



ANALES DEL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C. PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO IV N°. 2857 DIRECTOR: DAGOBERTO GARCÍA BAQUERO. FEBRERO 21 DEL AÑO 2019

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
PROYECTO DE ACUERDO N° 119 DE 2019 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO 522 DE 2013 y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	2097
PROYECTO DE ACUERDO N° 120 DE 2019 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE DESARROLLA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD ORAL INTEGRAL A PACIENTES EN EDAD ESCOLAR Y SE FORTALECEN ACCIONES DE SEGUIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO- LPH, PARA BOGOTÁ D.C. Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	2104
PROYECTO DE ACUERDO N° 121 DE 2019 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA LA RED DISTRITAL DE INVESTIGACIÓN INTEGRAL Y COOPERACION PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN ZONOTICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	2125
PROYECTO DE ACUERDO N° 122 DE 2019 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE LA CÁTEDRA DE LA PAZ PARA BOGOTÁ”.....	2172
PROYECTO DE ACUERDO N° 123 DE 2019 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO 013 DE 2000”.....	2184

PROYECTO DE ACUERDO N° 119 DE 2019

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO 522 DE 2013 y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETIVO DEL PROYECTO DE ACUERDO

La presente iniciativa tiene como objetivo modificar el Acuerdo 522 de 2013.

II. ANTECEDENTES

El presente proyecto de acuerdo se presentó en el actual periodo constitucional, en el primer periodo de sesiones ordinarias de 2017, en donde se rindieron tres (3) ponencias:

H.C. MARÍA VICTORIA VARGAS SILVA (Ponencia Positiva)
H.C. HOSMAN YAITH MARINEZ MORENO (Ponencia Positiva)
H.C. CELIO NIEVES HERRERA (Ponencia Negativa)

III. JUSTIFICACIÓN

Fundamentos Legales:

El artículo 209 de la Constitución Política establece que la función administrativa debe estar al servicio de los intereses generales de la ciudadanía y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones.

Es importante señalar que la Ley 80 de 1993 estableció los principios que rigen la actividad contractual, como desarrollo de la función administrativa, a que se refiere el artículo 209 de la Constitución Política. Como por ejemplo, entre otros, el principio de Transparencia que busca que el mayor número de proponentes pueda participar en los procesos de selección que adelantan las Entidades Estatales, bajo el amparo de reglas que garanticen la objetividad en su adelantamiento y en la toma de las correspondientes decisiones. Por lo tanto, las reglas y procedimientos que fije la administración, deben garantizar la libre concurrencia e igualdad de oportunidades para quienes participen en los procesos de selección y la publicidad de los procedimientos y de los actos, así como la posibilidad de controvertirlos.

La publicación de contratos es un deber que inicialmente estaba previsto en el párrafo 3 del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, derogado por el art. 225 del Decreto Nacional 019 de 2012, en los siguientes términos: “...perfeccionado el contrato, se solicitará su publicación en el Diario Oficial o Gaceta Oficial correspondiente a la respectiva entidad territorial, o a falta de dicho medio, por algún mecanismo determinado en forma general por la autoridad administrativa territorial, que permita a los habitantes conocer su contenido. Cuando se utilice un medio de divulgación oficial, este requisito se entiende cumplido con el pago de los derechos correspondientes”.

Esta previsión legal fue complementada para las entidades del orden nacional, mediante la ley 190 de 1995, que previó en sus artículos 59 y 60 lo siguiente:

Artículo 59º.- Como apéndice del Diario Oficial créase el Diario Único de Contratación Pública, el cual será elaborado y distribuido por la Imprenta Nacional.

El Diario Único de Contratación Pública contendrá información sobre los contratos que celebren las entidades públicas del orden nacional. En él se señalarán los contratantes, el objeto, el valor y los valores unitarios si hubiesen, el plazo y los adicionales o manera que permita establecer parámetros de comparación de acuerdo con los costos, con el plazo, con la clase de forma, que se identifiquen las diferencias apreciables con que contrata la administración pública evaluando su eficiencia.

Parágrafo.- A partir de la vigencia de esta Ley, los contratos a que se refiere este artículo deberán ser publicados dentro de los tres (3) meses siguientes al pago de los derechos de publicación en el Diario Oficial.

Artículo 60º.- Será requisito indispensable para la legalización de los contratos de que trata el artículo anterior la publicación en el Diario Único de Contratación Pública, requisito que se entenderá cumplido con la presentación del recibo de pago por parte del contratista o de la parte obligada contractualmente para tal efecto.

Parágrafo 1º.- El Gobierno Nacional expedirá dentro de los tres meses siguientes a la promulgación de la presente Ley, la reglamentación sobre la publicación, costo, forma de pago, y demás operaciones administrativas necesarias para el cumplimiento de este requisito. Y será responsable de que su edición se haga de tal forma que permita establecer indicadores y parámetros de comparación en la contratación pública.

Parágrafo 2º.- Entre la fecha del pago a que se refiere este artículo y la publicación de la información relacionada con el contrato respectivo en el Diario Único de Contratación Pública, no podrán transcurrir más de dos meses.

En síntesis, la Ley 80 de 1993 consagró la obligación de publicar, sin precisar el tipo de contratos que debía sujetarse a ese procedimiento para su legalización. Posteriormente, la Ley 190 de 1995 señaló el instrumento en el que las entidades del nivel nacional debían efectuar la publicación y tampoco indicó los contratos que debían someterse a ello.

La Corte Constitucional con relación a la publicación de los contratos estatales, señaló:

“Sentencia C-711/12- Bogotá DC, 12 de Septiembre de 2012 SUPRESION DEL DIARIO UNICO DE CONTRATACION Y ESTABLECIMIENTO DE PUBLICACION DE CONTRATOS ESTATALES EN EL SISTEMA ELECTRONICO PARA CONTRATACION PUBLICA-No configura un exceso en las facultades extraordinarias, ni desconoce la reserva de ley estatutaria, como tampoco el principio de publicidad de la función pública. PUBLICACION DE LOS CONTRATOS- Requisito necesario para la conclusión del procedimiento de la contratación estatal. SUPRESION DEL DIARIO UNICO DE CONTRATACION Y ESTABLECIMIENTO DE PUBLICACION DE CONTRATOS ESTATALES EN EL SISTEMA ELECTRONICO PARA CONTRATACION PUBLICA-No suprime el deber de publicar el contrato estatal sino que suprime la forma de realizarlo. La disposición acusada no suprime el deber de publicar el contrato estatal, sino que suprime una forma de realizarlo, eliminando la publicación en un medio escrito como el Diario Único de Contratación y optando por un medio electrónico, no impreso -Sistema Electrónico de Contratación Estatal, SECOP-, que cumple la misma finalidad de hacer público el conocimiento de dichos actos de la actuación contractual de la administración. En cuanto a que la supresión de la publicación en el Diario Único de Contratación fuese necesaria, y en consecuencia ajena al ámbito de las facultades extraordinarias conferidas, se concluye que, si bien la publicación de los contratos estatales puede tenerse como requisito esencial para la ejecución y control público de los contratos oficiales, no así su inclusión en una forma específica de divulgación, como el DUC. Por el contrario, al disponerse que sea publicado en un medio electrónico, al cargo y cuidado de la Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente-, se asegura la regularidad de este tipo de trámite, en manos de una entidad responsable de realizarlo; y, simultáneamente, se cumple la finalidad de la publicación, que no otra distinta de brindarle al público la posibilidad de acceso fácil, oportuno, idóneo y eficaz a los términos de la contratación estatal. PUBLICIDAD DE LOS CONTRATOS ESTATALES-Garantía constitucional/PUBLICIDAD-Concepto. La publicidad es una garantía constitucional para la consolidación de la democracia, el fortalecimiento de la seguridad jurídica, y el respeto de los derechos fundamentales de los asociados, que se constituye en uno de los pilares del ejercicio de la función pública y del afianzamiento del Estado Social de Derecho (C.P. Art. 209). Dicho principio, permite exteriorizar la voluntad de las autoridades en el cumplimiento de sus deberes y en el ejercicio de sus atribuciones, y además brinda la oportunidad a los ciudadanos de conocer tales decisiones, los derechos que les asisten, y las obligaciones y cargas que les imponen las diferentes ramas del poder público. PRINCIPIO DE PUBLICIDAD EN CONTRATOS ESTATALES-Jurisprudencia constitucional. MEDIOS ELECTRONICOS PARA PUBLICACION Y DIFUSION DE INFORMACION RELATIVA A PROCESOS DE CONTRATACION-Condición para que sea ajustado a la Constitución. De conformidad con lo antes expuesto, encuentra la Corte, que en cumplimiento del principio de publicidad de las actuaciones de la administración pública, la sustitución de medios físicos por electrónicos, para la publicación y difusión de la información relativa a los procesos de contratación, se ajusta a la Carta Política, en tanto se cumplan las condiciones que permitan: (i) la imparcialidad y transparencia en el manejo y publicación de la información, en especial de las decisiones adoptadas por la administración; (ii) la oportuna y suficiente posibilidad de participación de los interesados en el proceso contractual, así como los órganos de control y (iii) el conocimiento oportuno de la información relativa a la contratación estatal, que garantice los

derechos constitucionales a la defensa, el debido proceso y el acceso a los documentos públicos. Así, el Legislador, en ejercicio de su libertad de configuración, puede estipular diversos medios a través de los cuales dichas condiciones se cumplan, sean estos escritos o mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones, sistemas estos últimos que han sido avalados en pronunciamientos de esta Corporación como aptos para el cumplimiento del principio de publicidad”.

Por su parte el Decreto Ley 1421 de 1993, mediante el cual se expidió el régimen especial para el Distrito Capital, en el artículo 144 dispone que las normas del Estatuto General de Contratación Pública se aplicarán en el Distrito y sus entidades descentralizadas en todo aquello que no regule el mencionado Decreto.

En este contexto y teniendo en cuenta que el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2170 de 2002, que en su capítulo IV DE LA CONTRATACION POR MEDIOS ELECTRONICOS ordenaba la publicación de la información sobre esos procesos por medios electrónicos, el Alcalde Mayor de Bogotá, D.C., a través de la Circular 5 de 2002 anunció la creación del Portal de Contratación a la Vista e instruyó sobre su utilización. Así mismo, a través de dicha Circular se ordenó con carácter obligatorio la inclusión de la información de los procesos contractuales que adelanten las entidades Distritales, en el PORTAL CONTRATACIÓN A LA VISTA.

A través de la Circular 016 de 2011, de la Alcaldía Mayor, D.C., se señaló que la publicación de procesos contractuales del Distrito Capital se hará en el sistema electrónico para la contratación pública –SECOP, y estableció que Contratación a la Vista se mantendrá como mecanismo de control, seguimiento, unificación, publicidad y herramienta de trabajo del Distrito Capital en materia contractual; así mismo, se dio continuidad a la emisión diaria de los boletines informativos de contratación a la ciudadanía en general, garantizando la consolidación estadística en línea y en tiempo real de la ejecución presupuestal de la ciudad, la salvaguarda de la información y el archivo electrónico contractual del Distrito Capital desde el año 2003.

Posteriormente el Gobierno Nacional expidió el Decreto Ley 019 de 2012, *"Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública"*, el cual reguló, entre otras materias, aspectos referidos a la contratación estatal y en el artículo 223 estableció que a partir del primero de junio de 2012, los contratos estatales sólo se publicarán en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública - SECOP- que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente. En consecuencia, a partir de dicha fecha los contratos estatales no requerirán de publicación en el Diario Único de Contratación y quedaron derogados el parágrafo 3 del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, los artículos 59, 60, 61 y 62 de la ley 190 de 1995 y el parágrafo 2 del artículo 3 de la Ley 1150 de 2007.

Con el fin de armonizar la regulación distrital y dar cumplimiento a la nacional (Decretos 019 de 2012 y 734 de 2012), fue expedido el Decreto 317 de 2012, *"Por medio del cual derogó parcialmente el Decreto Distrital 654 de 2011"*, fueron derogados los artículos 115 al 148 del Decreto antes citado.

Sin perjuicio de lo anterior, fue expedido el Acuerdo 522 de 2013 *"Por medio del cual se dictan normas para fortalecer la participación y la veeduría ciudadana en el seguimiento, evaluación y control de la contratación en el Distrito Capital"*, el cual se señala que las entidades distritales de los sectores central, descentralizado, local y órganos de control, publicarán en el portal contratación a la vista la información de ejecución, relación de anticipos, si han sido pactados por cada contrato y los datos de los contratistas y de la interventoría. La información registrada debe ser de fácil acceso para la ciudadanía, sin perjuicio de la obligación legal de publicar los contratos en el Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP.

A nivel nacional, fue expedido el Decreto 1510 de 2013 “*Por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública*”, y en su artículo 19, se establece que la Entidad Estatal está obligada a publicar en el Secop los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición.

Posteriormente, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1082 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional Reglamentario del Estatuto General de la Administración Pública, en su Artículo 2.2.1.1.1.7.1., ratifica que la Entidad Estatal está obligada a publicar en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública -SECOP- los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición.

Análisis y Justificación:

Con fundamento en el análisis normativo realizado en precedencia, resulta evidente que el SECOP es la herramienta oficial de divulgación de la actividad contractual del Estado, soportado en los principios de publicidad y transparencia de las actuaciones.

Este mecanismo tiene la finalidad de unificar en una sola plataforma la información contractual del Estado y facilitar la consulta por parte de los futuros participantes en procesos de contratación pública, así como permitir el ejercicio del control ciudadano a la actividad contractual estatal.

En este contexto, el Distrito Capital está obligado a dar cumplimiento a la Ley y publicar sus procesos en el SECOP, tal como lo ha venido realizando, sin que requiera tener plataformas alternativas de publicidad. Bajo esta regulación, una vez ordenada la publicación del contrato en el SECOP no existe razón para que siga funcionando el Portal de Contratación a la Vista. Teniendo en cuenta además que, no existe una interfase entre el Portal de Contratación a la Vista y el Sistema Electrónico para la Contratación Pública -SECOP-.

De manera adicional se precisa que la ausencia de interoperabilidad entre los dos sistemas, origina la doble digitación de la información, maximiza por tanto la posibilidad de generar errores, por esta circunstancia y no se vislumbra el valor agregado de mantener este sistema interno del Distrito.

Adicionalmente, el Portal de Contratación a la Vista presenta deficiencias técnicas que requieren su intervención y aumento de capacidad, a la fecha el espacio de la carpeta donde residen los documentos cargados sobre aplicación CAV está al 97%, lo cual ha causado distintos reportes de error en su funcionamiento. Por lo tanto, se solicitó la posibilidad funcional de generar un backup con el objetivo de liberar espacio.

Por las razones anteriores no hay lugar a mantener este portal y, por tanto, resulta necesario modificar el Acuerdo 522 de 2013, y ratificar la obligatoriedad de uso del SECOP.

IV. MARCO LEGAL Y COMPETENCIA DEL CONCEJO

De conformidad con el artículo 322 de la Constitución Política de Colombia, el régimen político, fiscal y administrativo del Distrito Capital será el que determinen la Constitución, las leyes especiales que para el mismo se dicten y las disposiciones vigentes para los municipios.

En este contexto, se expidió el Decreto Ley 1421 de 1993, norma especial para el Distrito Capital, el cual en el numeral 1 de su artículo 12 facultó al Concejo Distrital, y señaló expresamente lo siguiente:

“ARTÍCULO 12. ATRIBUCIONES. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a 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.

De otra parte el artículo 42 del Acuerdo 657 de 2016 *“Por medio del cual se expide el presupuesto anual de rentas y de gastos de Inversiones de Bogotá, Distrito Capital, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2017, y se dictan otras disposiciones”* señaló:

“ARTÍCULO 42. Con el propósito de garantizar la transparencia en la contratación pública, las entidades de la Administración Distrital, propenderán por la utilización del mecanismo de Colombia Compra Eficiente.”

IV. CONTENIDO Y ALCANCE DE LA INICIATIVA

El presente proyecto de acuerdo pretende derogar el Acuerdo 522 de 2013, con el fin de señalar que la publicación de los contratos se haga solo por el Sistema Electrónico para la Contratación Pública -SECOP-, tal y como se dijo anteriormente.

V. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo señalado en el artículo 7o. de la ley 819 de 2003, conviene señalar que la presente iniciativa no genera impacto fiscal sobre las finanzas distritales y, en consecuencia, no incide en el marco fiscal de mediano plazo, en la medida en que la eventual aprobación de esta iniciativa no conllevaría nuevos gastos con cargo al presupuesto distrital.

VI. PRESENTACIÓN

Con fundamento en lo expuesto previamente, presentamos a consideración del Concejo Distrital el Proyecto de Acuerdo **“POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO 522 DE 2013 y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

Cordialmente,

H.C. EMEL ROJAS CASTILLO
Grupo Significativo de Ciudadanos LIBRES

PROYECTO DE ACUERDO N° 119 DE 2019**PRIMER DEBATE****“POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO 522 DE 2013 y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.,****En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas en el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,****ACUERDA:**

ARTÍCULO 1. Modifíquese los artículos 1, 2, y 3 y sus correspondientes párrafos del Acuerdo Distrital 522 de 2013, los cuales quedarán así:

ARTÍCULO 1. A partir de la entrada en vigencia del presente Acuerdo, las entidades distritales de los sectores central, descentralizado, local y órganos de control únicamente publicarán los contratos estatales y demás documentos relacionados con la actividad precontractual, contractual y postcontractual en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública -SECOP- que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.

ARTÍCULO 2. La Administración Distrital adelantará las actividades técnicas pertinentes para garantizar que el sistema de Contratación a la Vista se mantenga como medio de consulta abierta a la ciudadanía.

Parágrafo: Para dar cumplimiento a lo anterior, el repositorio que se consultará corresponderá a la información cargada en El sistema de Contratación a la Vista hasta el 31 de diciembre de 2016.

ARTÍCULO 3. Modifíquese el artículo 4 del Acuerdo Distrital 522 de 2013, el cual quedará así:

ARTÍCULO 3. La Secretaría Distrital de Planeación habilitará un link en su portal de acceso directo al aplicativo de consulta de informes del SEGPLAN.

ARTÍCULO 4. Modifíquese el artículo 5 del Acuerdo Distrital 522 de 2013, el cual quedará así:

ARTÍCULO 4. La Secretaría Distrital de Planeación habilitará en su portal el módulo “PLAN DE ACCIÓN LOCALIDADES”, como herramienta de seguimiento a los Planes de Desarrollo Local vinculado al SEGPLAN. Las Alcaldías Locales deberán alimentar este módulo del SEGPLAN, con los informes relacionados de las metas e indicadores del Plan de Desarrollo Local, Plan Anual de Inversiones y Proyectos de Inversión.

Parágrafo: En la Página Web de cada Alcaldía Local se habilitará un link de acceso directo a su respectivo informe contenido en el módulo “PLAN DE ACCION LOCALIDADES”, del SEGPLAN.

ARTÍCULO 5. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 120 DE 2019

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE DESARROLLA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD ORAL INTEGRAL A PACIENTES EN EDAD ESCOLAR Y SE FORTALECEN ACCIONES DE SEGUIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO- LPH, PARA BOGOTÁ D.C. Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

MOTIVACIONES:

“ Porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante”
Miguel de Cervantes Saavedra

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Las enfermedades orales caries, enfermedad gingival, las secuelas de labio y paladar hendido, son un estigma de la pobreza y la exclusión social de grandes sectores de la población a los servicios odontológicos hospitalarios y ambulatorios. Para intervenir en este problema de salud colectiva la Secretaría Distrital de Salud ha implementando de manera gradual y sostenida la Política Pública de Salud Oral ***“Porque la salud oral debe estar en boca de todos”***, que ha permitido posicionar en la agenda pública de la ciudad los problemas de salud bucal de los bogotanos y bogotanas.

Como parte del proceso de despliegue e implementación de la Política Pública de Salud Oral, desde el año 2004, la Secretaría Distrital de Salud, ha realizado grandes aportes al desarrollo de la odontología en Colombia mediante las Guías de: Caries, Enfermedad Gingival, Terapia Pulpar, Cirugía, Bioseguridad, Paciente con Compromiso Sistémico, Higiene Oral, Infancia y Adolescencia, Paciente Gestante.

La Secretaría Distrital de Salud, ha desarrollado por más de diez años el Sistema de Vigilancia de la Salud Oral - SISVESO, que se constituye en el primer sistema de vigilancia en salud oral desarrollado por una Entidad Territorial en Colombia, el cual mediante una estrategia centinela, ha logrado incluir a prestadores públicos y privados que prestan servicios odontológicos al sistema de seguridad social en la ciudad. Adicionalmente dentro del Sistema de Vigilancia de Patologías Congénitas se monitoreaba la prevalencia de anomalías craneo maxilofaciales entre ellas Labio y Paladar Hendido.

Estos logros de la Política Pública de Salud Oral, alcanzados por la Secretaría Distrital de Salud, son muy valiosos para la odontología colombiana y latinoamericana y deben ser profundizados en el Gobierno de Bogotá para Todos.

Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud

El Ministerio de Salud ha lanzado la Política de Atención Integral en Salud “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”, mediante la Circular 015 de 2016 en la cual se emiten los lineamientos para su incorporación en los planes territoriales de salud y en la planeación de los servicios de salud que prestan las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Adicionalmente se expidió el documento de Metodologías y regulación para la conformación, habilitación, operación y seguimiento de las redes de prestadores de servicios, el cual se reglamentó mediante la Resolución 1441 de abril 21 de 2016.

La Secretaria Distrital de Salud, como entidad rectora de la salud en el Distrito Capital, ha iniciado los procesos conducentes a desarrollar en la ciudad el Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS y la operación en redes integradas de servicios de salud.

La Salud Oral en el Plan Decenal de Salud Pública

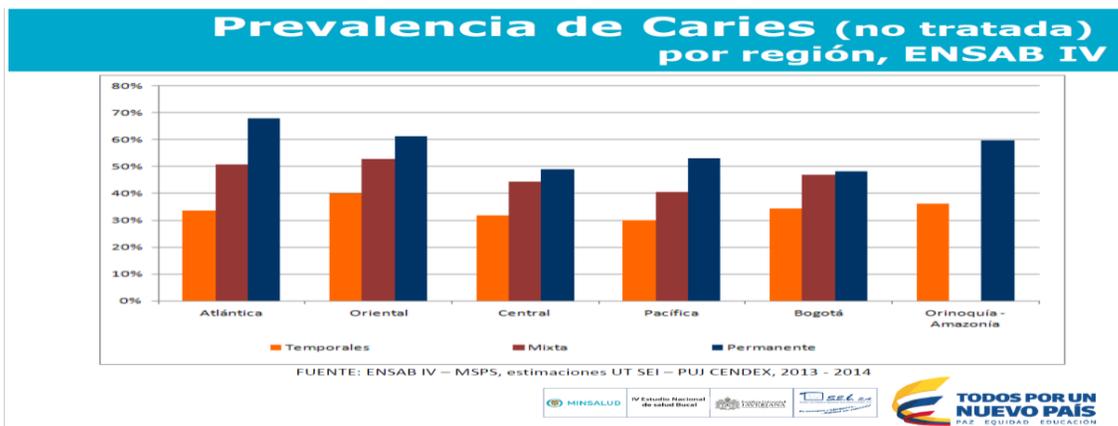
El componente vida saludable y condiciones No trasmisibles plantea como metas del componente (7.2.3.2.3 Metas del componente) en salud bucal las siguientes:

- a. “A 2021, incrementar en un 20% en el decenio las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
- h. A 2021, incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).
- i. A 2021, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible.
- j. A 2021, lograr en el 100% de los servicios de salud odontológicos, el cumplimiento de los lineamientos para el uso controlado de flúor y mercurio.
- q. A 2021, contar con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los Determinantes Sociales de la Salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las Enfermedades No trasmisibles (ENT)
- r. A 2021, contar con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las Enfermedades No Trasmisibles (ENT)”.

La Situación de Salud Oral

El Estudio más reciente de Morbilidad Oral ENSAB IV que es realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, detectó que la prevalencia de caries no tratada en dentición permanente es superior al 60% en la Región Atlántica, Región de la Orinoquía-Amazonía y Región Oriental, y cercana al 50% en la Región Central. En Bogotá la prevalencia de caries no tratada fluctúa entre el 35% en dentición temporal, 45% en dentición mixta y casi el 50% en dentición permanente.

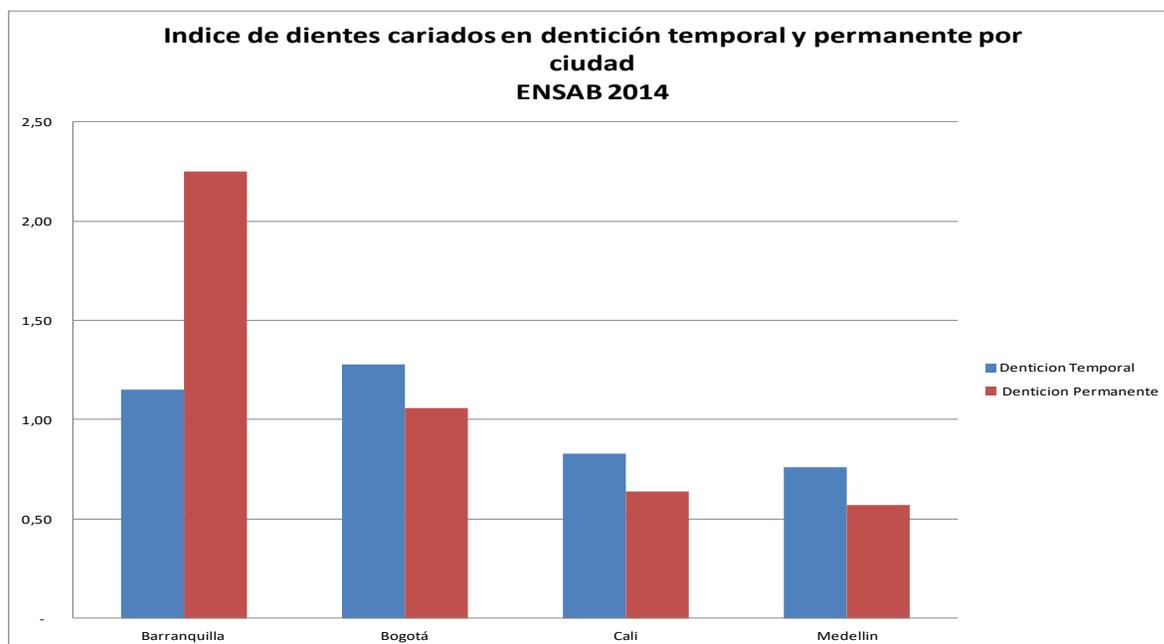
Tabla No.1 Índice de Prevalencia de Caries (no tratada) ENSAB IV.



A pesar de los esfuerzos realizados en la implementación de la Política Pública de Salud Oral, en los resultados detectados en el IV Estudio de Morbilidad Oral, con relación al Índice de Dientes

Cariados, por ciudades, se pudo observar que Bogotá se encuentra en un segundo lugar después de Barranquilla, tanto en dentición temporal como en dentición permanente.

Tabla No.2. Índice de Dientes Cariados en Dentición Temporal y Permanente en Barranquilla, Bogotá, Medellín y Cali año 2014.



Malformaciones Congenitas, Labio y Paladar Hendido

El ENSAB IV, detectó que en los casos de hendidura palatina tienen una prevalencia en la Región Bogotá del 0,22% y en la Región Orinoquía-Amazonía del 0.21%. Las regiones en donde se identificaron hendiduras sin tratamiento son: la Orinoquía-Amazonía, con el 0,17%; la Oriental, con 0.10%; y la Pacífica con 0.01% del total de su población.

En cuanto a grupos de edad: la tercera parte de las hendiduras palatinas a los 18 años no han tenido corrección; para el grupo de 20 a 34 años, el 25% de las hendiduras han sido detectadas; y de los 35 años en adelante, no se han identificado hendiduras no corregidas.

En Bogotá el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), detectó desde el año 2010 a 2017, los siguientes casos de esta patología:

Cuadro No.1 Número de casos de Labio y paladar Hendido (o sus variaciones) en Bogotá años 2010-2017.

Total Bogotá	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Nº de Casos							
	2	11	25	66	13	105	122	134

Fuente: SIVIGILA Bogotá D.C., años 2010-2017

Así las cosas, la ciudad requiere un reordenamiento en los procesos de gestión que permitan mejorar las condiciones de salud oral de los bogotanos dentro de un horizonte de dos décadas;

para que al celebrar los 500 años de fundación hispánica de la ciudad, los bogotanos tengan derecho a sonreír.

El Instituto Nacional de Salud, en el reporte de “*Defectos Congénitos Colombia 2015 a 2017*”, informó que se presentaron en el país 548 casos de Fisura del paladar y labio leporino (Q35-Q38) con una prevalencia por 10.000 nacidos vivos de 8,5

Cuadro No.2 Comparativo de Número de casos Labio Paladar Hendido en Colombia y Bogotá años 2015 a 2017.

Año	N° Casos Colombia	N° Casos Bogotá
2015	464	105
2016	512	122
2017	548	134

Fuente:INS. Informe Vigilancia Anomalías Congénitas años 2015 a 2017 y Vigilancia patología congénitas Secretaría Distrital de Salud.

La Oferta habilitada de Servicios de Salud Oral.

En Bogotá, a corte 31 de diciembre de 2018, se encuentran habilitados en los diferentes servicios de odontología 8.507 prestadores de salud oral, de los cuales 5.513, se habilitaron como profesionales independientes, seguidos por 2.866 instituciones habilitadas como IPS y 128 Instituciones como Objeto Social Diferente.

Tabla No.3 Servicios de Odontología Habilitados en Bogotá a Diciembre 31 de 2018.

Servicio Habilitado	Instituciones - IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Total General
Odontología General	724	60	3839	4623
Cirugía Maxilo Facial - Hospitalaria	137	3	62	202
Cirugía Oral	17			17
Endodoncia	493	13	260	766
Estomatología	6		4	10
Cirugía Oral Consulta Externa	107	4	32	143
Odontopediatría	183	10	49	242
Ortodoncia	447	12	740	1199
Periodoncia	394	15	211	620
Rehabilitación Oral	358	11	316	685
Total	2866	128	5513	8507

Fuente: REPS corte Diciembre 31 de 2018

En los análisis de suficiencia de sillones odontológicos, realizados por la Secretaría Distrital de Salud entre el 2014 y 2018, se detectó que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) no garantizan una oferta equitativa del servicio de salud oral en la ciudad; que los servicios habilitados por los diferentes prestadores, contratados por las EAPB, ofertan más subespecialidades odontológicas en el Occidente y Norte de la ciudad que en la Zona Sur y Centro Oriente. A pesar de que en la mayoría de los casos solo se oferta consulta odontológica general, el Plan de Beneficios en Salud (PBS) debe garantizar todos los servicios odontológicos y la red de salud oral ofertada por las EAPB, con la misma calidad y contenido en régimen subsidiado y

contributivo en cualquier localidad.

Los análisis de suficiencia de servicios de salud oral han detectado la carencia de quirófanos específicos para la atención odontológica bajo anestesia general y sedación, tanto en la red pública como privada, lo cual limita el desarrollo de la atención odontológica en pacientes con discapacidad y de difícil manejo que así lo requieran; y dificulta o limita el desarrollo de la odontología hospitalaria en la ciudad y el país.

El Plan Territorial de Salud

El Plan Territorial de Salud “*Bogotá mejor para todos*” tiene como objetivo desarrollar un nuevo modelo integral de salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que atiende de manera integral e integrada a las personas, acorde a la reorganización de redes de prestación de servicios que fortalece las acciones colectivas y las articula con las de tipo individual; y garantiza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; disminuye las barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y administrativas incidiendo en el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad. Así mismo, responde a las necesidades y expectativas de las personas, y especialmente a las poblaciones más pobres y necesitadas dentro de un esquema de aseguramiento en un ejercicio de gobernanza y rectoría en salud.

En el componente Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles la meta de ciudad busca, para el año 2020, aumentar en un 15% las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en Salud Oral en los espacios de vivienda y educativo de las veinte (20) Localidades del Distrito Capital.

¿Por qué Un Modelo de Atención en Salud Oral basado en la Atención Primaria en Salud?

Un Poco de Historia¹

Hacia 1950, la Organización Panamericana de la Salud impulsó la Odontología Sanitaria, la cual se basó en la organización de los servicios odontológicos y la priorización de algunos grupos poblacionales para su acceso. Se relata en este artículo

“ En 1963 la Secretaria de Saud Pública de Bogotá, en el programa de odontología sanitaria, planeaba el trabajo de sus odontólogos destinando un 60% del tiempo contratado al programa escolar, se priorizaba la atención de los niños de 7 y 8 años que ingresaban a 1° y 2° de primaria. Cada odontólogo tenía una meta en tratamientos terminados, que generaban una cobertura del 24% del total de niños matriculados en primero de primaria. El tiempo restante de la atención se dedicaba a la atención asistencial y preventiva a las gestantes”

Veinte años después, el Alcalde Hiznardo Ardila Díaz publica el Acuerdo 6 de 1984, “*Por el cual se establece el Servicio Preventivo Odontológico en todos los planteles de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional que funcionen en el área del Distrito Especial de Bogotá*”

El artículo 1° ordenaba:

“Establécese el servicio preventivo odontológico a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito, con carácter gratuito y obligatorio para todos los escolares entre los cinco (5) y catorce (14) años de

¹ Ternera Pulido, Jairo H.. Atención Primaria en Salud y Salud Oral en Colombia. Sin fecha.

edad, matriculados en los planteles oficiales de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional, que funcional en el área del Distrito Especial de Bogotá”

Este Acuerdo Distrital permitió el desarrollo de una oferta de servicios odontológicos en varios colegios de la ciudad y la vinculación de odontólogos para la atención en la Secretaría Distrital de Educación. Hoy, muchos odontólogos se han pensionado o están cerca de la edad de retiro y las transformaciones generadas por la reforma de la seguridad social, generadas por la Ley 100 de 1993, desfinancian y dificultan la operación por la segmentación por regímenes de afiliación y fragmentación de la operación en múltiples prestadores de salud.

En el año 2004, la Secretaría Distrital de Salud, con la participación de los actores de la salud oral de la ciudad, desplegó la Política Pública de Salud Oral **“En Boca de Todos y Todas”** como un instrumento que permitiera la articulación de la respuesta integral a las necesidades de salud oral de los bogotanos al interior del sistema Integral de Seguridad social en Salud.

En los últimos 14 años han tenido lugar una serie de cambios y transformaciones en el ámbito político, normativo e institucional, que sumados a las dinámicas agenciadas desde el mismo campo de la Política de Salud Oral, han exigido la revisión y ajuste que han regulado las prácticas de la salud oral en Bogotá. Y aunque se han obtenido mejoras, infortunadamente no ha sido posible superar la segmentación y fragmentación en la operación de los servicios de salud oral en la ciudad y menos aún desarrollar articuladamente con las EAPB la atención de la población escolar en la ciudad.

Por esta razón es necesario desarrollar un nuevo modelo de atención en salud oral, para primera infancia, niños, niñas y adolescentes. Uno que sea capaz de adaptarse, de sostenerse en el tiempo y capaz de traspasar gobiernos en pro de la comunidad escolar que tanto lo necesita.

Los Organismos Internacionales y la Salud Oral

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante la 138 Sesión del Comité Ejecutivo, aprobó la Propuesta de Plan Regional Decenal Sobre Salud Bucodental 2015-2016, y planteó como barreras de acceso a los servicios de salud bucodental, lo siguiente:

“A pesar de estas mejoras espectaculares, la carga de morbilidad es grave y sigue siendo alta en ciertas zonas geográficas y grupos de alto riesgo.

Las barreras que impiden que la atención garantice un nivel mínimo de acceso individual y equitativo a la atención de salud bucodental, sobre todo de los grupos vulnerables (niños, embarazadas, personas mayores, personas infectadas por el VIH o con sida e indígenas), son entre otras:

- La falta de apoyo a las políticas y las leyes.*
- El aumento en el costo de la atención dental.*
- La falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucodental,*
- El acceso desigual a los servicios de atención de salud bucodental, especialmente de los grupos vulnerables como las mujeres, los niños, los indígenas y las personas con discapacidades físicas y de edad.*
- Factores culturales, de género y otros factores sociales y,*
- La calidad deficiente de la atención de salud bucodental.*
- Las intervenciones previstas para reducir estas disparidades deben reconocer a los grupos desfavorecidos y evaluar sus necesidades para determinar las intervenciones satisfactorias y sostenibles.”*

La Federación Dental Internacional (FDI) considera por su parte, la salud bucodental como un derecho fundamental, y hace eco en la *“Declaración de Adelaida de 2010 sobre la Salud en*

Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Tener en cuenta la salud significa un gobierno más eficaz. Un gobierno más eficaz significa una mejora de la salud”.

Adicionalmente la FDI, en su Atlas de Salud Bucodental, llamado **“El Desafío de las Enfermedades Bucodentales -Una llamada a la acción global: Está dirigido explícitamente a los responsables de política sanitaria y líderes de opinión. Tiene el firme propósito de servir de herramienta de apoyo a los profesionales de salud bucodental y a todos aquellos con responsabilidades en cuanto a la inaceptable carga que representa la patología bucodental”**

La atención Primaria en Salud Oral en otros países

Recientemente algunos países han desarrollado estrategias de atención en el espacio escolar, entre ellos:

1. México, en donde se está implementando el programa *“Niñas y Niños Libres de Caries en México”*, a través del Sistema de Atención Gradual en Escuelas Primarias, modelo que primordialmente persigue lograr generaciones de escolares que no hayan vivido la experiencia de caries.

2. Chile, donde trabajan de la mano el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, en el programa de promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares desde octubre de 2007, llamado *“Sembrando Sonrisas”* Este programa de carácter promocional y preventivo está destinado a niños y niñas de 2 a 5 años, que asisten a Jardines Infantiles de JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles) y de la Fundación Educacional INTEGRAL, y a establecimientos educacionales Municipales y Particulares Subvencionados.

La experiencia de otras Entidades Territoriales en Salud Oral

El Departamento de Antioquía y Medellín desarrollaron con mucho éxito el Programa de Acción Preventiva Odontológica, dentro del Sistema Nacional de Salud y desarrollaron programas incrementales hasta el año 1992. Medellín desde 1968 realiza estudios de prevalencia de caries dental en escolares.

Medellín mediante el Acuerdo 25 de 2015, adoptó la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013-2022, cuyo objeto es:

“Articular los diversos actores llamados a participar de esta Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022, con el fin de integrar diferentes respuestas sociales para la promoción, protección de la salud, la prevención y recuperación de la enfermedad. Articulación que liderará la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín en colaboración armónica con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), otros actores institucionales, sociales y comunitarios que intervienen en los procesos determinantes de la salud”.

Adicionalmente, Manizales cuenta con una Política Pública en Salud Oral, con el fin de articular a los actores sociales y transformar las condiciones de salud bucal en dicha ciudad.

La Experiencia de Bogotá D.C. en Programas Incrementales²

La Secretaría Distrital de Salud, como alternativa de intervención en el año 1999, diseñó el proyecto *“Incrementales en Salud Oral”* que consistió en un modelo de atención odontológica que

² Secretaría Distrital de Salud., Boletín Epidemiológico *“Evaluación del Proyecto Incrementales en Salud Oral”* Vol. 2 N°. 44. , Págs. 1-4. Año 2000.

buscaba aumentar la cobertura de atención a población escolar entre 5 y 14 años de edad, con servicios de promoción y prevención en salud oral y un tratamiento odontológico integral para las patologías más prevalentes como la caries y la enfermedad periodontal.

El Objetivo del proyecto “Una Sonrisa por Bogotá” era aumentar las coberturas de atención, disminuir la prevalencia y la severidad de la morbilidad oral en escolares y madres gestantes, mejorando la salud bucodental de esta población y por ende su calidad de vida.

El modelo de atención proponía tres fases: fase higiénica, fase asistencial y fase de mantenimiento.

La evaluación del proyecto concluyó que la baja ejecución de la fase asistencial y de mantenimiento se debió a la dificultad de canalización de los escolares por ARS y EPS.

Al analizar las características de este proyecto como modelo incremental de atención se podría afirmar:

- No desarrolló la extramuralidad de la atención en salud oral para los niños escolarizados.
- Se realizó dentro de un esquema de fraccionamiento de la atención basada en el concepto de financiación de las acciones colectivas (fase higiénica), por el PAB y fase asistencial por remisión al plan de beneficios.
- No se garantizó continuidad a los proyectos iniciados en las siguientes vigencias.
- A pesar de la alta cobertura de las acciones de fase higiénica o preventivas, (93% y 326.927 niños atendidos), solo cerca del 1% (3.461 niños) accedieron al tratamiento.

Cuadro No.3 Programa de atención oral para niños y jóvenes escolarizados.

PROGRAMAS DE ATENCION EN SALUD ORAL PARA NIÑOS Y JOVENES ESCOLARIZADOS

Pais	Programa	Población Objetivo	Medidas Promocionales	Medidas Preventivas	Equipamiento
Chile	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	El Programa desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal a estudiantes desde Pre-Kinder a Octavo Básico.	Educación para la salud, en temáticas inherentes a la alimentación saludable y la higiene bucal, tanto en escuelas municipales como particulares subvencionadas de zonas urbanas y rurales.	Las actividades preventivas se ejecutan en la alimentación escolar de las escuelas rurales de localidades sin agua potable fluorurada, a través de la leche fluorurada que se entrega en los desayunos de JUNAEB. En los Módulos Dentales, a través de la aplicación de sellantes y flúor tópico (barniz y gel).	La atención se realiza en Módulos Dentales, fijos y móviles, ubicados en distintas comunas del país, en los cuales se proporciona atención odontológica integral a los estudiantes de establecimientos educacionales adscritos al Módulo.
España	Programa Dental Infantil - PADI	Las comunidades autonomas lo desarrollan con sus propios recursos	Orientación con consejos clínicos y preventivos.	Revisión anual, procedimientos preventivos y de sellado de fisuras que fueran necesarios en la dentición permanente.	Tratamiento de caries y traumatismos en la dentición permanente. Extracción de piezas dentales en dentición temporal. (en todos los casos) y definitiva (salvo por indicación ortodóncica). Atención de urgencias dentales en el horario habitual de consulta. Hay Odontólogos del Servicio Publico y Odontólogos concertados
México	Salud bucal del Escolar y Preescolar	Preescolares, Escolares de primaria y Escolares de secundaria inscritos en escuelas públicas. Universo Escuelas públicas de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional de los niveles preescolar, primaria y secundaria. Se pueden extender estas acciones a los alumnos del nivel Medio	Educación en Salud Oral, charlas, en preescolar se deben otorgar 3 actividades, 4 veces durante el ciclo escolar, es decir, 12 actividades por niño durante el ciclo escolar. En las niñas(os) a partir de los 6 años de edad o 1er grado escolar se deben otorgar 5 actividades, es decir 30 actividades a cada niña(o) por ciclo escolar, tomando	Enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2 % son 14 durante el ciclo escolar. (Estrategia de Atención Gradual Incremental. En brigadas, consultorios se usa la Técnica de Restauración Atraumática - TRA.
Colombia	No hay programa	Los niños, niñas y jóvenes tienen una canasta amplia de servicios de salud promocionales y preventivos. Recientemente se lanzó la estrategia "Soy generación sonriente"	Orientación a los padres y cuidadores en el cuidado en la salud oral.	Aplicación de sellantes, flúor en gel, flúor en barniz y flúor en enjuague	Prestadores publicos y privados, que operan en un sistema fragmentado. La escuela no es considerada por el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud un espacio universal de atención

Una Nueva Oportunidad

El Sistema Integral de Seguridad Social en Salud prevee dos puertas de entrada: consulta médica general, especializada y de urgencias, y consulta odontológica general, especializada y de urgencias. Sin embargo, los servicios odontológicos, en la ciudad y el país, no han tenido un desarrollo similar en oferta e integralidad que los servicios médicos, por lo cual es importante, en

la actualidad, desarrollar al interior del Modelo Integral de Atención (MIAS) el componente de salud oral basado en la Atención Primaria en Salud Oral.

La Ruta Integral de Atención en Salud Oral, definida en la Resolución 3280 de 2018, ordena una cobertura de atención que privilegia el acceso de niños, niñas y jóvenes a la atención promocional y preventiva, y desarrolla una progresividad para los demás cursos de vida. Adicionalmente, crea acciones afirmativas para el acceso de las mujeres gestantes, los discapacitados y los pacientes que padezcan condiciones crónicas.

El Aseguramiento en el Distrito Capital

En Bogotá D.C, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, para noviembre 30 de 2018, alcanzó los 7.668.116 afiliados de los cuales 6.295.042 se encuentran en el régimen contributivo y representan el 82,09 % del total de afiliados. El régimen subsidiado alcanzó el 15,23%, con 1.167.620, y en los regímenes de excepción el porcentaje está estimado en 2,68% con 205.454 afiliados.

Cuadro No. 4 Afiliaciones Régimen Contributivo y Subsidiado.

AFILIADOS POR RÉGIMEN	Cantidad	% de Afiliados
Activos en Régimen Contributivo	6.091.742	79,44%
Suspendidos en Régimen Contributivo	203.300	2,65%
Afiliados Contributivo	6.295.042	82,09%
Activos en Régimen Subsidiado	1.167.620	15,23%
Regímenes de Excepción (estimado)	205.454	2,68%
Total afiliados a la Seguridad Social en Salud	7.668.116	100,00%

Programa de Alimentación Escolar (PAE)

Es importante resaltar que los hábitos alimentarios se forman en los primeros años de vida y surgen como resultado de diversos factores que interactúan a lo largo de la vida. Las diferentes experiencias con los alimentos, vinculadas a situaciones familiares, sociales y del ambiente, que forman parte de la vida del individuo (principalmente durante la niñez), impactan positiva o negativamente en la formación de sus hábitos alimentarios.

Al respecto, La Secretaria Distrital de Educación adelanta para los estudiantes matriculados en instituciones públicas “**El Programa de Alimentación Escolar**” cuyos objetivos son:

1. Contribuir con el derecho a la vida sana, a la educación con calidad y a la alimentación.
2. Brindar un apoyo alimentario con calidad nutricional, variado e higiénico.
3. Fomentar la promoción de prácticas adecuadas en alimentación y actividad física.
4. Construir de manera conjunta una cultura de alimentación saludable y,
5. Favorecer el acceso y la permanencia de los estudiantes en el sistema educativo oficial.

Bogotá superó a ciudades como Medellín, Cali y Barranquilla en la entrega de refrigerios escolares, desayunos y almuerzos, balanceados, ricos y de calidad durante todo el calendario escolar.

Sin embargo, se descuidó el concepto de la “Tienda escolar” donde debería incentivarse la oferta y el consumo de alimentos saludables y por el contrario se ofrecen sin restricción ni regulación, productos chatarra, bebidas azucaradas y productos ultra procesados, que contribuyen no solo a

aumentar los índices de obesidad de los escolares, sino que agravan en gran medida las enfermedades orales como la caries dental; al respecto, La Secretaria de Educación de Distrito con el objetivo de promover prácticas de alimentación saludable en la comunidad educativa, en febrero de 2010 expidió la Resolución 234 de 2010, por la cual se establecen las directrices para la oferta de alimentos en las tiendas escolares en los colegios oficiales del Distrito Capital, a través del cumplimiento de condiciones técnicas, la oferta de alimentos, la articulación a estrategias pedagógicas y a procesos que fomenten la promoción de la salud de los y las estudiantes.

En los colegios oficiales del Distrito, no existen programas sobre hábitos alimentarios saludables, integrados a sus proyectos educativos institucionales o como parte de proyectos especiales y adicionalmente, se carece de programas que promuevan la actividad física de forma preponderante. Actualmente la asignatura de “Educación Física” tiene una intensidad horaria que no supera las 3 horas/semana, con instalaciones y equipos deportivos deficientes. El deporte o la actividad física, no es una prioridad en la “formación integral” de los escolares bogotanos.

Tampoco hay regulación al interior de las instituciones educativas respecto al tiempo de los escolares frente a pantallas (celulares, tabletas, computadores); las cifras de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional del Ministerio de Salud y Protección Social (ENSIN 2015), indican que ocho de cada diez adolescentes permanecen más de dos horas frente a una pantalla, en especial entre quienes viven en áreas urbanas y aquellos con ingresos medios y altos. No existen programas de actividades físico-recreativas para el aprovechamiento del tiempo libre de niños, niñas y adolescentes.

Finalmente, la promoción de hábitos de higiene personal (lavado de manos antes del consumo de alimentos y el cepillado de dientes una vez consumidos el desayuno o el almuerzo), no está incorporada de manera sistemática en el marco de las actividades cotidianas del restaurante escolar.

OBJETO DEL PROYECTO.

El proyecto está dirigido a articular la Atención Primaria en Salud Oral dentro del modelo integral de atención que establece un diseño y estrategias que orientan a los actores de la salud oral, y facilitan la construcción concertada con la administración distrital de una mejor salud oral para los bogotanos, especialmente para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; de tal forma que se supere la inequidad en la oferta espacial de los servicios odontológicos y los resultados adversos de enfermedad oral en los sectores sociales más vulnerables del Distrito Capital.

OBJETIVO GENERAL

Fomentar en los diferentes territorios de la Ciudad Capital una cultura de la salud oral que por medio de la implementación de estrategias, programas y proyectos, establezca escenarios de prevención, restauración, cumplimiento y construcción de una política pública de la salud oral para el Distrito Capital que dé cuenta de las necesidades de los ciudadanos, y que posibilite la relación efectiva de la comunidad entre los diferentes sectores de la administración distrital que manejan el tema de salud oral en Bogotá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer los servicios de salud oral de las sub Redes Distritales y desarrollar en las zonas deficitarias la extramuralidad de la atención mediante unidades móviles de salud oral.

- Fortalecer la red integral de servicios de salud para que se garantice la salud oral de los habitantes del Distrito Capital.
- Reconocer que la Salud Oral es un derecho, que debe ser una realidad desde la gestación.
- Aproximar a la comunidad con los diferentes sectores de la Administración Distrital utilizando tecnologías de información y comunicación como herramientas pedagógicas que posibiliten el fortalecimiento y el reconocimiento social de la red de salud oral del Distrito Capital.
- Desarrollar la Mesa Distrital de Salud Oral con la participación de los actores de la salud oral en la ciudad.
- Garantizar el desarrollo del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral SISVESO, y realizar estudios quinquenales de prevalencia de caries dental en escolares.
- Desarrollar en coordinación con las EAPB programas escolares de salud oral como parte de la estrategia de atención primaria en salud en la ciudad.
- Desarrollar el seguimiento y abogacía de la atención de los pacientes con secuelas de labio y paladar hendido (LPH).
- Desarrollar una estrategia que permita fortalecer los convenios docencia-servicio con las universidades, tanto públicas como privadas, para adelantar proyectos de investigación.
- Desarrollar (Fortalecer) en conjunto con las Secretaría de Integración Social, la Secretaría de Educación y Secretaría de Salud del Distrito el Programa de Hábitos de Vida Saludable, donde estén incluidas directrices en nutrición y actividades físico- recreativas para el aprovechamiento del tiempo libre de niños niñas y adolescentes y hábitos de higiene.
- Fortalecer del Programa de Alimentación Escolar (PAE).
- Fortalecer la aplicación del programa “La Tienda Escolar”
- Desarrollar una Política Pública de Salud Oral para el Distrito de Bogotá, que tenga mejoras a través del tiempo, pero que permanezca de tal manera que en el año 2038, la población productiva de este país, cuente con salud oral.

MARCO JURÍDICO

COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

El Concejo de Bogotá, D.C. es competente para expedir el presente Proyecto de Acuerdo, según las siguientes atribuciones establecidas por el artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993:

“ARTICULO 12. ATRIBUCIONES. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a 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.

(...)

Determinar la estructura general de la Administración Central, las funciones básicas de sus entidades y adoptar las escalas de remuneración de las distintas categorías de empleos.”

A. MARCO CONSTITUCIONAL

Artículo 1º. “La Constitución Política establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que lo integran y en la prevalencia del interés general.”

Artículo 2º. “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.”

Artículo 4º. “La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos. Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo. La Nación y las entidades territoriales participarán en la dirección, financiación y administración de los servicios educativos estatales, en los términos que señalen la Constitución y la ley.”

Artículo 44º. “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.”

Artículo 48º. “para 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. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.”

Artículo 49º. “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.”

B. MARCO LEGAL.

Se relacionan dentro del marco legal, así:

Ley 100 de 2015. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1º- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2º- 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.

Ley 100 de 1993: Ley de Seguridad Social en Salud. La ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), determina la organización, administración, financiación, control y obligaciones del sistema de salud. Contempla los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, concertación y calidad en la prestación del servicio.

Artículo 1º- Sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Artículo 2º- Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

b) Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

c) Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

d) Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley;

e) Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f) Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Parágrafo.-La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

Artículo 3º- Del derecho a la seguridad social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el sistema de seguridad social integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

Artículo 157º- incluye el grupo de edad objeto de esta política como población prioritaria para ser afiliada al régimen subsidiado a las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular.

Artículo 166º- establece que el plan obligatorio de salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente ley y sus reglamentos.

Ley 1122 de 2007. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de

salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Artículo 2º. Evaluación por resultados. El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

Ley 1164 del 3 de octubre de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, cuyo objeto es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Ley 10 de 1962 Se establecen los requisitos para ejercer la profesión de odontólogo en el territorio nacional y sus decretos reglamentarios.

Artículo 1º- Para todos los efectos legales se entiende por ejercicio de la odontología, la aplicación de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, defectos y malformaciones que se relacionan con los dientes, los tejidos que les sirven de soporte y demás partes de la boca que se relacionan con ellos.

Ley 35 de 1989 “Sobre Ética del Odontólogo Colombiano” Concordada con el Decreto Reglamentario No. 491, del 27 de febrero de 1990. Declaración de Principios

Artículo 1º- A. “Se entiende por ejercicio de la odontología la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.
E. Debido a la función social que implica el ejercicio de su profesión, el odontólogo está obligado a mantener una conducta pública y privada ceñida a los más elevados preceptos de la moral universal. (inexequible según Sentencia C-537 de mayo de 2005 de la Corte Constitucional).

C. JURISPRUDENCIA.

Sentencia No. 760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional que ordena revisar y unificar los Planes Obligatorios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Sentencia No. T-013/95 Corte Suprema de Justicia. Derecho a la salud/derechos fundamentales. El derecho a la salud, por estar en inmediata conexión con el derecho a la vida, del que es un derivado necesario, es, esencialmente, un derecho fundamental. El derecho a la salud es un derecho fundamental, derivado del derecho a la vida que tiene toda persona humana, desde el momento de la concepción hasta su muerte, derecho que implica conservar la plenitud de sus facultades físicas, mentales y espirituales, y poner todos los medios ordinarios al alcance para la prevención de las enfermedades, así como para la recuperación.

Sentencia No. T-447/94. Derecho a la Salud Infantil - Prevalencia. En lo que hace al derecho a la salud de los niños, al tenor del artículo 44 superior, éste no sólo es fundamental sino prevalente, en el sentido de su respeto incondicional y universal. Por ello el Estado tiene en el cumplimiento de un derecho uno de sus objetivos primordiales, razón por la cual goza de especial protección por el orden jurídico. La incondicionalidad de tal bien hace que el Estado de manera prevalente asegure, en la medida de sus posibilidades y capacidades, su eficacia. De ahí que lo tutele cuando se lesiona o amenace en forma grave, ya que contra el derecho a la salud de un niño no puede haber argumentación válida alguna

D. DISPOSICIONES DE ORDEN NACIONAL.

Resolución 1841 de 2013 - Plan Nacional de Salud Pública 2011-2021

La aparición en el 2007 del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) desarrolla una serie de herramientas administrativas de planeación, de evaluación y gestión en salud pública, junto con procesos de concertación territorial, entre los distintos agentes involucrados en la dirección, administración y prestación de los distintos servicios de salud en la idea de buscar sinergias institucionales públicas y privadas, en función del logro de metas territoriales en salud. El Plan determina unas prioridades en salud pública; define responsables, mecanismos y procesos de concertación territorial para la elaboración de planes territoriales bajo un proceso convencional de articulación sistémica por niveles y establece cinco líneas de política: promoción de la salud y calidad de vida; prevención de los riesgos; recuperación y superación de los daños en la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento; y, gestión integral para el desarrollo operativo del PNSP. La salud oral es considerada una prioridad nacional de salud, sobre la cual debe desarrollarse una serie de acciones que incluyen la construcción de una línea de base sobre la situación de salud oral en los entes territoriales, el diseño de estrategias concertadas de promoción y prevención y el seguimiento y cumplimiento de las metas definidas en el Plan territorial y nacional.

Algunos autores han criticado el PNSP por su limitada capacidad para modificar sustancialmente el Sistema, pues adolece de las herramientas y los mecanismos para afianzar la rectoría pública en los territorios, superar la dicotomía estructural del sistema entre lo individual y lo colectivo y afectar los determinantes de la salud y la enfermedad. A pesar de ello, los Planes permitirían ordenar la respuesta social y a través de procesos de concertación territorial, facilitar la integración de las instituciones públicas con las empresas privadas en salud, alrededor de metas compartidas.

DECRETOS REGLAMENTARIOS DE LA LEY 100 DE 1993.

- Las disposiciones reglamentarias más significativas, vigentes a julio de 2001, y que tienen que ver con la operación y funcionamiento de servicios o acciones en salud, relacionadas con la población infantil.
- **Decreto 2357 del 29 de diciembre de 1995.** En él se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del SGSSS, en especial los relacionados con las entidades autorizadas para la administración de subsidios en salud.
- **Acuerdo 33 de 1996** del consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS). Fija los criterios de utilización, distribución y manejo de los recursos de la subcuenta de promoción de la salud, que se destinarán principalmente a las actividades de prevención de la enfermedad.
- **Resolución 3997 de octubre de 1996.** Establece las actividades y los procedimientos para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud. En esta norma se hace la distinción entre promoción y prevención;
- **Artículo 3°.** definió la promoción en el sistema general de seguridad social.
- "como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales de los individuos y las colectividades".
- La prevención como "el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables".
- **Resolución 4288 de noviembre de 1996.** Define el PAB como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, de carácter gratuito, estatal y obligatorio. Identifican las acciones de promoción desde la salud pública: La salud integral de los niños, niñas y adolescentes, de las personas de la tercera edad, de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía.
- **Acuerdo 72 (CNSSS) de agosto de 1997.** Definió el plan de beneficios del régimen subsidiado. En él se identifican los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como las acciones de recuperación de la salud en los diferentes niveles. Especifica que las acciones de promoción y prevención deben orientarse en forma individual, grupal o familiar; da prioridad, entre otros aspectos, a la promoción de la salud integral de los niños y niñas; y explicita algunas acciones de recuperación de la salud dirigidas a la mujer gestante, al menor de un año con cualquier patología y diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años.

Resolución 412 de febrero 25 de 2000. Se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública. En esta norma técnica se incluyeron para la atención preventiva en Salud Bucal las siguientes actividades: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de Flúor, aplicación de sellantes de foseas y fisuras y el detartraje supragingival.

Decreto 3616 de octubre 10 de 2005. Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011 de 2006 y su Resolución 1043 de 2006. Por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores para habilitar los servicios.

Decreto 3518 de 2006 por el cual crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Este decreto determina los conceptos y aspectos operativos básicos del sistema nacional y sirve de referente para los subsistemas de vigilancia como el de salud oral SISVESO.

Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud CRES, mediante la cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios De Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

E. DISPOSICIONES DE ORDEN DISTRITAL

Decreto 806 del 30 de abril de 1998. Reglamenta la afiliación a la seguridad social en salud, la prestación de los beneficios como servicio público esencial de seguridad social en salud y de interés general en todo el territorio nacional.

Se destacan las normas de orden distrital que han sido expedidas con relación a la población infantil.

Decreto 594 de 1993. Por medio del cual el alcalde mayor creó el comité interinstitucional para la atención integral al menor en el Distrito Capital y se establecen su conformación y funciones.

Decreto 594 de 1993. Por medio del cual el alcalde mayor creó el comité interinstitucional para la atención integral al menor en el Distrito Capital y se establecen su conformación y funciones.

Resolución 01244 de 1994. Por la cual se creó el programa de atención al menor con diagnóstico y/o alto riesgo de síndrome de niño maltratado, y se establecen las obligaciones de las instituciones que reciban niños maltratados, así como los formularios y demás requerimientos que se necesiten en estos casos.

Resolución 657 de 1998. Adopta el esquema para el suministro de micronutrientes: hierro y ácido fólico en mujeres gestantes y madres lactantes; y hierro en la población menor de doce años de Bogotá, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Resolución 01244 de 1994. Por la cual se creó el programa de atención al menor con diagnóstico y/o alto riesgo de síndrome de niño maltratado, y se establecen las obligaciones de las instituciones que reciban niños maltratados, así como los formularios y demás requerimientos que se necesiten en estos casos.

Resolución 657 de 1998. Adopta el esquema para el suministro de micronutrientes: hierro y ácido fólico en mujeres gestantes y madres lactantes; y hierro en la población menor de doce años de Bogotá, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

F. ACUERDOS DISTRITALES.

Acuerdo 10 de 1999. Por el cual se crea el comité interinstitucional para la atención integral al menor de cero a cinco años de Bogotá.

Acuerdo 05 de 1999. Por medio del cual se crea el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, de esta norma se destaca que amplió el punto de corte del nivel del Sisen a 53 puntos, permitiendo el acceso de un mayor número de personas al régimen subsidiado en salud

IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo señalado en el Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, *“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”*, la presente iniciativa NO genera impacto fiscal toda vez que con la aprobación del Proyecto de Acuerdo se deben redistribuir los recursos disponibles.

Con fundamento en los argumentos antes expuestos se presenta a consideración del Concejo Distrital el Proyecto de Acuerdo *“Por medio del cual se desarrolla un nuevo modelo de atención en salud oral integral a pacientes en edad escolar y se fortalecen acciones de seguimiento en los servicios de salud a los pacientes con labio y paladar hendido- LPH, para Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones”*

Con un atento saludo,

EMEL ROJAS CASTILLO

Concejal de Bogotá

Grupo Significativo de Ciudadanos LIBRES

PROYECTO DE ACUERDO N° 120 DE 2019

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE DESARROLLA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD ORAL INTEGRAL A PACIENTES EN EDAD ESCOLAR Y SE FORTALECEN ACCIONES DE SEGUIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO - LPH, PARA BOGOTÁ D.C. Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

CAPITULO I

Artículo 1°. La Administración Distrital, en cabeza de las Secretarías de Salud, Integración Social y Educación, fortalecerá las acciones, estrategias, intervenciones y esquemas de atención prioritarios, planificados, específicos y delimitados con el fin de generar las condiciones necesarias para la prestación con calidad de los servicios de salud oral en la ciudad con énfasis en los siguientes grupos poblacionales:

- A. Población en primera infancia: niños en edad de cero (0) a cinco (5) años.
- B. Población infantil: niños en edad de seis (6) a once (11) años
- C. Jóvenes: en edad de doce (12) a dieciocho (18) años.

Paragrafo 1. El fortalecimiento de las acciones, estrategias, intervenciones y esquemas de atención en salud oral, que para efecto se realicen en la población, se desarrollarán conforme a los objetivos, descripciones, atenciones e intervenciones contenidas en el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Oral, o el documento técnico que para el efecto sea aplicable.

La Secretaría Distrital de Salud desarrollará un modelo específico de atención primaria en salud oral que articulará los entornos mediante la estrategia de atención extramural e intramural en odontología, fortaleciendo la oferta pública de servicios de salud oral mejorando la oferta institucional de la odontología hospitalaria.

Artículo 2°. La Secretaría Distrital de Salud, fortalecerá el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral SISVESO y realizará estudios quinquenales de prevalencia de caries dental en escolares.

Artículo 3°. La Administración Distrital adelantará un diagnóstico en el que se determinen las condiciones y requerimientos necesarios para la optimización de los recursos físicos, humanos, institucionales y presupuestales de los servicios de salud disponibles; con el fin de fortalecer las acciones necesarias que contribuyan a la promoción de la salud bucal y el mejoramiento de los indicadores en salud oral en los niños, niñas y jóvenes como parte de la estrategia “Bogotá Libre de Caries 2038”.

Artículo 4°. El desarrollo y seguimiento de las acciones de que trata el presente acuerdo estarán ajustadas a las disposiciones contenidas en los respectivos Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, el Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá y los Planes Territoriales de Salud vigentes, y será desarrollado un capítulo específico en salud bucal

Artículo 5°. La Secretaría Distrital de Salud, liderará el seguimiento y abogacía de la atención integral para los pacientes con secuelas de labio y paladar hendido (LPH), y participará en la investigación y desarrollo de nuevas técnicas para su tratamiento y manejo de secuelas.

Artículo 6°. La Secretaría Distrital de Salud y las Sub Redes Distritales de Salud de la mano con la Secretaría de Educación del Distrito e Integración Social, en coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) realizarán atención a escolares en salud oral, mediante unidades móviles o consultorios odontológicos instalados en los colegios públicos y privados como parte de la estrategia de atención primaria en salud oral.

Parágrafo. La Secretaría de Educación del Distrito hará exigible la certificación odontológica a los padres de familia, como requisito básico para sentar matrícula de los estudiantes de los Colegios Distritales y Jardines del Distrito.

Artículo 7°. La Secretaría Distrital de Salud coordinará el desarrollo de la Mesa Distrital de Salud Oral, con la participación de la academia, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Sector Educativo, organizaciones gremiales y comunitarias.

Artículo 8°. La Secretaría de Educación del Distrito, debe garantizar que la alimentación Escolar, que se suministre a los estudiantes en colegios públicos o privados de Bogotá, favorecerá la salud, el bienestar y la adquisición de hábitos de autocuidado en los escolares mediante la implementación de las siguientes estrategias:

a. La evaluación periódica del ambiente alimentario escolar: Niños/niñas y su entorno escolar. Esto implica el desarrollo del sistema de vigilancia alimentario y nutricional en las instituciones educativas, con participación de la comunidad educativa y el gobierno escolar.

b. La formulación y desarrollo de programas de Información, educación y comunicación en alimentación y nutrición, que responda a las características y el contexto social, económico y cultural de los niños/niñas.

c. Garantizar el acceso permanente a alimentos sanos, inocuos y diversos en el marco del programa de alimentación escolar y tiendas escolares.

d. El desarrollo de estrategias que permitan la promoción de un ambiente favorecedor de la actividad física.

e. La regulación de las tiendas escolares frente al expendio, venta y consumo de productos chatarra, bebidas azucaradas y productos ultra procesados, considerando también su capacidad cariogénica.

f. La regulación del uso de pantallas (celulares, tabletas, computadores y video juegos) mediante acciones directas al interior de las instituciones educativas y la información, educación y comunicación frente al tema, para promover pautas de autocuidado y toma de decisiones por parte de los escolares y sus familias.

Artículo 9°. La Administración Distrital en cabeza de las Secretarías de Salud, Integración Social y Educación, presentará al Concejo de Bogotá D.C. durante la vigencia de cada período constitucional un informe donde se especifiquen los avances que corresponden al fortalecimiento de las acciones, estrategias, intervenciones y esquemas de atención en salud oral, en especial el desarrollo de la estrategia “Bogotá Libre de Caries en 2038”

Artículo 10°. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los ___ días del mes de ___ del año 2019

PROYECTO DE ACUERDO N° 121 DE 2019

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA LA RED DISTRITAL DE INVESTIGACIÓN INTEGRAL Y COOPERACION PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN ZONOTICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

MOTIVACIONES:

1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO.

Crear la “Red Distrital de Investigación Integral y Cooperación para la Prevención y el Control de las Enfermedades de Origen Zoonótico”, como ente participativo y de consulta para el reconocimiento, investigación biológica, epidemiológica y de bioprospección, evaluación del riesgo y mitigación o eliminación del mismo, comunicación y participación comunitaria para el desarrollo de la cultura de prevención de riesgos de origen biológico por contaminación y degradación del ambiente y los ecosistemas dentro del esquema Ciudad-Región para Bogotá y Cundinamarca, y especialmente de los generados por inadecuada tenencia de animales domésticos, de compañía y de fauna silvestre, con la participación de las entidades de educación superior tanto públicas como privadas, con las facultades de Medicina Veterinaria, Medicina, Ingeniería Ambiental y Microbiología, presentes en el Distrito Capital, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano Agropecuario ICA, CORPOICA, EL SENA, EL INVIMA, la Secretaría Distrital de Salud, La Secretaría Distrital de Ambiente, y los observatorios distritales respectivos, el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, la UAESP, la Secretaría Distrital de Educación y cualquier otra entidad que sea invitada a participar activamente en el desarrollo del objeto de esta red.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Generar un espacio de análisis para la investigación integrada e integral sobre enfermedades de origen animal que pueden afectar a las personas, para la Formulación de políticas públicas y lineamientos para el control de las zoonosis a nivel Distrital, la Movilización social, la generación de entornos saludables y la promoción de capacidades sociales e individuales para la participación ciudadana y la Educación en salud.
- Promover la integración y participación de los diferentes grupos de investigación en eventos transmisibles de origen Zoonótico, salud y comportamiento animal, ciencias ambientales, salud ambiental, saneamiento ambiental, salud pública y enfermedades transmisibles con énfasis en enfermedades infecciosas y enfermedades tropicales, pertenecientes a las Universidades públicas y privadas presentes en el Distrito Capital.
- Promover la integración y participación de los diferentes grupos de investigación en

seguridad e inocuidad de alimentos, salud pública y desarrollo social, medio ambiente urbano, microbiología ambiental, microbiología y parasitología tropical, epidemiología clínica, gestión ambiental, sistemas humanos, economía y salud, entomología médica, bioinformática, educación y políticas públicas, pertenecientes a las Universidades públicas y privadas presentes en el Distrito Capital.

2. ASPECTOS GENERALES.

El concepto de salud ha evolucionado desde el enfoque etiológico (causal), donde se busca el agente productor de la enfermedad, por lo que la salud es entendida como la ausencia de lesiones y signos frente a la presencia o no del agente en cuestión. Se poseía salud cuando no se estaba enfermo. El enfoque actualizado que continúa vigente ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (1946) al considerar que salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia. De la misma manera ha evolucionado el concepto de Salud Pública tomado desde siempre como la observancia de normas de higiene de distinta índole que comprenden tanto la salud y el bienestar individual como medidas que se deben implementar para evitar la expansión de epidemias dentro de grupos humanos. El inicio de la Salud Pública como filosofía social, práctica administrativa y política de gobierno, se da a mediados del siglo XIX (1839 a 1850) en Inglaterra y Estados Unidos de América, donde se identifican las condiciones y el estado higiénico de las grandes ciudades, concluyendo que la salud de la población depende en gran medida de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento ambiental. De esta manera se determinó de las actividades de Salud Pública son una responsabilidad de los gobiernos encaminadas a organizar las acciones comunitarias que contribuyen a la salud de la población.

AMBIENTES SALUDABLES Y SALUD

El concepto de *Salud en Todas las Políticas* (STP) se basa en los principios de la promoción de la salud desarrollados inicialmente en la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud (1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Este enfoque se desarrolló posteriormente en la Declaración de Adelaida del 2010 sobre Salud en Todas las Políticas como un enfoque de Salud Pública que toma en cuenta de manera sistemática las decisiones sobre la salud, la transparencia, el acceso a la información, la participación, sostenibilidad y colaboración multisectorial, con el objetivo de mejorar la salud de la población y lograr la equidad en salud (OPS-OMS Acerca de la Salud en Todas las Políticas).

En concordancia con la iniciativa de Salud Pública en las Américas, propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (2004) cuyo propósito es “mejorar las prácticas sociales en Salud Pública y fortalecer las capacidades del Estado, con base en la definición y medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) indicadas así: 1) Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud, 2) Atención a las necesidades y demandas de la población en salud, 3) Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños para la salud y 4) Desarrollo de la ciudadanía y fomento de la capacidad de participación y control social”, resulta importante que la investigación en S.P. permita conocer todos los ambientes donde se desarrolla la vida de las comunidades y por supuesto ayudar a esclarecer las acciones más adecuadas para intervenir los determinantes sociales que afectan su salud.

Desde los trabajos de investigación realizados por Farr (1839), Chadwick (1842) y Shattuck (1848-1850), se estableció que la salud depende en gran medida de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento medioambiental. En el mismo sentido los cambios demográficos, los fenómenos de crecimiento poblacional, las migraciones masivas por desplazamiento generado por guerras o conflictos internos que muchas veces conllevan a cambios en los usos de la tierra, el turismo, el comercio dentro del marco de la globalización, la ruptura de las medidas de salud pública, los procesos de adaptación de los mismos microorganismos y fenómenos como el calentamiento global y cambio climático, han causado que aparezcan enfermedades nuevas donde antes no existían y han vuelto a aparecer otras que se creían controladas.

En la actualidad son muchas las enfermedades que han aparecido debido a agentes no conocidos previamente, como el grupo de enfermedades hemorrágicas por virus como la fiebre de Ébola; la bacteria *Escherichia coli* O157:H7 causante de cuadros graves y mortales; el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que lleva al SIDA; la afección humana por Encefalopatía Espongiforme Bovina causada por un fragmento de proteína viral (prion), similar a la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob en humanos; el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) causada por un nuevo tipo de Coronavirus y más recientemente los casos de enfermedad humana causados por los virus de la gripe aviar H5N1 (Hong Kong 1997), H1N1 (México 2009) y H7N9 (Shanghái 2013). La emergencia de enfermedades infecciosas afecta también a otras especies animales además del hombre, por lo que entramos en el campo de las enfermedades zoonóticas o sea aquellas enfermedades que son compartidas entre los animales y el hombre.

ENFERMEDADES ZONOTICAS - ENFERMEDADES EMERGENTES

El termino enfermedad o infección emergente fue creado para designar a las nuevas enfermedades infecciosas producidas por microorganismos desconocidos hasta el momento. Muchos agentes emergentes tienen un origen zoonótico, es decir, proceden de especies animales por transmisión directa o a través de alimentos contaminados. Actualmente hay descritas más de 200 zoonosis y su número sigue aumentando en la medida que se incorporen nuevos territorios a la actividad humana, donde hay contenidos focos naturales de infección. El grupo de las zoonosis es una fuente importante de nuevos agentes, pues el 60% de los patógenos humanos son de origen zoonótico, así como el 75% de las infecciones emergentes. Durante los últimos 35 años aparece en promedio una enfermedad por año. El factor que más contribuye a la aparición de patógenos zoonóticas en poblaciones humanas es el incremento del contacto entre humanos y animales (silvestres o domésticos), ya sea que se trate de roedores, primates, aves, murciélagos, bovinos, porcinos, equinos, caprinos, caninos o felinos. Pero tampoco podemos olvidar que los fenómenos de calentamiento global y cambio climático favorece la proliferación de vectores transmisores de diversas enfermedades en áreas cada vez más extensas y en sitios donde antes no existían. Sin embargo, el papel de las zoonosis es subestimado y poco se conoce sobre su epidemiología, debido al escaso interés que suscitan y a la poca disponibilidad de métodos de diagnóstico, por lo cual no se notifican, no obstante su diseminación y los niveles de prevalencia en algunas regiones o países. También sabemos que los alimentos constituyen uno de los mayores riesgos para adquirir zoonosis. La Salmonelosis, la Shigelosis, la brucelosis, la leptospirosis, la cisticercosis, y la teniasis, entre otras, se pueden adquirir mediante el consumo de alimentos mal conservados, indebidamente manipulados y por consiguiente contaminados.

Aún con el conocimiento existente, en Colombia persisten deficiencias notables en la prevención y el control de las zoonosis, tanto en animales como en el hombre, generado en múltiples circunstancias, así: persistencia de las barreras de acceso a los servicios sanitarios humanos, fragmentados sistemas de información, notificación, diagnóstico y vigilancia que generan un subregistro de estas enfermedades, personal de salud animal y humana con un conocimiento limitado en enfermedades zoonóticas, la baja percepción de la carga ambiental de estas enfermedades y su impacto en la sociedad y por tanto la no disponibilidad de recursos en salud para investigación, sumado a la falta de armonización en el aseguramiento de la inocuidad de las cadenas alimentarias y a los recortes del Estado en materia de programas de salud animal. (Cediel, 2007; Léchenne, M., et al, 2015, citados en Programa Nacional Integral e Integrado de Zoonosis de Colombia PNIIZ).

ENFERMEDADES DE ORIGEN ZONÓTICO: BREVE DESCRIPCIÓN

1. Enfermedad por el virus del Ébola: Es una enfermedad hemorrágica, grave y a menudo mortal para el ser humano. Producida por un *Filovirus*, originario de África y descubierto en 1976 (República Democrática del Congo y Sudán), es transmitido al ser humano por animales salvajes (murciélagos frugívoros de la familia *Pteropodidae* –los zorros voladores son huéspedes naturales- y chimpancés, gorilas, monos, antílopes y puercoespines que hayan sido infectados) y se propaga en las poblaciones humanas por transmisión de persona a persona, a través de fluidos corporales presentes en el ambiente u objetos contaminados. Los brotes de la enfermedad tienen una tasa de letalidad del 50% (puede variar de 25 hasta 90%). Hasta 2014 los diferentes brotes de Ébola estuvieron limitados al continente africano y durante 2015 se identificaron cinco casos importados a diferentes países (Estados Unidos, España, Malí, Reino Unido e Italia) de personas procedentes del África Occidental. En la actualidad se considera que el último brote extendido de Ébola ha terminado.

2. Rabia: Es una enfermedad causada por un *Rhabdovirus* del género *Lissavirus* que ataca el sistema nervioso central, produciendo encefalitis con una letalidad cercana al 100% una vez que aparecen los síntomas. La rabia está presente en todos los continentes, excepto en la Antártida, pero más del 95% de las muertes humanas se registran en Asia y África. En la naturaleza se conocen 7 genotipos del virus, de los cuales solo el genotipo 1 es patógeno. En Colombia se han identificado las siguientes variantes del genotipo 1: Variante 1 (perro-mangosta), Variante 3 y 5 (vampiro), Variante 4 (murciélago insectívoro) y Variante 8 (zorrillo) y una variante atípica (VA) identificada en murciélago no hematófago. La transmisión al hombre se produce casi exclusivamente por la mordedura de un animal contagiado con el virus; es menos frecuente a través de un arañazo o lamedura de mucosa o de piel lesionada. Por ubicación existen dos tipos de brote de enfermedad: urbana y silvestre, ya sea que se presente en las ciudades o en el área rural respectivamente. Y se presentan dos tipos de la enfermedad: Rabia furiosa y rabia muda o parálitica. En Colombia la mayor frecuencia de rabia animal se registra en bovinos, seguida de perros, equinos, zorros, murciélagos y micos. Se ha aislado variante canina (V1) en bovinos y equinos y se ha encontrado variante zorrillo (V8) y variante murciélago (V3) en caninos y en gatos. En todas las regiones del país ha circulado el virus rábico. La región más crítica para el ciclo de transmisión en perros es la Costa Atlántica (transmisión perro a perro y perro a zorro). Pero también ha habido un aumento en la rabia silvestre transmitida por murciélagos vampiros en

varios departamentos del país (Chocó, Casanare, Cauca, Santander y Boyacá). Esta zoonosis es una prioridad para la salud pública mundial y nacional. Según competencias establecidas por la ley, es responsabilidad del sector salud (MPS, INS, SDS) la vigilancia, prevención y control de la rabia en perros, gatos y humanos, a través de las entidades territoriales de salud, para lo cual los centros de protección animal y los centros de zoonosis juegan un papel muy importante. El sector agropecuario (ICA) encabeza la vigilancia, prevención y control de la rabia en las grandes especies y animales silvestres. El diagnóstico clínico es presuntivo y se puede confirmar en laboratorio por histopatología (corpúsculos de Negri y/o anticuerpos inmunofluorescentes) y por prueba biológica en ratones. El Instituto Nacional de Salud realiza la vigilancia de la Rabia en cuatro líneas: **1) Rabia Animal:** Para 2016 se registraron 522 casos probables de rabia animal, correspondientes a 450 perros (86,2%), 64 gatos (12,3%), 4 zorros (0,8%) y 4 murciélagos (0,8%); el 61% de los casos fueron notificados por Antioquia, Cesar, Guajira, Cundinamarca, Barranquilla y Santander. Bogotá notificó cinco casos (1%). En este período se notificaron seis (6) casos confirmados de rabia animal: un gato en Barbosa (Antioquia), cuatro perros en El Reten (Magdalena) y un zorro en Pivijay (Magdalena). **2) Vigilancia de la Rabia por laboratorio:** En 2016 se procesaron e informaron al SIVIGILA 116 muestras, consistentes en tejido nervioso de perros, gatos y animales silvestres como zorros y murciélagos. En el mes de Septiembre se informó de un caso probable de rabia en un perro de monte (*Potos flavus*) procedente de Manizales (Caldas), que fue confirmado por el laboratorio del INS. Y en el mes de Diciembre se emitió un resultado positivo por parte del laboratorio de Virología del INS para una muestra de un murciélago procedente del municipio de Yaguara (Huila). **3) Rabia Silvestre:** El ICA en 2016 notificó 119 focos de rabia silvestre ocasionando muertes de bovinos, equinos y caprinos, en los departamentos de Cesar, Córdoba, Magdalena, Norte de Santander, Casanare, Caquetá, Putumayo, Meta, Nariño, Sucre, Arauca, Tolima, Choco, Boyacá, Bolívar, Cauca y Guainía. **4) Vigilancia Integrada de la Rabia Humana:** Relacionado con agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia; en 2016 se notificaron alrededor de 118.000 casos, siendo Bogotá la de mayor reporte con el 16,7%, seguida de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Cauca, Boyacá y Nariño (siete departamentos y el Distrito Capital que notifican el 62,2% del total de casos del país). Para ese período se confirmó un caso de rabia humana procedente del municipio de Girardot (Cundinamarca), ocurrido el 25 de Noviembre, identificándose Variante Atípica 1 de murciélago hematófago. El caso quedó confirmado como rabia humana de origen silvestre. En lo que va corrido del año 2017 se ha confirmado un caso de rabia humana también por Variante Atípica 1, en un caso procedente del municipio de Tena (Cundinamarca), vereda Guesimal, en el mes de Enero. De igual forma en los primeros cinco meses del año 2017 se han confirmado cuatro casos de rabia canina, tres del Depto. del Magdalena (municipios de El Reten y Fundación) y uno del Depto. del Tolima (municipio de San Luis).

3. Brucelosis: Es una enfermedad contagiosa causada por bacterias del genero *Brucella* que afecta a bovinos, ovinos, caprinos, equinos, porcinos, camélidos y perros, pero también se ha encontrado en algunos mamíferos marinos por lo que se ha denominado como *Brucella maris* (ídem *B. pinnipediae*). En la actualidad se conocen siete especies de este género: *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis*, *B. neotomae*, *B. ovis*, *B. canis* y *B. maris* (ídem *B. pinnipediae*). El ser humano es susceptible a la infección por *B. melitensis*, que es la especie más invasiva y patógena para el hombre, seguida en orden decreciente por *B. suis*, *B. abortus*, *B. canis* y *B. maris*. No se han comprobado casos humanos por *B. ovis* o *B. neotomae*. La enfermedad en los animales se

caracteriza por problemas reproductivos como abortos e infertilidad. El síntoma más frecuente en los machos es la orquitis y la prostatitis. La enfermedad producida por *B. canis* causa en los perros múltiples síntomas dependiendo donde se ubique la bacteria. Además de los problemas reproductivos se puede presentar dermatitis, sensibilidad cutánea generalizada, hepatomegalia, endocarditis, espondilitis anquilosante hasta discoespondilitis que produce problemas locomotores hasta parálisis de tren posterior. En general los tratamientos antibióticos prescritos suelen no tener efecto positivo, pues no se controla la proliferación de la bacteria, con el riesgo de que el animal pueda eliminar el microorganismo periódicamente. El hombre se infecta de los animales por contacto directo con fluidos del tracto reproductivo, excrementos o canales contaminadas (todas las especies de *Brucella*) o indirectamente por consumo de productos de origen animal, como leches crudas o quesos frescos (para el caso de *B. abortus*, *B. melitensis* y *B. ovis*) o crustáceos crudos o en ceviches (*B. maris*). La enfermedad generada en humanos depende de la susceptibilidad individual y de la especie de *Brucella* presente. Conocida como Fiebre ondulante, origina cuadros clínicos muy variados, dependiendo de dónde se ubique la bacteria, caracterizados por fiebre importante de tipo intermitente, recidivas frecuentes y tendencia a volverse crónica, causando discapacidad importante y hasta la muerte. La duración de la enfermedad puede variar desde pocas semanas o meses hasta varios años y se sabe que el tratamiento disponible actualmente acorta el curso clínico y reduce las recidivas y complicaciones (58). En Colombia el control de Brucelosis en el ganado vacuno es de carácter obligatorio, aunque en pequeña producción campesina la cobertura no es suficiente. La Costa Atlántica es un área de presentación de brucelosis por *Brucella abortus* en humanos con una prevalencia de alrededor del 20%, generada por el consumo de suero de leche (suero costeño) y quesos frescos. Con poca frecuencia se busca esta enfermedad. Hay que resaltar que la Brucelosis está incluida dentro del Decreto 2257 de 1986 que regula las actividades de Investigación, Prevención y Control de las Zoonosis, pero no está incluida como enfermedad de notificación obligatoria, a pesar de estar enlistada por la OMS en el ICD 10 que es la Clasificación de Enfermedades Zoonóticas relacionadas con Salud Ocupacional (I Certain infectious and parasitic diseases. A20 – A28 certain zoonotic bacterial diseases. A23 Brucellosis. A23.0 – A23.9).

4. Leptospirosis: La leptospirosis es una enfermedad zoonóticas con potencial epidémico, principalmente después de lluvias fuertes. Se le puede encontrar en todo el mundo y está emergiendo como un problema de salud pública en países tropicales y subtropicales, afectando más a las poblaciones vulnerables (WHO 2010 – 2011). Esta enfermedad se encuentra principalmente en animales domésticos (bovinos, equinos, porcinos, caninos), pequeños mamíferos (roedores plaga, mapaches, mofetas, etc.) y en ambientes naturales. Al encontrarse en el ambiente, sugiere que la variabilidad climática y la ubicación de asentamientos subnormales donde los servicios básicos son escasos, pueden impactar la naturaleza de la enfermedad y generar brotes de amplia magnitud y severidad. Existen especies animales que actúan como reservorios de esta bacteria sin sufrir la enfermedad, como es el caso de los roedores plaga (ratas y ratones), zarigüeyas, mapaches, etc., eliminándola al medio ambiente a través de la orina. La presencia de microbasurales en las grandes ciudades suelen ser sitios donde se alimentan los roedores plaga y como sucede en nuestro medio, también lo hacen los animales callejeros o ferales, con los consiguientes riesgos de exposición. Las personas y los otros animales se pueden contaminar al entrar en contacto directo con la orina o con agua contaminada con esta. La enfermedad en animales de producción se presenta generalmente con abortos o mortinatos, produciendo grandes pérdidas económicas. En animales domésticos como el perro, con

frecuencia la enfermedad puede ser subclínica o afectar el sistema urinario con Insuficiencia renal aguda o crónica o cuadros de hepatitis severa. También produce abortos o cuadros inespecíficos del aparato locomotor con dolores no localizables. En humanos el cuadro de la enfermedad es muy variado e inespecífico, presentando síntomas leves como de gripa, dolores musculares, IRA o IRC, endocarditis, meningitis en menores de cinco años y abortos. Se estima que anualmente se presentan un millón de casos clínicos a nivel mundial, de los cuales 58.900 resultan en muertes, perdiéndose alrededor de 2,9 millones de años por discapacidad y muerte prematura (DALYs). A pesar de que se conoce la alta tasa de mortalidad que genera en las personas y la carga socio-económica que representa, se trata de una zoonosis o enfermedad desatendida, de acuerdo con el Global Leptospirosis Environmental Action Network (GLEAN), porque la dinámica de la transmisión no está bien entendida, los síntomas no son específicos (se puede confundir con dengue, paludismo, zika, chikungunya, influenza, brucelosis, hepatitis, rickettsiosis, etc.), el diagnóstico por laboratorio es complejo (más de 250 serovariedades) y con frecuencia no está disponible. La lucha contra esta enfermedad es un excelente ejemplo de “UNA SALUD” donde la relación entre humanos, animales y ecosistema debe ser mejor entendida para un mejor manejo de la entidad. Un meta-análisis realizado por Carreño B., Luis en 2014 revisando sistemáticamente informes de estudios sobre prevalencia de leptospirosis en humanos y animales (18 artículos) en Colombia, publicados entre 2000 y 2012 evidenció un rango entre 6% y 35% para humanos, 41% y 60.9% para bovinos, 10.3% para cerdos, 12% y 47.14% para perros, 23.07% para primates no humanos y entre el 25% y el 82.7% para roedores. Los departamentos donde se encontró seroprevalencia incluyen Atlántico, Antioquia, Meta, Córdoba, Risaralda, Tolima, Boyacá, Quindío y Valle del Cauca (5). Otro reporte de estudio de la misma índole realizado en el mismo año por Pulido Villamarín A. y colaboradores, muestra altas seroprevalencias en el Departamento de Córdoba dentro de población en situación de desplazamiento, arrojando un 67.9%, en segundo lugar el Valle del Cauca con 22.7%, Antioquia con 13.3% en promedio. La capital, Bogotá presentó una seroprevalencia de 12.6%, similar a Barranquilla con un 12.5%. Los factores de riesgo relacionados son: 1) Domiciliarios: Presencia de roedores dentro de la vivienda o el peridomicilio y convivencia con animales domésticos infectados; 2) Recreacionales: Contacto con aguas contaminadas (nadadores, pescadores, etc.); 3) Ocupacionales: Trabajadores de plantas de sacrificio, Médicos Veterinarios, Agricultores (arrozales o cañaduzales) y Ganaderos (bovinos, cerdos, equinos) y personal de control de fauna silvestre. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA en Colombia, la leptospirosis es un evento de notificación obligatoria a partir del año 2007, presentando un incremento a partir del año 2009, lo que ha mostrado las bondades del Sistema de Vigilancia. En este sentido para el año 2016 ingresaron al SIVIGILA 2.197 casos de leptospirosis; 529 casos confirmados por laboratorio, 33 casos confirmados por nexos epidemiológico y 1.635 casos sospechosos. El 58% de los casos fueron notificados por los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Tolima, Bolívar y Choco (26). Cabe señalar que la Leptospirosis está incluida dentro del Decreto 2257 de 1986 que regula las actividades de Investigación, Prevención y Control de las Zoonosis.

5. Rickettsiosis: Las Rickettsiosis son un grupo de enfermedades de carácter febril causadas por bacterias gramnegativas del género *Rickettsia*, presentes en la naturaleza, siendo frecuentemente transmitidas por ectoparásitos como las garrapatas, piojos, pulgas y ácaros. Estas bacterias producen en los humanos el tifo o tifus y las llamadas fiebres maculosas de las cuales la más conocida es la Fiebre manchada de las Montañas Rocosas. Las enfermedades rickettsiales

tradicionalmente están asociadas a pobreza, hacinamiento (campos de refugiados), malas condiciones higiénicas y guerras, por lo que no han sido erradicadas en ningún lugar del mundo. La enfermedad ha sido estudiada y reportada en Estados Unidos desde 1899, donde es endémica, estacional o condicionada por cambios ecológicos. Se conoce en Brasil (Tifus exantémico y Fiebre manchada del Brasil) desde 1930. En Uruguay se conoce como Fiebre Maculosa del Uruguay desde 1990 y en Argentina como F. M. de Argentina desde 1999. En Perú desde 1985 ocurren brotes de Tifus epidémico transmitido por piojos, concentrándose el 70% de los casos en dos provincias del estado de Cuzco, registrándose en uno de ellos (Quispicanchis) tres brotes entre mayo de 1997 y abril de 1998. También se han investigado casos de tifus del ratón presentados en pacientes de la provincia de Huari y se identificó una especie de *Rickettsia* (*R. felis*) en pulgas de animales domésticos. En Colombia se conoce el primer caso de epidemia sucedido entre 1934 y 1936 en el Departamento de Cundinamarca, reportado por el Dr. Luis Patiño Camargo en 1937, donde se identificó *R. rickettsii* y fue llamada “Fiebre de Tobia” por el municipio de Cundinamarca donde se presentó dicho brote. Allí sufrieron la enfermedad 65 personas, de las cuales murieron 62, dejando una tasa de letalidad del 95%. Posteriormente se ha confirmado la enfermedad en México, Canadá, Panamá y Costa Rica, lo que indica que se trata de una enfermedad emergente y re-emergente en diferentes partes del mundo. La bacteria se mantiene en reservorios tales como las diferentes especies de ratas y ratones, zarigüeyas, humanos, perros y posiblemente chigüiros y en Estados Unidos se ha comprobado en ardillas voladoras y coyotes. Los agentes transmisores son garrapatas (*Dermacentor*, *Amblyomma*, *Rhipicephalus* –presentes en Colombia- y *Haemaphysalis*), Ácaros, piojos como el piojo de los humanos (*Pediculus humanus corporis*), las pulgas del gato y el perro (*Ctenocephalides felis* y *Ct. canis*) y pulgas de las ratas (*Xenopsylla cheopis*). Más recientemente para 2006 en Colombia se reportaron cinco casos de muertes por síndrome febril hemorrágico en el departamento de Antioquia, entre ellas 3 soldados y 2 civiles del municipio de Necoclí y confirmadas como positivas a *Rickettsia rickettsii* por el laboratorio del CDC de Atlanta. En este caso se habían establecido como diagnósticos diferenciales de la infección: dengue, malaria, leptospirosis, fiebre amarilla, hepatitis viral y hantavirus. Para 2007 en el municipio de Los Córdoba (Dpto. de Córdoba), límites con el Urabá Antioqueño, se reportaron 11 casos con 4 muertes (mortalidad del 36%), confirmándose el género *Rickettsia* mediante dos tipos de pruebas de laboratorio. En este caso también se encontraron anticuerpos contra el virus del dengue y contra leptospira en los sueros analizados. Entre final de 2007 y comienzo de 2008, en el municipio de Turbo en Antioquia se reportaron 15 pacientes con sintomatología compatible con Rickettsiosis, también confirmada por laboratorio, de los cuales fallecieron 4, para una letalidad de 26,6% durante este brote. Finalmente, en el Dpto. de Caldas se diagnosticó *Rickettsia typhi* por Inmunofluorescencia indirecta (IFI) en 14 pacientes de 120 con síndrome febril en el año 2005. Esta fue la primera evidencia de infección humana por Rickettsiosis endémica en nuestro país, estableciendo la necesidad de su búsqueda en otras regiones de ecología similar donde muchos casos de síndromes febriles permanecen sin diagnóstico definitivo. Es importante mencionar el estudio realizado por Hidalgo, M y colaboradores en 2005, analizando la seroprevalencia de *Rickettsia rickettsii* en 392 muestras tomadas en adultos sanos del municipio de Villeta (Cundinamarca), analizadas por IFI, se encontró seropositividad (a partir de diluciones 1:64 para Ig G) y se estableció una tasa de seroprevalencia de 40,2%.

6. Leishmaniasis: La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica transmitida por vectores con una variedad de parásitos protozoarios (con más de 20 especies), reservorios y vectores

(Flebótomo -133 especies- del genero *Lutzomyia*) implicados en su transmisión. Esta enfermedad, considerada como desatendida, afecta a las poblaciones más pobres del planeta, asociada a malnutrición, desplazamientos de población, malas condiciones de vivienda, debilidad del sistema inmunitario y falta de recursos. También está vinculada a cambios ambientales como la deforestación, construcción de presas y sistemas de riego, el calentamiento global y a la urbanización. Se estima que cada año se producen entre 700.000 y un millón de nuevos casos de la enfermedad a nivel mundial y entre 20.000 y 30.000 defunciones. Se conocen tres formas principales de la enfermedad: **1) Leishmaniasis Visceral:** Afecta órganos internos como bazo e hígado y en más del 95% de los casos es mortal si no se trata. Es altamente endémica en India y África Oriental y hay tres países principales en Asia Sudoriental: Bangladesh, India y Nepal. En 2015 más del 90% de los nuevos casos notificados a la OMS se produjeron en siete países: Brasil, Etiopia, India, Kenya, Somalia, Sudan y Sudan del Sur. En Colombia son menos del 1% de los casos notificados anualmente, siendo endémica en el Valle del Rio Magdalena y sus afluentes, existiendo focos establecidos que corresponden con la distribución del vector en el Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander. **2) Leishmaniasis Cutánea:** Es la forma más frecuente de la enfermedad, siendo causa de discapacidad grave porque genera cicatrices de por vida. Alrededor del 95% de los casos se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. Se calcula que cada año se producen entre medio y un millón de casos nuevos en el mundo y más de dos terceras partes aparecen en seis países: Afganistán, Argelia, Irán, Siria, Brasil y Colombia. En Colombia son el 97% de los casos que se reportan cada año. **3) Leishmaniasis Mucosa o Mucocutánea:** Esta forma de la enfermedad es el resultado de la diseminación del parásito, la cual se presenta años después de la lesión cutánea o se trata de una lesión contigua a alguna mucosa. Conduce generalmente a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta. Más del 90% de los casos de leishmaniasis mucocutánea se producen en el Brasil, Bolivia, Perú y Etiopía. Se han hallado como reservorios del parásito y responsables del mantenimiento de focos domésticos y peridomésticos: el ratón silvestre, el ratón enano, la rata común (rata de los tejados), el conejo de paramo, la zarigüeya, la comadreja, el perezoso de dos y de tres dedos, el mapache, el perro y el hombre. De estos hospederos el perro y el hombre sufren la enfermedad. La distribución geográfica del vector (genero *Lutzomyia*) va desde el nivel del mar hasta los 3.500 m.s.n.m., sin embargo el ciclo de transmisión no se mantiene en altitudes superiores a los 1.750 m.s.n.m. En Colombia se ha encontrado el vector hasta los 2.110 m.s.n.m. En cuanto a la incidencia de la enfermedad en Colombia, durante la década de 1990 se notificaron en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis; en la década del 2000 se han notificado en promedio 14.000 casos, evidenciando un incremento inusitado durante los últimos años. Según la OMS en Colombia se han reportado siete especies de Leishmania, distribuidas en los 32 Departamentos. Una revisión de publicaciones desde 1990 hasta 2013 y publicada en 2013, efectuada por Baena P. Yair, mostró que las diferentes especies de Leishmania se han distribuido a lo largo del territorio nacional, apareciendo algunas donde antes no había sido reportadas. En 2016 el Instituto Nacional de Salud reportó 10.743 casos de leishmaniasis. 10.561 casos confirmados de leishmaniasis cutánea, 122 casos confirmados de leishmaniasis mucosa, y 60 casos de leishmaniasis visceral (28 confirmados y 32 probables). El control de la enfermedad se basa en la reducción del contacto entre el hombre y el flebótomo, utilizando insecticidas en aspersión, barreras físicas como mosquiteros impregnados, uso de anjeos en ventanas y control de reservorios. El tratamiento existente presenta dificultades, dada la toxicidad de la droga y lo doloroso de esta (20 a 28 inyecciones de material oleoso) y puede presentar falla del tratamiento

entre el 10 y 20%. Esta enfermedad también está incluida dentro del Decreto 2257 de 1986 que regula las actividades de Investigación, Prevención y Control de las Zoonosis. Cabe resaltar que existen como diferenciales de esta enfermedad los hongos profundos, tales como *coccidioides*, *paracoccidioides* e *histoplasma capsulatum*, entre otras enfermedades.

7. Encefalitis Equinas: El grupo de las Encefalitis Equinas está compuesto por cuatro entidades reconocidas, así: Encefalitis Equina del Oeste (EEO), Encefalitis Equina de Este (EEE), Encefalitis Equina Venezolana (EEV) y Encefalitis Equina del Nilo Occidental (EENO). Son entidades zoonóticas de origen viral (Arbovirus Togavirus RNA – género *Alphavirus*) y transmitidas por vectores (mosquitos *Culex* y *simulium* –mosca negra-, *Aedes*, etc.), de amplia distribución geográfica y caracterizadas por desarrollar síndromes neurológicos al causar meningoencefalomielitis en los equinos (caballos, asnos, mulas) y humanos afectados con grados variables de morbilidad y mortalidad. La EEV Y EEE se presentan en áreas hasta los 1.200 m.s.n.m. o en áreas susceptibles a la presentación de la enfermedad (hasta los 1.500 m.s.n.m.). La EEV es la más importante por su severidad, alta morbilidad y letalidad en los équidos y es considerada actualmente una enfermedad infecciosa reemergente. Además es una enfermedad que emerge periódicamente desde la década de 1930, extendiéndose a casi todo el continente, afectando países como Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Brasil, Surinam, Trinidad y Tobago, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Belice, Cuba, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, México y Estados Unidos (Texas y Sur de la Florida). La EEE y EEO circulan desde Norte América hasta el norte de Sur América, reportándose numerosos aislamientos en diferentes países de la región. El virus de la EEO no se ha comprobado en Colombia. El mantenimiento de estos virus se da en dos ciclos. Un ciclo corresponde a la circulación entre roedores, pequeños mamíferos y aves silvestres (paseriformes) a un número variado de mosquitos. El Otro ciclo se da entre vertebrados como perros, caballos y el hombre y los vectores y es cuando se presenta el brote de enfermedad en estas dos últimas especies. Un aspecto en la prevención de EENO es el hecho de que las aves que sirven de reservorio y transporte del virus pueden sufrir la enfermedad, por lo que el hallazgo de paseriformes muertas (especies migratorias) se emplea como sistema centinela para el seguimiento de este virus. En Colombia estos virus se han encontrado en: las cuencas de los ríos Magdalena y Catatumbo, Bolívar, Córdoba, Sucre, Antioquia (Urabá), Choco (Rio Atrato), Llanos Orientales (Sarare, Arauca, Casanare), Magdalena Medio (La Dorada, Honda, Girardot, Tibú, Cimitarra) en Caldas, Cundinamarca, Tolima y Santander; Puerto Boyacá (Boyacá) y Tumaco (Nariño) y Guajira (35). De acuerdo con los reportes del Instituto Nacional de Salud para el año 2016 se notificaron 20 casos de EEV en humanos procedentes de los departamentos de Santander, Córdoba, Norte de Santander, Cesar y Antioquia. El ICA reportó durante el mismo año 86 focos del virus en equinos, discriminados en 23 focos de EEV y 63 de EEE y ubicados en los departamentos de Cauca (1 EEV), Magdalena (3 EEV), Santander (2 EEV), Antioquia (1 EEE), Meta (2 EEV – 1 EEE), Córdoba (3 EEE – 1 EEV) y Cesar y Casanare con 8 focos cada uno, observándose que en el primero se halló EEV y en el segundo EEE. Para la semana epidemiológica 19 (7 a 13 de mayo) del 2017 se había reportado 5 casos probables de Encefalitis Equina en humanos y el ICA había notificado 7 focos del virus en equinos: 2 en el Depto. de Arauca; 2 en el Depto. del Meta y un foco en los departamentos de Vichada, Guaviare y Bolívar respectivamente.

8. Otras Zoonosis: De acuerdo con el Decreto 2257 de 1986, en el artículo 28 “las zoonosis que deben ser notificadas por períodos epidemiológicos son: Brucelosis, Cisticercosis, Clostridiosis,

Encefalitis equina, Fiebre Amarilla, Hidatidosis, Leishmaniasis, Leptospirosis, Rabia, Sarna, Toxoplasmosis, Triquinosis, Tuberculosis animal y Tripanosomiasis”. Y en el Parágrafo 2°: “El Ministerio de Salud podrá modificar la lista de zoonosis incluida en el presente artículo e indicar aquellas que requieran notificación inmediata”. En los apartados anteriores hemos descrito someramente la situación de cinco de las enfermedades enlistadas en el Decreto 2257 y la Tuberculosis y Tripanosomiasis (Enf. De Chagas) se describen en el apartado sobre Enfermedades Reemergentes. **1)** El Complejo Teniasis-Cisticercosis es una infección intestinal parasitaria que puede estar constituyendo un problema de Salud Pública en Latinoamérica y en Colombia en particular, que puede generar discapacidad por enfermedad de SNC (epilepsia). Las características de contaminación de aguas y suelos por tenias (*Taenia solium*) provenientes tanto humanos como de cerdos fue comprobado en un estudio realizado entre 2008 y 2010 por el Grupo de Parasitología del Instituto Nacional de Salud de Colombia, en el que se identificaron las condiciones que mantienen la infección como consumir agua no tratada sin hervir, consumo de frutas y verduras sin lavar, consumo de alimentos en la vía pública, la forma de crianza de los cerdos, el consumo de carne de cerdo poco cocida, la deposición de excretas humanas a campo abierto (falta de sanitarios, falta de alcantarillado, letrinas sin pozo séptico) y el no lavarse las manos después de efectuar deposiciones. La seroprevalencia encontrada en la población general (8,55%) indica que Colombia hace parte de los países endémicos, donde el parásito se encuentra circulante. La prevalencia más alta para cisticercosis (larva de la *T. solium* de ubicación cerebral) se encontró en el Depto. del Vaupés (40,19%) y la menor en el Depto. de Caldas (0,53%). Los departamentos con mayores prevalencias después de Vaupés, son: Bolívar, Amazonas, Cundinamarca, Guajira, San Andes y Antioquia. Por tanto es claro que esta infección está asociada a la pobreza, donde hay carencia de servicios públicos básicos y sin servicios de salud adecuados. Con todo, en Colombia no existe un programa de vigilancia y control de este complejo parasitario que permita generar la sensibilización de la comunidad en general y de la comunidad médica en particular, así como de los entes de control de la Salud tanto humana como animal a nivel nacional y departamental. **2)** La Fiebre Amarilla es una enfermedad de origen viral causada por un Flavivirus y transmitida por mosquitos del genero *Aedes* (*A. aegypti* y *A. albopictus*). Algunos de estos mosquitos se crían cerca de las viviendas, otros en el bosque (salvajes) y algunos en ambos hábitats (semidomésticos). En la forma selvática (salvaje) el virus se mantiene circulando entre monos y mosquitos. En la forma intermedia los focos semidomésticos incrementan el contacto entre las personas y los mosquitos infectados. La Fiebre Amarilla urbana se produce cuando las personas infectadas introducen el virus en zonas muy pobladas con gran densidad de mosquitos y la inmunidad es baja o nula. La enfermedad puede producir síndrome hemorrágico, pero en general cursa con síntomas de fiebre, dolores generalizados y de cabeza e ictericia, de ahí su nombre. Una pequeña proporción de pacientes sufre síntomas graves y aprox. el 50% de ellos muere en un plazo de 7 a 10 días. En Colombia para 2016 ingresaron al SIVIGILA doce casos de fiebre amarilla; siete confirmados y cinco probables. El 58,4% de los casos notificados proceden de Vichada, Meta, Vaupés y Guainía, además de un caso proveniente del Perú. De los siete casos confirmados por laboratorio, fallecieron seis. Esta enfermedad se previene completamente con vacunación, que es asequible y confiere protección por diez años y al ser reforzada al cabo de ese tiempo da protección de por vida. **3)** Hidatidosis: La Hidatidosis o Equinococosis es otra enfermedad parasitaria generada por una infección intestinal que es causada por el cestodo *Echinococcus granulosus*, *E. vogeli*, *E. multilocularis* y *E. oligarthrus*. La transmisión al ser humano se da por consumo de los huevos del parásito presentes en alimentos, agua o suelos contaminados con heces o por contacto directo con animales huéspedes (heces o

vísceras poco cocidas). En general no es considerada como un problema de salud pública por las autoridades sanitarias, por lo que la incidencia y prevalencia de esta entidad es desconocida. La ubicación del quiste de este parásito se puede encontrar en el hígado, riñón, músculos, huesos, bazo, pulmón y cerebro. En Colombia se han reportado casos en La Guajira, Antioquia, Choco, Valle del Cauca, Nariño, Cundinamarca, Caldas, Boyacá, Meta y Caquetá. Hasta 2015 en Colombia solo se habían reportado 31 casos, pero es seguro que hay más casos no notificados debido a la falta de registros. En general debido al potencial zoonótico de la entidad se puede demostrar que la Región de la Orinoquia (Llanos orientales) es un área enzootica muy amplia para la transmisión de la enfermedad por lo que se requerirían más estudios epidemiológicos. Especies como la guagua, el perro de monte, el guatín, la zarigüeya, la oveja, la rata espinosa y el hombre son huéspedes intermedios de estos parásitos, los felinos (incluido el gato doméstico) y el perro son huéspedes definitivos, pero que pueden generar contaminación a través de las heces fecales. Es importante la notificación y el trabajo interdisciplinario entre personal de salud humana y animal. **4) Triquinosis:** Otra zoonosis causada por parásitos intestinales denominados *Trichinella* del cual se conocen más de ocho especies, donde la mayoría de casos humanos se producen por la especie *Trichinella spirallis*, proveniente principalmente del consumo de carne de cerdo poco cocida o cruda. Los cerdos se contaminan por el consumo ocasional de pequeños roedores, carroña de animales silvestres, por canibalismo (frecuente entre esta especie) o por alimentarlos con residuos de carnes contaminadas. Debido a que esta enfermedad no es diagnosticada, no es objeto de vigilancia epidemiológica. Pero la producción de cerdos de traspatio o la pequeña producción por pastoreo en campo abierto es muy extendida y no tiene ningún tipo de vigilancia sanitaria, por lo que la enfermedad en los animales no es detectada, existiendo un deficiente control sanitario en la canal del cerdo infectado y es práctica frecuente su distribución clandestina. En la gran producción industrial de cerdos no existe esta enfermedad, porque la alimentación se realiza con base en concentrados y la sanidad es muy controlada. El quiste tanto en cerdos como en humanos suele alojarse en el tejido muscular, con cualquier ubicación. La evolución de la enfermedad es lenta y la persona que presenta formas graves de la misma puede manifestar dolores musculares generalizados, alteraciones oculares y neuropatías, miocarditis y encefalitis inducidas por un proceso inmune y no por la acción directa del parásito. Los cerdos no presentan síntomas excepto cuando hay inmunodepresión y tienen altas cargas larvares, con fiebre, edema periorbitario, respiración dificultosa y reducción en la ganancia de peso. **5)**

Toxoplasmosis: Enfermedad producida por un protozooario denominado *Toxoplasma gondii*, cuyo modo de transmisión es la contaminación de agua o alimentos como carne de ovejas o cerdos más frecuentemente (también en carnes curadas, salami y embutidos) y aves. Se ha asignado a los gatos la mayor frecuencia de transmisión de toxoplasma, sin embargo un informe de 2012 evidenció que existe un mayor riesgo de infecciones humanas por el contacto con el suelo como mecanismo de transmisión, es decir el suelo actúa como principal reservorio del parásito. En el mismo reporte se mostró que el consumo de agua sin tratar aumenta el riesgo de infección. El primer brote de toxoplasmosis que afectó al mayor número de personas en el mundo se reportó en 1955 y se asoció con el suministro de agua proveniente de un reservorio particular en la Ciudad de Victoria, en la Provincia de Columbia Británica, en Canadá. La presencia de anticuerpos contra *T. gondii*, evidencia el contacto con el protozooario en algún momento de la vida. Se estima que del 15% al 85% de la población humana se encuentra infectada por Toxoplasma y es asintomática. En Colombia, para 1988 se encontró una prevalencia del 47% en la población general. En 2012 Franco, H Natalia, reportó valores de 43,8% para Toxoplasma en carnes para consumo en el país (carnes de res, cerdo y pollo), donde el mayor porcentaje se

observó en carne de pollo (55%). Otros estudios anteriores también han mostrado evidencias de contacto con *T. gondii* en carnes para consumo en diferentes regiones del país. La forma de infección congénita en mujeres embarazadas se considera como un problema de Salud Pública, que merece una mayor atención por parte de las autoridades sanitarias, por el daño que se puede causar al feto que llega a comprometer la vida. La otra población vulnerable con riesgo para la vida por contacto con este parásito es la de individuos con VIH-SIDA, ya que suele causar lesiones cerebrales focales.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los alimentos contaminados con bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas nocivas causan más de 20 enfermedades que van desde la diarrea hasta el cáncer. Cada año en el mundo enferman alrededor de 600 millones de personas y aproximadamente 420.000 mueren por esta causa, mientras los niños menores de 5 años soportan un 40% de la carga atribuible a este tipo de enfermedades, presentando alrededor de 125.000 defunciones. La inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria están relacionadas, ya que los alimentos insalubres generan un círculo vicioso de enfermedad y malnutrición, que afecta principalmente a lactantes, niños pequeños, ancianos y enfermos. Se pierden alrededor de 33 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Como se vio en los apartados anteriores la mayoría de las zoonosis pueden ser transmitidas por alimentos, constituyéndose en un riesgo biológico, capaces de producir infección, alergia o toxicidad, ya sea por cocción insuficiente de alimentos de origen animal, frutas y hortalizas contaminadas con heces y los mariscos crudos que contienen biotoxinas marinas. Pero además existen otras bacterias que suelen estar presentes en el tracto digestivo de mamíferos, incluido el hombre y que suelen causar enfermedad diarreica aguda. **1) *Salmonella*, *Campylobacter* y *Escherichia Coli*:** Bacterias de origen intestinal (*Salmonella* también en la piel de reptiles), son los patógenos de transmisión alimentaria más frecuentes, generando síntomas como fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolores abdominales y diarrea. *Campylobacter* es la bacteria de mayor prevalencia y puede estar presente al ingerir leche cruda, carne de aves o agua potable contaminada. *Salmonella*, otra bacteria que puede ser vehiculizada en huevos, carne de aves y otros productos de origen animal. Las especies *S. typhi* y *S. paratyphi* son las productoras de la Fiebre tifoidea (mortal para niños menores de cinco años, ancianos y personas con inmunodeficiencias) y paratifoidea. *Escherichia coli*, es una bacteria necesaria para el correcto proceso digestivo ayudando a la absorción de nutrientes, además de producir vitaminas del complejo B y vitamina K, pero que si adquiere elementos genéticos se pueden codificar factores virulentos. Existen varias especies patógenas como la enterotoxigénica, la enteroinvasiva, la enterohemorrágica y la *E. coli* O157:H7 (muy virulenta). Se asocia al consumo de leche no pasteurizada, carne cruda o poco cocida y frutas y hortalizas frescas contaminadas con heces. **2) *Listeria monocytogenes*:** Esta bacteria se puede encontrar en el suelo, agua y en algunos animales como aves y ganado. Además es muy resistente puesto que puede crecer a temperaturas de refrigeración pero también se destruye mediante cocción y pasteurización. Aunque es una enfermedad de baja frecuencia, puede tener consecuencias mortales para mujeres embarazadas (abortos), neonatos, infantes (meningitis-meningoencefalitis), ancianos y personas inmunosuprimidas (septicemia-meningitis). Se puede encontrar en leches crudas, productos lácteos no pasteurizados, carnes crudas de dudosa procedencia, pescado fresco, congelado o ahumado, alimentos listos para el consumo con larga

vida útil y frutas y verduras crudas. En general las materias primas pueden venir contaminadas con la bacteria o esta puede sobrevivir en los equipos de proceso, contaminando muchas veces el alimento después de procesos de pasteurización. **3) *Vibrio cholerae***: Se describe en el apartado de Enfermedades reemergentes. Causa de diarreas profusas capaces de causar la muerte por deshidratación grave. Los alimentos asociados con brotes de cólera son el arroz, las hortalizas, mariscos y agua contaminada. **4) *Yersinia enterocolitica***: Bacteria de distribución mundial, puede encontrarse en animales de sangre caliente, domésticos (cerdo, oveja, caballo, conejo, perro y gato) y silvestres (roedores, ranas, aves) y ocasionalmente en reptiles y peces. Los cerdos son reservorios de los serotipos patógenos para el hombre. El cuadro clínico se puede asemejar a una apendicitis. Se suele asociar a consumo de carne de cerdo y lácteos. **5) Virus**: El rotavirus, el Norovirus y el virus de la Hepatitis A, son los agentes virales más frecuentes en nuestro país. El primero afecta principalmente niños menores de cinco años, mientras los otros pueden afectar individuos de cualquier edad. La contaminación fecal directa o indirecta es la fuente más común de contaminación de los alimentos. Un estudio publicado en 2009 en Revista Biomédica del INS, identificó virus de Hepatitis A (origen humano) y Rotavirus (serotipo G2 humano) en aguas tratadas y no tratadas en el municipio de Quibdó en el Chocó, evidenciando contaminación por desechos humanos. Los virus entéricos resultan de la contaminación generada por los manipuladores de alimentos infectados o bien por contaminación hídrica. **6) Parásitos**: Fueron descritos ya el Complejo Teniasis-Cisticercosis, la Hidatidosis o Equinococosis y la Triquinosis como agentes incluidos por la normatividad sanitaria para ser investigados y notificados. En la actualidad se ha incluido otro helminto como *Anisakis simplex*, un nematodo que vive en el intestino de mamíferos marinos y en la carne de pescados. El hombre adquiere las larvas al ingerir el pescado crudo o poco cocinado, ahumado, en semiconservas, pescado seco o en vinagre, ceviches y sushi o sashimi. Son muchas las especies de pescados que pueden parasitarse: salmón, caballa, sardinas, bacalao, merluza, arenque, etc. y de los cefalópodos el calamar. La Anisakiasis se presenta en dos formas: Por el consumo de larvas vivas que pueden penetrar la mucosa del estómago o el intestino, originándose síntomas similares a úlcera péptica que puede llevar incluso a obstrucción intestinal. La otra forma es la alergia con urticaria hasta shock anafiláctico por acción de toxinas propias de las larvas de este parásito. Un estudio publicado en 2008 realizado por Pardo C, Sandra y colaboradores, buscando parásitos del género *Anisakidae* en peces de la Ciénaga Grande de Lórica en el departamento de Córdoba, efectivamente reporta el hallazgo de estos parásitos de la especie *Contracaecum sp.* (Del género *Anisakidae*) en peces “moncholo” (*Hoplias malabaricus*), reportando además que otros estudios han hallado estos parásitos en pesca de la Bahía de Cartagena y del Río Sinú (57). Las larvas del parásito mueren por congelamiento a -20°C por 24 horas o por cocción a 60°C por 10 minutos. Desafortunadamente las toxinas son termoestables, así que la única forma de prevención es verificar que no haya contaminación o infestación de los productos por este parásito (58). Parásitos intracelulares como los protozoos, de los cuales ya describimos el *Toxoplasma gondii*, existen también la *Giardia lamblia*, la *Entamoeba histolytica*, la *cyclospora* y el *criptosporidium parvum*, cuyos quistes pueden llegar a los alimentos frescos, por lo regular vegetales, que han sido regados con aguas contaminadas con heces fecales de humanos o animales infectados o por consumo de agua contaminada no tratada, incluyendo piscinas o ríos en actividades recreacionales. **7) Priones**: Los priones son agentes infecciosos constituidos por proteína y suelen estar asociados a determinados tipos de enfermedades neurodegenerativas, llamadas encefalopatías espongiiformes transmisibles. Los priones tienen como característica que pueden convertir proteínas normales en moléculas anormales mediante la modificación de su forma.

Adicionalmente esta proteína es altamente estable, resistente a congelación, secado, calentamiento, temperaturas normales de cocción e incluso es resistente a los métodos convencionales de pasteurización y esterilización. La enfermedad más conocida producida por priones en animales es la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) o “enfermedad de las vacas locas”. Los primeros casos de animales enfermos se declararon en el Reino Unido en 1986. En 1996 se detectó en el hombre una variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, que se relacionó con el brote de EEB en el ganado vacuno. Se cree que la causa de esa enfermedad es el consumo de carne de res y de productos derivados contaminados. A nivel mundial el brote de esta enfermedad ha generado limitaciones al comercio de carne en canal y partes específicas (cráneo, encéfalo, médula espinal, intestino delgado y grueso y bazo) de las canales de bovinos, ovinos y caprinos, procedentes de países donde se ha presentado la enfermedad (Canadá, Francia, Grecia, Irlanda, Reino Unido, Nicaragua, Taipéi Chino, y Polonia), para lo cual en Colombia se expidió el Decreto 2350 de 2004 “Por el cual se establecen medidas de salud pública para la prevención y vigilancia de las enfermedades por priones, prioritariamente de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vCJ)”.

BIOTERRORISMO

Esta forma de combate se podría definir como la amenaza o el uso de agentes biológicos (organismos vivos) como armas para causar enfermedades altamente contagiosas entre humanos, animales o plantas, motivados por objetivos políticos, religiosos, ecológicos o ideológicos. La característica principal del agente empleado es que tenga alto potencial de generar incapacidad y/o muertes en masa, para lo cual se emplearían organismos inusuales, difíciles de localizar y estables al ser expuestos en el medio ambiente. El 80% de los agentes que podrían usarse para actividades de bioterrorismo son de origen zoonótico. En 1346 los Tártaros emplearon cadáveres de fallecidos por peste bubónica (*Yersinia pestis*) para sitiar y someter el reino de Kaffa (lo que ahora es Etiopía). Entre 1930 y 1940 los japoneses liberaron sobre China, pulgas infectadas con *Yersinia pestis*, arrojadas por aviones. En 1979 se produjo en la antigua Unión Soviética (Ucrania) una epidemia de Ántrax (*Clostridium anthracis*) producida por un escape accidental en las cercanías de una base militar. Y más recientemente en 2001 en Estados Unidos, empleando el sistema de correos se incluyó ántrax en sobres, generando 22 casos por exposición con cinco casos fatales. Del grupo de las Clostridiosis animales se ha empleado el Ántrax (*Clostridium anthracis*), el *Cl. Botulinum* (productor del Botulismo) y el *Cl. Perfringens* (enfermedades gastrointestinales, necrosis y perforación intestinal, gangrena gaseosa, etc.); Peste negra o Peste Bubónica (*Yersinia pestis*); Tularemia (*Francisella tularensis*) y Fiebres Hemorrágicas Virales (Ébola, Hanta, Margbourg, Nepah, Valle del Rift, etc.), el Grupo de las Encefalitis equinas por Alfavirus (Enfermedades neurológicas); *Coxiella burnetti* (Fiebre Q); Tuberculosis multi-antibiótico resistente (incluida la Tuberculosis zoonótica); SARS –Síndrome Respiratorio Agudo Severo- producida por un Coronavirus; Influenza Aviar de la cual en los últimos 15 años se han evidenciado tres nuevas cepas (H1N1, H5N1 y H7N9). De igual forma se ha vuelto a incluir el riesgo del uso del virus de viruela humano (*Variola major*), enfermedad erradicada por vacunación en la década de 1970. También se incluye la Toxina Ricino, una de las toxinas biológicas más potentes que se conocen, presente en las semillas de la planta arbustiva *Ricinus communis*, conocida como higuera o ricino.

EMFERMEDADES REEMERGENTES

Es importante también mencionar las enfermedades reemergentes, denominadas así porque se creían controladas o estabilizadas hace algunos años y que han resurgido con intensidad. Entre estas encontramos la Tuberculosis (producida por el *Mycobacterium tuberculosis*) que para el año 2015 causó en el mundo 10,4 millones de nuevos casos, de las cuales murieron 1,8 millones. Más del 95% de las muertes se producen en países de ingresos bajos y medianos (el 60% de esta mortalidad en India, Indonesia, China, Nigeria, Pakistán y Sudáfrica). La Tuberculosis zoonóticas es causada por el *Mycobacterium Bovis* y afecta principalmente al ganado bovino constituyéndose como una fuente de infección humana, principalmente en aquellos países donde aún se consume leche sin pasteurizar o productos lácteos crudos o donde se alimentan cerdos con productos lácteos crudos contaminados con la bacteria. La emergencia del virus de VIH es el factor más importante que condiciona el incremento en la incidencia de tuberculosis desde 1985. Otros factores que contribuyen a la reemergencia de la tuberculosis son el aumento de los movimientos migratorios desde países altamente endémicos, el deterioro de los programas de control y el aumento de la resistencia de la bacteria a los medicamentos de primera línea como Rifampicina e Isoniazida. En el Continente Africano se aisló *Mycobacterium Africanum* en Senegal, descrito en 1969 y se ha aislado tanto de humanos como de animales salvajes como chimpancés, además de hallarse en cercopitecos de origen africano, que se encontraban en estaciones experimentales de Europa. Es importante aclarar que el hombre puede transmitir *tuberculosis* a monos, perros, gatos y aves psitácidas (loros, guacamayas, papagayos, cotorras, etc.) y parece que existe el peligro potencial de una retransmisión desde estas especies, comportándose entonces como una zoonosis reversa.

La peste es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano causada por *Yersinia pestis* y transmitida por más de 80 especies de pulgas hematófagas de ratas y roedores. Existen tres tipos de peste: bubónica, septicémica y neumónica. En ausencia de tratamiento tiene una letalidad de entre el 30 y 100%, siendo la forma neumónica invariablemente mortal ya que es especialmente contagiosa por aerosoles de tipo respiratorio suspendidos en el aire y es la misma enfermedad que en el siglo XIV se conoció como “peste negra” y provocó la muerte de unos 50 millones de personas en Europa. En la actualidad los países endémicos para esta enfermedad son Madagascar, la República Democrática del Congo y el Perú. En general se considera que como enfermedad de los animales, la peste está presente en todos los continentes, excepto Oceanía. Hay riesgo de peste humana en todo lugar en que la población humana coexista con la presencia de focos naturales de peste (la bacteria, un animal reservorio y un vector). Entre 2010 y 2015 se notificaron 3.248 casos en el mundo y de ellos 584 mortales.

El cólera es una enfermedad diarreica causada por un enterobacteria denominada *Vibrio cholerae* cuyo contagio al ser humano se puede producir al contaminar alimentos y agua. Es claro entonces que la falta de saneamiento del agua y de control de la disposición de excretas propicia la aparición de brotes, con mayor frecuencia en los meses de calor y siempre que suceden desastres naturales o guerras. La mayoría de las personas infectadas con esta bacteria no presentan síntomas, pero puede estar presente en las heces durante 1 a 10 días siguientes a la infección, con el consiguiente riesgo de contagio a otras personas. El 80% de los pacientes presentará síntomas leves a moderados y un 20% presentarán diarrea aguda con deshidratación grave, que sin tratamiento adecuado puede morir. En los dos últimos siglos se han reportado siete

pandemias de cólera. En el año 2006 el cólera aumentó, registrándose 236.896 casos en 52 países, con un total de 3.311 muertes (un incremento del 79% respecto del 2005); África notificó el 99% de los casos. El brote más reciente de la enfermedad se registró en 2016 en Tanzania y en 2015 en la República del Congo e Iraq, debiéndose recordar el brote de esta enfermedad en 2010 en Haití después del devastador terremoto.

Enfermedades como el dengue, causada por un *Flavivirus* del que se conocen cuatro subtipos; el paludismo causado por un protozoo del genero *Plasmodium* del cual existen cuatro especies y la enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana (que es una enfermedad zoonótica), generada por un protozoo denominado *Trypanosoma cruzi*, tienen en común el ser transmitidas hacia los seres humanos por vectores, causando decenas a cientos de millones de casos y desde varios miles a 2 o 3 millones de muertes cada año alrededor del mundo. Otra característica particular es que son enfermedades propias de las regiones tropicales, muy vinculadas a la cultura del manejo del agua y en todo caso en áreas donde no existe suministro de agua potable, por lo que son miles de millones la cantidad de personas que estarían en riesgo de infectarse y padecer las secuelas de ellas o la muerte prematura con la consiguiente pérdida de productividad de los países donde se presentan. Solo en control de la enfermedad de Chagas durante el año 2008 en Colombia, el costo de la atención médica a todos los pacientes fue de aproximadamente US\$ 267 millones y la fumigación con insecticidas para controlar los vectores costaría cerca de US\$ 5 millones (50). En 2016 ingresaron al SIVIGILA 927 casos de enfermedad de Chagas, 37 casos de fase aguda y 890 de fase crónica. Del total de casos notificados en fase aguda, 54,1% eran individuos de sexo femenino y 27,1% correspondieron a menores de 10 años. El 78,5% de los casos de Chagas en Fase crónica fueron notificados en los departamentos de Casanare, Santander, Boyacá, Tolima y Arauca. De estos, el 55% se registró en el sexo femenino, mientras el 21,1% de los casos se registró en el grupo de 65 años y más. En este período se presentaron dos muertes confirmadas por Chagas agudo, en el departamento de Casanare, municipio de San Luis de Palenque.

Al presente, la mayor preocupación en todos los ámbitos del control de enfermedades transmitidas por vectores, es el incremento de la resistencia de los insectos a los diferentes pesticidas usados en su control, todo ello suscitado por el uso indiscriminado y poco técnico de estas herramientas tan valiosas en los programas de control y prevención, dada la presión de selección a que han sido sometidas las diferentes especies de insectos. Existe una mayor exigencia para la industria química de los pesticidas para lograr encontrar nuevas moléculas capaces de afectar el ciclo de vida de los insectos, limitando los daños por contaminación de suelos, plantas y agua y nuevas formas de utilizar el arsenal existente.

Es claro entonces que los seres humanos no existen de forma aislada, sino que forman parte del ecosistema de vida total, de las actividades y condiciones que cada miembro tiene y de la capacidad de afectar a los demás. Por tanto la salud es un proceso vital compartido por todas las especies. La salud de los seres vivos está ligada a la interacción entre las especies (humano-animal) y con los procesos ecológicos que gobiernan la vida.

ENFERMEADES ZONÓTICAS EN BOGOTÁ D.C.

En los últimos 30 años se han realizado varios estudios por parte de grupos pertenecientes a las Facultades de Medicina y Medicina Veterinaria de las Universidades presentes en la ciudad,

proporcionando aproximaciones sucesivas a la situación de las enfermedades de origen zoonótico en Bogotá D.C., lo que ha permitido avanzar en las actividades de Vigilancia Sanitaria y Ambiental que realizan las autoridades de salud dentro de la misión de la Salud Pública.

Sabemos que la circulación y presencia de enfermedades en la población dependen de unos determinantes que están relacionados con las condiciones de vida de las personas (hacinamiento, condiciones sanitarias al interior y en exterior de la vivienda), establecidas a su vez por la posibilidad de acceso laboral, distribución de ingresos, educación, arraigo cultural y de sentido de pertenencia con la ciudad (disposición de residuos sólidos y líquidos, tenencia responsable de animales, violencia intrafamiliar, participación comunitaria, manipulación de alimentos), condición de salud particular y carga genética, aunado a, personal de salud con escaso conocimiento en enfermedades zoonóticas, lo que lleva a subregistro de estos eventos y fragmentación de la información para la toma de decisiones en el manejo de las mismas. A esto se puede sumar el tráfico de animales silvestres, que es el segundo negocio ilícito con mayores ganancias después del tráfico de estupefacientes, reconociéndose que tal situación pasa desapercibida pues la transición epidemiológica acompañada de la demográfica hace que las acciones se centren en la atención de eventos crónicos; obviando que como producto del cambio climático se presentan desbalances entre la salud humana, animal y ambiental traducidos en el surgimiento o resurgimiento de enfermedades transmisibles, de las cuales cerca del 72% provienen de la fauna silvestre.

De acuerdo con el DANE para 2010, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la población que concentra aproximadamente el 80% de la riqueza se encuentra en los estratos alto o muy alto. Respecto al tamaño de los hogares, la localidades con mayor porcentaje con cuatro o más miembros son Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa, igualmente el hacinamiento crítico (no mitigable), el cual indica aquellos hogares en los cuales habitan cuatro o más personas por cuarto disminuye entre 2007 y 2011 (1,6%) pasando de 4,1% a 2,6% respectivamente, siendo las Localidades de Ciudad Bolívar y Usme las que mayor porcentaje de hogares con déficit de vivienda.

También los fenómenos de desplazamiento hacia la ciudad, generados por inseguridad o por falta de oportunidades, ubica esta población en lugares marginados (principalmente en la periferia), en condición de pobreza o indigencia por desempleo o subempleo (más bien empleo precario), donde en muchos casos no existe cobertura de servicios públicos y en algunos casos por su condición económica no tienen poder adquisitivo para pagar la prestación de estos; convirtiéndose en escenario propicio para el desarrollo y mantenimiento de condiciones ambientales adecuadas para la transmisión de zoonosis. Las localidades con mayor concentración de personas bajo esta condición son: Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, San Cristóbal, Suba, Engativá y Kennedy (PNUD 2011). De igual forma en estas mismas localidades la percepción de pobreza es de cerca del 30% en los hogares que allí habita.

Las zonas marginadas también tienen precariedad en el suministro de agua potable y en muchos casos disponen de acueductos comunitarios que aunque son objeto de vigilancia por parte de las autoridades de salud, en múltiples ocasiones el personal carece de los insumos necesarios y adecuados para verificar las condiciones microbiológicas de estas aguas, a pesar de que se revisa la cantidad de Coliformes fecales y presencia de *E. coli*, sin la posibilidad de verificar la presencia

de agentes parasitarios como huevos de cestodos o helmintos y protozoarios de origen zoonótico. Esto es de relevancia toda vez que este tipo de condiciones sanitarias pueden favorecer la presencia de este tipo de enfermedades principalmente en la población infantil, pero además cuando se anota que en Bogotá, de acuerdo con el estudio poblacional realizado en el año 2005, por cada perro existe un niño menor de 5 años, situación que potencialmente puede incrementar la posibilidad de que en este grupo de la población se presente una alta incidencia de zoonosis.

Para 2005, año en el que se realizó el primer censo poblacional de caninos y felinos en la ciudad de Bogotá, se evidenció la alta densificación de la población de animales de compañía, mostrando que las Localidades con mayor población son Kennedy, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar y Usaquén destacando que en estas es donde existe mayor concentración de personas en Bogotá.

En 2013, Estepa, A. realizó una revisión de estudios acerca de la presencia de enfermedades zoonóticas en el Distrito Capital, la cual resumimos así:

Brucelosis

No existen estudios continuos o suficientemente extensos para definir la prevalencia o incidencia de esta enfermedad en Bogotá. Se han realizado esfuerzos aislados dentro de los cuales destacamos un estudio realizado en el año 2000 en la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, donde Castillo, V. realizando una encuesta serológica sobre *Brucella canis*, en pacientes atendidos en la Clínica para Pequeños Animales, con una muestra de 305 caninos, de los cuales 25 procedían del Centro de Zoonosis de la Secretaría Distrital de Salud, encontró una prevalencia general de 20,3%, y para la muestra de caninos procedentes del centro de zoonosis fue de 52% (13 muestras positivas de 25), utilizando la prueba de 2-Mercaptoetanol con antígeno específico; prueba que es considerada el Standard Gold a nivel mundial.

Otro estudio evidenció 83 caninos positivos de 795 muestreados, lo cual equivale a una prevalencia combinada (*abortus* y *canis*), de 10.4%. En humanos, 7 de 1307 muestreados fueron positivos a *Brucella spp*, correspondiendo a una prevalencia combinada de 0.54%. Para *brucella canis* la seroprevalencia es de 5.8%, equivalente a 46 animales de las 795 muestras, siendo la red norte la más afectada con 7% y la red sur la que reporta menor prevalencia 4.1%. Adicionalmente en el estudio se establece un grupo denominado población canina callejera, con relación a *abortus* se evidencian, 37 animales positivos, indicando una prevalencia general de 4.7%. La seropositividad general en humanos es 0.4%, 5 personas de 1.307; donde la red norte presenta la mayor prevalencia relativa, 0.6%, puesto que 3 de los 5 sueros positivos corresponden a esta red y se detectan 2 personas positivas a *B. abortus*, correspondiente a una prevalencia de 0.2%, en las redes sur y sur occidente, con 1 caso cada una. El reporte no menciona la prueba serológica empleada en laboratorio.

Leptospirosis

Respecto a la leptospirosis, enfermedad infectocontagiosa que afecta en forma aguda y crónica a la mayoría de especies animales domésticas y silvestres, su incidencia y prevalencia no son conocidas con exactitud, situación potenciada por varios factores, dentro de lo que se destacan la sub notificación de casos debido a la presentación clínica como fiebre indiferenciada, o bien a formas clínicas típicas pero confundidas con otros diagnósticos como los de hepatitis, meningitis

asépticas (virales), neumonías atípicas, cuadros sépticos, entre otros, lo que evidencia la falta de desarrollo de técnicas que faciliten su diagnóstico y que permitan fortalecer el sistema de vigilancia, además de mostrar que el personal de Medicina General no conoce la enfermedad, teniéndola por una enfermedad selvática y el sistema de salud no dispone en el POS de este tipo de análisis especializados, situación compartida en el caso de Brucelosis por *canis*. El estudio hecho en Bogotá D.C., evidenció una prevalencia combinada de 73.6%, entre la cual el serovar *copenhageni* es el que mayor valor presenta con el 51.4%, mientras que el *hardjoprajitno* reporta la menor prevalencia, el 2.3% en la población canina. En los humanos, 18 de 36 muestras recolectadas en el Centro de Zoonosis son positivas, lo cual representa una prevalencia general del 50%. Los serovares encontrados en esta muestra fueron: *copenhageni*, *canicola*, *icterohaemorrhagiae*, *bratislava*, *australis*, *pomona*.

Toxoplasmosis

En relación con toxoplasmosis se realizó un estudio epidemiológico, con el objetivo de permitir un acercamiento inicial a la asociación entre un factor de riesgo y su efecto en humanos y caninos con títulos de anticuerpos contra *Toxoplasma gondii*. El trabajo procesó sueros humanos y caninos del banco de sueros de la Secretaría de Salud, incluyendo resultados de 1307 encuestas epidemiológicas, aplicadas previamente a cada propietario de predio (625 predios) además de muestrear serológicamente a cada encuestado; simultáneamente se aplicaron 795 encuestas a los encargados de los caninos habitantes en los predios. El trabajo arrojó una prevalencia puntual en humanos de 49.73%, Promedio de edad para mujeres positivas: 45.17 años (LC 95% 43.8-46.5), Promedio de edad para hombres: 42.4 años (LC 95% 39.98-44.9), prevalencia para predios con casos de humanos positivos: 68,96%, prevalencia para predios con casos de caninos positivos: 10,88% y prevalencia predios con casos de humanos y de caninos simultáneamente: 7,52%. Por otra parte de 795 sueros caninos procesados 76 (9,6%) resultaron positivos y 719 (90,4%) negativos, igualmente se encuentra asociación entre la seropositividad para Toxoplasmosis en caninos con la variable secreciones nasales, indicando que los caninos con síntomas de secreción nasal tiene 5.34 veces más de posibilidad de ser positivo que los que no tienen. Los resultados coinciden con lo descrito por otros autores especializados, los cuales indican que la toxoplasmosis es una enfermedad que está ampliamente distribuida a lo largo del mundo, y cuyas variaciones, al parecer dependen de las condiciones ambientales, hábitos culturales y especies animales con las que se convive.

Parasitismo Intestinal cruzado

El aumento en el número de animales de compañía en la ciudad, puede ser de un factor que potencie la generación de zoonosis; las excretas mal manejadas se consideran una importante fuente de contaminación de ambientes urbanos, respaldando esta afirmación se consultan los resultados de un estudio orientado a establecer la prevalencia de parásitos gastrointestinales en los caninos recolectados por el Centro de Zoonosis de Bogotá, de 650 muestras fecales, distribuidas proporcionalmente por localidades se observó positividad en 494 (76%), evidenciando principalmente huevos de *Ancylostoma caninum*, *Uncinaria stenocephala* en 355 muestras (71.9%), en 47 muestras (9.5%) presencia de huevos de *Toxocara canis*, en 9 (1.8%) presencia de huevos de *Dipylidium caninum*, 8 muestras (1.6%) quistes de *Giardia spp.* y 6 muestras (1.2%) o quistes de *Sarcocystis spp.*, lo cual permite inferir que los caninos libres pueden estar involucrados en la diseminación de helmintos y protozoarios relevantes en salud pública, en la ciudad. Otra patología parasitaria documentada es la toxocariasis, zoonosis causada por las

larvas de los nematodos *Toxocara canis* y *Toxocara cati*, que habitan en el intestino de perros y gatos; esta zoonosis fue estudiada durante el año 2000 evidenciando una prevalencia en los animales de 66,7%.

De manera complementaria, un estudio realizado en el año 2006, evidencia como el 94, 2% (46 parques) de un total de 49 parques donde se tomaron muestras de la tierra de áreas verdes, en la localidad de Suba, estaban contaminados con agentes parasitarios en condición viable, siendo identificados parásitos en 376 (55%) de 1078 muestras tomadas, se identificaron principalmente huevos de *Ancylostoma spp* (10,7%), larvas de *Ancylostoma spp* (0,6 %), huevos de *Toxocara spp* (5,4 %), huevos de *Strongyloides spp* (3,3 %), huevos de *Dipylidium spp* (0,1%) y o quistes de *Sarcocystis spp* 0,1%. Otros parásitos identificados fueron huevos de *Toxascaris spp* 0,9 %, huevos de *Spirocerca spp* 0,3 %, o quistes de *Isospora spp* 0,3 %. En este aparte hay que hacer claridad en el hecho de que se trata de parásitos intestinales de perros y gatos; que los huevos de *Strongyloides spp* tiene la capacidad de atravesar piel intacta, aún en humanos; que *Dipylidium spp* se transmite en los perros a través de las pulgas y que *Sarcocystis spp* e *Isospora spp* son protozoarios (coccidias) similares a la *Giardia spp*. Estos parásitos pueden contaminar al hombre generalmente por transmisión oral – fecal y son condiciones que pueden pasar desatendidas por los médicos humanos, desconociendo la posibilidad de enfermedad intestinal de origen zoonótico.

Llama especial atención un trabajo realizado en el año 2006, el cual evidencia una frecuencia de dirofilariasis (por *Dirofilaria immitis*) en caninos de Bogotá de 1%, cifra similar a la reportada en un estudio hecho por Aranda y Merizalde (1990); los autores advierten en los resultados que este tipo de trabajos han tomado pues la población objeto son caninos que se llevan regularmente a consulta, siendo necesario documentar el estado de este tipo de patologías en caninos sin dueño puesto que existe riesgo de transmisión al hombre, como huésped ocasional, al cual le puede causar nódulos pulmonares que se pueden confundir con neoplasias y poner en peligro su salud. El parásito es una filaria (gusano microscópico) que circula en el medio silvestre principalmente en micos y es transmitida por la picadura de varios tipos de mosquitos (*Aedes*, *Culex*, *Anopheles*, etc.) al hombre. Se encuentra actualmente en todos los pisos térmicos y está afectando con más frecuencia a perros, lo que aumenta el riesgo de ser transmitido a las personas.

Los estudios mencionados han permitido evidenciar como este tipo de enfermedades (zoonosis) se encuentran entre los animales y humanos de la ciudad; tal situación debe llamar la atención y por ende ser objeto de intervención por parte de las autoridades sanitarias, promoviendo la investigación, más aún cuando se dan las condiciones para que estas circulen.

Para el caso de algunas enfermedades transmitidas por vectores, aunque el Distrito Capital no tiene las condiciones eco epidemiológicas para la presencia y transmisión de estas, por tratarse de un área de flujo constante de población de muchos lugares del país hace que este tipo de eventos deban ser fortalecidos en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, máxime cuando en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), la definición de vector es amplia y se refiere a todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública.

En Bogotá, al igual que en muchas ciudades del mundo, los seres humanos compartimos espacios con animales sinantrópicos, dentro de los que se destacan los roedores plaga, tales como: *Rattus norvegicus* (rata de las alcantarillas o de noruega); *Rattus rattus* (rata de techo) y *Mus musculus* (ratón doméstico o casero) de importancia sanitaria; igualmente cohabitamos con una serie de insectos u otros animales que normalmente son portadores de agentes infecciosos que constituyen un riesgo para la salud pública los cuales se denominan desde el punto de visto técnico como “vectores”, entre ellos la mosca doméstica, pulgas, piojos y cucarachas, predominan generando un riesgo latente de presentación de múltiples enfermedades como el tifus o las rickettsiosis entre otras.

Tabla 3. Incidencia de zoonosis en seres humanos, Colombia años 2008 a 2011

AÑO			
Patología	Casos	Muertos	Tasa por 100.000
Leishmaniasis	9549	2	22,
Salmonelosis	2420		5,6
Brucelosis	3	0	0,
AÑO			
Enfermedad	Casos	Muertos	Tasa por 100.000
Leishmaniasis	12232	3	28,
Leptospirosis	1775	28	4,1
Salmonelosis	47	0	0,1
Rabia	2	2	0,0
Listeriosis	2	0	0,0
AÑO			
Enfermedad	Casos	Muertos	Tasa por 100.000
Leptospirosis	2354	63	5,4
Salmonelosis	683	0	1,5
Carbunco Bacteridiano	120	2	0,2
Rabia	3	3	0,
AÑO			
Enfermedad	Casos	Muertos	Tasa por 100.000
Leishmaniasis	8293	0	19,
Leptospirosis	2554	58	5,9

Fuente: Base de datos del Sistema mundial de información zoonosaria (WAHID) -

Versión: 1.2

Copyright © Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) 2009

Fecha de emisión Agosto 2012

COMUNIDAD Y GESTION DEL CONOCIMIENTO

En la actual sociedad del conocimiento se concede gran importancia a la gestión del mismo como capital principal del desarrollo social y cultural de tal manera que todo proceso que permita transferir los conocimientos, experiencias, informaciones y habilidades de una manera sistemática y eficiente de una persona o grupo de personas a otras personas pertenecientes a una misma

organización social, será el camino más expedito para lograr el empoderamiento de los grupos poblacionales frente a sus realidades pasadas, presentes y futuras. Es importante aclarar que las informaciones y habilidades no tienen por qué estar exclusivamente dentro de una única organización, sino que pueden estar o generarse generalmente fuera de ella. De esta manera, la generación y desarrollo de conocimiento debe contar necesariamente con la participación de los diferentes estamentos que viven y se desenvuelven dentro de un mismo territorio o realidad y por tanto las relaciones de participación y de percepción de esa realidad deben articularse y asociarse a manera de red de trabajo que haga factible la utilización de un conocimiento particular como herramienta para lograr comprender las relaciones existentes entre las poblaciones y el medio donde se desarrollan todas sus actividades.

REDES DE CONOCIMIENTO

Luna, M y Velasco, JL (2006) mencionan que las redes son un modo particular de coordinación social, es decir, se conciben como un modo específico de estructurar los conflictos, resolver los problemas y tomar las decisiones. La conformación de redes se distingue de otros modos de coordinación por su nivel de complejidad, derivado, entre otros elementos, de la heterogeneidad y diferenciación de los actores participantes, por lo que requiere un modo de coordinación con propiedades emergentes. También mencionan que son cuatro los mecanismos de integración que caracterizan este tipo de redes, a saber: la confianza mutua, la traducción, la negociación y la deliberación o la racionalidad deliberativa (elemento propio de las redes).

El desarrollo de redes de conocimiento en torno a la ciencia, la tecnología y la innovación, viene orientándose hacia temáticas específicas como la astronomía y las ciencias sociales (hacia temas como desarrollo productivo local, comportamientos en salud, ecología, etc.) y tienen como propósito convertirse en un punto de encuentro entre el desarrollo científico académico y el desarrollo tecnológico enfocado a la productividad. En el mismo sentido, las redes de cooperación se conforman como asociaciones de interesados que tienen un mismo objetivo y para lograrlo aúnan esfuerzos mediante colaboración y participación horizontal y mutua, en torno a un plan de acción. Algunos autores entienden las redes como sistemas integrados por agentes, recursos y actividades, centrándose en la caracterización de los diferentes actores participantes en la red, ya sean empresas (redes empresariales), instituciones u organizaciones (redes socio-institucionales).

CLASIFICACIÓN DE REDES SEGÚN SU TIPOLOGÍA

La tipología de las redes varía en función del criterio que se utilice para su clasificación. Existen, por lo menos, cuatro criterios que se pueden utilizar: ¿Quién se asocia?, ¿Para qué se asocian?, ¿Cuál es el ámbito de la asociación? y ¿Cuál es la naturaleza de la asociación?

Con relación a quién se asocia, los nodos de las redes pueden estar constituidos por individuos: profesores, investigadores, tecnólogos, gestores, etc. Pueden estar constituidos por grupos de investigación, y en tercer lugar por instituciones, centros de investigación y desarrollo, empresas y cualquier otro tipo de organizaciones. En relación con el objetivo de la asociación, se pueden considerar las redes de información y comunicación, las redes académicas, las redes temáticas, las redes de investigación, las redes de innovación y las redes de servicios tecnológicos. Las

redes de información y comunicación son transversales a todos los tipos de redes, pues permiten el flujo de conocimientos en forma permanente, más ágilmente que a través de publicaciones científicas y/o congresos. Las redes académicas suelen estar centradas en la educación superior y son espacios para la cooperación basados en la interacción y la realización de actividades conjuntas de Departamentos universitarios y profesores a través de la concreción de objetivos. Mientras que en las redes temáticas el interés común se centra en un tema científico, tecnológico o de gestión de la innovación y desarrollo y se sustenta en la adscripción de asociados que se identifican con ese tema. En las redes temáticas no suele haber un proyecto de investigación común, sino que su interés es el intercambio de información, de experiencias, incentivar la movilidad de investigadores, la capacitación y la transferencia de conocimientos y la generación de proyectos conjuntos de investigación.

Las redes de investigación, constituyen un tipo de red que está en plena expansión, a través de la cultura de cooperación de grupos de investigación y la existencia de instrumentos que favorecen la creación de este tipo de redes (ej. Programa CYTED en Iberoamérica). En este tipo de redes sí se presentan proyectos de investigación conjuntos y se comparten redes temáticas y en el que cada nodo de la red aporta complementariedad para la consecución de objetivos (complementariedad de capacidades y adecuado reparto de tareas). Las redes de investigación ayudan a revalorizar la colaboración de la producción de conocimiento y de tecnología, posibilita la transdisciplinariedad, colabora con la internacionalización de las comunidades científicas y permite abordar objetivos de innovación y desarrollo más amplios.

El tercer criterio para la clasificación de las redes se refiere al ámbito geográfico. Se pueden diferenciar redes nacionales, regionales e internacionales. Las redes nacionales constituyen uno de los mejores instrumentos para facilitar la coordinación de los grupos interesados y de las instituciones y para optimizar infraestructuras, además de mejorar el abordaje de temas científicos y tecnológicos de interés. El fomento de las redes nacionales no ha estado presente en los esquemas habituales de la financiación encausada a investigación y desarrollo en la mayoría de los países. Estos esquemas se han basado más en la cultura de la competitividad que en la cultura de la cooperación. Las redes regionales tienden también a generalizarse para potenciar los recursos existentes y mejorar la cohesión territorial. Con relación a la naturaleza de las redes, estas pueden ser formales e informales, ya sea que se haga a través de acuerdos, convenios o contratos con entes gubernamentales o de carácter interinstitucional o por programas de cooperación con Agencias y Organismos internacionales; o las redes informales que se basan en el acuerdo voluntario de los participantes sin que exista un marco formal explícito. La naturaleza de los asociados en las redes implica que estas puedan ser de organismos del sector público, privadas o mixtas. Con relación a la dimensión temporal, las redes pueden tener una vocación permanente o temporal en función de la naturaleza de los objetivos.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CONFORMACIÓN DE REDES

El éxito de las redes como instrumento para la cooperación se fundamenta en una serie de ventajas que se crean, dado su carácter de asociaciones flexibles y transitorias. También confieren un carácter más horizontal de participación y protagonismo de los actores, con lo cual se aúnan esfuerzos y se complementan capacidades, facilitando la transferencia de conocimiento a su interior. Financieramente también son más eficientes, pues dependen de recursos que son

aportados por cada uno de los actores para su funcionamiento y tienen amplias posibilidades de financiación externa por su positiva relación costo/beneficio. Otra de las ventajas asociadas a la conformación de redes es que a través de ellas las organizaciones pueden afrontar condiciones altamente complejas que en solitario no estarían en capacidad de afrontar de manera óptima.

También se han citado dificultades importantes a considerar en el diseño, construcción y operación de las redes, como son: la idoneidad de la red, donde se dé cuenta de una estructura organizada con objetivos y resultados planteados claramente. Excesiva amplitud y generalidad de los objetivos que pueden generar dispersión y atomización de actividades, reduciendo su eficacia. La excesiva heterogeneidad entre asociados, pues las redes tienen cierta elasticidad a las asimetrías, que si son demasiado pronunciadas se generan velocidades dobles y hay tendencia a la pérdida gradual del interés de los participantes, terminando con la disgregación de los nodos. El compromiso de los participantes, lo anterior aunado al posible incumplimiento de alguno de ellos, erosiona el interés y destruye espacios de cooperación que se pueden constituir sobre la base de la voluntad y el beneficio mutuo. Por tanto, este tipo de acciones deben ser medidos y analizados temporalmente durante su crecimiento y operación para identificar su evolución y de esta forma identificar el arraigo y la cohesión de la red o las posibles fricciones que pongan en peligro su estabilidad.

CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES

Algunos autores han planteado que la estructuración de redes requiere procesos de innovación, dado que no es un proceso en una sola dirección y que por el contrario, se retroalimenta de los diferentes pasos para la concepción final de las ideas. Las organizaciones deben apropiarse de capacidades dinámicas para lograr esa innovación: dinámicas de integración, reconfiguración de recursos y modelos de acción y de asignación de esos recursos para el despliegue de redes de colaboración y para renovar la forma de pensar la organización y las capacidades para conformar alianzas entre instituciones.

Existen redes horizontales y verticales. Una red horizontal es una modalidad de cooperación entre organizaciones independientes de tamaño comparable, que buscan un mismo fin y deciden agruparse para mejorarlo, adquirir conocimiento en conjunto, con invertir o dotarse de servicios comunes. De otra parte, una red vertical es aquella modalidad de cooperación que se sitúa en posiciones distintas y consecutivas en la red y se asocian para alcanzar ventajas competitivas que no podrían obtener de forma individual.

Según Head, citado por Sebastián J., las dinámicas de cooperación cambian al interior de las redes con el tiempo, es especial con el establecimiento de la confianza. Al comienzo se basan en la colaboración en proyectos específicos de plazos cortos, en los cuales se mantienen las identidades propias y se apuesta por cumplir las metas y objetivos individuales. Superar los sucesivos proyectos se convierte en la posibilidad de nuevas apuestas estratégicas para lograr segundas fases o nuevos proyectos a mediano plazo que generan procesos de cooperación más densos, da estabilidad a las redes y por lo general jalonan coordinaciones más ambiciosas que permitan su expansión. Dentro de este tipo de redes a menudo el gobierno es un agente dinamizador externo a partir de los recursos que aporta.

REDES ACADÉMICAS

Un ejemplo de red horizontal es el de las redes académicas, que tienen un amplio margen de aplicación en las universidades por la naturaleza misma de la institución como generadora de conocimiento. Así, podemos analizar las posibilidades que se tienen en departamentos de instituciones educativas, como el de vinculación, el cual normalmente se encarga de mantener contacto con empresas, gobierno e instituciones a fin de propiciar la colaboración en proyectos de investigación, desarrollo tecnológico y cultura. Una red de aprendizaje puede agrupar a todos los actores de estos proyectos y hacer más fácil la interacción, el trabajo en equipo, la divulgación de avances o resultados de investigación o proyectos académicos y la comunicación. Así como este ejemplo se pueden citar numerosos casos en los que se podría aplicar el concepto de red de aprendizaje colaborativo, incluso dentro de la misma institución, en cuerpos de investigadores o en academias por área de especialidad. Por evolución natural, estos grupos de cuerpos académicos trabajarán en un tiempo razonable, después de haber sido formados, en colaboración con otros grupos de otras instituciones, ya sea del país al que pertenecen o del extranjero, concepto que es compartido por Tejedor y García-Valcárcel (2012).

Lo importante en la creación de este tipo de redes es definir procedimientos –y llevarlos a cabo– que favorezcan la colaboración entre los investigadores para que se obtengan resultados oportunos y de un alcance mayor. El desarrollo de una red académica contiene aspectos que pueden ser abordados desde distintas perspectivas, como trabajo colaborativo, aprendizaje, difusión del conocimiento, desarrollo de software, ciencias computacionales y educación. Además, los sistemas informáticos para redes académicas hacen posible gestionar el conocimiento almacenado, contar con información detallada de proyectos, llevar un control de las citas y referencias de los investigadores, tener catálogos de proyectos e investigadores, lograr el trabajo colaborativo entre investigadores, compartir información y divulgar los resultados obtenidos en los proyectos.

CONSTRUCCIÓN DE AGENDAS DE INVESTIGACIÓN

La principal finalidad de las agendas de investigación es la de lograr la priorización de los temas y la consecuente identificación de los requerimientos de inversión, idealmente a través del consenso con distintos actores de las temáticas a tratar que se puede interpretar como el conjunto de investigaciones dentro de un determinado ámbito formado por una problemática específica, aunque sea abordada desde distintos referentes teóricos y que puedan determinar niveles de atención más concretos. Para el logro de la definición de la agenda, se deben tener en cuenta los distintos actores que participan de ella y dejar atrás el paradigma de enfoque de oferta, en el cual los investigadores y las instituciones de ciencia y tecnología son los que marcan la tendencia de la pauta sobre el qué investigar. También es importante aplicar el concepto de inteligencia tecnológica para definir las necesidades de investigación, establecer las estrategias y proyectos y aumentar la capacidad para la toma de decisiones. De acuerdo con Moctezuma y colaboradores (2013), es importante esclarecer las diferencias existentes entre la metodología de definición de agendas de Ciencia-Tecnología e Innovación tradicionales y las que deben primar en la actualidad, basados en el cambio que se ha dado en la generación del conocimiento científico (Tabla 1). Diferentes autores resaltan la importancia de la construcción de

agendas de investigación con la aplicación de la visión prospectiva, la cual se basa en cinco características: 1) Comunicación, 2) Concentración a largo plazo, 3) Coordinación, 4) Consenso y 5) Compromiso.

TABLA 1. Cambios en el Sistema de Investigación en Ciencia Tecnología e Innovación

CONCEPTO	ENFOQUE TRADICIONAL	NUEVO ENFOQUE
Prioridades en la investigación	Definidas por el investigador o la institución	Definidas por la demanda
Orientación de la investigación	Producción	Mercado
Resultados	Dirigidos no necesariamente al mercado	Para ser tomados por el mercado
Riesgos	Los intrínsecos a la investigación (mínimos)	Los relacionados con las variables de contexto (altos)
Protección a la investigación	Incipiente	Patentes y regalías
Incentivos económicos al investigador	No necesariamente ligados a los resultados de la investigación	Con base en los resultados de la investigación
Presupuesto	Público	Público/Privado con fondos concursales
Tiempo	Largo	Cortos y con rutas críticas más ajustadas
Clientela	Productores	Actores de la cadena

Fuente: Tomado de MOCTEZUMA, G, et al (2013) Plantaciones Forestales en el Trópico Húmedo. Su captación de demandas de investigación y de transferencia de Tecnología. Sexta Época. Año XVII. Volumen 33. Julio-Diciembre.

PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN

Tomando como ejemplo la metodología propuesta por el Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia en su aproximación a la construcción de Agendas de Investigación, en la que se abarcan cuatro grandes pasos: **1) Revisión Bibliográfica:** Se basa en la búsqueda exhaustiva de información de la problemática a tratar (memorias de congresos, investigaciones previas, planes y programas gubernamentales, etc.), que permita la contextualización del problema y nos de la línea de base y las necesidades de investigación de la misma. Permitirá identificar los temas abordados previamente y los que han estado desatendidos y

hacia los cuales se deben dirigir los esfuerzos y los recursos. **2)** Identificación de actores: Se deben identificar los investigadores, individuos, expertos temáticos, centros académicos y de desarrollo, agencias, etc., que desarrollan actividades relacionadas con la temática a investigar, para asegurar que se cuenta con la infraestructura y el talento humano para el desarrollo de la o las investigaciones. **3)** Talleres de discusión: Una vez identificados los actores y que estos han manifestado su interés en participar, es necesario agruparlos y enmarcarlos dentro de las temáticas y problemáticas que se tratarán en talleres de deliberación, consenso y legitimación, que permitan la obtención de información relevante sobre percepción, opinión y aportes respecto al tema, para así orientar la identificación de la agenda de temas de investigación. Se pueden agrupar en mesas de discusión alrededor de temáticas asignadas, resaltando problemas, productos y posibles soluciones. **4)** Identificación de posibles fuentes de financiación: Una vez definida la agenda, los proyectos para atender demandas, las alianzas para ejecutarlas y sus costos y tiempos, debe definirse una estrategia de financiamiento que seguramente debe involucrar una o más fuentes. Ej.: Fondos parafiscales, Presupuesto nacional, Ministerios, DNP, COLCIENCIAS, Sistema General de Regalías, Fondo de Ciencia y Tecnología, Agencias de Cooperación Internacional, entre otros (65).

LAS REDES Y LA SALUD AMBIENTAL – ENFERMEDADES DE ORIGEN ZOOTICO

Como habíamos visto arriba, la Salud Pública se define en términos generales como la observancia de normas de higiene de distinta índole que comprenden tanto la salud y el bienestar individual como medidas que se deben implementar para evitar la expansión de epidemias dentro de grupos humanos. Según Tulchinsky y Varavikova (en: Piedrola Gil, Medicina Preventiva y Salud Pública, Elsevier Masson 11ª. Ed. 2008) la Salud Pública en el siglo 21 es “un enfoque multidisciplinario para proteger y promover el estatus de salud de los individuos y de la sociedad mediante la provisión equilibrada a la población de servicios de control sanitario del medio ambiente y de promoción de la salud de forma coordinada con servicios curativos de rehabilitación y de cuidados a largo término”. Las acciones propias de los servicios de salud, dirigidas al fomento y defensa de la salud y prevención de la enfermedad, se acostumbra a clasificar en dos grandes grupos: **1)** según incidan sobre el medio ambiente (Protección de la salud), que están dirigidas al control sanitario del mismo, conocidas como actividades de saneamiento ambiental (vigilancia y control de la contaminación del agua, del aire y del suelo) y las actividades de control de la contaminación de los alimentos (control sanitario de los alimentos o alimentos sanos y seguros – inocuidad de los alimentos-); o **2)** las que incidan sobre el individuo (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), donde predominan los servicios de salud con actividades que tienen como objetivo el fomento y defensa de la salud (estilos de vida saludables) y la prevención de las enfermedades mediante actuaciones que inciden sobre las personas (atención primaria en salud).

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Es en el marco de las acciones de protección de la salud donde tienen relevancia todos los programas, planes y políticas que integren a la Salud Ambiental como eje fundamental y generador de la mayor parte de las enfermedades infecciosas que sufren los animales y el hombre. En la actualidad existen referentes que son vinculantes a las actividades de gobierno, como son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) promulgados por las Naciones Unidas en

2015 y que nos mueven hacia una visión integral del manejo de la salud de nuestros pueblos. A continuación se enumeran los 17 ODS, así:

1. Terminar con la pobreza en todas sus formas en todas partes.
2. Erradicar el hambre, alcanzar la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas las edades.
4. Asegurar una educación inclusiva, de calidad y equitativa y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Asegurar la disponibilidad y el manejo sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Garantizar el acceso a energía asequible, confiable, sostenible y moderna para todos.
8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir la desigualdad dentro y entre los países.
11. Hacer que las ciudades y asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Asegurar patrones de consumo y producción sostenibles.
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus impactos.
14. Conservar y utilizar de manera sostenible los océanos, mares y recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover el uso sostenible de ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, combatir la desertificación, detener y revertir la degradación de la tierra y frenar la pérdida de biodiversidad.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, proveer acceso a la justicia para todos y construir instituciones efectivas, responsables e inclusivas en todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de aplicación y revitalizar la alianza global para el desarrollo sostenible.

Cabe señalar que generar un desarrollo sostenible, implica tener en cuenta sus cuatro dimensiones, a saber: la sociedad, el medio ambiente, la cultura y la economía, que están interconectadas. Esto es, pensar en un futuro en donde las consideraciones ambientales, sociales y económicas, estén equilibradas en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Una sociedad próspera depende de un ambiente sano que provea alimentos y recursos, agua potable y aire limpio para sus ciudadanos (UNESCO. Educación para el desarrollo sostenible).

UNA SALUD

Como vimos arriba, otra concepción transversal e integradora de la Salud Pública es “UN MUNDO – UNA SALUD”, que subraya la toma de conciencia colectiva del vínculo existente entre las enfermedades animales y la salud pública. Es explicada como una estrategia para promover la colaboración, el trabajo, la distribución de responsabilidades, la coordinación de acciones globales y la comunicación entre todas las disciplinas relacionadas con la salud humana, la salud animal y la salud ambiental, incluidos los tomadores de decisiones, los políticos y el legislador, todos trabajando como una red de apoyo. En el mismo sentido la FAO (2010) enfatizó que su

labor en materia de salud animal se orientaría hacia el abordaje de las enfermedades infecciosas emergentes en la interfaz animal-ser humano- ecosistema. Igualmente reconoce que la sola ciencia no logra aportar todas las soluciones y que se necesitan mayores conocimientos científicos para comprender la complejidad de la emergencia de las enfermedades, su transmisibilidad y los sistemas ecológicos donde se mantienen y circulan. Además que también resulta de suma importancia abordar las dimensiones sociales y culturales de las sociedades en las cuales se entrecruzan los problemas relacionados con la producción animal, su salud y la de la vida silvestre, la de los seres humanos y la totalidad de los ecosistemas.

Ha quedado claro que la emergencia de las enfermedades infecciosas se ve impulsada por cambios ecosistémicos que se asocian con el crecimiento de la población humana mundial, el aumento de la demanda de proteína de origen animal, el consumo insostenible de los recursos naturales, la pérdida de la biodiversidad y la fragmentación del hábitat, los sistemas agrícolas intensivos y la presión a la que se han sometido todos los sistemas naturales (bosques, praderas, humedales, océanos, ríos), se traduce en la disminución de los servicios ecosistémicos, conduciendo a la aparición de enfermedades y al aumento de los riesgos para la salud de todas las especies incluidas en él: las plantas, la flora, la fauna silvestre y los seres humanos.

En resumen, lo anotado arriba se debe plasmar en actividades de educación tanto de los profesionales de la salud humana como animal, los estudiantes de estas disciplinas y la educación comunitaria (con base en los principio de Atención Primaria Ambiental), apoyados en los conocimientos y desarrollo de información científica de la salud ambiental y la salud pública, para lograr una adecuada comunicación del riesgo relacionado con la transmisión de enfermedades y sus condicionantes naturales. Todo esto sustentado por sistemas de vigilancia basados en el desarrollo de nuevos sistemas de detección de enfermedades y tratamientos novedosos para las mismas o la adecuada utilización de aquellos que están en uso en la actualidad con oportunidad. Y como lo anotamos antes, con el apoyo y la participación de los gobiernos, los tomadores de decisiones y los políticos.

SALUD AMBIENTAL Y PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

Con la implementación del CONPES 3550 de 2008, se establece que la Salud Ambiental se define de manera general como el área de las ciencias que trata de la interacción y los efectos que, para la salud humana, representa el medio en el que habitan las personas. De acuerdo con esto los componentes principales de la salud ambiental tienen un carácter interdisciplinario, multicausal, pluriconceptual y dinámico, y se imbrican mutuamente, en una relación dialéctica.

La Política Integral de Salud Ambiental – PISA creada en el Plan de Gobierno 2010 – 2014 y definido por el documento CONPES 3550/2008 para el sector salud, representa el fortalecimiento del ejercicio de la rectoría por parte del Estado, al generar una visión amplia, con un enfoque de prevención primaria de factores ambientales y sanitarios, identificando prioridades con base en evidencias científicas y técnicas. El éxito requiere de alianzas, coaliciones y comunicación efectiva, y trabajar para establecer un ambiente organizacional, nacional e internacional que permita unir políticas y organizaciones.

En desarrollo de la política de salud ambiental, el Distrito Capital ha definido la salud ambiental

como el campo de acción de la salud pública, enmarcada en la interacción del ambiente y la salud, y en los efectos que las condiciones del ambiente tienen sobre la calidad de vida y la salud, individual y colectiva. Las condiciones ambientales se abordan como un determinante que genera un perfil de protección o deterioro de la salud humana.

El Plan decenal de Salud pública (PDSP 2012- 2021) fue adoptado mediante la Resolución No. 1841 de 2013 y es la carta de navegación en materia de salud pública para las instituciones públicas, los actores privados y las comunidades, planteando desafíos en materia de salud pública para Colombia. Su implementación exige el liderazgo de gobernaciones y alcaldías, puesto que requiere un intenso y dinámico trabajo transectorial; es decir, su puesta en marcha demanda la unión de esfuerzos, voluntades políticas, cooperación transectorial, experticias, recursos y decisiones, con el fin de garantizar que las intervenciones en favor de la salud pública se lleven a cabo.

El diseño estratégico del Plan Decenal de Salud Pública tiene ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales:

1. Salud ambiental.
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles.
3. Convivencia social y salud mental.
4. Seguridad alimentaria y nutricional.
5. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles.
7. Salud pública en emergencias y desastres.
8. Salud y ámbito laboral.

Las dos dimensiones transversales se refieren a las competencias del Estado y buscan promover la acción transectorial para impulsar la corresponsabilidad de todos los sectores y actores y así afectar positivamente los determinantes sociales de la salud. Estas son:

1. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.
2. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Las Líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública son:

1. Promoción de la salud.
2. Gestión del riesgo en salud.
3. Gestión de la salud pública.

Al generarse el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, se crea la oportunidad para hacer un nuevo llamado al abordaje intersectorial de la Salud Ambiental, con la definición de esta como una “dimensión que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de un conjunto de políticas transectoriales y la transformación positiva de determinantes sociales, sanitarios y ambientales de la salud”, pasando a hacerse explícito en una meta del Plan Decenal, la formulación, aprobación y divulgación de la Política Integral de Salud Ambiental – PISA.

La Dimensión de Salud Ambiental del PDSP 2012- 2021 tiene dos componentes para el cumplimiento de los objetivos propuestos, a saber: Hábitat saludable y Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales. El primer componente, Hábitat saludable, tiene como objetivos de intervención, todo lo relacionado con los determinantes Sociales de la Salud involucrados alrededor de entornos cotidianos: vivienda, entornos educativos, entornos comunitarios saludables, entornos de trabajo y ecosistemas estratégicos saludables. Siendo sus objetivos específicos garantizar el acceso a agua potable, aire limpio, seguridad química, producción limpia, protección de ecosistemas vulnerables, terminales portuarias y riesgo biológico asociado a presencia de vectores y tenencia de animales de producción, de compañía y silvestres. El segundo componente, Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales, trabaja con base en las acciones que permitan incidir situaciones de interés en salud pública, relacionadas con riegos, factores y daños de orden social, sanitario y ambiental, que permitan modificar la carga ambiental de las enfermedades. Sus objetivos principales están orientados a los eventos de interés en salud pública relacionados con factores ambientales y su generación de carga de enfermedad en la población (para lo cual se requerirá de estudios adecuados de prevalencia, incidencia y prospectivos) y la identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud provenientes de factores ambientales.

Dentro de las metas y estrategias de este segundo componente, se debe destacar la intención de contar con estudios de la carga ambiental de enfermedad y costos en salud de los eventos priorizados relacionados con el agua, el aire, el saneamiento básico, la seguridad química, el riesgo biológico y tecnológico, dentro del ámbito territorial. Propone como meta y estrategia la gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública dentro del territorio nacional y mantener coberturas de vacunación útiles para las zoonosis de interés que sean inmunoprevenibles. La estrategia de Gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública, implica la gestión intersectorial, educativa y de participación social y comunitaria, con el propósito de generar corresponsabilidad social en la tenencia de animales de compañía y producción y la protección de ecosistemas de fauna silvestre; así como fortalecer la prevención, detección oportuna y control de las enfermedades de origen zoonótico. Por otra parte, al establecer la estrategia de la promoción de la Investigación para la salud ambiental, se impulsa la construcción de redes de conocimiento, a partir de líneas de acción en ciencia, tecnología e innovación, conformadas por el sector público, privado, académico y comunitario, orientadas a generar información y conocimiento que permitan dar respuesta a las necesidades en salud ambiental. De igual manera, se tiene como estrategia el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública e inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información de la carga ambiental de la enfermedad, incluyendo la vigilancia y análisis de la morbimortalidad, agentes etiológicos, factores de riesgo, entomología, reservorios y poblaciones silvestres, que permitan predecir, focalizar, estratificar y organizar la respuesta sectorial e intersectorial para la detección, prevención y control de las situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales y zoonosis.

PROGRAMA NACIONAL INTEGRAL E INTEGRADO DE ZONOSIS DE COLOMBIA

El PNIIZ es una propuesta que surge de la iniciativa de la Subdirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2014 y publicado en 2016; a partir de este ejercicio se reconoce la necesidad de trabajar en una mesa conjunta e integrar conceptos para

redirigir acciones que vinculen a los sectores involucrados: Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural entre otros, con el propósito de proteger y conservar el medio ambiente en pro de la interfaz ecosistema – humano - animal a través de estrategias que contribuyan a la intersectorialidad en el marco de las competencias institucionales y de la corresponsabilidad de la comunidad. Las zoonosis denominadas emergentes y re-emergentes, en especial aquellas transmitidas por vectores han venido llamando la atención de las autoridades sanitarias y de los investigadores en salud humana y animal debido al aumento de factores como el cambio climático, la migración, la urbanización, el mayor contacto con animales silvestres y el desplazamiento forzado, que han hecho que la epidemiología de las enfermedades cambie constantemente, generando mayores grados de vulnerabilidad.

En el desarrollo de este programa se menciona que el comportamiento de las zoonosis en Colombia en el siglo XXI, no puede ser estimada con precisión porque el panorama está caracterizado por: baja notificación de casos humanos de zoonosis, falta de una política de salud pública veterinaria, una legislación débil y no actualizada, un sistema de vigilancia epidemiológica fragmentado y la falta de una red de laboratorios de diagnóstico, por lo que se requiere redefinir los conceptos, estrategias y formas de operar que por años se han venido implementando en esta materia. Así, se diseña este programa que responde a las necesidades actuales de un país en transición demográfica y epidemiológica, en vía de desarrollo y con fuertes cambios desde el punto de vista social, ambiental, sanitario y zoonosanitario, coherente con los enfoques actuales a los que está orientada la salud pública, el desarrollo sostenible y ambiental y las políticas de salud animal en el presente; razón por la cual el proceso no está centrado únicamente en aquellos factores biológicos que causan enfermedad, sino que interviene los determinantes del orden estructural, intermedio y proximal y provee un enfoque de riesgos en toda la cadena.

Como parte inicial de la elaboración del PNIIZ, se recomienda que en los territorios se realicen ejercicios de priorización de zoonosis, contando con el aval de los Consejos Locales de Zoonosis y con base en las fuentes de datos y expertos locales, empleando los Análisis de Situación en Salud (ASIS) y los datos generados por la comunidad científica local, además de los ejercicios de priorización previos. Para tal fin se deben adoptar y adaptar los siguientes criterios que les permitirán poder adelantar estas acciones:

- a) Letalidad (Virulencia y mortalidad).
- b) Morbilidad (prevalencia e incidencia).
- c) Velocidad de propagación.
- d) Capacidad diagnóstica.
- e) Capacidad de respuesta.
- f) Posibilidad de tratamiento de la enfermedad.
- g) Caracterización de la enfermedad en el país.
- h) Riesgo de ingreso al país.
- i) Impacto ambiental.
- j) Impacto económico.
- k) Disponibilidad de alimentos.
- l) Compromisos internacionales.
- m) Repercusión internacional.

n) Riesgo por consumo de alimentos.

Se resalta la necesidad de que el sector académico apoye técnicamente a las direcciones territoriales de salud con los ejercicios de priorización, estableciendo un listado de zoonosis de alta, media y baja prioridad con criterios objetivos, transparentes y reproducibles. En 2013 la gripe A (H1N1) fue la zoonosis más importante y la rabia, la leptospirosis, la brucelosis y la toxoplasmosis fueron consideradas como enfermedades prioritarias tanto por expertos como por trabajadores expuestos.

REDES ACADÉMICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PNIIZ EN BOGOTÁ D.C.

Existen varios instrumentos de política distrital que promueven la necesidad de buscar nuevas herramientas que permitan acercar nuevos y mejores conocimientos en torno a la salud ambiental y sus determinantes. La primera de ellas es el Plan de Gobierno Bogotá Mejor para Todos (Recuperemos Bogotá) 2016 – 2020. Bajo el liderazgo del Distrito y con una fuerte participación de las comunidades usuarias, el gobierno distrital manifiesta la importancia del cuidado del medio ambiente y resalta que la sostenibilidad ambiental impacta aspectos clave del desarrollo humano. Este objetivo se ve expresado en el Tercer Eje Transversal: Sostenibilidad Ambiental basada en la eficiencia Energética. Punto 4.6.2. Ambiente sano para la equidad y el disfrute, además de promover el bienestar y la protección animal, se garantizaría la posibilidad de disminuir los riesgos biológicos presentes en el ambiente de la ciudad, articulado directamente con el Programa Atención Integral y eficiente en Salud, descrito dentro del Plan Territorial de Salud y que busca integrar el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la prestación de servicios individuales. Estos aspectos mencionados se entrelazan con los objetivos y criterios descritos en el Plan Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011 – 2023 (Decreto 596 de 2011) en el marco de los diferentes programas de Vigilancia Sanitaria, Entornos Saludables y Gestión Sanitaria y Ambiental y en particular con la Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico que busca el control de la presencia de las enfermedades transmisibles de origen animal a los humanos, generados por una tenencia inadecuada de animales, incluyendo el tráfico y la comercialización de fauna silvestre, que puedan representar riesgo para la salud pública y el bienestar animal. Adicionalmente, dentro de los ejes temáticos de este decreto se incluye la “Investigación y Gestión del Conocimiento sobre eventos que potencialmente pueden afectar la salud pública y la sanidad animal en el Distrito Capital”. Con todo, es claro que el eje fundamental e integrador es la Promoción de Entornos Ambientalmente Saludables, para entender e intervenir los problemas que amenazan la salud integral de las personas, familias y comunidades, al mejorar las condiciones del entorno y los ecosistemas y culturizar a la población fortaleciendo las conductas de protección del ambiente y la salud. Para lograr la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se necesita de la participación intersectorial y de los diferentes actores relacionados con la identificación de necesidades a través de la gestión del conocimiento y la gestión integral del riesgo, que posibiliten el desarrollo de procesos de investigación y transferencia de alternativas para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población, además de la capacidad para identificar los posibles daños que se puedan generar por exposición a determinantes socio-ambientales que se producen y reproducen tanto biológica como socialmente a las personas.

En el marco de la política de Ciencia Tecnología e Innovación establecida en la Ley 1286 de

2009, el núcleo o unidad básica del Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación es el “Grupo de Investigación”, desde el cual se da la generación de conocimiento a partir de la investigación y se define como el conjunto de personas que se reúnen para realizar investigación en una temática dada, formulan uno o varios problemas de su interés y trazan un plan estratégico de largo o mediano plazo para trabajar en él y producir unos resultados de conocimiento sobre el tema en cuestión.

Durante décadas se ha hablado del aislamiento en el que se desarrolla el quehacer académico de la educación superior respecto de la realidad que vive la sociedad, por lo que resulta necesario acercar las industrias y el estado a las universidades para que estas puedan participar en el proceso de creación del conocimiento y de riqueza de manera cotidiana, e identificar las brechas que dificultan la cooperación entre las instituciones de educación superior y organizaciones externas. Se necesita actualizar las políticas públicas que promuevan estos cambios, partiendo de un análisis de las existentes, con sus fortalezas y debilidades. Bogotá concentra el mayor número de instituciones de educación superior y red de laboratorios, lo que genera sinergias y fortalezas para el desarrollo de redes de investigación en salud ambiental y enfermedades transmisibles y en particular las de origen zoonótico, de tal manera que se constituyen en fortalezas locales para organizar el conocimiento. Podemos ver que esta posibilidad se refleja en la promulgación del Plan de Ciencia – Tecnología e Innovación Bogotá D.C. 2007 – 2019, para el desarrollo social en un medio complejo que exige manejos y tratamientos muy diversos promoviendo acciones que mejoren la calidad de vida de la población, de tal manera que los métodos y tiempos de investigación en los momentos actuales se adapten a las necesidades de los técnicos o políticos que implementan acciones y políticas. Así, se puede observar en los diferentes ejes, programas y temas descritos:

Eje A: Investigación, Innovación y desarrollo tecnológico. Programa 1: Investigación sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales de las condiciones de vida de la población. Temas: Seguridad humana, salud y calidad de vida, equidad, géneros y grupos poblacionales, ambiente, cultura, actividad física, recreación y deporte.

Eje B: Formación y promoción del espíritu científico, innovador y del conocimiento y habilidades de la población. Programa 1: Apropiación social del conocimiento científico, tecnológico e innovador. Temas: Producción y publicación de materiales educativos; Difusión y aplicación de resultados de investigaciones científicas y tecnológicas; Desarrollo de espíritu científico y pensamiento innovador; Conformación y fortalecimiento de centros de investigación y desarrollo tecnológico, redes, organizaciones sociales y culturales para la gestión de conocimiento e innovación.

Eje C: Desarrollo tecnológico sostenible e innovación y modernización de las actividades productivas de la ciudad región. Programa 2: Transferencia de tecnología, alianzas estratégicas, articulación interinstitucional y enlaces tecnológicos. Temas: Conformación de la Red Tripartita Universidad - Empresa – Estado; Incorporación de las TIC para la innovación y la generación de una economía de alto valor agregado; entre otros temas.

Adicionalmente, este proceso propuesto se ve fortalecido por la conformación de la Comisión Distrital de Ciencia – Tecnología e Innovación a través del Acuerdo Distrital 146 de 2005 en el

cual tienen asiento las entidades la Administración Distrital y Hacienda, las entidades relacionadas con la administración de la Salud y el manejo Ambiental y la Educación, El Jardín Botánico, Las Empresas de Servicios Públicos de Bogotá, la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia ACAC, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Investigación de recursos biológicos Alexander Von Humboldt, los Rectores de la Universidades Públicas presentes en el Distrito Capital, el Sena, las Universidades Privadas reunidas en ASCUN, la Cámara de Comercio de Bogotá y el Centro Interactivo de Ciencia y Tecnología Maloka.

CONFORMACIÓN DE LA RED

Con fundamento en el Plan de Gobierno Todos por un Nuevo País 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015) y la aplicación de los objetivos 5 y 6, relacionados con la generación de “Ciudades Amables y Sostenibles para la Equidad”, a través de la articulación de los sectores de vivienda, agua potable y saneamiento básico y el apoyo a frente a los riesgos que afectan el bienestar de la población y los mecanismos para la protección de las condiciones de vida de las personas, se requiere un trabajo conjunto del estado y la población, así como de un enfoque interdisciplinario desde los distintos ejes de la política y desde las perspectivas de los entornos familiares, comunitarios y regionales, la comunidad científica, la red de expertos, los diferentes grupos de investigación, la red de información y la red de observatorios locales, articulando los múltiples actores identificados e incluyendo al Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación y a otros posibles aliados estratégicos nacionales o internacionales para la recuperación y análisis de fuentes de información secundarias y los resultados trabajos relacionados, a fin de conformar una propuesta a nivel Distrital, encabezada por la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de Ambiente Distrital y a nivel país con la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social y poner en marcha una nueva corriente de investigación relativa a salud animal – salud humana - salud ambiental y sus determinantes.

FUNCIONES DE LA RED DISTRITAL DE INVESTIGACIÓN INTEGRAL Y COOPERACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN ZONOTICO:

1. Definir su organización, estructura y funcionamiento de acuerdo con la normativa Distrital dispuesta para tal fin, contando con la rectoría de la Secretaría Distrital de Salud (Decreto 546 de 2007)
2. Participar activamente en el proceso de priorización de zoonosis de acuerdo con la directriz generada desde el PNIIZ, con el fin de actualizar la agenda de investigación sobre estas enfermedades en el Distrito Capital.
3. Participar en el diseño, evaluación y realización de estudios de carga de enfermedades zoonóticas priorizadas para el Distrito Capital.
4. Participar en el diseño de Programas y Proyectos Distritales para la prevención y el control de las enfermedades zoonóticas prevalentes y que representen riesgo para la población que habita el territorio del Distrito Capital en el marco del modelo de Estrategia de Gestión Social Integral

(EGI) y su incorporación a las actividades de Inspección Vigilancia y Control de la Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico.

5. Participar como ente consultivo en el diseño de estudios, programas y proyectos de prevención y control de enfermedades zoonóticas dentro del esquema ciudad – región, teniendo en cuenta la circulación de este tipo de enfermedades provenientes del Departamento de Cundinamarca o cualquier otro Departamento con zoonosis prevalentes en su territorio.

6. Participar en las comisiones intersectoriales que tengan relación directa con el objeto y asuntos propios del cumplimiento de la Política de Salud Ambiental dispuestas dentro del Distrito Capital (CISPAER). En desarrollo de sus actividades podrá invitar a participar al sector privado y/o académico cuando sea requerido o desde Unidades Técnicas de Apoyo de carácter permanente.

7. Participar como ente consultivo para la evaluación y puesta en marcha de los procesos de participación comunitaria necesarios para la educación de la sociedad civil y las organizaciones en territorios, en temas relacionados con Salud Ambiental y estilos de vida saludables.

8. Participar en los espacios de coordinación con el sector público y privado, en lo referente a la prevención, mitigación y atención de calamidades, desastres y emergencias, dentro del modelo y normatividad de Gestión Integral del Riesgo.

9. Participar en el diseño e implementación de Programas de Gestión del Conocimiento dirigidos a los profesionales de la salud animal y humana en el concepto “UN MUNDO – UNA SALUD” y el reconocimiento, diagnóstico y notificación de enfermedades de origen zoonótico, partiendo del abordaje integral y el reconocimiento de determinantes sanitarios y ambientales como causa de la presentación de estas enfermedades tanto en los animales como en las personas, en la comunidad general, así como en la comunidad de profesionales de la salud, que pueda generar y derivar en enfermedad laboral.

10. Participar en la definición de competencias de cada sector representado en la red y en los comités intersectoriales para la implementación de la Política Ambiental y de los programas y proyectos para la prevención y control de las enfermedades de origen zoonótico, incluyendo aquellos relacionados con el Bienestar y la Protección animal, dado que el abandono o negligencia en la tenencia de animales pueden generar transmisión y contagio de enfermedades zoonóticas.

11. Participar activamente en el Consejo Territorial y el Consejo Nacional de Zoonosis y los Consejos Territorial y Nacional de Salud Ambiental, para la toma de decisiones oportunas y efectivas relacionadas con el desarrollo de la Política de Salud Ambiental del Distrito Capital en particular y de la Nación en general.

12. Participar activamente y como ente consultor en la reconfiguración de la Salud Pública del Distrito Capital, para la generación de programas más efectivos y comprensivos, partiendo de la Política de Salud Ambiental 2011 – 2023 contemplada en el Decreto 596 de 2011.

13. Fomentar la investigación para la generación de biológicos para el manejo de aquellas enfermedades de origen zoonótico que puedan ser inmunoprevenibles y que se diseñen de acuerdo con los organismos circulantes dentro del territorio del Distrito Capital (Ej. Leptospirosis cuya vacunación es serovar dependiente. Una vacuna general no genera protección cruzada entre diferentes serovares).

14. Participar activamente en la identificación de laboratorios tanto del sector privado como del sector académico y de la red pública para organizar la Red Distrital de Laboratorios y reglamentar su certificación y gestión, incluyendo el cumplimiento de Normas ISO, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas de laboratorios para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación de acuerdo con los dispuesto en el Decreto 2323 de 2006.

15. Participar como ente consultor para el mejoramiento y optimización del proceso de Salud Pública relacionado con el proyecto de Calidad del Agua en Acueductos Comunitarios de la Línea de Saneamiento Básico, en relación con la investigación, generación e incremento de pruebas para la identificación de bacterias y protozoarios de origen zoonótico presentes en el agua que surten estas entidades.

16. Promover la investigación y generación de pruebas de campo para la identificación de contaminación biológica en el desarrollo de la Inspección Vigilancia y Control ejercido por la Línea de Alimentos Sanos y Seguros dentro de las actividades de Salud Pública en el territorio del Distrito Capital.

3. JUSTIFICACIÓN

La apreciación de la salud como un todo en el que el bienestar del ser humano mantiene una dependencia de la salud y bienestar animal, toda vez que de estos depende su calidad nutricional desde el punto de vista del consumo de proteína y aún el bienestar psicológico gracias a la interacción humano-animal; la salud animal cuya calidad mantiene una dependencia absoluta de la calidad del ambiente donde vive, se alimenta y se reproduce y que depende a su vez de la comprensión que el hombre logre acerca de los diferentes factores que contribuyen a lograr que el potencial productivo de las poblaciones animales se manifieste; y la salud ambiental vista como la condición de los diferentes factores tales como aire, suelo y agua, donde se desarrollan todas las interacciones de los seres humanos, los animales y las plantas. Entender cada interfaz, como la conexión física y funcional entre dos sistemas independientes, nos permite entender las interdependencias que van a generar los diferentes eventos en salud que pueden afectar a cada uno de estos componentes y por ende a los individuos y aún a comunidades enteras. Es por estas complejidades e interdependencias de cada sistema humano, animal y ambiental que se requiere del conocimiento de múltiples disciplinas para lograr acercarse al entendimiento de cómo se comportan cada uno y entre sí.

El concepto más actual de Salud Pública es UNA SALUD, aceptado por la Organización Mundial de la Salud, la FAO y el Banco Mundial, es concebido como una estrategia global para incrementar la colaboración de diversas disciplinas científicas en todos los aspectos del cuidado de la salud humana, animal y del ambiente (Villamil). Es en este sentido que resulta necesario crear y fomentar la cultura y la estrategia de trabajo intra e interdisciplinar a manera de redes para la optimización de los recursos tanto humanos como económicos y la coordinación de las acciones encaminadas a la generación de mejores y más amplios conocimientos acerca de la

prevención de la aparición de enfermedades y de restauración de la salud cuando esta se ha perdido. Es contundente la declaración de Bonito (Brasil) durante el Primer encuentro Internacional de Salud Pública realizado allí en 2009: “no puede haber salud humana si no hay salud animal y ambas no pueden existir si el ambiente no es saludable, si está deteriorado, si no es sustentable”.

4. MARCO JURÍDICO

A. MARCO CONSTITUCIONAL

Constitución Política de Colombia

“Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.”

“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.”

“Artículo 79. Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano.”

“Artículo 95. Son deberes de la persona y el ciudadano.”

B. MARCO LEGAL

La LEY 9 DE 1979 CÓDIGO SANITARIO NACIONAL. **“Por la cual se dictan Medidas Sanitarias”** para la protección del Medio Ambiente, en relación con las condiciones sanitarias que afectan la salud humana y para la regulación, legalización y control de las descargas de residuos y materiales que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del Ambiente.

La LEY 715 DE 2001. **“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros.”** Establece las competencias y recursos fundamentales de la nación y las entidades territoriales en el sector salud y de salud pública en general y relacionadas con la gestión de la prevención, vigilancia y control de las zoonosis de interés en salud pública, en particular.

La LEY 769 DE 2002. **“Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones”** En el capítulo VI Artículo 97. Movilización de animales, especifica que: no deben dejarse animales sueltos en las vías públicas o con libre acceso a estas. Las autoridades tomarán las medidas necesarias para despejar las vías de animales abandonados, que serán conducidos al coso o se entregarán a asociaciones sin ánimo de lucro encargadas de su cuidado. Se crearán los cosos o depósitos animales en cada uno de los municipios del país y en el caso del distrito capital de Bogotá, uno en cada una de sus localidades.

“Parágrafo 10. El coso o depósito de animales será un inmueble dotado de los requisitos necesarios para el alojamiento adecuado de los animales que en él se mantengan. Este inmueble comprenderá una parte especializada en especies menores, otra para especies mayores y otra para fauna silvestre, esta última supervisada por la autoridad administrativa del recurso.”

“Parágrafo 20. Este inmueble se construirá previo concepto técnico de las juntas municipales defensoras de animales.”

“Nota: Para este parágrafo, tener en cuenta la ley 5 de 1972, por la cual se provee a la fundación y funcionamiento de juntas defensoras de animales.”

La LEY 746 DE 2002. **“Por la cual se regula la tenencia y registro de perros potencialmente peligrosos”**, Tiene por objeto regular la tenencia y registro de ejemplares caninos potencialmente peligrosos en las zonas urbanas y rurales del territorio nacional con el fin de proteger la integralidad de las personas, la salud pública y el bienestar del ejemplar canino.

Además existen normas Distritales que regulan la materia, especialmente las siguientes:

DECRETO 546 DE 2007: **“Por el cual se reglamentan la Comisiones Intersectoriales del Distrito Capital.”**

DECRETO 2350 DE 2004. **“Por el cual se establecen medidas de salud pública para la prevención y vigilancia de las enfermedades causadas por priones, prioritariamente de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt – Jakob (vCJ).”**

DECRETO 2323 DE 2006. **“Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 9 de 1979, en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones”**

DECRETO 3518 DE 2006. **“Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”**

DECRETO 2257 DE 1986. **“Por el cual se reglamentan parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 9 de 1979, en cuanto a Investigación, Prevención y Control de las Zoonosis.”**

DECRETO 596 DE 2011. **“Por medio del cual de adopta la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá 2011 – 2023.”**

DECRETO 242 DE 2015. **“Por el cual se adopta la Política Pública Distrital de Protección y Bienestar Animal 2014 – 2038 y se dictan otras disposiciones.”**

C. MARCO NORMATIVO

ACUERDO DISTRITAL 146 DE 2005. **“Por el cual se conforma la Comisión Distrital de Ciencia – Tecnología e Innovación.”**

RESOLUCIÓN 8430 DE 1993. **“Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.”**

RESOLUCIÓN 999 DE 2016. **“Por la cual se determinan los criterios para distribución y asignación de recursos de inversión del programa de enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis y de funcionamiento para los programas de prevención y control de tuberculosis y lepra.”**

RESOLUCIÓN 0240 DE 2014. **“Por medio del cual se establecen directrices en materia de**

prevención, Vigilancia y Control de Zoonosis en el Distrito Capital.”

RESOLUCIÓN 518 DE 2015. ***“Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.”***

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021. El cual busca la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud, generar un cambio en el enfoque de la gestión de la salud y mejorar las condiciones de vida y salud a través del fortalecimiento de la acción transectorial, la participación social, las alianzas público-privadas y el desarrollo de las capacidades humanas. La Dimensión - Salud Ambiental, esboza los lineamientos de política relacionados con la prevención de enfermedades de origen zoonótico y otros factores referentes a la Salud Ambiental.

PLAN DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO PARA BOGOTÁ D.C. 2015 – 2050.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA BOGOTÁ D.C. 2016 – 2020. Programa “Atención Integral y eficiente en Salud”, como parte del Pilar No. 1. Igualdad en Calidad de Vida.

PROGRAMA NACIONAL INTEGRAL E INTEGRADO DE ZONOSIS DE COLOMBIA - PNIIZ. Ministerio de Salud y Protección Social.

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI 2005), El cual tiene como objetivo prevenir y controlar la propagación de enfermedades infecciosas de interés en salud pública a nivel internacional, el cual comenzó a regir a partir del año 2007.

CÓDIGO SANITARIO PARA LOS ANIMALES TERRESTRES 2015, busca mejorar la sanidad y el bienestar animal al igual que la salud pública veterinaria en todo el mundo a través de textos normativos para garantizar el comercio internacional seguro de animales terrestres (mamíferos, aves y abejas) y de sus productos derivados.

AGENDA 2030 DE LA ONU PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE, la cual traza 17 Objetivos (ODS) con 169 metas de carácter integrado e indivisible que comprenden las esferas económicas, sociales y ambientales con el fin de que esta nueva estrategia rija los programas de desarrollo mundiales durante los próximos 15 años.

5. IMPACTO FISCAL.

Esta iniciativa se enmarca en lo dispuesto por el 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”***, que en su objetivo general y objetivos específicos, directrices, estrategias, programas, proyectos prioritarios que encontramos especialmente consagrados en el Artículo 68.

“Artículo 68. Asociación para Actividades Científicas y Tecnológicas. Se faculta al Alcalde Mayor para que autorice que el Distrito y sus entidades descentralizadas se asocien con otras entidades públicas o con particulares para adelantar actividades científicas y tecnológicas, proyectos de investigación y otros, con el fin de:

- a. Adelantar proyectos de investigación científica.
- b. Apoyar el fomento, el desarrollo y el financiamiento de empresas que incorporen innovaciones científicas o tecnológicas aplicables a la producción nacional, al aprovechamiento de los recursos naturales y el manejo del medio ambiente o el control de riesgos para la salud
- c. Organizar Centros Científicos y tecnológicos e incubadoras de empresas. Tercer Eje Transversal: Sostenibilidad Ambiental basada en la eficiencia Energética. Punto 4.6.2. Ambiente sano para la equidad y el disfrute.”

Por tanto, no puede afirmarse que esta iniciativa genera impacto fiscal toda vez que las acciones que propone este proyecto implican desarrollar los mandatos del Acuerdo 645 de 2016, **PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ D.C. 2016-2020, “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS”**.

Cordialmente,

EMEL ROJAS CASTILLO

Concejal de Bogotá

Grupo Significativo de Ciudadanos LIBRES Partido Alianza Verde

EDWARD ANIBAL ARIAS RUBIO

Concejal de Bogotá

REFERENCIAS DEL PROYECTO DE ACUERDO

1. Acero M; Muñoz M.M., Flórez A.C., Nicholls R.S. Seroprevalencia de anticuerpos con *Toxocara canis* y factores de riesgo en niños, Ciudad Bolívar, Bogotá 2000; *Biomédica (Bogotá)*; 21(3):256-263, sept. 2001.
2. Acuerdo Distrital 146 de 2005. Por el cual se conforma la Comisión Distrital de Ciencia – Tecnología e Innovación. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/Norma1/>.
3. Baena Y. Geodistribución de Especies de *Leishmania* sp. en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias. Carrera de Bacteriología. Bogotá D.C. 2013. Tesis de grado.
4. Buitrago D, Pachón H. Epidemiología de las Rickettsiosis, Una Revisión Narrativa. Aportes para la Vigilancia Epidemiológica. Medidas de presentación y factores asociados. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Sede Bogotá. Especialización en Epidemiología. Tesis de Grado 2008.
5. Carreño L. Prevalencia de Leptospirosis en Colombia; Revisión Sistemática de Literatura. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. Bogotá. Tesis de Grado. 2014.
6. Castillo V. Encuesta serológica sobre *Brucella canis* en pacientes atendidos en la Clínica para Pequeños animales de la Facultad de Medicina Veterinaria y de Zootecnia de la Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Veterinaria y de Zootecnia. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Tesis de pregrado. 2000.
7. Cediel N, Villamil LC, Romero J, Rentería L, De Meneghi D. Setting priorities for surveillance, prevention and control of zoonoses in Bogotá, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; Vol. 33(5): 316 – 24.

8. Centers for Disease Control and Prevention. Emergency Preparedness and Response. Bioterrorism Agents/Diseases. Disponible en: <https://www.emergency.cdc.gov/bioterrorism/index.asp>.
9. Cortés J, Gómez J, Silva P, et al. Guía de Atención Integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección toxoplasmosis en el embarazo. Asociación Colombiana de Infectología. Infectio 2012. Vol. 16 (4): 230-246. Disponible en: <https://www.elsevier.es/infectio>.
10. Damborg, P., Broens, E. M., Chomel, B. B., Guenther, S., Pasmans, F., Wagenaar, J. A.,...&Guardabassi, L. (2015). Bacterial zoonoses transmitted by household pets: state-of-the-art and future perspectives for targeted research and policy actions. Journal of comparative pathology. Citado en: PNIIZ – MSPS 2016.
11. Decreto 596 de 2011. Por medio del cual se adopta la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011 – 2023. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/Norma/>
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Encuesta nacional de calidad de vida. Resultados para Bogotá. 2010.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Secretaría Distrital de Planeación; Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá, Octubre 2011
14. Documento CONPES 3375. 2005. Política nacional de sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos para el sistema de medidas sanitarias y fitosanitarias.
15. Estepa JA. Panorama de las Zoonosis en Bogotá, abordajes para su monitoreo, prevención y control. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. Tesis de Grado M Sc. Bogotá 2013.
16. Estrada A. 2012. Lineamientos sectoriales construcción política integral - salud ambiental para todos. Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Promoción y Prevención Subdirección de Salud Ambiental Informe final CONPES 3550 de 2008. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/lineamientos-sectoriales-construccion-politica-integral-salud-ambiental-para-todos-.pdf>.
17. Estrategia PASE a la Equidad en Salud – Lineamientos Conceptuales. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas - Universidad Externado de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Estrategia%20PASE%20A%20la%20EQUIDAD%20EN%20SALUD/>
18. Fernández KP, Ulloa JC, Meneses M, Matiz LF, Gutiérrez MF. Norovirus, the principal cause of viral diarrhea in two regions of Colombia. Disponible en: https://www.javeriana.edu.co/universitas_scientiarum 2015, Vol. 20 (1) No. 107-115.
19. Flórez A, Pastrán S, Vargas N, et al. Cisticercosis en Colombia. Estudio de seroprevalencia 2008 – 2010. Revista Acta Neurológica Colombiana. Vol. 29 No. 2 Bogotá Abril/Junio 2013.
20. Franco E. Prevalencia y Factores Asociados a la Infección por Toxoplasma gondii en Carne Procedente de Plantas de Beneficio Animal con Destino Nacional. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. Bogotá. 2015. Tesis de Grado M Sc.
21. Fundación Vasca para la Seguridad Agroalimentaria. Listeria Monocytogenes. Marzo de 2006.
22. Gallego B ; Ortiz O. D ; Cortés, M; Gómez, C ; Melo, G; Baquero, G; Zapata, M; Burbano; Navarrete R. J; Ospina L.A. Seroprevalencia, Identificación de Factores de

Riesgo, Posibles Efectos en la Salud Humana y Recomendaciones de Intervención para la Brucelosis (humana y canina) y Leptospirosis (canina) en el Distrito Capital. Secretaría Distrital de Salud, 2006.

23. GLEAN – Global Leptospirosis Environmental Action Network. Disponible en: <https://sites.google.com/site/gleanlepto/home>

24. Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Leishmaniasis. Instituto Nacional de Salud – OPS – MSPS. Bogotá 2010.

25. Gutiérrez MF, Moreno S, Alvarado MV, Bermúdez A. Análisis filogenético de las cepas de rotavirus y virus de la hepatitis A encontradas en agua de consumo en el municipio de Quibdó, Chocó. Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud. Vol. 29, Núm. 2 (2009) ISSN 0120-4157.

26. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica # 52 25 Diciembre – 31. Diciembre/2016

27. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica # 19 07 Mayo – 13. Mayo/2017

28. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10 Versión: 2016. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icd10>. I Certain infectious and parasitic diseases.

29. Jancloes M, Bertherat E, et al. Towards a “One Health” Strategy against Leptospirosis. Disponible en: <https://planet-risk.org/index.php/pr/article/viewFile/94/185>

30. Jones K, Patel N, Levy M, Storeygard A, Balk D, Guittleman J, et al Global trends in emerging infectious diseases. 2007; 13(1): 6-11. Disponible: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7181/abs/nature06536.html>

31. Ley 1286 de 2009. Por el cual se modifica la Ley 29 de 1990, se transforma a Colciencias en Departamento Administrativo, se fortalece el Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación en Colombia y se dictan otras disposiciones.

32. Ley 1753 de 2015. Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un Nuevo País”. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co>

33. López G. Bioterrorismo: La Amenaza Verdadera. Presentación R.E.E.M.E. (Recursos educacionales en español para la Medicina de Emergencia). Disponible en: <https://www.reeme.arizona.edu/materials/Bioterrorismo1.pdf>

34. Luna M, Velasco J.L. Redes de Conocimiento: Principios de Coordinación y Mecanismos de Integración. En: Redes de Conocimiento: Construcción, Dinámica y Gestión. Mario Albornoz y Claudio Alfaraz Editores. 2006

35. Mesa F, Cárdenas J, Villamil LC. Las Encefalitis Equinas en la Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Departamento de Salud Animal. 2005 ISBN: 958-701-598-3

PROYECTO DE ACUERDO N° 121 DE 2019**PRIMER DEBATE****“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA LA RED DISTRITAL DE INVESTIGACIÓN INTEGRAL Y COOPERACION PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN ZONOTICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.**

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las otorgadas en la Constitución Política y en el Artículo 12, numeral 1º del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA:

Artículo 1º.- Créase la Red Distrital de Investigación Integral y Cooperación para la Prevención y el control de las enfermedades de origen zoonótico la cual tendrá las siguientes funciones:

1. Definir su organización, estructura y funcionamiento de acuerdo con la normativa Distrital dispuesta para tal fin, contando con la rectoría de la Secretaría Distrital de Salud (Decreto 546 de 2007)
2. Participar activamente en el proceso de priorización de zoonosis de acuerdo con la directriz generada desde el PNIIZ, con el fin de actualizar la agenda de investigación sobre estas enfermedades en el Distrito Capital.
3. Participar en el diseño, evaluación y realización de estudios de carga de enfermedades zoonóticas priorizadas para el Distrito Capital.
4. Participar en el diseño de Programas y Proyectos Distritales para la prevención y el control de las enfermedades zoonóticas prevalentes y que representen riesgo para la población que habita el territorio del Distrito Capital en el marco del modelo de Estrategia de Gestión Social Integral (EGI) y su incorporación a las actividades de Inspección Vigilancia y Control de la Línea de Eventos Transmisibles de Origen zoonótico.
5. Participar como ente consultivo en el diseño de estudios, programas y proyectos de prevención y control de enfermedades zoonóticas dentro del esquema ciudad – región, teniendo en cuenta la circulación de este tipo de enfermedades provenientes del Departamento de Cundinamarca o cualquier otro Departamento con zoonosis prevalentes en su territorio.
6. Participar en las comisiones intersectoriales que tengan relación directa con el objeto y asuntos propios del cumplimiento de la Política de Salud Ambiental dispuestas dentro del Distrito Capital (CISPAER). En desarrollo de sus actividades podrá invitar a participar al sector privado y/o académico cuando sea requerido o desde Unidades Técnicas de Apoyo de carácter permanente.
7. Participar como ente consultivo para la evaluación y puesta en marcha de los procesos de

participación comunitaria necesarios para la educación de la sociedad civil y las organizaciones en territorios, en temas relacionados con Salud Ambiental y estilos de vida saludables.

8. Participar en los espacios de coordinación con el sector público y privado, en lo referente a la prevención, mitigación y atención de calamidades, desastres y emergencias, dentro del modelo y normatividad de Gestión Integral del Riesgo.

9. Participar en el diseño e implementación de Programas de Gestión del Conocimiento dirigidos a los profesionales de la salud animal y humana en el concepto “UN MUNDO – UNA SALUD” y el reconocimiento, diagnóstico y notificación de enfermedades de origen zoonótico, partiendo del abordaje integral y el reconocimiento de determinantes sanitarios y ambientales como causa de la presentación de estas enfermedades tanto en los animales como en las personas, en la comunidad general, así como en la comunidad de profesionales de la salud, que pueda generar y derivar en enfermedad laboral.

10. Participar en la definición de competencias de cada sector representado en la red y en los comités intersectoriales para la implementación de la Política Ambiental y de los programas y proyectos para la prevención y control de las enfermedades de origen zoonótico, incluyendo aquellos relacionados con el Bienestar y la Protección animal, dado que el abandono o negligencia en la tenencia de animales pueden generar transmisión y contagio de enfermedades zoonóticas.

11. Participar activamente en el Consejo Territorial y el Consejo Nacional de Zoonosis y los Consejos Territorial y Nacional de Salud Ambiental, para la toma de decisiones oportunas y efectivas relacionadas con el desarrollo de la Política de Salud Ambiental del Distrito Capital en particular y de la Nación en general.

12. Participar activamente y como ente consultor en la reconfiguración de la Salud Pública del Distrito Capital, para la generación de programas más efectivos y comprensivos, partiendo de la Política de Salud Ambiental 2011 – 2023 contemplada en el Decreto 596 de 2011.

13. Fomentar la investigación para la generación de biológicos para el manejo de aquellas enfermedades de origen zoonótico que puedan ser inmunoprevenibles y que se diseñen de acuerdo con los organismos circulantes dentro del territorio del Distrito Capital (Ej. Leptospirosis cuya vacunación es serovar dependiente. Una vacuna general no genera protección cruzada entre diferentes serovares).

14. Participar activamente en la identificación de laboratorios tanto del sector privado como del sector académico y de la red pública para organizar la Red Distrital de Laboratorios y reglamentar su certificación y gestión, incluyendo el cumplimiento de Normas ISO, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas de laboratorios para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 2323 de 2006.

15. Participar como ente consultor para el mejoramiento y optimización del proceso de Salud Pública relacionado con el proyecto de Calidad del Agua en Acueductos Comunitarios de la Línea

de Saneamiento Básico, en relación con la investigación, generación e incremento de pruebas para la identificación de bacterias y protozoarios de origen zoonótico presentes en el agua que surten estas entidades.

16. Promover la investigación y generación de pruebas de campo para la identificación de contaminación biológica en el desarrollo de la Inspección Vigilancia y Control ejercido por la Línea de Alimentos Sanos y Seguros dentro de las actividades de Salud Pública en el territorio del Distrito Capital.

Artículo 2º.- La Secretaria Distrital de Salud realizará el diseño, implementación y desarrollo de la Red Distrital de Investigación Integral y Cooperación para la Prevención y el control de las enfermedades de origen zoonótico en Bogotá D.C.

Artículo 3º.- La Secretaria Distrital de Salud establecerá los criterios metodológicos, para que la Red Distrital de Investigación Integral y Cooperación para la Prevención y el control de las enfermedades de origen zoonótico, promueva, implemente y desarrolle sus acciones en las Alcaldías Locales del Distrito.

Artículo 4º.- Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

Dado en Bogotá, a los _____ días del mes de _____ de 2019

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 122 DE 2019

PRIMER DEBATE

"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE LA CÁTEDRA DE LA PAZ PARA BOGOTÁ"

MOTIVACIONES

*“Educar no es enseñar a vivir con nuestras verdades,
sino permitir a que se pueda vivir sin nuestras mentiras”*

Paulina Morato

1. ASPECTOS GENERALES.

La cultura de paz como mecanismo de transformación de país.

La construcción colectiva del orden social requiere revalorar el reconocimiento moral del individuo como base para la configuración de una ciudadanía deliberante y protagonista del desarrollo de la sociedad, todo ello en el marco de una civilidad moderna regida por la solidaridad, la tolerancia, el respeto a las diferencias y el cumplimiento de valores sociales propios de un Estado Social de Derecho, de ahí la necesidad de promover el análisis y la deliberación cada vez más colectivos sobre los propósitos y acciones transformadoras que han de desarrollarse en las diversas instancias y espacios de la sociedad, abarcando a la misma familia, a la escuela, al trabajo, al barrio y la comunidad, a la región y a la nación en su conjunto. Es obvio, entonces, que la Constitución de 1991 haya consagrado en los artículos 22 y 41, los cuales a la letra dicen, respectivamente: “La paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento” y “En todas las instituciones de educación, oficiales y privadas, serán obligatorios el estudio de la Constitución y la instrucción cívica. Así mismo, se fomentarán prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación ciudadana. El Estado divulgará la Constitución” Por ello, el país afronta el desafío de aprovechar la oportunidad de avanzar hacia un profundo análisis sobre los aspectos esenciales de su organización económica, política, social y cultural, con miras a su transformación y a la construcción de una sociedad más justa, incluyente y democrática.

La cultura de la paz, siguiendo las enseñanzas de la Unesco, *“consiste en un conjunto de valores, actitudes y conductas que plasman y producen a la vez, interacciones e intercambios sociales basados en principios de libertad, justicia, democracia, tolerancia y solidaridad, que rechazan la violencia y procuran prevenir los conflictos, tratando de atacar las causas y solucionar los problemas mediante el diálogo y la negociación, garantizando a todas las personas el pleno ejercicio de todos los derechos”*³. Por tal motivo, la cultura de la paz contribuye al proceso de reconstrucción de la sociedad y a la consolidación del proceso de paz.

En un sentido más amplio, la educación es uno de los medios fundamentales de una cultura para la paz. Y para que esta logre sus objetivos, es necesario ensamblarla al desarrollo humano sostenible, a los lineamientos pedagógicos que propicien el respeto de los derechos, a los planes de desarrollo, y a la justicia social.

La cultura de la paz debe contribuir al fortalecimiento de los procesos de democratización integral, del pluralismo político y la participación real de la sociedad civil, implementando sistemas educativos integrales que permitan introducir, en todos los niveles y sectores, los valores éticos que la sustentan, comenzando por la infancia y la formación de formadores.

³ <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001087/108719s.pdf>

De igual manera como en las instituciones educativas se propugna el conocimiento básico de las ciencias, las humanidades y otras disciplinas, es menester que la Cátedra de la Paz tenga un carácter obligatorio y el Estado garantice su funcionamiento y eficacia, procurando los recursos necesarios para tal efecto, pues si queremos que en una sociedad tan convulsionada como la nuestra, se posibilite y se viabilice la cultura de paz como mecanismo didáctico para la transformación de la realidad de una comunidad, debemos imponer la necesidad de crear en las personas el hábito de pensar en la paz, de asumir el deber de hacer la paz, de hablar sobre la necesidad de hacer la paz, de realizar actos de paz, de aprender a hacer la paz, de enseñar a hacer la paz, de hacer la paz y de preservarla con devoción.

Una cosa es acabar mediante negociaciones el conflicto que enfrenta a las partes en pugna, que altera la paz, desgarrar y destruye brutalmente la vida normal de las sociedades, y otra, es crear la cultura de paz para educar a la comunidad en el hábito de vivir en paz.

Debe superarse la cultura de la violencia mediante la educación, sin olvidar nuestra historia, así ha sido reconocido por la doctrina:

(...) la cultura de la violencia impregna todas las esferas de la actividad humana: la política, la religión, el arte, el deporte, la economía, la ideología, la ciencia, la educación... incluso lo simbólico, y siempre con la función de legitimar tanto la violencia directa como la estructural, y por supuesto, la guerra, buscando siempre razones y excusas para justificar el uso de la fuerza y la práctica de la destrucción, y normalmente en nombre de algo superior, ya sea un Dios o una ideología. La violencia cultural sirve también para paralizar a la gente, para infundirle el miedo, para hacerla impotente frente al mundo, para evitar que dé respuestas a las cosas que la oprimen o le producen sufrimiento. La educación para la paz, por tanto, ha de ser un esfuerzo capaz de contrarrestar estas tendencias y de consolidar una nueva manera de ver, entender y vivir el mundo, empezando por el propio ser y continuando con los demás, horizontalmente, formando red, dando confianza, seguridad y autoridad a las personas y a las sociedades, intercambiándose mutuamente, superando desconfianzas, ayudando a movilizarlas y a superar sus diferencias, asomándolas a la realidad del mundo para alcanzar una perspectiva global que después pueda ser compartida por el mayor número posible de personas. El reto de la educación y de la cultura de paz, por tanto, es el de dar responsabilidad a las personas para hacerlas protagonistas de su propia historia, y con instrumentos de transformación que no impliquen la destrucción u opresión ajena, y no transmitir intransigencia, odio y exclusión, puesto que ello siempre supondrá la anulación de nuestro propio proyecto de emancipación y desarrollo. Las propuestas de la educación para la paz, en suma, recogen un amplio conjunto de propuestas bien conocidas por la psicología y la educación pro-social, y que constituyen el antídoto de las conductas delincuenciales, violentas y anti-sociales (Uraa, 1997): afecto familiar, apoyo, autoestima, estimulación desde el entorno, motivación de logro, mayor grado de empatía y de interés por los demás, convivencia con normas, límites, patrones y valores; control de impulsos, desarrollo de la afectividad, educación en los ideales, en la apreciación de lo distinto, en la reflexión, en la utilización de la palabra como forma de resolver los problemas; aprender el sentido de aceptar las consecuencias de nuestros actos (o inhibiciones), de tomar conciencia de lo que es bueno y de lo que es inaceptable; educar en la comprensión empática, el razonamiento, la sensibilidad, la atención y la confianza, en interactuar con el entorno, a ser tolerantes, a dialogar, a ser dúctiles, a tener capacidad de autocritica, a saber perdonar, a ser creativos, a tener curiosidad por la Naturaleza, a no tener reparos en mostrar los sentimientos, a sonreír, a estar dispuestos para ayudar, a cuidar las amistades, a ser amables, altruistas y solidarios, en confiar en nosotros mismos, a razonar de forma objetiva, a admitir los problemas, el sufrimiento, las frustraciones y las limitaciones propias, a utilizar el pensamiento alternativo, a ser sinceros (con uno mismo y con los demás), a desarrollar el sentido del humor, a ser responsable, a no tener miedo a la libertad, a construir la propia

identidad sin excluir a los distintos, a preguntar y a preguntarse, a no imponer el criterio propio, a buscar un equilibrio entre la exigencia de derechos y los deberes.”⁴

La importancia de implementar la Catedra de Paz en el Distrito Capital

Las personas son el fin y el agente principal de los procesos, por lo anterior, el proyecto pedagógico se debe fundamentar, sobre la idea de poner en las manos de la comunidad educativa (Entendiendo la comunidad como: la integración de la totalidad de los agentes insertos y responsables de la formación de educandos) la gran decisión sobre el devenir del proyecto curricular de la ciudad Capital, por tal motivo, constituir la posibilidad de generar procesos que articulen la cultura de paz con los diseños pedagógicos de las diferentes instituciones educativas del Distrito, debe ser una de las necesidades centrales para que el proyecto de ciudad se articule de manera natural con las políticas nacionales, y fundamentalmente para que se vislumbre el camino hacia una didáctica en la cual se instaure el respeto a la diferencia como eje fundamental en pro de un nuevo país.

El colegio está estrechamente ligado a la sociedad a la que pertenece, se trasmite y se enriquece a través de la herencia de las ideas de una comunidad, de los procesos intrafamiliares, de los acumulados culturales de un pueblo, del acervo de los procesos del conocimiento, del enciclopedismo y de las políticas democráticas que en él se desarrollan y fortalecen. El análisis histórico, proporciona los instrumentos para la comprensión de la realidad actual y permite estrategias de cambio, con las cuales se encuentren actitudes y modos de hacer y así, en colectivo pensarnos una solución que posibilite un nuevo devenir.

Una de las responsabilidades formativas es educar para entender la diferencia que garantice un cambio de visión, donde lo fundamental sea reconocer a todas las personas por igual. Entonces educar para la no discriminación, supone acompañar al otro en su construcción de valores, como la justicia, la igualdad, la solidaridad en contra de la intolerancia y el escaso espíritu crítico hacia realidades injustas. La inclusión es una oportunidad para hallar rumbos que crucen transversalmente toda actividad humana en busca de un proyecto común: la armonía en la convivencia. Solo poniéndonos en *el lugar del otro* nos acercamos a la comprensión de la necesidad del respeto, como un deber ser y este es el espacio y el tiempo para hacerlo.

El aprendizaje es un fenómeno de transformación del sujeto, en la convivencia, en el aula, donde nos encontramos con un ser, que requiere una respuesta adecuada a sus necesidades específicas, dentro de un entorno social en el que las diferencias individuales sean respetadas, la diversidad de pensamiento y de acción se convierte en la consecuencia de esas distintas construcciones del mundo. Producto de modos de convivencia y modelos de producción diversos que se construyeron en contextos de tiempo, espacio y relaciones humanas particulares. Entonces, pretender que el otro sea igual a uno es el principio de la discriminación; una metodología que ubique lo propio de cada uno como guía de la práctica docente, que nos permita ver y conocer al ser único para elaborar respuestas específicas a sus necesidades.

La participación es una acción educativa integradora, que busca la inclusión en forma explícita, en dicha acción el currículo tiene que dejar de ser un camino y un construir preconcebido, para convertirse en una realización educativa integral pertinente, que posibilite la conformación del conocimiento necesario, que realice la inclusión diferenciada necesaria para que cada educando

⁴ Viçen Fisas, Educar para una cultura de paz, Titular de la Cátedra UNESCO per la Pau i Drets Humans de la UAB. Recurso electrónico disponible en http://www.izt.uam.mx/spring/wp-content/uploads/2013/11/Fisas_Educar-para-una-cultura-de-paz.pdf

establezca su proceso de desarrollo y que a la vez mejore las condiciones de todos los que participan en el proceso educativo.

Conocer es algo distinto a rotular, es un acto de explorar y encontrar acciones y palabras que a través de un proceso transformen y aporten a la construcción de una sintonía mínima y a la posibilidad máxima de hacer lo que hay que hacer en cada momento.

El punto de partida para un modelo educativo diferente es un cambio en el paradigma interaccionista, donde haya prácticas educativas para el desarrollo específico que favorezca el aprendizaje y la convivencia. Para esto debemos reorganizarnos, para cambiar la acción educativa como una ganancia en la formación de todos: niños, profesores, padres de familia, profesionales, etc. los que estamos aquí y ahora, porque el construir y defender lo social como único espacio donde se conforma lo humano.

El proyecto educativo institucional PEI, debe comprometerse con la inclusión y en forma coherente, sus propósitos institucionales, su pertinencia debe corresponder directamente con su práctica cotidiana. Una pedagogía para todos debe ser capaz de hacer dialogar la pedagogía con la ciencia, distanciándonos de un currículo producto de la revolución rígido y articulado, comprender los múltiples lenguajes que a diario surgen en las aulas y otros espacios educativos para repensar la práctica y en ese dialogo todos nos sintamos implicados en la creación de una cultura incluyente, abiertos a entender que siempre podemos aprender más de aquellos que les cuesta aprender, que les cuesta hablar, les cuesta caminar, la vida es mucho más que la razón. No se puede entender el desarrollo humano desde la orilla de lo individual, sino por la naturaleza de lo que somos, por tal motivo debe ser un desarrollo social y el desarrollo sicosocial de la persona, es tanto o más importante que el desarrollo cognitivo porque en el trabajo cooperativo el desarrollo del lenguaje, sicomotor, el dialogo, el respeto, la estima, autoriza a la participación como herramienta para desarrollar la construcción del conocimiento, entonces el bienestar individual, la felicidad subjetiva influye en la salud y el rendimiento académico; esto invita a la investigación de nuevos modelos pedagógicos.

la reflexión profunda de **nuestro hacer**, de las prácticas, los métodos y las relaciones con los saberes pedagógicos y científicos nos dará una nueva dimensión **del estar**, desligar los saberes para mirarlos no como un acto en la razón sino como un acto en la emoción a través de la conversación afirmando la inseparabilidad entre el vivir y el conocer; la interacción que permitan la construcción de didácticas que fortalezcan el sentido que debe tener la enseñanza para procurar y provocar el deseo por el conocimiento donde prevalezca el respeto y la armonía con el mundo natural y la dignidad humana.

Bogotá no ha sido ajena al conflicto armado colombiano, es así como el Observatorio Distrital de Víctimas ha reconocido públicamente que se han reportado 21950 hechos de violencia en el marco del conflicto armado en Bogotá, en los últimos 30 años además que en nuestra ciudad hay presencia de actores armados que afectan a localidades como Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe, Tunjuelito, Bosa y Kennedy.

Además el panorama del conflicto en Bogotá D. C. se sigue presentando es así como en estadísticas oficiales del Observatorio Distrital de Víctimas sobre el estado de las víctimas para el periodo 2012 – 2015 han ocurrido alrededor de 1.300 hechos victimizantes, reconocidos por la Unidad de Víctimas y aunque las víctimas en nuestra ciudad han disminuido de 511 caso a 364 casos en 2014⁵ se hace necesaria la implementación de la Catedra como aporte a la paz a través de la educación capitalina, así lo ha expresado la Doctrina:

⁵ Información suministrada Vía Web en <http://www.victimasbogota.gov.co/?q=IMPACTO-DEL-CONFLICTO-ARMADO-EN-BOGOTA>.

“Un tema o enseñanza clave para la vida es la paz o convivencia pacífica. El ser humano, social por naturaleza, necesita aprender a relacionarse con los demás. Se trata de una necesidad básica. El éxito de la vida radica en la consecución de la armonía consigo mismo, con los demás y con su medio ambiente. Vivimos, además, en una época bastante conflictiva, violenta, intolerante, injusta e inestable, con frecuentes y graves problemas de convivencia. La situación actual del mundo reclama una actuación escolar en este punto. Por eso, haciéndose eco de una exigencia profunda de nuestra sociedad, el currículo coloca entre los Temas Transversales “la Educación para la Paz”. Nos urge así la aplicación de una enseñanza que desarrolle, en nuestros alumnos, las actitudes y conductas más coherentes con la justicia, el respeto, la tolerancia, el diálogo y la resolución no violenta de los conflictos. Esta preocupación por la educación para la paz es anterior a la Reforma. Nace como consecuencia de la primera guerra mundial (educación para la comprensión internacional). Brota con nuevo vigor después de la segunda guerra mundial, con la creación de las Naciones Unidas y la UNESCO (educación para los derechos humanos y el desarme). En las décadas siguientes la educación para la paz se caracteriza por su sensibilidad a la no-violencia y la formación de las libertades (educación para la autonomía, la resolución de los conflictos de forma no violenta y la desobediencia ante las injusticias). A partir de los 60, la educación para la paz pone un énfasis especial en el desarrollo de los países del Tercer Mundo.”⁶

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.

De la investigación realizada a la red interna del Concejo, se pudo constatar que el presente Proyecto de Acuerdo no tiene antecedentes ni referentes que se pueden citar con anterioridad.

Considerando las motivaciones descritas anteriormente, la corresponsabilidad del Concejo de Bogotá con el desarrollo efectivo del Plan de Desarrollo de la ciudad, las leyes descritas y teniendo en cuenta la evidente necesidad que en el Distrito se fortalezca y armonicen los procesos educativos y pedagógicos con la Nación, y con el fin de precisar los parámetros y lineamientos mencionados, se presenta este proyecto de acuerdo.

3. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO.

Teniendo en cuenta el contexto de postconflicto y los esfuerzos del Estado Colombiano para garantizar una educación para la Paz, y como respuesta a las exigencias establecidas en la Ley Cátedra de la Paz, la cual busca “crear y consolidar un espacio para el aprendizaje, la reflexión y el dialogo sobre la cultura de la paz y el desarrollo sostenible” (Ley 1732, Parágrafo 4°) que contribuya al bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Me permito poner en consideración del Concejo de Bogotá D.C., el siguiente Proyecto de Acuerdo, el cual tiene como fundamento principal establecer en la Estructura Educativa del Distrito Capital, la adopción e implementación de la Cátedra de la Paz, a cargo de la Secretaria de Educación del Distrito Capital para las diferentes Instituciones Educativas del Distrito.

OBJETIVOS GENERALES

- Los objetivos fundamentales de la Cátedra de la Paz se erigen bajo el precepto de contribuir al aprendizaje, la reflexión y al diálogo.

⁶ Zurbano Díaz de Cerio, José Luis, Bases de una Educación para la Paz y la Convivencia. Recurso electrónico disponible en http://www.izt.uam.mx/spring/wp-content/uploads/2013/11/Zurbano_BASES_DE_UNA_EDUCACION_PARA_LA_PAZ_Y_LA_CONVIVENCIA.pdf

- Establecer la Cultura de la Paz como mecanismo para restablecer el sentido y vivencia de los valores ciudadanos, los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario, la participación democrática, la prevención de la violencia y la resolución pacífica de los conflictos.
- Fomentar la educación para la paz como vehículo para la apropiación de conocimientos y competencias ciudadanas para la convivencia pacífica, la participación democrática, la construcción de equidad, el respeto por la pluralidad, los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario;
- Fomentar la participación democrática equitativa
- Alcanzar a una población que con facilidad de a conocer, divulgue y participe de las decisiones entorno al tema de la cátedra de paz que se den el Distrito Capital.
- Potenciar, posibilitar y fortalecer la generación de mecanismos pedagógicos que recojan y establezcan la cultura de paz.
- Inclusión de la Cátedra de la Paz y Liderazgo Empresarial en las diferentes instituciones Educativas tanto publicas, como privadas.
- Reformar y/o modificar la estructura del PEI-Proyecto Educativo Institucional de cada institución.
- Construir Planes de estudio que respondan a la ley Cátedra de la Paz.
- Teniendo en cuenta que la comunidad educativa no cuenta con un diseño de inclusión de las cátedras de la paz y de emprendimiento, se hace necesario brindar asesorías y orientación a las instituciones educativas para la actualización y cumplimiento de la reglamentación educativa, que son de obligatorio cumplimiento.

1. MARCO JURÍDICO.

A. MARCO CONSTITUCIONAL

Artículo 1º. “La Constitución Política establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que lo integran y en la prevalencia del interés general.”

Artículo 2º. “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.”

Artículo 22º. “La paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento.”

Artículo 41º. “En todas las instituciones de educación, oficiales o privadas, serán obligatorios el estudio de la Constitución y la Instrucción Cívica. Así mismo se fomentarán prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación ciudadana. El Estado divulgará la Constitución.”

Artículo 67º. “La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos. Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo. La Nación y las entidades territoriales participarán en la dirección, financiación y administración de los servicios educativos estatales, en los términos que señalen la Constitución y la ley.”

Artículo 68º. “Parágrafo 3. (...)La enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica. La Ley garantiza la profesionalización y dignificación de la actividad docente “

Artículo 69º. “Se garantiza la autonomía universitaria. Las universidades podrán darse sus directivas y regístrese por sus propios estatutos, de acuerdo con La ley establecerá un régimen especial para las universidades del Estado. El Estado fortalecerá la investigación científica en las universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo. El Estado facilitará mecanismos financieros que hagan posible el acceso de todas las personas aptas a la educación superior.”

B. MARCO LEGAL.

Se relacionan dentro del marco legal, así:

Ley 115 de 1994: Por la cual se expide la ley general de educación.

“Artículo 5º.- De conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política, la educación se desarrollará atendiendo a los siguientes fines:

1. El pleno desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que le ponen los derechos de los demás y el orden jurídico, dentro de un proceso de formación integral, física, psíquica, intelectual, moral, espiritual, social, afectiva, ética, cívica y demás valores humanos.
2. La formación en el respeto a la vida y a los demás derechos humanos, a la paz, a los principios democráticos, de convivencia, pluralismo, justicia, solidaridad y equidad., así como en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad.
3. La formación para facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.
4. La formación en el respeto a la autoridad legítima y a la ley, a la cultura nacional, a la historia colombiana y a los símbolos patrios.

5. La adquisición y generación de los conocimientos científicos y técnicos más avanzados, humanísticos, históricos, sociales, geográficos, y estéticos, mediante la apropiación de hábitos intelectuales, adecuados para el desarrollo del saber.
6. El estudio y la comprensión crítica de la cultura nacional, y de la diversidad étnica y cultural del país, como fundamento de la unidad nacional y de su identidad.
7. El acceso al conocimiento, la ciencia, la técnica y demás bienes y valores de la cultura, el fomento de la investigación y el estímulo a la creación artística en sus diferentes manifestaciones.
8. La creación y el fomento de una conciencia de la soberanía nacional y para la práctica de la solidaridad y la integración con el mundo, en especial con Latinoamérica y el caribe.
9. El desarrollo de la capacidad crítica, reflexiva y analítica que fortalezca el avance científico, y tecnológico nacional, orientado con prioridad al mejoramiento cultural, y de la calidad de la vida de la población, a la participación en la búsqueda de alternativas de solución a los problemas y al progreso social y económico del país.
10. La adquisición de una conciencia para la conservación, protección y mejoramiento del medio ambiente, de la calidad de la vida, del uso racional de los recursos naturales, de la prevención de desastres, dentro de una cultura ecológica y del riesgo y de la defensa del patrimonio cultural de la nación.
11. La formación de la práctica del trabajo, mediante los conocimientos técnicos y habilidades, así como en la valoración del mismo como fundamento del desarrollo individual y social.
12. La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación el deporte y la utilización del tiempo libre, y
13. La promoción en la persona y en la sociedad de la capacidad para crear, investigar, adoptar la tecnología que se requiere en los procesos de desarrollo del país y le permita al educando ingresar al sector productivo.

“Artículo 14°.- Enseñanza obligatoria.

En todos los establecimientos oficiales o privados que ofrezcan educación formal es obligatorio en los niveles de la educación preescolar, básica y media, cumplir con:

(...)

d. “La educación para la justicia, la paz, la democracia, la solidaridad, la confraternidad, el cooperativismo y, en general, la formación de los valores humanos “

“Artículo 77°.- Autonomía escolar.

Dentro de los límites fijados por la presente ley y el proyecto educativo institucional, las instituciones de educación formal gozan de autonomía para organizar la áreas fundamentales de conocimientos definidas para cada nivel, introducir asignaturas optativas dentro de las áreas establecidas en la ley, adaptar algunas áreas a las necesidades y características

regionales, adoptar métodos de enseñanza y organizar actividades formativas culturales y deportivas dentro de los lineamientos que establezca el Ministerio de Educación Nacional.

PARRAFO. Las Secretarías de Educación departamentales o distritales o los organismos que hagan sus veces, serán las responsabilidades de la asesoría para el diseño y desarrollo del currículo de las instituciones educativas estatales de su jurisdicción, de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Ley 30 de 1992 por el cual se organiza el servicio público de la Educación Superior.

“Artículo 28°.- La autonomía universitaria consagrada en la Constitución Política de Colombia y de conformidad con la presente ley, reconoce a las universidades el derecho a darse y modificar sus estatutos, designar sus autoridades académicas y administrativas, crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir y organizar sus labores formativas, académicas, docentes, científicas y culturales, otorgar los títulos correspondientes, seleccionar a sus profesores, admitir a sus alumnos y adoptar sus correspondientes regímenes, y establecer, arbitrar y aplicar sus recursos para el cumplimiento de su misión social y de función institucional.”

Ley 1732 de 2014: Establece el carácter obligatorio de la Cátedra de la Paz en todas las instituciones educativas del país, y señala que el desarrollo de dicha asignatura se ceñirá a un pensum académico flexible, el cual será el punto de partida para que cada institución educativa lo adapte de acuerdo con las circunstancias académicas y de tiempo, modo y lugar que sean pertinentes.

“Artículo 1°. Con el fin de garantizar la creación y el fortalecimiento de una cultura de paz en Colombia, establézcase la Cátedra de la Paz en todas las instituciones educativas de preescolar, básica y media como una asignatura independiente.

Parágrafo 1°. En observancia del principio de autonomía universitaria, cada institución de educación superior desarrollará la Cátedra de la Paz, en concordancia con sus programas académicos y su modelo educativo.

Parágrafo 2°. La Cátedra de la Paz tendrá como objetivo crear y consolidar un espacio para el aprendizaje, la reflexión y el diálogo sobre la cultura de la paz y el desarrollo sostenible que contribuya al bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.”

Decreto 1038 de 2015: Por medio del cual se reglamenta la Ley 1732 de 2014 la Catedra de la Paz.

2. IMPACTO FISCAL.

Esta iniciativa se enmarca en lo dispuesto por el 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 MEJORA PARA TODOS que en su objetivo general y objetivos específicos, directrices, estrategias, programas, proyectos prioritarios que encontramos especialmente consagrados en el artículo 34:

Artículo 34. Equipo por la educación para el reencuentro, la reconciliación y la paz.
El objetivo de este programa es contribuir, a hacer equipo entre los docentes, directivos,

estudiantes, familias, sociedad civil, autoridades locales, sector productivo y comunidad para hacer de la educación pertinente y de calidad el eje central de la transformación y encuentro en la ciudad. Para ello, se aunaran esfuerzos con el objetivo de empoderar a actores y líderes del sector para adoptar a la construcción a una Bogotá en Paz y a la consolidación del proceso de aprendizaje de los estudiantes, mediante el desarrollo de competencias socio emocionales, el fortalecimiento de la participación, la convivencia, de la cultura ciudadana, y el mejoramiento del clima escolar y de aula y de entornos escolares para la vida.

Por tanto, no puede afirmarse que esta iniciativa genera impacto fiscal toda vez que las acciones que propone este proyecto implican desarrollar los mandatos del Acuerdo 645 de 2016, PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ D.C. 2016-2020, BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS.

Cordialmente,

EMEL ROJAS CASTILLO
Concejal de Bogotá
Grupo Significativo de Ciudadanos LIBRES

ROBERTO HINESTROSA REY
Concejal de Bogotá
Cambio Radical

JOSÉ DAVID CASTELLANOS
Concejal de Bogotá
Cambio Radical

PROYECTO DE ACUERDO N° 122 DE 2019**PRIMER DEBATE****"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE LA CÁTEDRA DE LA PAZ PARA BOGOTÁ"****EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.**

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las otorgadas en la Constitución Política y en el Artículo 12, numeral 1º del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA:

Artículo 1º.- Establézcase para Bogotá D. C. la catedra de la paz como mecanismo efectivo para la construcción de una cultura de paz en todas las instituciones educativas oficiales y privadas de preescolar, básica y media como una asignatura obligatoria e independiente.

Artículo 2º.- Promover la catedra de la paz en las instituciones de educación superior en el marco de la Administración Distrital y autonomía universitaria.

Artículo 3º.- La catedra de la paz del Distrito Capital desarrollará por lo menos dos (2) temas de los establecidos por el artículo 4 Decreto Nacional 1038 de 2015 consistentes en:

- a) Justicia y Derechos Humanos;
- b) Uso sostenible de los recursos naturales;
- c) Protección de las riquezas culturales y naturales de la Nación.;
- d) Resolución pacífica de conflictos;
- e) Prevención del acoso escolar;
- f) Diversidad y pluralidad;
- g) Participación política;
- h) Memoria histórica;
- i) Dilemas morales;
- j) Proyectos de impacto social;
- k) Historia de los acuerdos de paz, nacionales e internacionales;
- l) Proyectos de vida y prevención de riesgos.

PARÁGRAFO. La Secretaria de Educación del Distrito incluirá en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) conceptos basados en principios y valores integrales del perdón.

Artículo 4º.- El gobierno distrital incluirá dentro del plan institucional de capacitación a docentes y directivos docentes los programas y actividades con el fin de cumplir con los objetivos de la catedra de la paz.

Artículo 5º.- La Secretaria de Educación del Distrito será la encargada de realizar el diseño, implementación y desarrollo de la cátedra de la paz en Bogotá D. C.

Artículo 6º.- Las entidades educativas oficiales y privadas de preescolar, básica y media deberán armonizar sus Proyectos Educativos Institucionales (PEI) pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley 115 de 1994 General de Educación.

PARÁGRAFO. La Secretaria de Educación del Distrito establecerá el plazo máximo y criterios metodológicos, para que las entidades educativas públicas del Distrito cumplan con la armonización de sus Proyectos Educativos Institucionales (PEI). Y podrán ser adoptadas por los colegios privados.

Artículo 7º.- Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

Dado en Bogotá, a los _____ días del mes de _____ de 2019

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 123 DE 2019

PRIMER DEBATE

"POR EL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO 013 DE 2000"

MOTIVACIONES:

1. ASPECTOS GENERALES.

Democracia Participativa y el Derecho que le asiste a todas las organizaciones de la sociedad, para participar en las decisiones de la administración.

La Constitución de 1991 trajo consigo un cambio radical en la perspectiva de la participación y la toma de decisiones de la administración frente a la ciudadanía, es así como se ha expresado bajo la doctrina constitucional, que la democracia participativa se manifiesta en la participación activa de todos los estamentos de la sociedad en el transcurrir de las políticas y decisiones que afecten los derechos de los individuos. La Honorable Corte Constitucional ha señalado respecto al precitado tema lo siguiente:

“Las relaciones entre el Estado y los particulares se desenvuelven en un marco jurídico democrático y participativo como claramente aparece en el preámbulo de la Constitución y es reiterado en el título I de los principios fundamentales. El artículo 1 de la Constitución define a Colombia como un estado social de derecho organizado en forma de república democrática participativa y pluralista, mientras que en el artículo 2° establece dentro de los fines esenciales del Estado el de “facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación”. Los principios de la soberanía popular (CP. art.3°), de primacía de los derechos inalienables de la persona (CP art.5°), de diversidad étnica y cultural (CP art. 7°) y de respeto a la autodeterminación de los pueblos (CP art.9°) constituyen junto con los anteriores el ideario axiológico que identifica el sistema jurídico colombiano y le otorga su indiscutible carácter democrático y participativo, presente en los distintos escenarios, materias y procesos de la vida institucional y social del país.

En materia del ejercicio del poder político y social por parte de las personas, la Constitución de 1991 representa la transferencia de extensas facultades a los individuos y grupos sociales. El derecho a la igualdad, la libertad de expresión, el derecho de petición, el derecho de reunión, el derecho de información o el derecho de acceder a los documentos públicos, entre otros, permiten a los ciudadanos una mayor participación en el diseño y funcionamiento de las instituciones públicas. Los mecanismos de protección de los derechos fundamentales por su parte han obrado una redistribución del poder político en favor de toda la población con lo que se consolida y hace realidad la democracia participativa.”⁷

⁷ Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C – T – 596 de 2002

A renglón seguido la Corte señaló: “Los instrumentos de participación democrática garantizados en la Constitución no se limitan a la organización electoral sino que se extienden a todos los ámbitos de la vida individual, familiar, social y comunitaria”⁸ También dispuso respecto de la injerencia de los actores sociales en la toma de decisiones de la administración lo siguiente:

“Como lo ha señalado resulta indispensable distinguir la necesidad de que en una democracia participativa los ciudadanos intervengan en las decisiones que los afectan -económicas, políticas, administrativas, ambientales, cívicas o culturales-, de la intervención de los mismos para asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las finalidades primeramente enunciadas demandan la injerencia de los actores sociales en pro de un bienestar común, conforme a los dictados constitucionales que imponen a las autoridades la protección de la vida, honra, bienes, creencias, derechos y libertades, de todos los residentes en Colombia, la preservación de su libertad y del derecho a optar por la propia realización. La justicia, aunque también anhelo de todos, generalmente solo adquiere realización efectiva en el ámbito individual.”⁹

Siguiendo con el análisis de la participación ciudadana en la construcción de las decisiones, definió las características Universales y Expansivas de la democracia participativa, las cuales en su concepto se definen así:

“Al decir que la democracia participativa debe estar permeada del criterio expansivo la Corte ha pretendido que se tienda a la maximización del efectivo desarrollo de la participación ciudadana en la toma de decisiones que los afecten, en todos los ámbitos de la actividad nacional pública o privada. Por tanto, se ha buscado evitar trabas a este desarrollo expansivo, consagraciones meramente formales o restricción en el ejercicio de nuevos mecanismos de participación, aparte de los ya consagrados en la ley o la Constitución.

(...)

Ha pretendido la Corte mediante la aplicación del criterio de universalización que la noción de participación ciudadana no quede restringida únicamente a lo público, sino que llegue también a las relaciones entre particulares, y que ésta sea palpable en todos aquellos asuntos en los que se tomen decisiones que afecten al Estado, la comunidad o la persona por implicar el manejo y distribución del poder.”

La importancia que revisten las organizaciones religiosas en nuestra ciudad.

Según el registro de entidades religiosas no católicas – ARNC del Ministerio del interior, Bogotá D. C. cuenta con 1384 organizaciones confesionales con personería jurídica reconocidas, distintas a las de la Iglesia Católica, lo cual aunado a lo explicado anteriormente, suman un estamento importante en la vida cotidiana de nuestra ciudad. Es Inexplicable que ante tal preponderancia de las organizaciones religiosas, estas no cuenten con un espacio de participación y deliberación en el seno de la elaboración de los planes de desarrollo.

⁸ Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-089 de 1994

⁹ Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-507 de 2001

Por otra parte es importante señalar lo expresado en el informe de la Universidad Nacional de Colombia denominado “*Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia*” el cual luego de ejecutar análisis y prácticas de tipo estadístico concluyó lo siguiente:

“Pese a observar un constante avance de la secularización, la gran mayoría de los colombianos se siguen considerando “creyentes” –94,1% de la población–; el 58,2% se considera “creyente practicante” y el 35,9% “creyente pero no practicante”. Ateos y agnósticos suman cerca del 5% de la población. Asimismo, la gran mayoría de la población (85%) considera que la religión “es importante” o “muy importante” en sus vidas (tabla 2). Por lo tanto, la sociedad colombiana es una sociedad “creyente”, donde el ateísmo y el agnosticismo constituyen aún un fenómeno marginal. A diferencia de Europa occidental, en Colombia el proceso de secularización no ha implicado un crecimiento drástico de la increencia, ni un declive de las prácticas religiosas institucionales. Paradójicamente, más que el declive de la religión, la secularización ha acarreado la recomposición de las fuerzas religiosas. Tal y como se observa en la tabla 3, el porcentaje de “creyentes” y de “creyentes practicantes” aumenta notoriamente entre la población femenina. El 96,6% de las mujeres se define como creyentes, frente al 90,6% de los hombres. Asimismo, el 65,8% de las mujeres se consideran “creyentes practicantes” frente al 47% de los hombres. El porcentaje de ateos y agnósticos es más alto entre los hombres que entre las mujeres. Como se observa en la tabla 4, el 89,5% de las mujeres considera que la religión es “importante” o “muy importante” en sus vidas, frente al 76,6% de los hombres.”¹⁰

Cuadro 10.
Pertenencia a religión por autoreconocimiento
2009

¿A qué religión pertenece?	Total estimado	% estimado
Católica	4.153.195	76,7
Cristiana	721.675	13,3
Ninguna	404.111	7,5
Otra	112.636	2,1
Ns/Nr	20.280	0,4
Total	5.411.898	100

Fuente: EBC 2009 - SCRD-Obs. de Culturas

Nota: Población de 13 años y más, residente en área urbana en predios de uso residencial

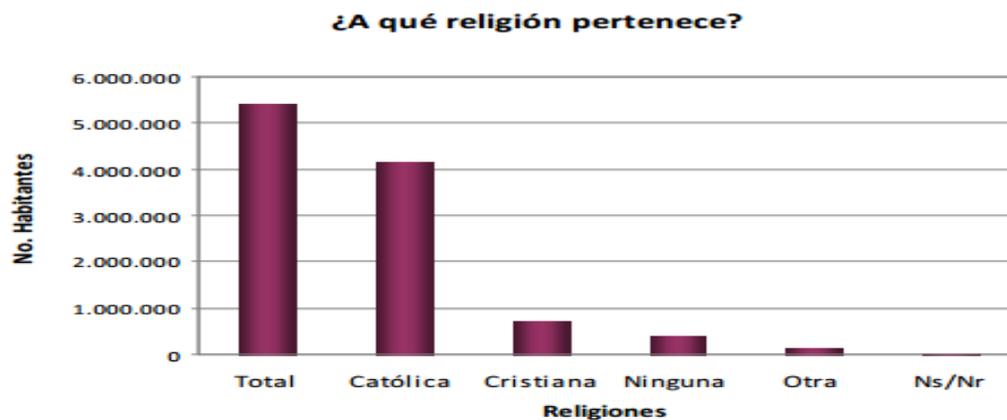
Aunado a lo anterior el BOLETIN 24 BOGOTÁ: CAPITAL DE CULTURAS “*Dimensiones de la cultura en Bogotá a partir de la Encuesta Bienal de Culturas*”, de la Secretaria de Planeación de Bogotá D. C. señaló que para 2009 la pertenencia poblacional a alguna religión en Bogotá era la siguiente:

“La religión, entendida comúnmente dentro de la esfera de las creencias opera como una categoría de auto identificación de modo que es importante en las acciones y la regulación del comportamiento de las personas, aunque no necesariamente riñe con la identificación étnica u otras. La encuesta preguntó: ¿a qué religión pertenece? Como se puede observar

¹⁰ Universidad Nacional de Colombia. *Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia*. Recurso electrónico disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/viewFile/3636/4883>.

el 76.7% de la población se reconocen como de creencia católica, el segundo grupo “cristiana” con 13.3% en tanto que los que se consideraron no pertenecientes a ninguna (afirmación diferente de reconocerse como ateo) fueron del 7.5%, otras religiones apenas llegan al 2.1%. La tradición histórica guarda sin duda relación con la caracterización.”¹¹

Gráfico 9.
Pertenencia a religión por autoreconocimiento
2009



Fuente: EBC 2009 - SCRD-Obs. de Culturas. Elaboración SDP – Dirección de Estudios Macro
Nota: Población de 13 años y más, residente en área urbana en predios de uso residencial

Como se evidencia anteriormente la población Bogotana que profesa alguna religión es la inmensa mayoría, por lo que es importante contar con espacios efectivos en la consecución y priorización de las metas en los planes de Desarrollo.

Organizaciones religiosas como entes activos de ciudadanía.

En la actualidad, la práctica de la democracia establece nuevos mecanismos de control y participación, capaces de limitar, influir y decidir en las funciones que corresponde realizar al Estado, permitiendo el análisis de los fines de la democracia desde el desarrollo de la libertad y la igualdad, que son, por su esencia y significado, los verdaderos valores de la democracia. (Vila, 2008:4)

La democracia participativa defiende que la participación activa de los ciudadanos en la toma de decisiones públicas constituye un elemento fundamental para que la democracia funcione, si bien para que funcione como tal, los ciudadanos deben tener conocimientos suficientes para participar e implicarse con frecuencia en las actividades políticas. De la participación informada de la sociedad formada depende, en gran parte, el buen funcionamiento del Estado y a éste compete no la formación de los ciudadanos sino la creación del entorno adecuado para que los ciudadanos se informen. (Vila, 2008:12)

Las formas y los significados de la democracia representativa fueron complementados al incluir las nociones de diversidad sociocultural, ciudadanía activa, fortalecimiento de lo público entre otros

¹¹ Secretaria de Planeación de Bogotá D. C. BOLETIN 24 BOGOTÁ: CAPITAL DE CULTURAS Dimensiones de la cultura en Bogotá a partir de la Encuesta Bienal de Culturas de la Secretaría de Planeación de Bogotá D. C. Recurso electrónico disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDstic/2010/DICE107-CartillaBogCapitalCultural-2010.pdf>.

conceptos que bien podrían asociarse a la democracia. Se abren nuevos espacios de deliberación y decisión con valores como el pluralismo, la tolerancia el respeto a la diferencia, la construcción de consensos, la reivindicación de identidades específicas. La democracia participativa entonces, se configuró como un sistema de instituciones representativas para la toma de decisiones amparadas en la ley en el marco del Estado de Derecho. (Velásquez y González: 2009, 132)

Estos mismos autores consideran en cuanto a los retos de la democracia la necesidad de defender y fortalecer las instituciones democráticas del país, las que deben incluir dentro de sus políticas la participación como una oportunidad para incluir la mayor cantidad de grupos poblacionales, que tengan la posibilidad de incidir en las decisiones públicas. Para ello es necesario fortalecer estos espacios, evitar la desinstitucionalización de la participación y la discrecionalidad de las autoridades. Fabio Velásquez y Esperanza González, consideran que el perfeccionamiento de estos espacios requiere de una reforma del estatuto legal de la participación en el país como una forma de articular los diferentes ámbitos, crear incentivos y condiciones de apropiación.

Dentro de sus propuestas está la de democratizar la democracia y ciudadanizar la política. Mientras más personas participen y muestren resultados benéficos habrá una mayor visibilización, por eso es necesario educar a la ciudadanía en asuntos colectivos. Esta puede ser una gran herramienta para enfrentar el conflicto armado desde los liderazgos sociales. También reiteran: *“la necesidad de superar la división de la participación política y la representación ciudadana, considerando que los actores políticos deben entender que la participación puede fortalecer los sistemas democráticos, de ahí el llamado a los partidos políticos a fortalecer estos espacios. A su vez, los agentes participativos deben entender que la participación es un mecanismo necesario de la democracia porque es un complemento de la misma”*.¹²

Este Proyecto de Acuerdo, en consonancia con el marco normativo del país y del Distrito Capital busca el fortalecimiento de la participación con decisión, de los las diferentes organizaciones religiosas sustentado en los lineamientos en los principios de universalidad, igualdad, equidad, autonomía y sentido de pertenencia, es importante resaltar, que esta iniciativa propende por el fortalecimiento de los mecanismos de participación que haga de las organizaciones religiosas una comunidad participante en las decisiones políticas del Distrito.

Si bien es cierto que la ciudad ha presentado una serie de avances de tipo social, cultural y urbano en los últimos años, también hay que decir que dichos adelantos han excluido notoriamente a la población religiosa de la capital.

Las organizaciones religiosas son la posibilidad de una participación flexible y alternativa. Flexibilidad para encontrar salidas innovadoras ante las crisis de agenda pública que la capital detenta, y alternatividad para expandirse, comprender e integrarlos en una acción local que los beneficie como población, y para que dejen su aporte al resto de las poblaciones de la capital.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.

De la investigación realizada a la red interna del Concejo, se pudo constatar que el presente Proyecto de Acuerdo tiene los siguientes antecedentes:

¹² VELÁSQUEZ, Fabio y GONZÁLEZ, Esperanza. *Institucionalidad Participativa en Colombia: Balances y Retos*. En: Sociedad Civil y nueva institucionalidad democrática en América Latina. 2009. P.P 127- 149

No.	P.A.	PONENTES	AÑO
1	073	H. C. Nelson Castro Rodríguez (coordinador) - Positiva H. C. Marco Fidel Ramírez Antonio - Negativa	2016
2	128	H. C. Manuel José Sarmiento Arguello (coordinador)- Negativa H. C. Nelson Castro Rodríguez - Positiva	2016

Teniendo en consideración las motivaciones descritas anteriormente, la corresponsabilidad del Concejo de Bogotá con el desarrollo efectivo del Plan de Desarrollo de la ciudad y teniendo en cuenta la evidente necesidad de que la población religiosa del Distrito fortalezca sus procesos y con el fin de precisar los parámetros y lineamientos mencionados se sugiere presentar el presente proyecto de acuerdo.

3. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO.

El Acuerdo 13 de 2000, en el capítulo II, y Artículo 5°, determina la CREACIÓN E INTEGRACIÓN de los Consejos de Planeación Local, así: *“En cada una de las localidades del Distrito Capital funcionará un consejo de planeación local, el cual tendrá la naturaleza de ente consultivo y será la instancia de planeación en la localidad”*. *Estará integrado por un representante de cada una de las siguientes organizaciones, con asiento en la respectiva localidad, Dicho Artículo no tiene en cuenta las organizaciones religiosas, que por afinidad, su vocación y su desempeño, deben hacer parte del Plan de Desarrollo Local.*

Por tal motivo, el fundamento principal de éste Proyecto de Acuerdo que pongo a consideración del Concejo de Bogotá D.C., pretende adicionar al Concejo de Planeación Local, un representante de las organizaciones religiosas de cada localidad.

OBJETIVOS GENERALES

1. Fomentar la participación democrática equitativa
2. Resarcir los derechos de las comunidades religiosas.
3. Permitir la interacción de todos los integrantes de la sociedad en estos Consejos, para que se tengan en cuenta diferentes puntos de vista.
4. Alcanzar a una población que con facilidad da a conocer, divulga y participa de las decisiones de la administración en espacios como los Consejos de Planeación Local y Encuentros ciudadanos.
5. Potenciar, posibilitar y fortalecer la generación de espacios y mecanismos que recojan y atraigan a las diferentes organizaciones que realizan otros tipo de trabajo social con la ciudadanía y que no se tienen en encuentran en el Acuerdo 13 del 2000.
6. Posibilitar el aumento de los lugares de atención a las madres cabeza de familia, atención a los habitantes de calle, protección al adulto mayor, atención a la familia etc.
7. Impulsar a nuevas organizaciones para que observen nuevas alternativas de seguimiento, evaluación, y control del Plan de Desarrollo Económico de y Social.

4. MARCO JURÍDICO.

A. MARCO CONSTITUCIONAL

Artículo 1º. “La Constitución Política establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que lo integran y en la prevalencia del interés general.”

Artículo 2º. “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.”

Artículo 13º. “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”

Artículo 19º. “Se garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva. Todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley”

Artículo 47º. “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”

Artículo 70º. “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 71º. “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”

B. MARCO LEGAL.

Se relacionan dentro del marco legal, así:

Ley 152 de 1994. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. La presente Ley tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el artículo 2 del Título XII de la Constitución Política Nacional y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.

Artículo 3º.- “Principios generales. Los principales generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, regionales y territoriales, en materia de planeación son:

(...)

g) Participación. Durante el proceso de discusión de los planes de desarrollo, las autoridades de planeación velarán porque se hagan efectivos los procedimientos de participación ciudadana previstos en la presente Ley”

Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018

Artículo 244°.- “Libertad religiosa, de cultos y conciencia. El Ministerio del Interior, en coordinación con las entidades competentes, emprenderá acciones que promuevan el reconocimiento de las formas asociativas de la sociedad civil basadas en los principios de libertad religiosa, de cultos y conciencia. El Gobierno Nacional formulará y actualizará la política pública en la materia con la participación de las entidades religiosas, garantizando la libertad e igualdad religiosa en términos de equidad y reconociendo su aporte al bien común en lo local, regional y nacional”

C. NORMAS DISTRITALES.

Decreto ley 1421 de 1993 estatuye que es competencia del Concejo de Bogotá lo siguiente:

El numeral 1º del Artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, establece que es competencia del Concejo de Bogotá D.C.: “Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.”

Acuerdo Distrital 257 de 2006. “Por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital, y se expiden otras disposiciones”.

Decreto 267 de 2007 "Por el cual se adopta la estructura organizacional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones"

D. JURISPRUDENCIA.**• Libertad Religiosa Jurisprudencia:****Sentencia T – 662 de 1999**

“La libertad de cultos entendida como el derecho a profesar y a difundir libremente la religión, es un derecho fundamental indispensable en una sociedad democrática, participativa y pluralista, que reconoce la necesidad de la autorrealización del individuo y la garantía de la dignidad humana. Por ende, las libertades de religión y de cultos hacen parte esencial del sistema de derechos establecido en la Constitución de 1991, junto con el mandato de tolerancia, que se encuentra íntimamente ligado a la convivencia pacífica y al respeto de los valores fundantes del Estado colombiano”

(...)

“La libertad religiosa comprende, de conformidad con los artículos 18, 19, 42 y 68 de la Constitución Nacional y la ley 133 de 1994, entre otras cosas, los siguientes elementos: “(i) la libertad de profesar cualquier creencia religiosa libremente escogida”, (que implica la libertad de información y de expresión sin las cuales la persona no podría formarse una opinión ni expresarla); (ii) la libertad de cambiar de religión y (iii) de no profesar ninguna, entre otras conductas que, no obstante pertenecer el individuo a una religión o confesión religiosas, deben ser respetadas por encima de cualquier propósito de coacción; (...) la posibilidad de (iv) practicarlas sin perturbación o coacción externa, contraria a las propias convicciones, y (v) de realizar actos de oración y de culto, (vi) de recibir asistencia religiosa de la propia confesión en cualquier lugar, incluso los de reclusión, cuarteles y centros médicos, (vii) de conmemorar festividades, (viii) de recibir sepultura digna conforme a los ritos y preceptos de la religión del difunto y a sus deseos o a

los de su familia, (ix) a contraer matrimonio y a establecer una familia conforme a la religión y a sus normas, (x) de recibir e impartir libremente educación religiosa o de rehusarla o de (xi) determinar, de conformidad con la propia convicción, la educación de los hijos menores o la de los incapaces bajo su dependencia”.

Sentencia C-088 de 1994

“(…) allí se destaca que todas las confesiones e iglesias son igualmente libres ante la ley, reproduciendo el texto del inciso segundo del artículo 19 de la Carta; allí también se señala que el Estado reconoce la diversidad de creencias religiosas, y se advierte que estas creencias religiosas no pueden constituir motivo de desigualdad o discriminación ante la ley. Desde luego, una consecuencia del derecho a la libertad religiosa es la igualdad entre todas las religiones y cultos y de los individuos en relación con ellos; empero, la igualdad en esta materia no significa uniformidad absoluta, sino que no se produzca discriminación, ni molestia por motivos religiosos o de creencia y culto”

(…)

“Se trata de reforzar las garantías sobre el ejercicio de los derechos fundamentales con los que de diversos modos se relaciona esta libertad, y de destacar que todos los individuos deben gozar de los derechos constitucionales, sin más limitaciones que las establecidas dentro del ordenamiento jurídico en relación con los derechos de los demás; igualmente, se advierte que el ejercicio o práctica de una o de otra religión o creencia religiosa, no puede en ningún caso servir de causa o razón para afirmar o argumentar fórmula alguna de restricción, discriminación o desigualdad”

Sentencia T-621/14

“Sí, esta condición igualitaria presupone para el Estado que (i) el ordenamiento jurídico “funja como receptor-difusor de dicho principio y resistencia-refractaria ante cualquier asomo de discriminación que por razones de origen religioso se pretenda implantar” y (ii) los poderes públicos, en ejercicio de sus facultades, estén subordinados al ordenamiento jurídico, encaminados hacia su respeto y protección, a fin de promover las condiciones para que la igualdad jurídica que se predica de las confesiones religiosas sea de orden material, real y efectivo”

(…)

“En ese entendido, tanto la expedición, interpretación como la aplicación de las disposiciones que desarrollen aspectos atinentes a la libertad religiosa y de culto, deberá procurar la efectividad del principio de igualdad y contrarrestará cualquier situación contraria al mismo. De manera que, en caso de que un precepto contenga un trato desigual injustificado, el mismo sería inconstitucional al desconocer el principio de igualdad en el ejercicio de la libertad religiosa y de cultos”

5. IMPACTO FISCAL.

Esta iniciativa se enmarca en lo dispuesto por el 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 MEJORA PARA TODOS que en su objetivo general y objetivos específicos, directrices, estrategias, programas, proyectos prioritarios que encontramos especialmente consagrados en el los siguientes artículos:

Pilar III – Construcción de Comunidad y Cultura Ciudadana**Artículo 32. Bogotá vive los Derechos Humanos.**

El objetivo de este programa es garantizar espacios incluyentes, plurales y respetuosos de la dignidad humana, y de las libertades civiles, religiosas y políticas de la ciudadanía; con el fin de dotarla de herramientas efectivas para la protección y apropiación de sus derechos humanos y convertirlos en cogestores y agentes activos en la construcción de su propio bienestar.

Eje Transversal IV –Gobierno legítimo, fortalecimiento local, y eficiente.**Artículo 56. Definición – Gobierno legítimo y eficiente.**

Este eje Prevé las acciones para restaurar la confianza institucional y el buen gobierno de la ciudad tanto en el nivel distrital como en el local, de forma tal que esté orientado al servicio ciudadano y que incorpore como práctica habitual el evaluar las diferentes alternativas para optimizar los procedimientos y costos de la prestación de los servicios procurando siempre la mejor relación costo-beneficio. Promoverá la transparencia, la integridad y la lucha contra la corrupción, incentivando además la participación ciudadana.

Por tanto, no puede afirmarse que esta iniciativa genera impacto fiscal toda vez que las acciones que propone este proyecto implican desarrollar los mandatos del Acuerdo 489 de 2012, PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ D.C. 2016-2020, BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS.

Cordialmente.

EMEL ROJAS CASTILLO

H.C. Concejala de Bogotá D.C.

Grupo de Ciudadanos Significativo LIBRES

PROYECTO DE ACUERDO N° 123 DE 2019**PRIMER DEBATE****"POR EL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO 013 DE 2000"****EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.**

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las otorgadas en la Constitución Política y en el Artículo 12, numeral 1º del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA:

Artículo 1º.- Adiciónese al artículo 5 del Acuerdo 013 de 2000 un numeral del siguiente tenor:

-Organizaciones y/o Comunidades religiosas con personería Jurídica reconocida por el Ministerio del Interior.

Artículo 2º.- Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

Dado en Bogotá, a los ____ días del mes de _____ de 2019

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.