

|                                                                                                                         |                                   |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA         | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                   | FECHA: 04 DIC. 2015   |

## Proyecto de Acuerdo No. 002 2017

### “POR MEDIO DEL CUAL SE INCLUYE LA VACUNA CONTRA MENINGOCOCO DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL”

#### 1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO

Este proyecto tiene como objetivo incluir dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital, la gratuidad de la vacuna contra meningococo.

#### 2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

| PROYECTO DE ACUERDO                                                                                                                                       | TRÁMITE                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>217 de 2015:</b> Por medio del cual se incluye la vacuna contra meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital   | Ponencia Positiva con Modificaciones de la Concejala Soledad Tamayo y Ponencia Negativa Arthur Bernal.<br>Archivado por no haberse alcanzado a debatir.                                                                         |
| <b>263 de 2015:</b> Por medio del cual se incluye la vacuna contra meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital   | Ponencia Positiva con Modificaciones del Concejal Jairo Cardozo Salazar y Ponencia Negativa del Concejal Severo Correa Valencia.                                                                                                |
| <b>011 de 2016:</b> “Por medio del cual se incluye la vacuna contra meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital” | Radicado para las sesiones ordinarias del mes de febrero. Ponencia negativa del Concejal Jorge Lozada Valderrama y Ponencia Positiva de la Concejala María Clara Name Ramírez.<br>Archivado por no haberse alcanzado a debatir. |



“EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ”



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>222 de 2016:</b> “Por medio del cual se incluye la vacuna contra meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital” | Radicado para las sesiones ordinarias del mes de mayo, no se realizó sorteo.                                                                               |
| <b>386 de 2016:</b> “Por medio del cual se incluye la vacuna contra meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital” | Radicado para las sesiones ordinarias del mes de agosto, no se realizó sorteo.                                                                             |
| <b>452 de 2016:</b> “Por medio del cual se incluye la vacuna contra meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital” | Radicado para las sesiones ordinarias del mes de noviembre, Ponencia negativa conjunta de los Concejales Jorge Lozada Valderrama y David Ballén Hernández. |

El Concejo de Bogotá ha sido líder en la aprobación de normatividad que depende por la gratuidad de vacunas. Bogotá se ha convertido en pionero en los últimos años en esta materia. De esta Corporación ha surgido iniciativas tales la gratuidad de vacunas contra neumococo, virus del Papiloma Humano, Varicela y ahora, meningococo:

Neumococo incluido en el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva, 2008-2012.

Virus del Papiloma Humano: Acuerdo 461 de 2010.

Varicela: Acuerdo 090 de 2013.

El proyecto que hoy se pone en consideración, se radico en el periodo inmediatamente anterior, en las sesiones ordinarias del mes de febrero de 2016. El proyecto de acuerdo 011 recibió ponencia positiva por parte de la concejal María Clara Name Ramírez y negativa por parte del concejal Jorge Lozada Valderrama, quien se acoge los comentarios de la administración para emitir su ponencia:

Al realizar la revisión técnica es viable por la salud y calidad de vida de la población menor de un año y de un año de edad, pero para la vigencia 2016 el PAI no cuenta con presupuesto para iniciar la estrategia de vacunación contra El MENINGOCOCO DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL.



“EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ”



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

El desarrollar nueva estrategia de inclusión de la vacuna contra el meningococo integra la voluntad política, la disponibilidad de recursos financieros de la Administración y la sostenibilidad en el tiempo, Teniendo en cuenta los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA), y los serogrupos que producen la enfermedad identificados, y los biológicos que la comercializan, no cubren la totalidad de los mismos; se considera necesario, para tomar una decisión sobre la inclusión de esta vacuna en el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Bogotá, realizar un estudio pre introductorio de costo - beneficio. Es de resaltar, que la inclusión de nuevos biológicos en el esquema de vacunación en los entes territoriales, debe ser avalada y aprobada por el Ministerio de Salud y la Protección Social, a través del Comité Nacional de Práctica de Inmunizaciones –CNPI- de acuerdo con los estudios de carga de enfermedad.

En agosto de 2015 se radico el proyecto 263 de 2015 recibió ponencia positiva de parte del concejal Jairo Cardozo Salazar, y ponencia negativa por parte del concejal Severo Correa, que para introducir un nuevo componente biológico deben presentar un documento soporte. "En conclusión el departamento/distrito/municipio que quiera realizar la introducción de una nueva vacuna deberá hacer llegar al ministerio de la Protección Social el documento soporte que incluya los la información expuesta anteriormente". Los comentarios por parte de la Administración Distrital están dados en los siguientes términos:

Teniendo en cuenta los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA), y los serogrupos que producen la enfermedad identificados, y los biológicos que se comercializan no cubren la totalidad de los mismos; se considera necesario, para tomar una decisión sobre la inclusión de esta vacuna en el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Bogotá, realizar un estudio pre introductorio de costo – beneficio. Es de resaltar, que la inclusión de nuevos biológicos en el esquema de vacunación en los entes territoriales, debe ser avalada y aprobado por el Ministerio de Salud y la Protección Social, a través del Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones-CNPI, de acuerdo a los estudios de carga de enfermedad.

En este sentido es necesario resaltar que estos estudios técnicos están en cabeza de la Secretaria Distrital de Salud, ese estudio pre introductorio de costo beneficio por tanto será incluido en el presente articulado.

En el mes de mayo bajo el número 217, este recibió ponencia positiva con modificaciones por parte del concejal José Arthur Bernal Amorocho, las cuales fueron



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

acogidas en el presente articulado y ponencia negativa por parte de la concejal Soledad Tamayo Tamayo.

Con respecto a los cambios propuestos por el concejal Bernal se acoge lo relacionado con el cambio a la población a la que se debe aplicar la vacuna, inicialmente se proponía que se hiciera por zonas identificadas con mayor afectación de casos, pero teniendo en cuenta las consideraciones expuestas en la ponencia, se acoge la propuesta de que la Secretaría de Salud priorice sus estudios de acuerdo a vulnerabilidad por condición médica.

Respecto a la posible población vulnerable de la ciudad, la Secretaria de Salud afirma (acorde a recomendaciones de la OMS) que los niños, niñas y adultos jóvenes que residen en lugares cerrados, condiciones de hacinamiento, deficiencias inmunes permanentes (es decir, de origen genético) son los que mayor riesgo afrontan de parecer la infección por meningococo, destacando especialmente a los últimos que tienen hasta 10000 veces mayor propensión. Las personas con infección por VIH no parecen tener una incidencia más alta que los de deficiencias inmunes genéticas. Sin embargo los pacientes con SIDA si tienen una incidencia más alta de la enfermedad que pacientes adultos sanos. En contraste, por zonas de incidencia, pareciera no existir correlación con la infección.

Cabe resaltar con respecto a las observaciones realizadas por parte de la concejal Tamayo quien da ponencia negativa por considerar que

(...) hubiera sido necesario conocer previamente cuadros y cargas de enfermedad de nuestra población para así mismo determinar el tipo de vacunas que requerimos y las dosis y los refuerzos a proporcionar, según la población objeto y los grupos de mayor riesgo, tema a tener en cuenta este, como quiera que las vacunas contra el meningococo como por ejemplo la MCV41, que es una vacuna bastante nueva, aún no se ha estudiado tanto como la MPSV4 en ciertos grupos de población, como es el caso de las mujeres embarazadas su uso solo se aplica en casos claramente necesarios. Igual ocurre con la vacuna contra la enfermedad meningocócica del grupo B que apenas fue autorizada en los Estados Unidos en octubre de 2014 y está aprobado para su uso en personas de 10 - 25 años de edad.



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

Además, incorporar la vacuna contra el –neumococo- (meningococo) en el esquema de vacunación distrital, implica o conlleva la destinación de recursos del presupuesto que se vuelven recurrentes de acuerdo con los esquemas de vacunación que se programen y eso de por si impacta las finanzas públicas y su sostenibilidad fiscal, además de tener que adicionar partidas presupuestales a las existentes y que ya están programadas en el Plan de desarrollo para poderle dar aplicabilidad si es que se aprueba este proyecto de Acuerdo. No podemos olvidar que si bien la sostenibilidad fiscal debe tener en cuenta y como marco la disponibilidad de recursos que se han de destinar para ello y deberá atender las prioridades del gasto que se demanda.

(...) También podríamos decir y porque no, también se requiere la urgencia respecto de otras enfermedades que también resultan ser muy riesgosas, que pueden ser fatales para la población y que deberían priorizarse para efectos de aplicación de vacunas de acuerdo con el esquema inmunológico requerido.

Con respecto a la primera observación es importante resaltar que la información de cuadros y cargas de enfermedad de nuestra población para determinar el tipo de vacunas que requerimos y las dosis y los refuerzos a proporcionar, según la población objeto y los grupos de mayor riesgo, aparece referenciada en el proyecto de acuerdo. Además es la Secretaria de Salud la autoridad competente para determinar a partir de sus estudios técnicos la población, tal cual se define en el articulado.

Con respecto a la segunda observación si bien es cierto que la aplicación de esta vacuna implica un gasto recurrente, también es importante resaltar que cualquier medida preventiva siempre será más eficiente y a mediano plazo menos costoso para el sistema de salud, asumir la carga de la enfermedad y las secuelas de esta resultan más costosas. Y con respecto a la última observación es importante resaltar que son muchas las necesidades y que hay muchas enfermedades que ameritan de la mayor atención, innegablemente la idea es apostarle a medidas que vayan en favor de mejorar la calidad de vida de la población a través de medidas preventivas como este caso.



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                   |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA         | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                   | FECHA: 04 DIC. 2015   |

El 15 de enero de 2016 fue radicada nuevamente la iniciativa a través del Proyecto de Acuerdo 011, tuvo ponencia positiva de la Concejal María Clara Name Ramírez y ponencia negativa del Concejal Jorge Lozada Valderrama; la Concejal María Clara propuso modificaciones tales como la solicitud de autorización de los padres de familia o quien tenga la custodia del menor y la aplicación de la vacuna de manera paulatina; el Concejal Jorge Lozada Valderrama dio ponencia negativa en virtud de los comentarios de la Secretaría de Salud. El Proyecto fue archivado por no haberse alcanzado a debatir.

Los Proyectos de Acuerdo 222 y 386 de 2016, fueron radicados para las sesiones ordinarias de mayo y agosto respectivamente; pero no se realizó sorteo.

El Proyecto de Acuerdo 542 de 2016, fue radicado para las sesiones ordinarias del mes de noviembre, tuvo Ponencia negativa conjunta de los Concejales Jorge Lozada Valderrama y David Ballén Hernández, quienes consideraron que al parecer que no se hizo una proyección y/o estimación de los costos y las fuentes de ingresos adicionales necesarios para la implementación de un esquema de vacunación contra meningococo por Neisseria Meningitidis de manera gratuita a la población habitante en el territorio de la Ciudad Capital.<sup>1</sup>

Sin embargo, la Secretaría Distrital de Salud dio viabilidad al Proyecto de Acuerdo, aclarando que esta supeditado a los resultados del estudio de costo beneficio y la revisión técnica realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.<sup>2</sup>

### 3. CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL

#### CONTEXTO INTERNACIONAL

<sup>1</sup> Ponencia al Proyecto de Acuerdo 562 de 2016, Comisión Segunda de Gobierno, radicado 2016IE18395.

<sup>2</sup> Concepto de la Secretaría Distrital de Salud al Proyecto de Acuerdo 542 de 2016, Radicado No. 2016-421-039105-2



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"





|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

La enfermedad meningocócica (EM) causada por la *Neisseria meningitidis*, representa un serio problema de salud pública en varios continentes, afectando principalmente regiones del tercer mundo y en el Sub-Sahara Africano.

La mayor frecuencia de la enfermedad se registra en el África subsahariana, en el llamado «cinturón de la meningitis», que va desde el Senegal al oeste hasta Etiopía al este. En la temporada epidémica de 2009, 14 países africanos que reforzaron la vigilancia notificaron 88.199 casos sospechosos, 5.352 de ellos mortales, que es la cifra más elevada desde la epidemia de 1996.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha confirmado que cada año se producen unos 500.000 casos de **enfermedad meningocócica** en el mundo, y que entre el 5% y el 10% de las personas que la contraen fallecen, incluso tras un inmediato diagnóstico y tratamiento. Además, uno de cada cinco supervivientes **sufre complicaciones de por vida:** lesión cerebral, problemas de aprendizaje, pérdida auditiva o amputación de extremidades<sup>3</sup>.

A continuación se dará cuenta de los países que han adoptado la vacuna contra meningococo de manera gratuita. En diciembre de 2010 se introdujo en todo Burkina Faso y en algunas regiones de Malí y del Níger una nueva vacuna conjugada contra los meningococos del grupo A con la que se han vacunado 20 millones de personas de 1 a 29 años. Después de ello, estos países notificaron en 2011 el menor número de casos confirmados de meningitis A registrados nunca durante una estación epidémica.

Entre octubre y diciembre de 2011 se inmunizaron otros 35 millones de personas en Malí y el Níger (ambos países han completado sus campañas nacionales) y se iniciaron campañas nacionales en otros tres países: el Camerún, el Chad y Nigeria. Cuatro países del cinturón africano de la meningitis

---

<sup>3</sup> Cada año se producen 500.000 casos de meningitis en el mundo

<http://www.webconsultas.com/meningitis/cada-ano-se-producen-500000-casos-de-meningitis-en-el-mundo-3877>



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

(Benin, Ghana, Senegal y Sudán) se están preparando para introducir la vacuna en 2012, mientras que el Camerún, el Chad y Nigeria continúan con sus campañas nacionales<sup>4</sup>.

En España para el 2015 se reafirma la vacunación frente al meningococo C con un esquema de 1 o 2 +1+1 dosis, dadas de la siguiente manera una dosis a los dos y cuatro meses, o solo a los cuatro meses, una a los 12 meses y una tercera según sea el caso a los 12 años de edad.

En el América Latina, destacamos el caso de Argentina allí existen tres vacunas para prevenir la meningitis, a saber: la Meningococo C Conjugada (de aplicación gratuita, porque está incluida en el calendario nacional de inmunizaciones), la meningococo BC y la tetravalente, que protege contra cuatro de los cinco serogrupos más frecuentes (A, C, w135, Y). Esa última, se aplica en los adolescentes y adultos (11 a 55 años) desde 2010 y a partir de 2011 se la indicó también en niños de 2 a 10 años. Ahora la ANMAT aprobó la extensión a bebés a partir de los dos meses (tiene un costo de 620 pesos y solo las prepagas OSDE y Louis Pasteur la cubren al 100% antes del año)<sup>5</sup>

Así como en Venezuela que para su esquema de vacunación 2015 – 2016 incluye la vacuna tetravalente conjugada contra en meningococo en dos dosis en las edades de 2 y 4 meses respectivamente.

Chile también adopta la vacuna contra enfermedades por meningococo, en su calendario de vacunación 2015, aplicando la meningocócica conjugada en edad de 12 meses.

Cuba también tiene esta vacuna implementada en su plan nacional de inmunización para todos los lactantes, dando esta vacuna en dos dosis, la primera a los 3 meses y la segunda dosis a los 6 meses de vida.

<sup>4</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/es/>.

<sup>5</sup> <http://www.argentina.ar/temas/salud/23716-aprueban-vacuna-contr-la-meningitis>



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"





|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

## CONTEXTO NACIONAL

La enfermedad meningocócica es considerada una patología de brotes aislados en comunidades marginadas y con reducidos casos. El análisis del SIS 12, Sistema Alerta Acción del Ministerio de Salud y reportes de los servicios de salud demuestra que la meningitis por *Neisseria meningitidis* es endémica en Colombia. La meningitis meningocócica es reportada por todos los departamentos del país de acuerdo con las definiciones de caso previamente establecidas. Los lugares donde más se presentan casos de meningitis son: Antioquia, Bogotá, Córdoba, Cartagena y Valle del Cauca.

La incidencia anual global se incrementó desde 0.6 en 1988 a 1.02 por 100.000 en 1994 y es de 0.8 entre 1996-97. La tasa en menores de 1 año es 6.0 y, en áreas de mayor incidencia, es de 10-23 para menores de un año y hasta 5-15 por 100.000 para otras edades. El mapa de riesgo muestra Departamentos endémicos con picos epidémicos que informan tasas globales > 1.5 por 100.000 y letalidad >15%. El serogrupo B es predominante seguido por el C. La estratificación de riesgo por municipios, localidades y comunas en algunos departamentos identifica poblaciones y edades con incidencias 5 por 100.000, que requieren atención inmediata debido al potencial de epidemias. La quimioprofilaxis y la vacunación, de acuerdo con la eficacia de las vacunas disponibles, son acciones inmediatas que deben realizarse ante la presencia de brotes, y en áreas endémicas con elevadas proporciones de incidencia. Deben establecerse urgentemente las medidas de vigilancia epidemiológica y de prevención en poblaciones de desplazados; quienes están en mayor riesgo de brotes o epidemias severas.

En la semana epidemiológica 42 de 2014 fueron notificados al Sivigila 447 casos para meningitis, tras realizar la depuración de la base se encuentra un total de 404 casos de meningitis bacterianas en Colombia; de los cuales, 102 (25,24 %) corresponden a casos probables, 168 (41,58 %) a casos notificados como confirmados por laboratorio y 134 (33,16 %) a casos descartados. La notificación de casos de meningitis bacterianas a semana epidemiológica 42 muestra un aumento con respecto al 2013, en el cual se había reportado 387 casos distribuidos de la siguiente forma: 141 de meningitis por meningococo, 103 de meningitis por *Haemophilus influenzae* y 143 de meningitis por neumococo.



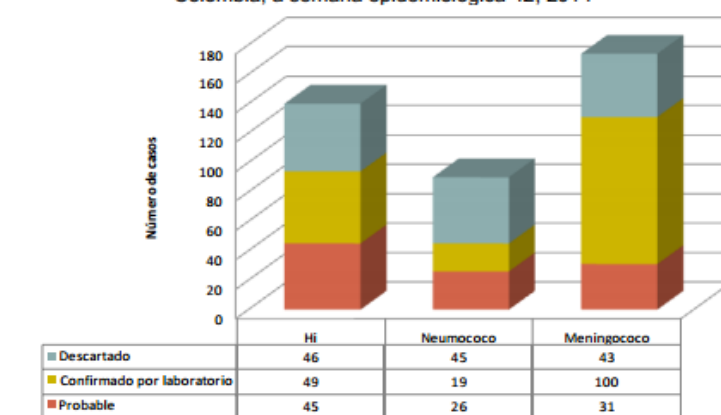
"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas con corte a semana epidemiológica 42 de 2014 fue: meningitis por neumococo 43,06 % (174), meningitis meningococcica 34,65 % (140) y meningitis por Haemophilus influenzae 22,27 % (90)<sup>6</sup> (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de casos de meningitis agudas bacterianas, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para la semana epidemiológica 50 de 2014 fueron notificados al Sivigila 532 casos para meningitis, tras realizar la depuración de la base se encuentra un total de 480 casos de meningitis bacterianas en Colombia; de los cuales, 120 (25 %) corresponden a casos probables, 200 (41,66 %) a casos notificados como confirmados por laboratorio<sup>1</sup> y 160 (33,33 %) a casos descartados. La notificación de casos de meningitis bacterianas a esta semana epidemiológica muestra un aumento con respecto al 2013, en el cual se había reportado 477 casos distribuidos de la siguiente forma: 177 de meningitis por meningococo, 126 de meningitis por Haemophilus influenzae y 174 de meningitis por neumococo.

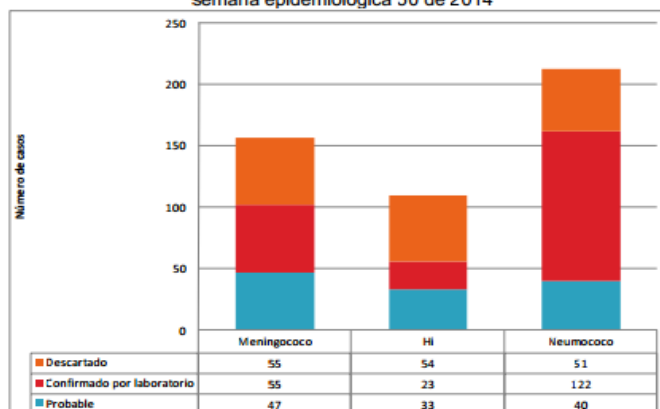
De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas con corte a semana epidemiológica 50 de 2014 fue: meningitis

<sup>6</sup> Semana epidemiológica número 42 de 2014 (12 oct. al 18 oct.). <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2014%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2042.pdf>

|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

por neumococo 44,37 % (213), meningitis meningococcica 32,70 % (157) y meningitis por Haemophilus influenzae 22,91 % <sup>7</sup>(110) (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de casos de meningitis agudas bacterianas, Colombia, a semana epidemiológica 50 de 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

## CONTEXTO LOCAL

De acuerdo al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, durante los años 2010 al 2014 se reportaron 98 casos probables de meningitis por meningococo, de los cuales se confirmaron 65, del total de reportados 91 residían en el Distrito y 62 fueron confirmados.

Tabla 1. Casos probables y confirmados de meningitis por meningococo, años 2010-2014

| Año      | Casos notificados M. Meningococcica | Casos Confirmados | Casos notificados y residentes Bogotá | Casos confirmados residentes en Bogotá |
|----------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| Año 2010 | 26                                  | 14                | 26                                    | 14                                     |
| Año 2011 | 24                                  | 18                | 23                                    | 17                                     |
| Año 2012 | 18                                  | 11                | 15                                    | 11                                     |
| Año 2013 | 14                                  | 13                | 13                                    | 12                                     |
| Año 2014 | 16                                  | 9                 | 14                                    | 8                                      |
| Total    | 98                                  | 65                | 91                                    | 62                                     |

FUENTE: Base de datos SIVIGILA, Año 2010-2014. Año 2014 son datos preliminares

Fuente: Derecho de Petición realizado por el concejal Edward Arias, respuesta radicado 2015ER7540. Secretaría Distrital de Salud.

<sup>7</sup> Semana epidemiológica número 42 de 2014. <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2014%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2050.pdf>



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

Frente a la mortalidad, en los ultimos cinco años se registraron 10 casos que fallecieron por meningitis causada por este microorganismo.

**Tabla 2. Casos de M. Meningocócica Residentes en Bogotá**

| Año      | Casos Fallecidos por M. Meningocócica |
|----------|---------------------------------------|
| Año 2010 | 2                                     |
| Año 2011 | 5                                     |
| Año 2012 | 0                                     |
| Año 2013 | 1                                     |
| Año 2014 | 2                                     |
| Total    | 10                                    |

FUENTE: Base de datos SIVIGILA, Año 2010-2014. Año 2014 son datos preliminares

En el mismo derecho de petición se solicita información sobre la aparición de casos que ingresaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública confirmados por meningococo discriminado por localidades. En los cuales se resalta que las localidades de Santa Fe, Mártires, Antonio Nariño y Sumapaz no presentaron casos confirmados para este periodo.

**Tabla 3. Casos confirmados de meningitis por meningococo, años 2010-2014**

| LOCALIDAD DE RESIDENCIA | Casos Confirmados Año 2010 | Casos Confirmados Año 2011 | Casos Confirmados Año 2012 | Casos Confirmados Año 2013 | Casos Confirmados Año 2014 |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Usaquén               | 0                          | 2                          | 2                          | 1                          | 1                          |
| 2 Chapinero             | 0                          | 0                          | 0                          | 1                          | 0                          |
| 3 Santafé               | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| 4 San Cristóbal         | 0                          | 1                          | 2                          | 1                          | 0                          |
| 5 Usme                  | 4                          | 1                          | 2                          | 1                          | 2                          |
| 6 Tunjuelito            | 0                          | 1                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| 7 Bosa                  | 0                          | 1                          | 0                          | 2                          | 1                          |
| 8 Kennedy               | 1                          | 2                          | 0                          | 1                          | 0                          |
| 9 Fontibón              | 0                          | 0                          | 1                          | 0                          | 0                          |
| 10 Engativá             | 1                          | 1                          | 0                          | 2                          | 1                          |
| 11 Suba                 | 2                          | 2                          | 2                          | 1                          | 1                          |
| 12 Barrios Unidos       | 0                          | 0                          | 1                          | 0                          | 0                          |
| 13 Teusaquillo          | 1                          | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| 14 Mártires             | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| 15 Antonio Nariño       | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| 16 Puente Aranda        | 2                          | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| 17 Candelaria           | 1                          | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| 18 Rafael Uribe         | 0                          | 3                          | 1                          | 1                          | 1                          |
| 19 Ciudad Bolívar       | 2                          | 2                          | 0                          | 0                          | 1                          |
| 20 Sumapaz              | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          | 0                          |
| Fuera Bogotá            | 0                          | 1                          | 0                          | 1                          | 1                          |
| Sin dato de localidad   |                            | 1                          |                            | 1                          | 0                          |
| TOTAL                   | 14                         | 18                         | 11                         | 13                         | 9                          |

FUENTE: Base de datos SIVIGILA, Año 2010-2014. Año 2014 son datos preliminares



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

Con respecto a la población en riesgo de Bogotá, la Secretaria Distrital de Salud, contesta lo siguiente:

**Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, según edades quinquenales y simples y por sexo.**  
DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP : Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007

|                |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
| <b>Hombres</b> |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                |
| 0              | 59.603 | 59.946 | 60.278 | 60.591 | 60.881 | 61.165 | 61.442 | 61.704 | 61.944 | 62.166 | 62.366 |                |
| 1              | 60.207 | 59.799 | 60.129 | 60.399 | 60.653 | 60.890 | 61.221 | 61.454 | 61.684 | 61.897 | 62.094 |                |
| 2              | 60.815 | 60.336 | 59.992 | 60.307 | 60.518 | 60.714 | 60.979 | 61.272 | 61.461 | 61.665 | 61.854 |                |
| 3              | 61.427 | 60.898 | 60.463 | 60.182 | 60.482 | 60.635 | 60.825 | 61.064 | 61.319 | 61.466 | 61.646 |                |
| 4              | 62.043 | 61.482 | 60.979 | 60.586 | 60.369 | 60.655 | 60.759 | 60.931 | 61.144 | 61.364 | 61.472 |                |
| 5              | 62.411 | 62.016 | 61.533 | 61.056 | 60.705 | 60.553 | 60.739 | 60.903 | 61.077 | 61.260 | 61.411 |                |
| <b>Total</b>   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        | <b>370.843</b> |
| <b>Mujeres</b> |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                |
| 0              | 56.850 | 57.363 | 57.767 | 58.086 | 58.327 | 58.516 | 58.664 | 58.778 | 58.879 | 58.967 | 59.071 |                |
| 1              | 57.510 | 57.002 | 57.452 | 57.742 | 57.951 | 58.097 | 58.513 | 58.610 | 58.716 | 58.811 | 58.904 |                |
| 2              | 58.163 | 57.597 | 57.137 | 57.527 | 57.708 | 57.818 | 58.154 | 58.508 | 58.558 | 58.658 | 58.749 |                |
| 3              | 58.812 | 58.213 | 57.666 | 57.263 | 57.598 | 57.675 | 57.912 | 58.209 | 58.505 | 58.511 | 58.604 |                |
| 4              | 59.455 | 58.850 | 58.246 | 57.724 | 57.383 | 57.669 | 57.788 | 58.004 | 58.267 | 58.507 | 58.470 |                |
| 5              | 59.966 | 59.446 | 58.869 | 58.267 | 57.777 | 57.503 | 57.725 | 57.930 | 58.151 | 58.366 | 58.515 |                |
| <b>total</b>   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        | <b>352.313</b> |

RTA<sup>1</sup>: De acuerdo a la revisión de bibliográfica se reconoce que la gran mayoría de casos de enfermedad por meningococo ocurren en pacientes sanos (Figuerola, 1991); sin embargo, se han identificado algunos grupos de individuos en quienes el riesgo de sufrir la enfermedad y sus complicaciones es más elevado que en la población general. (Cohn, 2013).

La organización mundial de la salud (OMS), establece que en los niños y adultos jóvenes que residen en comunidades cerradas pueden ser considerados para ser intervenidos con vacuna contra meningococo. (WHO, 2011). Esto se debe a que los individuos en los que las condiciones de vivienda favorecen el hacinamiento, se ha identificado un riesgo aumentado de sufrir enfermedad meningocócica (Cohn, 2013) (WHO, 2011). Adicionalmente, se ha establecido que los individuos que tienen deficiencias inmunes persistentes (i.e., de origen genético) en la vía común del complemento, pueden tener un riesgo hasta 10.000 veces por encima de la población general de sufrir enfermedad por meningococo (Cohn, 2013). Este riesgo ha llevado a que países como Estados Unidos y Canadá incluyeran la vacunación en personas de 2 a 55 años con este tipo de enfermedades. (WHO, 2011).

Finalmente, si bien en los pacientes que tienen infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no se ha reportado un riesgo tan alto como en los pacientes que tienen deficiencias inmunes de origen genético (Couldwell, 2011), en algunos países se ha reportado que los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) presentan una incidencia más alta de enfermedad por meningococo que la población de adultos sanos. (Cohn, 2013).

A pesar de que pueden existir otros grupos de riesgo como fumadores u otros pacientes con enfermedades crónicas, actualmente la evidencia científica es suficiente para soportar la recomendación en los grupos previamente mencionados. (WHO, 2011)

En Bogotá tenemos una proyección a 2015<sup>8</sup>, de 724.156 niños y niñas entre 0 y 5 años, el valor comercial de la vacuna es en promedio de 170.000 pesos.

8

Fuente: <http://www.sdp.gov.co/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/ProyeccionPoblacion>



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

La inversión inicial podría ser para todos los menores de 5 años, pero para los años siguientes solo sería los <12 meses/1 año/2 años, por definir según estrategia y de esta forma los costos reducirían sensiblemente luego del segundo año (casi 5ta parte de la cohorte total calculada para año 1)

#### 4. CONVENIENCIA DEL PROYECTO

##### GENERALIDADES DEL MENINGOCOCO

La bacteria de meningococo causa en niños y adolescentes meningitis, una infección que causa inflamación en las membranas que recubren el cerebro, y también puede causar meningococcemia o sepsis, cuando la infección pasa al torrente sanguíneo. La enfermedad meningocócica es una enfermedad contagiosa, tanto endémica como epidémica.

El meningococo provoca enfermedades graves y afecta con mayor frecuencia a menores de 5 años. La meningoencefalitis y la sepsis son las formas clínicas principales y constituyen importantes emergencias médicas. Se transmite de persona a persona a partir de la tos y los estornudos. Los síntomas dependen de la edad de la persona afectada, se presenta rechazo a los alimentos, fiebre, irritabilidad, dolor de cabeza, náuseas y vomito; sensibilidad a la luz, tendencia al sueño y en algunos casos petequias (manchas rojas). Es capaz de producir enfermedad tanto endémica como epidémica

Hay diferentes bacterias causantes de meningitis. La *Neisseria meningitidis* es una de ellas, y puede causar grandes epidemias. Se han identificado 12 serogrupos de *Neisseria meningitidis*, cinco de los cuales (A, B, C, W135 y X) pueden causar epidemias. La distribución geográfica y el potencial epidémico varían según el serogrupo<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Meningitis meningocócica. Nota descriptiva N°141. Noviembre de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/es/>



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"





|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

Dependiendo de la situación epidemiológica se puede aplicar uno u otro esquema de vacunación. Meningococo C conjugada es para menores de 12 meses, consiste en dos dosis, se puede hacer un refuerzo previo a los 12 meses o posterior al año. Los mayores de 12 meses, adolescentes y adultos solo deben aplicarse una dosis. La vacuna tetravalente protege contra enfermedades provocadas por 4 grupos (A, C, Y, W 135) del meningococo, para este caso se aplica una sola dosis a partir de los 2 años hasta los 55. Los grupos que merecen mayor atención son los prematuros, pacientes con VIH y pacientes oncológicos. Y la última es meningococo BC, consiste en dos dosis a partir de los 4 años. Una vacuna según el registro INVIMA, puede administrarse a partir de los 2 meses de edad, sin datos en individuos mayores de 65 años. Otra vacuna puede ser administrada a partir de los 9 meses.

La OMS fomenta una estrategia en dos frentes que comprende la preparación y la respuesta frente a las epidemias. La preparación se centra en la vigilancia, desde la detección e investigación de los casos hasta su confirmación de laboratorio. Esto requiere un reforzamiento de la vigilancia y de la capacidad de laboratorio para detectar tempranamente las epidemias, crear reservas nacionales y subregionales de vacunas y elaborar o actualizar planes de gestión de las epidemias que incluyan planes de preparación, de contingencia y de respuesta. La OMS presta regularmente apoyo técnico sobre el terreno a los países que sufren epidemias.

La respuesta a las epidemias consiste en el tratamiento rápido y apropiado de los casos con cloranfenicol oleoso o ceftriaxona y la vacunación reactiva en masa en los distritos afectados por las epidemias. Se calcula que, cuando se instaura rápidamente, una campaña de vacunación reactiva en masa puede prevenir hasta un 70% de los casos.

La OMS está comprometida con la eliminación de la enfermedad meningocócica como problema de salud pública y la capacitación de los servicios de salud convencionales para controlar los casos esporádicos lo antes posible. La disponibilidad y asequibilidad de las vacunas conjugadas es esencial para que se pueda alcanzar este objetivo<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Ibídem.



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

El presente proyecto de acuerdo retoma el supuesto de la Organización Mundial de la Salud OMS, que plantea que *“los gobiernos tienen una responsabilidad en la salud de la sociedad, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”* (Waisbord y Coe: 2002) (Lolas Stepke: 1995). Sumado a lo anterior, la OPS recomienda que la *“vacunación universal de mujeres adolescentes contra el VPH debiera ser una prioridad para países de Latinoamérica y el Caribe, siempre que se pueda llevar a cabo de manera sostenible. La sostenibilidad de la vacuna depende en gran medida de que los precios de las vacunas sean asequibles, para que los países las puedan comprar con fondos de sus limitados presupuestos sanitarios”*<sup>11</sup>

El presente proyecto de acuerdo busca, además, aunar sus esfuerzos en consonancia con el objetivo 4 de las metas del Milenio, que propende por reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años.

Según los micros datos de las Estadísticas Vitales del DANE (EEVV), entre 1998 y 2011, la mortalidad en menores de un año se redujo de 14.170 niños a 8.152 por año. Esto significa que cerca de 6.000 menores de 1 año dejan de morir cada año.

Los avances que se dan en la reducción de la mortalidad infantil se explican por los esfuerzos en aumentar disponibilidad, acceso y calidad de un sistema de salud, pero también por las mejores condiciones de vida registrada en los últimos años.

## 5. SUSTENTO JURIDICO CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

**ARTICULO 11.** *El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.*

**ARTICULO 44.** *Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social,*

<sup>11</sup> Propuesta técnica. Estudio costo efectividad de la vacuna contra el papiloma humano. Encargado por el Ministerio de Salud de Chile. Propuesta del Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, septiembre de 2006



“EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ”



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su *tutelabilidad*; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia. (Subrayado fuera de texto). (Subrayado fuera de texto).

### 3.1. Noción de salud

La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud "(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo."<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> (Subrayado fuera de texto).

## 2. El derecho fundamental a la salud

*"Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos – unos más que otros - una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental. Así, a propósito del derecho fundamental a la salud puede decirse que respecto de las prestaciones excluidas de las categorías legales y reglamentarias únicamente podrá acudirse al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional<sup>35</sup> 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.*



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

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

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

3.3.9. Para la jurisprudencia constitucional, cuando el goce efectivo de un derecho constitucional fundamental depende del desarrollo progresivo, "lo mínimo que debe hacer [la autoridad responsable] para proteger la prestación de carácter programático derivada de la dimensión positiva de [un derecho fundamental] en un Estado Social de Derecho y en una democracia participativa, es, precisamente, contar con un programa o con un plan encaminado a asegurar el goce efectivo de sus derechos<sup>50</sup>. 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'.<sup>51</sup> (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."<sup>52</sup> (Subrayado fuera de texto).

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



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

contemple mecanismos de participación de los interesados.<sup>61</sup> (Subrayado fuera de texto).

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

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

3.4.2.6. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, considera que el derecho a la salud "en todas sus formas y a todos los niveles" abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte, a saber, *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*. (i) Cada estado debe tener disponibles "un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas."<sup>76</sup> (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;<sup>78</sup> 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. (...) <sup>79</sup> (Subrayado fuera de texto).

## AMBITO LEGAL

### LEY 1098 DE 2006: "Por el cual se expide el código de la infancia y la adolescencia"

**Artículo 3°. Sujetos titulares de derechos.** Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"





|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

**Artículo 7. Protección integral.** Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos Nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

**Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano.** Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.

La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano. (Subrayado fuera del texto)

PARÁGRAFO. El Estado desarrollará políticas públicas orientadas hacia el fortalecimiento de la primera infancia.

**ARTÍCULO 27. DERECHO A LA SALUD.** Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar (Físico, psíquico y fisiológico) y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

## ACUERDOS DEL DISTRITO CAPITAL

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

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



“EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ”



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

## 6. COMPETENCIA DEL CONCEJO

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

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

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

*(...)*

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

## 7. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO.

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

### **Artículo 10. Desarrollo Integral desde la gestación hasta la adolescencia**

*El objetivo de este programa es promover y potenciar el desarrollo integral de la población desde la gestación hasta la adolescencia con énfasis en quienes tienen condiciones de vulnerabilidad, aportando a la realización de sus capacidades, potencialidades y oportunidades, desde los enfoques de la protección integral, de derechos, responsabilidades y diferencial y así contribuir a su felicidad, calidad de vida, integralidad del ser y ejercicio pleno de su ciudadanía. Lo anterior en concordancia con la Ley 1098 de 2006 "Código de Infancia y Adolescencia".*

### **Artículo 8. Definición - Igualdad de Calidad de Vida**

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

### **Artículo 17. Atención integral y eficiente en salud**

*El objetivo de este programa es el desarrollo conceptual, técnico, legal, operativo y financiero de un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en*



“EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ”



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

un modelo de salud positiva, corresponsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

**Parágrafo.** En el marco de la Ruta Integral de Atenciones para Niños, Niñas y Adolescentes, la Secretaría Distrital de Salud garantizará la cobertura en el esquema de vacunación de todos los niños y niñas menores de 5 años, en especial los vinculados a los programas de Atención a la Primera Infancia del orden Distrital y Nacional.

### **Artículo 63. Atención Integral Primera Infancia.**

El Distrito Capital, a través de la Secretaría Distrital de Integración Social, en conjunto con la Secretaría Distrital de Educación, la Secretaría Distrital Salud, y la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, en articulación con los programas de la Nación, adelantarán las acciones tendientes a garantizar la atención integral y de calidad a la primera infancia. Para tal fin diseñará e implementará la Ruta de Atención Integral con énfasis en la garantía de las condiciones de salud y nutrición, el fortalecimiento de la educación inicial, la existencia de ambientes enriquecidos para el desarrollo y, el fortalecimiento de la corresponsabilidad de las familias. Lo anterior en concordancia con los artículos 29 y 207 de la Ley 1098 de 2006 "Código de Infancia y Adolescencia".

En virtud de lo anterior, créase el Sistema de Atención Integral para la Primera Infancia, administrado por la Secretaría de Integración Social, en conjunto con la Secretaría de Educación Distrital, la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, a través del cual se adelantará el registro de la atención integral de los niños de 0 a 5 años, se efectuará el seguimiento a la implementación de la política y la articulación con los programas del Gobierno Nacional y el sistema Nacional de Bienestar Familiar.

**Parágrafo 1.** La Administración Distrital desarrollará esquemas de cooperación con la Nación para que los niños y niñas entre 0 y 5 años más vulnerables que sean atendidos por los programas del orden nacional y distrital, tengan acceso en condiciones de igualdad para el desarrollo de sus potencialidades, capacidades y oportunidades en ejercicio de sus derechos, con enfoque diferencial en lo rural y urbano y en el marco de la Ruta de Atenciones.

**Parágrafo 2.** La administración Distrital realizara la georreferenciación actualizada de la oferta y demanda de todos los programas del orden nacional y distrital, público y privados que atiendan niños y niñas de primera infancia en Bogotá con el objetivo de evitar la duplicidad en la atención, garantizando eficiencia en la asignación de recursos para la ampliación de coberturas.



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

*Se utilizará la técnica de georreferenciación para determinar la ubicación de nuevas plantas físicas de jardines infantiles, con el fin de optimizar los equipamientos nacionales y distritales preexistentes.*

## 8. IMPACTO FISCAL

El presente proyecto de acuerdo genera impacto fiscal, sin embargo la administración Distrital en cabeza de la Secretaria de Salud, está facultado para proponer un aumento presupuestal al proyecto contemplado en el Plan de Desarrollo 2012-2016 Bogotá Humana, *"Infancia y adolescencia feliz y protegida integralmente"*. Este programa es desarrollado en el presupuesto del año 2015 con recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud, bajo el código 3-3-1-14-01-02-0874 cuyo concepto es "Acceso universal y efectivo a la salud" cuyo eje es una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo. y tiene una asignación de 944.159.519.000 Este aumento presupuestal permitiría asegurar progresividad en la aplicación de la vacuna.

## Cordial Saludo

### EDWARD ARIAS RUBIO

Autor Concejal de Bogotá

### JORGE EDUARDO TORRES

Autor Concejal de Bogotá

### ANTONIO SANGUINO PAEZ

Autor Concejal de Bogotá

### MARIA CLARA NAME RAMIREZ

Autor Concejal de Bogotá

### HOSMAN MARTINEZ MORENO

Autor Concejal de Bogotá

### LUCIA BASTIDAS UBATE

Autor Concejal de Bogotá



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |

## Proyecto de Acuerdo No. \_\_\_\_\_ de 2016

### **“POR MEDIO DEL CUAL SE INCLUYE LA VACUNA CONTRA MENINGOCOCO DE MANERA GRATUITA DENTRO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL” EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

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

#### **ACUERDA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** El Distrito Capital en cabeza de la Secretaria Distrital de Salud deberá incorporar dentro del esquema de vacunación del Distrito Capital la vacuna contra meningococo por *Neisseria Meningitidis* de manera gratuita a la población que la Secretaria Distrital Salud considere conveniente, previa autorización de los padres de familia o quien tenga la custodia del menor.

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

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La incorporación de la vacuna en el Plan Ampliado de Inmunización -PAI- se efectuará paulatinamente de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y por fases de acuerdo a estudios previos que realice la Secretaria de Salud, teniendo en cuenta las necesidades de la población que por enfermedades adquiridas o genéticas sean más propensos a afectaciones por la bacteria *Neisseria Meningitidis*.

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

#### **PUBLIQUESE Y CUMPLASE**



“EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ”



|                                                                                                                         |                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GN-PR001- FO1 |
|                                                                                                                         | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 00           |
|                                                                                                                         |                                      | FECHA: 04 DIC. 2015   |



"EL CONCEJO, COMPROMISO Y TRANSPARENCIA POR BOGOTÁ"

