

El pilar de Construcción de comunidad y cultura ciudadana se enfoca en aumentar el cumplimiento de la ley y la cooperación ciudadana, consolidando espacios seguros confiables para la interacción de la comunidad, fortaleciendo la justicia, reduciendo la criminalidad y mejorando la percepción de seguridad, con el fin de transformar a Bogotá en una ciudad líder en la promoción de cultura ciudadana, donde los ciudadanos disfruten una gran oferta de espacios culturales, recreativos y deportivos, y los vecinos se conocen, conviven solidariamente y participan en actividades que contribuyen a mejorar su entorno, para incrementar así el sentido de pertenencia a Bogotá y reparar la ciudad para la paz.

13. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo anterior y en cumplimiento del Artículo 7° de la Ley 819 de 2003, aclaramos que la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez que no se incrementará el Presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación, en la medida en que el presupuesto fue proyectado dentro del marco del Plan de desarrollo Distrital 2016- 2020 Bogotá Mejor para Todos, en el cual hay programas dentro de los cuales se podrían apropiar recursos para esta iniciativa, referenciados en el aparte 7 del presente proyecto de acuerdo.

Adicionalmente, En este punto es de resaltar, que la Honorable Corte Constitucional mediante Sentencia C- 911 de 2007, puntualizó que el impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa, así:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera

el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

En conclusión, el impacto fiscal del presente proyecto de acuerdo en nada modifica el marco fiscal de mediano plazo presentado por la Administración Distrital.

Cordial Saludo,

EDWARD ARIAS RUBIO

Concejal de Bogotá

JORGE EDUARDO TORRES

Concejal de Bogotá

MARIA FERNANDA ROJAS

Concejal de Bogotá

MARIA CLARA NAME RAMIREZ

Concejal de Bogotá

HOSMAN MARTINEZ MORENO

Concejal de Bogotá

LUCIA BASTIDAS UBATE

Concejal de Bogotá

PROYECTO DE ACUERDO N° 268 DE 2018

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL RECONOCIMIENTO “CONDUCTOR DE VIDA” A LOS CONDUCTORES DE AMBULANCIA AL SERVICIO DEL DISTRITO CAPITAL”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 12 numeral 1.

ACUERDA

Artículo 1°. La Secretaría Distrital de Salud en conjunto con la Secretaría de Distrital de Movilidad crearán el reconocimiento simbólico, “Conductor de vida” a los conductores de ambulancia del sector público al servicio del Distrito Capital, con el fin de mejorar y cualificar su labor motivándolos a adoptar mejores comportamientos de conducción

Artículo 2°. La Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Movilidad serán las encargadas de definir cuál será el reconocimiento y los parámetros para la entrega del mismo.

Artículo 3°. Dicho reconocimiento se entregará a aquellos conductores que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Un mínimo de diez (10) años desempeñándose como conductor de vehículo de emergencia
2. No haber sido sancionados en los últimos cinco (5) años
3. Calificación destacada en sus evaluaciones de desempeño laboral en los últimos tres (3) años.
4. No haber sido sancionados con comparendos en los últimos diez (10) años en la conducción de los vehículos de emergencia.

Artículo 4°. El reconocimiento se entregará en evento público, el tercer domingo del mes de Julio en el marco del día del conductor de servicio público establecido por el Acuerdo 157 de 2005

Artículo 5°. El presente Acuerdo establece seis meses para la conformación de la mesa de trabajo entre la Secretaría Distrital de Salud y de Movilidad que determine el tipo de reconocimiento, los parámetros para la entrega y el estudio necesario del cumplimiento de requisitos mínimos para acceder al reconocimiento.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 269 DE 2018

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE INCLUYE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL HERPES ZOSTER DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL”

1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO

Este proyecto tiene como objetivo incluir dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital, la gratuidad de la vacuna contra el virus del Herpes Zóster.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

PROYECTO DE ACUERDO	TRÁMITE
002 de 2018: POR MEDIO DEL CUAL SE INCLUYE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL HERPES ZOSTER DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	Radicado en las sesiones ordinarias de febrero; tuvo ponencia positiva del Concejal Manuel Sarmiento y positiva con modificaciones del Concejal Manuel Sarmiento. Archivado por no haberse alcanzado a debatir.
139 de 2018: POR MEDIO DEL CUAL SE INCLUYE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL HERPES ZOSTER DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	Ponencia Negativa de Pedro Julian Lopez Sierra

3. JUSTIFICACION DEL PROYECTO.

En el conocimiento del herpes zoster sobresalen dos aspectos: su relación con la varicela y el daño neural, ambos descritos desde el siglo XIX. En 1952, Weller logró el crecimiento del virus en cultivo de tejidos, y en 1965, Hope-Simpson realizó un análisis clínico acucioso, a través del cual infirió el proceso evolutivo de la enfermedad y su dinámica de manifestación por reactivación endógena del virus.¹⁶ El virus varicela zoster corresponde al alfa-herpesvirus 3, y es morfológicamente idéntico al virus del herpes simple¹⁷, de acuerdo a lo

¹⁶ Hope-Simpson R. The nature of herpes zoster: A long-term study and a new hypothesis. Proc R Soc Med 1965;58:9-20.

¹⁷ Alonzo-Romero Pareyón L. Herpes zoster. Dermatol Rev Mex 2011;55(1):24-39.

expuesto por Lourdes Alonzo-Romero Pareyón, en su artículo de revisión Herpes Zóster de la revista Dermatología Rev Mex, Volumen 55, Número 1, edición de enero-febrero de 2011.

El mismo virus ocasiona varicela y herpes zoster. Los virus aislados de lesiones de varicela y zoster no muestran variación genética importante.¹⁸ La reactivación del virus latente de varicela zoster da lugar a la erupción cutánea localizada llamada herpes zoster. No está claro qué es lo que induce dicha reactivación, pero se piensa que está relacionada con un decremento, por debajo del nivel crítico, de la inmunidad mediada por células¹⁹.

Cualquier individuo que haya estado en contacto con el virus de la varicela está en riesgo de padecer herpes zoster, especialmente si es adulto mayor²⁰; sin embargo, los diabéticos mal controlados, los que reciben tratamiento inmunosupresor y quienes padecen enfermedades neoplásicas, especialmente linfoproliferativas, tienen mayor riesgo^{21 22}. El texto se refiere en razón a la complejidad técnica del mismo.

Manifestaciones clínicas

De acuerdo con el acta sobre prevención y vacuna de Herpes Zóster, beneficios y barreras – enfoque desde la perspectiva de la medicina familiar, publicado el 6 de julio de 2011 por *blog* del programa de especialización en Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Javeriana: Temas de Medicina Familiar, se refiere en los siguientes términos acerca del cuadro clínico del virus del Herpes Zóster:

El Herpes Zoster se caracteriza por la presencia de lesiones vesiculares que contienen el virus, las cuales se distribuyen a través de un dermatoma torácico y cervical, siendo esta última la localización más común. Es contagioso desde el momento que aparece el rash, es decir desde el inicio, hasta la presencia de lesiones costrosas; sin embargo su tasa de transmisión es menor a la infección primaria, varicela.^{23 24}

Fase prodrómica: fotofobia aguda, dolor tipo ardor en el sitio de futura aparición, malestar general, cefalea, prurito, alodinia.²⁵ Fase conocida también como Zoster sin Herpes.

Fase aguda: inicialmente hay presencia de rash eritematoso y macular que progresa a lesiones vesiculares claras con tendencia a la coalescencia, pruriginosas con eritema, ardor, alteración de la sensibilidad a la palpación, alodinia (dolor en el sitio de la lesión provocado

¹⁸ Brooks GF, Butel JS, Morse SA. Herpesvirus. En: Jawetz, Melnick y Adelberg, editores. Microbiología médica. 19a ed. México: El Manual Moderno, 2008;p:460-461.

¹⁹ Alonzo-Romero Pareyón L. Herpes zoster. Dermatol Rev Mex 2011;55(1):24-39.

²⁰ Weinberg JM. Herpes zoster: epidemiology, natural history and common complications. J Am Acad Dermatol 2007;57:S130-S135.

²¹ Arvin AM. Varicella-zoster virus. Clinical microbiology reviews 1996;9:361-381.

²² Soyuncu S, Berk Y, Eken C, Gulen B, Oktay C. Herpes zoster as a useful clinical marker of underlying cell-mediated immune disorders. Ann Acad Med Singapore 2009;38:136-138.

²³ Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. Anne A. Gershona, Michael D. Gershonb, Judith Breuerc, Myron J. Levind, Anne Louise Oaklandere, Paul D. Griffithsf. Journal of Clinical Virology 48 (2010) S1, S2–S7.

²⁴ Engelmann I, Petzold DR, Kosinska A, Hepkema BG, Schulz TF, Heim A. Rapid quantitative PCR assays for the simultaneous detection of herpes simplex virus, varicella zoster virus, cytomegalovirus, Epstein-Barr virus, and human herpesvirus 6 DNA in blood and other clinical specimens [published correction appears in J Med Virol. 2008;80:1505; 2008;80:2177]. J Med Virol. 2008;80:467-477.

²⁵ *Ibidem*.

por estímulos inocuos), las lesiones son unilaterales y no cruzan la línea media.²⁶ Generalmente tienen una duración de 7 a 10 días.

Fase de resolución: lesiones costrosas con disminución del rascado, continua el dolor tipo ardor y la alteración de la sensibilidad en menor cantidad. La resolución total se presenta dentro de 2 a 4 semanas, sin embargo, puede continuar la hiperpigmentación o hipopigmentación inflamatoria posterior a cicatrización.²⁷

COMPLICACIONES

La más común es la neuralgia postherpética la cual se presenta en 10 a 18% de los pacientes con herpes zoster. Generalmente se establece entre 90 a 120 días posterior al episodio de herpes zoster 16, siendo la edad avanzada un factor de alto riesgo para padecerla; se caracteriza por gran dolor que puede ser constante, intermitente, o provocado por estímulos tales como contacto con la ropa; su duración es variable 30 días, 6 meses o convertirse en un dolor crónico por años.²⁸

También se ha asociado a disestesias que persisten después de la fase de resolución de la infección; la alodinia afecta entre el 45 y 55% de los pacientes con herpes zóster, pero al 90% de los pacientes con Neuropatía postherpética²⁹. Esta a su vez causa una disminución en la calidad de vida de los pacientes (interfiere con sus actividades diarias, como su trabajo, el sueño, el movimiento, etc.) e incluso puede producir depresión secundaria y aislamiento social.^{30 31} La neuropatía postherpética puede producir un dolor tan severo, según la descripción de los pacientes, versus el trabajo el trabajo de parto, un dolor postquirúrgico, el dolor crónico en cáncer o aquel causado por la artritis reumatoidea.³²

Dentro de los mecanismos patológicos asociados a la transición del herpes zoster a la neuralgia postherpética se encuentran la degeneración axonal y de las células del cuerpo neural, atrofia del cuerno dorsal de la médula espinal, la cicatrización de los ganglios de la raíz dorsal y la pérdida de inervación epidérmica en la región afectada.³³

Además de la Neuralgia postherpética, se describen otras complicaciones neurológicas como^{34 35}:

- Pérdida sensitiva crónica en el sitio donde ocurre la infección.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. Anne A. Gershona, Michael D. Gershonb, Judith Breuerc, Myron J. Levind, Anne Louise Oaklandere, Paul D. Griffithsf. Journal of Clinical Virology 48 (2010) S1, S2-S7.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibidem.

³¹ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-30, CE2-4. Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr57e0515a1.htm?s_cid=rr57e0515_e. Accessed March 11, 2009.

³² Katz J, Melzack R. Measurement of pain. Surg Clin North Am. 1999;79:231-252.

³³ Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. Anne A. Gershona, Michael D. Gershonb, Judith Breuerc, Myron J. Levind, Anne Louise Oaklandere, Paul D. Griffithsf. Journal of Clinical Virology 48 (2010) S1, S2-S7.

³⁴ Ibidem

³⁵ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-30, CE2-4. Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr57e0515a1.htm?s_cid=rr57e0515_e. Accessed March 11, 2009.

- Debilidad de las extremidades.
- Disfunción autonómica relacionada con el dermatoma afectado, por ejemplo vejiga disfuncional si es un dermatoma sacro.
- Encefalitis.
- Mielitis
- Meningitis
- Sobreinfección del sitio afectado por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente.
- Mortalidad que alcanza el 40% en pacientes con otro factor de inmunosupresión.
- Herpes zoster oftálmico que puede ocurrir como la reactivación del virus varicela zoster latente en la primera rama del Nervio trigémino, se presenta en 10 a 25% de los pacientes con herpes zoster siendo una complicación grave, y difícil de manejar ya que se requiere manejo intrahospitalario con Aciclovir intravenoso y en algunos casos Inmunoglobulina. Sin que esto garantice que no exista pérdida de la visión, secuelas de dolor y queratitis oftálmica. Se estima que el 95% de las personas que han tenido varicela en algún momento de su vida, así se haya o no manifestado con el brote, pueden contraer esta enfermedad.

Según estadísticas mundiales, la edad es el factor de riesgo más importante para contraer el Herpes Zoster, llamado popularmente “culebrilla”. Aproximadamente 1 de cada 3 personas mayores de 50 años sufrirá de esta afección que puede durar meses, y si no se tiene los cuidados se puede prolongar años, incluso después de desaparecer.

La varicela y el Herpes Zóster producen una gran morbimortalidad en personas inmunodeprimidas³⁶ como las que padecen deficiencias, congénitas o adquiridas, de la inmunidad celular, por ejemplo, los pacientes con leucemia aguda y los pacientes que reciben quimioterapia, radioterapia o dosis altas de cortico esteroides.

CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL

CONTEXTO INTERNACIONAL

La incidencia y la gravedad del Herpes Zóster aumenta con la edad, de forma más pronunciada después de los 50 años, lo cual se correlaciona con un descenso de la inmunidad celular específica relacionado con el envejecimiento.

No obstante, aunque el fenómeno es relativamente raro, también se han observado casos de Herpes Zóster en niños. Se ha estimado que aproximadamente la mitad de los adultos que hayan cumplido 85 años habrán sufrido al menos un episodio de Herpes Zóster en su vida. Los datos epidemiológicos disponibles sobre la carga de Herpes Zóster proceden de países de ingresos altos. Estudios realizados en Canadá, Israel, Japón, Taiwán y EE.UU., revelan una incidencia de Herpes Zóster ajustada según la edad de entre 3,4 y 5,0 por 1000 personas-año en la población total y de entre 8 y 11 por 1000 personas-año en los mayores de 65 años.³⁷ Un estudio de 27 países europeos indica que la incidencia de Herpes Zóster puede variar según el país entre 2,0 y 4,6 por 1000 personas-año, sin que exista una

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS), Parte Epidemiológico Semanal (Weekly epidemiological Record/Relevé épidémiologique hebdomadaire), 20 de junio de 2014.

tendencia geográfica claramente definida.³⁸ Los factores de riesgo de Herpes Zóster se desconocen en gran medida, salvo la edad avanzada y el descenso de la inmunidad celular; los indicios disponibles apoyan la hipótesis de que la exposición constante de la población a cepas salvajes circulantes del virus puede limitar la manifestación de Herpes Zóster mediante un refuerzo exógeno de la inmunidad, aunque ello no ocurrirá en todas las personas ni en todas las situaciones.³⁹

En los Estados Unidos, más del 90% de los adultos son susceptibles a contraer infección por Herpes Zoster. El riesgo a través de la vida de desarrollar la infección secundaria es de 30%, lo que significa que 1 de cada 3 adultos presentarán Herpes Zoster.^{40 41 42}

En Europa se encuentra una seroprevalencia de varicela zoster entre 95 y 100% en adultos mayores de 30 años, las cifras son similares en Australia, Sur América y Asia⁴³. El herpes zoster es una afección relativamente común, la incidencia en la población general en Europa oscila entre 1,2 a 5,2 por 1.000 personas-año (eventos anuales por cada 1000 habitantes).⁴⁴ Un estimado de 1 millón de nuevos casos de Herpes Zoster ocurren anualmente en los U.S.A, con una carga de 50000 a 60000 hospitalizaciones⁴⁵ y de estos pacientes el 40 a 50% tienen 60 años o más. Entre las personas adultas mayores que alcanzan 85 años, el 50% ha presentado un episodio de herpes zoster⁴⁶. Por lo que es claro que con cada década de la vida, la tasa de incidencia de herpes zoster por mil años – persona aumenta.

Estadísticas de la UK General Practice Research Database demuestran que la incidencia de herpes zoster en mayores de 50 años seguidos por más de 2 años fue de 5.23 por 1000 personas – año, al mismo tiempo la incidencia de neuropatía post herpética fue de 19.5% y 13.7%.

Se ha aprobado una vacuna contra el Herpes Zóster, que contiene la misma cepa Oka de virus Varicela Zóster, que se utiliza en la vacuna contra la varicela. La vacuna está formulada con una potencia mínima de 19.400 UFP, pues se supone que el grupo

³⁸ Ibidem

³⁹ Ibidem

⁴⁰ Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. Anne A. Gershona, Michael D. Gershonb, Judith Breuerc, Myron J. Levind, Anne Louise Oaklandere, Paul D. Griffithsf. *Journal of Clinical Virology* 48 (2010) S1, S2–S7.

⁴¹ Marin M, Guris D, Chaves SS, Schmid S, Seward JF; Advisory Committee on Immunization Practices(ACIP). Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices(ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2007;56(RR-4):1-40. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm>. Accessed March 16, 2009.

⁴² Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, St Sauver JL, Kurland MJ, Sy LS. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction [published correction appears in *Mayo Clin Proc.* 2008; 83:255]. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:1341-1349. Available at: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/82/11/1341.long>. Accessed March 16, 2009.

⁴³ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2008;57(RR-5):1-30,CE2-4. Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr57e0515a1.htm?s_cid=rr57e0515_e. Accessed March 11, 2009.

⁴⁴ R. W. Johnson, J. McElhane, Postherpetic neuralgia in the elderly. *Int J Clin Pract*, September 2009, 63, 9, 1386–139

⁴⁵ Insinga RP, Itzler RF, Pellissier JM, Saddier P, Nikas AA. The incidence of herpes zoster in a United States administrative database. *J Gen Intern Med.* 2005;20:748-753. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16050886>. Accessed March 16, 2009.

⁴⁶ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2008;57(RR-5):1-30,CE2-4. Available http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr57e0515a1.htm?s_cid=rr57e0515_e. Accessed March 11, 2009.

destinatario habrá contraído previamente una infección varicelosa⁴⁷. La vacuna anti-Herpes Zóster se autorizó por vez primera en 2006 y desde entonces se ha aprobado para administrarla como inyección subcutánea única (formulación monodosis) a personas de por lo menos 50 años en más de 60 países. Se han aprobado formulaciones de la vacuna tanto estables en refrigeración como congeladas con miras a administrarlas a personas inmunocompetentes de 50 años o más.⁴⁸

Un análisis por subgrupos demostró que, en la prevención del Herpes Zóster, la eficacia vacunal es mayor en las personas de 60–69 años (64%) que en las de 70 años o más (37%).^{49 50 51} Un ensayo clínico separado reveló una mayor eficacia en las personas de 50–59 años (69,8%).

Datos posteriores a la aprobación indican una efectividad vacunal general del 55% en la prevención del Herpes Zóster y una efectividad mayor (del 63%) en la prevención del Herpes Zóster oftálmico y las hospitalizaciones atribuibles al Herpes Zóster (65%).^{52 53} Datos posteriores a la aprobación procedentes de un estudio realizado en una gran cohorte de 766.330 personas de al menos 65 años de edad demostraron una efectividad vacunal del 48% contra el Herpes Zóster incidente y del 59% contra la Neuralgia post-herpética, así como una efectividad vacunal del 37% (IC del 95%: 6%–58%) en pacientes inmunodeprimidos con leucemia, linfoma o infección por el VIH.⁵⁴

El poco tiempo transcurrido desde el desarrollo y la aprobación de la vacuna anti Herpes Zóster, hace que no se disponga de suficientes datos sobre la duración de la protección que esta confiere.⁵⁵ En los adultos de 60 años o más, la eficacia de la protección de la vacuna contra el Herpes Zóster disminuyó del 51 al 40% en el período de 3,3–7,8 años posterior a la vacunación, en comparación con los años 0–4,9.⁵⁶ Durante el período de seguimiento de 7–10 años después de la vacunación (seguimiento mediano de 3,9 años) se estimó una eficacia vacunal del 21% (IC del 95%: 11–30%) contra la incidencia de Herpes Zóster y del 35% (IC del 95%: 9%–56%) contra la incidencia de Neuralgia post-herpética.⁵⁷ En esos mismos intervalos de tiempo, la eficacia de la vacuna contra la NPH también disminuyó del 67 al 60%, aunque este descenso no fue estadísticamente significativo.

⁴⁷ Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Surg Clin North Am.* 1999;79:231-252.

⁴⁸ Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. Anne A. Gershona, Michael D. Gershonb, Judith Breuerc, Myron J. Levind, Anne Louise Oaklandere, Paul D. Griffithsf. *Journal of Clinical Virology* 48 (2010) S1, S2–S7.

⁴⁹ Oxman MN. et aline A vaccine to prevent herpes zoster and pos-therpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med.* 2005;352(22):2271–2284.

⁵⁰ Schmader KE et al. Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50-59 years. *Clin Infect Dis.* 2012;54(7):922–928.

⁵¹ Grading of scientific evidence – table III: Efficacy of herpes zoster vaccine. Disponible en http://www.who.int/entity/immunization/position_papers/herpes_zoster_grad_efficacy.pdf

⁵² Tseng HF et al. Herpes zoster vaccine in older adults and the risk of subsequent herpes zoster disease. *JAMA.* 2011;305(2):160–166.

⁵³ Langan S et al. Herpes Zoster Vaccine Effectiveness against Incident Herpes Zoster and Post-herpetic Neuralgia in an Older US Population: A Cohort Study. *PlosMed* 2013; 10(4): e1001420

⁵⁴ *Ibidem*

⁵⁵ Asano Y et al. Experience and reason: twenty-year follow-up of protective immunity of the Oka strain live varicella vaccine. *Pediatrics.* 1994;94(4 Pt 1):524–526

⁵⁶ Schmader KE et al. Persistence of the Efficacy of Zoster Vaccine in the Shingles Prevention Study and the Short-Term Persistence Substudy. *Clinical Infectious Diseases.* 2012;55(10):1320–1328

⁵⁷ EMA: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000674/WC500053462.pdf

Un ensayo clínico aleatorizado que se realizó con una vacuna contra el Herpes Zóster en alrededor de 38.500 individuos mayores de 60 años con anterioridad a la aprobación de la misma permitió estimar una eficacia vacunal general contra el HZ del 51,3% y una eficacia del 66,5% para prevenir la Neuralgia post-herpética.

La vacuna del herpes zóster es capaz de evitar el 55% de los casos de herpes zóster, siendo incluso más eficaz en prevenir sus principales complicaciones, la neuralgia post-herpética (evita el 66% de las neuralgias en personas que padecen herpes zóster de mayores de 60 años), el zóster oftálmico (63%) y las hospitalizaciones debidas al herpes zóster (evita el 65% de las hospitalizaciones). La eficacia de la vacuna es mayor en grupos de población más joven, rondando el 70% en personas de entre 50-60 años.

Los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) y los estudios realizados con posterioridad a la aprobación han demostrado que la vacuna anti-Herpes Zóster es inocua en los adultos inmunocompetentes. Entre los 38.500 sujetos que participaron en un ECA a gran escala, la incidencia de uno o más acontecimientos adversos graves 42 días después de la vacunación era inferior al 0,1%, tanto en el grupo que recibió placebo como en el grupo vacunado.⁵⁸ Los acontecimientos adversos consistieron en exantema de tipo zosteriano, eritema, dolor e inflamación en el lugar de la inyección. El 26%–35% de los vacunados comunicaron reacciones en el lugar de la inyección y el 0,1%, exantemas zosterianos. En un subestudio más detallado de los acontecimientos adversos vacunales, el riesgo de padecer un acontecimiento adverso grave en los 42 días posteriores a la vacunación era del 1,9% en los vacunados y del 1,3% ($p=0,038$) en los que habían recibido el placebo. La tasa de mortalidad resultó idéntica (4,1%) en ambos grupos.⁵⁹ Otros estudios arrojaron datos de seguridad similares.^{60 61}

La vacuna anti-Herpes Zóster contiene una gran concentración de virus vivos por lo que está contraindicada –según lo estipula el fabricante– en personas con inmunodeficiencias de cualquier origen, ya sean adquiridas, congénitas, yatrógenas o debidas a enfermedades. Por lo tanto, la inocuidad y la efectividad de la vacunación contra el Herpes Zóster en personas inmunodeprimidas solo se han evaluado en un reducido número de pequeños estudios posteriores a la aprobación. Se comprobó que la vacuna era por lo general inocua e inmunógena en grupos de individuos seleccionados con enfermedades inmunodepresoras.

Los estudios de costo-efectividad, que proceden únicamente de países de ingresos altos, han revelado que la vacunación contra el Herpes Zóster resulta eficaz con relación al costo

⁵⁸ Schmader KE et al. Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50-59 years. *Clin Infect Dis.* 2012;54(7):922–928.

⁵⁹ Grading of scientific evidence – table III: Efficacy of herpes zoster vaccine. Disponible en http://www.who.int/entity/immunization/position_papers/herpes_zoster_grad_efficacy.pdf

⁶⁰ Simberkoff MS et al. Safety of herpes zoster vaccine in the shingles prevention study: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010;152(9):545–554

⁶¹ Grading of scientific evidence – table VI: Safety of of herpes zoster vaccine. Disponible en http://www.who.int/entity/immunization/position_papers/herpes_zoster_grad_safety.pdf

en 10 de 11 países en términos de años de vida ajustados en función de la calidad (AVAC) ganados cuando la vacuna se administra aproximadamente a los 65-70 años de edad.

Recientemente se realizaron estudios clínicos avanzados de una nueva vacuna contra el virus del Herpes Zóster, los cuales fueron puestos en conocimiento en la revista [New England Journal of Medicine](#) (NEJM), evidenciando los resultados del ensayo en fase 3 de 'Shingrix', el que será el nombre comercial de esta inmunización que espera entrar en el mercado en el plazo de un año o año y medio.

Los resultados de este estudio decisivo, clave para que las agencias regulatorias den su autorización a la vacuna, han sido excelentes: la inmunización ofrece una **protección del 89,8% en personas mayores de 70 años**. La edad es clave en esta enfermedad, cumplir años es uno de los principales factores de riesgo para sufrir esta complicación, ya que "a partir de los 50 es cuando la inmunidad va cayendo, y por tanto, es más frecuente que el virus se reactive a partir de los 70 años".⁶²

Como hemos visto, ya existe una inmunización contra el herpes zóster en el mercado. Se trata de la vacuna 'Zostavax', comercializada por Merck & Co. Su ventaja respecto a la presentada en el *NEJM* es que sólo tiene una inyección, en lugar de dos, pero **su desventaja es que su eficacia decae con la edad**. Así, en la franja de los 50 a los 59 años la efectividad es del 70%, en los adultos de entre 60 y 69 años del 64% y en los de 70 a 79 años, del 41%. A partir de los 80 años, cae hasta un escaso 18%.⁶³

CONTEXTO NACIONAL

En Colombia el Invima tiene aprobada para su uso la vacuna contra el virus del herpes Zóster, tal como se describe en su ficha técnica:

*"1 20018952 2016071515 ZOSTAVAX® VACUNA DE VIRUS VIVOS CONTRA EL HERPES ZOSTER (OKA/MERCK) Cada dosis de 0.65 mL (vacuna reconstituida) contiene un mínimo de 19400 UFP (Unidades formadoras de placa) del virus atenuado de varicela-zoster (Cepa OKA/Merck) Polvo liofilizado para reconstituir a suspensión inyectable Merck Sharp & Dohme Colombia S.A.S Merck Sharp & Dohme Corp Acta 20 de 2016 Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora recomienda continuar con el proceso de renovación del Registro Sanitario para el producto de la referencia, teniendo en cuenta que la información permite concluir que no se han presentado cambios que modifiquen el balance riesgo/beneficio del producto."*⁶⁴

⁶² "Nueva vacuna contra el herpes zóster", elmundo.es, Diario EL MUNDO – España <http://www.elmundo.es/salud/2016/09/22/57e111ffca47413b7c8b45a8.html>

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ INVIMA, Vacuna de virus vivos contra el herpes zoster. 2016 https://www.invima.gov.co/images/pdf/vacunas/.../2016_Vacunas_aprobadas.pdf

Las Guías para la inmunización del adolescente y adulto en Colombia, actualizadas al 2016, de la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), nos hacen las siguientes recomendaciones sobre la vacunación contra herpes Zóster⁶⁵:

- *“La vacunación contra influenza y Herpes Zóster puede ser realizada en el mismo día (BII).*
- *a respuesta de anticuerpos para Herpes Zóster medida por ELISA es menor cuando se administra simultáneamente con la vacuna polisacárida 23-valente contra neumococo (PPSV23) por lo que no se deben administrar estas 2 vacunas en el mismo momento. Treinta días entre la aplicación de las 2 vacunas es el tiempo mínimo permitido (DIII).*
- *La inmunización contra Herpes Zóster está indicada en mayores de 50 años sanos que desean evitar la aparición de zóster. Está contraindicada en individuos inmunosuprimidos (BIII).*
- *Los beneficios de la vacuna atenuada contra Herpes Zóster encuentran mayor costo-efectividad para la población entre los 60 a 69 años de edad, sin embargo, se puede administrar después de esta edad (AIII).*
- *No hay datos que indiquen el intervalo de tiempo óptimo para la vacunación en el paciente que ha sufrido previamente de Herpes Zóster. Aunque el beneficio de la vacunación para prevención de recurrencias es cuestionable en el inmunocompetente, se propone la administración de la vacuna no antes de un año de haber presentado el episodio clínico de Herpes Zóster (CIII).*
- *Si hay necesidad de administrar de forma simultánea las vacunas contra HZ y antineumocócica PCV13, se puede hacer (AII). La aplicación previa de dos dosis de vacuna antivarielosa es una indicación en contra de administrar la vacuna contra zoster en ese individuo (DII).”*

CONTEXTO LOCAL

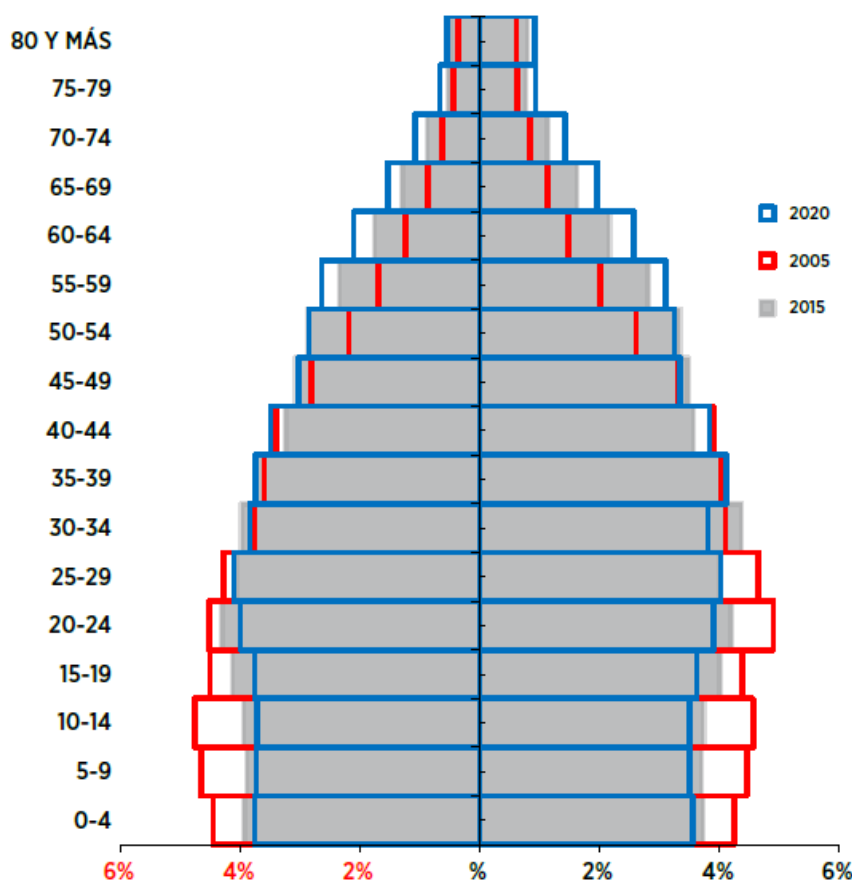
El Distrito Capital no es ajeno al proceso de transición demográfica, en donde los grupos etáreos de población adulta va en aumento modificándose la estructura de la llamada pirámide poblacional, trayendo consigo la mayor posibilidad de presentación de enfermedades como el herpes Zóster en personas mayores de 50 años principalmente. Esta situación demográfica es descrita en el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020, así:

“El incremento total de la población en 2016, respecto a 2010, fue del 8,4 %, es decir, 616.219 habitantes; la proporción por sexo muestra que el 51,6 % son mujeres (4.118.377) y un 48,4 % (3.861.624) son hombres (tabla 1); la mediana de edad se ha incrementado: en 2005 era de 27,6, en 2010 era de 29,5 y para el año 2016 es de 30,4, esto refleja la estructura de una sociedad madura. La población menor de 15 años representa el 22,7 % (1.808.863 habitantes) del total, con un decrecimiento del 0,7 % con respecto a 2010 (1.820.898 habitantes), en tanto que los mayores de 64

⁶⁵ ACIN, Guías para la inmunización del adolescente y adulto en Colombia. Documento de actualización, 2016 Volume 20, Issue 4, October–December 2016, Pages 192-210

años son para 2016 el 7,8 % (621.952 habitantes), mientras que para el 2010 fueron el 6,3 % (465.370 habitantes).

La estructura de la población ha variado durante la última década debido a la reducción de los menores de 15 años, ampliación de los grupos mayores de 50 años de edad, como señal de envejecimiento paulatino de la población y a la menor natalidad, acompañada de menor mortalidad de menores de cinco años”



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

4. CONVENIENCIA DEL PROYECTO

Como se ha mencionado a lo largo de este proyecto, el Herpes Zóster surge como resultado de la reactivación del Virus de la Varicela Zoster y se caracteriza por una erupción vesicular unilateral cuya complicación más frecuente, grave e incapacitante es la neuralgia post herpética, la severidad de la misma está relacionada con la edad, y suele afectar de manera evidente, la calidad de vida del paciente.

La vacuna contra el Herpes Zoster ha demostrado, principalmente a través de estudios en otros países, que es una medida preventiva segura y eficaz para reducir la gravedad de la

enfermedad en los adultos mayores y parece ser costo efectivo cuando se administra en personas mayores de 60 años de edad.

El virus vivo de la vacuna del Herpes Zoster reduce la incidencia de la enfermedad en un 50% y la incidencia de Neuropatía post herpética en dos tercios en los individuos vacunados.

El mayor beneficio de la vacuna contra el Herpes Zóster es la prevención de la Neuropatía post herpética, que suele ser muy difícil de tratar. La vacuna está contraindicada sobre todo en pacientes inmunocomprometidos.

Otro beneficio adicional es evitar el tratamiento complicado y a largo plazo de la Neuralgia postherpética, es decir, no solo evita la aparición de esta complicación sino también todos los efectos secundarios relacionados con el tratamiento de esta condición.

Actualmente el costo de la vacuna Colombia oscila Colombia alrededor de 250.000 pesos, por lo que constituye una verdadera barrera de acceso a la población adulta de país y Bogotá, lo que en nuestro caso exige una estrategia distrital de incorporación de la vacuna de manera gratuita.

5. SUSTENTO JURIDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

ARTÍCULO 46. *El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.*

ARTICULO 48. *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.*

ARTICULO 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. (Subrayado por fuera del texto)

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. (Subrayado fuera de texto).

ARTICULO 366. *El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.*

Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

LEY ESTATUTARIA No. 1751/2015. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

ARTÍCULO 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

SENTENCIA T-760/08. Corte Constitucional. Magistrado Ponente Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA. Estructura de la decisión

(...) Primero, se señala que el derecho a la salud es un derecho fundamental, así sea considerado usualmente por la doctrina como un derecho social y, además, tenga una importante dimensión prestacional (...)

3. El derecho a la salud como derecho fundamental

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su *tutelabilidad*; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia. (Subrayado fuera de texto). (Subrayado fuera de texto).

3.1. Noción de salud

La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud "(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo."⁶ La 'salud', por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la 'ausencia de afecciones y enfermedades' en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es 'un estado completo de bienestar físico, mental y social' dentro del nivel posible de salud para una persona.⁷ En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En estado social y democrático de

derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia.⁸ (Subrayado fuera de texto).

2. El derecho fundamental a la salud

"Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos – unos más que otros - una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental. Así, a propósito del derecho fundamental a la salud puede decirse que respecto de las prestaciones excluidas de las categorías legales y reglamentarias únicamente podrá acudirse al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional³⁵ y/o (iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho.

Lo anterior, justamente por cuanto el Estado - bajo aplicación de los principios de equidad, solidaridad, subsidiariedad y eficiencia - ha de racionalizar la prestación satisfactoria del servicio de salud a su cargo o a cargo de los particulares que obran en calidad de autoridades públicas, atendiendo, de modo prioritario, a quienes se encuentren en cualquiera de las circunstancias mencionadas con antelación. Al respecto, la Corte Constitucional ha expresado mediante jurisprudencia reiterada que, bajo estas circunstancias, aún tratándose de prestaciones excluidas del POS, del POSS, del PAB, del PAC y de aquellas obligaciones previstas por la Observación General 14, procede la tutela como mecanismo para obtener el amparo del derecho constitucional fundamental a la salud."³⁶ (Subrayado fuera de texto).

3.3. Facetas positivas y negativas derivadas del derecho a la salud; jurisprudencia sobre la protección de los derechos fundamentales, a propósito de las obligaciones de contenido prestacional

3.3.9. Para la jurisprudencia constitucional, cuando el goce efectivo de un derecho constitucional fundamental depende del desarrollo progresivo, *"lo mínimo que debe hacer [la autoridad responsable] para proteger la prestación de carácter programático derivada de la dimensión positiva de [un derecho fundamental] en un Estado Social de Derecho y en una democracia participativa, es, precisamente, contar con un programa o con un plan encaminado a asegurar el goce efectivo de sus derechos⁵⁰. Por ello, al considerar un caso al respecto, la Corte señaló que si bien el accionante 'no tiene derecho a gozar de manera inmediata e individualizada de las prestaciones por él pedidas, sí tiene derecho a que por lo menos exista un plan'.⁵¹ (Subrayado fuera de texto).*

En consecuencia, se desconocen las obligaciones constitucionales de carácter prestacional y programático, derivadas de un derecho fundamental, cuando la entidad responsable de garantizar el goce de un derecho ni siquiera cuenta con un programa o con una política pública que le permita avanzar progresivamente en el cumplimiento de sus obligaciones correlativas. En la sentencia T-595 de 2002 se indicó al respecto lo siguiente, (Subrayado fuera de texto).

"No poder garantizar de manera instantánea el contenido prestacional del derecho es entendible por las razones expuestas; pero carecer de un programa que de forma razonable y adecuada conduzca a garantizar los derechos en cuestión es inadmisiblemente constitucionalmente. El carácter progresivo de la prestación no puede ser invocado para justificar la inacción continuada, ni mucho menos absoluta, del Estado. Precisamente por el hecho de tratarse de garantías que suponen el diseño e implementación

de una política pública, el no haber comenzado siquiera a elaborar un plan es una violación de la Carta Política que exige al Estado no sólo discutir o diseñar una política de integración social [para discapacitados], sino adelantarla."⁵² (Subrayado fuera de texto).

3.3.14. En conclusión, la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, (1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y (3) que contemple mecanismos de participación de los interesados.⁶¹ (Subrayado fuera de texto).

3.4. Caracterización del derecho a la salud en el bloque de constitucionalidad, clases de obligaciones derivadas del derecho a la salud (*respetar, proteger y garantizar*)

3.4.2.4. El Comité advierte que desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, *'la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular'*, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. En tal sentido, el Comité considera que al interpretar el artículo 12 del PIDESC, se debe tener en cuenta que enfermedades anteriormente desconocidas, "como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud". El Comité advierte que para millones de personas, en especial las más pobres, *'el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto'*. (Subrayado fuera de texto).

3.4.2.6. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, considera que el derecho a la salud "en todas sus formas y a todos los niveles" abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte, a saber, *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*. (i) Cada estado debe tener *disponibles* "un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas."⁷⁶ (ii) Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser *accesibles* a todos, sin discriminación alguna, en cuatro dimensiones superpuestas: (...) (c) *'accesibilidad económica'* (asequibilidad), los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, en especial, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos;⁷⁸ y (d) *'acceso a la información'*, el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin perjuicio de la debida confidencialidad. (...) ⁷⁹ (Subrayado fuera de texto).

AMBITO LEGAL

ACUERDOS DEL DISTRITO CAPITAL

Acuerdo 461 de 2011. Por medio del cual se incorporan medidas de prevención en el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el distrito capital y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 535 de 2013. "Por medio del cual se incluye la vacuna contra la varicela de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital"

6. COMPETENCIA DEL CONCEJO

El Decreto Ley 1421 expresa en el artículo 12, numeral 1, lo siguiente:

"Artículo 12. Atribuciones. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:



2. *Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.*

(...)

25. *Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes*

7. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO.

ACUERDO 645 DE 2016: “POR EL CUAL SE ADOPTA EL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ D.C. 2016 - 2020 “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS”

Artículo 8. Definición - Igualdad de Calidad de Vida

Este pilar se enfoca en propiciar la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más vulnerable y especialmente a la primera infancia. Estos programas estarán dirigidos a intervenir el diseño y el funcionamiento de la ciudad y sus instituciones partiendo de reconocer que de la calidad de la ciudad depende en gran medida la calidad de vida de sus habitantes.

Artículo 17. Atención integral y eficiente en salud

El objetivo de este programa es el desarrollo conceptual, técnico, legal, operativo y financiero de un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en un modelo de salud positiva, corresponsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

8. IMPACTO FISCAL

El presente proyecto de acuerdo genera impacto fiscal, sin embargo, está amparado por los artículos 17, 27 y 70 del Proyecto de Acuerdo 645 de 2016;

Cordial Saludo

EDWARD ARIAS RUBIO
Autor Concejal de Bogotá

JORGE EDUARDO TORRES
Autor Concejal de Bogotá

MARÍA FERNANDA ROJAS
Autor Concejal de Bogotá

MARIA CLARA NAME RAMIREZ
Autor Concejal de Bogotá

HOSMAN MARTINEZ MORENO
Autor Concejal de Bogotá

LUCIA BASTIDAS UBATE
Autor Concejal de Bogotá



PROYECTO DE ACUERDO N° 269 DE 2018

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE INCLUYE LA VACUNA CONTRA EL HERPES ZÓSTER DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ”

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 12 numeral 1.

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: El Distrito Capital en cabeza de la Secretaria Distrital de Salud, deberá incorporar dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital, la vacuna contra el virus del Herpes Zóster, de manera gratuita a la población mayor de 50 años que la Secretaria Distrital Salud considere conveniente.

PARÁGRAFO. La Secretaria Distrital de Salud deberá realizar un estudio pre introductorio de costo beneficio y presentarlo ante el Ministerio de Salud y la Protección Social, a través del Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones- CNPI, antes de adoptar esta medida.

ARTÍCULO SEGUNDO: La incorporación de la vacuna se efectuará paulatinamente de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y por fases de acuerdo a estudios previos que realice la Secretaria de Salud.

ARTÍCULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 270 DE 2018**PRIMER DEBATE**

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO**

Este proyecto tiene como objeto la creación de un espacio que permita a los habitantes de Bogotá y del resto del país, participar anualmente de un evento musical gratuito en el que el sector poblacional que: produce, compone, consume, disfruta, colecciona y, en términos generales, se suscribe al gremio de la música electrónica tenga un festival que genere una plataforma para establecer un espacio en el que se puedan apreciar, difundir, fortalecer, potencializar y visibilizar todos los procesos que entorno a este género musical, se desarrollan en la ciudad Capital. Lejos de ser una propuesta diferencial, se erige y centraliza en la búsqueda inaplazable por establecer un escenario que fortalezca de manera eficaz y participativa a un sector musical y productivo que cada vez consigue más seguidores y adeptos en el Distrito, por tal motivo pretendemos con esta iniciativa brindar un espacio que este a la altura de los eventos internacionales de música electrónica y que posicione a Bogotá como uno de los epicentros de las expresiones artísticas más importantes y contemporáneas del planeta, igualmente buscamos ofrecer este tipo de contextos para desarrollar iniciativas que ratifiquen la multiculturalidad de nuestro país.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

P.A. 195 DE 2015 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (mayo de 2015)	Ponencia Positiva: H.C. Patricia Mosquera H.C. German García Zacipa
P.A. 268 DE 2015 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (Agosto de 2015)	Ponencia Positiva: H.C. Antonio Sanguino Páez H.C. Javier Palacios

P.A. 367 DE 2015 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (noviembre de 2015)	Ponencia Positiva: H.C. Roberto Sáenz H.C. Severo Correa
P.A. 09 DE 2016 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (febrero de 2016)	Ponencia Positiva: H.C. Nelson Castro H.C. Horacio José Serpa
P.A. 246 DE 2016 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (agosto de 2016)	Ponencia Positiva: H.C. Nelson Castro Ponencia Negativa: H.C. Jorge Lozada Valderrama
P.A. 343 DE 2017 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (agosto de 2017)	Ponencia Positiva: H.C. Cesar García Vargas Ponencia Negativa: H.C. José David Castellanos
P.A. 005 DE 2018 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (febrero de 2018)	Radicado para las sesiones ordinarias del mes de junio; el proyecto de acuerdo no fue sorteado.
P.A. 138 DE 2018 “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (febrero de 2018)	Ponencia negativa de Ruben Dario Torrado Pacheco

3. CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL

CONTEXTO INTERNACIONAL

Partamos de la reseña del festival por excelencia, Woodstock⁶⁶ es uno de los festivales de rock y congregación hippie más famosos. Ha sido de los mejores festivales de música y arte de la historia.

⁶⁶ Tuvo lugar en una granja de Bethel, Nueva York, los días 15, 16, 17 y la madrugada del 18 de agosto de 1969. El festival tiene el nombre de *Woodstock* porque inicialmente estaba programado para que tuviese lugar en el pueblo de Woodstock en el condado de Ulster, Estado de Nueva York. La población local siempre se opuso al evento, pero Sam Yasgur convenció a su padre, Max Yasgur, para acoger al concierto en los terrenos de la familia, localizados en Sullivan Country, también en el Estado de Nueva York.

Congregó a cerca de 500.000 espectadores. La entrada costaba 18 dólares americanos de la época para los 3 días⁶⁷.

Estos festivales se han mantenido y hoy tenemos grandes eventos de este tipo reconocidos, en el caso europeo estos se dan por excelencia con la llegada de la primavera, entre los meses de junio y agosto. Todos estos festivales se celebran por uno o dos días y tienen un costo que oscila entre los 53 y los 250 euros.

Festival	Ciudad	Descripción
Festival de Roskilde	Dinamarca	Data de los años 70, es de los más grandes del norte de Europa. Además de conciertos, también ofrece actividades culturales y fiestas las 24 horas.
Festival de Sziget	En la Isla de Óbudai, Budapest. <u>Hungría</u>	Con más 350 mil espectadores y con una agenda de más de 1000 artistas
Festival INmusic	<u>isla del Lago de Jarun en Croacia</u>	<u>Este evento contempla músicos del indie rock, heavy metal y la música electrónica.</u>
Exit	Serbia	<u>Junto con INmusic y el festival de Taksirat en Macedonia, el festival de Exit forma parte de un proyecto que promueve la multicultural de la música</u>
Rock Werchter	Werchte <u>Bélgica</u>	Ha logrado reunir hasta 140 mil personas, se reúnen por 4 días. Música electrónica, pistas de baile y nuevos artistas son todo parte del itinerario.
<u>Rock am Ring & Rock im Park</u>	Nürburgring & Núremberg Alemania	Es uno de los festivales más grandes del mundo, su boletería se agota el día que sale a la venta.
Festival Pinkpop	Holanda	Con la celebración del Pentecostés, llega este festival musical, uno de los más antiguos del mundo ⁶⁸

Entre los mejores festivales de música electrónica están el Creamfields de Buenos Aires, Sónar de España, Tomorrowland de Bélgica, Sensation en NY, entre otros. En los últimos años, la música electrónica y todo lo relacionado con ella han hecho una gran explosión no solo en Europa, ha adquirido mucha popularidad alrededor del mundo.

Woodstock fue una gran promoción para la música de esos momentos. Y no sólo para la música, sino para todo el estilo de vida que involucraba. Fue un hito porque logró reunir a tanta gente con tanta cobertura. Por primera vez se hacía algo así de grande y masivo. Así define Carlos Morales (Guitarrista de Aguaturbia) el festival que tuvo lugar en 1969.

⁶⁷ <https://litteramedia.wordpress.com/2011/11/22/raymond-williams-mauro-wolf-los-estudios-culturales-y-la-musica/>

⁶⁸ <http://eneuropa.about.com/od/Festivales-musica-Europa/tp/Top-Festivales-De-Musica-En-Europa.htm>

Festival	Ciudad	Descripción
Trance Energy	Holanda	Su primera versión se hizo en 1999
Aquasella	Arriondas, España	Surgió en 1997
Boom Festival	Portugal	Algo que lo ha caracterizado desde 2004 es su autosustentabilidad y buena relación con el medio ambiente, ya que utilizan energía solar y eólica.
Global Gathering	Reino Unido	Ha logrado expandirse a Polonia, Rusia, Ucrania y Bielorrusia llevando países del continente europeo. En 2006 salieron de Europa hacia Miami.
Creamfields		Desde 1998 en Liverpool surgió con la idea de ofrecer a los británicos un buen festival de música electrónica al aire libre. Gracias al éxito obtenido en el Reino Unido, ha trasladado su concepto de entretenimiento y música al aire libre a países como Perú, España, Uruguay, Brasil, Australia, Chile, Uruguay, entre otros.
Mysteryland		Con 20 años de experiencia, además de realizarse en Haarlemmermeer (Países Bajos) también se lleva a cabo en Nueva York y Chile El concepto es similar al del Tomorrowland, ya que consiste en un camping de 3 días y fiesta todo el día.
Sónar	España	Fundado en 1994 se ha realizado en 3 ciudades más, dos en Japón y la última en Islandia: Tokyo (6 ediciones), Osaka y Reyjavik. El año pasado anunciaron su parada en México con un "Save The Dates"
Electric ZOO	Nueva York	Comenzó en 2009 con 26 mil asistentes y desde entonces se realiza el fin de semana correspondiente al Día del Trabajo en Randall's Island.
Electric Daisy Carnival		De la mano de Insomniac llega un concepto completamente innovador: música, baile, colores y juegos mecánicos. Tuvo sus inicios en 1997 y se ha realizado en 4 países diferentes: Estados Unidos, Inglaterra, Puerto Rico y México.
Tomorrowland / Tomorrowworld	Boom, Bélgica	Este festival es de los más populares alrededor del mundo. Comenzó el 14 junio de 2005, desde entonces se celebra en época de verano cada año. Gracias a la fama y el prestigio logrado, llegó a América con Tomorrow World, el mismo concepto belga, este año se realizará por segunda ocasión en Chattahoochee Hills, Estados Unidos, durante el mes de septiembre. En julio del año en curso, Tomorrow Land cumple 10 años y para celebrarlo el festival se realizará durante dos fines de semana.
Ultra Music Festival	Miami	Se convierte en la pista de baile más grande del mundo bajo el mando de los <i>beats</i> que tocan los DJ más prestigiosos y famosos. Desde sus inicios hasta 2006 el festival duraba sólo un día, después se alargó a tres días, en 2013 se celebró durante dos fines de semana, en 2014 fueron 3 días consecutivos bajo una atmósfera electrónica.

CONTEXTO NACIONAL

Colombia no ha sido ajena a esta dinámica, el Summerland es un festival de música electrónica al aire libre que tiene lugar en la ciudad de Cartagena. Se celebra anualmente en los primeros días del mes de enero. Es una iniciativa de orden privado, su primera edición fue en 2013, con la Participación de varios de los DJ más importantes del mundo.

Por su parte, en Medellín se celebra el Festival Freedom en los pabellones Verde y Blanco de Plaza Mayor. Esta fiesta abrió sus puertas desde las 12 del día del sábado 15 de marzo hasta las 4 am del domingo 16 de marzo de 2014. Cerca de casi 4000 personas estuvieron disfrutando de este espectáculo sin precedente en la ciudad.

Luego del éxito conseguido por el Summerland de Cartagena, el Estéreo Picnic en Bogotá, llega a Colombia una gran fiesta electrónica más grande del mundo, Life in Color⁶⁹, que es un festival que visita anualmente más de 30 países con 200 conciertos. Este festival, además de un show de luces también incluye uno de pintura. Este evento se hará en Bogotá y Medellín.

Estas nuevas fiestas y apertura de bares temáticos dejan ver que nuestro país no es ajeno a la movida mundial, cada vez son más las empresas de espectáculos los que ven en Colombia un potencial de esta movida.

CONTEXTO LOCAL

Bogotá ha sido un ejemplo de espectáculos masivos gratuitos, ofreciendo a los ciudadanos la posibilidad de conocer grupos importantes. Rock al Parque es el primer y más conocido espectáculo gratuito de Latinoamérica, es resultado de una programación que contiene diversidad de géneros e impulsa la participación de bandas distritales, nacionales e internacionales⁷⁰. El evento no se queda en las meras presentaciones de los artistas, también hay actividades académicas y de emprendimiento.

Rock al Parque es una política pública que le apuesta a lo cultural y lo social, tan ha sido así, que hoy contamos con varios festivales al parque que se comprometen con los diferentes géneros musicales que tienen sus públicos.

Los Festivales al Parque son eventos culturales que se celebran a lo largo del año; son seis festivales con tendencias musicales y culturales diferentes que convocan en cada edición a miles de espectadores por medio del rock, el hip-hop, el jazz, la ópera, la salsa y la música colombiana. El común denominador de estos festivales es que propenden por el apoyo de las bandas y artistas locales que se presentan, los cuales son seleccionados por medio de concursos y puedan compartir escenario con agrupaciones de mayor reconocimiento. Estos festivales se complementan con actividades adicionales a los conciertos como talleres, exposiciones, clínicas musicales y conferencias.

⁶⁹ : <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/280862-life-in-color-la-fiesta-electronica-mas-grande-del-mundo-llega-a-medellin>

⁷⁰ <http://www.rockalparque.gov.co/rock-al-parque-en-sus-20-os-hizo-historia>

FESTIVAL	FECHAS	CARACTERÍSTICAS
Rock al Parque	Julio	Géneros musicales: Rock, metal, punk, ska, reggae, alternativa y otras ramificaciones del rock. Durante 3 días el Parque Simón Bolívar.
Jazz al Parque	Septiembre	Géneros musicales: Jazz y sus subgéneros derivados. Importante espacio para la muestra de bandas universitarias y locales.
Hip Hop al Parque	Octubre	Hip Hop al Parque nació de la evolución del festival Rap a la Torta en 1996. Su objetivo es difundir los ritmos urbanos y callejeros y los artistas que lo realizan en la ciudad. Además de los conciertos también hay competencias de baile, freestyle y graffiti.
Salsa al Parque	Agosto	Géneros musicales: Salsa, trova, son y jazz. Es el festival más latino y con más sabor tropical, es también una gran vitrina para que las bandas bogotanas que hacen esta música se den a conocer al igual que las caribeñas o caleñas. Es un espacio para los coleccionistas de esta música y para los mejores bailarines
Ópera al Parque	Noviembre	Géneros musicales: Ópera, zarzuela, coral y otros géneros de música culta. Este festival es el único que no se celebra en grandes plazas de eventos y que se prolonga por varias semanas. Sus conciertos y recitales son para públicos reducidos y en auditorios especialmente diseñados para esta clase de música.
Colombia al Parque	Julio	Géneros musicales: Cumbia, bambuco, pasillo, música llanera, carranga, porro y todas las representaciones musicales autóctonas de Colombia. El festival reúne en un evento lo mejor de la música colombiana, ritmos contemporáneos y las danzas típicas de las regiones; cuenta a su vez con muestras culturales y artesanales de las regiones, muestras gastronómicas y actividades académicas.

Bogotá se ha convertido en un escenario atractivo para este tipo de música debido a la cantidad de seguidores. Llega uno de los eventos más atractivos en este género que hasta ahora se hacía en países como Argentina, Chile, Estados Unidos, Brasil y Alemania, el Lolla Palooza. Este evento de grandes proporciones se realizara en octubre del año 2016 en el Parque Simón Bolívar, al cual podrán acceder aquellas personas que cuenten con los recursos para sumir los costos de las boletas.

4. CONVENIENCIA DEL PROYECTO DE ACUERDO

La música es un complejo sistema de sonidos, melodías y ritmos que el hombre ha ido descubriendo y elaborando para obtener una infinidad de posibilidades. En este caso específico, y yendo más allá de lo netamente instrumental o estético, centraremos la atención en las vivencias sociales e individuales que propicia y que le atribuyen un carácter ritual a la música.

Esta es una expresión artística, es una manera de mantener tradiciones e identidades, cada país tiene su música y bailes típicos que cuentan su historia, que relatan y escenifican sus logros y actividades. Cada religión tiene sus cantos y cada ceremonia campesina también; hay fiestas para recibir el verano y canciones bailes y rituales para pedir la llegada de la lluvia que mejore la cosecha. La música es una forma de expresión cultural.

A pesar del carácter identitario atribuido a la música, la globalización como un agente facilitador de intercambios culturales, hace que la música entre a ese escenario, ahora tenemos la posibilidad de conocer ritmos que antes era impensable acceder a ellos, es el caso de la música electrónica que, desde finales de los años 60, y gracias a la disponibilidad de tecnología musical, permitió que la música producida por medios electrónicos se hiciera cada vez más popular. En la actualidad, la música electrónica presenta una gran variedad técnica, compositiva y cada vez con más seguidores en el mundo.

Con la creación de este espacio se busca integrar diversos grupos sociales bajo un mismo ritmo. La capital del país, debe convertirse en el mejor escenario electrónico del país, tal cual las grandes capitales del mundo. El crecimiento del público, el auge de festivales con componentes electrónicos y la solidez de la industria de la música, bares y conciertos que tienen como protagonista estos ritmos sintéticos, la posicionan como una ciudad atractiva para abrir un espacio gratuito para los residentes y visitantes de Bogotá.

Sin embargo estas grandes fiestas han estado en manos de particulares, lo que implica altos costos en la boletería, restringiendo el acceso y disfrute de este tipo de espectáculos. Pero la administración de Bogotá tiene toda la experiencia en cuanto a montajes de este tipo de eventos. Esto facilitaría que más personas de la ciudad tengan la posibilidad de acceder a este tipo de espectáculos, sin que el factor económico sea la restricción.

De acuerdo a lo anterior, se propone que el Festival de Música Electrónica al Parque, se realice en el Marco de Rock al Parque ó en el Festival de Verano de Bogotá, los cuales son eventos masivos de reconocimiento distrital y nacional donde se promueven diversas actividades siendo la música parte fundamental y protagonista como una forma de expresión cultural.

Lo anterior se propone de acuerdo a los comentarios realizados por la Secretaria Distrital de Cultura Recreación y Deporte en oficio Rad. 20171700236451 de 12 de julio de 2017 *“(...) Si en la presentación de propuestas a las convocatorias distritales se evidencia una demanda significativa por parte de los creadores del generó electrónico, podrá incluirse una actividad enfocada a esta expresión dentro del programa de Festivales al parque”*

La Administración Distrital de acuerdo a la disponibilidad de escenarios y/o conveniencia tomará la decisión de donde incluirlo.

5. SOPORTE JURÍDICO Y ANTECEDENTES NORMATIVOS

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Artículo 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.

Artículo 70. El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional.

La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación.

Artículo 71. La búsqueda del conocimiento y la expresión artística son libres. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura. El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades.

AMBITO LEGAL

LEY 397 DE 1997. Por la cual se desarrollan los Artículos 70, 71 y 72 y demás Artículos concordantes de la Constitución Política y se dictan normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura y se trasladan algunas dependencias. En especial los siguientes artículos:

Artículo 1º.- De los principios fundamentales y definiciones de esta ley. La presente ley está basada en los siguientes principios fundamentales y definiciones:

1. Cultura es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan a los grupos humanos y que comprende, más allá de las artes y las letras, modos de vida, derechos humanos, sistemas de valores, tradiciones y creencias.

2. La cultura, en sus diversas manifestaciones, es fundamento- de la nacionalidad y actividad propia de la sociedad colombiana en su conjunto, como proceso generado individual y colectivamente por los colombianos. Dichas manifestaciones constituyen parte integral de la identidad y la cultura colombianas.

3. El Estado impulsará y estimulará los procesos, proyectos y actividades culturales en un marco de reconocimiento y respeto por la diversidad y variedad cultural de la Nación colombiana. (Negrilla fuera de texto)

8. El desarrollo económico y social deberá articularse estrechamente con el desarrollo cultural, científico y tecnológico. El Plan Nacional de Desarrollo tendrá en cuenta el Plan Nacional de Cultura que formule el Gobierno. Los recursos públicos invertidos en actividades culturales tendrán, para todos los efectos legales, el carácter de gasto público social. (Negrilla fuera de texto)

9. El respeto de los derechos humanos, la convivencia, la solidaridad, la interculturalidad, el pluralismo y la tolerancia son valores culturales fundamentales y base esencial de una cultura de paz.

11. El Estado fomentará la creación, ampliación y adecuación de infraestructura artística y cultural y garantizará el acceso de todos los colombianos a la misma. (Negrilla fuera de texto)

13. El Estado, al formular su política cultural, tendrá en cuenta tanto al creador, al gestor como al receptor de la cultura y garantizará el acceso de los colombianos a las manifestaciones, bienes y servicios culturales en igualdad de oportunidades, concediendo especial tratamiento a personas limitadas física, sensorial y síquicamente, de la tercera edad, la infancia y la juventud y los sectores sociales más necesitados (Negrilla fuera de texto)

Artículo 17º.- Del fomento. El Estado a través del Ministerio de Cultura y las entidades territoriales, fomentará las artes en todas sus expresiones y as demás manifestaciones simbólicas expresivas, como elementos del diálogo, el intercambio, la participación y como expresión libre y primordial del pensamiento del ser humano que construye en la convivencia pacífica.

Artículo 18. De Los Estímulos. El Estado, a través del Ministerio de Cultura y las entidades territoriales, establecerá estímulos especiales y promocionará la creación, la actividad artística y cultural, la investigación y el fortalecimiento de las expresiones culturales. Para tal efecto establecerá, entre otros programas, bolsas de trabajo, becas, premios anuales, concursos, festivales, talleres de formación artística, apoyo a personas y grupos dedicados a actividades culturales, ferias, exposiciones, unidades móviles de divulgación cultural, y

otorgará incentivos y créditos especiales para artistas sobresalientes, así como para integrantes de las comunidades locales en el campo de la creación, la ejecución, la experimentación, la formación y la investigación a nivel individual y colectivo (Negrilla fuera de texto)

ACUERDO 120 DE 2004: "Por el cual se declara el Festival de Rock al Parque de Bogotá, D.C., como un evento de interés cultural"

6. COMPETENCIA DEL CONCEJO

El Decreto Ley 1421 expresa en el artículo 12, numeral 1, lo siguiente:

“Artículo 12. Atribuciones. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:

3. Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.

(...)

25. Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes.

7. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO.

ACUERDO 645 DE 2016. “POR EL CUAL SE ADOPTA EL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ D.C. 2016- 2020. BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS”

Artículo 19. Mejores oportunidades para el desarrollo a través de la cultura, la recreación y el deporte

El objetivo de este programa es ampliar las oportunidades y desarrollar capacidades de los ciudadanos y agentes del sector con perspectiva diferencial y territorial, mediante un programa de estímulos, y alianzas estratégicas con los agentes del sector y las organizaciones civiles y culturales, programas de formación, de promoción de lectura y de escritura, la generación de espacios de conocimiento, de creación, de innovación, de ciencia y tecnología y de memoria, apropiación del conocimiento, el fortalecimiento del emprendimiento y la circulación de bienes y servicios y el fomento del buen uso del tiempo libre y la actividad física, en horarios extendidos, con el propósito de promover todas las formas en que los ciudadanos construyen y hacen efectivas sus libertades culturales, recreativas y deportivas, en estrecho vínculo con la transformación cultural.

Artículo 28. Definición - Construcción de Comunidad y Cultura Ciudadana

El pilar de Construcción de comunidad y cultura ciudadana se enfoca en aumentar el cumplimiento de la ley y la cooperación ciudadana, consolidando espacios seguros y confiables para la interacción de la comunidad, fortaleciendo la justicia, reduciendo la criminalidad y mejorando la percepción de seguridad, con el fin de transformar a Bogotá en una ciudad líder en la promoción de cultura ciudadana, donde los ciudadanos disfruten una gran oferta de espacios culturales, recreativos y deportivos, y los vecinos se conocen, conviven solidariamente y participan en actividades que contribuyan a mejorar su entorno, para incrementar así el sentido de pertenencia a Bogotá y preparar la ciudad para la paz.

Artículo 35. Cambio cultural y construcción del tejido social para la vida

El objetivo de este programa es estimular cambios culturales a través de las acciones colectivas, participativas y comunitarias desde el arte, la cultura, la recreación, el deporte, para la apropiación y disfrute del espacio público, la convivencia, el respeto a la diferencia, el cuidado del medio ambiente y la promoción de la cultura ciudadana como pilar de la construcción del tejido social.

Artículo 48. Bogotá, ciudad inteligente

El objetivo de este programa es crear lineamientos para un entorno urbano económico y social adecuado para el desarrollo de las actividades de innovación que permitan posicionar a la ciudad internacionalmente, como ciudad innovadora.

Artículo 50. Consolidar el turismo como factor de desarrollo, confianza y felicidad para Bogotá región.

El objetivo de este programa le apuesta al turismo como alternativa para el crecimiento económico y el desarrollo sostenible, a través del fortalecimiento de la cadena de valor del sector, la innovación en la red de información, la recuperación de atractivos turísticos, la promoción y el mercadeo estratégicos de ciudad, posicionándose como un destino reconocido en los mercados nacionales e internacionales frente a otros destinos turísticos del país y ciudades capitales del mundo, contribuyendo a elevar la confianza, el sentido de pertenencia, la calidad de vida y la felicidad de residentes y visitantes.

El Distrito incentivará programas de promoción al turismo como alternativa para la generación de ingresos y empleo, para lo cual la Administración Distrital impulsará el emprendimiento, la formalización del comercio y la pequeña y mediana empresa.

8. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo anterior y en cumplimiento del Artículo 7° de la Ley 819 de 2003, aclaramos que la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez que no se incrementará el Presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación, en la medida en que el presupuesto fue proyectado dentro del marco del Plan de desarrollo Distrital 2016- 2020 Bogotá Mejor para Todos, en el cual hay programas dentro de los cuales se podrían apropiar recursos para esta iniciativa, referenciados en el aparte 4 del presente proyecto de acuerdo.

Cordial Saludo

EDWARD ARIAS RUBIO

Autor Concejal de Bogotá

JORGE EDUARDO TORRES

Concejal de Bogotá

MARIA FERNANDA ROJAS

Concejal de Bogotá

MARIA CLARA NAME RAMIREZ

Concejal de Bogotá

HOSMAN MARTINEZ MORENO

Concejal de Bogotá

LUCIA BASTIDAS UBATE

Concejal de Bogotá



PROYECTO DE ACUERDO N° 270 DE 2018

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FESTIVAL DE MÚSICA ELECTRÓNICA AL PARQUE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 12 numeral 1.

ACUERDA

Artículo 1°. Crear el festival "Electrónica al Parque" en Bogotá D.C., con el fin de integrar la población seguidora de este género musical en un evento gratuito. Con el fin de fomentar, dar participación y visibilidad a los mejores creadores distritales de música electrónica.

Artículo 2°. La Administración Distrital y en cabeza de la Secretaria de Cultura Recreación y Deporte se encargará de coordinar las diferentes iniciativas culturales y generar las condiciones necesarias para fomentar y realizar el Festival "Electrónica al Parque" en Bogotá D.C., dentro del marco de sus competencias.

Artículo 3°. La Administración Distrital promoverá la participación de los/las representantes de la industria cultural para la realización del Festival "Electrónica al Parque".

Parágrafo: Las actividades industriales, comerciales o de servicios, realizadas con ocasión o en desarrollo a la actividad del "Festival de Música Electrónica al Parque", estarán gravadas con el impuesto de Industria y comercio"

Artículo 4°. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 271 DE 2018**PRIMER DEBATE**

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTEN SERVICIOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

1. OBJETO

El objeto de la presente iniciativa es establecer medidas para los servicios prestados por los centros de acondicionamiento y preparación física en el Distrito Capital, con el propósito de que a los Ciudadanos que accedan a estos establecimientos se les garantice que están realizando la práctica de actividad física en sitios seguros y con personal idóneo, tal y como lo establece la Ley 729 de 2001.

2. ANTECEDENTES

PROYECTO	TRÁMITE
PA. 008 de 2016. “Por el cual se establecen medidas para los servicios prestados por los Centros de Acondicionamiento y Preparación Física en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”	Ponencias Positivas con modificaciones presentadas por los Concejales Marco Fidel Ramírez Antonio y David Ballén Hernández. Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.
PA. 181 de 2016: “Por el cual se establecen medidas para los servicios prestados por los Centros de Acondicionamiento y Preparación Física en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”	Radicado para las sesiones ordinarias del mes de mayo. No fue sorteado.
PA. 181 de 2016: “Por el cual se establecen medidas para los servicios prestados por los Centros de Acondicionamiento y Preparación Física en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”	Ponencia positiva del Concejal Julio César Acosta Acosta y positiva con modificaciones del Concejal Horacio José Serpa Moncada. Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.
PA. 005 de 2017: “Por el cual se establecen medidas para los servicios prestados por los establecimientos que presten servicios relacionados con actividades deportivas de cualquier tipo en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”	Ponencias negativas de los Concejales Juan Carlos Flórez Arcila y Andrés Eduardo Forero Molina. Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.

<p>PA 172 de 2017: “Por el cual se establecen medidas para los servicios prestados por los establecimientos que presten servicios relacionados con actividades deportivas de cualquier tipo en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Ponencia positiva del concejal José David Castellanos y Ponencia negativa del concejal Jairo Cardozo Salazar. Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.</p>
<p>PA 342 de 2017 Por el cual se establecen medidas para los establecimientos que presten servicios relacionados con actividades deportivas en el distrito capital y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Ponencia negativa del concejal Juan Carlos Flórez Arcila y Ponencia positiva del concejal José David Castellanos Orjuela Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.</p>
<p>PA 003 de 2018 Por el cual se establecen medidas para los establecimientos que presten servicios relacionados con actividades deportivas en el distrito capital y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Ponencia negativa del concejal Pedro Julián López y ponencia positiva con modificaciones del concejal Nelson Cubides Salazar Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.</p>
<p>PA 003 de 2018 Por el cual se establecen medidas para los establecimientos que presten servicios relacionados con actividades deportivas en el distrito capital y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Ponencia negativa del concejal Pedro Julián López y ponencia positiva con modificaciones del concejal Nelson Cubides Salazar Archivado según lo establecido en el artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008.</p>
<p>PA 140 de 2018 Por el cual se establecen medidas para los establecimientos que presten servicios relacionados con actividades deportivas en el distrito capital y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Ponencia positiva con modificaciones de Hosman Yaith Martínez Moreno</p>

3. CONTEXTO

3.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Medellín, que cuenta con una población de 2'071.392 (tomado de Medellín Turístico Plegable del MEDELLÍN CONVENTIONBUREAU Alcaldía de Medellín), de donde se desprenden 6700 usuarios aproximadamente de los programas de Aeróbicos, Nocturnos y Madrugadores, del Instituto de Deporte y Recreación (INDER). Lo que representa el 0,32% de personas que realizan actividad física regularmente, cifra que alerta sobre el sedentarismo que hay en la ciudad.⁷¹

Con todo lo anterior se hace necesario y urgente contar con escenarios donde la práctica regular del ejercicio físico de forma segura sea un componente primordial, pues cuando se

⁷¹ El usuario y la realidad jurídica de los CAPF y los gimnasios en el municipio de Medellín, universidad de Antioquia Instituto Universitario de Educación Física, especialización en administración deportiva Medellín, Carlos Gutiérrez Buriticá licenciado Jaime Alberto vallejo Acosta, 2005.

habla de ella, se “hace referencia a las condiciones ambientales, las características personales, la forma de realizar la actividad, las características de la práctica, la distribución y el tipo de ejercicios a realizar durante una sesión, la experiencia y el conocimiento que se tenga sobre la actividad física, así como la relación social que se establezca entre las personas participantes, de igual manera, las condiciones materiales del lugar donde se lleve a cabo la práctica”.⁷²

En una investigación realizada por estudiantes de la Universidad de Antioquia, se pudo establecer lo siguiente frente a los gimnasios en la Ciudad de Medellín:⁷³

- El 39% de los CAPF o Gimnasio no poseen Registro mercantil
- El 39% de los CAPF o Gimnasio no poseen Registro mercantil
- La mayor parte de los servicios que se ofrecen en los CAPF o Gimnasios van dirigidos a personas entre los 19 y los 54 años y que el adulto mayor representa un índice significativo que merece una mirada
- La mayor parte de los CAPF o Gimnasios son administrados por personas con otro tipo de profesionales 74%.
- Se observa gran cantidad de personal profesional en los CAPF o Gimnasios 34% para los Licenciados y el 19% para los Tecnólogos en Ed. Física y llama poderosamente la atención el porcentaje de Empíricos 31%.
- El grupo interdisciplinario en los gimnasios y o CAPF está conformado por un 23,72% de médicos deportólogos, 11,86% de médicos generales, 16% de nutricionistas, 1,69% de psicólogos y 20% de fisioterapeutas.
- Se observa como en los CAPF o Gimnasios se recomiendan exámenes distintos a los enumerados (orina, fecal, sangre y otros) y la glicemia como uno de los más referenciados.
- El 38% de los CAPF o Gimnasios atienden en promedio más de 101 personas diarias y el 31% de 41 a 60 personas diarias.
- Hay un alto índice en el nivel de medicamentos que se distribuyen en los CAPF o Gimnasios, la pregunta es ¿bajo qué criterios se hace este tipo de distribución o comercialización? ¿Es bajo prescripción médica o no?

Dentro de la investigación realizada por los estudiantes de la Universidad de Antioquia, se hicieron algunas recomendaciones, dentro de las cuales se destacan las siguientes:⁷⁴

- Se hace urgente el control por parte del INDER (Ente deportivo Municipal), en materia del ejercicio físico, hacia los CAPF y gimnasios con el fin de responsabilizar aún más a los administradores e instructores sobre su papel a desarrollar en el contexto dentro del cual están inmersos.
- De otro lado se hace necesario una comisión conformada por INDER, INDEPORTES (Ente deportivo Municipal), y Representantes de los CAPF o Gimnasios que se encargue de promover y verificar, la adecuación a las normas de los gimnasios que no

⁷² DEVÍS DEVÍS, José. Actividad física, deporte y salud. 1ª Edición. 2000. INDE publicaciones. Barcelona, España. Págs. 33, 34. (http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/02_usuario_realidad.pdf)

⁷³El usuario y la realidad jurídica de los CAPF y los gimnasios en el municipio de Medellín, universidad de Antioquia Instituto Universitario de Educación Física, especialización en administración deportiva Medellín, Carlos Gutiérrez Buriticá licenciado Jaime Alberto vallejo Acosta, 2005

⁷⁴ Ibídem

cuentan con instalaciones idóneas ni con el personal para orientar la práctica regular del ejercicio físico.

- El Educador Físico, debe trascender las barreras del conocimiento del simple hacer para liderar, plantear y programar actividades propias de su perfil, con el fin de continuar con su aparición dentro de los CAPF y los Gimnasios pues se presentan como una buena opción para el profesional de la actividad física teniendo como base el respaldo de la ley.
- La práctica regular del ejercicio físico debe traspasar la barrera del simple negocio y convertirlo en la mejor forma para el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de una óptima salud.
- Se hace necesario y urgente el perfil del Educador Físico que represente cambios importantes en la población y que haga gala de su condición de EDUCADOR, permitiendo cambios significativos en los usuarios frecuentes de dicho lugar.

3.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

3.2.1. España: En España, la **Unión de Consumidores de Aragón (UCA)** ha opinado que "urge" aprobar una regulación para los gimnasios, "inexistente" hasta la fecha "a pesar de su creciente actividad y de la gran aceptación entre los usuarios".

(...)

Esta organizaciones de consumidores ha explicado que actualmente en los gimnasios "se aplican las normas generales para los establecimientos comerciales, la normativa general para las instalaciones públicas o la de la accesibilidad a centros públicos, que en el caso del **Ayuntamiento de Zaragoza** cuentan con ordenanza propia".

Así, si el gimnasio tiene piscina, este servicio se regula de acuerdo a las condiciones higiénicas sanitarias de las piscinas de uso público establecidas, ha comentado la UCA.

Por eso, y ante el "vacío legal" que se produce respecto a las actividades específicas de un gimnasio, esta [organizaciones] de consumidores ha solicitado un reglamento regulador de los gimnasios y sus actividades, que recoja, entre otros aspectos, los relativos a la seguridad de los usuarios. Subrayado fuera de texto.

Concretamente, que el usuario que acuda por primera vez al centro lo haga con un certificado médico o que el propio establecimiento tenga un servicio médico para ejecutarlo; un profesional del deporte titulado; y un monitor en cada sala para vigilar que los practicantes hagan uso de los aparatos adecuadamente y para que no dañen su salud. (Subrayado fuera de texto)

Además, la obligación de realizar una puesta a punto de los nuevos usuarios a base de ejercicios cardiovasculares, al menos durante los dos primeros meses, "para potenciar paulatinamente el riego sanguíneo que les permita realizar, más adelante, ejercicios más pesados sin riesgo".

También sería "muy recomendable", según la UCA, que los gimnasios ofrecieran un seguro

médico, aparte del obligado seguro a terceros, y que todos los gimnasios contaran con un gabinete médico que proporcionara consulta y primeros auxilios.

La Unión de Consumidores de Aragón propone, igualmente, que se inspeccione periódicamente el funcionamiento de los aparatos para comprobar su perfecto funcionamiento y que las instalaciones estén provistas de todas las medidas de seguridad reglamentarias exigidas para los recintos públicos, como extintores o salidas de emergencia homologadas y perfectamente indicadas.⁷⁵

3.2.2. Costa Rica: El Ministerio de Salud estableció una medida a través de la cual se busca garantizar a la ciudadanía la capacitación y profesionalización de las personas que tienen a cargo un gimnasio, con el propósito de contrarrestar este tipo de servicio inadecuado y poco profesional, por eso ahora deben contar con un regente en Terapia Física, quien se encargue de velar por el funcionamiento correcto del trabajo de los instructores. Adicionalmente el artículo 43 de la ley 8989 estableció que “Todo Centro de Acondicionamiento Físico o Gimnasio y Hogares de Adultos Mayores, debe tener sin excepción, un regente en Terapia Física, debidamente incorporado al Colegio de Terapeutas de Costa Rica para su funcionamiento”.⁷⁶

3.3. ANTECEDENTES LOCALES

Según un estudio de la International Health, Racquet & Sportsclub Association, Entidad que reúne a los gimnasios a nivel mundial, de los 160.000 gimnasios que hay en el mundo, el 1% están en Colombia, siendo nuestro país el tercer mercado más grande en población de Latinoamérica. Dentro de esta cifra, las Ciudades en las que más hay estos establecimientos son Bogotá, Medellín, Cali y Pereira⁷⁷, siendo Bogotá la Ciudad que cuenta con un mayor número.

Según la Secretaría de Salud, el número de gimnasios vigilados por esta Entidad es de 397, discriminados así:

LOCALIDAD	GIMNASIOS	LOCALIDAD	GIMNASIOS
Usaquén	24	Suba	104
Chapinero	32	Barrios Unidos	5
Santa Fe	2	Teusaquillo	8
San Cristóbal	14	Mártires	1

⁷⁵ http://www.heraldo.es/noticias/aragon/la_uca_pide_regulacion_los_gimnasios_ante_creciente_actividad.html

⁷⁶ <http://www.teletica.com/Noticias/43399-Gimnasios-deben-contar-desde-ahora-con-un-profesional-en-Terapia-Fisica.note.aspx>

⁷⁷ Colombia tiene cerca del 1 % de gimnasios del mundo, La facturación es alta. Oscila entre \$ 500.000 y \$ 550.000 millones, y crece año tras año, Por: Economía y Negocios @rolandolozano3, 12:06 p.m. 21 de julio de 2011,

<http://www.eltiempo.com/economia/sectores/crecimiento-de-los-gimnasios-en-colombia/16125076>

Usme	9	Antonio Nariño	6
Tunjuelito	5	Puente Aranda	15
Bosa	22	Candelaria	1
Kennedy	41	Rafael Uribe	17
Fontibón	29	Ciudad Bolívar	15
Engativá	13	Sumapaz	0
ESTABLECIMIENTOS VIGILADOS EN EL DISTRITO		TOTAL	397

Fuente: Empresas Sociales del Estado- Sivigila- Censo de establecimientos enero-diciembre 2014

La información anterior solo contempla el número de gimnasios que son vigilados por la SDS y no el total de los que hay en la ciudad; solamente revisando información de *Entrenaya* y del Directorio Deportivo de Bogotá, pude establecer que hay aproximadamente 564 CAPF en la Ciudad, sin tener en cuenta otros sitios en los que se practica actividad física, como los *Crossfit*⁷⁸ y *BE.SMART*⁷⁹.

Haciendo una revisión, encontré que el número aproximado de gimnasios por Localidad es el siguiente:

LOCALIDAD	NUMERO DE GIMNASIOS
USAQUEN	44
CHAPINERO	42
SANTA FE	9
SAN CRISTÓBAL	17
USME	11
TUNJUELITO	7
BOSA	28
KENNEDY	41 (sólo en el barrio Castilla hay más de 10)
FONTIBÓN	35 (entre los barrios Hayuelos y Modelia hay aprox. 12)
ENGATIVA	26
SUBA	115
BARRIOS UNIDOS	15
TEUSAQUILLO	38

⁷⁸ El **Crossfit** es un tipo de entrenamiento compuesto por ejercicios funcionales, constantemente variados, ejecutados a alta intensidad. Es un programa de fuerza y acondicionamiento físico general, cuyo objetivo es incrementar el fitness. Crossfit se distingue por definir sus términos y por ser un programa observable, medible y repetible basado en datos Crossfit es una técnica de entrenamiento, que encadena movimientos de diferentes disciplinas al mismo tiempo, tales como la halterofilia, el atletismo, la gimnasia.

La meta es desarrollar las capacidades y habilidades humanas: resistencia cardiovascular y respiratoria, resistencia muscular, fuerza, flexibilidad, potencia, velocidad, agilidad, coordinación, equilibrio, y precisión. Exponiendo a la persona a tantos escenarios y combinaciones de movimientos como sea posible se logra una adaptación que la prepara para lo desconocido y lo poco probable. "En Crossfit nuestra propuesta es un entrenamiento amplio, general e inclusivo. (<https://es.wikipedia.org/wiki/CrossFit>)

⁷⁹ **BE. SMART**: Es un laboratorio fitness que por medio de la tecnología EMS permite ejercitarnos inteligentemente, es decir eficaz y eficiente, todo el cuerpo a la vez y en tiempo récord de 20 minutos. Los músculos se contraen 85 veces por segundo y se activan hasta las fibras profundas de los mismos. (<http://www.bes.com.co/index.php/el-metodo>)

MÁRTIRES	57
ANTONIO NARIÑO	8
PUENTE ARANDA	36
CANDELARIA	1
RAFAEL URIBE	19
CIUDAD BOLÍVAR	15

Fuente: Entrenaya y Directorio Deportivo de Bogotá

A continuación, voy a mostrar una comparación de la actividad de inspección, vigilancia y control que realizó la Secretaría de Salud en los últimos años en los Gimnasios con el número aproximado de CAPF que hay en la Ciudad:

AÑO	No. DE CAPF SEGÚN LA SDS	PORCENTAJE DE GIMNASIOS VISITADOS
2012	241	39.25%
2013	288	46.90%
2014	397	64.65%
2015	90	14.65%

4. CONVENIENCIA DEL PROYECTO

La práctica de actividad física y deporte se ha convertido en una de las actividades más comunes en la actualidad, de allí nace el hecho de que las personas acudan a diferentes lugares para la realización de este tipo de acciones, es importante destacar que los gimnasios pertenecen a este tipo de ofertas elegidos por las comunidades para la realización de sus actividades ficodeportivas. La actividad física dentro de los gimnasios y centros de acondicionamiento y preparación física (CAPF) se constituye como factor de promoción de la salud y prevención de enfermedades, buscando mejorar la calidad de vida de las personas. (Colado, 1996).⁸⁰

Durante las tres últimas décadas los beneficios de la actividad física han sido respaldados por pruebas científicas que vinculan el aumento de ejercicio y los buenos hábitos de vida para mejorar la calidad de está; así mismo se ha descubierto que la inactividad física y los hábitos negativos de vida representan una seria amenaza para la salud, todo esto relacionado a que las personas se están dando cuenta que la realización de actividad física trae un sin número de beneficios para su vida y que la importancia de controlar este tipo de

⁸⁰ Problema de investigación, Estado actual del sistema de regulación pública sobre los establecimientos de comercio constituidos como Gimnasios del Municipio de Pereira, universidad de Antioquia, Instituto Universitario de Educación Física, Cristian Díaz Sánchez, Medellín, febrero del 2011.

actividad hace que está aumente sus posibilidades de mejorar o mantener su salud física y mental, es por tal razón que las personas se ven en la necesidad de acudir a sitios especializados donde puedan realizar este tipo de actividades de forma controlado y guiada por profesionales idóneos en el campo. (Hoeger, 2006: 1-10).⁸¹

La Ley 729 de 2001 define a los Centros de Acondicionamiento y Preparación Físico, como, establecimientos que prestarán un servicio médico de protección, prevención, recuperación, rehabilitación, control, y demás actividades relacionadas con las condiciones físicas, corporales y de salud de todo ser humano, a través de la recreación, el deporte, la terapia y otros servicios fijados por autoridades competentes y debidamente autorizados, orientados por profesionales en la salud, que coordinarían a licenciados en educación física, tecnológicos deportivos y demás personas afines que consideren que el tratamiento o rehabilitación de la persona (s) se realice en los CAPF.

En estos establecimientos se realizan entre otras acciones las siguientes:

- *Elaboración de programas y prescripción de actividad física
- *Evaluación del estado de salud de las personas y recomendaciones específicas para cada caso
- *Dirección, control y seguimiento de las actividades.
- *Asesoría profesional de primera calidad que aclara y resuelve todo tipo de inquietudes en cuanto a ejercicio físico y salud se refiere.

Todo este tipo de acciones enmarcadas en 5 grandes calificativos para el ejercicio: ⁸²

- 1) La importancia de ser diagnosticado
- 2) Que sea prescrito
- 3) Asesorado
- 4) Dirigido
- 5) Controlado.

Los servicios prestados en los CAPF deben adecuarse a condiciones adecuadas de salud, higiene y aptitud deportiva; adicionalmente los servicios allí prestados deben ser desempeñados por personal altamente capacitado, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores, físicos, licenciados o tecnólogos en deporte y educación física entre otras y con una implementación diseñada técnicamente para este fin. La Ley 729 de 2001, establece que el ente deportivo Municipal o Distrital de cada Entidad Territorial, es el encargado de velar por que se cumpla con los requisitos antes mencionados, es decir que en Bogotá la Entidad que debe realizar esta supervisión es el IDR. Sin embargo, he podido establecer que el IDR ni siquiera cuenta con la información de los gimnasios que existen en la Ciudad, a pesar de que es ésta la Entidad encargada de autorizar y controlar a dichos establecimientos. De hecho, en respuesta a la proposición 220 de 2015 el IDR manifestó:

⁸¹ Ibídem

⁸² Centros de Acondicionamiento físico, Estado actual del sistema de regulación pública sobre los establecimientos de comercio constituidos como Gimnasios del Municipio de Pereira, universidad de Antioquia, Instituto Universitario de Educación Física, Cristian Díaz Sánchez, Medellín, febrero del 2011.

“Teniendo en cuenta que los gimnasios se pueden constituir y registrar ante la Cámara de Comercio de Bogotá, como delegataria legal de funciones públicas dada su naturaleza, es ésta quien lleva los registros [mercantil], de las Entidades sin ánimo de lucro y el registro único de proponentes delegados legalmente, sin que formen parte integrante de la administración pública ni el régimen legal aplicable a las Entidades que formen parte de la misma. Por lo tanto, en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte no reposa registro de los gimnasios existentes en la Ciudad.

Sin embargo, la Ley establece que los gimnasios deben ser autorizados y controlados por el ente deportivo de la respectiva Entidad Territorial; es decir que si el IDR no tiene conocimiento del número de CAPF que hay en la Ciudad no puede realizar la actividad de control, vigilancia y control a dichos establecimientos.

Además de lo establecido anteriormente los Centros de Acondicionamiento y Preparación Física deben contar mínimo con lo siguiente:

*Cada programa debe contar con las instalaciones adecuadas para la realización de las actividades físicas.

*Todas las áreas deben tener la implementación necesaria el desarrollo de cada uno de los programas.

*Contar con el personal, médico, nutricionista, fisioterapeutas, educadores, físicos, licenciados o tecnólogos en deporte y educación física entre otras.

*Tener los servicios de salud, tales como: Prevención, atención, recuperación, rehabilitación y control.

El riesgo de realizar actividad física sin supervisión puede conllevar a contraindicaciones absolutas y relativas, las cuales se catalogan así: ⁽⁸³⁾ <http://www.salud180.com/ejercicio-2>, J. L.)

- Contraindicaciones absolutas:
 0. Angina inestable.
 1. Infarto agudo de miocardio en los 3 y 5 primeros días
 2. Arritmias sintomáticas no controlables.
 3. Endocarditis activa.
 4. Estenosis aórtica severa sintomática.
 5. Insuficiencia cardiaca sintomática no controlable.
 6. Embolia o infarto pulmonar agudo.
 7. Infección.
 8. Insuficiencia renal.
 9. Tirotoxicosis.

- Contraindicaciones relativas:
 0. Hipertensión arterial o pulmonar intensa.

⁸³ Escolar Castellón, C. Pérez Romero de la Cruz, R. Corrales Márquez. Actividad física y enfermedad. An Med Interna (Madrid) 2003; 20:427-433.

González Chávez Antonio, Becerra Pérez Ana Rosa, Carmona Solís Fabiana Karina, Cerezo Goiz María Inés Alendra, Hernández y Hernández Héctor, Lara Esqueda Agustín. Ejercicio físico para la salud. Rev Mex Cardiol 2001; 12(4): 168-180.)

1. Trombosis de extremidades inferiores
2. Miocardiopatía hipertrófica.
3. Alteraciones mentales que impiden la colaboración.
4. Alteraciones electrolíticas.
5. Estenosis valvular cardiaca moderada.
6. Estenosis del tronco izquierdo coronario.

Adicionalmente se ha establecido que pasar muchas horas ejercitándose puede causar problemas musculares como dolor y fatiga, y otros en los riñones. Científicos holandeses relacionan esta práctica excesiva con la aneurisma (accidentes cerebro vasculares silenciosos). Expertos recomiendan visitar a un médico deportólogo antes de iniciar cualquier rutina de ejercicios. (Subrayado fuera de texto)

Practicar ejercicio es la forma más común que los médicos recomiendan a sus pacientes para mejorar su calidad de vida. Por ello, según los expertos en el tema, se debe tener especial cuidado a la hora de seleccionar una rutina, pues un excesivo esfuerzo físico puede producir múltiples lesiones y en algunos casos patologías. A esto hay que decir que los atletas olímpicos u otros que se entrenan en diferentes ramas como el Crossfit (en donde entrenan muy duro), llevan un seguimiento adecuado y continuo en la parte física y de nutrición por parte de profesionales.

Además, cuando los dolores aparecen de manera tardía, esto nos indica que se está presentando un daño en el músculo que se ha entrenado. Algunas veces, existen casos poco usuales en donde los daños considerables pueden determinar complicaciones serias. "Cuando una persona entrena de una manera a la cual no está acostumbrada y exigiéndose, de golpe, mucho más allá de sus capacidades habituales, corre riesgos de sufrir pequeñas lesiones tanto en los músculos como en los huesos" (...)

Investigadores de la universidad de Utrecht, Holanda, publicaron una investigación que afirma que el consumo de café, el ejercicio físico intenso, sonarse la nariz con fuerza, hacer fuerza al ir al baño, tomar refrescos de cola, sobresaltarse y enojarse, son factores que, en este orden, aumentan el riesgo de que se produzca un derrame cerebral. (Subrayado fuera de texto)

"Todos estos comportamientos aumentan la presión sanguínea de manera temporal y facilitan que el vaso inflamado por un aneurisma se rompa".

El estudio fue realizado durante 3 años a 250 pacientes que sufrieron una aneurisma, a quienes se les preguntó por sus hábitos y actitudes previas al derrame. Tomar café y entrenar de manera intensa fueron las respuestas más repetidas.⁸⁴

Además de los gimnasios, en Bogotá ha aumentado el número de establecimientos denominados *crossfit*, método de entrenamiento carece de dos de los principios más importantes del entrenamiento deportivo: la "individualidad" (cada persona responde de

⁸⁴ <http://www.saludfisicamentalyespiritual.com/2013/09/consecuencias-del-ejercicio-intenso-y-excesivo.html>

manera diferente al mismo estímulo de entrenamiento, por eso es necesario adaptar la carga de entrenamiento a cada deportista), y la "especificidad" (los estímulos provocados por un ejercicio solo afectan a funciones determinadas y específicas, es decir, que debemos enfocarnos en un objetivo concreto para alcanzarlo).

En el *crossfit* no hay rutinas. Aquí se realizan actividades con una constante variedad de ejercicios, se trabaja con una intensidad muy alta y un tiempo reducido. Ninguna sesión debería exceder los 50 minutos de duración.

Los ejercicios se organizan en forma de circuitos y son regulados por intervalos de trabajo con un descanso mínimo entre cada uno. Algunas de las actividades que se practican son remo, salto de cuerda, salto de altura, trabajo con peso corporal, levantamiento de pesas, running, abdominales y se basa en el trabajo de diferentes capacidades y habilidades. Se requiere resistencia cardiovascular y respiratoria, resistencia muscular, fuerza, flexibilidad, potencia, velocidad, agilidad, psicomotricidad, equilibrio, y precisión.

La práctica de este deporte produce una elevación del ritmo cardíaco que permanece constante la mayor parte del tiempo de la ejercitación. Si bien como toda gimnasia el esquema se adapta a las necesidades y particularidades de cada persona, se requiere previamente una buena forma, condición y preparación física para realizarla. Es un entrenamiento, como dijimos anteriormente, de alta intensidad.

Debido a mala ejecución, o baja condición física, se han registrado diferentes tipos de lesiones en la columna, en las articulaciones de miembros inferiores y superiores, y también lesiones musculares.

Existen posibilidades de que se provoque rhabdmiolisis, (un mecanismo de deterioro muscular) o necrosis de las células musculares, y pueden darse condiciones de esfuerzos extenuantes con poca hidratación.

Es imprescindible si se desea realizar esta actividad física -aunque también cualquier otra- practicarse un examen médico previo de salud y otro de nivel de aptitud o rendimiento físico.

Más allá que cada médico de familia o cardiólogo podrá seleccionar los estudios que realice, (análisis clínicos, radiografía de tórax, electrocardiograma, ergometría y un ecocardiograma e incluso eco stress), son necesarios los exámenes de nivel de aptitud. Determinar fuerza máxima, fuerza potencia, fuerza resistencia, así como niveles de potencia aeróbica y potencia explosiva, si se desea realizar una actividad de alta intensidad.

Un individuo sano puede tener un nivel de entrenamiento de 1 a 10 que sea por ejemplo de 6. Y en la sesión inicial de *crossfit* requerirle un esfuerzo equivalente a 9 lo que le excesivo para su organismo y provocarla situaciones de salud inesperadas.

En síntesis, para que el *crossfit* no se convierta en un riesgo debe practicarse solo cuando está garantizado que generará un esfuerzo adecuado al individuo. Ello se logrará determinando primero el estado de salud y es imprescindible determinar el nivel de aptitud

De ese modo, se podrá adaptar el circuito a cada persona. También es imprescindible que no se configuren grupos heterogéneos con diferentes niveles de capacidad al esfuerzo.⁸⁵

Teniendo en cuenta el aumento de Centros de Acondicionamiento Físico y otros sitios en los cuales se les ofrece a los Ciudadanos realizar actividad física, es necesaria la intervención del Distrito, ya que como lo contempla este documento hay un alto riesgo de sufrir lesiones y/o problemas de salud a causa de practicar actividad física sin supervisión; adicionalmente es necesario que las Entidades Distritales respectivas se encarguen de hacer inspección, vigilancia y control a estos centros, con el propósito de que se cumplan requisitos mínimos como el servicio de protección, prevención, recuperación, rehabilitación y control; además de que en dichos centros haya el personal idóneo, dentro del cual debe haber un médico, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, licenciado o tecnólogo en deporte y educación física, tal y como lo establece la Ley.

5. SUSTENTO JURÍDICO

5.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA

Artículo 52: El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.

El deporte y la recreación, forman parte de la educación y constituyen gasto público social.

Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.

El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará, vigilará y controlará las organizaciones deportivas y recreativas cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas.

Artículo 78. La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Para gozar de este derecho las

⁸⁵<http://www.infobae.com/2014/08/02/1584872-los-riesgos-del-crossfit-el-entrenamiento-extremo-el-ojo-la-tormenta>. (El autor de esta nota es médico deportólogo y cardiólogo. Es Director del Programa de Actividad Física por la Salud y el Deporte del Hospital de Clínicas y del curso de postgrado en Medicina del Deporte de la Facultad de Medicina. Supervisó su redacción el Lic. Javier Mazzone.)

organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos.

5.2. OTRAS NORMAS

5.2.1. LEY 232 DE 1995, "Por medio de la cual se dictan normas para el funcionamiento de los establecimientos comerciales".

Artículo 2o. No obstante, lo dispuesto en el artículo anterior, es obligatorio para el ejercicio del comercio que los establecimientos abiertos al público reúnan los siguientes requisitos:

a) Cumplir con todas las normas referentes al uso del suelo, intensidad auditiva, horario, ubicación y destinación expedida por la autoridad competente del respectivo municipio. Las personas interesadas podrán solicitar la expedición del concepto de las mismas a la entidad de planeación o quien haga sus veces en la jurisdicción municipal o distrital respectiva;

b) Cumplir con las condiciones sanitarias descritas por la Ley 9ª de 210 y demás normas vigentes sobre la materia;

(...)

d) Tener matrícula mercantil vigente de la Cámara de Comercio de la respectiva jurisdicción;

e) Comunicar en las respectivas oficinas de planeación o, quien haga sus veces de la entidad territorial correspondiente, la apertura del establecimiento.

Artículo 3o. En cualquier tiempo las autoridades policivas podrán verificar el estricto cumplimiento de los requisitos señalados en el artículo anterior.

Artículo 4o. El alcalde, quien haga sus veces, o el funcionario que reciba la delegación, siguiendo el procedimiento señalado en el libro primero del Código Contencioso Administrativo, actuará con quien no cumpla los requisitos previstos en el artículo 2º de esta Ley, de la siguiente manera; (Subrayado fuera de texto)

1. Requerirlo por escrito para que en un término de 30 días calendario cumpla con los requisitos que hagan falta.

2. Imponerle multas sucesivas hasta por la suma de 5 salarios mínimos mensuales por cada día de incumplimiento y hasta por el término de 30 días calendarios.

3. Ordenar la suspensión de las actividades comerciales desarrolladas en el establecimiento, por un término hasta de 2 meses, para que cumpla con los requisitos de la ley.

4. Ordenar el cierre definitivo del establecimiento de comercio, si transcurridos 2 meses de haber sido sancionado con las medidas de suspensión, continúa sin observar las disposiciones contenidas en la presente Ley, o cuando el cumplimiento del requisito sea posible.

5.2.2. LEY 181 DE ENERO 18 DE 1995, por el cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte.

Artículo 81. Las academias, gimnasios y demás organizaciones comerciales en áreas y actividades deportivas de educación física y de artes marciales, serán autorizados y controlados por los entes deportivos municipales conforme al reglamento que se dicte al respecto. Corresponderá al ente deportivo municipal o distrital, velar porque los servicios prestados en estas organizaciones se adecuen a las condiciones de salud, higiene y aptitud deportiva.

5.2.3. LEY 23 DE 1982, sobre derechos de autor

Artículo 159º.- Para los efectos de la presente Ley se considerarán ejecuciones públicas las que se realicen en teatros, cines, salas de concierto o baile, bares, clubes de cualquier naturaleza, estadios, circos, restaurantes, hoteles, establecimientos comerciales, bancarios e industriales y en fin donde quiera que se interpreten o ejecuten obras musicales, o se transmitan por radio y televisión, sea con la participación de artistas, sea por procesos mecánicos, electrónicos, sonoros o audiovisuales.

5.2.4. LEY 729 DE 2001, Por medio de la cual se crean los Centros de Acondicionamiento y Preparación Física en Colombia.

5.2.5. DECRETO 854 DE 2001, "Por el cual se delegan funciones del Alcalde Mayor y se precisan atribuciones propias de algunos empleados de la Administración Distrital".

ARTICULO 53. Corresponderá a los Alcaldes Locales de Bogotá D.C., siguiendo el procedimiento señalado en el libro primero del Código Contencioso administrativo, continuar con la imposición del régimen sancionatorio previsto en la Ley 232 de 1995, respecto a los establecimientos comerciales.

5.2.6. DECRETO 639 DE 1996, por el cual se clasifica el uso del gimnasio de acondicionamiento físico y cardiovascular, y se adicionan algunos artículos de los Decretos 735 y 736 de 1993.

5.2.7. ACUERDO 462 DE 2010, "Por el cual se establecen lineamientos en materia de bioseguridad para los establecimientos que ofrecen servicios de: estética facial, corporal y ornamental, gimnasios, saunas, turcos, salas de masajes y establecimientos afines, en el distrito capital y se dictan otras disposiciones."

5.2.8. DECRETO 483 DE 2007, "Por el cual se adopta el Sistema Unificado Distrital de Inspección, Vigilancia y Control de Bogotá Distrito Capital

5.2.9. DECRETO 101 DE 2010, "Por medio del cual se fortalece institucionalmente a las Alcaldías Locales, se fortalece el esquema de gestión territorial de las entidades distritales en las localidades se desarrollan instrumentos para una mejor gestión administrativa y se determinan otras

5.2.10. RESOLUCIÓN 10984 DE 1993: por la cual se modifica la Resolución 000717, de marzo 18 de 1992 en el sentido de señalar el documento que certifica el funcionamiento sanitario de los establecimientos como Licencia Sanitaria y se establecen los procedimientos para su obtención.

Artículo 1º.- Modificar la Resolución 00717 de marzo 18 de 1992 en el sentido que en adelante se denominará Licencia Sanitaria a cambio de Matrícula Sanitaria, al documento que certifica el estado sanitario de los establecimientos y que permite su funcionamiento.

Parágrafo. - El presente documento es válido para el trámite de la Licencia de Funcionamiento ante las Alcaldías Locales.

Artículo 3º.- Para efectos de la aplicación de la presente Resolución los establecimientos se clasifican en:

b. De alto riesgo sanitario:

(Locativo, ambiental, producción de desechos contaminantes, riesgos ocupacionales o riesgos de consumo o manejo de alimentos).

Industria manufacturera, metalmecánica de la construcción, talleres, tipografías, litografías, parqueaderos, lavaderos de carros, juegos electrónicos, curtiembres, cementerios, plantas de lavandería, estaciones de servicios, servitecas, depósitos de materiales reciclables y no reciclables.

Hoteles, moteles, residencias y similares, discotecas, bares, cantinas, canchas de tejo, coliseos, teatros, circos, establecimientos educativos, cárceles, cuarteles, conventos, ancianatos, baños turcos, piscinas, saunas, gimnasios, salones de belleza, depósito y expendio de alimentos y licores, restaurantes, panaderías, bizcocherías y reposterías, cafeterías, cigarrerías, expendio de víveres, comidas rápidas, reempacadoras de alimentos y apicultura.

6. COMPETENCIA DEL CONCEJO

Constitución Política:

Artículo 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:

2. Ejercer las competencias que les correspondan.



Artículo 313. Corresponde a los Concejos:

1. Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio.

Decreto Ley 1421 de 1993:

Artículo 12: Atribuciones del Concejo

1. Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.
(...)

7. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO:

ACUERDO 645 DE 2016, “Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016-2020, Bogotá mejor para todos”:

Artículo 19: Mejores oportunidades para el desarrollo a través de la cultura, la recreación y el deporte

El objetivo de este programa es ampliar las oportunidades y desarrollar capacidades de los ciudadanos y agentes del sector con perspectiva diferencial y territorial, mediante un programa de estímulos, y alianzas estratégicas con los agentes del sector y las organizaciones civiles y culturales, programas de formación, de promoción de lectura y de escritura, la generación de espacios de conocimientos, de creación, de innovación, de ciencia y tecnología y de memoria, apropiación del conocimiento, el fortalecimiento del emprendimiento y la circulación de bienes y servicios y el fomento del buen uso del tiempo libre y la actividad física, en horarios extendidos, con el propósito de promover todas las formas en que los ciudadanos construyen y hacen efectivas sus libertades culturales, recreativas y deportivas, en estrecho vínculo con la transformación cultural

8. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, el presente proyecto es compatible con el marco fiscal de mediano plazo, por lo cual no genera gastos adicionales.

EDWARD ARIAS RUBIO

Concejal de Bogotá

JORGE EDUARDO TORRES CAMARGO

Concejal de Bogotá

MARIA CLARA NAME RAMÍREZ

Concejal de Bogotá

MARIA FERNANDA ROJAS

Concejal de Bogotá

HOSMAN MARTINEZ MORENO

Concejal de Bogotá

LUCIA BASTIDAS UBATE

Concejal de Bogotá



PROYECTO DE ACUERDO N° 271 DE 2018

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTEN SERVICIOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 1º, del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993

ARTÍCULO PRIMERO – APLICACIÓN: El presente Acuerdo establece medidas para los servicios prestados en gimnasios, academias, CAPF (Centros de Acondicionamiento y Preparación Física) y demás establecimientos que presten servicios relacionados con actividades deportivas, de entretenimiento y acondicionamiento físico de cualquier tipo creados y establecidos por la Ley 729 de 2001, que los rige.

ARTICULO SEGUNDO: Créese el Registro Distrital de establecimientos donde se prestan servicios relacionados con actividades de acondicionamiento físico y deportivo, de cualquier tipo, con el fin de identificar, cuantificar, caracterizar los servicios, ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control sobre dichos establecimientos y establecer las condiciones en que dichos establecimientos están prestando el servicio.

ARTÍCULO TERCERO: El Registro de que trata el Artículo anterior deberá hacerse ante la entidad que la Administración Distrital designe, conforme con las competencias y atribuciones a ella establecidas y conforme con el procedimiento y condiciones que se establezcan en la reglamentación del Presente Acuerdo y con las demás normas vigentes.

ARTÍCULO CUARTO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE