



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

AÑO II N°. 3144 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO ABRIL 08 DEL AÑO 2021

## TABLA DE CONTENIDO

Pág.

<b><u>PROYECTO DE ACUERDO No. 232 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA UN ESTUDIO PARA DETERMINAR LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLEMENTARIO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI), ANTE RIESGOS BIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL DISTRITO CAPITAL” .....	4652
--	------

### **PROYECTO DE ACUERDO No. 232 DE 2021**

#### **PRIMER DEBATE**

“POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA UN ESTUDIO PARA DETERMINAR LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLEMENTARIO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI), ANTE RIESGOS BIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL DISTRITO CAPITAL”

#### **I. OBJETIVO DEL PROYECTO DE ACUERDO**

##### **1. Objetivo General**

Adelantar al interior de la Secretaría Distrital de Salud un *estudio para determinar la implementación de un esquema de vacunación complementario* al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), basado en métodos científicamente fundados y socialmente aceptables que permita desarrollar e introducir vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas como estrategia de contingencia en épocas de riesgo, emergencia biológica y epidemiológica, mejorando la salud de la población y reduciendo considerablemente la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles mediante la vacunación en el Distrito Capital.

##### **2. Objetivos Específicos**

- Facilitar las herramientas y procedimientos necesarios, acorde a la ley, para que la Administración Distrital pueda actuar de manera oportuna, eficiente y eficaz ante emergencias que se presenten por circunstancias de salud pública.
- Servir de apoyo en los casos que el esquema tradicional de vacunación (PAI) no pueda cubrir riesgos epidemiológicos.

- Conformar un equipo técnico compuesto por talento humano de la Secretaría Distrital de Salud y expertos de la academia y otras entidades públicas, privadas y no gubernamentales que puedan orientar la estrategia de inmunización y la toma de decisiones con base en criterios sanitarios, económicos, demográficos y sociales.
- Lograr que los beneficios de la inmunización se distribuyan de forma equitativa para todas las personas bajo un enfoque diferencial y territorial, particularmente para las poblaciones que son segregadas o discriminadas en razón a su raza, etnia, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, su situación socioeconómica o su ubicación geográfica.

## II. JUSTIFICACIÓN

### 1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La Atención Primaria en Salud (APS) ha sido la estrategia global de atención en salud y eje central que orienta la organización y contenido de los servicios sanitarios en los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Surge como respuesta a las profundas desigualdades en las condiciones de vida de las poblaciones y en el acceso a la asistencia sanitaria. Se propuso conseguir la equidad y justicia sanitaria desde una concepción holística de salud: no sólo como ausencia de enfermedad, sino un completo bienestar físico, mental y social<sup>1</sup>.

La APS se define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos, familias y comunidad a un coste que la población y el país puedan soportar. Representa el primer contacto y puerta de entrada al sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Por último, es reflejo y consecuencia de los determinantes socioeconómicos, culturales y políticos de cada país.

Dentro de sus componentes, para efectos de la presente iniciativa, se toma en consideración la extensión de la cobertura con servicios de salud y mejora del ambiente. En ese sentido, se busca alcanzar la cobertura universal al reconocer el acceso a los servicios de salud como un derecho, parte esencial del desarrollo de las sociedades. *Ello implica que nadie debe quedar por fuera del sistema de salud (por factores de recursos económicos, distancia geográfica, entre otros), lo que implica definir grupos humanos considerados como prioritarios en razón de su mayor necesidad de atención y programas específicos para atender sus necesidades en salud.* El método de enfoque de riesgo, permite estimar la necesidad en salud de diferentes grupos humanos, priorizando aquellos con mayor riesgo y buscando intervenciones de mayor eficiencia y eficacia al más bajo costo.

Implica también la extensión de la capacidad instalada de los servicios de salud tanto de primer nivel como de otros niveles de complejidad, para que los servicios sean oportunas y que los sujetos, familias y poblaciones accedan a ellos en el momento que lo requieran. La extensión

---

<sup>1</sup> Blanco, J.H. y Maya, J.M. (2013). Fundamentos de salud pública Tomo I. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.

implica no sólo servicios de primer nivel sino también la posibilidad de acceder a toda la red asistencial de servicios de diversa complejidad.

Para que la APS cumpla su cometido de diagnosticar e intervenir los principales factores de riesgo y problemas de salud de la población, es indispensable contar con disponibilidad de insumos críticos en cantidad, calidad, estructura y tecnología, tales como: biológicos, medicamentos, equipos, transporte y comunicaciones. **Por ello, en el proyecto de acuerdo puesto a consideración del Concejo de Bogotá D.C., se busca crear un esquema de vacunación complementario al Plan Ampliado de Inmunización (PAI) para impactar positivamente en la salud de toda la ciudadanía.**

## **1.2 EL SISTEMA DE SALUD NECESITA GASTAR MÁS Y MEJOR PARA ENFRENTAR EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA**

En primer lugar, para tener un contexto amplio, se acudió a consultar cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y del Banco Mundial, con base en la publicación *El Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, que presenta indicadores clave, recopilados antes del inicio de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2, acerca de los sistemas de salud en 33 países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) incluyendo a Colombia<sup>2</sup>.

En dicho informe, se constata que el estado general de salud de la población en la región ha mejorado, pero el progreso es desigual entre países y al interior de ellos. La esperanza de vida en LAC aumentó en casi 4 años entre 2000 y 2017; se espera que la proporción de la población de más de 65 años y 80 años alcance cerca del 18% y 5% respectivamente, para el año 2050. La mortalidad infantil se redujo en un 35% y la mortalidad de menores de 5 años disminuyó en un 46% entre 2000 y 2017; mientras que la mortalidad materna se redujo en un 26% en el mismo periodo, una reducción menor que el 40% en la OCDE. **Las mejoras en los resultados de las enfermedades no transmisibles han sido más lentas en LAC que en países de la OCDE, y las enfermedades transmisibles y las lesiones persisten como problemas de salud relevantes en la región.**

Ahora bien, el gasto en salud en LAC fue de aproximadamente 1.000 dólares por persona en 2017 (sólo ¼ de lo que se gastó en países de la OCDE). El gasto total en salud en países de LAC corresponde al 6,6% del PIB, inferior al 8,8% en los países de la OCDE. El gasto de salud por esquemas gubernamentales y seguros de salud obligatorio representan en promedio el 54,3% del gasto total en salud en LAC, mientras que en países de la OCDE es de 73,6%. *Esto indica que los sistemas de salud en la región dependen en gran medida del gasto de bolsillo o de seguros privados complementarios de los hogares.*

El problema no solo es de cantidad de recursos sino de asignación de los mismos. La fragmentación de los sistemas de salud es una fuente clave de malgasto, pues la mayoría de los países tienen subsistemas con funciones duplicadas de gobernanza, financiamiento y provisión de servicios. La evaluación de tecnologías sanitarias es una herramienta que garantiza que el

---

<sup>2</sup> OECD & The World Bank (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

financiamiento público se priorice y esté disponible para aquellos procedimientos, medicamentos dispositivos y demás que han demostrado su efecto en mejorar la salud de la población; sin embargo, solo 5 de los 21 países de LAC lo usan sistemáticamente para tomar decisiones de cobertura. *El menor desarrollo de sistemas de información en salud contribuye a una menor comprensión del gasto público y los resultados obtenidos.*

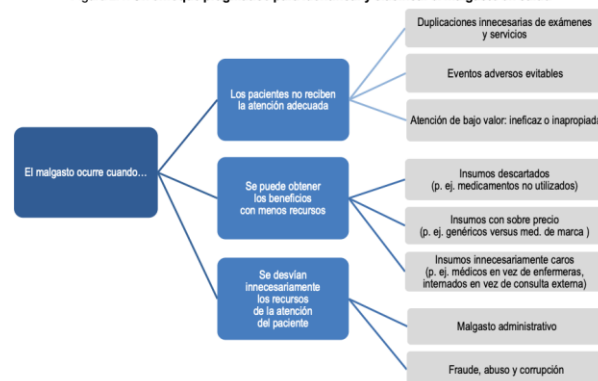
La calidad de la atención en LAC es a menudo deficiente y se midió con base en dos indicadores. Doce de los 33 países no alcanzaron los niveles mínimos de inmunización recomendados por la OMS para prevenir la propagación del tétanos, la difteria y la tos ferina (la meta es el 90% de la población objetivo) y 21 de los 33 países no alcanzan este objetivo para el sarampión (95% de la población objetivo).

La capacidad de los sistemas de salud también es considerablemente menor, incluyendo el acceso a servicios de buena calidad a los grupos más vulnerables. Queda mucho por hacer para mejorar la eficiencia, la efectividad y el buen uso del gasto en salud. *Si bien la región está luchando por dar respuesta a los principales retos de la pandemia de COVID-19, se necesita reflexionar no solo sobre cómo asegurar más fondos sino también sobre cómo gastar mejor los recursos en salud.*

Asignar mayores recursos para el financiamiento de la salud en LAC es necesario para alcanzar una cobertura universal de alta calidad. A su vez, se deben balancear las inversiones en los sistemas de salud con otras necesidades en un contexto de limitados fondos públicos. Abordar el malgasto implica revisar las estructuras, regulaciones, servicios y procesos que no brindan los beneficios esperados; así como los costos que podrían evitarse al implementar alternativas a menor precio, con idénticos o mejores beneficios. **El malgasto en salud debe abordarse tanto en momentos de incremento como de reducción del presupuesto en salud y bajo ningún motivo debe ser interpretado como hacer ‘recortes’ en el gasto en salud. La mayoría de países de LAC dependen todavía principalmente de la atención curativa, especializada y hospitalaria más costosa, en vez de la atención preventiva.**

### Ilustración 1. Malgasto en salud

Figura 2.1. Un enfoque pragmático para identificar y clasificar el malgasto en salud



Fuente: Adaptado de OECD (2017[2]), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

Fuente: OCDE & The World Bank (2020)

**En este contexto, el presente proyecto de acuerdo busca fortalecer el financiamiento de la salud con menor dependencia del gasto privado encaminado a la cobertura universal en salud de alta calidad. Con la implementación de un esquema de vacunación complementario, se liberarían recursos existentes y se aseguraría la sostenibilidad en el largo plazo del sistema de salud de Bogotá y su resiliencia para afrontar situaciones de falta de recursos y sobre todo eventos emergentes en el presente y en el futuro. Lo que se busca es ampliar y fortalecer el plan de inmunización de la capital, con base en la idea de que pueden reducirse los ingresos hospitalarios así como la mortalidad al tratar las enfermedades prevenibles con vacunas en el nivel de atención primaria.**

## **2. FUTURAS PANDEMIAS**

Un argumento de peso para esta iniciativa, tiene que ver con la advertencia de expertos en todo el mundo sobre futuras pandemias. Frente a la pregunta sobre por qué se tienen enfermedades emergentes recurrentes, la respuesta está en las acciones humanas sobre el ambiente, el cambio climático, las formas de producción y consumo y, en general, *todas las transformaciones que se hacen a los ambientes naturales generando desequilibrios y haciendo que las personas tengan cada vez más contacto con otras especies; y los patógenos, la oportunidad de infectarlas*<sup>3</sup>.

El contacto con animales y la transmisión de patógenos ocurre frecuentemente, pero el que un patógeno salte de especies y luego se haga transmisible entre personas es algo raro y difícil, cosa que logran solo algunos patógenos como el SARS-Cov-2, causante del COVID-19. El VIH SIDA es muestra de una de las pandemias más grandes que continúa con millones de personas infectadas y muertes en todo el mundo. Esta no es la última pandemia y el proceso se ve acelerado por la invasión del ser humano en el mundo natural, es la conclusión a la que llegan expertos que estudian cómo y dónde surgen nuevas enfermedades.

En los últimos 20 años, se han tenido seis (6) amenazas importantes: SARS, MERS, ébola, gripe aviaria y gripe porcina; *“esquivamos 5 ‘balas’ pero la sexta nos atrapó. Y esta no es la última pandemia a la que nos enfrentamos, por lo que debemos observar más de cerca las enfermedades de la vida silvestre”*. Por ello, en la Universidad de Liverpool, Inglaterra, se ha desarrollado un sistema predictivo de reconocimiento de patrones que puede explorar una vasta base de datos de todas las enfermedades conocidas de la vida silvestre, que identifica pistas en el número y tipo de especies que infectan; utiliza ciertos criterios para resaltar cuáles representan la mayor amenaza para los humanos. Los investigadores deberían estar atentos constantemente a aquellas áreas donde existe un mayor riesgo de brotes de enfermedades, como granjas

---

<sup>3</sup> BBC (2020). Coronavirus. Cómo escapar a la “era de las pandemias”. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54844264>

próximas a los bosques, o mercados donde se compran y venden animales, así como contar con sistemas para responder ante algo inusual como un brote repentino<sup>4</sup>.

En la actual emergencia, se han tenido que invertir enormes cantidades de recursos en todo el mundo en el desarrollo de vacunas en tiempo récord, probando tratamientos, con la economía paralizada y los niños, niñas y jóvenes sin escuela. Mientras que los costos de montar sistemas de salud fuertes, basados en la prevención, con bases de datos e información en continua comunicación alrededor del mundo, permitiría emitir alertas tempranas a un menor costo. Se debe actuar antes de que un patógeno o brote se disemine globalmente volviéndose pandémico.

Un caso exitoso se dio en Bolivia, bajo un proyecto cuyo objetivo era descubrir virus con potencial pandémico. Se entrenó a trabajadores de santuarios de vida silvestre para vigilar si había mortalidad en los animales y así reportarlo rápidamente. En el departamento de Santa Cruz se detectó una mortalidad de cinco a seis monos silvestres, a los cuales se les practicaron las respectivas necropsias y todo apuntaba a que se trataba de fiebre amarilla, pese a que nunca se había diagnosticado esa enfermedad en primates en Bolivia hasta entonces. Durante los análisis y antes de confirmar que era efectivamente fiebre amarilla, se avisó sobre la sospecha al Ministerio de Salud Pública de Bolivia y a la Organización Panamericana de la Salud. El resultado fue que se analizó conjuntamente el riesgo y se llevó a cabo rápidamente una vacunación preventiva y un control de mosquitos en las comunidades vecinas, teniendo en cuenta que los monos no son el reservorio para este virus -dado que mueren- y el virus se mantiene en las poblaciones de mosquitos infectando a personas o animales. Al final no hubo ningún caso de fiebre amarilla en humanos gracias a la prevención y acción oportuna.

De manera que es altamente probable que persistan enfermedades de origen zoonótico (transmitidas de los animales a los humanos) y que emerjan otras nuevas. Es una lección que nos ha dejado la actual pandemia, donde, dada la prevalencia y distribución de los coronavirus en distintas especies animales y su amplia diversidad genética, es esperable que se detecten nuevos coronavirus en humanos, especialmente en contextos y situaciones donde el contacto con los animales es estrecho. *Además, según expertos, será difícil erradicar el virus toda vez que hay reservorios animales y por más que se obtenga una vacuna efectiva para los humanos, no se puede extinguir el virus en los animales. Esto lleva a pensar que se deberán afrontar nuevas enfermedades.*

La zoonosis cobra relevancia en el contexto actual dado que el incremento de la población humana trae consigo el aumento en la demanda de bienes y servicios. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las zoonosis deben comprenderse y abordarse como problema de carácter social, económico y sanitario; en nuestro país es una de las prioridades de salud pública. Sin embargo, se le ha dado prioridad sobre todo a la rabia, además la prevención, control y vigilancia se ha soportado bajo enfoques reduccionistas pretendiendo abordar el problema

---

<sup>4</sup> BBC (2020). Coronavirus I “Esta no es la última pandemia”: la advertencia de los científicos ante la “tormenta perfecta” para nuevas enfermedades. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52986518>

desde sector salud basándose en la atención solamente cuando se presentan brotes. En ese sentido, es indiscutiblemente necesario implementar acciones de salubridad y de vigilancia y control, teniendo en cuenta la triada epidemiológica, según la cual, la enfermedad se concibe como la transmisión de un agente causal a un huésped, donde también se incluye al ambiente como responsable de mantener el agente y permitir su paso al huésped<sup>5</sup>.

Por último, para mitigar el problema del cambio climático y de futuras pandemias, se requiere de una corresponsabilidad entre el estado y la sociedad civil creando mayor conciencia ecológica en los(as) ciudadanos(as) con el fin de contener la emisión de gases de efecto invernadero, de hacer un necesario cuestionamiento del modelo de sociedad consumista y a los hábitos de consumo. Aunque muchas veces no se ven los efectos del cambio climático más allá del clima, están en riesgo los recursos hídricos, las cosechas, la biodiversidad así como la salud humana.

### 3. VACUNACIÓN

**Los programas de vacunación infantil suelen ser una parte importante de la estrategia de prevención de un país, ya que son de las intervenciones más efectivas y costo-efectivas. La OMS estima que las vacunas evitan entre 2 y 3 millones de muertes cada año a nivel mundial, y que podrían evitar 1,5 millones de muertes adicionales a través de la protección directa de los vacunados y la prevención de la propagación de enfermedades a los no vacunados.** En todos los países de LAC existen programas de inmunización que abarcan vacunas de rutina y otras adicionales. La cobertura de dichos programas puede tomarse como un indicador de la atención sanitaria, toda vez que reducen de manera efectiva la carga de las enfermedades prevenibles por vacunación.

La OMS afirma que la adecuada higiene, el saneamiento y agua salubre son insuficientes para detener por sí mismas las enfermedades infecciosas, por lo que la vacunación sigue siendo necesaria. *Si no se mantienen tasas de inmunidad óptimas -la llamada inmunidad colectiva-, las enfermedades prevenibles mediante la vacunación pueden reaparecer rápidamente.*

Las vacunas interactúan con el sistema inmunitario y producen una respuesta inmunitaria similar a la generada por infecciones, pero sin causar enfermedad ni poner a la persona vacunada en riesgo de sufrir las complicaciones de la enfermedad. *Aunque las enfermedades prevenibles mediante vacunación se han vuelto raras en muchos países, los agentes infecciosos que las originan siguen circulando en otros. En un mundo globalizado e interconectado como el actual, pueden cruzar fácilmente las fronteras geográficas e infectar a cualquier persona que no esté protegida.* Por ejemplo, se han producido brotes de sarampión en poblaciones no vacunadas de Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Estados Unidos, entre otros.

El ejemplo más sencillo que da cuenta de la importancia de la vacunación es la gripe, enfermedad grave que mata entre 300.000 y 500.000 personas al año. Las embarazadas, los niños y niñas pequeños, los mayores con problemas de salud y con enfermedades crónicas, tienen mayor

---

<sup>5</sup> Estepa, J. (2013). Panorama de las zoonosis en Bogotá, abordajes para su monitoreo, prevención y control. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/77272423.pdf>

riesgo de padecer la enfermedad, agravarse y morir. Las vacunas contra la gripa estacional se han utilizado desde hace más de 60 años y protegen contra las tres cepas circulantes más prevalentes cada año. Evitar esta enfermedad significa evitar costos de atención médica y pérdidas de ingresos por no asistir al trabajo o a la escuela<sup>6</sup>.

Existe evidencia contundente que demuestra los beneficios de la vacunación como una de las intervenciones sanitarias más exitosas y rentables. A lo largo de las últimas décadas, la inmunización ha tenido importantes logros, incluyendo la erradicación de la viruela, logro que ha sido llamado uno de los mayores de la humanidad. Las vacunas también han salvado incontables vidas, han reducido la incidencia mundial (aparición de nuevos casos) de la polio en un 99% y reducido la enfermedad, discapacidad y muerte como consecuencia de la difteria, tétanos, sarampión, la tosferina y la meningocócica.

*La inmunización es un componente esencial del derecho humano a la salud y es responsabilidad de individuos, comunidades y gobiernos. Es importante aprovechar todas las posibilidades que ofrecen las vacunas, lo que ha llevado a la comunidad sanitaria mundial a reclamar un Decenio de las Vacunas y establecer una estrategia mundial de inmunización. La visión del Decenio de las Vacunas (2011-2020) es la de un mundo donde todos puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles mediante la vacunación y beneficiarse de las vacunas, sin importar dónde hayan nacido, quiénes sean o dónde vivan.*

**Entre más personas se vacunen y más se extienda el acceso y utilización de vacunas entre grupos etarios distintos al de los lactantes, junto con la combinación de otros cuidados de la salud como mejor acceso a agua salubre y saneamiento, mejor higiene y educación, mejorarán muy seguramente las condiciones de salud de la población.**

### **3.1 PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)**

**Durante la década de los 70, los países enfrentaban una alta carga de morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades para las cuales ya existían vacunas, pero que no eran utilizadas adecuadamente debido a la falta de programas consolidados y estrategias exitosas.** En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud convocó a los diferentes países a establecer el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que contaba con biológicos contra seis (6) enfermedades prioritarias: formas severas de tuberculosis, poliomeilitis, difteria, tos ferina, tétanos y sarampión. **En 1977 se adoptó la Resolución que establecía el PAI en las Américas, definido por la OMS y la OPS como el resultado del esfuerzo conjunto de organismos gubernamentales y no gubernamentales, orientado a lograr una cobertura universal de vacunación con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades prevenibles con vacunas.**

Con la implementación del PAI las coberturas de vacunación en la región aumentaron, pasando de 25% a 30% durante la década de los setenta, coberturas cercanas a 60% a comienzo de los ochenta y a más de un 90% a principios del siglo XXI. *En 1985, el avance de estos programas*

---

<sup>6</sup> OMS (2018). Preguntas y respuestas sobre inmunización y seguridad de las vacunas.

Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/84/es/>



*generó confianza e hizo que los países de las Américas se trazaran la meta de erradicar poco a poco enfermedades, empezando por la polio, luego con el sarampión y luego la rubéola. Gracias a los avances de investigaciones se ha logrado en los últimos años disponer de vacunas contra enfermedades adicionales, permitiendo ampliar el esquema básico de inmunización*<sup>7</sup>.

En Colombia el PAI fue establecido hacia finales de los años setenta, y con su implementación se ha logrado durante las últimas décadas un importante aumento en la cobertura de vacunación que ha contribuido en la reducción de la mortalidad infantil. Se planteó como objetivo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles, así como la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por éstas. Las vacunas incluidas en el esquema nacional de vacunación son gratuitas para la población de 0 a 5 años, niñas y jóvenes de 9 a 18 años, mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, gestantes, así como adultos mayores de 60 años y viajeros con relación a la fiebre amarilla<sup>8</sup>.

### **3.2 DIFICULTADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAI**

La descentralización en salud tomó forma en el país con el Decreto 77 de 1987, que transfirió a los municipios responsabilidades en la provisión de servicios de salud en el primer nivel de atención. En los años posteriores, se continuó con un conjunto de normas que distribuyeron competencias, recursos, así como poder de decisión a las entidades territoriales para la prestación de servicios básicos a cargo del estado. Dentro de esta normatividad se encuentran la Ley 10 de 1990 y las leyes 60 y 100 de 1993<sup>9</sup>.

En términos prácticos, la descentralización le otorgó al municipio autonomía en algunos aspectos, en especial en lo que tiene que ver con el manejo de los recursos. De otro lado, además del traslado de las funciones y recursos en salud, la descentralización incluye la construcción social, política y administrativa del sistema de salud desde lo local, buscando acercar al ciudadano a la gestión pública en aras de lograr mayores niveles de eficiencia y eficacia en la gestión y los servicios. A pesar de que la descentralización es considerada como la posibilidad de diseñar planes propios ajustados a realidades locales, ha encontrado múltiples obstáculos. Si bien se definieron funciones para los diferentes niveles territoriales, hace falta claridad en delimitar algunas competencias.

Para el tema que nos ocupa, se encontraron algunos estudios importantes. Uno de ellos indica que en 1995 y 1996 se alcanzaron las coberturas más altas con todos los biológicos del PAI en

---

<sup>7</sup> Ruiz, C. (S.F.). El programa de inmunización en las Américas: su historia contada a través del Boletín de Inmunización. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/PAI/Boletines/esp/InmunizacionesA.html>

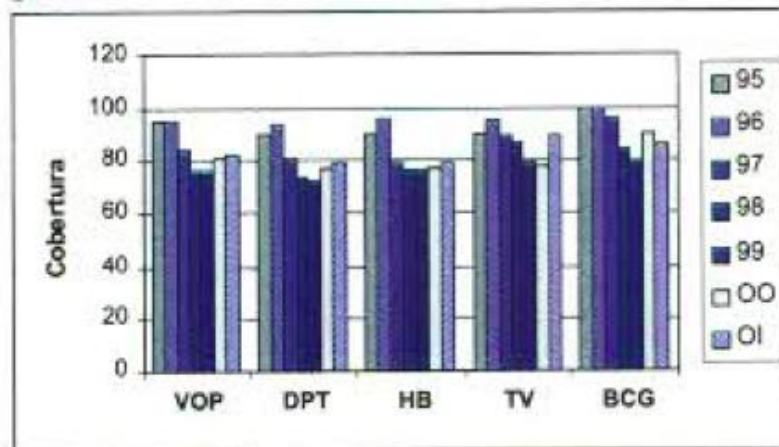
<sup>8</sup> Secretaría Distrital de Salud (2020). Vacunación programa ampliado de inmunizaciones PAI. Recuperado de <https://guiatramitesyservicios.bogota.gov.co/tramite-servicio/vacunacion-programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>

<sup>9</sup> Silva, R.; Herrera, V. y Agudelo, A. (2002). Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios. Revista salud pública 4 (1): 36-58. Recuperado de <https://guiatramitesyservicios.bogota.gov.co/tramite-servicio/vacunacion-programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>

ese momento, con porcentajes superiores a 90%. En el año 1997 ese porcentaje varió entre el 75% y el 88%. El mismo estudio de Silva, Herrera y Agudelo (2002) recopiló información de coberturas de vacunación en 4 municipios en el año 1999 encontrando que para las coberturas por debajo del 85%, éstas se asocian con barreras en el acceso a los servicios, problemas de oportunidad y alta rotación del personal de salud.

*De manera que durante la década de los noventa, la salud pública en el país enfrentaba procesos de descentralización, conflicto armado en un gran número de municipios, reestructuración de los servicios de salud en departamentos y municipios, pérdida del recurso humano capacitado, entre otros, que llevaron al descenso en las coberturas de vacunación a partir de 1997. En el año 2001, 8 años después de la expedición de la Ley 100 de 1993 con la que se creó el sistema de seguridad social, se estimaba que la vinculación de la población al sistema de salud era de apenas 56,6%.*

*Ilustración 2. Coberturas de vacunación en Colombia, 1995-2001*



**Grafica 1. Coberturas de vacunación, Colombia, 1995-2001**

Fuente: Cáceres y Rojas (2002)

En el 2001, el Ministerio de Salud delegó las funciones operativas de vigilancia, prevención y control de enfermedades de interés en salud pública, entre ellas las concernientes al PAI, al Instituto Nacional de Salud (INS), por medio de la resolución 0228 del 16 de febrero de 2001. Durante ese mismo año, teniendo en cuenta la compleja situación del PAI y con el objetivo de orientar el plan de acción a corto, mediano y largo plazo se realizaron dos evaluaciones del programa: en junio una evaluación nacional y en septiembre una internacional con apoyo de la OPS<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Cáceres, D. y Rojas, R. (2002). Capítulo 1 Programa ampliado de Inmunizaciones: Colombia, 2001-2002. Recuperado de

Los resultados coincidieron en la identificación de 4 componentes en estado muy crítico (red de frío; sistemas de información; comunicación social y participación comunitaria; y evaluación e investigación social); 3 componentes en estado crítico intermedio (organización y coordinación; recursos humanos y gestión financiera; y supervisión y capacitación); 2 componentes en estado crítico leve (programación y planificación; vigilancia epidemiológica) y un componente sin problemas (prioridad política). *Componentes que en conjunto reflejan los cambios administrativos que influyen en las coberturas de vacunación.* Frente a la situación encontrada, se definieron en el 2001 una serie de estrategias como:

- Incremento en el Presupuesto General de la Nación asignado al PAI, que pasó de US\$ 6'535.144 en el año 2001 a US\$ 15'681.520 en el 2002 (140%).
- Modificación del esquema de vacunación del PAI: introducción de polivalente de vacunas DPT-HB-Hib, disminución de la edad de aplicación del refuerzo de la Triple viral de 10 años a 5 años, y cambio de la Triple Viral a SR en mujeres en postparto y postaborto.
- Mejoramiento de la red de frío a través del recambio de equipos, instalación de un sistema computarizado de control de temperatura para garantizar la calidad de las vacunas y contratación de personal para mantenimiento semanal.
- Capacitación del recurso humano a nivel departamental y municipal mediante talleres regionales acorde a las necesidades locales.
- Jornadas de vacunación para aumentar las coberturas a la menor brevedad.
- Diseño del carné de salud para menores de 5 años para mejorar el seguimiento, unificar información de vacunación a nivel nacional y comprometer a profesionales de la salud y cuidadores de niños y niñas en el cuidado integral. Incluye el esquema de vacunación, información de crecimiento y desarrollo, salud oral, nutrición, etc.
- Alianzas estratégicas con organismos a nivel internacional, sociedades de pediatría, infectología, autoridades de departamentos y municipios, otros sectores de Gobierno y medios de comunicación masivos para movilizar recursos económicos y humanos para apoyar la capacitación del personal, el ingreso a áreas de conflicto y de difícil acceso geográfico y promoción de la vacunación en los principales canales de televisión.
- Diseño de una estrategia en comunicación social de sensibilización y movilización nacional alrededor de la vacunación y desarrollo de identificadores visuales y auditivos del PAI.
- Acuerdo a nivel nacional entre el sector público para facilitar el acceso de los niños y niñas a las vacunas sin importar el régimen de afiliación.

A pesar de las coberturas alcanzadas en el año 2001, nuevamente en el año 2002 se proyectó un descenso en las coberturas de vacunación, así como en el porcentaje de municipios con coberturas útiles. *Esa variación puede deberse a factores como: poca corresponsabilidad y participación de madres, padres, familias y cuidadores de niños y niñas en la vacunación y esquemas de vacunación; dificultad en la importación o adquisición de vacunas; limitación en la oferta del servicio por inoportuna asignación de presupuesto en el nivel local, por alta rotación del*

---

[https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=632-pai-colombia-2002&Itemid=688](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=632-pai-colombia-2002&Itemid=688)

*personal capacitado en PAI, por dificultades de apoyo logístico en actividades del programa, también por cobro en la aplicación de las vacunas y rechazo de la prestación del servicio de acuerdo a la afiliación; limitación en la demanda por falta de estrategias de comunicación permanentes y efectivas; dificultades en el acceso por limitación de los horarios de vacunación por razones administrativas o sobrecarga del recurso humano.*

Por su parte, un estudio que evaluó los motivos para no vacunación de menores de 5 años en 4 ciudades colombianas (Barranquilla, Soacha, Leticia y Quibdó) percibidos por parte de cuidadores y equipos de vacunación, encontró que *la información, actitudes y creencias erróneas sobre la vacunación están dentro de las principales razones, ya que algunas familias temen por la reacción posterior a la inmunización y por creer que la vacuna enferma. Asimismo, aunque el PAI es gratuito para toda la población en el territorio nacional, algunas familias se abstienen de vacunar a sus hijos(as) cuando los padres pierden el empleo por creer que al no estar afiliados a la EPS, no recibirán la atención*<sup>11</sup>.

Otro factor que incide en las bajas coberturas de vacunación en los municipios del citado estudio, son las *condiciones socioeconómicas y geográficas, que se convierten en una barrera de acceso a los servicios de vacunación puesto que impiden que la población se desplace al centro de salud o bien que el equipo de vacunadores acuda a zonas catalogadas como 'inseguras y peligrosas'.*

Dentro de las instituciones y servicios de salud también se identificaron problemáticas que pueden incidir en las coberturas de vacunación: en municipios como Quibdó y Soacha, cuyas coberturas son bajas, el talento humano responsable del PAI tiene muchas funciones a cargo además de las propias del programa, los equipos sufren de una alta rotación y tienen bajos ingresos, además no siempre cuentan con los implementos adecuados para la prestación del servicio. A lo anterior se agregan las demoras en los trámites para la contratación de vacunación municipal debido a la tardía aprobación de recursos, como sostiene la coordinadora PAI de Soacha:

*“Contratan el grupo extra- mural en diciembre y lo contratan por tres meses, solo hasta marzo, y ahí ya queda una brecha porque desde noviembre hacia atrás yo no hice la búsqueda activa de esos niños, esa estrategia no fue efectiva, si no puedo tener el personal y los recursos; se me vuelve una dificultad cuando a nivel administrativo se está retrasando ese proceso. Entonces no alcanzo, así yo tenga el recurso, el personal en esas condiciones, yo no los puedo quemar y en un mes pedirles que hagan lo de todo un año”.*

**Para finalizar este apartado, los estudios citados indican que hay distintos factores que afectan las coberturas de vacunación: algunos provienen de las personas y su contexto socio cultural y geográfico, mientras que otros corresponden a las instituciones de salud. Ambos en conjunto restringen el cumplimiento de coberturas útiles (por encima del 95%) de los distintos biológicos. Además, también el proceso de descentralización en salud a**

---

<sup>11</sup> Escobar-Díaz F, Osorio-Merchán MB, De la Hoz-Restrepo F. Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e123. doi: 10.26633/RPSP.2017.123

nivel local ha afectado la adecuada respuesta institucional en algunos casos que traen como resultado reducción de coberturas de vacunación.

**El espíritu del presente proyecto de acuerdo es llegar a las poblaciones desatendidas y abordar estas inequidades, ya que estas poblaciones a menudo soportan una mayor carga de enfermedad. Se estima además, según la OMS, que las necesidades de fondos para investigación, desarrollo de la inmunización, adquisición y distribución de vacunas aumenten a más del doble en la próxima década.**

### 3.3 PROPUESTA DE UN ESQUEMA COMPLEMENTARIO DE VACUNACIÓN

La actual pandemia deja importantes reflexiones sobre la vulnerabilidad de los seres humanos ante eventos de la naturaleza, porque si algo es cierto, es que los virus son parte fundamental del desarrollo del planeta, siempre han estado y estarán, por ello es fundamental que los gobiernos se sepan adaptar a estas circunstancias y tal parece que las pasadas pandemias no hubieran dejado lecciones importantes a la humanidad, tal vez por su lenta aparición, la historia indica que cada cierto tiempo aparece un nuevo peligro epidemiológico para la humanidad.

A grandes rasgos, la mayoría de publicaciones plantean la siguiente línea del tiempo: 1) En 1320 ocurrió la peste bubónica. 2) En 1420 el mundo sufrió la peste negra. 3) En 1520 el Imperio Azteca fue azotado por la viruela. 4) En 1620 la peste italiana mató a cientos de personas. 5) En 1720 ocurrió la plaga de Marsella. 6) En 1820 surgió la primera pandemia de cólera. 7) En 1920 se propagó la llamada gripe española. Y en 2020 surge la pandemia del COVID-19<sup>12</sup>.

El microbiólogo e infectólogo Otto Sussmann afirma: *“Uno no puede definir que haya un patrón en el tiempo para que aparezca una epidemia. No existe. De hecho, hace un tiempo nosotros hablábamos de que cada diez años podíamos tener una epidemia de influenza por los cambios propios que tenía el virus, pero eso también nos lo desvirtuó el mismo virus”*.

Por ello se debe empezar a plantear que las medidas y programas con los que se cuenta actualmente, como **los programas de vacunación deben empezar a cambiar, adaptarse al momento, y facilitar a las naciones y a las ciudades mecanismos de gestión más eficientes y eficaces para asumir el reto de futuras epidemias y pandemias**. Las pandemias del futuro surgirán con más frecuencia, se propagarán más rápidamente, tendrán más impacto en la economía mundial y podrían matar a más personas que las fallecidas por COVID-19, *“así lo han determinado 22 expertos de todo el mundo a través de un nuevo informe sobre diversidad y pandemias, convocados por la Plataforma Intergubernamental Científico-normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas”*<sup>13</sup>.

El IPBES es un organismo intergubernamental independiente compuesto por 137 gobiernos miembro. Este grupo fue establecido en 2012 con el objetivo de elaborar evaluaciones científicas

---

<sup>12</sup> Burnet, Sir Macfarlane (1967). Historia de las enfermedades infecciosas. Madrid, España: Alianza Editorial.

<sup>13</sup> Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas (IPBES) ,Comunicado de Prensa (2020).

objetivas sobre el estado de conocimiento relativo a la diversidad biológica del planeta, los ecosistemas y las contribuciones de las personas. Según el Dr. Peter Daszak, presidente de EcoHealth Alliance y del taller de la IPBES:

*“Tenemos una capacidad cada vez mayor de prevenir pandemias, pero ahora mismo la forma en que las estamos abordando ignora en gran medida esa capacidad. Nuestro enfoque efectivamente se ha estancado: todavía dependemos de los intentos de contener y controlar las enfermedades después de que surgen, a través de vacunas y tratamientos. Podemos escapar de la era de las pandemias, pero esto requiere un enfoque mucho mayor en la prevención además de la reacción”.*

**De manera que resulta fundamental preparar los mecanismos necesarios para tener mayor capacidad de reacción, generar un mecanismo complementario de vacunación que sirva como soporte normativo y operacional. En el momento concreto y en una situación determinada, será de gran ayuda para optimizar los procesos de adquisición de elementos de inmunización, los cuales se ven limitados en los esquemas tradicionales; y con base en hallazgos de investigaciones, enfatizar el potencial impacto que puede tener la introducción de una vacuna en todo el programa de inmunización y en el sistema de salud en general.** “Un mecanismo que brinde sugerencias para minimizar los posibles efectos negativos de la introducción de una vacuna sobre el programa de inmunización y sobre el sistema de salud, así como maneras de maximizar las oportunidades que ofrece la introducción de una vacuna para fortalecer estos sistemas”.<sup>14</sup>

Asimismo, el esquema complementario de vacunación se comportaría bajo todos los lineamientos que para su operación requiera y para el acceso a los programas de inmunización que en su momento sean necesarios. Como lo determina el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP por sus siglas en inglés) -suscrito por los 194 Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012- es un marco para prevenir millones de muertes para 2020 a través de un acceso más equitativo a las vacunas existentes para las personas en todas las comunidades. Sumado a ello es un mecanismo que contará con todas las directrices técnicas específicas para introducción de nuevas vacunas en la población, en virtud del documento ‘Principios y consideraciones para agregar una vacuna al programa nacional de inmunización: de la decisión a la implementación y el monitoreo’.

**Según la OMS, el proceso de introducir vacunas como esquema alternativo es algo ya dispuesto por muchos países a los cuales la OMS ha venido acompañando en su implementación y demostrado que es una herramienta eficaz para una rápida reacción ante eventos epidemiológicos. La introducción de una vacuna puede significar la adición de una vacuna contra una enfermedad que no estaba cubierta en el programa de inmunización (por ejemplo, la vacuna contra el rotavirus o el VPH). También puede referirse**

---

<sup>14</sup> Véase: Wang SA, Hyde TB, Mounier-Jack S, Brenzel L, Favin M, Gordon WS, Shearer JC, Mantel CF, Arora N, Durrheim D. New vaccine introductions: Assessing the impact and the opportunities for immunization and health systems strengthening. Vaccine 2013; 31 Supplement: B122-B128 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.10.116>)

**a la introducción de una nueva formulación de vacuna que ya estaba en el programa (por ejemplo, una vacuna líquida que sustituye a una vacuna liofilizada), a una nueva vacuna combinada (por ejemplo, la DTP-HepB-Hib que sustituye vacunas individuales previas para los diversos componentes o antígenos), o a una vacuna que emplea una nueva vía de administración en lugar de la vacuna que actualmente se utiliza (por ejemplo, una vacuna inyectable que sustituye a una vacuna oral).** La medida en que las nuevas combinaciones, formulaciones u otros cambios constituyan la “introducción de una nueva vacuna” dependerá del cambio específico en la vacuna y de los posibles problemas que puedan surgir y que deben abordarse en relación con este cambio.

Algunos cambios en las vacunas pueden requerir una amplia gama de actividades –desde una decisión basada en la evidencia por parte de los decisores hasta la capacitación adicional del personal de salud, una nueva campaña de comunicaciones y movilización social, etc.–, mientras que otros cambios pueden requerir solo algunas de estas actividades. *“En este documento se usa el término “nueva vacuna” para referirse a un nuevo antígeno, a una nueva vacuna combinada o a otro nuevo producto de vacuna que exige cambios en las actividades del programa para que la inmunización resulte exitosa y se cubra a la población objetivo”<sup>15</sup>.*

En el Distrito Capital, al tomar la decisión de introducir un nuevo esquema de vacunación complementario ante riesgos epidemiológicos, se examinan los diversos elementos y pasos necesarios para planificar de manera efectiva la introducción de una vacuna y asignar recursos suficientes para hacerlo, como los de tipo normativo que le impiden aplicar independientemente programas propios de inmunización. Adicional a ello, según la OMS, *“estos pasos comprenden tomar una decisión sobre la estrategia para la entrega y el esquema de la vacuna, la selección del producto exacto (incluida la presentación y formulación), y la compra de la vacuna. También incluyen los pasos para garantizar que el programa de inmunización esté preparado para introducir la vacuna mediante la expansión de la cadena de frío y de los sistemas de gestión de la vacuna para su manejo, la capacitación de los trabajadores de salud en el manejo y administración de la nueva vacuna, la concientización y promoción de su uso en el público mediante campañas de movilización social, y la actualización de los sistemas de información gerencial”.*

#### **4. DEBILIDAD EN LA GOBERNANZA EN SALUD**

El sector salud del Distrito Capital tiene como misión formular, adoptar, ejecutar y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud en el Distrito Capital. En el 2006 el Concejo de Bogotá había dictado normas sobre la estructura, organización y funcionamiento de las entidades y organismos del Distrito, entre ellas la Secretaría Distrital de Salud (SDS), definida como un organismo del sector central con autonomía administrativa y financiera cuyo objeto es orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes,

---

<sup>15</sup> Principios y consideraciones para agregar una vacuna al programa nacional de inmunización: de la decisión a la implementación y el monitoreo, Organización Mundial de la Salud, (2014). 0 Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza

programas, proyectos y estrategias en aras de garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital<sup>16</sup>.

La gobernanza es entendida como aquellos procesos de acción que organizan las dinámicas de actores y normas sociales. En el campo de salud, la OMS la ha definido como la participación de actores responsables en la definición e implementación de políticas y programas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles. Aunque se viene hablando de este tema desde la década de los noventa, en el Distrito Capital no se han implementado mecanismos estructurados y sistemáticos de gobernanza en el sector salud. De otro lado, la rectoría en salud es una función característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional, cuyo propósito es implementar decisiones y acciones para satisfacer y garantizar las necesidades en salud.

Cumplir con las funciones esenciales en salud en el Distrito Capital asignadas a la SDS a partir de la Constitución, las leyes y demás normas vigentes, amerita robustecer la gobernanza. Este mecanismo complementario de vacunación se convierte en una herramienta útil para el Distrito, toda vez que uno de los problemas y faltas a los principios administrativos se han dado por la ausencia de gobernanza en los procesos de inmunización. Una muestra de ello es cuando se buscó introducir la vacuna contra el virus herpes zoster: según los comentarios de la Administración Distrital, el Proyecto de Acuerdo 005 de 2020 perseguía una finalidad acorde con el propósito constitucional y legal de las políticas que a nivel nacional e internacional promueven los organismos de salud frente a la importancia de la vacunación.

No obstante, la competencia para la regulación de los Planes de Beneficios y en particular del Programa Ampliado de Inmunización -PAI-, no es competencia del Concejo Distrital como ente territorial sino del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social quien es la instancia competente para lo cual la Secretaría Distrital de Salud, en ejercicio de sus competencias, debe realizar los estudios epidemiológicos necesarios. Pero este es un proceso que en una situación de emergencia, como es el caso de la presente pandemia ocasionada por el COVID-19, deja sin herramientas a los entes territoriales para combatir enfermedades al interior de su territorio. Su deber como lo señala el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, es enviar los estudios al Ministerio de Salud y la Protección Social y, de resultar viable el estudio para la inclusión de la vacuna (en nuestro ejemplo, la vacuna contra el virus del Herpes Zoster), se implementará de manera gratuita, dentro del Programa de Ampliado de Inmunizaciones PAI.

De otra parte, además de requerirse la regulación por parte del Gobierno Nacional como autoridad competente en la materia, se debe establecer la fuente de financiación, con el objeto de contar con los recursos financieros que permitan que el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- pueda soportar esta carga adicional para su inclusión en el Plan de Beneficios de la población en general. Por tanto, su procedencia e inclusión debe realizarla el Gobierno Nacional - Ministerio de Salud y Protección Social para la población colombiana en general y no sólo para el Distrito Capital, lo que claramente afecta la eficiencia y la eficacia en una situación de emergencia. **Actualmente el Distrito Capital sigue sin poder implementar la vacuna del herpes zoster, generando vulnerabilidad en las personas mayores del distrito capital, toda**

---

<sup>16</sup> Secretaría Distrital de Salud (2016). Ficha EBI Proyecto Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud.



**vez que la competencia del concejo de Bogotá no le permite emprender esta clase de proyectos de acuerdo del orden particular, y la administración distrital tampoco tiene la competencia para introducir planes de vacunación que no estén contemplados al interior del PAI Nacional. Por ello la urgencia de tener un esquema complementario de vacunación, como proyecto de carácter general, ante emergencias epidemiológicas es algo de expresa urgencia ante los problemas actuales y futuros de salud pública.**

## **5. CONSIDERACIONES FINALES**

Las mejoras en los resultados de las enfermedades no transmisibles han sido más lentas en Latinoamérica y el Caribe (LAC) que en países de la OCDE, y las **enfermedades transmisibles** y las lesiones persisten como problemas de salud relevantes en la región. La mayoría de países de LAC dependen todavía principalmente de la **atención curativa, especializada y hospitalaria más costosa**, en vez de la atención preventiva.

Para que la APS, como estrategia que organiza el sistema de salud, cumpla su cometido de diagnosticar e intervenir los principales factores de riesgo y problemas de salud de la población, es indispensable contar con **disponibilidad de insumos** críticos en cantidad, calidad, estructura y tecnología.

En este contexto, el presente proyecto de acuerdo busca implementar un esquema de vacunación complementario al PAI, asegurando la sostenibilidad en el largo plazo del sistema de salud de Bogotá y su resiliencia para afrontar situaciones de falta de recursos y, sobre todo, eventos emergentes en el presente y en el futuro. Esto con base en la idea de que pueden reducirse los ingresos hospitalarios así como la mortalidad al tratar las enfermedades prevenibles con vacunas en el nivel de atención primaria.

Los programas de vacunación suelen ser una parte importante de la estrategia de prevención de un país, ya que son de las **intervenciones más efectivas y costo-efectivas**. Sin embargo, si no se mantienen tasas de inmunidad óptimas -la llamada inmunidad colectiva-, las enfermedades prevenibles mediante la vacunación pueden reaparecer rápidamente. Aunque las enfermedades prevenibles mediante vacunación se han vuelto raras en muchos países, los agentes infecciosos que las originan siguen circulando en otros; en un mundo globalizado e interconectado como el actual, **pueden cruzar fácilmente las fronteras geográficas e infectar a cualquier persona que no esté protegida**.

Entre más personas se vacunen y más se extienda el acceso y utilización de vacunas entre distintos grupos etarios -junto con la combinación de otros cuidados de la salud como mejor acceso a agua salubre y saneamiento, mejor higiene y educación-, mejorarán muy seguramente las condiciones de salud de la población.

El espíritu la presente iniciativa, que espera contar con el respaldo de los cabildantes de la corporación, es llegar a las poblaciones desatendidas y abordar las inequidades en salud, ya que estas poblaciones a menudo soportan una mayor carga de enfermedad. Además, la OMS estima

que las necesidades de fondos para investigación, desarrollo de la inmunización, adquisición y distribución de vacunas aumenten a más del doble en la próxima década.

El proceso de **introducir vacunas como esquema alternativo** es algo ya dispuesto por muchos países a los cuales la OMS ha venido acompañando en su implementación, demostrando que es una herramienta eficaz para una rápida reacción ante eventos epidemiológicos. La introducción de una vacuna puede significar la adición de una vacuna contra una enfermedad que no estaba cubierta en el programa de inmunización, la introducción de una nueva formulación de vacuna que ya estaba en el programa, una nueva vacuna combinada o a una vacuna que emplea una nueva vía de administración.

### III. SUSTENTO JURÍDICO

#### 1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

En el entendido de que un esquema complementario de vacunación contribuiría de forma significativa a preservar y proteger la salud de todos los habitantes del territorio distrital, y que la salud es un derecho fundamental y de irrestricto cumplimiento, que como derecho sustancial puede adecuar normas especiales y extraordinarias y como ya en varias sentencias de la corte se ha dispuesto, es importante destacar las siguientes normas de rango Constitucional.

**En la carta política se establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y los servicios de salud se deben organizar en forma descentralizada. De igual manera, establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad, como también consagra, como derechos fundamentales de los niños, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social.**

**ARTÍCULO 2º**—Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

**ARTÍCULO 46** Señala la responsabilidad a la protección de población vulnerable, como lo son las personas mayores y reza: “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”.

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

**ARTÍCULO 49** define la obligación que tiene el Estado en la provisión de la salud, así como en garantizar que el acceso a la misma sea universal: “La atención de la salud y el saneamiento

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

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

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

Adicional a ello, el **ARTÍCULO 366** refuerza lo manifestado por el artículo anteriormente indicado, en el sentido de que “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las **necesidades insatisfechas de salud**, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

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

## 2. LEYES

**LA LEY 100 DE 1993:** Implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual reorganiza el sistema de prestación de servicios en salud, desarrolla el servicio público de la salud y genera una complementariedad entre la red pública y la red privada de prestadores, con el fin de lograr una mayor cobertura. En su artículo 165, la Ley 100 define el plan obligatorio de salud, el cual debe cubrir acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento, protección de la maternidad y rehabilitación física. Todo administrador de servicios de salud debe garantizar la protección a la población que tenga afiliada a través de sus servicios.

**ARTÍCULO 165** El Plan Ampliado de Inmunizaciones, en el marco del SGSSS se considera prioritario y se encuentra incluido en las políticas de gobierno en favor de la niñez y la mujer. Por tanto, sus actividades están incluidas en los planes de beneficios, Plan de Atención Básica (PAB) y Plan Obligatorio de Salud (POS).

**LEY 715 DE 2001.** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

**ARTÍCULO 43. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD.** Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el

territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

**ARTÍCULO 44. COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS.** Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones.

**La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.**

**Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptuase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.**

**LEY 1122 DE 2007. Artículo 33,** establece que el gobierno nacional definirá el plan nacional de salud pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo plan nacional de desarrollo, el cual debe incluir el plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana, en particular, los biológicos que deban incluirse y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas en Inmunización

**LEY 1150 DE 2007. Artículo 6°. Modificado por el artículo 221 del Decreto Ley 019 de 2012. El nuevo texto es el siguiente: Artículo 6. De la verificación de las condiciones de los proponentes.** Todas las personas naturales o jurídicas nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia, que aspiren a celebrar contratos con las entidades estatales, se inscribirán en el Registro Único de Proponentes del Registro Único Empresarial de la Cámara de Comercio con jurisdicción en su domicilio principal.

No se requerirá de este registro, ni de clasificación, en los casos de contratación directa; **contratos para la prestación de servicios de salud**; contratos de mínima cuantía; enajenación de bienes del Estado; contratos que tengan por objeto la adquisición de productos de origen o destinación agropecuaria que se ofrezcan en bolsas de productos legalmente constituidas; los actos y contratos que tengan por objeto directo las actividades comerciales e industriales propias de las empresas industriales y comerciales del Estado y las sociedades de economía mixta y los contratos de concesión de cualquier índole. En los casos anteriormente señalados, corresponderá a las entidades contratantes cumplir con la labor de verificación de las condiciones de los proponentes.

**LEY ESTATUTARIA No. 1751 de 2015** “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

**ARTÍCULO 2.** Enuncia (...) el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

**Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.**

**LEY 2064 DE 2020.** "POR MEDIO DE LA CUAL SE DECLARA DE INTERÉS GENERAL LA ESTRATEGIA PARA LA INMUNIZACIÓN DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA CONTRA LA COVID-19 Y LA LUCHA CONTRA CUALQUIER PANDEMIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

**ARTÍCULO 1.** Objeto. La presente ley tiene por objeto declarar de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra la Covid-19 y establecer medidas administrativas y tributarias para la financiación y la gestión de los asuntos relacionados con la inmunización contra la Covid-19 y otras pandemias.

### 3. DECRETOS

**DECRETO NÚMERO 1787 DE 2020** Por el cual se establecen las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE para medicamentos de síntesis química y biológicos destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento de la Covid - 19 en vigencia de la emergencia sanitaria.

### 4. JURISPRUDENCIA

A nivel de líneas jurisprudenciales y de precedente, la **SENTENCIA T-760/08 de la Corte Constitucional** y siendo el Magistrado Ponente el Dr. **MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA** elabora aún más el concepto de la salud como derecho que toda la ciudadanía puede disfrutar, y la discusión respecto a este tema, postulando que:

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

#### **El derecho a la salud como derecho fundamental**

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la

segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia. (Subrayado fuera de texto).

Noción de salud: La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud "(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo". La 'salud', por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la 'ausencia de afecciones y enfermedades' en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es 'un estado completo de bienestar físico, mental y social' dentro del nivel posible de salud para una persona. En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia (Subrayado fuera de texto).

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

Lo anterior, justamente por cuanto el Estado -bajo aplicación de los principios de equidad, solidaridad, subsidiariedad y eficiencia- ha de racionalizar la prestación satisfactoria del servicio de salud a su cargo o a cargo de los particulares que obran en calidad de autoridades públicas, atendiendo, de modo prioritario, a quienes se encuentren en cualquiera de las circunstancias mencionadas con antelación. Al respecto, la Corte Constitucional ha expresado mediante

jurisprudencia reiterada que, bajo estas circunstancias, aun tratándose de prestaciones excluidas del POS, del POSS, del PAB, del PAC y de aquellas obligaciones previstas por la Observación General, procede la tutela como mecanismo para obtener el amparo del derecho constitucional fundamental a la salud” (Subrayado fuera de texto).

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

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

"No poder garantizar de manera instantánea el contenido prestacional del derecho es entendible por las razones expuestas; pero carecer de un programa que de forma razonable y adecuada conduzca a garantizar los derechos en cuestión es inadmisiblemente constitucionalmente. El carácter progresivo de la prestación no puede ser invocado para justificar la inacción continuada, ni mucho menos absoluta, del Estado. Precisamente por el hecho de tratarse de garantías que suponen el diseño e implementación de una política pública, el no haber comenzado siquiera a elaborar un plan es una violación de la Carta Política que exige al Estado no sólo discutir o diseñar una política de integración social [para discapacitados], sino adelantarla" (Subrayado fuera de texto).

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

Lo anterior plasmado en algunas políticas relacionadas con la prestación de servicios de salud, pero la que viene al caso de este proyecto de acuerdo hace referencia a:

### **POLÍTICA NACIONAL FARMACÉUTICA:**

Según el documento que contiene la política, esta es importante debido a que la parte farmacéutica equivale a una porción relevante del total del gasto sanitario, después de los recursos humanos. Además es vital pues, en la mayoría de las consultas médicas, el desenlace es una receta médica. Los medicamentos representan la respuesta más utilizada en salud. La

Política tiene como objetivo resolver las dificultades existentes en el uso adecuado de los medicamentos, incluido el desarrollo de los servicios farmacéuticos, así como a corregir defectos del sistema de vigilancia y control de la calidad y a reducir las inequidades en el acceso a estos.

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

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

**SERVICIOS PÚBLICOS - Le corresponde al Estado garantizar su prestación eficiente / BIENESTAR GENERAL Y MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE VIDA - Con la prestación de los servicios públicos se propende por ellos.** "De acuerdo con el artículo 365 de la Constitución, es finalidad y obligación del Estado asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos, de manera directa o a través de sus agentes, pero conservando su control y vigilancia. La prestación de los servicios públicos es una finalidad inherente al Estado y a través de ellos, se propende el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, lo cual explica la eficiencia y oportunidad con la que deben ser atendidos. El derecho consagrado en el literal j) del artículo 4º de la Ley 472 de 1998, referido al acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna, entraña la protección a la colectividad, pues la deficiente prestación de un servicio público puede incluso llegar a poner en peligro la vida, la integridad personal y los bienes de los asociados. Los servicios públicos deben ser prestados de manera



eficiente y oportuna para cumplir la finalidad inherente al Estado y para que, a través de ellos, se propenda el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Su prestación debe responder a criterios de calidad del servicio que, conforme al artículo 367 de la Constitución, deben ser señalados por la ley. **C.E. Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Cuarta, Rad. AP-0285,11/06/04, C.P. Ligia López Díaz.**

**AUTONOMÍA RELATIVA DE LAS ENTIDADES.** Aclaración de voto "...Si bien es cierto que el legislador debe respetar el reducto mínimo de la autonomía dentro de cuyo ámbito se encuentra el derecho de las entidades territoriales a administrar sus propios recursos, como se expresa en la sentencia mencionada, ello no es óbice para que no se pueda entender que el legislador sí está autorizado para intervenir en la gestión de los intereses propios de esas entidades, como en aquellas situaciones inherentes a la finalidad social del Estado, que versan sobre el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

No puede desconocerse entonces, que el objetivo fundamental de la actividad estatal es la solución de las necesidades básicas insatisfechas donde ocupan especial renglón, **la salud**, la educación, el saneamiento ambiental y el agua potable, que aunque si bien es cierto corresponde a las autoridades territoriales fijar los porcentajes requeridos para la atención de las mismas, cuando el legislador persigue dicha finalidad, ella estará siempre ajustada a los mandatos constitucionales, razón por la cual la autonomía de las entidades territoriales no es absoluta, conforme lo ha establecido la jurisprudencia de la Corporación...". **C. Const., Sala Plena, Sent. C-219/97, 24/04/97. M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.**

## **6. NORMATIVIDAD DISTRITAL**

**DECRETO 507 DE 2013** "Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C."

ARTÍCULO 1º. De conformidad con el Artículo 85 del Acuerdo 257 de 2006, se señalan la naturaleza, objeto y funciones básicas de la Secretaría Distrital de Salud. La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital. Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular. Además de las atribuciones generales establecidas en el presente Acuerdo para las secretarías, la Secretaría Distrital de Salud tiene las siguientes funciones básicas:

**a. Formular, ejecutar y evaluar las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con las disposiciones legales.**

## 7. ACUERDOS DISTRITALES

**Acuerdo 002-1998** del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud; se fijan reglas para las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado están obligadas a suministrar las vacunas que requieran sus afiliados según lo establece el manual de medicamentos y hacer promoción y prevención en las actividades relacionadas con jornadas Distritales de Vacunación.

Es importante mencionar aquí el **Acuerdo 461 de 2011**, “Por medio del cual se incorporan medidas de prevención en el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”, mediante el cual se estableció un programa de detección y control del cáncer de cuello uterino, y dentro de los cuales se estableció prevenir el Virus del Papiloma Humano mediante un esquema de vacunas similar al aquí propuesto: “Dentro de este programa se deberá garantizar la vacuna contra el VPH de manera gratuita a la población que la Secretaría Distrital Salud considere conveniente”. Se invoca, entonces, este Acuerdo a modo de antecedente.

Así mismo, el **Acuerdo 535 de 2013**, “Por medio del cual se incluye la vacuna contra la varicela de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital”, que estableció el programa de vacunaciones gratuitas contra la varicela.

**ACUERDO 641 DE 2016.** Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones.

**ARTÍCULO 31º. Misión del Sector Salud.** El Sector Salud tiene la misión de formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 33º. Naturaleza, objeto y funciones básicas de la Secretaría Distrital de Salud.** La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adecuación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.

Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular.

Además de las atribuciones generales establecidas en el Acuerdo 257 de 2006 para las secretarías, la Secretaría Distrital de Salud tiene las siguientes funciones:

a). Formular, ejecutar y evaluar las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con las disposiciones legales.

e). Gestionar y prestar los servicios de salud prioritariamente a través de su red adscrita, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre no asegurada que resida en su jurisdicción, en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

**g). Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas y coordinar con los sectores y la comunidad las acciones que en salud pública se realicen para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.**

**k). Definir, vigilar y controlar la oferta de servicios de salud del Distrito Capital, con el fin de garantizar su calidad y funcionamiento según las necesidades de la población.**

**Proyecto de acuerdo 005 de 2020** “por medio del cual se ordena que se realice el estudio y se incluya la vacuna contra el herpes zóster de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del distrito capital”.

#### **IV. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ**

**Constitución política “ARTÍCULO 313.** *Corresponde a los concejos:*

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

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confiere la Constitución Política de Colombia, la Ley 152 de 1994, el artículo 12 del Decreto – Ley 1421 de 1993 y el Acuerdo 12 de 1994.

#### **DECRETO LEY 1421 de 1993**

El Concejo Distrital de Bogotá D.C. es competente de conformidad con los siguientes artículos:

**ARTÍCULO 12: ATRIBUCIONES.** *Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:*

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

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

*10. Dictar las normas que garanticen la descentralización, la desconcentración y la participación y veeduría ciudadanas.*

*23. Ejercer de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 del presente estatuto, las atribuciones que la Constitución y las leyes asignen a las asambleas departamentales.*

**Según el numeral 23 del decreto Ley 1421, la Constitución Política establece lo siguiente:**

**“ARTÍCULO 300.** *Corresponde a las Asambleas Departamentales, por medio de ordenanzas: (...)*

9. Autorizar al Gobernador del Departamento para celebrar contratos, negociar empréstitos, enajenar bienes y ejercer, pro tempore, precisas funciones de las que corresponden a las Asambleas Departamentales.

**La anterior disposición normativa contiene dos elementos fundamentales en la operatividad del mecanismo complementario de vacunación: el primero, la facultad que se otorga al burgomaestre para celebrar los contratos necesarios, solicitar los cupos de deuda pro tempore, que en su momento se consideren apropiados, de acuerdo a circunstancias concretas con el fin de preservar la salud y la vida de los habitantes del territorio distrital**

**Constitución Política de 1991. Artículo 300. Modificado por el art. 2, Acto Legislativo No. 01 de 1996. El nuevo texto es el siguiente.** Corresponde a las Asambleas Departamentales, por medio de ordenanzas:

1. Reglamentar el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios a cargo del Departamento.
10. Regular, en concurrencia con el municipio, el deporte, la educación y la salud en los términos que determina la Ley

#### **ACUERDO No. 741 DE 2019**

**ARTÍCULO 3. ATRIBUCIONES.** El Concejo de Bogotá, D.C., ejerce las atribuciones, funciones y competencias de conformidad con lo establecido en la Constitución Política, el Estatuto Orgánico para Bogotá, D.C., las leyes especiales, así como las conferidas a las Asambleas Departamentales en lo que fuere compatible con su régimen especial. En ausencia de las normas anteriores, se somete a las disposiciones constitucionales y legales vigentes para los municipios.

**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.

**ARTÍCULO 137. Prioridad del Gasto Social.** En los planes y presupuesto del Distrito, el gasto público social tendrá prioridad. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Distrito. Será propósito fundamental de su actividad la solución de las **necesidades insatisfechas de salud**, saneamiento ambiental y agua potable

#### **COMPETENCIA ADMINISTRATIVA CONCEJO DE BOGOTÁ**

#### **CONSTITUCIÓN POLÍTICA**

**ARTICULO 209.** La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad,

imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

**En lo que respecta al Distrito Capital, estas funciones administrativas derivan de una norma especial, y en lo que respecta al Concejo de Bogotá, su función es determinar las normas generales para hacer operativas las estructuras de las entidades del distrito.**

**APLICACIÓN DEL RÉGIMEN ESPECIAL.** "...Así las cosas, el decreto con fuerza de ley 1421 de 1993, dictado por el Gobierno Nacional con fundamento en las facultades constitucionales del artículo 41 transitorio, contiene el régimen especial del Distrito Capital, aplicable de preferencia respecto de disposiciones legales que rigen para los demás municipios.

La materia relacionada con la distribución de competencias para la organización y reordenamiento de la administración distrital, está contenida en los artículos 12 numerales 8°, 9°; 38 numerales 6°, 9° y 10° y 55 del mencionado decreto 1421..."

..."Como se advierte, el esquema de distribución de competencias relacionadas con la administración pública distrital, sigue la misma línea que fijó el legislador para reordenar y adecuar la estructura de la administración nacional: El Concejo Distrital, como suprema autoridad del Distrito Capital, en ejercicio de sus atribuciones de carácter normativo, determina, a iniciativa del Alcalde, la estructura general de la administración, desarrollando los mandatos del Estatuto Orgánico. Esa estructura administrativa del Distrito Capital, comprende los sectores central, descentralizado y el de las localidades. El primero, lo integran el despacho del Alcalde, las secretarías y los departamentos administrativos; el segundo, los establecimientos públicos, las empresas industriales o comerciales, las sociedades de economía mixta y los entes universitarios autónomos y, el de las localidades, las juntas administradoras y los alcaldes locales (art. 54 ibd.).

**La atribución del Concejo es la de determinar, dentro del esquema señalado en el Estatuto, las entidades que conforman cada sector y sus funciones básicas. Así mismo las normas generales para hacer operativa esa estructura.**"... C. E., Sala de Consulta y Servicio Civil, Rad. 1529, 25/09/03 C. P. Gustavo Aponte Santos

**El anterior concepto de la sala de consulta del Concejo de Estado, hace referencia a la procedencia normativa que tiene el Concejo Distrital para determinar acuerdos que velen por los fines esenciales del estado, que en su momento se consideren apropiados, de acuerdo a circunstancias concretas. En ese sentido aplicar un instrumento complementario de vacunación, es consistente con las reglas generales de las funciones y atribuciones del cabildo distrital.**

**De acuerdo con los contenidos de las disposiciones constitucionales y legales transcritas, se evidencia la competencia del estado, referida por el hecho del legislador y es extendida a todos los agentes de la función creadora de normatividad, entre las que se clasifica al Concejo de Bogotá, obrando como suprema autoridad administrativa del territorio distrital.**

En cuanto al alcance normativo que ostenta el cabildo distrital, según el artículo 2º de la Constitución Política que le ordena seguir el cumplimiento irrestricto de los fines estatales, y conforme a lo previsto en el artículo 5º del Decreto Ley 1421 de 1993, para dictar (dentro del marco de sus competencias y sin invadir el marco habilitante de las diferentes autoridades) órganos y entidades distritales o de otros niveles, las disposiciones de carácter estrictamente general, dirigidas a garantizar el goce pleno y efectivo de derechos, asimismo la eficiente prestación de servicios de salud y prevención de enfermedades, que por disposición constitucional y legal corresponde prestar al distrito capital, a través de las entidades competentes dispuestas para tal fin, asegurando el cumplimiento de la faceta prestacional del estado en garantía de los derechos que constitucionalmente tienen el carácter de fundamental.

En ese sentido, el fin del presente proyecto de acuerdo en la consecución de la implementación de un esquema de vacunación complementario ante posibles sucesos y riesgos de carácter epidemiológico, no contradice de ninguna forma lo dispuesto en el marco competencial del Concejo de Bogotá. Toda vez que en relación con la naturaleza y/o el carácter general de las normas de competencia en su expedición, por parte del Concejo de Bogotá, es válido mencionar lo que la Corte Constitucional en la sentencia T-199 de 2003 reza así:

*“Los acuerdos municipales son precisamente actos de naturaleza general e impersonal, cuya legalidad debe ser cuestionada ante la jurisdicción contencioso administrativa por las vías ordinarias y no mediante tutela”.*

Posteriormente, en relación con la eficacia de las disposiciones de carácter general y de reglamentación, “los artículos 313 y 315 de la Constitución Política establecen las funciones y atribuciones de los Concejos Municipales y los Alcaldes. Su lectura atenta muestra cómo las funciones de los concejos consisten fundamentalmente en establecer, mediante decisiones de carácter general, el marco normativo local, en tanto que las funciones del alcalde son, en su esencia, de ejecución porque su ejercicio requiere actuaciones y decisiones concretas”.

En el primero, artículo 313 se indica que corresponde a los Concejos Municipales entre otras, "reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio", y "determinar la estructura de la administración municipal y las funciones de sus dependencias".

En el artículo 315 se establece que son atribuciones del Alcalde: "suprimir o fusionar entidades y dependencias municipales, de conformidad con los acuerdos respectivos", y "presentar oportunamente al Concejo los proyectos de acuerdo sobre planes y programas de desarrollo económico y social, obras públicas, presupuesto anual de rentas y gastos y los demás que estime convenientes para la buena marcha del municipio".

Sobre estas competencias el Concejo de Estado ha manifestado:

**AUTONOMIA DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES - Alcance; limitaciones.** “En sentencia C-284/97, precisó que la autonomía comporta la atribución de competencias propias y la afirmación de derechos y poderes exigibles y oponibles a las autoridades de los niveles superiores del Estado. De modo que la autonomía que se reconoce a dichos entes debe adecuarse a los términos de la Constitución y de la ley; no le es posible, en consecuencia, al legislador dictar normas que restrinjan o lesionen el núcleo esencial de la referida autonomía y, por lo tanto, las limitaciones que eventualmente establezca deben ser las necesarias, proporcionadas a los hechos que les sirven de causa y a la finalidad que se pretenda alcanzar en un momento dado. Dijo la Corte: «La conciliación entre los principios de unidad y autonomía, ha de hacerse bajo el entendido de que según lo establece el artículo 287 de la Constitución, las entidades territoriales son titulares de poderes jurídicos, competencias y atribuciones que les pertenecen por sí mismas y que no devienen propiamente del traslado que se les haga de otros órganos estatales, para gestionar sus propios asuntos e intereses. De esta suerte, aunque se reconoce la existencia de un ordenamiento superior, igualmente se afirma la competencia de dichas entidades para actuar dentro del espacio que según dicha autonomía se les reconoce.»”. C.E. Sala de lo Contencioso Administrativo, Rad. 2002-00374 01, 05/06/08. C. P. Camilo Arciniegas Andrade.

De conformidad con la jurisprudencia del Concejo de Estado, las normas anteriormente citadas, radican competencias en cabeza de los Concejos Municipales y de los Alcaldes en relación con la función de determinar la estructura de la Administración Municipal y las funciones de sus dependencias. A los Concejos Municipales, les corresponde determinar la estructura de la administración municipal y las funciones de sus dependencias, mientras que los Alcaldes están facultados para crear, suprimir y fusionar empleos y señalar sus funciones especiales.

Por lo anterior, el fin del presente proyecto de acuerdo, goza de plena viabilidad jurídica y de competencia para ser proyectado por parte del Concejo de Bogotá; en primer lugar, su esencia es de carácter general, toda vez que no impera en un mandamiento a la Administración Distrital de adelantar procesos de carácter particular, no se particulariza el nombre de ninguna vacuna o medicamento, no invade las competencias de otras autoridades distritales y nacionales, funciona en armonía con la misión de la entidad competente de preservar la salud pública del distrito, como es el caso de la Secretaría de Salud. **Se resalta que implementar un esquema de vacunación para el control del riesgo es un mecanismo que hace parte de las plenas facultades del concejo de Bogotá en su determinación, como titular de poderes jurídicos, competencias y atribuciones que le pertenece y que no deviene propiamente del traslado que se le haga de otros órganos estatales, para gestionar los asuntos e intereses, como lo establece el artículo 287, lo que justamente nos indica que el distrito capital no está obligado solamente a sujetarse a los lineamientos del PAI.**

**Adicional a lo anterior, el carácter del presente proyecto de acuerdo es general en consonancia con sus competencias dispuestas en el artículo 313 de la Constitución**

**Política en determinar la estructura de las dependencias estatales del distrito, a lo que posteriormente el artículo 315 de la Constitución Política faculta a la administración distrital en las reglamentaciones necesarias para particularizar las acciones que deriven de los acuerdos distritales. Un ejemplo de ello es la posibilidad de adquirir por cuenta propia la vacuna contra el Covid-19, o la del virus Herpes Zoster como activación de mecanismo complementario de emergencia y control biológico que se implementaría con las disposiciones del presente proyecto de acuerdo.**

Lo anterior sustentado en:

**Según la Ley 136 de 1994. Artículo 3. Funciones.** Corresponde al municipio:

1. Administrar los asuntos municipales y prestar los servicios públicos que determine la Ley.

5. **Solucionar las necesidades insatisfechas de salud**, educación, saneamiento ambiental, agua potable, servicios públicos domiciliarios, vivienda recreación y deporte, con especial énfasis en la niñez, la mujer, la tercera edad y los sectores discapacitados, directamente y en concurrencia, complementariedad y coordinación con las demás entidades territoriales y la Nación, en los términos que defina la Ley.

**En virtud de lo anterior es pertinente mencionar que en determinado momento, a través de alguna circunstancia concreta, las necesidades insatisfechas en salud pueden aflorar sin aviso alguno, un ejemplo de ello fue la pandemia del covid19 que tomó por sorpresa al mundo. En Colombia generó graves problemas de salud pública y económica, lo que claramente trasgrede varios artículos constitucionales referentes al derecho fundamental a la salud como el artículo 366, y que por ende es deber de entes territoriales, mediante sus órganos legisladores, reglamentar las disposiciones necesarias para cumplir los mandatos de la constitución, como bien lo expresa la citada Ley 136 de 1994, en su artículo 3 sobre las funciones de los Concejos municipales, que por extensión especial del decreto ley 1421, también hace parte de del Concejo distrital; toda vez que el plan ampliado de inmunizaciones PAI, contempla unos objetivos de inmunización específicos, preestablecidos; que en caso de riesgo o emergencia epidemiológica su eficacia será nula para atender necesidades insatisfechas en salud por circunstancias concretas.**

#### **Resolución 1536 del 2015**

Artículo 4. Las **autoridades responsables** de la Planeación Integral en Salud son el Alcalde o Gobernador, las Asambleas departamentales o Concejos municipales o distritales, según corresponda, las oficinas o secretarías de Planeación y de salud y el Consejo Territorial de Planeación.

La anterior disposición refiere a la responsabilidad de la planeación integral en salud. Cabe recordar que algunos de los elementos esenciales de la planeación es el que -según el artículo 2



La Resolución 1536 de 2015- define la Planeación Integral para la Salud como el: “conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS), bajo los principios de coordinación, concurrencia, **complementariedad y subsidiariedad**”.

**Complementariedad y subsidiariedad se ven omitidas por la falta de elementos que permitan ampliar el rango de acción de las entidades estatales cuando estas no cuentan con las herramientas suficientes para atender circunstancias extraordinarias y no previstas que se puedan llegar a presentar en el territorio distrital, y las cuales produzcan un gran daño a la salud pública de los habitantes de Bogotá. Lo cual viabiliza implementar mecanismos alternativos a los servicios predeterminados en salud, sin que lo anterior salga del espectro legal y del control que determina la ley para todos los servicios de salud en el Distrito Capital; que como mecanismo complementario y de emergencia al igual que todos los servicios en salud tendrá como proceso fundamental las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS).**

**Lo anterior está claramente dispuesto en la ley como a continuación se resalta**

**ARTÍCULO 2.** Enuncia que (...) el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

**Es de especial importancia aclarar que la interpretación del artículo 2 de la ley estatutaria de salud 1751 de 2015, hace referencia a que la exclusividad de la protección del derecho fundamental a la salud, es indelegable en el sentido que solo el estado la ejecuta mediante los principios administrativos de descentralización, coordinación y delegación administrativa a través del nivel central y de los entes territoriales, tutela que pasa directamente a departamentos, municipios y distritos los cuales adoptan las políticas generales en salud y los adaptan en planes territoriales en salud los cuales deben garantizar que lo dispuesto en la ley se cumpla.**

**Así las cosas, la tutela que enmarca a los municipios en la prestación de servicios de salud viene integrada de elementos y principios los cuales se deben aplicar en los planes territoriales en salud y que según el literal b del artículo 6 de la citada ley estatutaria de salud, faculta al cabildo distrital como autoridad administrativa y actor en la preservación de la eficiente prestación de los servicios a cargo del distrito, en presentar proyectos de acuerdo que busquen la consecución de los fines del estado y que la suposición de la existencia de programas que presten un servicio determinado como en este caso el PAI,**

no es óbice para que los entes territoriales no eleven disposiciones normativas para mejorar tales mecanismos que por prescripciones de competencia no sea posible prestar un servicio de salud eficiente y eficaz, pero en donde la ley provee de todas las facultades legales en la interpretación de las normas para preservar el derecho y su eficiente prestación, como es el caso de programas de vacunación que en su momento no se contemplan en el PAI. Por ello, el literal b del artículo 2 de la ley 1751 de 2005, faculta a las autoridades administrativas y actores en salud en el territorio a interpretar la ley de manera más favorable en preservación del derecho fundamental a la salud de las personas, por lo anterior adoptar un esquema complementario de vacunación para casos de emergencia epidemiológica obedece a tal precepto, se interpreta que el esquema complementario de vacunación obedece a los principios de oportunidad, accesibilidad, y más importante aún disponibilidad, garantizando la existencia de servicios, tecnologías e instituciones de salud, en este caso garantizando vacunas que sean necesarias según el momento y según la circunstancia epidemiológica por la que atraviese la ciudad.

**Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

b) **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

f) **Prevalencia de derechos.** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

**En relación con esquemas de vacunación, como no existe actualmente un precedente normativo que relacione esquemas complementarios de vacunación distintos del PAI, pero ello no significa la facultad de configurar el mecanismo conforme a la ley, el concejo de estado expresa lo siguiente:**

**A FACULTADES DE CONCEJOS.** "...Las facultades atribuidas a los Concejos Municipales por el artículo 313 de la Carta Política y las asignadas a los alcaldes en el artículo 315 ibídem, sólo pueden aplicarse respecto del Distrito Capital, atendiendo el orden jerárquico previsto en el

artículo 322 ibídem. En efecto, en el caso del Distrito Capital la Constitución Política dedicó un capítulo especial al régimen del mismo (Capítulo 4 Título XI), y en el artículo 322 inciso 2º previó que ese Régimen político, fiscal y administrativo será el que determinen la Constitución, las leyes especiales que para el mismo se dicten y las disposiciones vigentes para los municipios... Ello significa que en materia de facultades del Concejo y del Alcalde, a falta de disposición constitucional, como en este caso, se aplican de preferencia las leyes especiales, como lo es el Decreto 1421 de 1993, expedido con fundamento en el artículo transitorio 41, y a falta de estas las normas constitucionales y legales aplicables a los municipios...". **C.E. Sección Primera, Rad. 2691, 03/03/95. M. P. Miguel González Rodríguez.**

Así las cosas, la competencia de los departamentos y municipios se ven reproducidas por extensión al Distrito Capital, el cual por ser distrito especial, incluye en su composición normativa las características tanto municipales como departamentales. Según la **Ley 715 de 2001, CAPITULO II. COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD**, se expone la facultad del distrito capital para adelantar un esquema complementario de vacunación el cual está determinado en los artículos 43.1.9.

**ARTÍCULO 43. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD.** Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

**43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.**

**43.1.9. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.**

**43.3. DE SALUD PÚBLICA**

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

**43.3.4. <Numeral modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales.**

**En este último artículo, se reitera la facultad de los entes territoriales en formular y ejecutar planes de vacunación. Así las cosas implementar un mecanismo complementario de vacunación hace parte de lo dispuesto en el numeral anteriormente citado, de la ley 715 de**

**2001 que expresa la competencia de carácter general, en donde el emprendimiento pertenece al concejo de Bogotá, y posteriormente la administración distrital implementará las acciones necesarias para presentar los actos administrativos requeridos para activar los planes de intervenciones colectivas.**

**ARTÍCULO 44. COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS.** Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

**44.1.6. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.**

**Cabe resaltar que la acción de la planeación de salud es bilateral, no solamente se crean disposiciones y programas de salud de mayor orden jerárquico a menor orden jerárquico del nivel de gobierno, la norma exige que los entes territoriales también emprendan planes, programas y estrategias en salud para introducirlas en los planes nacionales. Así las cosas, incluir un esquema complementario de vacunación será entendido como un programa, plan y a su vez estrategia de contingencia para eventos excepcionales de salud pública y epidemiología, lo que convierte a este proyecto de acuerdo, en un útil y fundamental precedente en salud pública para reproducir en el resto de entidades territoriales de la nación a través del plan nacional en salud.**

**ARTÍCULO 45. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LOS DISTRITOS.** Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

**ARTÍCULO 46. COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA DE LOS DISTRITOS.** La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

**EFICIENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A CARGO DEL DISTRITO CAPITAL.** «...El artículo transitorio 41 de la Carta otorgó facultades al Gobierno para expedir por Decreto el régimen especial a que se refieren las materias contenidas en los artículos 322, 323 y 324 de aquella, dentro de las cuales se encuentra ...la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito. La pretendida violación de los artículos 158 y 169 de la Constitución Política no tiene tampoco asidero jurídico, pues no puede afirmarse que se introdujo un mico de autorizaciones especiales, ya que al facultarse al Gobierno Nacional para expedir un régimen especial para el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá, precisamente por ser especial, puede contener normas de tal carácter...». **C. E., Rad. 2589, 3/02/95. C. P., Ernesto Rafael Ariza Muñoz.**

Debe interpretarse que el emprendimiento de proyectos por parte de los entes territoriales para la prestación de servicios se configuran de tal manera que el control de tutela no se desvirtúa, no excluye la función del control central y de las autoridades, funciona en unidad y es susceptible de todos los recursos disponibles para su cumplimiento que velen por la protección ante la autoridad descentralizada. **Por lo cual el presente proyecto de acuerdo sujeta el mecanismo complementario de vacunación a todos los elementos de juicio, recursos administrativos y constitucionales que se disponen en la ley, en virtud del debido proceso.**

**DESCENTRALIZACIÓN CONTROL DE TUTELA.** "a) La descentralización no excluye, a diferencia del federalismo, el control por parte del Estado central. Este control es necesario, a la vez, tanto en interés del Estado mismo, que debe salvaguardar su unidad política y vigilar el respeto a la ley, como en interés de la persona descentralizada, y asimismo en interés de los individuos que pueden tener necesidad de una protección contra la autoridad descentralizada; b) El control de tutela es normalmente una atribución del Estado, aunque aparece también en las relaciones de las colectividades locales con los establecimientos públicos que dependen de ellas; c) El control de tutela se refiere normalmente a las personas jurídicas de derecho público; sin embargo, el lenguaje administrativo emplea el mismo término para el mismo control sobre algunas personas de derecho privado encargadas de un servicio público; d) Finalmente, "el control debe conciliarse -so pena de aniquilarlo- con la libertad reconocida a la colectividad. Por ello se opone punto por punto al control jerárquico". **C. Const. Sent. C-497A/94, 03/11/94, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.**

Por último el presente proyecto de acuerdo en su discusión respeta los procesos de participación ciudadana, según el artículo 2º de la Constitución Política de Colombia de 1991 establece como uno de los fines esenciales del Estado, el de facilitar la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

Para ello, el Estado Colombiano busca materializar tal fin a través de la Ley 489 de 1998, cuyo título VIII hace énfasis en la democracia participativa y la democratización de la gestión pública, y la Ley estatutaria 1757 de 2015 la cual señala los deberes y derechos de la ciudadanía en las fases de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de la gestión pública

**DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA – Deben ser tenidos en cuenta para el ejercicio de la función administrativa / FUNCIÓN ADMINISTRATIVA – Se desarrolla mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.** "La Sala advierte que la descentralización y la participación de los ciudadanos en la solución de sus problemas, en permanente relación con el Estado y sus autoridades, constituyen a la vez elementos propios de la organización del Estado Social de Derecho y fines esenciales del mismo, artículos 1 y 2 de la Constitución, por lo que deben ser especialmente tenidos en cuenta para el ejercicio de la función administrativa, la cual, conforme al artículo 209 de la Constitución, está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Esto quiere decir que la

administración tiene el deber constitucional de cumplir su función en consonancia con los principios mencionados. Sin embargo tiene autonomía en cuanto a la forma como los concreta, en particular en la elección de los mecanismos que, de acuerdo con sus valoraciones de oportunidad y conveniencia, considera más apropiados, de acuerdo con las circunstancias concretas y con los énfasis de la administración. ." **C.E. Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Segunda Subsección B. Rad. 2000-13305-01. (3534-04). 09/06/05. C.P. Jesús María Lemos Bustamante**

## **V. IMPACTO FISCAL**

De conformidad con lo anterior, y en cumplimiento del Artículo 7° de la Ley 819 de 2003, la presente iniciativa NO genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez que no se incrementará el Presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación. Implementar un esquema complementario de vacunación solo funcionará en los casos que sean determinantes para ello, en situaciones concretas y de emergencia, por lo cual los recursos necesarios para activarlo surgirán de traslados, donaciones, cooperación internacional, créditos y demás mecanismos financieros que autorice la ley.

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

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

**Cordialmente,**

**Concejal Armando Gutiérrez González**  
**Partido Liberal**

**PROYECTO DE ACUERDO No. 232 DE 2021**

**PRIMER DEBATE**

“POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA EL ESTUDIO PARA LA IMPLEMENTACION DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLEMENTARIO, ANTE RIESGOS BIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLOÓGICOS DEL DISTRITO CAPITAL”

**EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

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

**ACUERDA**

**ARTÍCULO 1º. OBJETO.** La Administración Distrital, mediante la Secretaría Distrital de Salud, realizará un estudio técnico para determinar la implementación de un Esquema de Vacunación Complementario al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que permita atender oportuna y eficazmente a los ciudadanos, ante riesgos biológicos y epidemiológicos en el Distrito Capital, mejorando la salud de la población y reduciendo considerablemente la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles mediante la vacunación oportuna, acatando las disposiciones del Capítulo II de la Ley 715 de 2001.

**ARTÍCULO 2º. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Facilitar las herramientas y procedimientos necesarios, acorde a la ley, para que la Administración Distrital pueda actuar de manera oportuna, eficiente y eficaz ante emergencias que se presenten por circunstancias de salud pública.
2. Complementar el esquema de vacunación ordinario del Distrito, para que sirva de apoyo en los casos que el Programa Ampliado de Inmunizaciones no pueda cubrir riesgos epidemiológicos.
3. Conformar un equipo técnico compuesto por talento humano de la Secretaría Distrital de Salud y expertos de la academia y otras entidades públicas, privadas y no gubernamentales que puedan orientar la estrategia de inmunización y la toma de decisiones con base en criterios sanitarios, económicos, demográficos y sociales.
4. Lograr que los beneficios de la inmunización se distribuyan de forma equitativa para todas las personas bajo un enfoque diferencial y territorial, particularmente para las poblaciones que son segregadas o discriminadas en razón a su raza, etnia, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, su situación socioeconómica o su ubicación geográfica.

**ARTICULO 3º. DEFINICIÓN:** El Esquema de Vacunación Complementario ante riesgos biológicos y epidemiológicos se define como un sistema de gestión de servicios de salud pública, compuesto por principios y normas aplicables, que busca desarrollar en la Administración Pública

del Distrito criterios de actuación basados en la eficiencia, eficacia, oportunidad, gestión por resultados y transparencia; en virtud de la gobernanza en salud pública definida por la Organización Mundial de la Salud como la capacidad del ente rector para generar procesos de toma e implementación de decisiones responsables, transparentes, efectivas y eficientes, que minimicen la corrupción y que produzcan equidad y sostenibilidad en los sistemas de salud.

**Parágrafo 1. Proceso de introducción de vacunas como esquema alternativo.** La introducción de una vacuna puede significar: a) la adición de una vacuna contra una enfermedad que no estaba cubierta en el programa de inmunización; b) la introducción de una nueva formulación de vacuna que ya estaba en el programa; c) una nueva vacuna combinada; y/o d) una vacuna que emplea una nueva vía de administración.

**ARTÍCULO 4º. PLANEACIÓN.** El estudio determina los elementos de planeación para la incorporación de intervenciones colectivas que se implementen mediante el Esquema Complementario de Vacunación se efectuará paulatinamente, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal y por fases según los resultados de los estudios que realice la Secretaría Distrital de Salud.

**ARTÍCULO 5º. REGULACIÓN.** El estudio que realizará la Secretaría Distrital de Salud, deberá contener un concepto jurídico sobre la viabilidad para implementar un Esquema Complementario de Vacunación, emitido por la Secretaría Jurídica Distrital y por el Consejo de Estado, en virtud de lo dispuesto por la Corte Constitucional en la sentencia T-199 de 2003.

**Parágrafo 1:** Todo medicamento que se implemente a través del Esquema Complementario de Vacunación, tendrá los respectivos controles sanitarios y se sujetará a las normas establecidas para tal fin, teniendo en cuenta lo dispuesto por el Artículo 34 de la Ley 1122 de 2007 y en consonancia con la resolución 00001606 de 2014.

**ARTÍCULO 6º. PARTICIPACIÓN.** En el proceso de estudio para determinar la implementación de un Esquema Complementario de Vacunación, la Administración Distrital podrá contar con la participación de actores interesados tales como: Expertos en inmunización, academia, instituciones público-privadas prestadoras de servicios de salud, asociaciones de usuarios de los diferentes hospitales de la ciudad, líderes del sector salud, organizaciones sociales y no gubernamentales y demás referentes interesados en el área de los servicios de salud en todas sus modalidades.

**ARTÍCULO 7º. PLAZO.** Para los resultados del estudio de implementación del Esquema Complementario de Vacunación del Distrito Capital, la Administración Distrital tendrá un plazo máximo un (1) año a partir de la publicación del presente acuerdo.

**ARTÍCULO 8º. VIGENCIA.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

**Presidente Secretario General de Organismo de Control**

**Alcaldesa de Bogotá**