



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

AÑO I N°. 3025 DIRECTORA: ILBA YOHANNA CÁRDENAS PEÑA. JULIO 23 DEL AÑO 2020

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
PROYECTO DE ACUERDO N° 233 DE 2020 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL ‘PROGRAMA MANILLAS SALVAVIDAS’ DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES EN EL DISTRITO CAPITAL DIAGNOSTICADAS CON DEMENCIA, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	4178
PROYECTO DE ACUERDO N° 234 DE 2020 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE ESTABLECE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL”.....	4216

PROYECTO DE ACUERDO N° 233 DE 2020

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL ‘PROGRAMA MANILLAS SALVAVIDAS’ DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES EN EL DISTRITO CAPITAL DIAGNOSTICADAS CON DEMENCIA, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Objetivo del Proyecto

Créase el “Programa Manillas Salvavidas” como mecanismo oficial de búsqueda e identificación de personas mayores diagnosticadas con demencia en el Distrito Capital.

El Programa consiste en la creación y dotación de una pulsera o manilla que contenga la información básica de las personas mayores que sufran algún tipo de patología relacionada con trastornos neurocognitivos mayores o demencia, con la finalidad de que se posibilite su identificación y ubicación en caso de desorientación o extravío.

2. Justificación

En las últimas décadas se ha invertido la pirámide poblacional como consecuencia del aumento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de reproducción de la población, lo que ha generado un fenómeno acelerado de envejecimiento demográfico. Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050 la población de personas mayores de 60 años casi se duplicará pasando de 12% a 22%; en números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2000 millones. Ante esta realidad, no se puede ignorar que, en algunos casos, el envejecimiento trae consigo problemas físicos y mentales que provocan graves alteraciones a nivel funcional y pérdida de algunas capacidades.

Por ejemplo, más del 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufre de algún trastorno mental, mientras que el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario, se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población mayor un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este sector poblacional.

En este sentido, las personas mayores son más propensas a sufrir un deterioro en su salud (física y mental) debido a procesos biológicos, psicológicos y/o sociales. Son múltiples los factores que dan lugar a las enfermedades mentales, pues, aparte de los procesos normales del envejecimiento, se encuentran la concurrencia de enfermedades médicas diversas, eventos traumáticos, la jubilación o la discapacidad.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la *salud mental* como un estado de bienestar de la persona que le permite afrontar el estrés cotidiano, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad. Al igual que la concepción de salud, va más allá de la ausencia de enfermedad y está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos, ambientales y culturales.²

Particularmente en Colombia, la Ley 1616 define la salud mental como un estado que se manifiesta en la vida cotidiana a través del comportamiento y las relaciones, donde los individuos y colectivos utilizan sus recursos emocionales y cognitivos con el fin de construir relaciones significativas y contribuir a su comunidad.³ A su vez, la mencionada Ley define el trastorno mental como *una alteración a nivel cognitivo y afectivo que se manifiesta en trastornos del razonamiento y/o del comportamiento que dificulta la adaptación al contexto*. La norma referida también contempla los problemas psicosociales como acontecimientos vitales de carácter negativo, dificultades o deficiencias en el entorno, situaciones adversas a nivel familiar o interpersonal y cualquier otro problema relacionado con el contexto donde hayan emergido las alteraciones del sujeto.

En este orden de ideas, **existe una amplia diferencia entre alteración y trastorno mental, siendo este último clínicamente significativo por afectar el funcionamiento de la persona en su vida cotidiana**. Los problemas o *alteraciones mentales* afectan la forma en que la persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para que se incluya dentro de algún trastorno específico, conforme a los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5). Las alteraciones mentales se consideran más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo, además no provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas de la vida cotidiana, sin embargo, sí son objeto de atención clínica dado que pueden derivar en trastornos mentales.⁴

¹ Tania Tello-RodríguezRenato, D AlarcónDarwin & Vizcarra-Escobar. “Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño.” Tomado de:

<https://rpmesp.ins.gov.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211/2165>

² OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

³ Congreso de Colombia (2013). Ley 1616 de Salud Mental. Recuperada de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

⁴ Ministerio de Salud y Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Cabe señalar que el enfoque actual para comprender la salud mental se basa en que los determinantes de la salud mental y de los trastornos no sólo dependen de características del individuo (capacidad de gestionar pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones) sino que también obedecen a factores familiares, sociales, culturales, políticos y económicos.

Dependiendo del contexto, algunas personas y grupos sociales pueden tener un riesgo significativamente mayor de tener problemas de salud mental. Entre ellos se encuentran personas que viven en condición de pobreza, aquellas con problemas de salud crónicos, niños expuestos a maltrato o abandono, adolescentes expuestos a abuso de sustancias, grupos minoritarios, poblaciones indígenas, personas mayores, población LGBTI, personas sometidas a violación de derechos humanos y aquellas expuestas a desastres naturales u otras emergencias.⁵

2.1. Trastornos cognitivos en las personas mayores

Los trastornos cognitivos son un síndrome -generalmente de naturaleza crónica o progresiva- que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (capacidad de procesar el pensamiento) afectando la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje, la comprensión, la orientación y el juicio -la conciencia no se ve afectada-.

Ahora bien, los trastornos cognitivos enmarcados en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) se clasifican de la siguiente manera: 1) Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNMA) cuando se refiere a la *demencia*; y, 2) Trastorno Neurocognitivo Menor (TNME) cuando se trata de deterioro cognitivo leve. Estos trastornos hacen parte de las patologías más comunes que sufren las personas mayores. La característica común entre estos tipos de trastornos es el deterioro cognitivo (DC), definido como el conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social y comportamental.⁶

La diferencia entre ellos consiste en que, mientras los TNMA (que afecta las esferas neurocognitiva, afectiva y onírica) provocan limitación funcional y restan capacidad para realizar las actividades cotidianas, generando una gran dependencia y de un intenso cuidado cercano; los TNME no alteran la capacidad funcional para la realización de dichas actividades.

Tabla 1 Diferencias entre trastorno neurocognitivo menor y mayor propuestas en el DSM-5.

	Trastorno neurocognitivo menor	Trastorno neurocognitivo mayor
Preocupación del paciente u otros por su cognición	Declive modesto en las funciones cognitivas	Declinar sustancial en las funciones cognitivas
Rendimiento en tests neuropsicológicos	De una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado	Dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado
Autonomía	La alteración es insuficiente para afectar la autonomía	La alteración es suficiente para afectar las actividades instrumentales habituales

8

⁵ OMS (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

⁶ Leiva, A. (2016). Factores relacionados con deterioro cognitivo y pérdida de autonomía en una población mayor de 64 años. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58856>

Fuente: J. López-Álvarez “Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer”

Aunque la edad es el principal factor de riesgo para los trastornos cognitivos mayores o demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, y por el contrario es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan el cerebro de forma primaria o secundaria, como el Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.⁷

La demencia se constituye en una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores a nivel mundial. Afecta a unos 50 millones de personas en el mundo, de las cuales, cerca del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que entre el 5% y el 8% de la población de 60 años o más en el mundo sufre demencia en un determinado momento de su vida.

“Según la décima edición de la CIE, la última publicada [10], la demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral, de naturaleza crónica o progresiva, con déficits de múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, entre otras) y conciencia clara. En esta clasificación, el déficit se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, produciendo un deterioro intelectual apreciable que repercute en las actividades cotidianas (asearse, vestirse, comer o funciones excretoras), con una duración del cuadro no inferior a seis meses y habiéndose obtenido la información de la exploración del paciente y de la anamnesis a una tercera persona.”⁸

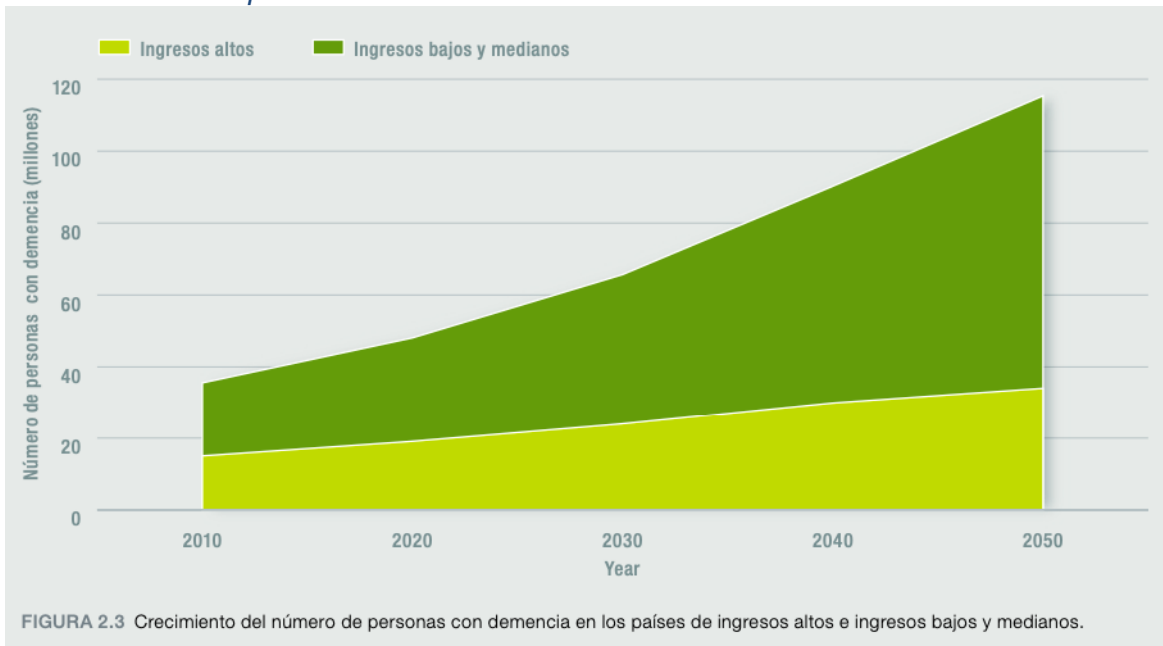
Estos criterios se basan en el deterioro de la memoria y el pensamiento suficiente para interferir en la vida cotidiana como requisito primordial para el diagnóstico, pero trascendiendo los límites de una dismnesia al afectar a otras funciones cognitivas.

⁷ OMS (2019). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

⁸ J. López-Álvarez “Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer”. Recuperado de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf

Se estima que el número total de personas con demencia podría alcanzar los 82 millones en 2013 y 152 millones en 2050. Gran parte de ese incremento tiene que ver con el hecho de que en los países de ingresos bajos y medios la cifra aumentará cada vez más (ver ilustración 1). Según la OMS, *el Alzheimer es la forma más común de demencia, se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos*. Sin embargo, los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y de manera frecuente coexisten formas mixtas.

Ilustración 1. Aumento personas con demencia a nivel mundial a 2050



Fuente: OMS, 2013

La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura por lo que toca a los costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.

Signos y síntomas de la demencia

- a. Etapa temprana: Puede pasar desapercibida pues el inicio es paulatino. Los síntomas incluyen tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo y desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.
- b. Etapa intermedia: Los síntomas se vuelven más evidentes y limitantes. Las personas empiezan a olvidar acontecimientos recientes y nombres de las personas, se desubican en su propio hogar, tienen dificultad para comunicarse, requieren más ayuda con la higiene personal y sufren cambios de comportamiento.

- c. Etapa tardía: La dependencia y la inactividad son casi totales. Los síntomas más frecuentes son una creciente desubicación en tiempo y espacio, dificultad para reconocer a familiares y amigos, mayor necesidad de ayuda para el cuidado personal, dificultad para caminar y alteración del comportamiento que puede desembocar en agresiones⁹.

Ilustración 2. Síntomas de la demencia

SÍNTOMAS COMUNMENTE EXPERIMENTADOS POR PERSONAS CON SÍNDROME DE DEMENCIA

Fase temprana	Fase media	Fase avanzada
<p>La fase temprana tiende a ser ignorada. Familiares y amigos (y a veces también profesionales) lo ven solo como "vejez", tan solo un componente normal del proceso de envejecimiento. Ya que el inicio de la enfermedad es gradual, es difícil saber con exactitud cuándo comienza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se torna olvidadizo, especialmente con cosas que acaban de suceder. • Puede tener dificultad en su comunicación, tal como para encontrar las palabras adecuadas. • Se pierde en lugares que le son conocidos. • Pierde la noción del tiempo, incluyendo hora del día, mes, año, estaciones. • Puede tener dificultad en la toma de decisiones y el manejo de sus finanzas. • Puede tener dificultad para realizar tareas complejas en el hogar. • Ánimo y comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Puede tornarse menos activo y estar menos motivado, o perder el interés en sus actividades y pasatiempos. - Puede mostrar cambios en el estado de ánimo, incluyendo depresión y ansiedad. - En ciertas ocasiones, puede reaccionar de una manera inusualmente furiosa o agresiva. 	<p>A medida que la enfermedad avanza, los problemas se vuelven más obvios y limitantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se torna muy olvidadizo, especialmente sobre eventos recientes y nombres de personas. • Puede tener dificultad para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos; podría perderse tanto en el hogar como en la comunidad. • Puede aumentar su dificultad de comunicación (en el habla y la comprensión). • Puede necesitar ayuda con el cuidado personal (v.g. aseo, bañarse y vestirse). • No puede preparar la comida con éxito, ni limpiar o ir de compras. • Es incapaz de vivir solo de manera segura, sin un apoyo considerable. • Los cambios en el comportamiento pueden incluir: deambular, gritar, aferrarse, perturbaciones del sueño, alucinaciones (escuchar o ver cosas que no están ahí). • Puede demostrar un comportamiento inapropiado en el hogar o la comunidad (v.g. desinhibición o agresión) 	<p>La fase final es de casi total dependencia e inactividad. Las alteraciones de la memoria son más serias y el lado físico de la enfermedad se torna más obvio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usualmente no está al tanto de la fecha o el lugar donde se encuentra. • Tiene dificultad para comprender lo que sucede a su alrededor. • No reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos. • Tiene dificultad para comer sin ayuda, podría tener dificultad para tragar. • Tiene una necesidad cada vez mayor de recibir asistencia para el autocuidado (v.g. aseo personal y bañarse). • Puede sufrir de incontinencia renal e intestinal. • Cambios en su movilidad: puede no ser capaz de caminar o estar confinado a una silla de ruedas o cama. • Se pueden intensificar los cambios de comportamiento e incluir agresión hacia su cuidador(a), agitación no verbal (patear, golpear, gritar o gemir). • Puede perderse dentro del hogar.

Fuente: OMS 2013.

Factores de riesgo y prevención

La edad es el principal factor de riesgo para las demencias o TNMA, pero ello no indica que todas las personas mayores vayan a sufrir de demencia. Se puede reducir el riesgo de padecerla mediante el ejercicio con regularidad, evitando el uso nocivo de alcohol y tabaco, controlando el peso, manteniendo una alimentación saludable, así como una tensión arterial baja y concentraciones sanguíneas adecuadas de colesterol y glucosa. Otro factor de riesgo importante es la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.

En la mayoría de los países existe una falta de comprensión acerca de la demencia, y es erróneamente considerada como algo propio del envejecimiento y una condición para la que no se puede hacer nada. Esto se constituye en barreras para un diagnóstico oportuno como para acceder a atención médica y social, lo que da lugar a una gran brecha de tratamiento.

Para el propósito del presente Proyecto de Acuerdo, nos enfocaremos en el Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNMA) -es decir la demencia- dado su alto impacto en el bienestar de las personas mayores por las consecuencias que genera, en especial, porque una de sus

⁹ OMS (2019). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

características es la desorientación, confusión generalizada y extravío, lo cual conlleva a que las personas pierdan el sentido de ubicación, llevándolas a situaciones en las que se pone en riesgo su bienestar y hasta la vida misma.

Tras estas consideraciones, cabe señalar que las principales características del TNMA son las alteraciones a nivel cognitivo-conductual, que se enumeran a continuación:

DÉFICIT COGNITIVOS

- Desorientación personal
- Desorientación temporal y espacial
- Alteración de los procesos atencionales simples
- Alteración de la capacidad de aprendizaje

ALTERACIONES CONDUCTUALES

- Severa fatiga psíquica y física
- Agitación psicomotora
- Signos de liberación frontal
- Alteraciones del pensamiento (delirios y alucinaciones)¹⁰

El Alzheimer: La forma de demencia más común

Aunque las limitaciones más comunes en la persona mayor tienen que ver con la movilidad y la fragilidad, una de las advertencias más preocupantes de la OMS es el aumento de las enfermedades mentales como la demencia y el Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es una de las formas más prevalentes de demencia a nivel mundial (representa entre el 60% y el 70% de los casos de demencia). Tiene la característica de ser degenerativa, irreversible e incurable; en forma lenta y progresiva destruye las células del cerebro ocasionando pérdida de la memoria y de otras funciones mentales.

Aunque su incidencia es mayor en personas de más de 60 años, se han registrado también casos en personas de 40 años o menos, lo que nos indica que nadie está exento de padecerla. Cualquier persona sin distinción de raza, sexo, nivel educativo y/o sociocultural puede llegar a desarrollar dicha enfermedad.

Señales de alarma

- Olvida cada vez con mayor frecuencia las palabras, los nombres, donde dejó las cosas, afectando no solo su desempeño en el trabajo sino las actividades de la vida diaria.
- No se da cuenta que ha hecho varias veces la misma pregunta o repetido el mismo evento en un corto espacio de tiempo.
- No recuerda en qué día, fecha o año se encuentra y se desorienta en lugares conocidos.
- Reacciona de manera exagerada e inusual ante la menor contrariedad.
- Parece no gustarle o llamarle la atención nada. Se muestra apático, deprimido, falto de iniciativa.

¹⁰ Trastorno neurocognitivo mayor grave: Definición y pautas neuropsicológicas (2018). Recuperado de <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/trastorno-neurocognitivo-mayor-grave-definicion-y-pautas-neuropsicologicas/>

- Tiene dificultad con el manejo del dinero, se ha vuelto inseguro y desconfiado.
- Le cuesta trabajo organizar y planear tareas. Su capacidad en la toma de decisión no es la misma.¹¹

Este tipo de demencia se da por múltiples factores genéticos, ambientales, nutricionales y enfermedades crónicas, que resultan en unas 'placas seniles' en el cerebro constituidas por la acumulación anormal de alguna proteína en el mismo. Esa sustancia destruye lo que hay a su alrededor causando la muerte de células, deteriorando la conexión neuronal y disminuyendo la masa cerebral.¹²

No solo la memoria resulta afectada, sino otras funciones mentales superiores, como la inteligencia, el lenguaje y la capacidad de entender y aprender. Una vez las funciones cerebrales se ven afectadas, se presenta disfunción en las actividades de la vida diaria de la persona. Antes de presentar signos de olvido, podrían presentarse síntomas de depresión, alteraciones en el sueño o agresividad.

Según el último censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2018, el 9,2% de la población a nivel nacional son personas mayores, lo cual evidencia un crecimiento rápido de este segmento poblacional, pues 30 años atrás era de apenas de 3,98%. Esto se traduce en un aumento de la expectativa de vida y, por tanto, en un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. Además, según la OMS 8 de cada 10 personas mayores presentan diagnósticos de alguna enfermedad neurodegenerativa, siendo el Alzheimer la más común.

2.2. Enfermedades mentales en Personas Mayores en el Distrito Capital

Bogotá no cuenta con estudios propios sobre el estado de salud mental de su población; la información disponible se encuentra en los estudios nacionales en esta materia¹³. Sin embargo, en el último estudio del 2015, se dividieron los grupos etarios en niños, adolescentes, adultos jóvenes (18 a 44 años) y adultos de 45 años y más, de manera que no se abordó específicamente la vejez, pues se le incluyó en un solo grupo de adultos. Esto es un limitante para comprender a fondo los problemas y trastornos de salud mental más prevalentes en las personas mayores de 60 años, tanto hombres como mujeres.

No obstante, la capital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, dispone de sistemas de vigilancia e información específicos para determinados eventos en salud mental que resultan prioritarios para la salud pública: ideación y conducta suicida, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual y consumo de sustancias psicoactivas. Si bien los casos los tienen desagregados por sexo y edad y se puede inferir la cantidad de personas mayores con estos problemas, nuevamente, como a nivel nacional, no se le ha dado prioridad al tema de los TNMA como las demencias y el Alzheimer, aún cuando año tras año la población de personas mayores está incrementándose.

En el caso concreto del Distrito Capital, el último censo poblacional demostró que, al igual que la tendencia mundial, la población bogotana se está envejeciendo. Según la información reportada, Bogotá tiene hoy 53 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, lo cual se traduce en 1

¹¹ Recuperado de <https://www.Alzheimercolombia.org/enfermedad.htm>

¹² El Tiempo (2020). ¿Por qué deberíamos conocer más del alzhéimer?

¹³ Alcaldía Mayor de Bogotá (2016). Política Distrital de Salud Mental, 2015- 2025. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf

persona mayor por cada 2 jóvenes. En los últimos 13 años, los menores de 15 años pasaron de ser el 27% de la población al 19%, y se calcula que para 2050 habrá 2 personas mayores por cada joven.¹⁴

Lamentablemente, el contexto de la población mayor de 60 años en Bogotá es preocupante, pues, según información reportada por el Distrito, de 1'097.995 de personas mayores que viven en la Ciudad Capital, más del 60% presentan enfermedades crónicas de larga duración y prolongados tratamientos. A esto se le suma que unas 95.000 presentan discapacidad y requieren cuidado permanente, y de ellas, el 10%, cerca de 9.500 personas, no tiene quien las cuide.

En cuanto a las enfermedades mentales, la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el mes de octubre de 2017 hicieron públicos los resultados del primer estudio de salud mental en Bogotá, que estableció que los principales trastornos que sufre la población son la ansiedad y la depresión.

Los hallazgos esenciales del estudio probabilístico refieren al trastorno de ansiedad como el problema de salud mental que más afecta a los ciudadanos, tanto en hombres como en mujeres, en todos los grupos etarios y en todos los estratos socioeconómicos. La población adulta, de entre 60 y 69 años, es la más vulnerable a este tipo de trastornos, que equivaldría a 233.469 personas mayores.

Le sigue el trastorno depresivo, que padecen principalmente las mujeres entre los 18 y 69 años de edad, representado en una población de 320.287 mujeres.

Otro de los trastornos identificados y que afecta en tercer lugar la salud mental de la población es el del abuso de alcohol, el cual se presenta en mayor proporción en hombres entre los 18 y 28 años, en estratos socioeconómicos 3 y 4, con aproximadamente 66.473 afectados.

La conducta suicida también fue identificada en el estudio, con una prevalencia equivalente al 4,1% que correspondería a 85.000 jóvenes entre los 18 y 28 años de edad. Este trastorno es más frecuente en el género femenino, representado en 2 mujeres por cada hombre. En el nivel nacional la tasa de suicidio es de 5.2% por 100.000 habitantes, en Bogotá 3.7% por 100.000 habitantes.

Ahora bien, según información suministrada por las entidades de salud, en el Distrito Capital fueron atendidas 12.062 personas por Alzheimer entre el 2018 y septiembre de 2019, de las cuales el 74% son mujeres y el 26%, hombres, la mayoría, mayores de 60 años. Asimismo, es relevante señalar que las localidades que tienen mayor proporción de atenciones son Suba, con 16,25%; Barrios Unidos, con un 14,41%, y Chapinero, con 12,21%.¹⁵

Comportamiento del fenómeno de la desaparición Colombia, año 2018

“La desaparición -voluntaria e involuntaria- de personas en nuestro país es un fenómeno complejo que obedece a múltiples dinámicas y contextos entre los cuales la desaparición forzada en el marco del prolongado conflicto armado ha dominado las estadísticas y, por ende, los análisis

¹⁴ Semana (2019). ¿Cuáles son los retos para una Bogotá que se envejece? Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/bogota-tiene-cada-vez-mas-adultos-mayores-de-60-anos/621265>

¹⁵ El Tiempo (2019). El drama de las familias de los abuelos que se pierden. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/bogota/Alzheimer-y-abuelos-perdidos-en-bogota-414770>

especializados invisibilizando, en cierta medida, aquellas desapariciones que no obedecen a este contexto.”¹⁶

Tipos de Desapariciones

La criminóloga Carlota Barrios hace una división persuasiva del fenómeno de desaparición, clasificándolo según etiología por un lado, y a las víctimas del delito por tipo de desaparición (5). Así, en cuanto a la etiología de la desaparición, la autora los clasifica en dos tipos, a) desapariciones voluntarias y b) desapariciones involuntarias o forzosas las cuales, a su vez, se dividirían entre desapariciones accidentales por un lado, y criminales por el otro. Con respecto a las voluntarias, la autora refiere que estas son “Aquellas donde la persona quiere ‘desaparecer’, y por ejemplo deja una nota a la familia y se marcha donde nadie pueda encontrarlo. Estas desapariciones pueden ser investigadas por un detective privado, pero no por un criminólogo (no existe delito)”. Ahora bien, con respecto a las de etiología criminal, pertenecen al grupo de las desapariciones forzosas, que implican que la persona no quiere desaparecer voluntariamente, sino que sufre algún percance que es lo que genera su desaparición. Las desapariciones forzosas pueden ser, según la autora, de dos tipos: A) De etiología accidental: La persona desaparecida ha sido víctima de una catástrofe o accidente. Este tipo de desapariciones son provocadas por un fenómeno natural, producto de una enfermedad mental o un accidente, sin la intervención directa (dolo), de una tercera o terceras personas. B) De etiología criminal: Son aquellas en las que una persona desaparece en contra de su voluntad, interviniendo para ello una tercera persona (o varias), que tiene una actitud dolosa (puede que desde un primer momento quiera hacer desaparecer a la víctima, o puede que a consecuencia de un homicidio, decida deshacerse del cuerpo para que el crimen no se descubra). Para el año 2018 el grupo de edad con el mayor número de registros de desaparición fue el de 15 a 17 años, seguido de 10 a 14 años, donde el 56,75 % de los casos (3.615) continúan desaparecidos, la zona urbana continúa predominando como lugar de desaparición en un 91,30 % de los casos. Según la clasificación de la desaparición, de los 177 casos en los que se obtuvo registro para esta variable, 155 casos corresponden a desaparición presuntamente forzada. Bogotá sigue encabezando tanto en la tasa más alta 38,75 por 100.000 habitantes como en el mayor número de casos (3.170) en todo el territorio colombiano.¹⁷

Personas desaparecidas por enfermedades mentales

Cada vez es más frecuente encontrarse con avisos pegados en los muros de la ciudad, en las redes sociales o las denuncias a la policía por las personas mayores que sufren de demencia y se pierden al salir de sus casas. Los riesgos que corren estas personas son grandes, pues se exponen a la delincuencia común, a los embates del clima, a los accidentes de tránsito, entre otros peligros. Como si fuera poco, un buen número de estas personas terminan en condición de habitantes de calle. El VII Censo de habitantes de la calle 2017, que registró a una población total de 9.538; en Bogotá hay 781 personas mayores de 60 años en condición de habitabilidad en la calle: 720 hombres y 61 mujeres.

¹⁶ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

¹⁷ Medicina Legal

Tabla 2 Personas reportadas como desaparecidas según tipo de aparición y sexo. Colombia, año 2018.

Tipo de aparición	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Continua desaparecido	2.234	60,94	1.381	51,07	3.615	56,75
Ausencia voluntaria	1.108	30,22	1.220	45,12	2.328	36,55
Involuntaria	131	3,57	41	1,52	172	2,70
Fallecimiento de la persona	113	3,08	17	0,63	130	2,04
Involuntaria (trastorno mental)	80	2,18	45	1,66	125	1,96
Total	3.666	100	2.704	100	6.370	100

Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC

Nota: se excluyen 27 casos sin información (21 hombres y 6 mujeres)

Una investigación presentada por el periódico El Tiempo, reveló que de 1'097.995 personas mayores que viven en Bogotá, más del 60 % presentan enfermedades crónicas de larga duración y prolongados tratamientos. Es decir, *“cerca de medio millón de personas mayores de la ciudad tienen este tipo de enfermedades. A esto se le suma que unas 95.000 personas mayores presentan discapacidad y requieren cuidado permanente, y de ellas, el 10 %, cerca de 9.500 personas, no tienen quien las cuide.”*

Aunado a lo anterior, es de advertir que Bogotá no cuenta con un mecanismo oficial de búsqueda de personas que sufren Trastornos Neurológicos Mayores o demencia. Así lo afirmó Claudia Varón, presidenta de Acción Familiar Alzheimer Colombia, quien sostuvo que los únicos medios para localizar a las personas mayores extraviadas son los medios de comunicación, las redes sociales y el accionar de la Policía. *“En otras ciudades del mundo, la gente porta manillas de identificación, los buses reportan en pantallas la foto de los ciudadanos perdidos. Aquí hay que trabajar en pedagogía. Enseñarle a la gente cómo ayudar a un adulto mayor perdido a causa del alzhéimer”*.¹⁸

La desaparición es una problemática en la cual se desconoce el paradero de una persona, bien porque ésta haya sido retenida y oculta en contra de su voluntad o producto de motivaciones de otra índole.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se compromete con la búsqueda de personas desaparecidas en cumplimiento del Artículo 9 de la Ley 589 de 2000. La entidad administra y coordina el Registro Nacional de Desaparecidos (RND), que es el único registro oficial de datos suministrados por distintas entidades el cual permite orientar la búsqueda de personas reportadas como desaparecidas y la identificación de cadáveres. Su finalidad es dotar, tanto a las autoridades públicas como a las organizaciones de víctimas, de información para el diseño de políticas de prevención y control del delito de desaparición forzada.

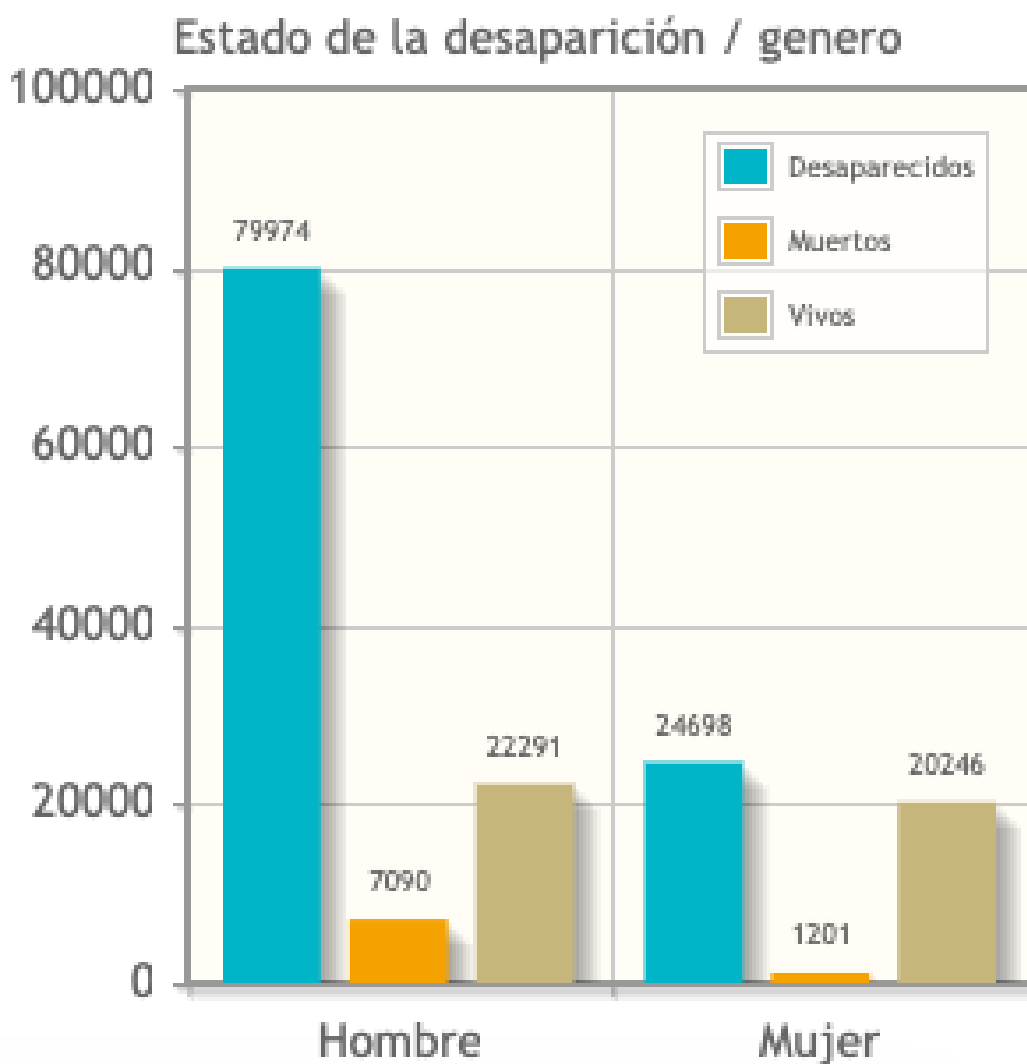
Ahora bien, las desapariciones no asociadas a hechos de violencia son complejas en tanto que este fenómeno abarca varios hechos, pues comprende todos los casos de personas de quienes se desconoce su paradero -hecho que no es consecuencia de una conducta delictiva- tales como ausencias voluntarias, conflictos de custodia de menores, problemáticas familiares, desastres naturales o extravío de personas con discapacidad cognitiva.

¹⁸ Recuperado de <http://www.subrednorte.gov.co/?q=noticias/primer-estudio-salud-mental-bogot%C3%A1-revela-los-trastornos-m%C3%A1s-quejan-la-poblaci%C3%B3n-son-la>

Para efectos del registro de los datos, los casos clasificados 'sin información' son aquellos en los cuales el contexto de los hechos no permite establecer que la desaparición se dio en contra de la voluntad de la persona o como consecuencia de una conducta delictiva.

Al 2015, de los 110.833 casos de personas desaparecidas, 87.392 (78,85%) se encuentran clasificados como sin información. Para estos casos, el porcentaje de personas que continúan desaparecidas es de 65,24%, mientras que el 30,26% fueron localizados con vida y el 4,5% hallados muertos.

Ilustración 3 Total personas desaparecidas en el país a 2020



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal

Para el año 2020, el RND arroja que en Bogotá hay 45.358 personas desaparecidas, de las cuales, 44.764 son personas desaparecidas sin clasificar, o sea, que se presume que no se trató de una desaparición forzada. Sin embargo, en esta información de acceso público no se determinan ni muestran otras variables como edad.

Tabla 3 Desaparecidos en Bogotá por estado, tipo y género.

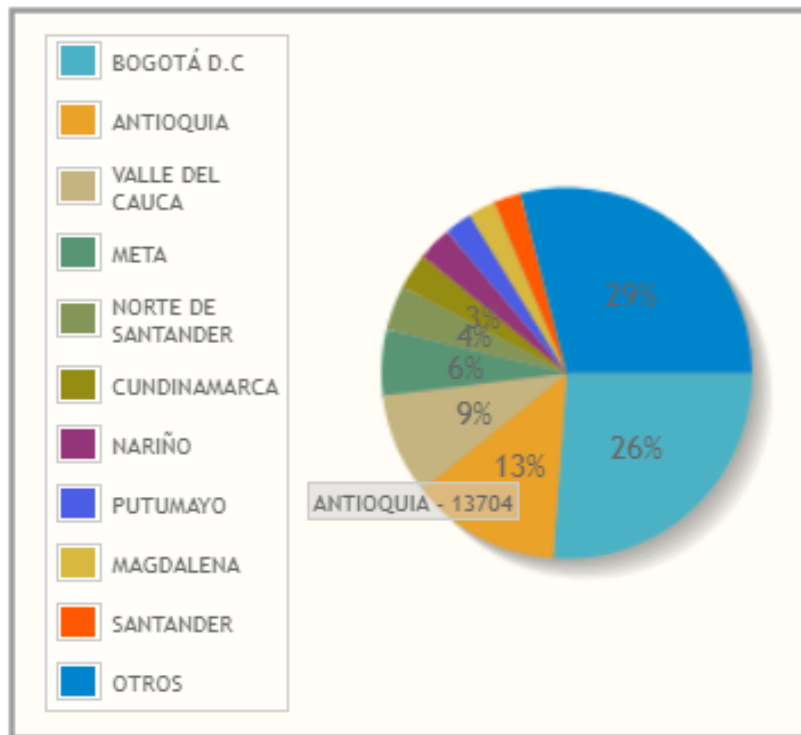
Fuente: SIRDEC. 2020-07-21 03:55.

BOGOTÁ D.C	Estado	Genero		
		Hombre	Mujer	Total
Desaparecidos por estado de desaparición	Continua desaparecido	16071	11335	27406
	Aparecio vivo	8071	8354	16425
	Aparecio muerto	1264	281	1545
Total desaparecidos		25406	19970	45376
Desaparecidos por tipo de desaparición	Presuntamente forzada	408	145	553
	Presunto secuestro	9	4	13
	Presunto trata de personas	2	18	20
	Desastre natural	0	0	0
	Presunto reclutamiento ilícito	6	2	8
	Sin clasificar	24981	19801	44782

En la siguiente gráfica, podemos ver que Bogotá es la entidad territorial con mayor porcentaje de personas desaparecidas en el país, seguida por Antioquia y Valle del Cauca.

Ilustración 4 Distribución de desaparecidos en Colombia por departamento.

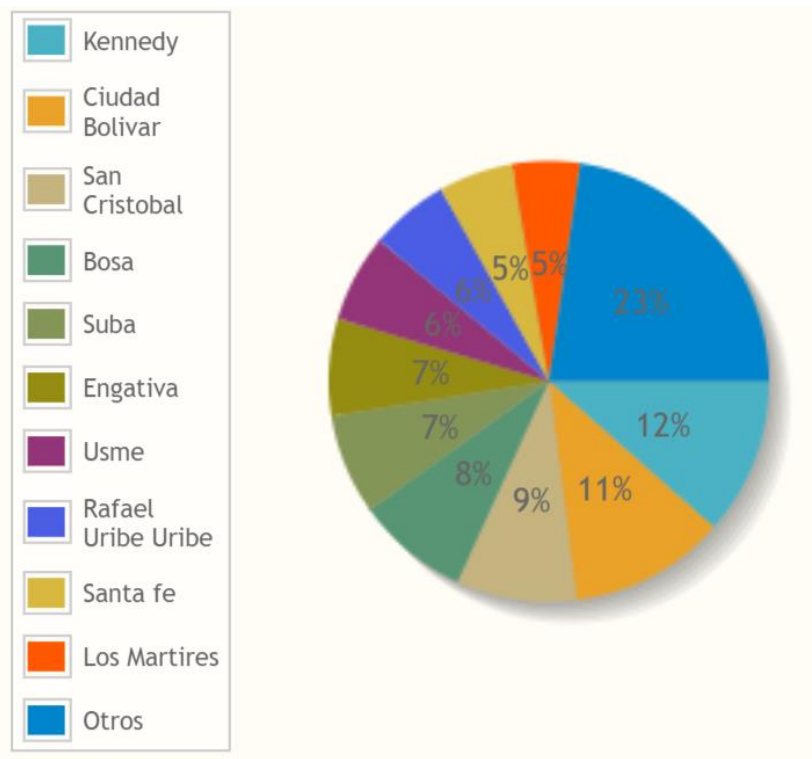
Distribución país



Fuente: Life – Localización de Información Forense Estadística

En la siguiente gráfica se muestra que la localidad más afectada por desapariciones es la localidad de Kennedy, con el 23%, seguida por la localidad de Ciudad Bolívar, con el 11% y San Cristóbal con el 9% de casos reportados

Ilustración 5 Porcentaje de personas desaparecidas en Bogotá, por localidad



Fuente: Life – Localización de Información Forense Estadística

Causas de la desaparición

Del informe de Medicina Legal también se desprende que la mayoría de las personas que fueron encontradas luego de haber sido reportadas como desaparecidas en 2018, 2.328 (es decir, el 83 por ciento de los casos) se habían ido de manera voluntaria.

En otros 297 casos, la desaparición se dio de manera involuntaria; y de estos, 125 fueron por algún tipo de trastorno mental que padecía la persona. En 11 de los casos reportados en 2018 la desaparición tuvo que ver con un secuestro y en otros 11, con trata de personas. Solo en 27 de los reportes del año pasado se pudo establecer con certeza que se trató de una desaparición forzada.

Hasta mayo de este año se han reportado 12 desapariciones forzadas. De los casos que han sido reportados, 727 personas habían abandonado sus lugares de vivienda de manera voluntaria; en otros 47, su desaparición se dio en contra de su voluntad y en 42 reportes se debió a razones relacionadas con algún trastorno mental.

Tras realizar esta investigación, se pudo constatar que el Distrito Capital no cuenta con un registro personalizado de personas mayores diagnosticadas con trastornos neurológicos mayores o

demencia, razón por la cual, en la iniciativa que estamos presentando se propone la creación de un sistema de información en la cual repose la información de las personas diagnosticadas con este padecimiento y que se encuentre en riesgo de desaparición.

2.3. Salud Mental en el Mundo y en Latinoamérica

La OMS afirma que, a nivel mundial, casi 1 de cada 10 personas tiene algún trastorno mental, sin embargo solo el 1% del personal de salud presta servicios en esta esfera. Alrededor de la mitad de la población mundial vive en países donde hay menos de un psiquiatra por 100.000 habitantes. Esto indica que *hay grandes desigualdades geográficas en lo que respecta al acceso a los servicios de salud mental*.¹⁹

De igual forma, el gasto mundial anual en salud mental es escaso; la cifra se sitúa en menos de 2 dólares por habitante en los países de ingresos bajos y medianos, y más de 50 dólares en países de ingresos altos. Gran parte de los recursos se destinan a hospitales psiquiátricos donde se presta atención a una pequeña proporción de personas que lo necesitan. Los países desarrollados tienen un número mayor de camas en dichos hospitales y tasas de hospitalización más elevadas, 42 camas y 142 hospitalizaciones por cada 100000 habitantes.

Señala el mismo documento que los países han ido avanzando en la formulación de políticas, planes y leyes sobre salud mental, que se constituyen en insumos para una adecuada gobernanza y la prestación de los servicios. Pese a estos avances, las políticas y leyes en su mayoría tienen una aplicación deficiente y la comunidad (personas con trastornos mentales así como sus familias) no participa del todo en su elaboración.

2.3.1. Situación región de las Américas

De acuerdo a información del Proyecto Atlas de Salud Mental del 2017, como la fuente más completa sobre la situación de la salud mental a nivel mundial, los recursos en la región América (Norte, Centro y Sur) son insuficientes para abordar la creciente carga de la enfermedad mental y se requiere una transformación que permita mejorar la cobertura y el acceso a la atención en salud mental.²⁰

En toda América, hay 10,3 trabajadores de salud mental por cada 100.000 habitantes o 1 por cada 10.000 personas. Respecto a la composición del personal, la mayoría son psicólogos (47%), seguido por enfermeros (34%), psiquiatras (12%), trabajadores sociales (2,2%). *Los psiquiatras siguen siendo un recurso escaso, con una mediana regional de 1,4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cifra similar al promedio mundial (1,3 por 100.000 habitantes).*

Respecto a la atención hospitalaria, que se compone de hospitales psiquiátricos y de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, en América existen 16,7 camas por 100.000 habitantes en hospitales psiquiátricos. Cifra que es alta teniendo en cuenta la transición de la Región hacia servicios de cuidado residenciales basados en comunidad y la atención psiquiátrica en hospitales generales.

¹⁹ OMS (2015). A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/finances-mental-health/es/>

²⁰ Organización Panamericana de la Salud (2018). Atlas de salud mental de las Américas.

Ahora bien, referente a la duración de la estadía en hospitales psiquiátricos, la mayoría de los pacientes hospitalizados en la región son dados de alta a lo largo de un (1) año (74%), mientras que un 20% tiene una estadía mediana mayor de 5 años. *Esta tendencia es contraria a los datos mundiales, donde en países de mayor ingreso, el porcentaje de hospitalización de larga estadía en hospitales psiquiátricos es menor. Las Américas es la región con el porcentaje más alto de hospitalizaciones mayores a 5 años en hospitales psiquiátricos.*

En hospitales generales donde se presta servicio de hospitalización de psiquiatría, solo se dispone de 2,9 camas por cada 100.000 habitantes. Pero ello está cercano al promedio mundial (2.0 por 100.000 habitantes).

Por último, en cuanto a la atención ambulatoria, ésta está integrada por los departamentos de consulta externa de los hospitales, servicios ambulatorios de salud mental, centros de salud mental comunitarios y los establecimientos de salud mental de base comunitaria. Los dispositivos residenciales no hospitalarios basados en la comunidad, proporcionan servicios de residencia nocturna para personas relativamente estables que no requieren intervención médica intensiva y que necesitan un manejo social y clínico de sus problemas de salud mental. La tasa de estos dispositivos es la más alta entre todas las regiones con una tasa mediana de 1,4 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la disponibilidad de camas es 12 veces menor que la de hospitales psiquiátricos.

2.3.2. Epidemiología de la Salud Mental en Colombia

Se llevó a cabo un estudio en Colombia sobre Salud Mental durante el 2003 y el 2004 como respuesta a las falencias en dicha área y a la falta de información sobre la prevalencia de trastornos mentales en el país. Se tomó como muestra a una población de 4544 adultos de 60 municipios de 25 departamentos del país. El propósito fue dar a conocer la situación de la salud mental en el país estimando la prevalencia de personas que sufren trastornos mentales (de 18 a 65 años), dar cuenta del inicio de la enfermedad, de su curso, recaídas y recuperación y por último de los factores protectores y de riesgo²¹.

Los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental muestran de acuerdo a clasificación del DSM-4 (en esa época) y el CIE 10 que *el 40,1% de la población colombiana presentó algún trastorno en su vida, 16,0% lo presentó en los últimos 12 meses y el 7,4% lo reportó durante los últimos 30 días. O sea que 8 de cada 20 colombianos presentó trastornos mentales alguna vez en la vida; 3 de cada 20 en el último año y 1 de cada 20 en el último mes.*

Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (19,3% alguna vez), en segundo lugar los del estado de ánimo (15%) y por último los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6%). Los hombres tienen prevalencias globales más altas en cualquier trastorno alguna vez en la vida pero las mujeres presentan prevalencias un poco más elevadas para cualquier trastorno en el último año y en el último mes.

²¹ Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Recuperado de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.

Respecto a las diferencias por sexo, los principales trastornos para las mujeres fueron: episodio depresivo mayor, fobia específica y trastorno de ansiedad de separación del adulto. Mientras que para los hombres fueron: abuso de alcohol, fobia específica y trastorno de conducta.

Otro aspecto relevante que toma en cuenta el estudio es la prevalencia de acuerdo al régimen de seguridad social en salud. Los resultados señalan que *hay mayor prevalencia de trastornos mentales en personas afiliadas al régimen subsidiado (39,4%); mientras que para los diagnósticos de trastorno del estado de ánimo y por consumo de sustancias psicoactivas se encontró el porcentaje más alto en población sin régimen de seguridad social, con un 17,5% y 12,3% respectivamente.*

En esa misma línea se observa que la frecuencia de uso de servicios de salud, ya sea medicina general, medicina especialista, alternativa, psiquiatra o servicios sociales es muy baja, está entre un 5% para trastornos de consumo de SPA y alcanza el 14,2 para trastornos del estado de ánimo. Esto demuestra que *aproximadamente entre un 85.5% y un 94.7% de población con trastornos mentales no están accediendo a ningún servicio de salud.*²²

Los autores del estudio concluyen que el inicio de un trastorno mental a edad temprana sugiere que la población está en condición de vulnerabilidad, está expuesta a factores de riesgo y seguramente tiene un bajo acceso a servicios de salud. Frente a esto cobran importancia las acciones de promoción y prevención. Además en comparación a los demás países, *Colombia está entre aquellos que tienen mayor prevalencia de trastornos mentales y a su vez menor proporción en el uso de los servicios.*

- **Encuesta Nacional de Salud Mental 2015**²³

Es la cuarta encuesta poblacional de salud mental, luego de las realizadas en 1993, 1997 y 2003. Allí se hacen visibles por primera vez los *problemas mentales*, es decir, aquellos síntomas o conductas que no constituyen un trastorno mental diagnosticado. El estudio fue de corte transversal, representativo a nivel regional y nacional tomando una muestra que incluyó a 15351 residentes en 13200 hogares en zonas urbanas y rurales. Incluye los grupos etarios desde 7 a 96 años. El objetivo que se planteó fue brindar información actualizada de la salud mental teniendo en cuenta el enfoque de los determinantes sociales y de la equidad.

Para la población de 7 a 11 años se tuvieron en cuenta: depresión mayor, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta. Para la población adolescente de 12 a 17 años se incluyen: trastorno depresivo mayor, menor y distimia, trastorno afectivo bipolar I y II, trastornos de ansiedad generalizada, pánico y fobia social y por último, conducta suicida. Para el grupo adulto, se abordan los mismos trastornos que los adolescentes y la conducta suicida.²⁴

Respecto a los resultados de los trastornos mentales en el grupo de adultos, se observa una prevalencia en el país de 9,1% para los trastornos mentales siendo de

²² Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Recuperado de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.

²³ Ministerio de Salud y Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

²⁴ Ministerio de Salud y Protección social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://tinyurl.com/y7lumsxh>

8,2% en hombres y de 10,1% en mujeres. Para los últimos 12 meses la prevalencia es de 4% (3,2% para hombres y 4,8% para mujeres) y para los últimos 30 días es de 1,6% (1,1% en hombres y 2,1% en mujeres). La prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad son similares (2,1% y 2,4% respectivamente), además las prevalencias en las mujeres suelen ser mayores que en los varones, siendo el trastorno que ocupa el primer lugar el depresivo con un 1,6%, seguido de la fobia social. Al discriminar los resultados por grupo etario, los adultos entre 18 y 44 años presentan mayor prevalencia en los tres periodos (toda la vida, últimos 12 meses y últimos 3 meses).

Respecto a las regiones, la Pacífica tiene mayor prevalencia con 5,6% en los últimos 12 meses y en toda la vida, sigue Bogotá con 12,9% seguida por la Pacífica con 11%; asimismo la prevalencia de vida es mayor en las zonas urbanas (6,0%) que en las rurales (3,3%). Bogotá es la ciudad con prevalencia más alta para toda la vida con un 9,4% y la más baja es la región Atlántica con 2,2%. Por último, hay diferencias en la medición de los últimos 12 meses en relación con la pobreza: más alta la prevalencia en adultos en condición de pobreza (2,4%) en comparación con los que no están en esa situación (1,9%).

En términos generales, en adultos (18 años y más) 1 de cada 25 personas tiene alguno de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses y 9 de cada 100 ha padecido alguno en el transcurso de su vida. *Teniendo en cuenta que la encuesta contempló solo algunos trastornos mentales, de los evaluados los más prevalentes en adultos son el trastorno depresivo mayor y la fobia social. Los trastornos afectivo y de ansiedad fueron más frecuentes en mujeres adultas que en hombres.*²⁵

2.4. Planes, Programas y Estrategias de Salud Mental

2.4.1. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental Mundial 2013-2020²⁶

Frente a las problemáticas evidenciadas a nivel mundial, la OMS en el año 2013 implementa el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 para generar mejoras en la gobernanza en el ámbito de los servicios de salud mental y asistencia en entornos comunitarios, en las estrategias de promoción y prevención en este campo y en los sistemas de información e investigaciones. El alcance es mundial y tiene por objeto brindar orientaciones para los planes de acción nacional.

De acuerdo a este Plan, *la salud mental, al igual que otros aspectos de la salud, puede verse afectada por diversos factores que deben ser abordados a través de estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que involucren a todos los gobiernos.* La visión que contempla el plan es que se fomente y se proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales y quienes son afectados por ellos ejerzan sus derechos y accedan de forma oportuna a

²⁵ Ministerio de Salud y Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

²⁶ OMS (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

los servicios sanitarios logrando el mayor nivel de salud y participación en la sociedad y el ámbito laboral sin lugar a estigmatizaciones ni discriminaciones.

Sin embargo, no se evidencia una respuesta adecuada por parte de los sistemas de salud, hay gran divergencia entre la necesidad y la prestación de servicios. *En países de ingresos bajos y medios (Colombia se encuentra entre los de ingresos medios-altos), entre un 76% y un 85% de sujetos con algún trastorno mental grave no reciben ningún tratamiento; mientras que en los países de ingresos altos la cifra está entre un 35% y un 50%.* El panorama se oscurece más por la escasa calidad en la atención. Esto puede deberse a escasez de recursos en los países para responder a las necesidades y a la distribución inequitativa así como el uso poco eficiente de los recursos. Si se reorientara la financiación hacia servicios comunitarios y programas en salud materna, sexual, reproductiva e infantil, VIH y enfermedades no transmisibles, más personas accederían a intervenciones costoefectivas y de mejor calidad.

La legislación es escasa en países de ingresos bajos y medios, con un porcentaje de 36%. Esto quiere decir que sólo este porcentaje de personas están amparadas por políticas de salud mental en comparación con el 92% de países desarrollados. En segundo lugar, la disponibilidad de medicamentos básicos en la atención primaria para trastornos mentales es baja si se compara con otras enfermedades infecciosas e incluso las no transmisibles; otro obstáculo es la ausencia de personal cualificado para ofrecer tratamiento no farmacológico.

Tabla 3. Objetivos y Metas del Plan de Acción 2013-2020²⁷

PLAN ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020		
Objetivos plan de acción	Metas del plan de acción	Valores de referencia para 2013
OBJETIVO 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.	Meta 1.1: El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas y planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).	Ochenta y ocho países, es decir, el 56% de los países que respondieron al cuestionario y el 45% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en una autoevaluación mediante la verificación de una lista de parámetros (véase el apartado 2,1 del informe).
	Meta 1.2: El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.	Sesenta y cinco países, es decir, el 42% de los países que respondieron al cuestionario y el 34% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en una autoevaluación mediante la verificación de una lista de parámetros (véase el apartado 2.1 del informe).

²⁷ OMS (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

OBJETIVO 2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.	Meta 2: La cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020).	No puede calcularse a partir de datos del Atlas de 2014 pero, de acuerdo con los estudios realizados sobre los déficits de tratamiento y la población tratada en los servicios sanitarios, se estima que el porcentaje es inferior al 25%.
OBJETIVO 3. Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.	Meta 3.1: El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020):	Ochenta países, es decir, el 48% de los países que respondieron al cuestionario y el 41% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en inventarios cumplimentados por los países sobre sus programas actuales (véase el apartado 4 del informe).
	Meta 3.2: Se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).	11,4 por cada 100.000 habitantes. El valor se basa en un cálculo normalizado según la edad a nivel mundial (véase el informe de la OMS de 2014 sobre el suicidio).
OBJETIVO 4. Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.	Meta 4: El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020).	Sesenta y cuatro países, es decir, el 42% de los países que respondieron al cuestionario y el 33% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en una autoevaluación de la capacidad para recopilar periódicamente datos sobre salud mental correspondientes, al menos, al sector público (véase el apartado 1 del informe).

2.4.2. Políticas de salud mental en Colombia

- **Ley 1616 “Por medio de la cual se expide la ley nacional de salud mental y se dictan otras disposiciones”**

La ley 1616, expedida en el 2013, tuvo como propósito garantizar el derecho a la salud mental de la población, estableciendo como prioridad a niños, niñas y adolescentes. Concibe la salud mental como un elemento esencial del bienestar y la calidad de vida de la población. *Otorga por tanto al Estado la responsabilidad de garantizar dicho derecho mediante: la promoción de la salud mental y*

*la prevención del trastorno mental, atención integral para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación*²⁸.

Asimismo plantea la promoción de la salud mental como una estrategia intersectorial que está orientada a transformar los determinantes de la salud mental, mientras que se concibe la prevención como aquellas intervenciones dirigidas a impactar en los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales y en detectar factores protectores. Las acciones de promoción incluyen la inclusión social, eliminar la discriminación, el buen trato y prevención de violencias, del suicidio y del consumo de SPA; participación social, etc.

Otro elemento clave que plantea la ley 1616 es que la atención en salud mental adoptará el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) en sus protocolos y guías de atención, se deberá contar con la participación ciudadana de las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y otros actores importantes. Esto incluye acciones complementarias al tratamiento como la integración familiar, social, laboral y educativa para lo cual se requiere la incorporación de diferentes sectores - además del sector salud- para el diseño, la implementación y evaluación de la atención integral en salud.

- **Plan Nacional de Salud Mental**²⁹

Este plan retoma los objetivos, metas y estrategias propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Dentro de sus componentes prioritarios, están: acciones promocionales de la salud mental, acciones de prevención del trastorno mental y acciones de atención integral en salud mental. Para las problemáticas prioritarias, éstas son las que aparecen definidas en la Política Nacional de Salud Mental 1998, el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 y los planes de salud pública, entre otros. Dichas problemáticas son: violencia y convivencia, trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) y abuso y dependencia de sustancias.

Cabe mencionar que el enfoque retomado en el Plan es el de *determinantes sociales*, el cual contempla que son factores importantes en la génesis, el desarrollo y la presencia de problemas de salud mental, que generan efectos negativos e impactan en la salud, siendo estos efectos susceptibles de ser prevenidos e intervenidos para minimizarlos. Uno de los que más se destacan es la condición socioeconómica. En segundo lugar, el Plan hace énfasis en la promoción mediante el fortalecimiento de factores protectores (por ejemplo, el apoyo social) y la prevención mediante la mitigación de factores de riesgo como la pobreza, la violencia, entre otros. Por último, se establece que es preferible intervenir sobre factores protectores y de riesgos generales en vez de específicos, por generales se refiere a aquellos factores cuyos efectos se relacionan al tiempo con varias condiciones.³⁰

Dentro de las áreas prioritarias mencionadas anteriormente, está en primer lugar la violencia y convivencia, donde se cuenta con 4 estrategias: entornos favorables para la convivencia (promoviendo la interacción en espacios públicos como parques y zonas de recreación bajo responsabilidad de los gobiernos municipales); redes socio-institucionales (promoviendo la

²⁸ Congreso de Colombia (2013). Ley 1616 de Salud Mental. Recuperada de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

²⁹ Ministerio de Salud y Protección Social y OMS (2015). Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021.

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social y OMS (2015). Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021.

convivencia social, fortalecimiento del tejido social, capital social y redes de apoyo); movilización social y comunitaria (el objetivo es fortalecer la participación social para combatir el estigma de los trastornos mentales lo cual será responsabilidad e los gobiernos municipales y de las EPS implementando estrategias de promoción de la salud mental); y por último, la gestión de conocimiento en salud mental (fomento de investigación aplicada para promover el conocimiento sobre actividades efectivas en salud mental a cargo de COLCIENCAS y sus proyectos financiados).

Objetivo General del Plan Nacional de Salud Mental:

Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar acciones promocionales para el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidades.
2. Orientar acciones para la prevención de los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.
3. Promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.
4. Implementar acciones de rehabilitación basada en comunidad para la inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, epilepsia y víctimas de violencias interpersonales.
5. Fortalecer los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud pública en salud mental.

Ejes de la política nacional de salud mental

Los ejes de política orientan estratégicamente las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud. A continuación, se enuncia y describe cada uno de ellos, así como se plantean líneas de acción que permitirán la materialización operativa de esta Política.

Considerando que esta Política se armoniza con la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, los ejes que se describen a continuación se desarrollarán a través de las *Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS-*, toda vez que estas son las herramientas que orientan a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, acerca de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de acciones para promover el bienestar y el desarrollo de los sujetos en los entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. En tal virtud, se plantean los siguientes ejes de la Política: ²⁶

La propuesta que presentamos en el presente Proyecto de Acuerdo, se enmarca en los siguientes Ejes y Estrategias de la Política Nacional de Salud Mental:

EJE	DEFINICIÓN Y ALCANCE	OBJETIVO	ESTRATEGIAS
Promoción de la convivencia	Agrupar todas aquellas acciones intersectoriales	Crear las condiciones	Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector

<p>y la salud mental en los entornos</p>	<p>orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental para afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos.</p> <p>Lo anterior implica comprender la salud mental como un proceso histórico, dinámico y contextualizado, en el que se pone en juego la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas que se construyen y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas que se desarrollan cuando se decide libre y conscientemente relacionarse con otros y otras.</p>	<p>individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social.</p>	<p>de la salud mental:</p> <p>El desarrollo de este eje desde el sector salud se dará a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida; con la participación de los demás sectores según su competencia. Esta ruta, de carácter individual y colectivo, promueve la salud mental, previene los riesgos asociados a los trastornos mentales y genera cultura del cuidado de la salud mental en las personas, familias y comunidades e incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica, y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.</p>
<p>Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral)</p>	<p>Se refiere a la organización y complementariedad de las acciones de los actores de sistema de salud para responder a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades. Según la Política Integral de Atención en Salud, la integralidad en la atención comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje</p>	<p>Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la</p>	<p><i>Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los servicios de baja complejidad que faciliten el acceso y la atención integral en salud mental y epilepsia de las personas en el territorio, vinculando a gestores comunitarios. • Incentivar el desarrollo de

	<p>integral de la salud y la enfermedad. Para su desarrollo requiere adicionalmente de la integración exitosa de la salud mental a la atención primaria de salud mental que promueve el respeto de los derechos humanos.</p>	<p>continuidad y la oferta de servicios de salud mental.</p>	<p>los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial. • Realizar los procesos de gestión necesarios para el funcionamiento de las redes integrales de atención, tales como la formación continua y suficiencia del talento humano, habilitación y acreditación, definición de procesos y procedimientos de atención, definición de mecanismos de contratación y pago, adaptación intercultural participativa de los servicios en salud mental y epilepsia para la atención de población étnica.
<p>Fortalecer el sistema de información para el seguimiento y monitoreo de la provisión de servicios.</p> <p>Este eje se desarrollará a través de las Rutas Integrales de Atención en</p>	<p>Es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima en los aspectos funcionales físicos, psicológicos, educativos, sociales, y ocupacionales, con el fin de lograr equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Incluye la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad</p>	<p>Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la</p>	<p>Ampliar la cobertura y cualificar la implementación de la Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia. b. Remitir oportunamente los casos detectados a los servicios de salud y

<p>Salud que aborden riesgos en salud mental; con intervenciones individuales y colectivas dirigidas tanto a evitar la aparición de condiciones específicas en salud mental como a realizar el diagnóstico y la remisión oportuna para el tratamiento.</p>	<p>con apoyo directo de los entes de salud local. La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia. Implica de esta manera, la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación.</p>	<p>participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional), hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros.</p>	<p>a otros sectores, y realizar seguimiento con la familia y la comunidad.</p> <p>c. Apoyar y acompañar a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales incluyendo el fortalecimiento de capacidades para el manejo del trastorno mental.</p> <p>d. Conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua.</p> <p>e. Fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social.</p> <p>f. Fortalecer redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales.</p> <p>g. Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.</p> <p>El desarrollo de este eje se dará mediante la implementación Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida y las Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental.</p>
--	---	---	--

- **Plan Decenal de Salud Pública**

En el *Plan Decenal de Salud Pública*, el objetivo general de la dimensión de salud mental es crear espacios que contribuyan al desarrollo individual y colectivo, gestionar de manera integral los riesgos asociados a la salud mental y por último disminuir la carga de la enfermedad mental. En otras palabras, busca no sólo impactar en la salud mental individual sino también en el entorno familiar, educativo, comunitario y laboral.

Existen dos dimensiones explícitas asociadas a la salud mental: en primer lugar la convivencia, entendida como el desarrollo de relaciones basadas en el respeto, la tolerancia por la diferencia y la participación para construir consensos. Los objetivos del componente de la convivencia son fomentar el autocuidado, incidir en los imaginarios culturales, promover factores protectores e impactar en los determinantes psicosociales de la salud. Para alcanzar dichas metas, se propusieron entornos protectores de la salud mental; entornos favorables para la convivencia mediante la resolución adecuada de conflictos, la comunicación asertiva, entre otros; redes sociales e institucionales; información y educación a partir de acciones pedagógicas y movilización social y comunitaria para garantizar el derecho de la atención psicosocial.

El segundo componente dentro del Plan Decenal de Salud Pública, tiene que ver con la prevención y atención de problemas y trastornos mentales temporales o permanentes detectados por el sujeto o por otras personas que puedan poner en riesgo el bienestar de la persona y su relación con la comunidad y el entorno. Se debe hacer énfasis en estados de alto impacto y costo emocional, social y económico. Por ello establece como objetivos la intervención de factores de riesgo; fortalecer la gestión institucional y comunitaria; identificar necesidades que requieren atención psicosocial, sectorial y transectorial, entre otros.

Respecto a las estrategias del componente, prioriza igualmente la participación comunitaria como la estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad; educación para la prevención de violencia; políticas públicas para disminuir el porte y uso de armas; estrategia nacional frente al consumo de alcohol.

En cuanto a la legislación durante el último siglo y el siglo pasado se han logrado avances en el país en la normatividad de la salud. A grandes rasgos, a partir de la Constitución, la ley 100 y las reformas al sistema de salud se le ha otorgado la responsabilidad al Estado mediante la adopción de políticas públicas para grupos según su ciclo vital o la vulnerabilidad para garantizar los derechos de la población y contribuir con ello directa o indirectamente a la salud mental. Crear políticas no garantiza los resultados, pues se dan dificultades en su implementación, en el proceso de evaluación y la articulación intersectorial. Asimismo, la normatividad en salud de 1960-2012 no es específica para la salud mental.³¹

- **Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS**

Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS- definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como

³¹ Ardón, N. y Cubillos, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Gerencia y Políticas de Salud 11*, 23. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4456>

plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.³²

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.³³

Las RIAS están constituidas por tres tramos: 1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores. 2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para —evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento. 3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

COMPONENTES DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD – RIAS

En este capítulo se presentan los elementos que ordenan las RIAS, las acciones / intervenciones que garantizan el continuo de la atención integral en salud, los hitos, los desenlaces esperados o resultados en salud, la gobernanza en salud, la búsqueda de la evidencia científica, las categorías de atención, y las formas de presentación de las RIAS.

Ordenadores de las rutas integrales de atención en salud

– Momentos del curso de vida

De acuerdo con el documento de apropiación del enfoque de curso de vida del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) del 2014 este enfoque aborda a las personas en los diferentes momentos del continuo de la vida reconociendo las características y los cambios que, desde la particularidad de cada uno, potencian el desarrollo y la salud de las personas, constituyéndose en una aproximación transversal para facilitar la medición y monitoreo, sin perder de vista que se trata de un continuo, evitando caer en el error de analizar segmentos aislados.

Para abordar los momentos vitales se tendrá en cuenta que la edad debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona.

³² Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

³³ *Ibíd.*

Vejez: Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte.

Grupos de riesgo: El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido como grupo de riesgo a un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten: i) La historia natural de la enfermedad, ii) Factores de riesgo relacionados, iii) Desenlaces clínicos y iv) Formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

Son dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención en salud:

Ilustración 6. Grupos de riesgo priorizados para las RIAS



Fuente: Ministerio de Salud (2014)

Los grupos de riesgo serán tenidos en cuenta por las entidades territoriales de acuerdo al análisis de la situación en salud, para la realización de acciones de promoción de la salud e intervenciones sectoriales e intersectoriales, así como para realizar las interfaces con los aseguradores para orientar las intervenciones individuales y colectivas que conlleven a los resultados esperados en salud en su jurisdicción.

Para efectos de este proyecto de acuerdo, los grupos de riesgo priorizados están en aquellos con problemas de salud mental y aquellos con trastornos degenerativos y neuropatías.

2.4.3. Política Distrital de Salud Mental

“La Política Distrital de Salud Mental 2015-2025 ha sido desarrollada para garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad,

acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida.”³⁴

Objetivo general

Garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida.

Objetivos específicos

1. Posicionar nuevas comprensiones de la salud mental en el Distrito capital desde un concepto positivo que permita la transformación de imaginarios, representaciones y prácticas sociales instauradas frente a la salud mental asociada a la enfermedad y el trastorno.
2. Garantizar la atención integral, integrada y de calidad en salud mental, desarrollando y fortaleciendo programas y servicios y consolidando la red de atención en salud mental en el Distrito capital.
3. Desarrollar y fortalecer sistemas de información y vigilancia de los eventos, trastornos mentales y del comportamiento, encaminados al análisis, la orientación de las intervenciones, la toma de decisiones y la incidencia política.

Estructura de la Política Distrital de Salud Mental

Eje 1. Posicionamiento de la salud mental

El Estado y la sociedad en general deben reconocer que la salud mental es esencial para el desarrollo integral y que se materializa en la vida cotidiana a través de las relaciones que se establecen en el contexto. Debe subrayarse que la salud mental posibilita el ejercicio pleno de la ciudadanía, el cual requiere del desarrollo humano, del goce efectivo de los derechos y de la calidad de vida; de igual forma, es un factor fundamental para la interacción, la convivencia, la equidad y el desarrollo económico y social.

Componente 1. Participación social, comunitaria y ciudadana con incidencia política.

El posicionamiento de la salud mental requiere acciones progresivas y constantes que fortalezcan y sostengan la articulación de instancias nacionales, distritales y locales que incentiven la participación y la movilización social y comunitaria, orientadas a la incidencia en el financiamiento, regulación y desarrollo de planes de acción sectoriales y transectoriales, a través del ejercicio de control social.

Eje 2. Atención integral e integrada en salud mental

De acuerdo a la Ley 1616 de 2013, la atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

³⁴ Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025

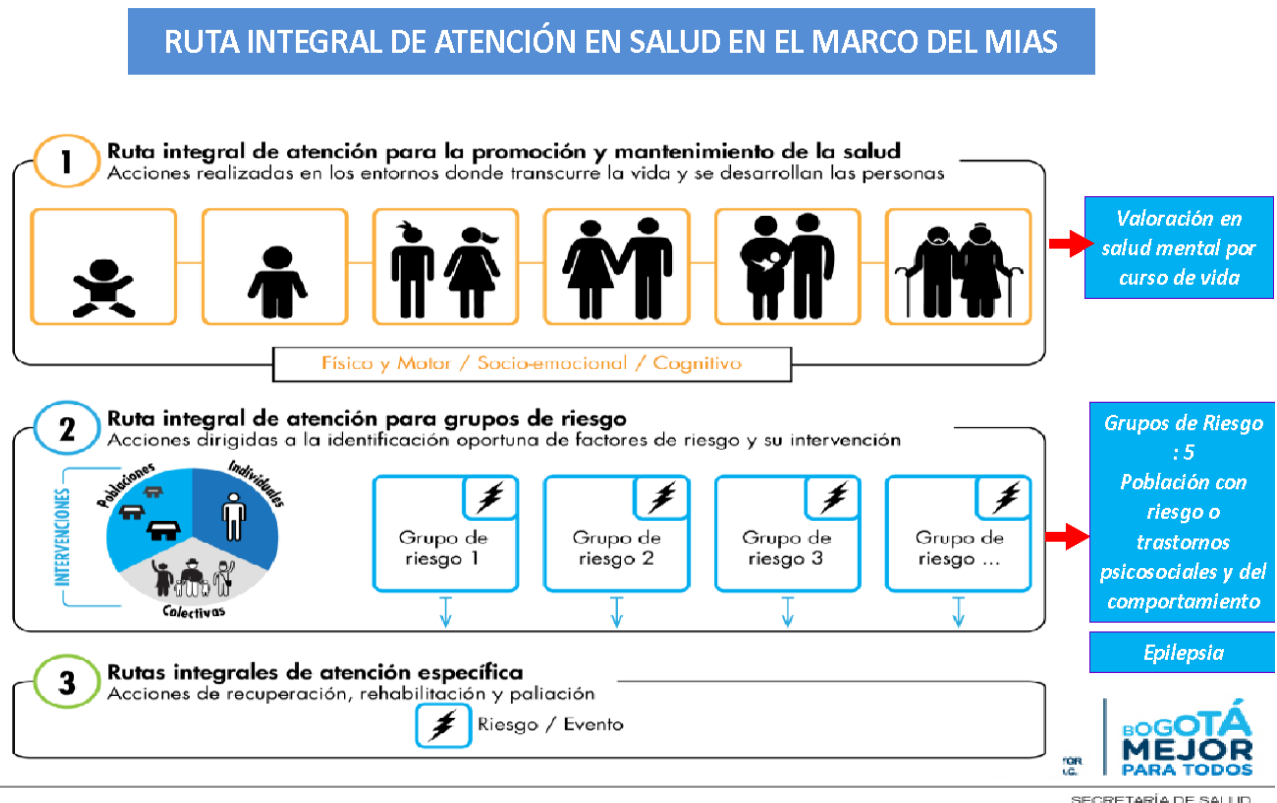
A través de este eje se busca materializar el derecho a la salud mental en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales. Para ello se requiere consolidar la oferta de programas y servicios en salud mental, así como fortalecer tanto la red de atención como el equipo humano y sus condiciones operativas.

• **RIA Distrital**

De los dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud, el que nos compete es la **RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento y epilepsia**

Esta RIA busca “Brindar Atención Integral e Integrada en Salud Mental a toda la población de Bogotá, en el marco del modelo integral de atención en salud y de su operacionalización a través de la RIAS, mediante el desarrollo de estrategias específicas, dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud mental, a la identificación y gestión del riesgo colectivo e individual y a la alta resolutivez en el abordaje de los problemas, trastornos mentales y eventos psicosociales de alta prioridad en salud pública, con pertinencia, oportunidad, accesibilidad, eficacia, eficiencia y efectividad.”

Ilustración 7. Ruta Integral de Atención en Salud Distrito



Fuente: Secretaría Distrital de Salud

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN INTERVENCIONES TRAMO TRASTORNOS MENTALES						
OBJETIVO	ACTIVIDADES MINIMAS		FRECUENCIA MINIMA ANUAL	HERRAMIENTAS	RESPONSABLE	RESULTADO ESPERADO
	Actividad	Descripción				
Fortalecer capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales	Consulta enfermería	Valoración y apoyo para el mejoramiento del estilo de vida hacia condiciones saludables, con énfasis en 4 x 4 y promoción de convivencia sana	2		Enfermera entrenada	El individuo modifica estilos de vida hacia prácticas saludables
	Sesión grupal Enfermera Auxiliara Terapeuta ocupacional Gestor comunitario Cuidador Otros	Aplicación de metodología de grupo de apoyo para el mejoramiento de estilos de vida	2		Enfermera Auxiliara Terapeuta ocupacional Gestor comunitario Cuidador Otros	El individuo y la familia fortalecen sus capacidades de afrontamiento en la interacción con el grupo.
Garantizar el manejo oportuno, integral e integrado de trastornos y patologías mentales	Consulta médico general	Atención individual para el manejo clínico según guías y protocolos	6	GPC	Médico general entrenado	Control de la evolución de la enfermedad y estabilización del paciente. Prevención de progresión de secuelas no deseadas. Control y adherencia al tratamiento establecido
	Consulta médico especialista	Atención individual para el manejo clínico según guías y protocolos	2		Psiquiatra	
	Señal de Psicoterapia individual o familiar	Atención individual para el manejo clínico según guías y protocolos	Según necesidad y plan de manejo establecido		Psiquiatra o Psicólogo	
	Consulta de Psicología	Evaluación individual y familiar	2		Psicólogo	
	Laboratorio Clínico	Cuadro Hemático, GOT, GPT, TSI1, vitaminas B12, ácido fólico, RUN, Creatinina, electrolitos, VDRL, perfil lipídico, Elisa VIH; EKG. La solicitud de estas dependerá del criterio médico y lo definido por GPC. (Pruebas especiales: niveles séricos de litio, AVP o CRP según necesidad clínica).	Según criterio del tratante y lo estipulado por las GPC (mínimo 1 previo a inicio de psicofarmacos)		Laboratorio Clínico	
	Imagenología	TAC cráneo simple y Contrastado	Según criterio del tratante y lo estipulado por las GPC		Imagenología	
	Consulta terapeuta	Valoración ocupacional/física e instalación de plan de manejo según necesidad	1		Terapeuta físico / ocupacional	
	Consulta nutrición	Valoración nutricional de pacientes con riesgo para desarrollo de patologías comorbidas y/o riesgo cardiovascular	1		Nutricionista	
	Consulta Químico farmacéutico	Valoración adherencia y rotación a manejo farmacológico, control de reacciones o efectos relacionados	2		Químico Farmacéutico	
	Consulta fonaudiología	Pacientes con trastornos de lenguaje y en caso de déficit cognitivo/rotando desarrollo psicomotor	según cada caso y a criterio de tratante		Fonaudiólogo	

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN INTERVENCIONES TRAMO TRASTORNOS MENTALES						
OBJETIVO	ACTIVIDADES MINIMAS		FRECUENCIA MINIMA ANUAL	HERRAMIENTAS	RESPONSABLE	RESULTADO ESPERADO
	Actividad	Descripción				
Mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas con problemas y trastornos mentales y sus familias	Consulta trabajo social	Identificación de redes de apoyo familiar y social, necesidad de asistencia social, situación laboral/ocupacional, educativa y tiempo libre. Valoración individual y familiar y seguimiento. a. Evaluación y análisis de riesgos en salud mental. b. Definición de curso de acción con el usuario y la familia (Plan de gestión de los riesgos identificados). Identificación de roles, concertación de responsabilidades y acciones a desarrollar por parte de cada miembro de la familia.	4		Trabajador social entrenado	Diagnóstico psicosocial. El usuario y la familia reconocen los riesgos asociados a su condición de salud mental y comprenden un curso de acción para gestionarlos desde sus propios recursos
	Psicopedagogía	Evaluar habilidades para la inclusión escolar y diseño de programas de inclusión adaptados al perfil del paciente	Según necesidad		Psicopedagogo Educativo Educativo Especial Psicólogo Terapeuta ocupacional Terapeuta de lenguaje	Incluir en ámbito escolar a los niños niñas y adolescentes con epilepsia
	Sesión grupal	Actividades grupales con usuarios y familiares para generar capacidades en relación con los problemas y trastornos mentales. Su tratamiento psicoterapéutico, farmacológico y manejo en casa. Riesgos en salud mental para el cuidador y la forma de prevenirlos. Deberes y derechos en salud. Información sobre programas de promoción y prevención existentes en el territorio a los cuales pueden acceder. ONGs, otros centros de atención, grupos de ayuda mutua, asociaciones, etc.	2		Trabajador social	Los usuarios y familias adoptan comportamientos para el cuidado de su salud mental
	Visita domiciliaria	Seguimiento al plan de gestión de riesgos con el usuario y la familia, identificación de dificultades y acompañamiento en la búsqueda de soluciones. (Reajuste o redifinición del plan de gestión de riesgos)	4		Trabajador social Auxiliar en salud pública Agente comunitario.	El individuo y la familia concertan soluciones a las dificultades encontradas para la reducción de los riesgos identificados. Se fortalece la adherencia al tratamiento y la auto gestión para acceder a programas y servicios de salud y de otros sectores.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Este recorrido por las políticas, planes y programas dirigidos a la salud mental nos permitió evidenciar que normativamente existe el andamiaje necesario que soporta la iniciativa puesta a consideración en este documento. En este orden de ideas, se puede establecer que el Programa Manillas Salvavidas busca materializar las políticas, planes y programas de salud mental, ya que mediante éste se garantiza el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el Distrito Capital. Así mismo, la iniciativa pretende responder a las necesidades de salud mental de la población, en sus componentes de tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

3. Fundamento Jurídico

Legislación internacional

- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS- PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (1982, 2002)
 - Artículo 11 Derecho a un nivel de vida adecuado.
 - Artículo 12 Derecho a la salud física y mental.
- CONVENCIÓN AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (1969)
- CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES
- PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD (1991)
- PROCLAMACIÓN SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (1992)
- ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (2003)
- DECLARACIÓN DE LA SEGUNDA CONFERENCIA INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DECLARACIÓN DE BRASILIA (2007)
- PLAN DE ACCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES, INCLUIDO EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE (2009)
- CARTA DE SAN JOSÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2012)

Marco Constitucional

Constitución Política de Colombia

- **ARTÍCULO 2.** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.
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 13.** 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. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. **El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta** y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.
- **ARTÍCULO 46.** El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las **personas de la tercera edad** y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.
- **ARTÍCULO 47.** 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

Legislación Colombiana

- **LEY 100 DE 1993. Congreso de la República Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, entre ellas el Sistema de Seguridad Social en Salud.**

- **LEY 1251 DE 2008, Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.**

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

ARTÍCULO 7. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO VEJEZ.

<Título artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 1850 de 2017> El Estado, en cumplimiento de los fines sociales, es responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones encaminadas al desarrollo integral del adulto mayor, para lo cual deberá elaborar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: Numeral 1: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores como miembros de la sociedad, de manera preferente la de aquellos más pobres y vulnerables y numeral 7: Exigir una prestación de servicios con calidad al adulto mayor en todos sus ámbitos.

ARTÍCULO 17. AREAS DE INTERVENCIÓN. En la elaboración del Plan Nacional se tendrán en cuenta las siguientes áreas de intervención: Numeral 1: Protección a la salud y bienestar social. Los adultos mayores tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de la Protección Social atenderá las necesidades de salud y de bienestar social de este grupo poblacional mediante la formulación de políticas y

directrices en materia de salud y bienestar social, a fin de que se presten servicios integrados con calidad.

ARTÍCULO 20. REQUISITOS ESENCIALES. Para su funcionamiento, las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor deberán acreditar: g) **Salud mental.** Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar.

- **LEY 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"**

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado.

- **LEY 1850 DE 2017 - Medidas de protección al adulto mayor en Colombia.** Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.

Artículo 8. Inclúyase en el artículo 7° de la Ley 1251 de 2008 (Objetivos de la Política Nacional de Envejecimiento Vejez), el siguiente numeral: 10. Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

Normas de Orden Nacional

- **Resolución 2358 de 1998. Política Nacional en Salud Mental.** Establece factores condicionantes de salud de diversa índole: biológica, ambiental, comportamental, social, política, económica, cultural. Asimismo estableció mediciones del nivel de salud a través de la estructura de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad específicas por grupo etario y por género.
- **Resolución 4886 de 2018 "Por la cual se adopta la Política Nacional de salud mental"**
- **Resolución 1378 DE 2015.** "Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del "Día del Colombiano"
- **Decreto 345 de 2010 "Por medio del cual se adopta la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital"**

ARTÍCULO 9°. Dimensiones, ejes y líneas. La Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital se estructura a partir de las siguientes dimensiones: Vivir como se quiere en la vejez, vivir bien en la vejez, vivir sin humillaciones en la vejez, Cambiando para mejorar y envejecer juntos y juntas.

Jurisprudencia

Sentencia: T-252/2017 Los adultos mayores son un grupo vulnerable, por ello han sido catalogados como sujetos de especial protección constitucional en múltiples sentencias de esta Corporación. Desde el punto de vista teórico, esto puede obedecer a los tipos de opresión, maltrato o abandono a los que puede llegar a estar sometida la población mayor, dadas las condiciones, físicas, económicas o sociológicas, que la diferencian de los otros tipos de colectivos o sujetos.

4. Competencia

- **Decreto Ley 1421 de 1993.**

El Concejo Distrital de Bogotá D.C. es competente de conformidad con el artículo 12:

Artículo 12º. 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.

(...)

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

(...)"

- **Acuerdo 741 de 2019**

Artículo 65.- INICIATIVA.

Los proyectos de acuerdo pueden ser presentados por los Concejales individualmente a través de las Bancadas de manera integrada con otros Concejales o Bancadas y por el Alcalde Mayor, por medio de sus Secretarios, Jefes de Departamento Administrativo o Representantes Legales de las Entidades Descentralizadas.

(...)

5. Consideraciones finales

A lo largo de la justificación del presente Proyecto de Acuerdo se ha evidenciado que no solo nos enfrentamos a un acelerado envejecimiento demográfico a nivel mundial, sino a un aumento de las enfermedades mentales como la demencia, entre estas, el Alzheimer en las personas mayores.

Se trata de una problemática que afecta a las personas mayores que genera consecuencias negativas, no solo al sujeto, sino también, a su familia y a la sociedad en su conjunto. Las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.

Las enfermedades mentales en las personas mayores son un problema de salud pública que requiere una oportuna y eficaz solución por parte de las autoridades de salud, en especial, en un contexto en el que se ha demostrado que la pirámide poblacional sufre una transformación.

Si bien los trastornos afectivos y del estado del ánimo (como la depresión), así como la ansiedad y el consumo y abuso de sustancias psicoactivas han sido los más prevalentes en la población del país en todos los grupos etarios conforme a las encuestas nacionales de salud mental, la demencia sigue siendo una de las principales causas de discapacidad y dependencia de las personas mayores de 60 años a nivel mundial y se da en mayor medida en países de ingresos bajos y de ingresos medios como Colombia.

Pero no solo las personas mayores de 60 años están dentro del grupo social con un riesgo significativamente mayor de tener problemas y/o alteraciones de salud mental que puedan derivar en un trastorno mental, sino además aquellas personas mayores que viven en condición de pobreza, abandono, maltrato y que tienen problemas de salud crónicos. Otro importante factor de riesgo para

enfermedades mentales como la demencia son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social e inactividad cognitiva.

Los pocos estudios de salud mental a nivel nacional no contemplaron los TNMA para los adultos y personas mayores de 60 años, por lo que no se sabe a ciencia cierta cuál es la prevalencia de estos trastornos en el país y en la capital, ya que no siempre los diagnósticos son oportunos, y no siempre los ciudadanos acceden a los servicios de salud. Esto lo confirma la OMS cuando reporta que, en países de ingresos medios como Colombia, entre un 76% y un 85% de sujetos con algún trastorno mental grave no reciben ningún tratamiento; mientras que en los países de ingresos altos la cifra está entre un 35% y un 50%.

Debe subrayarse que la salud mental posibilita el ejercicio pleno de la ciudadanía, el cual requiere del desarrollo humano, del goce efectivo de los derechos y de la calidad de vida; de igual forma, es un factor fundamental para la interacción, la convivencia, la equidad y el desarrollo económico y social.

Asimismo, se ha evidenciado la **ausencia de un mecanismo oficial de búsqueda e identificación de Personas Mayores diagnosticadas con Trastorno Neurocognitivo Mayor en el Distrito Capital.**

En este contexto, es necesario adoptar mecanismos encaminados a garantizar el bienestar de las personas que hacen parte de este grupo poblacional, lo cual implica adoptar medidas para salvaguardar su vida y bienestar, así como el de sus familias.

En la exposición de motivos del proyecto de acuerdo puesto a consideración del Concejo de Bogotá y de la Administración Distrital en esta ocasión, se ha demostrado que uno de los principales problemas que enfrenta la población de personas mayores tiene que ver con su salud mental, en especial, con los trastornos cognitivos.

Lamentablemente esta patología, en la mayoría de los casos, es irreversible, presentando síntomas como la pérdida de la memoria y la desorientación, que conllevan a que un gran número de estas personas se extravíen y terminen en condición de habitantes de calle, o en el peor de los casos, en la muerte.

Basados en los argumentos expuestos, el espíritu del presente proyecto de acuerdo gira en torno a la garantía del derecho a la vida, el bienestar y la salud mental de las personas mayores en el Distrito Capital que padecen algún tipo de Trastorno Neurológico Mayor.

En este orden de ideas, la iniciativa consiste en **implementar un mecanismo oficial de identificación de las Personas Mayores diagnosticadas con demencia en el Distrito Capital, mediante la implementación de una manilla o pulsera que permita la identificación y ubicación de las personas mayores en su lugar de residencia en caso de desorientación o extravío.**

6. Impacto fiscal

Ley 819 de 2003 ordena lo siguiente:

"Artículo 7º. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios

tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

"Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo".

7. Conclusión

En la exposición de motivos que acabamos de presentar pusimos en evidencia la carencia en el Distrito Capital de un sistema de información en el que se disponga de los datos de las personas mayores diagnosticadas con demencia. Tampoco existe un mecanismo oficial de identificación y búsqueda de estas personas, por lo cual, muchas de éstas no aparecen o son encontradas tras varios días después de haber padecido la inclemencia de las calles capitalinas. Por tal razón, ponemos a consideración del Concejo Distrital esta iniciativa que busca dar una solución a un problema que cada vez cobra mayor relevancia en el contexto de las políticas dirigidas al sector salud, como es la salud mental, en una sociedad cuya población se está envejeciendo.

Cordialmente,

Armando Gutiérrez González
Concejale de Bogotá – Partido Liberal Colombiano

PROYECTO DE ACUERDO N° 233 DE 2020**PRIMER DEBATE**

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL ‘PROGRAMA MANILLAS SALVAVIDAS’ DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES EN EL DISTRITO CAPITAL DIAGNOSTICADAS CON DEMENCIA, 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 1 del Decreto Ley 1421 de 1993.

ACUERDA:

Artículo 1. Objetivo. Créase el “Programa Manillas Salvavidas” como mecanismo oficial de búsqueda e identificación de personas mayores diagnosticadas con demencia en el Distrito Capital.

Artículo 2. Naturaleza. El ‘Programa Manillas Salvavidas’ consiste en la creación y dotación de una pulsera o manilla que contenga la información básica de las personas mayores diagnosticadas con algún tipo de patología relacionada con trastornos neurocognitivos mayores o demencia, con la finalidad de que se posibilite su identificación y ubicación en caso de desorientación o extravío.

Artículo 3. Sistema de Información. Créase un Sistema de Información que consolide los datos de las personas mayores diagnosticadas con algún tipo de patología relacionada con trastornos neurocognitivos mayores o demencia y que sean beneficiadas con el “Programa Manillas Salvavidas”.

Artículo 3. Competencia. para el diseño e implementación del ‘Programa Manillas Salvavidas’, la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 85 del Acuerdo 257 de 2006, orientará y liderará la formulación, adaptación, adopción e implementación del ‘Programa Manilla Salvavidas’, junto con las estrategias conducentes a garantizar la implementación del mismo.

Artículo 4. Implementación. Cada persona mayor que sea diagnosticada con demencia será dotada con una manilla o pulsera que contará, como mínimo, con la siguiente información:

- Nombre completo.
- Edad.
- Dirección de residencia.
- Número de contacto de familiar o persona responsable.

Artículo 5. Cobertura. El ‘Programa Manillas Salvavidas’ será implementado en el casco urbano y en el sector rural de Bogotá D.C. beneficiando a las personas mayores que sean diagnosticadas con demencia.

Artículo 6. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Presidente

Secretario General de Organismo de Control

Alcaldesa de Bogotá

PROYECTO DE ACUERDO N° 234 DE 2020

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO.

Establecer una estrategia para promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital; configurando nuevas prácticas culturales responsables con el ambiente, que involucre a la ciudadanía, al Estado y a los distintos actores de la sociedad civil, con la finalidad de **i)** aportar en la resignificación de la valoración social sobre los bienes comunes del ambiente y, **ii)** superar colectivamente las diversas problemáticas y los diferentes conflictos ambientales que se presentan en el territorio de Bogotá.

2. CONTEXTO.

A manera de contexto, en este acápite se va ahondar, de manera general, en los temas que guardan relación estrecha con el objeto de la presente iniciativa, y que son pertinentes considerarlos en la actual coyuntura, así: **i)** Fauna Silvestre, **ii)** Vecinos Inesperados, **iii)** La Fauna Bogotana y sus asociaciones con la Flora Silvestre, **iv)** La Fauna Silvestre en tiempo de Coronavirus Covid-19, y **v)** Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI.

2.1. FAUNA SILVESTRE.

La Secretaría Distrital de Ambiente, con relación a la fauna silvestre, señala lo siguiente³⁵:

“En Colombia se han establecido formalmente definiciones de fauna silvestre como la que aparece en el Código Nacional de los Recursos Naturales Renovables (Decreto Ley 2811 de 1974); sin embargo, la definición normativa vigente la encontramos en el texto de la Ley 611 de 2000 que establece que fauna silvestre “*se denomina al conjunto de organismos de especies animales terrestres y acuáticas, que no han sido objeto de domesticación, mejoramiento genético, cría regular o que han regresado a su estado salvaje*”.

Esta definición hace referencia a que por fauna silvestre se comprenderían todos aquellos animales que no hacen parte de las especies animales reconocidas por haber sido domesticadas por el ser humano. En este sentido, es claro que las especies silvestres no han sido manipuladas desde un punto de vista reproductivo y de selección zootécnica para buscar que la progenie exhiba ciertas características que beneficien al hombre en términos de mayor productividad.

Una de las características más sobresalientes de la fauna silvestre es que su desarrollo evolutivo se presentó y se viene dando sin la intervención directa del ser humano, es decir, el hombre no interviene en aspectos relacionados con las adaptaciones de estas especies a las condiciones geográficas y climatológicas de las regiones donde habitan.

³⁵ El contenido de este acápite fue tomado de la Página Web de la Secretaría Distrital de Ambiente el 26-06-2020, en el siguiente enlace <http://www.ambientebogota.gov.co/web/fauna-silvestre/conozcamos-la-fauna-silvestre>

Los animales silvestres tienen su ciclo de vida en áreas geográficas naturales donde se han adaptado a las diferentes características que los nichos les ofrecen y donde además, encuentran todos los elementos necesarios para suplir sus necesidades energéticas, fisiológicas, metabólicas y de reproducción.

La reproducción de los animales silvestres está condicionada por la selección natural, y la búsqueda innata de la preservación de la especie por medio de un mayor éxito en la supervivencia individual o del grupo familiar y en la reproducción.

El sistema inmunológico de los animales silvestres es adquirido de manera innata a partir de la información genética de los parentales y de las experiencias en su medio natural y no se ve condicionado al estímulo ofrecido por el ser humano, como en el caso de los animales domésticos a los que es necesario inmunizar por medio de la aplicación de vacunas.

Otro aspecto que permite identificar a los animales silvestres es su comportamiento natural, que ofrece una reacción ante estímulos externos o internos; este está condicionado por un componente innato o genético y uno aprendido o experimentado de su misma especie de acuerdo con las características de su entorno, por supuesto, ninguno de estos mediados por el hombre como resulta en el caso de la fauna doméstica.

Los animales silvestres presentan comportamientos de temor y reacción frente a la presencia de predadores potenciales y del ser humano, este comportamiento ha desaparecido en los animales domésticos porque los procesos de selección hechos por el hombre buscan primordialmente generar razas dóciles, que se acostumbren y lleguen a depender del contacto con el hombre.

Pese a que existen individuos de especies silvestres que se han adaptado para convivir en asentamientos humanos luego de la colonización y la urbanización de áreas naturales, la supervivencia de éstos animales silvestres no se encuentra mediada por el hombre; en estos casos las mismas especies generan comportamientos y adaptaciones que les permite suplir sus necesidades evitando en la mayoría de los casos el contacto directo con las personas.

Este puede ser el caso de una ciudad como Bogotá en la que pese a la fragmentación del hábitat natural, a la contaminación y demás procesos de deterioro ambiental asociados al desarrollo de una gran urbe, existe el predominio de individuos de especies silvestres en el Distrito.”

2.2. VECINOS INESPERADOS.

El documental “*Vecinos Inesperados*” muestra la sorprendente vida de la fauna silvestre de Bogotá; permitiendo descubrir el extraordinario mundo natural de la ciudad y la dramática lucha diaria por la supervivencia de los animales que habitan en nuestras casas, jardines y barrios, las cuales desconocemos o ignoramos³⁶.

El Director del documental, Mauricio Vélez, indicó que “(...) *Vecinos se refiere la relación de vecindad que existe entre los ciudadanos y los animales que conviven y cohabitan en Bogotá. Este nombre hace referencia a la relación que como buenos vecinos debe basarse en el respeto y la*

³⁶ <https://conexioncapital.co/presentan-vecinos-inesperados-un-documental-sobre-la-fauna-silvestre-de-bogota/>

*tolerancia. (...) inesperados porque los espectadores se van a sorprender al descubrir unos vecinos que viven muy cerca de ellos, en sus balcones, casas, jardines, parques y barrios*³⁷.

De esta manera, con el documental se ha dado a conocer las diferentes especies animales que existen en la ciudad: 14 tipos de aves, ocho mamíferos, tres reptiles, más de 13 clases de insectos, además de anfibios, y crustáceos, incluyendo especies como la coati de montaña, el zorro perro y el halcón peregrino³⁸.

Vecinos Inesperados nos muestra cuarenta y ocho (48) locaciones diferentes de la zona rural de Ciudad Bolívar, los páramos de Sumapaz y las moyas; Chingaza, los cerros orientales, Monserrate, los parques La Florida, Virgilio Barco, El salitre, Ciudad Montes, El Virrey, Bicentenario y Nacional; los humedales La conejera, Juan Amarillo, Santa María del Lago y Torca y hasta algunas estaciones de Transmilenio³⁹.

Y se ha evidenciado una *“familia de zorros que deambula la ciudad por la noche, una colibrí que tiene sus crías en el balcón de un apartamento, un cazador implacable que acecha en las terrazas, un águila pescadora que domina el cielo, entre otros animales que se han adaptado a vivir entre 8 millones de humanos*⁴⁰”.

2.3. LA FAUNA BOGOTANA Y SUS ASOCIACIONES CON LA FLORA SILVESTRE⁴¹.

“Un número notable de las especies de animales que se encuentran en Bogotá es favorecido por la presencia en la ciudad de una diversa comunidad de plantas silvestres, es decir, aquellas que nacen por sí solas, sin ser cultivadas (aquí se incluyen muchas de las así llamadas “malezas”).

Muchas especies de fauna urbana no podrían existir en absoluto en la ciudad, si aquí no se encontraran bordes y corredores verdes, humedales, calles y avenidas con una vegetación predominantemente espontánea. Son especies de animales a los que no les basta con lo que plantamos nosotros en los parques, calles y jardines; necesitan algo más, ese “algo” que es lo silvestre.

Uno de los servicios más evidentes que le ofrece la flora silvestre a los animales urbanos es el de crear un hábitat, un refugio para estos. En los espacios más conservados de la ciudad encontramos los ejemplos más notables de esta asociación.

En los humedales, plantas silvestres dominantes, como los juncos (*Schoenoplectus californicus*) y eneas (*Typha domingensis*, *T. latifolia*) ofrecen un refugio y sitio de cría clave para varias de las aves más emblemáticas y amenazadas del Distrito: la tingua bogotana (*Rallus semiplumbeus*), soterrey o cucarachero de pantano (*Cistothorus apolinari*), avetorillo (*Ixobrychus exilis bogotensis*), tingua de pico verde (*Porphyriops melanops bogotensis*) y pato turrio (*Oxyura jamaicensis andina*).

³⁷ <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/ambiente/pelicula-vecinos-inesperados-fauna-silvestre>

³⁸ *Ibidem*

³⁹ *Ibidem*

⁴⁰ *Ibidem*

⁴¹ El contenido de este acápite fue tomado el 27-06-2020, del siguiente enlace <https://colombia.inaturalist.org/projects/flora-silvestre-de-bogota>

Asimismo, el endémico curí (*Cavia anolaimae*) y la comadreja (*Mustela frenata*), dos pequeños mamíferos presentes en los humedales, también usan estos juncales como refugio.

Igual función de refugio ofrecido por la flora silvestre la podemos observar en los cerros urbanos como los de Suba. Aquí, especies de arbustos y arbolitos espontáneos como arrayanes (*Myrcianthes leucoxylla*), coronos (*Xylosma spiculifera*), tunos esmeraldos (*Miconia squamulosa*), salvios negros (*Cordia cylindrostachya*), chilcos (*Baccharis latifolia*) y bejucos colorados (*Muehlenbeckia tamnifolia*), contribuyen a formar densos sotobosques, donde se encuentran tímidas aves que casi no pueden vivir en el resto de la ciudad: por ejemplo el comprapán (*Grallaria ruficapilla*), tapaculo (*Scytalopus griseicollis*), chamicero (*Synallaxis subpudica*) y araño (*Myiothlypis nigrocristata*).

Otro de los beneficios que presta la flora silvestre a los animales de la ciudad es la oferta de alimento. El pasto más común de Bogotá y la Sabana es el introducido kikuyo (*Pennisetum clandestinum*), originario de las montañas de África oriental.

Pues bien, este kikuyo, aunque aquí no es una especie nativa, se ha convertido ahora en una parte inalienable de los prados y céspedes locales. Y la fauna nativa ha sabido aprovecharlo.

Los curíes mencionados arriba pastan esta especie con predilección, formando pequeñas áreas de céspedes cortos en los bordes de los humedales. Los copetones (*Zonotrichia capensis*) comen sus semillas. Y, con más investigaciones, es muy posible que se descubra que varias especies de mariposas urbanas (sobre todo hespéridos y algunos satirinos como *Panyapedaliodes*) han aprendido a alimentarse con las hojas de este pasto durante su etapa de orugas.

Una flor tan común y conocida como el diente de león (*Taraxacum officinale*) resulta ser de las más visitadas por pequeñas moscas de las flores (*Syrphidae*), así como por abejas y mariposas, que liban su néctar.

El carretón (*Trifolium repens*) resulta sumamente atractivo para las abejas domésticas (*Apis mellifera*) que prefieren sus blancas flores; además, las hojas de esta especie son claves como fuente de alimento para la mariposa amarilla (*Colias dimera*) y la pequeña mariposa azul (*Hemiargus hanno bogotana*). Estas mariposas no existirían en la ciudad si no crecieran aquí plantas silvestres. ¡Una razón más para cultivar nuestro aprecio por estas plantas no cultivadas! Y para desear larga vida a la flora silvestre de las ciudades⁴².

2.4. LA FAUNA SILVESTRE EN TIEMPO DE CORONAVIRUS COVID-19.

Con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus COVID-19, la fauna silvestre en la ciudad se ha convertido en la protagonista de la historia.

Las redes sociales han sido el principal medio de difusión. Centenares de ciudadanos han compartido videos e imágenes que nos recuerda la importancia de la biodiversidad que tenemos.

⁴² *Ibidem*.

En el humedal Córdoba, por ejemplo, uno de los quince (15) ecosistemas declarados en Bogotá, **aves de plumaje rojo posan en paz en las zonas boscosas. Al parecer, según comentarios de los ciudadanos, se trata de piranga rubra y piranga escarlata**, aves migratorias⁴³.

En el mismo humedal, ubicado en la localidad de Suba, **la Fundación Humedales Bogotá publicó un video con una mirla bebé (*turdus fuscater*)** bañándose en un charco de agua lluvia cercano al ecosistema⁴⁴.

Córdoba es el humedal con mayor especies de aves en Bogotá, con más de 150 especies registradas. Según Humedales Bogotá, también cuenta con roedores como el curí; dos tipos de anfibios, rana sabanera y rana campana; un reptil, culebra sabanera; y la presencia de una especie de murciélago⁴⁵.

La reciente información pública ha dado cuenta del avistamiento de fauna silvestre en sectores antes no frecuentados por la misma, como son las vías de la ciudad y los predios –tanto público como privados-.

Y esto se debió al cese o disminución considerable en el desplazamiento de las personas o comunidades, a la escasa operación o prestación de servicios de los diferentes sectores de la economía, como el de la infraestructura, manufactura, entre otros, durante el aislamiento preventivo obligatorio declarado por el gobierno nacional y distrital por la pandemia del COVID-19.

Pero también debemos reconocer que durante el período de aislamiento y durante la reactivación gradual de la economía, se ha puesto en peligro y se ha comprometido de manera considerable nuestra fauna silvestre, por casos de atropellamiento, caza y/o muerte.

Sin embargo, resulta pertinente indicar también, que la colisión mortal de aves contra ventanas ha sido uno de los mayores problemas de conservación de las aves en las ciudades en tiempos de normalidad.

Las estimaciones realizadas en Estados Unidos, dicen que mueren más aves por chocar contra cristales de edificios que por la peor de las catástrofes ecológicas de un petrolero, con una diferencia: sucede todos los días⁴⁶.

En España por ejemplo, se cree que mueren al año cientos de miles de aves por esta causa, y es común que el rastro de esta tragedia pase inadvertida la mayoría de las veces y el problema no se toma suficientemente en serio por la industria de la construcción, las autoridades, la población e incluso las organizaciones ambientales o ecologistas⁴⁷.

En tal virtud, resulta necesario y pertinente establecer una estrategia que promueva la protección y cuidado de la fauna silvestre de Bogotá, encaminada a prevenir casos de atropellamiento, caza y/o muerte de individuos o ejemplares de la fauna silvestre; así como de prevenir la colisión mortal de

⁴³ Véase <https://sostenibilidad.semana.com/actualidad/articulo/la-naturaleza-sigue-mostrando-su-esplendor-durante-los-dias-de-cuarentena/49183>

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ Véase https://www.seo.org/wp-content/uploads/2013/09/Edificacionescristales-y-aves_FREE.pdf

⁴⁷ Ibidem.

aves contra cristales o ventanas de edificios, como la accidentalidad vial durante la cuarentena – parcial o total, según el caso-, y después del levantamiento de la misma.

2.5. UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI⁴⁸.

El Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI, representa una verdadera apuesta para el cuidado del medio ambiente, que hace de Bogotá una ciudad más cuidadora, incluyente, sostenible y consciente.

Lo que indica un énfasis importante en el medio ambiente a fin de lograr Reverdecer Bogotá, sembrando árboles, reforestando los cerros y protegiendo la Estructura Ecológica Principal.

Este Nuevo Contrato Ambiental determina la manera cómo desde la Administración Distrital se comprenden y se atienden las realidades de quienes habitan el Distrito Capital, acogiendo como uno de sus atributos esenciales el **SOSTENIBLE**.

Este atributo, busca cambiar los hábitos de vida y la manera en que nos movemos, producimos y consumimos; y procura satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la posibilidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas.

Procura lograr equilibrio entre el crecimiento económico, el cuidado del ambiente natural y el bienestar social, generando capacidades de resiliencia para afrontar los cambios en el contexto territorial y ambiental.

Así las cosas, el Plan Distrital de Desarrollo guarda relación directa con el objeto de la presente iniciativa normativa, específicamente cuando en el artículo 15, se destaca dentro del Propósito 1 “Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política”, el **Programa 22, denominado “Transformación Cultural para la Conciencia Ambiental y el Cuidado de la Fauna Doméstica”**.

El referido Programa pretende “Implementar estrategias de formación ambiental y metodologías de participación y de gestión territorial, que desde las instituciones permitan desarrollar programas de pedagogía y cultura ambiental para generar conocimientos y experiencias en las personas. A través de la participación de cada uno de los actores, con diálogo de saberes del territorio, inclusión social, transformación cultural y la corresponsabilidad de ciudadanos activos, se esperan decisiones incidentes para una ciudadanía consciente de lo ambiental, con hábitos de vida, de alimentación y de consumo para el cuidado colectivo de la naturaleza y de los animales, la conservación de los ecosistemas, la defensa del territorio y el respeto y buen trato a la fauna doméstica y la importancia de una alimentación basada en productos de origen vegetal”. (Subrayado por fuera del texto original)

Dentro del Propósito 2 “Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática”, se destaca el **Programa 28, denominado “Bogotá Protectora de sus Recursos Naturales”**, que busca “*proteger, preservar, restaurar y gestionar integralmente la estructura ecológica principal, que incluye el sistema de áreas protegidas del Distrito, los parques urbanos, los corredores ecológicos y el área de manejo especial del Río Bogotá, así como los ecosistemas estratégicos de páramos, humedales y bosques y otras áreas de interés ambiental y suelos de protección*”.

⁴⁸ El contenido de este acápite es tomado integralmente del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá para el período 2020-2024, “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”. (Acuerdo 761 de 2020)

Igualmente dentro del propósito 2, se encuentra el **Programa 33, denominado “Más Árboles y Más y Mejor Espacio Público”** encaminado a *“Reverdecer la ciudad para reducir su vulnerabilidad frente a la crisis climática, a través de la plantación de individuos vegetales y jardinería en la zona rural y urbana e intervención del espacio público, propendiendo por el mantenimiento de lo generado y lo existente usando como instrumento el fortalecimiento de las actuaciones de evaluación, seguimiento, control y prevención, mediante el uso de Sistemas de Información confiables y accesibles. Realizar un ejercicio de construcción social del espacio público basado en el respeto, el diálogo y en el acatamiento voluntario de las normas, promoviendo su uso, goce y disfrute con acceso universal para la ciudadanía. Gestionar iniciativas públicas y/o privadas para la administración del patrimonio inmobiliario distrital y el espacio público. Incluye como herramienta de planificación para el Distrito, la formulación e implementación de una política pública de gestión integral de arbolado urbano, zonas verdes y jardinería para Bogotá. Paralelamente impulsando la mesa técnica de arbolado urbano y coberturas verdes que permita tener un mayor alcance con las entidades y grupos involucrados”*.^[17]_[SEP]

Y por último, dentro del Propósito 2, se encuentra el **Programa 34, denominado “Bogotá Protectora de los Animales”**, que pretende *“Avanzar en la protección de los animales domésticos y silvestres que habitan en la ciudad, a través de la formulación y ejecución de planes, programas y proyectos que garanticen su atención integral y especializada incluyendo la implementación de protocolos para el bienestar de los animales utilizados para el consumo humano, así como el fortalecimiento de las acciones de control contra el tráfico ilegal de especies”*. (Subrayado por fuera del texto original)^[18]_[SEP]

De otra parte, resulta pertinente indicar que frente a los retos planteados por la emergencia del Covid-19, el Plan Distrital de Desarrollo es una herramienta para superar las dificultades y convertirlas en oportunidades, tal como la Administración Distrital lo afirmó en la discusión y aprobación del mismo, en el Concejo de Bogotá, en la que indicó sobre la necesidad de avanzar en la construcción de un desarrollo más humano y sostenible según el compromiso suscrito con la humanidad en los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.

3. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD.

La presente iniciativa encuentra pleno respaldo en la Constitución Política y en el ordenamiento legal, por lo que es clara su viabilidad jurídica, con base en el análisis que se realiza a continuación.

Desde el punto de vista constitucional el análisis versará sobre **i)** el concepto de ambiente en la Constitución Política, **ii)** la concepción integral del ambiente, y **iii)** el deber de protección de los animales.

Y desde el punto de vista legal el análisis versará sobre **i)** el marco jurídico antes de la Constitución Política de 1991, y **ii)** el marco jurídico después de la Constitución política de 1991.

CONSTITUCIONALIDAD

3.1. EL CONCEPTO DE AMBIENTE EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA.

Desde el punto de vista constitucional, el Ambiente es un concepto cuya protección es un deber consagrado de manera directa en el artículo 79 y de forma indirecta en el artículo 8º y en el numeral 8º del artículo 95 de la Carta Política.

Al respecto la Corte Constitucional, en la Sentencia T-760 de 2007, señaló que:

“(…) la Constitución dispone como uno de sus principios fundamentales la obligación Estatal e individual de proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación (art. 8°). Adicionalmente, en desarrollo de tal valor, nuestra Constitución recoge en la forma de derechos colectivos (arts. 79 y 80 C.P.) y obligaciones específicas (art. 95-8 C.P.) las pautas generales que rigen la relación entre el ser humano y el ecosistema. Con claridad, en dichas disposiciones se consigna una atribución en cabeza de cada persona para gozar de un medio ambiente sano, una obligación Estatal y de todos los colombianos de proteger la diversidad e integridad del ambiente y una facultad en cabeza del Estado tendiente a prevenir y controlar los factores de deterioro y garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración y sustitución”. (Subrayado por fuera del texto original)

A partir de este contexto, podemos entender que el Ambiente es un bien constitucional, cuya protección se garantiza a través de su consagración en la Norma Superior como principio fundamental, derecho constitucional y deber constitucional.

De esta manera, es que surge el concepto de Constitución Ecológica como protección del medio ambiente, y que la Corte Constitucional desarrolló acertadamente en la Sentencia T-411 de 1992, cuando manifestó que:

“(…) de una lectura sistemática, axiológica y finalista surge el concepto de Constitución Ecológica, conformado por las siguientes 34 disposiciones: Preámbulo (vida), 2° (fines esenciales del Estado: proteger la vida), 8° (obligación de proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación), 11 (inviolabilidad del derecho a la vida), 44 (derechos fundamentales de los niños), 49 (atención de la salud y del saneamiento ambiental), 58 (función ecológica de la propiedad), 66 (créditos agropecuarios por calamidad ambiental), 67 (la educación para la protección del ambiente), 78 (regulación de la producción y comercialización de bienes y servicios), 79 (derecho a un ambiente sano y participación en las decisiones ambientales), 80 (planificación del manejo y aprovechamiento de los recursos naturales), 81 (prohibición de armas químicas, biológicas y nucleares), 82 (deber de proteger los recursos culturales y naturales del país), 215 (emergencia por perturbación o amenaza del orden ecológico), 226 (internacionalización de las relaciones ecológicas), 268-7 (fiscalización de los recursos naturales y del ambiente), 277-4 (defensa del ambiente como función del Procurador), 282-5 (el Defensor del Pueblo y las acciones populares como mecanismo de protección del ambiente), 289 (programas de cooperación e integración en zonas fronterizas para la preservación del ambiente), 300-2 (Asambleas Departamentales y medio ambiente), 301 (gestión administrativa y fiscal de los departamentos atendiendo a recursos naturales y a circunstancias ecológicas), 310 (control de densidad en San Andrés y Providencia con el fin de preservar el ambiente y los recursos naturales), 313-9 (Concejos Municipales y patrimonio ecológico), 317 y 294 (contribución de valorización para conservación del ambiente y los recursos naturales), 330-5 (Concejos de los territorios indígenas y preservación de los recursos naturales), 331 (Corporación del Río Grande de la Magdalena y preservación del ambiente), 332 (dominio del Estado sobre el subsuelo y los recursos naturales no renovables), 333 (limitaciones a la libertad económica por razones del medio ambiente), 334 (intervención estatal para la preservación de los recursos naturales y de un ambiente sano), 339 (política ambiental en el plan nacional de desarrollo), 340 (representación de los sectores ecológicos en el Consejo Nacional de Planeación), 366 (solución de necesidades del saneamiento ambiental y de agua potable como finalidad del Estado).”

Queda claro entonces, que el concepto de “Constitución Ecológica” es amplio porque involucra y conjuga diferentes elementos que conforman el entorno en el que se desarrolla la vida de los seres humanos, incluyendo la flora y fauna que los rodea e involucra como entorno dentro de su propio contexto.

Y esto es de suma importancia, porque el Ambiente pasó de ser considerado un insumo del desarrollo humano, a ser visto como contexto esencial del transcurso de la vida humana, permitiendo que su protección se desarrollara sobre el fundamento de la armonía con la naturaleza, al establecer en el accionar de los seres humanos, el deber de responder a un código moral.

3.2. CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL AMBIENTE.

Una concepción integral del ambiente obliga a concluir que dentro de los elementos que lo componen deben entenderse incluidos los animales, que hacen parte del concepto de fauna que, a su vez, se ha entendido como parte de los recursos naturales o, en otras palabras, de la naturaleza como concepto protegido, cuya garantía es contemplada por la Constitución de 1991. (Corte Constitucional, Sentencia C-666 de 2010)

Y constata el Alto Tribunal que *“La inclusión de los animales dentro del concepto de ambiente se hace con base en el papel que estos juegan en el desarrollo de la vida humana. Acentúa la Corte que esta consideración supera el enfoque eminentemente utilitarista –que los considera en cuanto recurso utilizable por los seres humanos-, y se inserta en la visión de los animales como otros seres vivos que comparten el contexto en que se desarrolla la vida humana, siendo determinantes en el concepto de naturaleza y, por consiguiente, convirtiéndose en destinatarios de la visión empática de los seres humanos por el contexto –o ambiente- en el que desarrolla su existencia”*.

3.3. EL DEBER DE PROTECCIÓN DE LOS ANIMALES.

En lo que respecta al deber de protección de los animales, la manifestación concreta de esta posición se hace a partir de dos perspectivas, según la Sentencia C-666 de 2010:

- i) *“La de fauna protegida en virtud del mantenimiento de la biodiversidad y el equilibrio natural de las especies;*
- ii) *Y la de fauna a la cual se debe proteger del padecimiento, maltrato y crueldad sin justificación legítima, protección esta última que refleja un contenido de moral política y conciencia de la responsabilidad que deben tener los seres humanos respecto de los otros seres sintientes”*.

Según la Corte Constitucional *“En este segundo sentido es que se enmarca la protección prevista por la ley 84 de 1989 –Estatuto de protección animal-, cuerpo normativo que, no obstante ser anterior a la Constitución de 1991, concreta principios y valores, no sólo coherentes sino, axiales al actual ordenamiento constitucional colombiano, especialmente en lo atinente a la llamada Constitución ecológica, que la Corte ha identificado como el conjunto de disposiciones que conforman la red constitucional de protección al ambiente en el ordenamiento colombiano”*.

En ese orden de ideas, la sentencia T-760 de 2007 señaló lo siguiente:

“3.6.4. Nótese entonces que la ley sí determinó en aquella oportunidad que el desconocimiento de las condiciones y prohibiciones que rigen el aprovechamiento de la fauna silvestre conlleva, entre otros, al “decomiso” del animal. No obstante, tal materia, es decir, el acceso al recurso faunístico ha sido objeto de regulación por otras disposiciones que, vale la pena reconocer desde ahora, han perfeccionado y actualizado las condiciones bajo las que una persona puede aprovechar de cualquier animal. De tales normas ocupa un lugar destacado la Ley 84 de 1989, en la cual Colombia definió un Estatuto Nacional de Protección de los Animales en el que se fijan unas pautas de conducta realmente ambiciosas en cabeza de las personas, que rigen y ajustan su trato con todos los animales.

De entrada la ley 84 objeta la relación abusiva o cruel del hombre con la naturaleza y llama la atención de todos a partir del siguiente epígrafe: “los animales tendrán en todo el territorio nacional especial protección contra el sufrimiento y el dolor, causados directa o indirectamente por el hombre” (art. 1º); enseguida, dentro de sus objetivos, la misma insiste en rechazar el dolor y sufrimiento animal, plantea la promoción de su salud, bienestar, respeto y cuidado, y propone desarrollar medidas efectivas para la preservación de la fauna silvestre. Como tal, la ley impone un conjunto de obligaciones específicas para lograr su cometido, todas ellas enmarcadas en el compromiso de evitar causar daño o lesión a cualquier especie (art. 4º), y enlista el conjunto de actos que considera perjudiciales y crueles aplicables, en su gran mayoría, a las maniobras de cacería reguladas por el CRNR y su decreto reglamentario.” (Subrayado dentro del texto original)

Tenemos entonces que, dentro del concepto de ambiente debe comprenderse e incorporarse la fauna que habita en nuestro territorio, entendiendo no sólo a los animales que mantienen el equilibrio de ecosistemas existentes, sino a todos los animales que se encuentran en dicho territorio.

En este sentido resalta la Corte que el concepto protegido como parte del ambiente es *la fauna*, siendo ésta “*el conjunto de animales de un país o región*”; y por tanto, la protección que se deriva de la Constitución supera la anacrónica visión de los animales como cosas animadas, para reconocer la importancia que éstos tienen dentro del entorno en que habitan las personas, no simplemente como fuentes de recursos útiles al hombre, sino en cuanto seres sintientes que forman parte del contexto en que se desarrolla la vida de los principales sujetos del ordenamiento jurídico: los seres humanos⁴⁹.

Por último, manifestó la Corte mediante sentencia T-760 de 2007 que:

“Los recursos de la naturaleza no están ya a la disposición arbitraria de la mujer y del hombre sino al cuidado de los mismos. La Constitución, eso es claro, no reduce la protección del medio ambiente o cualquiera de sus componentes a una visión liberal, en virtud de la cual los seres humanos pueden disponer a su antojo de los demás seres vivos o los recursos naturales, sino que reconoce que el vínculo entre ellos está precedido o condicionado por unas pautas o requisitos que delimitan sus libertades y deberes, asegurando la protección de la diversidad e integridad ambiental (art. 79 C.P.). Para ello, la Carta responsabiliza al Estado de la planificación, es decir, la determinación de las fórmulas a partir de las cuales se puede efectuar manejo y aprovechamiento de tales recursos para lograr, no solo el

⁴⁹ Corte Constitucional, Sentencia C-666 de 2010.

desarrollo sostenible, sino también su conservación, restauración o sustitución (art. 80)".
(Subrayado por fuera del texto original)

LEGALIDAD.

3.4. MARCO JURÍDICO ANTES DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991⁵⁰.

Con relación a la legalidad, debemos decir, que este marco jurídico empezó a configurarse antes de la Constitución Política de 1991.

El **Código Civil** colombiano de 1887, en su visión clásica de propiedad, consideraba a los animales como *bienes muebles o inmuebles por destinación*⁵¹; afortunadamente esta definición fue superada por un orden jurídico, que de manera temprana, impulsó desde la década de los setenta, imperativos de reconocimiento del ambiente como patrimonio común (Artículo 1º del Decreto 2811 de 1974), con especial protección de los animales contra el sufrimiento y el dolor (Artículo 1º de la Ley 84 de 1989).

El **Decreto 2811 de 1974** o *Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección del Medio Ambiente* (Reglamentado por los Decretos 1608 de 1978 y 4688 de 2005), tuvo como finalidad crear una legislación ambiental en el país, sustrayendo materias reguladas de manera general en la ley civil para darles una normatividad especial.

Previo a la expedición del Código Civil, una persona podía apropiarse de cualquier animal salvaje a través de la caza y de la pesca, con el único condicionamiento de que si la persona no tenía permiso del dueño, lo que sea cazado pertenecía al dueño del predio. Sin embargo, luego de la expedición del Código de Recursos Naturales, en el artículo 248, toda la fauna silvestre se encuentra en cabeza del Estado.

Evidenciándose una clara mutación en el concepto de propiedad privada frente a los recursos naturales, puesto que se cambia el paradigma en donde la disposición de éstos, se encuentra sujeta al deber que tiene cada individuo de proteger el medio ambiente.

Así, la protección al medio ambiente se convierte en un límite específico de las potestades del ejercicio de la propiedad privada en algunos casos. (Véase Corte Constitucional, Sentencia T-608 de 2011)

La **Ley 5 de 1972** había previsto la fundación y el funcionamiento de las Juntas Defensores de Animales, reglamentándolas a través del **Decreto 497 de 1973**. A su vez, la **Ley 9 de 1979** estableció medidas para la protección del medio ambiente y reguló por vez primera el sacrificio animal (artículo 307).

Sin embargo, fue la **Ley 84 de 1989** o Estatuto Nacional de Protección de los Animales, la que se erigió en el principal instrumento normativo para la protección de los animales contra el sufrimiento y el dolor causados directa o indirectamente por el ser humano.

⁵⁰ Véase las Sentencias C-045 de 2019 y C-126 de 1998 de la Honorable Corte Constitucional.

⁵¹ Código Civil, Libro II. De los bienes, y de su dominio posesión, uso y goce. Capítulo I. De las cosas corporales. Artículo 655. "Muebles son los que pueden transportarse de un lugar a otro, sea moviéndose ellos a sí mismos, como los animales (que por eso se llaman semovientes), sea que sólo se muevan por una fuerza externa, como las cosas inanimadas. Exceptúanse las que siendo muebles por naturaleza se reputan inmuebles por su destino, según el artículo 658". [Texto original sin la modificación realizada por la Ley 1774 de 2016].

Lo anteriormente expuesto, permite concluir sobre la legislación en la materia, previa a la Constitución de 1991, que existía un mandato general de reconocimiento al ambiente y de prohibición del maltrato animal.

3.5. MARCO JURÍDICO DESPUÉS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991⁵².

La protección al medio ambiente es uno de los fines del Estado Moderno, por lo tanto, toda la estructura de este debe estar iluminada por este fin, y debe tender a su realización. La crisis ambiental es, por igual, crisis de la civilización y replantea la manera de entender las relaciones entre los hombres. Las injusticias sociales se traducen en desajustes ambientales y éstos a su vez reproducen las condiciones de miseria (Gaceta Constitucional No. 46, págs. 4-6. Citada en: Corte Constitucional, Sentencias T-254 de 1993 y C-750 de 2008).

El ambiente sano es, de una parte, un derecho, y de otra parte, un límite a otros derechos como el de la propiedad o el de la libertad económica. Así lo ha ido decantando la jurisprudencia constitucional.

La **Constitución Política de 1991** “*modificó profundamente la relación normativa de la sociedad colombiana con la naturaleza*” (Sentencia C-126 de 1998), creando una ecologización de la propiedad privada, como respuesta del Constituyente a la problemática emanada del uso indiscriminado de los recursos naturales y su necesaria preservación, entendiendo al medio ambiente como un derecho y un bien de la colectividad (Sentencia C-045 de 2019).

Ahora bien, el marco jurídico actual ha acentuado esta tendencia de protección de la naturaleza, irradiando su fuerza a todo el ordenamiento jurídico.

El **Código Penal** colombiano contempló en su Título XII los Delitos contra los Recursos Naturales y el Medio Ambiente y, particularmente, penalizó en el artículo 336 la *Caza ilegal*.

Otras normas como la **Ley 576 de 2000**, por medio de la cual se expidió el *Código de Ética para el ejercicio de la Medicina Veterinaria y Zootecnia*; la **Ley 611 de 2000**, expedida para regular el manejo sostenible de especies de Fauna Silvestre y Acuática; la **Ley 746 de 2002**, que reguló la *Tenencia y Registro de Perros Potencialmente Peligrosos*; la **Ley 1638 de 2013** que prohíbe el uso de animales silvestres, ya sean nativos o exóticos, en circos itinerantes; establecieron importantes estándares legales en materias relacionadas.

Sin embargo, es la **Ley 1774 de 2016** la que incorpora por primera vez el reconocimiento legal de la sintiencia animal en Colombia: “*Los animales como seres sintientes no son cosas, recibirán especial protección contra el sufrimiento y el dolor, en especial, el causado directa o indirectamente por los humanos, por lo cual en la presente ley se tipifican como punibles algunas conductas relacionadas con el maltrato a los animales, y se establece un procedimiento sancionatorio de carácter policivo y judicial*” (Artículo 1º).

Dicho reconocimiento se plasmó en la adición de un párrafo al artículo 655 del Código Civil, mediante el cual se reconoció de manera expresa la calidad de seres sintientes a los animales.

⁵² Véase las Sentencias C-045 de 2019 y C-126 de 1998 de la Honorable Corte Constitucional.

La Corte Constitucional a través de su jurisprudencia, específicamente la Sentencia C-245 de 2004, ha establecido una relación entre la dignidad humana y un ambiente de calidad.

Y en relación con los animales, el Alto Tribunal ha establecido que, aun cuando el ordenamiento jurídico no los considere seres morales como a las personas (Sentencia C-467 de 2016 y T-095 de 2016), ha desarrollado deberes relacionales hacia ellos que limitan en casos concretos el ejercicio de los derechos a la cultura, la recreación, el deporte, el libre desarrollo de la personalidad y la iniciativa privada. (Véase Sentencia C-045 de 2019)

Una vez realizado las anteriores consideraciones de tipo constitucional y legal, consideramos pertinente presentar las siguientes conclusiones que la Honorable Corte Constitucional ha llegado en la materia.

CONCLUSIONES DE LA CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD.

Del recorrido normativo y jurisprudencial relacionado con la obligación constitucional de protección del ambiente y la prohibición del maltrato animal, resulta pertinente citar las dos grandes conclusiones a las que ha llegado la Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia C-045 de 2019, así:

Primera. La jurisprudencia ha delineado el estándar constitucional de prohibición del maltrato animal como alcance de la obligación de protección a la diversidad e integridad del ambiente. Esta obligación deriva de una concepción que no es utilitarista, es decir, que no ve a los animales sencillamente como un recurso disponible para la satisfacción de las necesidades humanas, sino que son objeto de protección constitucional autónoma. En este estándar se ha definido que la prohibición del maltrato animal constituye una limitación a los derechos a la cultura, a la recreación, al deporte, a la educación, al libre desarrollo de la personalidad y a la libre iniciativa privada⁵³.

Segunda. Las normas constitucionales que obligan a la protección del ambiente, su integridad y diversidad, y dan fundamento a la prohibición del maltrato animal, han sido desarrolladas por el Congreso de manera progresiva, con el objetivo de brindar una protección cada vez mayor a los animales frente al maltrato, y cuyo avance más significativo ha sido el reconocimiento de los animales como seres sintientes, a través de la Ley 1774 de 2016. Se trata de una prohibición que si bien no es absoluta pues admite excepciones, estas excepciones son de alcance e interpretación restrictiva. Los contenidos de la regla constitucional de protección del ambiente y la prohibición del maltrato animal, dentro de un concepto de *Constitución viviente*, han sido desarrollados, perfilados o precisados entonces, de manera progresiva por la jurisprudencia constitucional y por el desarrollo legislativo aquí descrito, que hoy en día es un cuerpo armónico y uniforme que avanza en una protección cada vez mayor de los animales frente al maltrato⁵⁴.

4. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ.

De conformidad con el Decreto Ley 1421 de 1993, los numerales 1, 7 y 25 del artículo 12, establece como atribuciones del Concejo las siguientes:

⁵³ Véase Sentencia C-045 de 2019 de la Honorable Corte Constitucional.

⁵⁴ *Ibidem*.

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

(...)

7. Dictar las normas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el medio ambiente.

(...)

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

5. IMPACTO FISCAL.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º de la ley 819 de 2003, la presente iniciativa no genera impacto fiscal, razón por la cual, su trámite no encuentra impedimento derivado de sus efectos fiscales.

Lo anterior encuentra fundamento porque en el artículo 49 del Plan Distrital de Desarrollo, denominado **“Plan Plurianual de Inversiones”**, en lo que respecta a los Propósitos 1 y 2, y al Sector Ambiente, el consolidado de inversión aprobado y consignado en él, es el siguiente:

Tabla 2: Consolidado de Inversión	
PRESUPUESTO POR PROPOSITO	VALOR*
Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	51.368.583
Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática.	9.574.438

***Cifras en millones de pesos.**

Fuente: Artículo 49. Plan Plurianual de Inversiones del PDD.

PROPOSITO	SECTOR	TOTAL*
Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	Ambiente	83.230
	Cultura	1.882.679
	Desarrollo Económico	799.657
	Educación	23.631.915
	Gobierno	2.554.494
	Hábitat	1.707.891
	Hacienda	45.427
	Integración Social	4.914.372
	Movilidad	78.379
	Mujeres	172.500
	Planeación	10.773
	Salud	15.487.266
TOTAL PROPOSITO 1		51.368.583
	Ambiente	1.035.498
	Cultura	107.794

Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática.	Educación	3.996
	Gobierno	1.510.933
	Hábitat	5.305.642
	Movilidad	1.226.527
	Salud	212.403
	Seguridad	171.645

***Cifras en millones de pesos. Fuente: Artículo 49. Plan Plurianual de Inversiones del PDD.**

Adicionalmente, es importante resaltar, que la Honorable Corte Constitucional en su jurisprudencia ha dejado claro, que tratándose del análisis del impacto fiscal de las normas, las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 no debe convertirse en barreras insalvables en el ejercicio de la función normativa, ni crear un poder de veto administrativo en cabeza del Secretario de Hacienda al pretender exigir exegéticamente el cumplimiento de su contenido como un requisito indispensable de trámite, porque se estaría reduciendo desproporcionadamente la capacidad de iniciativa normativa de las Corporaciones Públicas.

Lo anterior encuentra sustento en la Sentencia C- 911 de 2007, cuando indica que el impacto fiscal de las leyes no puede convertirse en óbice para que el Congreso de la República ejerza su función legislativa. En su sentido literal la Corte Constitucional señala:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

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

Y esta interpretación se hace extensiva a toda Corporación Pública del orden territorial, sea Concejo o Asamblea, dado que el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 versa sobre el **“Análisis del Impacto Fiscal de las Normas”**, específicamente relacionados con Proyectos de Ley, Ordenanzas o Acuerdos.

Con fundamento en los argumentos expuestos, ponemos a consideración del Honorable Concejo de la Ciudad la presente iniciativa.

BANCADA PARTIDO ALIANZA VERDE

MARÍA CLARA NAME RAMÍREZ
Concejal de Bogotá

DIEGO GUILLERMO LASERNA
Concejal de Bogotá
Vocero

MARTÍN RIVERA ALZATE
Concejal de Bogotá

MARÍA FERNANDA ROJAS
Concejal de Bogotá

JULIÁN DAVID RODRÍGUEZ
Concejal de Bogotá

DORA LUCÍA BASTIDAS
Concejal de Bogotá

ANDREA PADILLA VILLARRAGA
Concejal de Bogotá

JULIÁN ESPINOSA
Concejal de Bogotá

ANDRÉS DARÍO ONZAGA
Concejal de Bogotá

DIEGO ANDRÉS CANCINO
Concejal de Bogotá

EDWARD ARIAS RUBIO
Concejal de Bogotá

LUIS CARLOS LEAL
Concejal de Bogotá

PROYECTO DE ACUERDO N° 234 DE 2020**PRIMER DEBATE**

“POR EL CUAL SE ESTABLECE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL”.

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.,

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en particular las conferidas por los artículos 322 y 323 de la Constitución Política y los numerales 1, 7 y 25 del Artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA

ARTÍCULO 1º. OBJETO. Crear una estrategia para promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital, configurando nuevas prácticas culturales responsables con el ambiente, que involucre a la ciudadanía, al Estado y a los distintos actores de la sociedad civil, con la finalidad de aportar en la resignificación de la valoración social sobre los bienes comunes del ambiente y, superar colectivamente las diversas problemáticas y los diferentes conflictos ambientales que se presentan en el territorio de Bogotá.

ARTÍCULO 2º. LINEAMIENTOS. La estrategia se implementará bajo los siguientes lineamientos:

- a) Diseño y ejecución intersectorial de la estrategia que genere sensibilidad, conciencia e inclusión social de la protección y cuidado de la flora y fauna silvestre en la ciudad, y detección de su actividad que puedan ser fuente de información para reconocer espacios con actividad animal inusual.
- b) Diagnóstico que permita establecer un inventario de la flora y fauna silvestre del Distrito.
- c) Fomento y fortalecimiento de la cultura ambiental que permita generar conocimientos y experiencias en los ciudadanos de la flora y fauna silvestre.
- d) Registro de sectores con actividad animal inusual mediante formatos o herramientas recomendadas por la autoridad competente.
- e) Monitoreo continuo y periódico del espacio público y/o privado donde la flora y fauna silvestre se ha establecido de manera temporal o permanente.
- f) Diagnóstico de zonas donde tradicionalmente se registran avistamientos y/o atropellamientos de animales silvestres y/o zonas con áreas boscosas.
- g) Sistema de información confiable y accesibles que le permita a los ciudadanos realizar reportes a las entidades competentes en lo que respecta al avistamiento y eventos de atropellamiento de fauna silvestre en vías y/o en espacio público o en cercanía a ellas.
- h) Protocolos que implemente mecanismos idóneos para ahuyentar de manera controlada la fauna silvestre de sectores donde puede estar en riesgo de atropellamiento o amenaza de otro tipo, por su tránsito en zonas habitadas.

- i) Protección y cuidado de la flora silvestre en la zona rural, urbana y en el espacio público como estrategia para reverdecer la ciudad y reducir su vulnerabilidad frente a la crisis climática.
- j) Protocolos y promoción del desarrollo de la investigación en procura de generar propuestas para la prevención, control y mitigación de la colisión mortal de aves contra cristales o ventanas de edificios, la accidentalidad vial y el atropellamiento de fauna silvestre.
- k) Fortalecimiento y restauración de ecosistemas degradados.
- l) Promoción y sensibilización que permita desincentivar y erradicar el uso de piel de fauna silvestre en la producción de calzado, vestido y artesanía de la ciudad.
- m) Implementación de mecanismos de desarrollo de proyectos estratégicos con países, entidades científicas o universidades –nacional o internacional- líderes en la protección y cuidado de la flora y fauna silvestre que permita posicionar a Bogotá, Distrito Capital, como líder ecológico mundial.

ARTÍCULO 3º. ELEMENTOS. Para la planeación, formulación, diseño, implementación y desarrollo de la estrategia que se dicta mediante este Acuerdo, las entidades a cargo o responsables de la misma, así como las entidades con corresponsabilidad en ella, deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- a) Difusión continua y periódica de información sobre el manejo adecuado de la flora y fauna silvestre en la ciudad, de las zonas donde se presente o sea factible la movilización de fauna silvestre, indicando las causas o zonas atribuibles a la misma, y las acciones que se recomiendan adoptar para evitar la colisión mortal de aves contra cristales o ventanas de edificios, la accidentalidad vial y el atropellamiento de ejemplares (señalización preventiva, reductores de velocidad, entre otros, conforme los parámetros contenidos en la normatividad vigente aplicable).
- b) Promoción, estímulo e incentivo del liderazgo ambiental de diferentes actores (entidades públicas distritales y entidades responsables y corresponsables) a través de capacitaciones y mesas de trabajo que permita difundir el manejo adecuado de la flora y fauna silvestre, garantizando la participación de actores claves (como el gremio de la construcción, los concesionarios viales y los contratistas de obra, entre otros), que le permita replicar la información y las acciones recomendadas entre sus empleados.
- c) Promoción, incentivo y actualización en la ejecución de proyectos, obras -públicas o privadas- o actividades que se encuentran en trámite, en proceso de seguimiento de licencia ambiental o que tengan planes de adaptación a la guía u otros instrumentos ambientales o sectoriales, sobre la presencia, tránsito y/o paso de ejemplares de fauna silvestre en sus áreas de influencia.
- d) Promoción, fomento y desarrollo de campañas ciudadanas y de investigación dirigidas a promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital.

- e) Garantizar los recursos necesarios para el diseño, publicación, divulgación e implementación de la estrategia.

ARTÍCULO 4º. DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO. La Secretaría Distrital de Ambiente, el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis” y el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal en coordinación con las demás entidades públicas del distrito con corresponsabilidad en el tema, serán las encargadas de coordinar el diseño, implementación y seguimiento de la estrategia para promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital.

ARTÍCULO 5º. CREACIÓN DE LA MESA TÉCNICA DISTRITAL PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE. La Secretaría Distrital de Ambiente en colaboración con la Secretaría Distrital de Cultura, en el marco de sus competencias, crearán la Mesa Técnica Distrital para el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre para velar por el cumplimiento de esta estrategia.

ARTÍCULO 6. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación.