- Modelo de Atención en Salud de Bogotá -

+MAS Bienestar

Construimos territorios de Bien-Estar



Modelo de Salud de Bogotá

VERSIÓN 1.1 - 2024

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Contenido

Propósito 3
Objetivos 4
Marco Estratégico 5
Elementos generales de +MAS Bienestar como Modelo de Atención en Salud de Bogotá 5
Atención Primaria Social 12
Modelo de Atención en Salud de Bogotá +MAS Bienestar 12
Necesidades a intervenir con el Modelo 13
Enfoques del Modelo 13
Pilares del Modelo 18
Atributos del Modelo 22
Gestión Territorial Renovada: el articulador del Modelo MAS Bienestar 23
Marco operativo 26
Esquema del Modelo de Atención en Salud +MAS Bienestar 27
Toma de decisiones para la gobernanza 27
Participación social transformadora 30
Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) 39
Gestión extramural 40
Componente Prestador Primario 45
Componente de Urgencias 47
Componente Prestador Complementario 48
Componente de Alta Complejidad - Centro de referencia 49
Elementos transversales operativos de +MAS Bienestar 50
Financiación y sistemas de contratación 50
Talento Humano 50
Articulación con el Sistema Distrital de Cuidado 52
Seguimiento y evaluación 54
Educación en salud pública 56
Comunicaciones 59
Bibliografía 63

BORRADOR

Propósito

Construir el Modelo de Atención de Salud de ciudad (MAS Bien-Estar) basado en Atencion Primaria Social lo cual implica adelantar arreglos institucionales de acción sinérgica entre el gobierno distrital y demás actores sociales, institucionales y territoriales, para la materialización de acciones sectoriales e intersectoriales que incidan positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales, y que aporten al logro efectivo de las metas de desarrollo trazadas para el Distrito Capital y se materialicen en el goce pleno del derecho a la salud en la ciudad. Cumplir con la aspiración de elevar la salud pública de Bogotá al más alto nivel posible requiere de una acción coordinada y articulada de interés público, que se gesta entre la entidad territorial, una red integral e integrada que incluya actores públicos y privados, así como la respuesta integral mediante la articulación de actores sectoriales e intersectoriales que conforman el sistema de salud, poniendo en el centro a las personas familias y comunidades. Todos estos elementos se concretan en un Modelo de Atención en Salud que busca un acceso alos servicios de salud cercano, que responde a las necesidades y expectativas de la ciudadanía, buscando el goce pleno del derecho a la salud.

BORRADOR

Objetivos

- Mejorar el bienestar, calidad de vida y la salud de bogotanos y bogotanas mediante un modelo de salud basado en atención primaria social para la ciudad.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernaza territorial por medio de una acción sectorial e intersectorial efectiva que incida positivamente sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud y mejore las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades.
- Optimizar la toma de decisiones teniendo como base el Observatorio Social y en Salud que, vinculado a un sistema de interoperabilidad, permita la recolección, análisis, flujo y disposición de datos sectoriales e intersectoriales sobre las condiciones sociales y de salud de la población y genere la información pertinente y veraz para la definición de acciones y el monitoreo de resultados en salud.
- Lograr un acceso equitativo a los servicios que permitan la gestión integral del riesgo en salud, con oportunidad, resolutividad, accesibilidad e integralidad a los servicios de salud con enfoque diferencial, poblacional y territorial .
- Hacer más eficientes los servicios de salud y su integración, asegurando la calidad en la atención y las condiciones idóneas, incluyendo el recurso humano que los provee.
- Promover una participación social transformadora que incida de manera efectiva en las decisiones de política pública y en la construcción de ciudadanías empoderadas, y contribuya a mejorar la salud y el bienestar de las pesonas en los territorios.
- Promover procesos educativos fundamentados en una propuesta pedagógica dialógica que permita el desarrollo de capacidades personales, institucionales y sociales que permitan pensar críticamente y actuar autónomamente.
- Monitorear y evaluar la efectividad de las acciones e intervenciones del modelo con base en los atributos que lo fundamentan como requisito para el mejoramiento del estado de salud, la calidad de vida y el bienestar de la población.

BORRADOR

Marco Estratégico

Elementos generales de +MAS Bienestar como Modelo de Atención en Salud de Bogotá

El Modelo de Salud de Bogotá parte del análisis situacional que permite definir las necesidades actuales de la ciudad a las cuales se dará respuesta, en ese sentido se plantean los siguientes aspectos como los más relevante:

Si bien desde Alma Ata en 1.978 entre los aspectos centrales plantea la intersectorialidad, al señalar que “entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores“ (OMS, 1978) y aunque Bogotá tiene una amplia experiencia en propuestas intersectoriales en salud, los resultados son limitados, esto se debe una visión en la cual los aportes de los otros sectores se identifican como colaboraciones para la salud y no parten de la responsabilidad real que tiene los demás sectores públicos y privados para con la salud, además de una visión que considera la salud como un asunto a resolver por un sector y no algo que es fundamental y necesario para el desarrollo de la ciudad, tal como de la forma más difícil lo enseñó la pandemia por COVID-19.

El trabajo intersectorial se convierte en un mandato técnico y político cuando el problema que se debe abordar es conceptualizado en su génesis y en las intervenciones más allá del sector de la salud, asociándolo principalmente con la producción y reproducción social de la salud, de la enfermedad y de la calidad de vida (OPS, 2015).

El análisis de las dinámicas demográficas de la ciudad muestra que para el cuatrienio 2024-2027 se espera que Bogotá alcance su máximo de población, dando paso a la tendencia de disminución de la población que se dará durante la siguiente década. De acuerdo con las proyecciones, en 2027 Bogotá contará con menos habitantes que en 2024. El índice de envejecimiento, expresado como el cociente entre la población mayor de 60 años y la población de 0 a 14 años, presentará un aumento pasando de 86,8 en 2024 a un estimado de 133,8 en 2035. Lo anterior significa que cada vez habrá más adultos mayores que niños en Bogotá (Alcaldía de Bogotá, 2024).

El cambio mencionado en la estructura de la población demanda transformaciones urgentes y plantea la necesidad de un modelo de salud con una visión positiva del envejecimiento, buscando que este sea un proceso saludable, que reconozca la potencialidad de las personas mayores y se aleje de visiones patologizantes y deficitarias de las personas mayores. Deberá disponer de programas, proyectos e infraestructura sanitaria que tenga la capacidad de responder a los retos de una población mayoritariamente envejecida o en proceso de envejecimiento, de esta manera favorecer y potenciar la autonomía e independencia en actividades cotidianas, la productividad social, así como abordar el aislamiento social y la soledad en este grupo poblacional.

Cabe considerar, por otra parte que Bogotá tiene una amplia historia de construcción e implementación de modelo territoriales de salud, sin embargo, todos estos han tenido un

BORRADOR

limitante y es la poco y en algunos casos nula vinculación de las EPS con operación en el territorio, por lo general se han desarrollado con concurso de Capital Salud EPS como principal asegurador de régimen subsidiado y con la población no asegurada. Es de aclarar que esta limitación se ha dado principalmente por ambientes con falta de articulación, así como acuerdos no implementados que han llevado a la no vinculación del resto de aseguradores, esto es especialmente relevante en una ciudad en la cual, a 31 de mayo de 2024 según los datos de la Base de Datos Única de Afiliados, el 76,0% se encuentra en el régimen contributivo, el 22,1% en régimen subsidiado y de este el 51,6% está en EPS diferentes a Capital Salud. Lo anterior generando coberturas e impactos limitados, así como desvinculación de los principales actores encargados de la gestión del riesgo en salud en la ciudad.

Adicionalmente a lo mencionado, aunque Bogotá cuenta con una de las redes de prestación de servicios de salud más amplias del país, esta red (incluyendo los centros asistenciales y centrales de urgencias de alta complejidad) se encuentra distribuida de una forma inequitativa en la ciudad, estando la mayor parte ubicados en la zona urbana y particularmente en la zona nororiental. Esto implica que están en zona contraria a donde se ubican las poblaciones más vulnerables y con mayores necesidades en salud, generando largos recorridos para que las personas lleguen a los servicios de salud, aumentando el gasto de bolsillo, limitando la accesibilidad e impactando negativamente la adherencia a proceso de atención en salud. A esto se le suma, que aunque la red pública tiene una mejor distribución en el territorio y con mayor presencia en zonas con población de alta vulnerabilidad, las EPS suelen no tener contrato con dicha red y vinculaciones parciales que no permiten la atención integral. Por último y no menos importante, históricamente se ha construido un imaginario erróneo en la comunidad donde se considera que los servicios de salud en lo público son de baja calidad.

Por otra parte, continuando con la problematización, es importante mencionar que el territorio no es solamente un entorno caracterizado por su geografía física, el paisaje y los elementos bióticos y abióticos de la naturaleza presentes en él. Es un escenario que se construye a partir de las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, configurando el escenario donde pulsa la vida, la salud, la enfermedad y la muerte (Borde, Torres, 2017). Para el caso del Distrito Capital y como interés particular del Modelo de salud de Bogotá, se reconocen territorios que en el análisis histórico muestran la persistencia de eventos de interés en salud pública, especialmente aquellos eventos fuertemente asociados a condiciones aumentadas de vulnerabilidad o marginalización de las comunidades que lo habitan transitan y transforman, los principales son VIH/ITS, tuberculosis, violencia intrafamilia, violencia sexual, embarazo en adolescentes, entre otros.

En este sentido, estos territorios y las comunidades que lo construyen han sido priorizados para acciones en salud por los últimos modelos de la ciudad, sin embargo, su persistencia indica que se debe repensar el abordaje, ampliar al reconocimiento de los determinantes sociales asociados a las inequidades en salud los cuales finalmente se manifiestan en las personas, familias y comunidades como eventos de interés en salud pública, se debe propender por abordajes integrales, intersectoriales y transectoriales,

Por último, uno de los elementos recientemente retadores para el modelo de salud de Bogotá es recoger los aprendizajes derivados de la vivencia y respuesta ante alertas sanitarias, en ese sentido la experiencia vivida en la atención de eventos como la pandemia por COVID-19 debe ser insumo para generar y gestionar los conocimientos disponibles, además de planear y ejecutar la respuesta a situaciones futuras de esta índole (Secretaría de Salud de Bogotá 2023).

BORRADOR

Por las características del Distrito Capital como la ciudad con el mayor aeropuerto internacional del país y el segundo con más tráfico de América Latina, el alto flujo de personas con estatus migratorio irregular y la migración interna derivada del conflicto armado del país, Bogotá tiene un riesgo epidemiológico alto de enfrentar eventos priorizados en el Sanitario Internacional, así como eventos emergentes y reemergentes, en ese sentido es fundamental la estructuración de planes de ciudad para afrontar a estos grandes retos.

Como metas trazadoras para la implementación del Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar se definieron las metas estretágicas del sector salud para el Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá Camina Segura 2024 – 2027", siendo estas las siguientes:

Objetivo Estratégico PDD	Metas Estratégicas 2024-2027	Valor de la línea base	Fecha línea base	Meta proyectada 2027
Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la razón de mortalidad materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.	38,6	2022	27,5
Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la Tasa de mortalidad por suicidio a 5.2 por 100.000 habitantes.	5,5	2019	5.20 por 100.000 habitantes.
Bogotá confía en su bien-estar	Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	9,1	2022	8,99
Bogotá confía en su bien-estar	Mantener por debajo de 125 por 100.000 habitantes la tasa anual de mortalidad evitable por enfermedades crónicas no transmisibles en población con edades de 30 a 70 años	128,68	2022	Mantener por debajo de 125 muertes por cada 100.000 en **población** de 30 a 70 años
Bogotá confía en su bien-estar	Mejorar en un 2% la experiencia del usuario durante el proceso de atención en salud en Bogotá D.C.	78,10%	Año 2023	80,20%
Bogotá confía en su bien-estar	Cascada de atención en VIH: El 91% de la población que vive con VIH conoce su **diagnóstico**, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 91,7% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por UNUSIDA.	Porcentaje de personas que viven con VIH y conocen su diagnóstico: 78,8%. Porcentaje de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico y tienen acceso a tratamiento: 89,2%. Porcentaje de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico y tienen acceso a tratamiento y alcanzan cargas virales indetectables: 90,9%.	Año 2021	El 91% de la población que vive con VIH conoce su **diagnóstico**, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 91,7% alcanzan cargas virales indetectables
Bogotá confía en su bien-estar	Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en 0,6 por 1000 mujeres de 10 a 14 años.	0,6	2022	<= 0,6

BORRADOR

Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 - 19 años a 18 por 1000 mujeres adolescentes de este grupo de edad	21,9	2022	18
Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%	1,8	2023	1,60%

Adicional a lo anteriormente mencionado, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá +MAS Bienestar recoge la experiencia de más de dos décadas de la ciudad en desarrollo de modelos de salud basados en Atención Primaria en Salud. La visión actual incluye la evolución de este concepto derivado de los desarrollos internacionales, así como en los aprendizajes nacionales y locales. El concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado confusión sobre su significado y en la práctica. Con miras a coordinar las labores futuras en materia de APS a nivel mundial, nacional y local, y a modo de orientación en su puesta en práctica, se ha elaborado una definición clara y sencilla:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas». OMS y UNICEF. *A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.*

La APS tiene tres componentes que son interdependientes y sinérgicos, a saber: un conjunto de servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria y los bienes y funciones de salud pública como elementos centrales; distintas políticas y actuaciones multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud más amplios; y la movilización y el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades para lograr una mayor participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en materia de salud. *(OMS, 2024)*

Adicionalmente, Bogotá como Distrito Capital tiene funciones asignadas que sumadas a su autonomía, le instan a construir e implementar un modelo de salud que en armonía con las normas nacionales y marcos técnicos vigentes, reconozca las particularidades de los territorios, las diversidades y necesidades diferenciales de quienes habitan dichos territorios, así como la obligación de ejercer la rectoría de la salud en la ciudad con modelos de gobernanza y gobernabilidad que le permitan integrar en sinergia los diferentes sectores y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la garantía del derecho a la salud de bogotanos y bogotanas.

La Ley 1751 de 2015 reguló el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, compuesto por los elementos y principios de universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de los derechos, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y protección a comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Adicionalmente, en el artículo 13 plantea la importancia de uno de los elementos constitutivos del modelo para la ciudad como lo son las redes de servicios de salud. Redes de servicios. El

BORRADOR

sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Las redes en mención venían siendo desarrolladas desde la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual en su Título VI de la prestación de servicios de salud, Capítulo II Redes Integradas de Servicios de Salud, establece en el Artículo 60 que las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. Que tal como lo establece el artículo 62 de la mencionada ley que, con respecto al tema, los distrito y departamentos organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo, posteriormente el artículo 64 indica que la articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud.

Derivado de lo anterior, se considera que estas redes deben operar en un marco adecuado el cual está definido en la Resolución 2626 de 2019 por la cual se modifica la política de atención integral en salud PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), este modelo tal y como se define en el Artículo 6 de la citada norma, define que se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de las poblaciones y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o Distrito.

El MAITE persigue los siguientes objetivos que coinciden plenamente con la propuesta de +MAS Bienestar:

- Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.
- Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
- Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados en salud.
- Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.
- Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.
- La gestión integral del riesgo en salud, la representación del usuario y la interacción con los agentes del Sistema de Salud asociados al proceso de Aseguramiento

Incluyendo el marco normativo y técnico antes mencionado, se define el “Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el cual mediante la Resolución 2367 de 2023 por la cual se modifican los artículos 1°, 2° y 3° de la Resolución número 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico, define que el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 será implementado y ejecutado por los agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Protección Social, con énfasis en las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en coordinación con los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones

BORRADOR

relacionadas con de los determinantes sociales de la salud, quienes concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado plan.

Este Plan define las responsabilidades de los actores del sector salud y de forma particular las de los Departamentos y Distritos, siendo las siguientes:

1. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para el desarrollo, operación, seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 que expida el Ministerio de Salud y Protección Social previa armonización con los demás lineamientos técnicos ministeriales al respecto.
2. Articular y armonizar el Plan Territorial de Salud con el PDSP 2022-2031.
3. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones del PDSP 2022-2031.
4. Prestar asesoría y asistencia técnica para desarrollar y fortalecer capacidades para la adopción, adaptación e implementación de las RIAS, a los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en su jurisdicción.
5. Vigilar y supervisar la adopción, adaptación, implementación y evaluación de las RIAS, en los términos de la presente resolución, y en caso de que no sean implementadas, informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las respectivas acciones, en el marco de su competencia.
6. Desarrollar y coordinar las Redes Integrales e Integradas para el Bienestar en articulación con los actores del SGSSS y el Sistema de Protección Social, y demás sectores gubernamentales involucrados con el bienestar de la población.

El +MAS Bienestar está en línea para el cumplimiento de las Metas definidas por el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031:

Eje estratégico	Meta
Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.
Determinantes Sociales de la Salud	A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.
	A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.
Atención Primaria en Salud	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.
	A 2031 se fortalecerá por lo menos el 50 % de la infraestructura pública en salud que se identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud.
	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud (RIITS) conforme al modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).

BORRADOR

A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.
A 2031 los servicios de salud de mediana y alta complejidad han mejorado la eficiencia, efectividad y oportunidad de la atención en salud como dimensiones de la calidad en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

De forma complementaria el Ministerio de Salud y Protección Social propone el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS). El cual hace parte constitutiva de la política en salud del Estado para la población del territorio colombiano. Define el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud que permita la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas cuyo centro son las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante redes integradas e integrales territoriales de salud, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad, e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del sistema de salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, haciendo efectiva la APS a través de estrategias orientadas a recuperar la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad, y los sectores sociales. En el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los Equipos de Salud Territoriales.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva (Ministerio de Salud y Protección Social).

Como se puede identificar en lo anteriormente mencionado, el Modelo de Atención en Salud Salud de Bogotá +MAS Bienestar está fuertemente cimentado en el marco normativo y técnico nacional vigente, se articula y armoniza con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 como hoja de ruta a largo plazo del país, finalmente potencia el rol como entidad rectora de salud de la ciudad y en el marco de su autonomía gestiona el goce pleno del derecho a la salud de bogotanos y bogotanas.

BORRADOR

Atención Primaria Social

Para la gestión de las necesidades antes mencionadas, el gobierno distrital apuesta por el paso de una estrategia de Atención Primaria en Salud a una Atención Primaria Social, este cambio busca, en primer lugar, comprender la necesidad de descentralizar el papel exclusivo del sector salud en su direccionamiento y facilitar que otros sectores apropien la Atención Primaria Social como una estrategia que permite apalancar acciones intersectoriales para el logro de los objetivos de desarrollo social y el cumplimiento de las metas estratégicas trazadas en el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027

En segundo lugar, exaltar la dimensión social y política de la salud al reconocer que los determinantes sociales definen las condiciones de vida y salud de las personas y que la entidad territorial en cabeza del alcalde tiene la responsabilidad de propender por el derecho a la salud de sus habitantes. En ese sentido, es la entidad territorial, y no solo el sector salud, quien tiene la competencia de propiciar una adecuada coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial para el abordaje integral de los determinantes de las desigualdades sociales.

De otro lado, reconocer que dicha articulación implica la construcción de acuerdos de confianza entre los distintos actores del sistema de salud a saber: la Secretaría Distrital de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios publicas y privadas, las Redes prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, la academia, las agremiaciones en salud y los usuarios con el fin de participar conjuntamente en la construcción e implementación de un Modelo de Atención en Salud mediante la participación sectorial, intersectorial y ciudadana, que responda a las necesidades diferenciales poblacionales y territoriales en salud, en bienestar y calidad de vida de la ciudad de Bogotá.

En síntesis, la Atención Primaria Social se comprende como una estrategia de gestión integral e integrada para la organización del sistema de salud bogotano que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados para incidir positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales en salud y en el logro efectivo del derecho a la salud buscando garantizar las aspiraciones de equidad y bienestar para sus habitantes. La estrategia de Atención Primaria Social propende por la garantía de un acceso oportuno y de calidad a los procesos de atención integral, integrada y continua a lo largo del curso de la vida, que requieren de la articulación de acciones de promoción y protección social con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo, salud familiar y comunitaria según diferenciales territoriales y poblacionales brindando una respuesta satisfactoria y sostenible a las necesidades de las personas, familias, comunidades y colectivos de la ciudad.

Modelo de Atención en Salud de Bogotá +MAS Bienestar

Con base en el marco técnico y normativo nacional, regional e internacional, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en cumplimiento de su misionalidad y funciones asignadas,

BORRADOR

plantea el Modelo de Atención en Salud de Bogotá +MAS Bienestar como un componente estratégico para la implementación del Plan Territorial de Salud.

A continuación, se describen: i) las necesidades a intervenir con el modelo; ii) la Atención Primaria Social como fundamento; iii) los enfoques que lo orientan; iv) los pilares que estructuran su operación; y iv) los atributos requeridos para el logro de objetivos.

Necesidades a intervenir con el Modelo

Como se mencionó previamente, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá parte del reconocimiento histórico que ha tenido la evolución de modelos de salud, tanto en el Distrito Capital como en otras zonas del país, la región y el mundo, recogiendo experiencias exitosas, así como oportunidades de mejora. En consecuencia, se definieron un conjunto de necesidades a intervenir derivadas de los ASIS, los análisis complementarios geoespaciales y las diferentes herramientas epidemiológicas y sociales, que dieron origen a la propuesta del Modelo de Atención en Salud de Bogotá, y se refieren a continuación:

- Mejorar el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial, intersectorial y transectorial para elevar el nivel de bienestar, calidad de vida y salud de la población.
- Reducir las desigualdades asociadas a la transición demográfica, poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios sociales diferenciales y determinan el estado de salud de la población.
- Desarrollar acciones para mitigar la persistencia de eventos priorizados en salud pública, asociados a determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad.
- Generar capacidades para prevenir, alertar y dar una respuesta institucional y social oportuna ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes.

BORRADOR

Enfoques del Modelo

El Modelo de Atención en Salud de Bogotá acoge conceptualmente los siguientes enfoques para orientar la comprensión de la situación de salud de la ciudad y dirigir la acción para contribuir al logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, y del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura 2024 – 2027” .

Enfoque de Derechos:

Colombia incorpora en su bloque de constitucionalidad[1] la garantía de los derechos humanos y del Derecho Internacional Humanitario con la obligación de salvaguardar los derechos humanos en términos de protección, respeto, promoción y en caso de vulneración, asegurar su restablecimiento, reparación y no repetición. Los derechos humanos son inherentes a la naturaleza humana y centran su garantía en el reconocimiento de los sujetos titulares de derechos.

[1] Articulo 93 de la Constitución Política, según el cual los tratados y convenios internacionales que han sido ratificados por Colombia y que reconocen los DDHH y prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen sobre el orden interno y, además, que los derechos y deberes consagrados en la Constitución deben ser interpretados de conformidad con estos instrumentos internacionales.

Enfoque Territorial:

Implica reconocer que es en el territorio donde transcurre la vida de personas y colectivos. Por tanto, requiere un abordaje situacional y diferencial anclado a formas particulares de comprender y apropiar el territorio según contextos históricos, políticos, económicos, ambientales, sociales y culturales determinados, en donde se tejen relaciones de poder jerarquizadas, dinámicas de vulneración social y ambiental que demandan su superación a través de formas de agencia territorializadas que potencian la coproducción de la vida.

En este sentido, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá debe considerar que las poblaciones no son homogéneas a nivel distrital, y que las desigualdades en salud que han generado discriminación, exclusión, vulneración y despojo de derechos, se configuran diferencialmente en los territorios de la ciudad, en una relación intrínseca entre los enfoques diferenciales poblacionales y el territorial.

Enfoque de Determinantes Sociales:

Los determinantes sociales de la salud (DSS) hacen referencia a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Estas condiciones se configuran a partir de un conjunto más amplio de fuerzas que incluyen las políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos (World Health Organization (WHO), 2024).

Avanzar hacia la superación de inequidades y generar oportunidades de bienestar requiere comprender la forma en que se producen y reproducen las desigualdades sociales. Desde un enfoque de equidad, integrar modelos explicativos de las desigualdades sociales, como el de los determinantes sociales, permite comprender las condiciones en que se produce y reproduce la vida identificando determinantes estructurales e intermedios que producen la desigualdad social. Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las brechas de desigualdad es un fundamento ético y político para la garantía del derecho a la salud en interdependencia con los demás derechos.

BORRADOR

En este sentido, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá apuesta por identificar e intervenir los procesos dañinos o malsanos que golpean con mayor fuerza a ciertos grupos humanos en diversos territorios de la ciudad, y potencia aquellos procesos de cuidado colectivo, impulsados principalmente por las comunidades, que resultan benéficos para la salud y que no han sido suficientemente reconocidos por la institucionalidad. Para lograr los objetivos de desarrollo, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá reafirma que la salud debe estar en todas las políticas, asunto que involucra a todos los actores sociales y los sectores institucionales (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Lo anterior, implica la puesta en marcha de acciones intersectoriales que van más allá de la prestación de servicios y que deben contar con una amplia participación ciudadana. Todos los sectores deben considerar, de manera sistemática, las consecuencias de sus decisiones sobre la salud de las poblaciones, para evitar efectos negativos sobre esta y procurar su cuidado integral a partir de sinergias que avancen hacia sociedades con mayor equidad sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Enfoque Poblacional Diferencial:

Este enfoque reconoce, en el marco de los derechos, la diversidad constitutiva de la condición humana. El derecho a ser diferentes es una expresión de la dignidad humana que no debe estar sujeta a discriminaciones por causas de género, etnicidad, curso de vida, clase social, condición de salud, movilidad humana, situación de víctima, entre otras. Lo anterior conlleva a la realización de acciones afirmativas que prevengan, superen, corrijan y reparen cualquier condición o situación que genere brechas de inequidad entre grupos o segmentos poblacionales. En Colombia, este enfoque está asociado a los sujetos de especial protección constitucional, quienes requieren de acciones positivas y afirmativas por parte del Estado, en la búsqueda de la igualdad real y efectiva (Sentencia T-167/11).

Dicho enfoque reconoce la coexistencia de múltiples discriminaciones construidas socio históricamente, acumuladas y agravadas en personas, familias, comunidades y colectivos. En ese sentido, la Corte Constitucional ha señalado la necesidad de comprender la vulnerabilidad, como el resultado de la desprotección histórica y la carencia de posibilidades reales y materiales para el ejercicio de derechos. En consonancia, no hay grupos vulnerables, sino que existen grupos poblacionales a los que sistemáticamente se les han vulnerado sus derechos siendo sometidos históricamente a dinámicas acentuadas de vulnerabilidad económica, política, social y ambiental.

Sin embargo, a pesar de la adversidad, dichos grupos también construyen formas propias de cuidar la vida y proteger el territorio, configurando identidades colectivas que se manifiestan en formas específicas de usar, apropiar y dotar de significado el territorio como lugar privilegiado donde reside la posibilidad real o no de materializar acciones afirmativas y garantizar la restitución de derechos.

De la diversidad constitutiva de lo humano, y en términos de salvaguardar los principios de igualdad y no discriminación, se desprende la necesidad de reconocer y afirmar al interior del enfoque poblacional diferencial, los siguientes:

BORRADOR

- Curso de vida: Una mejor salud, y en general el desarrollo integral, depende de los factores, capacidades, exposiciones y afectaciones que las personas hayan tenido a lo largo de su vida; es decir, es producto de un proceso continuo y multidimensional que inicia con la preconcepción/gestación y termina con la muerte. Esto significa que el modelo adoptará estrategias diferenciales que, además de considerar las necesidades y riesgos en salud por grupo etario, garanticen el cuidado de la salud durante todas las fases de la vida (niñez, juventud, adultez, persona mayor y familia), especialmente en los momentos clave de esta. Así mismo, debe tener en cuenta la interconexión entre generaciones, dado que las afectaciones en la vida de una persona inciden tanto en sus relaciones, como en la de sus descendientes.
- Género: Consiste en una perspectiva de análisis y una herramienta para la acción que pone en evidencia desigualdades, discriminaciones y violencias basadas en el sexo, la identidad de género y la orientación sexual de las personas. Reconoce las diferencias en el ejercicio del poder y los roles asignados entre mujeres y hombres en la vida familiar, la sociedad, el trabajo, la política, entre otros ámbitos de interacción humana, que normalizan la violencia contra niñas, niños, adolescentes y mujeres. Exige del Estado el desarrollo de acciones que modifiquen patrones culturales fundados en roles, estereotipos, prácticas e imaginarios proclives a la violencia por razones de sexo o género, así como intervenir las relaciones asimétricas de poder que naturalizan dichas violencias (Resolución 1035 de 2022; Decreto 762 de 2018).

  Como parte integral de la transversalización efectiva del enfoque poblacional y diferencial, particularmente en lo relacionado con género, el modelo de salud de Bogotá implementará acciones específicas que visualicen y materialicen la salud de las mujeres, entendiendo esta como una categoría amplia que incluye condiciones o situaciones de salud que son exclusivas de las mujeres, como la menstruación y el embarazo, así como afecciones que afectan tanto a hombres como a mujeres, pero que pueden afectar a las mujeres de manera diferente, como las enfermedades cardíacas y la diabetes (NIH, 2024). En este sentido el enfoque de género y en particular la salud de las mujeres serán parte de los pilares del presente modelo.

  De forma complementaria se deben abordar las nuevas masculinidades, estas se alejan de los estereotipos rígidos y limitantes que han caracterizado las nociones tradicionales de masculinidad. En lugar de adherirse a la idea de que ser masculino implica ser fuerte, violento, dominante y emocionalmente distante, las nuevas masculinidades abrazan una gama más amplia de expresiones y comportamientos. Los hombres que se adhieren a estas nuevas ideas de masculinidad se sienten libres para ser vulnerables, expresar emociones y participar activamente en roles y responsabilidades que antes podrían haber sido considerados "femeninos". Esta apertura a la diversidad no solo enriquece la vida de los hombres individuales, sino que también contribuye a una sociedad más inclusiva y equitativa (Universidad de los Andes, 2023).

- Étnico-racial: Los grupos étnicos cuentan con usos, prácticas y costumbres particulares, así como reconocimientos específicos de derechos colectivos que no se comparten con

BORRADOR

la sociedad en general. En ese sentido, el enfoque étnico reconoce dinámicas propias de los pueblos y comunidades que obedecen a cosmovisiones identitarias que dan sustento a lógicas y conocimientos diversos, y que posibilitan y potencian formas autónomas y propias de desarrollo (Resolución 1035 de 2022). Sin embargo, más allá de la identificación colectiva cultural, el enfoque étnico-racial invita a reconocer la discriminación sociohistórica impuesta a los grupos étnicos. En ese sentido, el enfoque étnico-racial propicia respuestas afirmativas e integrales frente a la vulneración sistemática de la dignidad, igualdad e integridad humanas de los grupos étnicos como consecuencia del racismo estructural persistente en el país.

- Condición y situación: La adopción de este enfoque busca que el abordaje del Modelo contemple desafíos relacionados con el estado de salud y el contexto de las personas, priorizando las víctimas del conflicto armado, los migrantes internacionales, la población campesina, las actividades sexuales pagas, la habitabilidad de calle, las personas con discapacidad, las personas en privación de la libertad y las personas con enfermedades huérfanas.

En términos de gestión, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá tendrá en cuenta que existen políticas vigentes que implementan el enfoque poblacional y diferencial, a las cuales se les debe garantizar continuidad, considerando que, además de ser compromisos adquiridos con los capitalinos, son producto de ejercicios participativos incidentes.

Enfoque de Cuidado Integral:

Por último, el enfoque de cuidado se entiende como un compromiso práctico consigo, con otros/as y con el entorno, siendo un requerimiento para el sustento vital que reconoce la vulnerabilidad humana, social y ambiental en vínculo con nuestra naturaleza interdependiente. Constituye un enfoque fundamental para la garantía de derechos y la protección social. El cuidado en tanto esfuerzo sostenido por reparar, conservar y perpetuar la vida, implica reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado no remunerado en los hogares, especialmente de las mujeres, como aporte esencial para la reproducción de la vida y el funcionamiento social. Por tanto, las potencialidades colectivas del cuidado trascienden la institucionalidad del sector salud y aportan a la democratización del derecho a la salud.

El Modelo de Atención de Salud de Bogotá reconoce la vida como valor supremo y como realidad vulnerable que requiere una red protectora y colaborativa en donde todas las personas asuman la responsabilidad innata de cuidar a otras, a sí mismas, a otras formas de vida y a los ecosistemas haciendo posible el bienestar. Por lo que el cuidado integral para el bienestar es una apuesta por potencializar las relaciones empáticas, cordiales, amigables, armoniosas, protectoras y respetuosas entre las personas y con la naturaleza.

En este sentido, el enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado

BORRADOR

hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social (Secretaría Distrital de Salud, 2021, pág. 37).

Por su parte, el cuidado, desde el componente prestacional de los servicios implica gestionar integralmente las condiciones en salud que representan riesgos para la salud individual y colectiva por medio de una atención integral, integrada y continua a lo largo de la vida a través de acciones sustentadas en la identificación y priorización de riesgos, la evidencia y costo-efectividad de las intervenciones, la ponderación de beneficios en escenarios de incertidumbre y la acción sin daño, que demandan esfuerzos concertados entre actores del sector salud y demás sectores para incidir en la disminución de la carga de enfermedad y las desigualdades sociales, así como en la mejora de los resultados en salud para los habitantes de la ciudad.

Pilares del Modelo

El Modelo de Atención en Salud de Bogotá fundamenta su estructura y orientación operativa en cuatro pilares:

- *Toma de decisiones para la gobernanza:*

El Modelo de Atención en Salud de Bogotá reconoce la información como un elemento transversal y de gerencia estratégica, que permite la focalización y priorización de territorios, comunidades, familias y personas de Bogotá, de acuerdo con situaciones de vulnerabilidad, riesgos y eventos en salud, haciendo llegar la oferta social y de salud del Distrito a quienes más lo necesitan con el fin de mejorar su bienestar.

El Observatorio de Salud de Bogotá D.C., al primer semestre del año 2024, cuenta con más de 20 mil millones de registros almacenados que serán insumo para consolidar una base maestra de información nominal que facilite la operación, monitoreo y evaluación del Modelo de Atención en Salud y sus pilares. Esta base maestra será de actualización continua con datos sectores e intersectoriales.

El Observatorio de Salud de Bogotá D.C. cuenta con la experiencia en la aplicación de algoritmos predictivos para la generación de alertas ante comportamientos inusuales de eventos de interés en salud pública. Mediante el uso del procesamiento de datos en la nube y la aplicación de métodos estadísticos de clasificación, se identificará en las personas un nivel de riesgo o prioridad y de ahí se decidirá el abordaje a recibir de acuerdo con la oferta de acciones estratégicas que planteará el modelo.

Finalmente, los procesos de gestión de información a cargo del Observatorio de Salud de Bogotá D.C. permitirá la integración de los pilares del modelo y darán cuenta de la operación y resultados de las mismas.

- *Participación social transformadora:*

La participación social transformadora, como idea fuerza y horizonte de sentido, está unida a la práctica y vivencia de la democracia, precisamente para generar cambios en condiciones

BORRADOR

situacionales y estructurales que afectan negativamente la vida y el bienestar. La participación social trasformadora tiene como referencia central la acción social de personas, organizaciones e instituciones en la realización de la Atención Primaria Social.

Así, definimos la participación como una acción ligada a procesos de transformación de realidades que afecten positivamente el bienestar, tanto individual como colectivo. Por tanto, se convierte en un medio, ya que a través de ella se logran transformaciones; y en un fin, ya que quien participa se transforma y empodera.

La fundamentación de la participación como un derecho humano está dado por su carácter determinante del vínculo de las personas con los diferentes grupos humanos como familia, comunidad, organizaciones e instituciones, para la materialización de su dignidad. La participación parte del reconocimiento de sí mismo, del otro y de lo otro, lo diferente y lo diverso.

Este planteamiento también implica un abordaje desde lo individual, que busca fortalecer el relacionamiento con la ciudadanía para lograr una mayor satisfacción en la experiencia del servicio, buscando la dignificación ciudadana y de las poblaciones para fortalecer la confianza y mejorar la relación Estado - Ciudadanía.

En términos de la gobernanza territorial, y en el marco de la Atención Primaria Social, se profundizará en la articulación intersectorial y transectorial en los territorios, a través de los escenarios e instancias locales de participación y gestión de políticas públicas, para responder efectivamente a las necesidades particulares en salud y afectar positivamente los determinantes sociales. Esto permitirá una participación más activa, dinámica, renovada y

transformadora de realidades territoriales que impacten positivamente el bien-estar en lo local y lo Distrital.

- *Intersectorialidad y Transectorialidad*

La Intersectorialidad para el Modelo de Atención en Salud de Bogotá comprende la coordinación, articulación e integración de actores del sector público y privado, gubernamentales, institucionales y sociales para la formulación e implementación de políticas públicas participativas y colaborativas con el propósito de incidir positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales y mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población. Comprende un proceso de relaciones no jerárquicas ni contractuales, que va más allá del quehacer sectorial, y que acerca la construcción de una narrativa común que propicie la acción social conjunta en respuesta a las necesidades poblacionales y territoriales.

Reconoce que las acciones de intersectorialidad responden a situaciones o eventos sociales de naturaleza compleja, diversa y multicausal, lo que pone de manifiesto la dimensión social de la salud y el grado de aplicabilidad de las políticas o acciones a nivel territorial, al entender que la salud está mediada por procesos sociales a partir de los cuales se reproduce la vida, y por tanto, dichos procesos y relaciones no pueden ser vistos como factores aislados de las relaciones de producción y reproducción social.

La intersectorialidad en cabeza del alcalde o alcaldesa mayor y su gabinete, promueve acciones de gobernanza y gobernabilidad en favor del relacionamiento de las poblaciones, a

BORRADOR

partir del diálogo y la construcción de acuerdos, y no de un ejercicio de imposición de autoridad. Teniendo en cuenta esto, se comprende que las acciones de salud deben centrarse en el incremento de las capacidades del Estado y del gobierno en la formulación de políticas públicas que cuenten con consensos y acciones sinérgicas entre sectores, con los gobiernos y entre gobiernos (Bogotá región – acción local), el sector privado y la sociedad civil, en donde la academia cuenta con un rol determinante.

La transectorialidad implica el nivel más alto de integración para el abordaje de realidades sociales complejas. Se evidencia cuando los diferentes sectores y disciplinas logran gestionar integralmente nuevas políticas o estrategias para actuar de manera holística sobre los problemas que afectan la salud y la calidad de vida de las diferentes poblaciones en los territorios. Emerge del diálogo y la concertación entre diversas formas de conocimiento; pretende superar las barreras tradicionales entre sectores logrando que las decisiones de un sector tengan un carácter vinculante en otros sectores lo que promueve soluciones innovadoras y sostenibles que abordan las causas subyacentes de los eventos o situaciones sociales.

La transectorialidad exige un nuevo modelo de gestión pública horizontal en redes para el diseño e implementación de acciones integradas, integrales y coordinadas entre actores diversos, por tanto, hace un llamado fundamental no solo al sector público, sino al privado y a la comunidad, para lograr un impacto más amplio y duradero en la mejora de la calidad de vida y salud, lo cual supone una agenda conjunta y adaptada a las necesidades, potencialidades y expectativas de las personas, que permita la garantía de los derechos; esto es, trascender la acción de un solo sector, llegar al último nivel de la intersectorialidad y asumir las prioridades de manera vinculante (Aguilar, 2006).

- *Gestión integral del riesgo en salud :*

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) como un eje estratégico y una “estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades”

En este sentido, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) aporta en la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2022), visibiliza los modos, estilos y condiciones de vida de las personas y la interacción con su entorno inmediato, como parte de la información base que permite gestionar el cuidado para el bienestar de las comunidades. La GIRS en el Modelo de Salud de Bogotá contempla componentes de la Atención Primaria Social, centra su abordaje en la generación de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el núcleo fundamental para la identificación temprana e intervención oportuna de riesgos generando procesos corresponsables para el cuidado de la salud.

Es una obligación del Ente Territorial reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los prestadores públicos y privados, promoviendo la racionalización de

BORRADOR

servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, fortaleciendo la red pública, propendiendo por la inversión privada, atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en términos del control y la organización de la oferta .

En consonancia con lo anterior, en el desarrollo de la red integrada e integral de salud, las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) tienen un rol protagónico pues prestarán servicios con altos estándares de calidad, con tecnología de punta y talento humano capacitado , lo cual les permitirá ampliar su oferta y fortalecer su prestación en el régimen subsidiado, contributivo el especial y otros

Con este escenario, es vital considerar un conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas aplicados en la organización de la prestación del servicio para garantizar la calidad de los servicios en sus diferentes atributos, disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, idoneidad profesional, continuidad, resolutividad, seguridad, racionalidad y eficiencia de la atención en salud, con una visión centrada en la persona, en los resultados en salud y en la gestión integral del riesgo para la garantía del derecho fundamental a la salud.

Lo anterior, viabilizado mediante redes integradas e integrales de servicios de salud constituidas por prestadores de servicios de salud de diferente orden, que articulen los diferentes procesos de atencion y capas del modelo garantizando el goce efectivo del derecho a la salud y mejores resultados..

Dicho esto, la GIRS debe partir de una caracterización construida con una minería de datos de múltiples fuentes sectoriales e intersectoriales que confluyan en un sistema de Información interoperable y accesible que permita prever el riesgo y sea fuente de una analítica predictiva individual, familiar, colectiva y territorial. Así se pueden generar planes integrales de gestion del riesgo individuales, familiares y colectivos; concertados y monitoreados desde la prestación del servicio, con seguimiento y ajuste de acuerdo con la ejecución del mismo, planes dinámicos que obedezcan realmente a los riesgos para obtener resultados óptimos en la salud de la población.

Es importante mencionar que al interior del sector salud en el marco del Modelo de Atención en Salud de Bogotá, los aseguradores tienen un rol fundamental en la gestión del riesgo en salud. El aseguramiento cumple con las funciones de administrar el riesgo financiero y articular los servicios de tal forma que se garantice el acceso efectivo y la calidad en la prestación de los servicios de salud, así como la representación de los afiliados ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de su autonomía.

Particularmente, el Distrito Capital cuenta con el 100% de población asegurada (según población DANE)*; de los cuales un 76% se encuentra en régimen contributivo, 22% en régimen subsidiado y 2.4% estimado en el régimen de excepción. Asi mismo, tiene la operación de 18 EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) en el territorio.

BORRADOR

En conclusión, este pilar se desarrollará acogiendo un enfoque territorial de libre elección que plantee respuestas según las condiciones particulares de riesgo, necesidades y expectativas de personas, familias y comunidades, articulando de un lado, las modalidades intramurales con las extramurales, sectoriales, intersectoriales y transectoriales a través de los diferentes entornos de vida (laboral, institucional, educativo y comunitario); y de otro, los servicios primarios, complementarios, de referencia o de urgencias, vinculados a través de redes integradas e integrales de servicios de salud con participación tanto del sector público como del privado en un diálogo constante con la intervención de la entidad territorial en la gestion y la gobernanza facilitando el continuo de la atención y cumpliendo con los atributos de calidad para la prestación de servicios de salud, buscando el mejor resultado en salud

Atributos del Modelo

A continuación, se definen los atributos del modelo en el marco de la Atención Primaria Social, los cuales se comprenden como las características esenciales requeridas para el logro de los objetivos propuestos y que servirán para el seguimiento y evaluación de su implementación, esto sin sin desconocer los demás atributos de la calidad que seguiran siendo parte del modelo.

- Resolutividad: Es la capacidad de brindar servicios sociales y en salud a los ciudadanos que respondan sus demandas y necesidades, que sea acorde con las normas y el conocimiento científico y tecnológico vigente, buscando lograr la transformación positiva de la calidad de vida y salud de las personas, familias y comunidades, así como la obtención de resultados en salud.
- Oportunidad: Se refiere a la organización de la oferta de servicios sociales y en salud, así como la coordinación requerida para que las personas, familias y comunidades reciban dichos servicios en el momento que se requiera, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud y la vida de las personas, la ciudadanía o afecten las dinámicas sociales de las comunidades.
- Accesibilidad: Es la posibilidad de personas, familias y comunidades para hacer uso de los servicios sociales o de salud, así gozar de las acciones que propendan por mantenerse en las mejores condiciones posibles de salud y calidad de vida, o que disminuyan los riesgos para la salud individual o colectiva, sin que factores geográficos, de estructura física o digital, económicos, organizacionales, asociados a la edad, pertenencia étnica o a grupos sociales de mayor vulnerabilidad, se lo impidan.
- Integralidad: Es la capacidad de asegurar que los servicios y atención sociales o en salud se suministren de manera completa y continua, buscando generar transformaciones positivas para mantener las mejores condiciones posibles de salud y calidad de vida en las personas, las familias y las comunidades, a lo largo de un continuo del cuidado. Estos servicios o atenciones deben brindarse con igualdad de trato y oportunidades, con la debida coordinación interinstitucional, intersectorial y transectorial requerida, incluyendo todos los elementos esenciales para lograr el objetivo de mantener o mejorar la salud y calidad de vida.

BORRADOR

- Integración: Se refiere a la coordinación a través de los diferentes niveles de atención en salud, con los distintos entornos donde ocurre la vida y entre los actores del sector salud y los actores de otros sectores para garantizar una respuesta adecuada y sinérgica a las necesidades en salud de la población.
- Continuidad: Implica el seguimiento al proceso del continuo del cuidado de la salud a lo largo del curso de la vida, según necesidades, sin interrupciones y hasta su completa recuperación o máximo desarrollo. derminantes de las desigualdades sociales y que aporten al logro efectivo de las metas de desarrollo trazadas para el Distrito capital.

Los indicadores de monitoreo están descrito al detalle en los lineamientos operativos de la gestión territorial.

Gestión Territorial Renovada: el articulador del Modelo MAS Bienestar

La gestión territorial tiene la finalidad de caracterizar y comprender el territorio; fomentar la participación social en la toma de decisiones y el fortalecimiento de capacidades en el cuidado de la salud; en reducir las brechas de desigualdades en salud y discriminación para el disfrute del bienestar; en la gestión de la vigilancia en salud pública; y en brindar una oferta de atención en salud, incluyendo intervenciones de promoción y prevención de la salud tanto individuales como colectivas, garantizando la articulación de las acciones intersectoriales y transectoriales.

La gestión territorial debe hacer presencia en el territorio con una orientación estratégica hacía una mejor gobernanza y gobernabilidad en salud, cumpliendo las siguientes funciones (Hernandez, Martinez, & Benach, 2020):

1. Identificación las necesidades y potencialidades en salud.
2. Determinación de activos sociales, comunitarios e institucionales claves en el territorio.
3. Fortalecimiento de alianzas y redes colaborativas entre las comunidades.
4. Promoviendo y fortaleciendo el liderazgo social y comunitario en salud.
5. Comunicando para la transformación y movilización social hacia mejorar las metas en salud.
6. Fortaleciendo las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas y redes en relación con los problemas priorizados.
7. Articulando la oferta de servicios de salud y atención primaria de manera integrada.
8. Garantizando la oferta de servicios de distintos sectores distritales para fomentar el disfrute del bienestar.

Históricamente, la relación condicionada entre las acciones sanitarias y el relacionamiento con el territorio ha cambiado el entendimiento de ambos conceptos. Por un lado, la atención en salud se ha asociado sólo a la presencia de un punto localizado de atención, en medio de un territorio, definido como un espacio con delimitación geográfica (ej. el centro de salud de una localidad); Por el otro lado, la atención primaria en salud estructura, establece y complejiza la comprensión del territorio desde atributos como “territorio de conectividad”, al reconocer una

BORRADOR

profunda complejidad de los modos de vida de las personas que demanda de una respuesta integral que traspasa la competencia de la oferta en salud de un “punto geográfico” en el territorio (Chiara, 2016).

La noción de territorio es abordada epistemológicamente como una construcción social mediada por conceptos interdisciplinarios a partir de enfoques de investigación provenientes de la sociología y la geografía, el cual ha pasado del reduccionismo fisiográfico para ser asumido como un concepto que existe porque culturalmente hay una representación de él, porque socialmente hay una espacialización y un entramado de relaciones que lo sustentan y porque política y económicamente constituye una de las herramientas conceptuales más fuertes en la demarcación del poder y del intercambio (Llanos-Hernandez, 2010).

El territorio se convierte en la representación del espacio, el cual se ve sometido a una transformación continua que resulta de la acción social de los seres humanos, de la cultura y de los frutos de la revolución que en el mundo del conocimiento se vive en todos los rincones del planeta.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, la gestión territorial hace referencia al conjunto de procesos y acciones que realiza el ente territorial en salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación de una atención integral en salud a familias gestantes, niños, niñas y adolescentes que reconozca las prioridades en relación con el derecho a la salud, alimentación y nutrición y las particularidades de los contextos y elementos propios del desarrollo de las niñas y niños. Comprende la gestión de la política en todo su ciclo -formulación, implementación y evaluación-, la gestión intersectorial, la adecuación de la arquitectura institucional, la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los actores del SGSSS, la construcción de procesos de gestión intercultural entre otras.

En esta línea, la Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha fortalecido el sistema en la promoción de la Atención Primaria de Salud (APS) desde un enfoque integral y coordinado, que garantiza un mayor nivel del cuidado de la salud y de bienestar de los usuarios; desde los servicios de salud, la acción intersectorial; y la participación social, comunitaria y ciudadana (Ley 1438, 2011).

Un aspecto que complementará la implementación de la gestión territorial será One Healt, entendido como un enfoque integral y unificador cuyo objetivo es equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. Utiliza los vínculos estrechos e interdependientes que existen entre estos campos para establecer nuevos métodos de vigilancia y control de enfermedades (WHO, 2023), además de permitir repensar las acciones inter y transectoriales en la construcción e implementación de políticas públicas que reconozcan estos vinculos que se expresan principalmente en sa lud y calidad de vida de los habitantes que construyen, se relacionan en y con los territorios lo cuales en parte son la manifestación de prácticas productivas que pueden afectar el equilibrio del cual trata el enfoque en mención.

La estrategia de la APSocial permite una atención integral e integrada desde los distintos niveles de complejidad de la atención, las acciones en salud pública y acciones de otros

BORRADOR

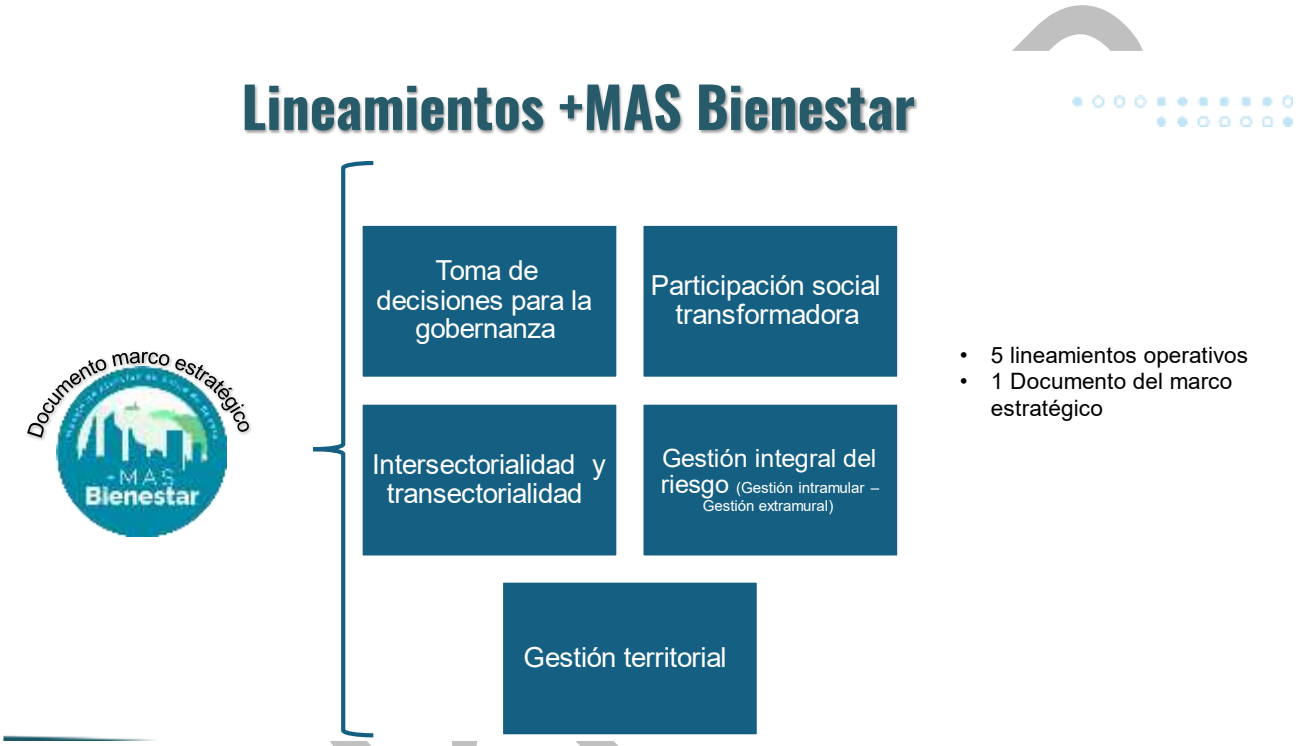
sectores, que incidan positivamente en los determinantes sociales de la salud y en acciones de gestion integral de riesgo en salud.

En el Modelo de Atención en Salud deBogotá “MAS Bienestar” se plantea trabajar bajo la estrategia de la Atención Primaria Social la cual con enfoque individual, familiar y comunitario, constituye una ruta para mejorar las brechas asociadas a la equidad, obliga a orientar acciones intersectoriales que garanticen el acceso a servicios sociales, y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y demás derechos fundamentales de las políticas de Estado.

BORRADOR

Marco operativo

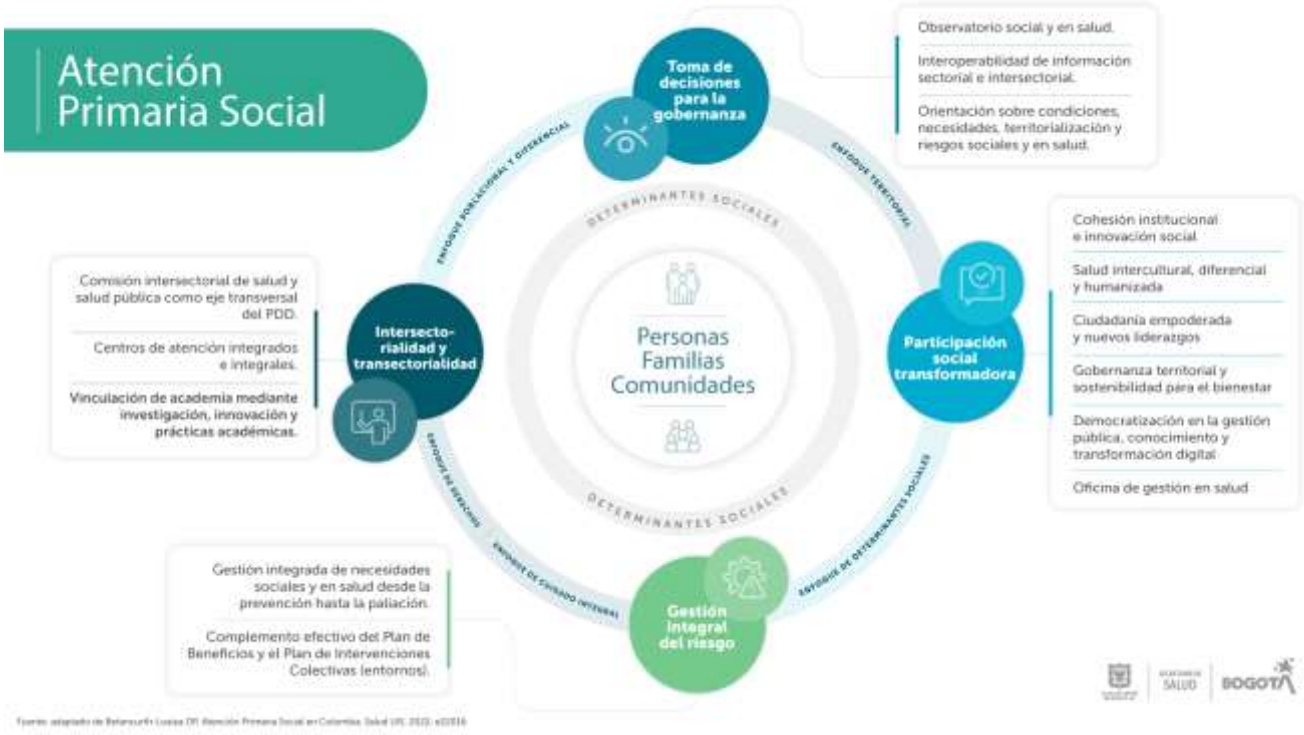
Operativamente el MAS bienestar documentalmente se desarrolla en 1 documento estratégico y 5 lineamientos operativos, estos últimos son 4 relacionados con la implementación de cada pilar y un quinto relacionado con la gestión territorial que es el marco integrador. En ese sentido, los detalles operacionales, metodológicos e indicadores detallados de monitoreo son ampliados en los mencionados documentos.



Es importante tener en cuenta que los lineamientos en mención hacen parte de procesos de construcción permanente y progresiva, en ese sentido se les integrarán capítulos adicionales según el avance de las mesas técnicas. Especialmente en el lineamiento de Gestión integral del riesgo, componente de gestión intramural, se desarrollarán capítulos asociados a los grupos de atención más frecuentes y que se relacionan con las prioridades definidas en el Plan Territorial de Salud, así como los relacionados con los procesos de urgencias y emergencias en salud.

A continuación se amplia el desarrollo técnico de los pilares estratégicos del Modelo de Atención en Salud de Bogotá +MAS Bienestar.

Esquema del Modelo de Atención en Salud +MAS Bienestar



El Modelo de Atención en Salud de Bogotá, basado en Atención Primaria Social, tiene como centro y objetivo principal la garantía del derecho a la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades, para la operación de las acciones y programas se conforman cuatro pilares estratégicos: *Toma de decisiones para la gobernanza*, *Participación Transformadora*, *Intersectorialidad y Transectorialidad* y la *Gestión Integral del Riesgo*. Estos se relacionan entre sí por cinco enfoques: territorial, poblacional diferencial, de determinantes sociales, de cuidado integral y, finalmente, de derechos, los cuales fueron descritos previamente. A continuación, se desarrolla cada uno de los pilares.

BORRADOR

Toma de decisiones para la gobernanza[1]

La información es un elemento fundamental en la gestión de la salud pública para proporcionar mayor bienestar a la población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define los sistemas de información para la salud como un mecanismo de gestión de sistemas interoperables con datos abiertos de diferentes fuentes y que se utilizan éticamente, a través de herramientas de tecnología, información y comunicación (TIC) efectivas, para generar información estratégica, entendiendo ésta como aquella que permite tener contexto frente a una situación y tomar decisiones al respecto.

Cabe resaltar la importancia de la interoperabilidad como parte inherente del sistema de información, la Organización Mundial de la Salud define interoperabilidad como “la capacidad

[1] Los detalles técnicos, operativos y monitoreo se encuentran el Lineamiento de Toma de decisiones para la Gobernanza

de distintas aplicaciones de acceder, intercambiar, integrar y usar datos de forma colaborativa y coordinada mediante la utilización de interfaces y estándares comunes, dentro o fuera de un mismo ámbito institucional, regional y nacional, para proporcionar una portabilidad rápida y fluida de la información y optimizar los resultados sanitarios".

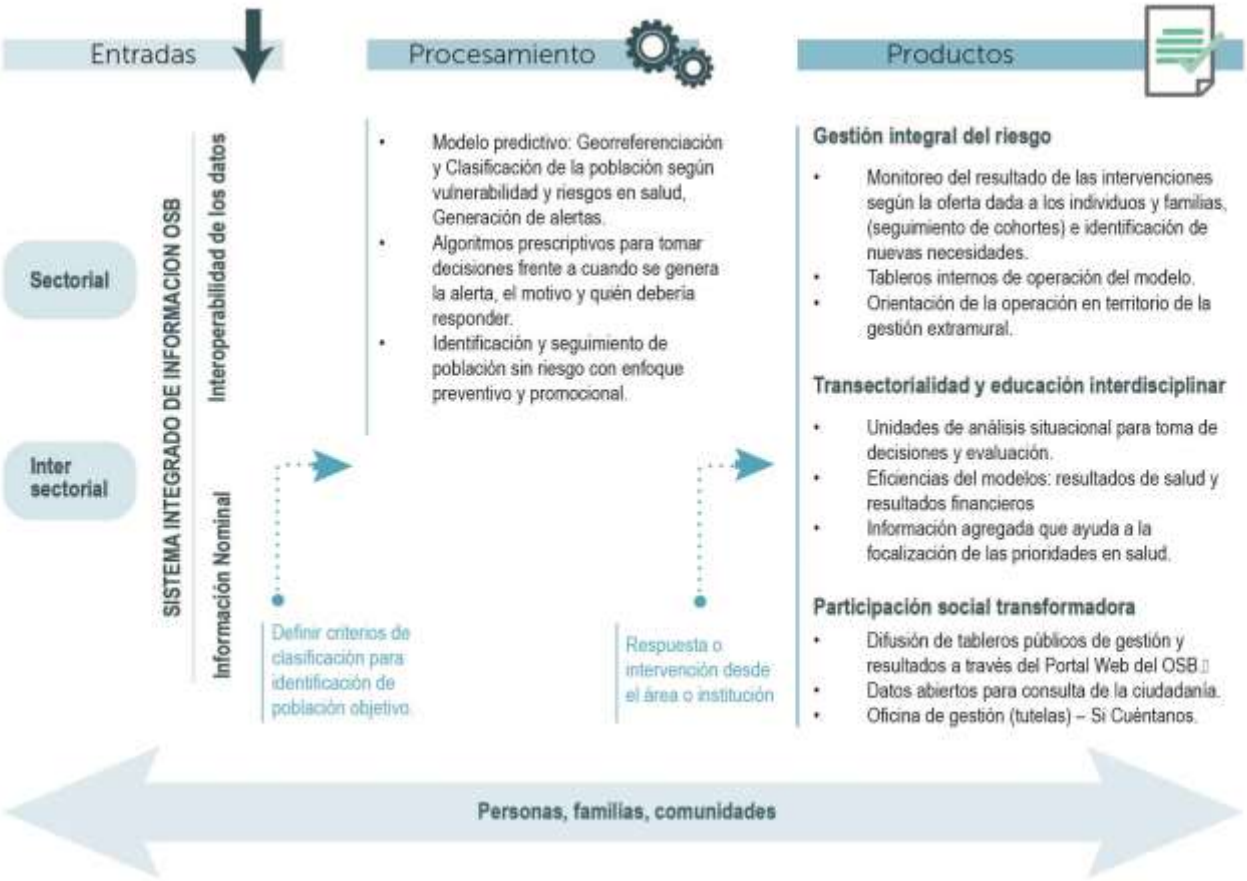
La información estratégica se traduce en decisiones informadas, una mejor planificación y gestión de recursos y en el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de programas; por tal motivo, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá reconocerá la información como un elemento transversal y de gerencia estratégica, que permita la caracterización territorial, focalización y priorización de territorios, familias y habitantes de Bogotá de acuerdo con situaciones de vulnerabilidad, riesgos en salud y eventos en salud, mejorando la oferta social y en salud del Distrito Capital a aquellos ciudadanos con el fin de generar más bienestar.

La identificación de población socialmente vulnerable, con riesgos y eventos en salud exige una mirada integral e intersectorial de la salud pública. Esto implica dos aspectos: el primero, incorporar un enfoque de determinantes sociales de la salud, entendiendo que la situación de salud de la población no depende únicamente del sector salud, sino de las circunstancias en las que las personas viven e incluso de los hitos que presenta la sociedad en la que se desarrollan. El segundo, hay que reconocer que el Estado proporciona bienes y servicios a la ciudadanía con el fin de generar valor público, de ahí la importancia de identificar desde los diferentes sectores, no solo cómo se aporta al bienestar en la población, sino cómo se identifica aquella población que requiere de oferta social y en salud.

La centralización de los datos se realizará en una base maestra que contenga información relevante, actualizada, depurada y estandarizada, recopilada mediante la interoperabilidad sectorial e intersectorial. Se agregará información disponible que dé cuenta de la trazabilidad del individuo o su relación con datos de estado de afiliación al sistema de salud, atenciones recibidas, caracterización de su entorno familiar, eventos en salud, recepción de servicios sociales, entre otros. Como parte de la implementación de la atención extramural se contará con un aplicativo para los equipos territoriales que consolide la información por individuo, familia y territorio según categorización del riesgo para la oferta de servicios sociales y en salud.

Se espera vincular esta base maestra con un Sistema de Información Integrado que, mediante algoritmos predictivos y de inteligencia artificial, y modelos estadísticos, posibilite la priorización y visualización individual, colectiva, laboral, educativa, familiar y comunitaria de alertas relevantes en salud y permita gestionar de manera efectiva y eficiente la prevención y atención de eventos en salud para la población afiliada a cualquier régimen de seguridad social en Bogotá.

BORRADOR



Fuente: Elaboración propia Observatorio de Salud de Bogotá

Desde cada pilar se deberá reconocer la información necesaria para su operación. En ese sentido, desde el Observatorio Distrital de Salud de Bogotá D.C. se tendrán en cuenta estas necesidades con el fin de favorecer el monitoreo y evaluación de la operación del Modelo de Atención en Salud. Serán aplicados análisis descriptivos, predictivos y prescriptivos de acuerdo con las necesidades de operación de cada pilar. En ese sentido, desde la gestión de información se realizarán procesos de caracterización, focalización, priorización, generación de alertas, monitoreo y evaluación.

La respuesta a las necesidades de información se apoyará en el desarrollo de un sistema interoperable que tendrá una fase inicial de integración de la información sectorial disponible, una segunda fase de integración de otras fuentes sectoriales reconocidas que contemplan información cualitativa y una tercera fase de integración de la información intersectorial.

Los datos que reposarán en la base maestra garantizaran una alta calidad y su uso se dispondrá de forma que pueda ser accedido de forma segura al sistema o sistemas requeridos para el modelo de salud, brindando información detallada por individuo que pueda ser interoperada entre estos sistemas y pueda facilitar procesos de decisión a profesionales de la salud asignados para ellos y dará respuestas a las necesidades del modelo de salud.

El proceso de identificación de las diferentes fuentes de información que sustentaran el desarrollo de la interoperabilidad será apoyado por los demás pilares, basándose en la cadena

BORRA

de valor propia que redundará en productos y transformación o cambios esperados en el territorio.

Participación social transformadora[2]

La participación social transformadora representa un enfoque dinámico y proactivo en el que los ciudadanos se involucran de manera incidente, vinculante y decisoria en la configuración de su entorno social, político, cultural y económico. A diferencia de la participación pasiva, que se limita a la observación o la consulta.

La participación transformadora busca la co-creación de soluciones y políticas que promuevan la justicia, la igualdad, la equidad y el bienestar individual y colectivo. Este tipo de participación no solo empodera a los individuos y comunidades, sino que también desafía y transforma las estructuras y sistemas que perpetúan la desigualdad y la exclusión. En un contexto donde las brechas sociales y económicas son cada vez más evidentes, la participación social transformadora emerge como una lección aprendida de anteriores experiencias y en consecuencia una herramienta esencial para construir sociedades más justas y equitativas. Este enfoque fomenta la inclusión, el diálogo y la acción colectiva, permitiendo que todas las voces sean escuchadas y tenidas en cuenta en los procesos de toma de decisiones.

En este sentido, y entendiendo que la participación social es una expresión directa en cuanto al proceso social abierto, plural e incluyente, por medio del cual se llega a transformar la realidad en diferentes ámbitos, a través de la construcción de contrahegemonía: la ruptura de la perdurabilidad de las estructuras del *habitus*, al potenciar al sujeto social, el fortalecimiento y articulación de las identidades y organizaciones colectivas; se pretende entonces, postular a esta (participación) como un mecanismo para la transformación, a través de las sinergias territoriales, expresado en la reconfiguración de lo público, el fortalecimiento del Estado Social de Derecho y la generación de nuevas formas de comunicación política (Organización de Naciones Unidas, 2019).

Dentro del Modelo de Atención en Salud basado en Atención Primaria Social, la participación social transformadora es imprescindible, dado que la incorporación de un enfoque territorial implica contar con una ruta de planeación participativa de manera significativa que avanza y trasciende las estructuras de organización en lo local y regional para el cuidado integral en salud. Su implementación apunta al fortalecimiento de la democracia local y a la reconstrucción integral de los territorios según sus necesidades y riesgos diferenciales (Ramírez Sarmiento, 2021). A continuación, se describen las principales dimensiones que permitirán transformar realidades sociales de manera sostenible (Figura 1).

BORRADOR

[2] Los detalles técnicos, operativos y monitoreo se encuentran el Lineamiento de Participación Social Transformadora



Figura. Dimensiones de la Participación Social Transformadora

Este pilar se ha planteado teniendo en cuenta la Política de Participación en Salud (PPSS) (Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social), la cual tiene como objetivo la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema de salud en conjunto, así como el Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Adicionalmente, se incorporan las visiones de las comunidades, grupos de trabajo territoriales y poblacionales del Distrito relacionados con la Secretaría Distrital de Salud.

BORRADOR

Cohesión institucional e innovación social

La cohesión institucional hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para que el Estado cumpla su papel de garante. Para ello, se debe contar con los recursos técnicos, logísticos, operativos, financieros y humanos. La cohesión institucional debe estar orientada al gobierno abierto, que se traduce a una gobernanza basada en los principios de transparencia, participación ciudadana y colaboración. Este enfoque busca transformar la manera en que los gobiernos interactúan con sus ciudadanos y otras partes interesadas, promoviendo un mayor nivel de apertura y responsabilidad en la administración pública; logrando así combatir la corrupción y aumentar el nivel de confianza frente a lo público (Lathrop & Ruma, 2010).

Lograr una cohesión institucional requiere encaminar esfuerzos hacia la innovación social, entendida como nuevas formas de gestión, de administración, de ejecución, nuevos instrumentos o herramientas, nuevas combinaciones de factores orientados a mejorar las condiciones sociales y de vida en general de la población en los territorios, según la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, s. f.).

Los recursos y esfuerzos institucionales hacia una fuerte gobernanza deben robustecer el tejido social, las redes de relaciones, interacciones y vínculos que existen entre los individuos y grupos dentro de una comunidad o sociedad, permitiendo el fortalecimiento del capital social, entendido este como un conjunto de normas, instituciones y organizaciones que promueven la confianza y la cooperación entre las personas en las comunidades y también en la sociedad en general, con todos los beneficios que conlleva: reduce los costos de transacción, optimiza la

producción de bienes públicos y facilita la constitución de actores sociales e incluso de sociedades civiles sólidas (CEPAL, 1999; Lin, 2001).

La generación de valor social en salud implica la capacidad de alinear todos los actores y componentes de un sistema o modelo de salud para lograr mejores resultados en salud que son importantes para los pacientes, pero también la experiencia, los costos, el bienestar del personal y la equidad en salud (Nundy, 2022).

Dimensión de la participación social transformadora	Alcance y alineación con metas PTS	Indicador de asociado al Modelo	Descripción del indicador
Cohesión institucional e Innovación social	Alineación institucional enfocada en la quíntuple meta	Índice de Valor Social en Salud (IVSS)	Índice integrativo de la quíntuple meta en salud desde la perspectiva de pacientes y cuidadores: 1. Experiencia en la atención, 2. Resultados en salud, 3. Gasto de bolsillo, 4. Bienestar de cuidadores, 5. Equidad en salud.

Quienes asumen cargos de liderazgo en el sector salud enfrentan el reto de tomar decisiones complejas de forma transparente, lo cual exige evaluar y valorar diferentes elementos que conforman un determinado problema. El análisis de decisiones de múltiples criterios (ADMC) es una herramienta que, a través de la construcción de un indicador compuesto, ayuda a identificar y estructurar problemas de decisión complejos en el ámbito sanitario y contribuye a que el proceso de toma de decisiones sea más sistemático y transparente. Mediante el ADMC es posible integrar los diferentes criterios que deben considerarse al momento de tomar una decisión, así como las prioridades y preferencias de los actores sobre la importancia relativa de dichos criterios (Mühlbacher y Kaczynski, 2016).

El indicador que se construye en el desarrollo de un ADMC es una representación simplificada (unidimensional) que resume un concepto multidimensional sustentado en un modelo conceptual determinado (Schuschny y Soto, 2007). En el presente caso, pretendemos representar el concepto del valor social en salud asociado al cumplimiento de la quíntuple meta en salud, desde la perspectiva de pacientes y cuidadores, como un indicador sintético que es una función de 5 variables: 1) experiencia en la atención (sentir); 2) resultados en salud que le importan al paciente y cuidadores (salud superior); 3) costos, gasto de bolsillo y capital social (seguridad familiar); 4) bienestar y salud mental de los cuidadores (sobrecarga del cuidado); y 5) equidad en salud e itinerarios burocráticos (solidaridad).

Salud intercultural, diferencial y humanizada

La salud como construcción social multidimensional se ubica en la esfera pública intersectorial. En tal sentido, el Estado debe fomentar el desarrollo de la apropiación de la salud en la vida cotidiana y en el ejercicio del cuidado individual y colectivo como elemento esencial para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud (Basile & Feo, 2022). La salud, en el marco de la Atención Primaria Social, reta un acercamiento crítico a nuestra manera de vivir, pues plantea una manera distinta de ver la vida para el goce de un bienestar integral en profunda alineación con el bienestar interior, social y ambiental.

El Buen Vivir (o Buenos Vivires) puede comprenderse como una novedosa categoría política, social y económica que surge como respuesta (o alternativa) desde la sabiduría ancestral indígena y afrocolombiana a los modelos tradicionales de desarrollo y progreso. El Buen Vivir (o Buenos Vivires), coloca desde su nombre, la vida, el vivir, en el centro de todo para

BORRADOR

fundamentar una nueva forma de convivencia personal, interpersonal y territorial que implica, en un sentido amplio, la construcción de tres formas de armonía: armonía consigo mismo (armonía interior o intrapersonal), armonía con la comunidad (armonía comunitaria o interpersonal) y armonía con el territorio (armonía cósmica o transpersonal) (Duque Carlos A. 2023).

En este sentido, el Buen Vivir puede comprenderse también como un camino de armonización, humanización, cuidado integral y relocalización comunitaria de la vida frente a los determinantes sociales de las desigualdades en salud del modelo socioeconómico tradicional de desarrollo y progreso (que se entiende, en general, mercantil, deshumanizado, individualizado, desterritorializado y desenraizado). De esta manera, implica una comprensión amplia de los conceptos de salud, cuidado integral y bienestar.

El Buen Vivir en conexión directa con el Enfoque de Cuidado Integral, se cimienta en la Atención Primaria Social, con énfasis en la prevención, lo que coloca en primer plano el protagonismo de la participación social y comunitaria transformadora. Esta estrategia busca que las comunidades, las organizaciones y los diferentes liderazgos, sean protagonistas (Duque Carlos A. 2023).

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros (Artículo 1º. Declaración Universal de Derechos Humanos) (Naciones Unidas, 2024). Esta es una premisa que da sentido a la necesidad y el compromiso de cuidar toda vida, en condición de dignidad y derechos humanos, reconociendo las singularidades, la igualdad, la protección, la diversidad, lo que es inherente a existir. Las lecciones que dejó la guerra, la violencia y el dolor de la humanidad resultado de la segunda guerra mundial, son recogidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos en la Asamblea General de la ONU; convocando a un mayor compromiso en el tiempo presente, a seguir asimilando, profundizando y avanzando en ello, aún con diferentes ritmos políticos y sociales en su aplicación y comprensión.

La humanización, definida como “un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud, entendiendo la dignidad como el valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana” (Carlosama et al.,2019). Ante este panorama de un nuevo Modelo de Atención en Salud de Bogotá, se propone una mirada progresiva que lleve a soluciones integrales e integradoras de todos los recursos y actores del sistema de salud al servicio del bienestar, impactando en los determinantes sociales, con optimización de los esfuerzos institucionales y las alianzas público-privadas, impulsando los nuevos liderazgos, dando voz a pacientes y cuidadoras/es, en acciones dirigidas de los habitantes del territorio, donde la gestión territorial debe ser humanizada y la participación social transformadora.

Dimensión de la participación social transformadora	Alcance y alineación con metas PTS	Indicador de asociado al Modelo	Descripción del indicador
Salud intercultural, diferencial y humanizada	Enfoque étnico diferencial y humanización	Instituciones certificadas en atención diferencial y humanizada	Número de Instituciones que certifican la adopción de estándares con enfoque diferencial y humanizada

BORRADOR

Ciudadanía empoderada y nuevos liderazgos

El desarrollo del máximo potencial de capacidades por parte de la ciudadanía es necesario para que, desde su empoderamiento, se logre cumplir un rol activo, defensor de derechos y el desarrollo pleno de la conciencia y autocuidado en salud. Se deben fortalecer todas las instancias formales y autónomas que desarrollen procesos participativos significativos en el marco de la gestión de las políticas, planes y programas en salud, y además promover espacio de participación inclusivos con énfasis en juventudes y mujeres, con el fin de contribuir a elevar el nivel de la salud pública en el Distrito, participación orientada a resultados y metas estratégicas del sector.

Se propenderá por la legitimidad en la representatividad territorial e institucional, que facilite la articulación entre los usuarios del Sistema de Salud y los entes responsables y vinculados con la salud, para garantizar la defensa de los derechos de salud y de participación social. Se trata de dotar de herramientas a las instancias, formas y organizaciones para que cumplan con su papel y se posibilite la garantía y goce del derecho fundamental a la salud, lo que implica la coordinación entre instancias de participación y los mecanismos de coordinación entre los diferentes actores que les permita canalizar demandas relacionadas con la salud. Un elemento central de esta estrategia es ampliar la base de participantes y generar articulaciones y sinergias en pro del derecho y la resolutividad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La experiencia del Modelo de Atención en Salud de Bogotá ha mostrado que existe una baja participación de las mujeres y juventudes en los espacios de toma de decisiones y trasformaciones sociales que de manera diferencial tributen a mantener y mejorar la salud pública. Por un lado, esta perspectiva aboga por la diversidad de las comprensiones culturales sobre los roles de género y en especial, por el derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género libre de juicios, estigmas o discriminaciones; reconociendo que existen experiencias diversas que pueden representar barreras en el bienestar y en el acceso al derecho fundamental a la salud de la población LGBTIQ+.

Plantear el enfoque de género, de manera transversal al Modelo, se propone fortalecer la inclusión e intervenciones en salud con enfoque poblacional y diferencial; desde un enfoque de derechos humanos y empoderamiento ciudadano hacia una vida más diversa, auténtica, libre de violencias y dada al bienestar. Así, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá debe garantizar a las mujeres esfuerzos específicos en mejorar su calidad de vida y resultados en salud, impactando, de manera estratégica y positiva, los determinantes sociales que afectan sus experiencias de vida.

Un espacio específico para las mujeres permite identificar necesidades y formular intervenciones diferenciadas para ellas, debido a las particularidades en la experiencia biológica y social de las mujeres de Bogotá-Región, con mayor efectividad en su seguridad y el cuidado de la vida. Que en particular abogue por el goce efectivo de los Derechos Humanos promoviendo una vida libre de violencias basadas en género y una cultura de corresponsabilidad de los ámbitos compartidos entre géneros.

Los avances logrados han sido posibles en la medida en que, de manera individual y articulada, se han comprendido las mujeres como aliadas, compañeras y hermanas en las luchas íntimas y públicas, para expandir el universo de posibilidades que propenden por asegurarles mayor bienestar, es así como ha permitido contribuir a la creación de una nueva configuración subjetiva y social mediante la reinterpretación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde la perspectiva de las mujeres y con las mujeres (Lagarde, 1996).

Desde esta mirada, es esencial abordar la participación transformadora de las mujeres desde la visibilización y el reconocimiento de toda su diversidad. Es necesario reconocer las

BORRADOR

experiencias diferenciales en diferentes etapas de la vida de las mujeres; así como identidades diversas que atraviesan sus experiencias: la ruralidad, la pertenencia étnica o el carácter migratorio, no deben ser barreras al acceso a mínimos vitales y al goce de los derechos en salud.

Dimensión de la participación social transformadora	Alcance y alineación con metas PTS	Indicador de asociado al Modelo	Descripción del indicador
Ciudadanía empoderada y nuevos liderazgos	Aumentar la participación de jóvenes y nuevas ciudadanías en los espacios institucionales y extramurales	Tasa de representación de los grupos poblacionales en instancia de participación	Tasa de representación = (Número de personas participantes del grupo poblacional) / total de personas convocadas del grupo poblacional

Gobernanza territorial y sostenibilidad para el bienestar

La participación social transformadora debe tener en cuenta las dinámicas territoriales y la diversidad y heterogeneidad de los procesos colectivos que fortalecen la gobernanza en lo local. Esto implica reconocer el desarrollo diferencial de los espacios, mecanismos e instancias en la gestión territorial humanizada. Para lograr una mejor adaptación de la organización territorial a las nuevas necesidades funcionales en el contexto global actual, es necesario pasar de un enfoque de gobierno rígido a uno de gobernanza, donde las políticas se adapten a los territorios y no al revés (Farinós Dasí, 2015).

Poder desarrollar herramientas participativas que permitan analizar y planificar el futuro, en búsqueda de modos de vida más sostenibles en los territorios permite una transición ecosocial, desde lo local a lo global, de lo vertical a lo horizontal. En este sentido, la planificación participativa de escenarios de futuro constituye una herramienta que ha sido ampliamente utilizada en el marco de las Ciencias de la Sostenibilidad, como una estrategia de planificación “bottom-up” para la búsqueda de consensos entre actores locales y para la priorización de acciones que reconduzcan el actual modelo de desarrollo, facilitando así una transición hacia la sostenibilidad (Gough I, 2023).

Es necesario repotenciar el enfoque territorial en el marco de una gobernanza fortalecida, así como la articulación de actores y sectores que permitan abordar los problemas diferenciales con la participación social transformadora para planear con visión a largo plazo en armonía las prioridades identificadas en lo local. Sostenibilidad implica que la participación social no solo sea significativa, sino que busque primar el bienestar colectivo sobre el individual.

Dimensión de la participación social transformadora	Alcance y alineación con metas PTS	Indicador de asociado al Modelo	Descripción del indicador
Gobernanza territorial y sostenibilidad para el bienestar	Lograr una participación incidente, vinculante y consciente	Porcentaje de participación incidente y vinculante.	Número de propuestas ciudadanas incluidas en políticas, planes, programas y proyectos en salud/ Número de propuestas ciudadanas presentadas.

BORRADOR

Democratización en la gestión pública, conocimiento y transformación digital

Fortalecer los procesos de participación democrática y transformadora, permiten contar con un gobierno más receptivo, sensible y cercano a las necesidades y preferencias de la población. Esta estrategia permitirá que la ciudadanía apropie instrumentos de gestión del sector salud para impulsar la definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. Este ejercicio pasa por la configuración de dispositivos y condiciones para el ejercicio de la participación como la generación de proyectos, incentivos u otras formas de incidir que potencien de manera efectiva las capacidades de la ciudadanía.

La democratización de la gestión pública implica el control ciudadano sobre los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema, es un elemento crucial para la garantía del derecho a la salud y para que la ciudadanía apropie de manera significativa la construcción social de la salud. Las veedurías ciudadanas en salud se deben fortalecer y ampliar la capacidad de control social y rendición de cuentas.

Para lograrlo, se tendrá que definir diferentes estrategias de apropiación social del conocimiento y transformación digital, que permitan la construcción y aplicación de los saberes, contribuyendo así al desarrollo sostenible y al bienestar colectivo del Distrito. La ciudadanía empoderada se convierte en promotores del cuidado, la sistematización de experiencias exitosas en lo local serán insumos determinantes para el Observatorio Social y de Salud que permita informar y mejorar la toma de decisiones con enfoques diferenciales.

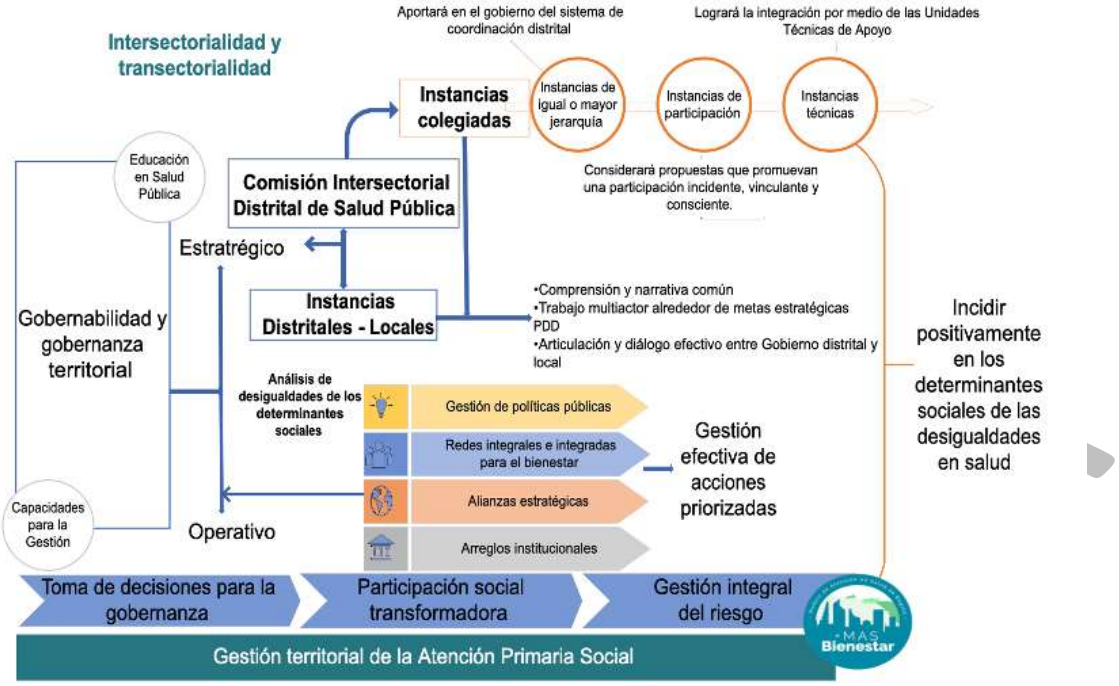
Dimensión de la participación social transformadora	Alcance y alineación con metas PTS	Indicador de asociado al Modelo	Descripción del indicador
Democratización en la gestión pública, conocimiento y transformación digital	Transformación digital	Frecuencia relativa de uso de plataformas y herramientas digitales para la participación.	Número de personas que usan plataformas y herramientas digitales para la participación en un periodo X / Total de estrategias de participación ofrecidas

Intersectorialidad y transectorialidad[3]

La intersectorialidad es una estrategia fundamental para el abordaje efectivo de los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar. Es reconocido desde el sector salud la existencia de distintas dificultades para una acción intersectorial efectiva, las cuales se relacionan con la duplicidad y superposición de acciones y políticas; las inconsistencias, falta de cohesión e incoherencias al interior y entre las políticas; la burocracia estatal y la presencia de conflictos políticos para su desarrollo (MSPS, 2016). En ese sentido, para el logro de los objetivos trazados en el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar se precisa avanzar en una acción intersectorial que desde una perspectiva integral e integradora supere la mirada sectorial y estrecha de las políticas y posibilite que los sectores se integren bajo una narrativa común que les permita resolver colaborativamente la complejidad y multicausalidad de los problemas sociales.

[3] Los detalles técnicos, operativos y monitoreo se encuentran el Lineamiento de Intersectorialidad y Transectorialidad

BORRADOR



La acción intersectorial y transectorial busca fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial en sus niveles estratégico y operativo. Tiene por objetivo incidir positivamente en los determinantes sociales de las desigualdades en salud, mejorar resultados en salud y la calidad de vida de la población a través de un diálogo no jerárquico en permanente articulación y coordinación con los actores no gubernamentales y gubernamentales para favorecer el bienestar.

El nivel estratégico busca una mayor comprensión de las necesidades del territorio que permita establecer una narrativa común para el accionar colaborativo con incidencia en la toma de decisiones que permita el cumplimiento de las metas estratégicas trazadas por el Distrito en el Plan de Desarrollo Distrital.

Adicionalmente, pretende fortalecer el gobierno multinivel adelantando arreglos institucionales que permitan un diálogo efectivo entre las instancias distritales y locales, así como con las demás instituciones del gobierno y, a su vez, fortalecer la gobernanza a partir del involucramiento y co-gestión con actores como la academia, la comunidad, organizaciones de base comunitaria, entre otros presentes en el territorio.

El nivel operativo implica desarrollar estrategias de articulación y cooperación sostenibles para la gestión de políticas públicas participativas, fortalecer redes integrales e integradas de servicios socio-sanitarios para el bienestar, adelantar alianzas estratégicas interinstitucionales con organismos de cooperación internacional y el sector privado y realizar una gestión efectiva de las acciones poblacionales y territoriales priorizadas. Lo anterior, con una apuesta de evaluación de efectividad que permita valorar los resultados de las acciones implementadas.

En particular, el modelo propone crear una Comisión Intersectorial Distrital de Salud Pública, presidida por el Alcalde Mayor de Bogotá, que será concebida como la “instancia de gobierno y gobernanza distrital para la formulación y gestión intersectorial de políticas públicas, planes, programas, proyectos o estrategias dirigidas a reducir las desigualdades en los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar”.

BORRAD

El funcionamiento de esta instancia permitirá contar con mecanismos de integración y articulación para las instancias colegiadas, las cuales pueden ser de tres tipos: 1. Instancias de mayor o igual jerarquía: la Comisión mejorará el gobierno y la gobernanza del sistema de coordinación distrital aportando elementos para la transparencia y la coordinación entre las instancias que le apuesten a la reducción de los factores que afectan la salud asociados a los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar. 2. Instancias de participación: la Comisión Intersectorial Distrital de Salud Pública considerará las propuestas que en dichos espacios sean formuladas para su implementación en el marco de la reducción de las desigualdades partiendo de un ejercicio de construcción conjunta entre comunidades y distintos actores, donde se promueva una participación incidente, vinculante y consciente y 3. Las instancias institucionales: la Comisión Intersectorial Distrital de Salud Pública logrará la integración en forma de Unidades Técnicas de Apoyo, según lo establezca el Reglamento Interno de la misma, para generar una acción vinculante en el marco de la reducción de las desigualdades en los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar.

La comisión intersectorial Distrital de Salud, reconoce el andamiaje histórico proporcionado por el Comité Intersectorial Distrital de Salud, el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y otras instancias temáticas que han dispuesto de elementos operativos la acción intersectorial en la ciudad y proporcionan una hoja de ruta que permite avanzar en el mejoramiento de la gobernabilidad y gobernanza.

En este orden, se destaca la iniciativa de avanzar en la Atención Primaria social la cual descentra el papel exclusivo del sector salud en las acciones intersectoriales, entendiendo que los diálogos deben ser construidos de manera horizontal para garantizar el bienestar requiriendo de esfuerzos conjuntos para la desconcentración de los mecanismos de poder, implicando el desarrollo de un proceso sistemático, que permita revisar los más de 300 espacios intersectoriales existentes a nivel Distrital y local.

La Comisión estará constituida por los 16 sectores gubernamentales del Distrito, encabezada por el/la Alcalde/sa con la posibilidad de contar con invitados los cuales estarán a discreción de los integrantes de la Comisión. Sesionará de manera ordinaria 3 veces en el año y de manera extra-ordinaria las veces que se requiera.

Como se ha mencionado el nivel estratégico se comprende a nivel distrital y local, sin embargo, entendiendo la dinámica local, no se pretende generar un nuevo espacio que entre a generar tensión de poder por el liderazgo. Es por esto por lo que en las localidades las instancias de coordinación están permeadas en los consejos locales de gobierno y en los consejos locales de política social.

En las instancias del nivel estratégico se fomentará una narrativa común entre el distrito y las localidades a partir del trabajo multi-actor alrededor de las metas estratégicas del Plan Distrital de Desarrollo 2024 – 2027.

Por su parte, en el nivel operativo, tanto en el distrito como en las localidades se deben fortalecer los mecanismos para la gestión de las políticas públicas que per se son de carácter intersectorial y que cuentan con un problema público definido que es complejo y que requiere de los esfuerzos de cada sector.

El abordaje integral de los determinantes sociales en el marco de la Atención Primaria Social al recoger los esfuerzos del Observatorio Social y en Salud para optimizar la toma de decisiones, fortalecer la definición de estrategias de promoción y de protección social, así como

BORRADOR

de gestión integral del riesgo en salud para el bienestar de los habitantes de la ciudad y promover la participación social transformadora con incidencia en el ejercicio democrático y la construcción de ciudadanías críticas para la formulación, ejecución, veeduría y evaluación de las acciones en salud pública.

El nivel operativo implica desarrollar estrategias de articulación y cooperación sostenibles para la gestión de políticas públicas participativas, fortalecer redes integrales e integradas de servicios socio-sanitarios para el bienestar, adelantar alianzas estratégicas interinstitucionales con organismos de cooperación internacional y el sector privado y realizar una gestión efectiva de las acciones poblacionales y territoriales priorizadas. Lo anterior, con una apuesta de evaluación de efectividad que permita valorar los resultados de las acciones implementadas.

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) [4]

La GIRS es un elemento de planificación que busca intervenir anticipadamente amenazas con mayor impacto para la salud del individuo, la familia y la comunidad considerando la costo-efectividad. De acuerdo con el Libro de la Salud (Juan Rodés, Josep Piqué) los resultados en salud dependen en un 43% de los estilos de vida desarrollados en los diferentes entornos de vida cotidiana, un 27% de los factores genéticos y biológicos, un 19% de las condiciones medio ambientales y un 11% del sistema de salud; esto indica que la obtención favorable de resultados en salud se asocia a un abordaje predictivo que permita abordar oportunamente los riesgos.

Modelo predictivo y caracterización

La GIRS se asocia a dos elementos fundamentales, correlacionados y complementarios:

Modelo predictivo: mediante un análisis estadístico y epidemiológico de la morbimortalidad de la población del territorio, se priorizan eventos en salud en cuanto a gravedad, magnitud, frecuencia e impacto social identificando sus factores precursores. Esto permite orientar las acciones en salud con una ejecución temprana, antes de la materialización del riesgo y fortaleciendo la prevención secundaria y terciaria en el individuo, la familia y la comunidad

Caracterización individual, familiar y colectiva: determina las condiciones particulares que los distinguen en estructura social, cultural, política y económica, identificando riesgos y orientando las intervenciones en salud. A partir de ello, tienen lugar los procesos de identificación y clasificación de riesgos, seguido de la oferta y prestación de servicios a través de diferentes rutas de atención, brindados en la red integrada se servicios de salud que está dispuesta en el territorio y organizada bajo criterios de proximidad, resolutividad y prioridad, acorde a las necesidades identificadas

El modelo predictivo y la GIRS implica identificar los determinantes de las enfermedades, que se materializan como riesgos, por eso es vital conocer a profundidad las patologías, un proceso que de forma gradual que se efectuará, esto se articula con la caracterización, en sus diferentes fuentes; de quienes no se tenga información se buscarán alternativas de identificación de estos riesgos de cada persona, familia y territorio.

[4] Los detalles técnicos, operativos y monitoreo se encuentran el Lineamiento de Gestión integral del riesgo

BORRADOR

Lo anterior sumado a lo definido en las diferentes rutas, guías, procedimientos y procesos permite organizar el plan de gestión del riesgo individual, familiar y colectivo, que será implementado por todas las unidades de prestación de servicio en todas las capas y de atención primaria, a nivel intra y extramural (entornos) todo ajustado a los ciclos de vida, los territorios y las condiciones socioculturales

La GIRS implica la integración de actores públicos y privados, y la disposición de recursos para iniciar una amplia oferta de planes, programas, proyectos y servicios, que, paralelamente, están dispuestos a responder a riesgos colectivos e individuales que determinan las condiciones, de vida, salud y enfermedad de individuos y comunidades, logrando bienestar para las poblaciones que reciben atenciones integrales, mejoramiento de la oferta de servicios e impacto positivo en indicadores de salud

Para intervenir los riesgos identificados se ha establecido el Modelo de Atención de Salud de Bogotá +MAS Bienestar que cuenta con las siguientes capas:



Gestión extramural

Fortalece el primer contacto de los actores del sistema, con los individuos, familias y comunidades en los entornos de vida cotidiana en los cuales se desenvuelven y los cuales, pueden llegar a ser protectores, facilitadores o deteriorantes de la salud, dado que sus características propias y diferenciales hacen parte de los determinantes de la salud y la enfermedad, así como las diferentes interacciones que allí se puedan dar y las cuales hacen vital el desarrollo de las comunidades

Conscientes de estas diferencias territoriales en cuanto a vulnerabilidad social, riesgos en salud, tipo de afiliación, densidad poblacional, entre otras, se deben definir tipologías de abordaje territorial y caracterización que permitan asignar promotores y equipos básicos para gestionar el riesgo en el territorio. Es importante precisar que todos los sectores catastrales rurales estarían definidos para iniciar las intervenciones del modelo bajo una modalidad particular acorde a las dinámicas

El Modelo de Atención de Salud de Bogotá contará con una actualización de la comprensión territorial por localidad, construida con la participación de diferentes actores e instancias

BORRADOR

locales, partiendo de la definición previa de 62 territorios, que agrupan sectores catastrales entendidos estos como “la porción de terreno, urbano o rural, conformado por manzanas o veredas, respectivamente, y delimitado por accidentes geográficos naturales o culturales” [1].

Actualmente el distrito capital cuenta con 1.170 sectores catastrales, en los cuales se ha avanzado en un análisis de riesgo considerando información como: densidad de personas por hogar (estadísticas DANE, 2018), estratificación socioeconómica (Catastro Distrital, 2022), índice de pobreza multidimensional (DANE, 2018), comprensiones territoriales desde las Mesas Locales de Cuidado, indicadores trazadores en Salud pública (resultados 2003), abordaje territorial previo e indicadores de morbimortalidad en población general (corte 2023); información que permitió priorizar los sectores catastrales de mayor a menor riesgo territorial.

Dada la heterogeneidad del territorio, la disposición para recibir o interactuar con equipos de salud y el acceso a medios digitales, entre otras, se hace necesario definir metodologías de caracterización diferenciales. Es de aclarar que se parte de un único instrumento de caracterización previamente construido y validado, este deberá contener la información definida por el marco normativo y técnico, además de aquella que se considere necesaria para la GIRS

Las modalidades de caracterización se ajustan a los perfiles socioculturales de la población objeto y a la mejor forma de acceso son las siguientes:

Presencial con promotores en vivienda: Mediante una encuesta asistida por un promotor previamente entrenado para este fin, directamente en la vivienda con la persona y la familia.

Presencial con promotores de salud, gestores, personal de salud en puntos de atención: Distribuidos estratégicamente en la ciudad (IPS y espacio público), en estos, se realizará una encuesta directamente con la persona

Plataformas digitales: Se dispondrá de una plataforma web con acceso mediante código QR o enlace. En esta, las personas diligenciaran una encuesta de las variables que estando en el instrumento general de caracterización puedan tener respuesta por este mecanismo

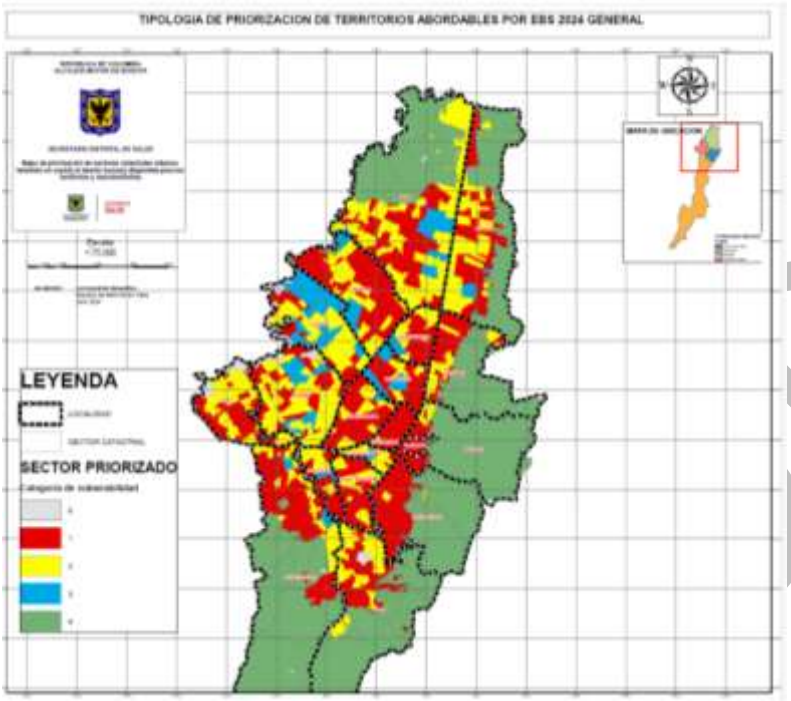
Recolección de información de fuentes secundarias: Será complementaria a los anteriores mecanismos, mediante acceso a fuentes secundarias buscará configurar la caracterización de personas que no hayan accedido por ninguno de los mecanismos anteriormente mencionados

Con información nominal proveniente de esta caracterización y de otras fuentes se construyó la categorización territorial que permitió definir cuatro tipologías catastrales y esta será ajustada de acuerdo con la evolución de la caracterización



BORRADOR

Al definir el nivel de riesgo territorial sin desconocer el riesgo asociado a la vulnerabilidad se tiene como resultado lo siguiente:



Mapa. Orden De Prioridad A Partir De Matriz Multivariada Por Sector Catastral-junio 2024

La adscripción de promotores de salud se realizará a cada sector catastral según el número de hogares, con una estimación inicial de riesgos en prioridad alta del 30%, media 40%, baja 20% y ruralidad 10% con una asignación de 800 hogares por promotor de salud. Esta puede variar de acuerdo con las condiciones demográficas (hogares por metro cuadrado), poblacionales, tipo de suelo (rural o ruralidad dispersa), condiciones urbanísticas (propiedad horizontal), riesgos en salud y seguridad pública. A continuación, se presenta la proyección de promotores por territorio

Categorías		Equipos		
1	Alto	1 promotor x 500 familias	Promotores: 1.477 Equipos básicos: 148	Total proyectada: Promotores: 3352 Equipos básicos: 335
2	Medio	1 promotor x 800 familias	Promotores: 1.685 Equipos básicos: 168	
3	Bajo	1 promotor x 1500 familias	Promotores: 70 Equipos básicos: 7	
4	Ruralidad (incluye mixto)	1 promotor x 300 familias	Promotores: 72 Equipos extramurales: 12	

Fuente: Elaboración propia a partir de consulta, abril de 2024

Una vez definida la intervención de los riesgos en los territorios y la progresividad de su intervención, se determinan los equipos que realizarán la gestión del riesgo en las familias asignadas.

En este componente los equipos se encuentran conformados así:

Equipos básicos extramurales

P*romotor de salud:* Es el dinamizador de la salud de las familias asignadas y adscritas al territorio por medio de la intervención individual, familiar y colectiva que responde a la

BORRADOR

identificación de riesgos y determinantes sociales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de las familias. Además de la caracterización permanente el promotor debe monitorear la ejecución del Plan de gestión del riesgo (incluye educación, demanda inducida, tamizaje, seguimiento)

Así mismo, el promotor debe desarrollar acciones de educación en el campo de la salud pública de acuerdo con las necesidades y características de las familias y sus integrantes, con el propósito de fortalecer las habilidades para el cuidado y promover su vinculación a los procesos de participación social desarrollados en el territorio.

En la intervención, es fundamental establecer el vínculo y reconocimiento del promotor de salud con las familias del territorio, para avanzar en la gestión efectiva de la atención y en la identificación de novedades tanto en la familia como en la comunidad.

Equipo básico interdisciplinario: Conformado por profesionales de medicina, enfermería, psicología y nutrición de acuerdo a las necesidades de las familias que habitan el territorio asignado por cada 10 promotores y estará a cargo de la implementación del Plan integral de gestión del riesgo con acciones individuales, familiares o colectivas resolutivas, buscando reducir o mitigar las amenazas en salud identificadas, promover los factores protectores, así como la gestión para la atención integral en articulación con los prestadores primarios de salud.

Este equipo básico interdisciplinario articulará acciones individuales y colectivas que operan mediante los entornos definidos en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) a saber:

Equipos de Entornos cuidadores

Son equipos interdisciplinarios conformados por perfiles tanto de salud como sociales, de diferentes niveles formativos: bachiller, técnico, tecnólogo, profesional universitario y profesionales especializados, los cuales gestionan y desarrollan acciones de cuidado para el bienestar a partir de la comprensión del territorio urbano y rural, en conjunto con la ciudadanía, actores y sectores, mediante el desarrollo de interacciones colectivas, familiares e individuales de alta externalidad, integrales e integradas en los entornos hogar, laboral, educativo, institucional y comunitario

Por su parte, las acciones operativas son materializadas a través de planes de cuidado en cada uno de los entornos cuidadores, donde se planean, concertan, implementan y evalúan las actividades específicas que son adelantadas de manera conjunta entre las comunidades y los equipos interdisciplinarios de salud; estas son desarrolladas para la gestión efectiva del riesgo individual y colectivo, mediante acciones promocionales, preventivas y asistenciales de caracterización, educación en salud pública, prevención de la enfermedad, asesoría, tamizajes, acompañamiento en salud, activación de rutas sociales y de salud, entre otras

Entorno Cuidador Hogar

Este entorno será gestionado por los Equipos Básicos Extramurales que intervengan el hogar y su gestión estará asociada al Plan de Gestión de Riesgo

En este entorno cuidador se desarrollan intervenciones colectivas e individuales de alta externalidad, aportando a procesos de micro gestión para el fomento de la promoción de la salud, desarrollo de capacidades y afectación de determinantes sociales y del propio entorno para el bienestar de las poblaciones y familias más vulnerables en la zona urbana y rural de Bogotá; así como acciones para el abordaje étnico diferencial, dirigido a familias indígenas, afrodescendientes y palenqueras que residen en la ciudad

BORRADOR

Entorno Cuidador Educativo.

Este entorno se comprende como el escenario de vida cotidiana donde la comunidad educativa (estudiantes, docentes, directivos entre otros) desarrolla capacidades de enseñanza/aprendizajes contextualizados, que permiten la construcción social y la reproducción de la cultura del cuidado, el pensamiento, la afectividad y estilos de vida que brindarán mejores formas de vivir, relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente (Resolución 3280 de 2018).

En este entorno se desarrollarán las siguientes interacciones integrales e integradas: p*romoción de la salud en la comunidad educativa* que vincula acciones que fomentan modos y hábitos de cuidado en la comunidad educativa. *Gestión Integral del riesgo en la comunidad educativa la* cual incluye intervenciones de gestión del riesgo ante la presencia de eventos de salud pública igualmente de acuerdo con las condiciones de riesgo deberá ejecutar acciones colectivas, familiares e individuales

Entorno Cuidador Laboral

Comprende los escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades, con participación en la potenciación de factores protectores y en el control y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales e informales (Mesa Técnica Nacional de Entorno Saludables de la CONASA. 2015. Documento Resignificación de Entornos)

La Secretaría Distrital de Salud, con la intención de favorecer un trabajo digno y saludable, desarrolla interacciones para la promoción del cuidado y el bienestar de la salud de los trabajadores informales; en este se implementa la estrategia de entornos laborales saludables en unidades de trabajo priorizadas y prevé el reconocimiento del trabajo infantil como aquel que por su naturaleza o condiciones puede afectar la salud, seguridad y moralidad de los niños, niñas y adolescentes, entre ellas, las actividades riesgosas establecidas en la normatividad

Entorno Cuidador Institucional

El entorno cuidador institucional comprende las instituciones que prestan servicios sociales o de protección integral, y las instituciones en donde viven un grupo de personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común. En este entorno, interactúan los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en salud a las personas (MSPS, 2018).

Dentro de estas instituciones, se encuentran centros carcelarios y penitenciarios, unidades del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), unidades de atención a personas habitantes de calle, Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, Hogares Comunitarios de Bienestar, Instituciones de atención a las Personas Mayores (IPM), a la infancia y a población con alta dependencia funcional, entre otras

Entorno Cuidador Comunitario

Es el escenario de encuentro para la vida. Comprende los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias organizadas de manera autónoma y solidaria, las cuales pueden compartir características, objetivos comunes y agruparse para desarrollar actividades y presentarlas ante instancias nacionales y/o territoriales; también hacen parte los espacios conformados por elementos constitutivos naturales, artificiales y elementos complementarios, compuestos por espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías, entre otros) y de

BORRADOR

espacios a los que la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros) (MSPS, 2018).

En este entorno se cuida el bienestar de la salud en los barrios y veredas de Bogotá, promoviendo modos y hábitos de vida cuidadores y, la generación, fortalecimiento y promoción de redes y grupos en los barrios para generar corresponsabilidad y apropiación en las acciones sanitarias desarrolladas.

Componente Prestador Primario

El Modelo de Atención de Salud desarrollará este componente, para el sector público y privado que acoja el modelo integral por medio de los mencionados prestadores primarios y para el resto de prestadores en la denominación que cada uno determine cumpliendo los lineamientos básicos del modelo, este componente definido como el encargado de la prestación en su ámbito en salud que aporta a la resolución de los eventos, cobijando todos los momentos de curso de vida, cubriendo un ámbito geográfico de cercanía a la población asentada en el territorio y la que por libre elección se adscriba para la atención integral y resolutiva con servicios ambulatorios . Estos centros de salud cubrirán el territorio distrital, tanto en las zonas urbanas, como las de expansión urbana y rurales.

serán unidades públicas o privadas cuya capacidad instalada permitirá atender un número determinado de población cuya base de cálculo estará asociada a la demanda de servicios de un porcentaje de población del territorio más los efectos de libre escogencia de otros territorios , cuyos tamaños ideales de eficiencia estarán alrededor de 40.000 a 50.000 usuarios, sin embargo, en algunos casos, su tamaño podrá ser menor o mayor, considerando que estas unidades se ubicarán en radios territoriales teniendo en cuenta los tiempos de desplazamiento que corresponderán a 30 minutos caminando a velocidad de un adulto mayor, cuyo radio de acción podrá estar entre 1 y 2 Kms

Pretenden resolver mínimo el 95% de los eventos ambulatorios de baja y mediana complejidad, utilizando tecnología necesaria, disponible, portátil y fija, con pertinencia sociocultural, garantizando el acceso, oportunidad, integralidad, suficiencia, resolutividad, racionalidad y complementariedad para la atención de la población.

Esta atención se ejecuta en tres grupos de equipos intramurales: un equipo de atención básica intramural que hace parte de la estrategia de Atención Primaria y es el conector entre la atención extramural y la atención intramural, el segundo equipo de atención complementaria y el tercero es el equipo de diagnóstico, terapéutico y de apoyo que debe operar dentro de la unidad

Equipos de atención intramural

Este equipo en salud se encuentra ubicado en los prestadores primarios del territorio en donde se ofrecen servicios ambulatorios, bajo el esquema de asignación y responsabilidad poblacionales con énfasis en familia, para las unidades básicas resolutivas esta asignación estará a cargo de un médico general con énfasis en familia en otro tipo de unidades la asignación poblacional podrá darse también a otros profesionales competentes, sin embargo

BORRADOR

siempre debe existir un profesional encargado de la implementación, seguimiento y cumplimiento del plan de gestión del riesgo

Se podrá organizar asignación poblacional de niños menores de 5 años a pediatra, de gestantes a ginecobstetra, de pacientes pluripatológicos (con 1 o varias patologías crónicas que hayan requerido en los dos últimos años más de 3 hospitalizaciones por esa causa) a cargo de internista, geriatra o medico familiar.

Este equipo profesional médico en el caso de las unidades básicas resolutivas estará acompañado igualmente con asignación poblacional de auxiliar o enfermera, en un binomio que gestionará tanto la demanda de atenciones como el plan de gestión del riesgo

El equipo básico intramural estará complementado por profesionales de enfermería, psicología, nutrición, optometría, fonoaudiología, fisioterapia, entre otros. En las unidades básicas resolutivas estos profesionales atenderán la demanda de servicios, pero su función primordial estará asociada a la gestión de riesgos de la población asignada en el ámbito de su profesión

Los equipos estarán en los prestadores primarios y se relacionarán bidireccionalmente con los promotores de su área de influencia y de otras áreas según la población asignada. Estos igualmente se relacionarán con los equipos y unidades complementarias bajo un esquema de referencia y articulación sin perder la responsabilidad del plan de gestión de riesgo del usuario.

Para estos servicios se debe contemplar mecanismos de contratación de riesgos compartidos que permitan las asignaciones y responsabilidades poblacionales donde se reconoce adicionalmente la calidad, el resultado en salud y el resultado en eficiencia

Equipo de atención complementaria

Este grupo de profesionales estará conformado por las especialidades de mayor demanda en el territorio, de acuerdo con el perfil de morbilidad de la población de Bogotá y los riesgos inherentes, como lo son medicina interna, pediatría, ginecología, cardiología, otorrinolaringología, urología, cirugía general, fisiatría, oftalmología, entre otros; cuyos servicios se ofertarán en las unidades básicas con la periodicidad que demande la población de cada zona territorial establecida.

Estas atenciones se realizarán mediante modelos de prestación de servicios resolutivos, con referencia de pacientes con estudios previos, apoyados en la disponibilidad de tecnología biomédica fija o portátil, transitoriamente mientras el paciente se encuentre en el manejo por esta especialidad el profesional es el responsable en su ámbito del riesgo del usuario y por tanto en este periodo se constituirá en una cohorte. Para estos servicios se debe contemplar mecanismos de contratación de riesgos compartidos que permitan las asignaciones y responsabilidades poblacionales donde se reconoce adicionalmente la calidad, el resultado en salud y el resultado en eficiencia.

Unidades de Apoyo

El prestador primario contará con un punto de dispensación de medicamentos, una unidad de rehabilitación que incluya terapia física, de lenguaje y ocupacional, toma de muestras de laboratorio, tecnologías de pruebas de laboratorio (POCT), ecografía, electrocardiografía, holter, también podrá contar de forma permanente o móvil con equipos de audiología,

BORRADOR

oftalmología, radiología y otros de acuerdo al perfil de riesgo y las necesidades de la población cumpliendo con las condiciones de habilitación requeridas

Componente de Urgencias

Bogotá cuenta con una amplia red de servicios de urgencias, estos (especialmente los de mayor complejidad) están concentrados en la zona nororiental de la ciudad y particularmente en la red privada, esto hace que haya una inadecuada distribución territorial y que los tiempos de acceso sean superiores a los que los estándares requieren para evitar las secuelas, discapacidad y muerte, adicionalmente las unidades de alta complejidad están sobreocupadas y las de baja complejidad con menores niveles de utilización, lo que se traduce en tiempos prolongados para la atención especialmente en los triages no prioritarios. Esta congestión también obedece a la saturación por servicios que podrían atenderse en otras unidades y otras modalidades

El Modelo de Atención de Salud de Bogotá propone una gestión de urgencias que, al integrar todos los servicios públicos y privados, busca tener dos efectos en la prestación de este tipo de servicios en salud:

- El fortalecimiento al acceso de los servicios de urgencias mediante un mecanismo de orientación telefónica, que permita en forma incremental una orientación a la gran mayoría de estas atenciones de acuerdo a su condición de salud, triage y ubicación en la modalidad de atención más efectiva para su necesidad, como puede ser: tele medicina general y especializada (pediatría, obstetricia, psicología), consulta prioritaria, consulta programada, consulta en domicilio, ambulancia para traslado, orientación hacia el punto de atención de urgencia, entre otras. Esto permitirá modular el uso de los servicios de urgencias y disminuir la ocupación de las IPS de alta complejidad con eventos que podrían resolverse en menor o en otra modalidad de atención.

- Hacer una distribución territorial de los servicios de urgencias en la ciudad, de acuerdo con la ubicación y necesidad de los usuarios, que optimice los tiempos de desplazamiento, la resolutividad y logre atenciones oportunas que reduzcan la discapacidad y muerte. Esta reorganización se debe dar en coordinación con la red pública y privada con un importante nivel de especialización clínica con relación a su infraestructura, ayudas diagnósticas, insumos y especialización del talento humano, para la atención de aquellas situaciones que presenten más riesgo de secuelas o mortalidad, tales como las urgencias obstétricas, accidentes cerebrovasculares, eventos isquémicos, trauma, salud mental, entre otras. Con esta distribución de servicios se busca brindar acceso a 30 minutos en vehículo velocidad trancón, lo que establece áreas de influencia territorial de 3 a 5 km.

Se constituirán servicios de telemedicina especializada que permita brindar apoyo a todos los componentes del modelo 24 horas, en especial al prestador de urgencias, atención prehospitalaria, traslado asistencial de pacientes, atención medica en domicilio y apoyará la prestación de servicios del componente primario

BORRADOR

Componente Prestador Complementario

Prestador Hospitalario

Bogotá presenta alta ocupación en los servicios hospitalarios especialmente en la internación de adultos y en los picos respiratorios en la hospitalización pediátrica, con altas congestiones en servicios especializados como el de oncología entre otros. Parte de estas hospitalizaciones corresponden a patologías de baja y mediana complejidad que podrían ser atendidas por otras modalidades.

Por lo anterior, se hace necesario desplegar estrategias para optimizar la prestación de servicios y contrarrestar la alta ocupación en esta capa:

- Un modelo de atención predictivo y preventivo que disminuya el uso de camas hospitalarias. Este modelo es del que trata este documento, pero somos conscientes que el impacto de este será en el mediano y largo plazo y en el corto si bien puede impactar no será significativo en las ocupaciones.
- Se plantea la inversión en nuevas estructuras hospitalarias, especialmente guiadas a atenciones de mediana y baja complejidad, cuyos servicios han desaparecido en la ciudad; estas inversiones en su puesta en funcionamiento final igualmente demoraran un tiempo importante.
- Uso eficiente de la capacidad instalada existente: esta corresponde a la estrategia de corto plazo que permita utilizar los recursos disponibles con la cual se basan en varias acciones:
    - Optimización de egreso de pacientes: En este momento se presenta demoran en los egresos hospitalarios, generados por demorados de trámites de salida, como autorizaciones, entrega oportuna de medicamentos, equipos e insumos, entre otros, demora en el suministro de transporte para el traslado de pacientes; pro eso se plantea una estrategia de acompañamiento a la red hospitalaria e intervención en la misma y en ellos aseguradores que permita minimizar el impacto de estas situaciones, esto se realizará a través de equipos de visita que promoverán estas y adicionalmente serán parte de acciones de IVC.
    - Hospitalización en modalidad extramural domiciliaria: las patologías que se atienden con mayor frecuencia en los servicios hospitalarios corresponden a eventos que pueden tratarse en modalidad diferente a la intramural, se promoverá la atención extramural domiciliaria para pacientes cuyas condiciones clínicas lo permitan.
    - Traslado de pacientes con eventos resueltos en salud a unidades diferentes de salud que puedan complementar el manejo mientras es pertinente lograr o es posible el traslado a casa, esto aplica a pacientes de acuerdo a su vulnerabilidad social y de cualquier tipo que por su condición no puede trasladarse a su hogar o requiere algún tipo de manejo no posible en el mismo para continuar su cuidado y que no amerita una estancia hospitalaria.
    - Organización de los servicios domiciliarios de la ciudad georreferenciadas que permita la eficiencia en el uso de esta modalidad.

Prestador Complementario Ambulatorio

Se propondrá la organización de estos servicios en articulación con las entidades privadas y pública para el fortalecimiento o establecimiento de servicios especializados ambulatorios

BORRADOR

georreferenciados cercanos en la medida de lo posible al usuario con modelos resolutivos y eficientes y además estimular la inversión en nuevas tecnologías altamente costo efectivas. Este prestador puede ser unidades independientes o hacer parte de la infraestructura del prestador primario o el prestador complementario hospitalario.

Componente de Alta Complejidad - Centro de referencia

Son unidades muy especializadas que atienden patologías priorizadas o servicios de muy bajo uso y alto costo e impacto que requieren un manejo distinto del modelo tradicional ajustado a las condiciones de la patología y los pacientes que garanticen la integralidad de la atención desde la fase diagnóstica hasta las intervenciones finales, los cuales deben estar armonizados con las unidades primarias y las complementarias, incluyendo las de urgencias con un servicio de telemedicina que las apoye.

En un inicio se plantean las siguientes condiciones: enfermedades huérfanas, patología oncológica, Accidente cerebrovascular, Isquemias, Morbilidad materna extrema, Salud mental, Trauma (incluye trauma ocular), entre otras.

BORRADOR

Elementos transversales operativos de +MAS Bienestar

Financiación y sistemas de contratación

Aunque el Modelo funciona como una red integral, integrada y complementaria, para las acciones de salud, el financiamiento se hará acorde al marco normativo vigente. En ese sentido, los recursos serán de fuentes tripartitas de la siguiente manera: con respecto a las acciones colectivas e individuales de alta externalidad incluidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), su financiamiento estará a cargo de la entidad territorial y el Sistema General de participaciones, aquellas que se relacionen con atenciones individuales que hagan parte del Plan de Beneficios en Salud serán financiadas por las EPS y con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El tercer componente que será el relacionado con las acciones de planeación, soporte, interoperabilidad y logística del modelo será financiado de forma conjunta por la entidad territorial con cargo a recursos SGP u ordinarios según corresponda a la actividad, así como por la UPC cuando corresponde al apoyo operativo de los equipos básicos en salud.

Para la prestación de servicios de salud que indiquen cohortes poblacionales, servicios hospitalarios, productos como laboratorios, imágenes, medicamentos y otros la contratación se propenderá por modelos que privilegien los sistemas de riesgo compartido como PGP, capitaciones, Grupos relacionados de Diagnóstico (GRD), y otros, estos podrán acompañarse aparte de los sistemas de remuneración fija de estímulos asociados a la calidad, el resultado en salud y la eficiencia.

Talento Humano

La Ley 1164 de 2007 reconoce el Talento Humano en Salud (THS), y establece las disposiciones sobre los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los actores que intervienen en estos procesos. Lo cual significa que debido a la importancia del talento humano en salud para la prestación de los servicios de salud se deben fortalecer algunos aspectos relevantes asociados a:

- Calidad de la atención.
- Seguridad del paciente.
- Innovación y avances.
- Atención centrada en el paciente.
- Eficiencia y productividad.

Aspectos relacionados y muy bien articulados a los profesionales de la salud, responsables de brindar atención en salud de alta calidad, donde la experiencia, habilidades, conocimiento y dedicación serán fundamentales para garantizar el mejor tratamiento posible de los pacientes. Todas estas cualidades que permean transversalmente la prestación de los servicios serán siempre el resultado de talento humano bien entrenado y motivado que sin lugar a dudas puede mejorar la eficiencia y la productividad en los sistemas de salud, lo que lleva a una mejor utilización de los recursos y una atención más oportuna y efectiva para los pacientes.

BORRADOR

Es por ello que se deben evaluar estrategias para garantizar la seguridad de los pacientes a través de programas de capacitación sustentados en las necesidades de la población, de formación y actualización de conocimientos de parte del THS.

Todas las posibilidades de crecimiento, adherencia y formación que se le brinde al THS impulsan la innovación y los avances en el campo médico, dadas las amplias posibilidades que se presentan para avanzar en nuevas formas de diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades, lo cual es fundamental para desarrollar modernas técnicas, tecnologías y tratamientos que mejoren la salud y el bienestar de las personas, partiendo del entendimiento y la comprensión de las necesidades individuales de cada paciente, para brindar apoyo emocional y proporcionar información clara y comprensible sobre su salud y tratamiento. Un talento humano capacitado no solo trata las enfermedades, sino que también se preocupa por el bienestar general y la satisfacción de los pacientes.

En resumen, el talento humano en salud es esencial para proporcionar atención en salud de calidad, garantizar la seguridad del paciente, impulsar la innovación, centrarse en las necesidades individuales de los pacientes y mejorar la eficiencia y la productividad en los sistemas de salud. Sin estos profesionales dedicados y competentes, sería imposible brindar la atención que las personas necesitan y merecen.

Es importante resaltar que para atender la necesidad de THS en el Distrito Capital se debe articular la demanda y la oferta de servicios entre los servicios habilitados por la red pública y la oferta de especialistas contratados para responder a los requisitos de la habilitación, caracterizar el perfil de los profesionales de la salud para avanzar en propuestas viables e innovadoras.

Para ello se propone:

Crear un mecanismo de vinculación de especialistas en la Subred, evaluando cuáles son las necesidades actuales de la población en las diversas localidades promoviendo una ruta de atención que disminuya el desplazamiento de los ciudadanos aun cuando cuentan con servicios cercanos que puedan facilitar su atención y disminuyan su movilización hacia otras subredes más distantes.

Revisar la necesidad de abrir o crear agendas adicionales temporales para resolver la oportunidad y garantizar la continuidad de la atención y/o responder la lista de espera de atenciones en una u otra especialidad:

- Evaluar el alcance de los actuales convenios Docencia Servicio con las Instituciones de Educación Superior para evaluar el fortalecimiento de la atención integral en salud en distintos servicios de salud a través del talento humano en formación.
- Establecer alianzas estratégicas Academia - Secretaría de Salud para promover la formación médica a especialidades de acuerdo con la necesidad de oferta de especialistas.
- Promover la movilidad interprofesional mediante convenios interinstitucionales entre diversos sectores productivos que apalanquen el comportamiento efectivo de la red hospitalaria.

Las diferentes estrategias relacionadas con talento humano en todo caso deben buscar la mejora de las condiciones laborales.

BORRADOR

Articulación con el Sistema Distrital de Cuidado

El objetivo definido en el 2020 al momento de implementación del Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá fue contribuir a la igualdad de oportunidades para las mujeres a través de la ampliación y cualificación de la oferta institucional de servicios del cuidado, con el fin de reducir su tiempo total de trabajo; redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado con los hombres; y contar con mecanismos para su valoración y reconocimiento.

Este buscó abordar tres aspectos:

1. Fortalecer y ampliar la oferta de servicios de cuidado, especialmente para aquellas poblaciones con altos niveles de dependencia funcional o con discapacidad, en los diferentes momentos del curso de vida.
2. Desarrollar una estrategia que valore y resignifique el trabajo de cuidado.
3. Implementar una estrategia de cambio cultural y pedagógica.

Posteriormente, el 28 de marzo de 2023 el Acuerdo Distrital 893 “Por el cual se institucionaliza el Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones” establece “Institucionalícese el Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá D.C. mediante el cual se articulen políticas, programas, proyectos, servicios, regulaciones y acciones técnicas e institucionales existentes y/o nuevas, con el objeto de dar alcance a las demandas de cuidado de los hogares de Bogotá de manera corresponsable entre el Estado, el Distrito Capital, el sector privado, la sociedad civil, las comunidades, las organizaciones comunitarias y entre mujeres, hombres y personas no binarias en sus diferencias y diversidad, para contribuir a la satisfacción de las necesidades de la población objetivo, garantizar los derechos de las personas cuidadoras desde el reconocimiento, la redistribución y reducción del trabajo de cuidado no remunerado, y transformar progresivamente la división sexual del trabajo”. En este sentido, el Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá D.C. tiene los siguientes objetivos:

- Reconocer el trabajo de cuidado como una función social necesaria para la sostenibilidad de la vida digna y de las sociedades, y a las personas cuidadoras en sus diferencias y diversidad que lo realizan, que en su mayoría son mujeres.
- Redistribuir los trabajos de cuidado aplicando el principio de corresponsabilidad e implementando estrategias de transformación cultural que equilibren la provisión de los cuidados y apoyos en los hogares y la sociedad, entre hombres, mujeres y personas no binarias, familias en su diversidad, Estado, comunidades, y sector privado, reconociendo, respetando las tradiciones, prácticas culturales y cosmovisiones de los diferentes grupos étnicos que tienen presencia en Bogotá D.C.
- Reducir el tiempo que dedican las personas cuidadoras a los trabajos de cuidado no remunerado, ampliando los servicios y fortaleciendo la atención con el objetivo de desarrollar y mejorar las capacidades para la autonomía y vida independiente de las personas que requieren cuidado y/o diferentes niveles de apoyo.

En la actualidad, el Sistema Distrital de Cuidado se ha posicionado como una experiencia exitosa para la superación de inequidades de género, el reconocimiento del cuidado como una actividad de alto impacto que tiene una afectación concentrada en las mujeres, así como la demostración de la gran capacidad transformadora que tiene el trabajo inter y trasnsectorial con reconocimiento territorial.

BORRADOR

A la fecha, existen en funcionamiento 21 manzanas del cuidado y 2 buses del cuidado (rural y urbano), los cuales a diciembre de 2023 beneficiaron a 488.000 personas (311.000 mujeres) y brindaron 948.000 atenciones. Desde el sector salud, en total el número de personas únicas vinculadas al Sistema Distrital de Cuidado entre enero 2020 a septiembre 2023 fue de 175.906, la distribución proporcional de la atención según línea del modelo fue equipos de atención en casa (inlcuida la Estrategia de relevo domiciliario) 75,7%, aseguramiento y prestación de servicios 16,4%, entonos cuidadores 7,9%. Según lo establecido en el Plan de Ordenamiento Territorial, la ciudad llegerá a contar con 45 manzanas del cuidado y buscará ampliar progresivamente las líneas de atención y población a abordar.

El sector salud ha estado vinculado desde la planeación y construcción del sistema, reconocido como actor fundamental en el cuidado integral que requiere la población objeto, tanto las cuidadoras y cuidadores, como las personas que requieren cuidado y sus familias. Buena parte de las manifestaciones de las inequidades y sobrecargas derivadas del cuidado se exteriorizan en la salud o mejor dicho en la pérdida de esta, especialmente afectaciones osteomusculares, condiciones crónicas no transmisibles, trastornos de salud mental, entre otros, la mayoría de los casos sin diagnóstico o atención.

En la estructura operativa actual, el sector salud tiene asignados según su misionalidad, funciones y competencias, la oferta básica de servicios en los componentes de respiro y cuidado, con servicios de atención individual, acciones colectivas en salud, rehabilitación basada en comunidad y relevos de cuidadoras.

Mediante el nuevo Modelo de Salud de Bogotá basado en la Atención Primaria Social, el cual busca la gestión de los determinantes sociales asociados a las inequidades en salud y entendiendo que el objeto del sistema distrital del cuidado se asocia con dichos determinantes y sus consecuencias como son la afectación de la salud, se hará sinergia para continuar garantizando las atenciones definidas a cuidadoras, poblaciones de alto nivel de dependencia, personas con discapacidad y personas mayores.

Estas se ejecutarán mediante una red integrada e integral de servicios de salud que mediante la gestión extramural en territorios integrará las intervenciones individuales y colectivas, así como la respuesta intersectorial. Además de buscar la respuesta resolutiva, oportuna, accesible, integral e integrada articulando los servicios sociales a los prestadores de salud primarios, complementarios y de referencia, así como a una red territorial y especializada de urgencias. Esto permitirá gestionar integralmente los riesgos en salud, el continuo de atención para el cuidado desde la promoción y protección social, la prevención hasta la paliación, propendiendo por lograr el mayor bienestar posible de la población sujeto de la estrategia.

En la visión de transformación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá se buscará mediante la Atención Primaria Social potenciar el rol en el Sistema Distrital de Cuidado en dos aspectos. El primero será ampliando las acciones de atención individual al poder llegar a toda la población independiente del régimen de afiliación o EPS de afiliación, generando atenciones de mayor resolutividad tanto en las manzanas del cuidado como en los buses del cuidado y los hogares al vincularla a la red integrada e integral de servicios de salud, lo segundo corresponderá a la creación de una línea de atención adicional que amplie de forma progresiva los beneficios sociales y en salud a otros grupos de mayor vulnerabilidad, lo anterior, amparado en el parágrafo del artículo 9 del Acuerdo 893 de 2023 del Concejo de Bogotá D.C. y el articulo 28 del Decreto 415 de 2023 de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

BORRADOR

Seguimiento y evaluación

Cada uno de los elementos operativos del Modelo de Salud de Bogotá contará con el anexo de indicadores para el seguimiento y la evaluación, en ese sentido, el presente documento plantea los aspectos generales a desarrollar en este aspecto. El ámbito de la salud pública, el seguimiento y la evaluación son fundamentales para garantizar la eficacia, eficiencia, calidad y equidad de los servicios de salud, así como para promover la toma de decisiones basadas en evidencia y la mejora continua de las acciones estratégicas que buscan promover salud, prevenir enfermedad, y generar bienestar.

En este marco, la gestión pública orientada a resultados (GPOR) permite orientar y articular el ciclo de las políticas públicas en salud con el fin de adaptar la toma de decisiones, los procesos, procedimientos y los recursos del sector salud de Bogotá con el fin de obtener los resultados esperados sobre la población y el territorio.

Como lo menciona la CEPAL, la GPOR tiene como objetivo mejorar la calidad de las intervenciones gubernamentales, buscando la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos, con estándares de calidad y equidad. Lo anterior implica el uso de metodologías y herramientas que aseguren la calidad en el ciclo de la gestión pública, específicamente en la formulación e implementación de instrumentos de planificación, en el diseño de políticas públicas basadas en evidencia y en los procesos de formulación presupuestaria por resultados, todo en un marco de aprendizaje y retroalimentación entregada por los sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño (CEPAL, 2023).

Por lo anterior, la estrategia de seguimiento y evaluación para el Modelo de Atención en Salud de Bogotá. resulta fundamental en la medida en que permite comprender la manera en que los esfuerzos adelantados por los distintos actores del sector en su conjunto crean valor para la ciudad a través del uso de los recursos que administra. Esta creación de valor va a depender de qué tan bien se usan estos recursos a través de la capacidad que tienen las estrategias que se implementan en el marco del Modelo de Atención en Salud de Bogotá para entregar resultados.

En consecuencia, el seguimiento y la evaluación en el marco del presente Modelo permiten identificar dicho valor considerando, en esencia, aquello qué se hace, lo que se logra y el efecto en las poblaciones que reciben los bienes y servicios prestados, por lo que esta estrategia debe estar encaminada a generar evidencia que permita reconocer la transformación de realidades en los territorios que conforman la ciudad a partir de la implementación de acciones en materia de salud comprendiendo a su vez las necesidades de la población en sus complejidades y diversidades, sus interrelaciones y las diversas interpretaciones que tienen sobre los procesos de salud-enfermedad-muerte y gestión del riesgo en salud.

A propósito, Kusek y Rist (2004) proponen los sistemas de seguimiento y evaluación basados en resultados como una forma de alcanzar el qué y el por qué. Es decir, que en el caso del Modelo de Atención en Salud de Bogotá, tanto el seguimiento como la evaluación deben poder dar cuenta de los efectos o y las metas reales de las acciones realizadas atendiendo a preguntas como, por ejemplo, ¿por qué pasó lo que pasó? ¿qué significa que se hayan movilizado los recursos que se movilizaron? ¿se están logrando los objetivos? ¿cómo se puede demostrar este logro? En esa medida, permiten comparar la eficiencia y los resultados esperados por el Modelo.

BORRADOR

La identificación de la lógica secuencial de las estrategias adoptadas por este Modelo debe estar orientada a revisar los resultados que se espera obtener con cada una de las intervenciones que se realizan, así como las del Modelo en su conjunto. Lo anterior, resulta esencial para identificar la generación de valor público a través de la teoría del cambio, que supone que las políticas, planes, programas y proyectos cuentan con unos insumos que son transformados a partir de ciertas actividades u operaciones para entregar unos productos y que la entrega de esos productos, están orientados a transformar una situación en particular.

Esta estructuración de las estrategias asociadas a este Modelo, en relación con las realidades que se esperan transformar, debe partir del uso de herramientas que permitan evidenciar la teoría del cambio desde el diseño. Para el caso de este Modelo, se empleará la cadena de valor, la cual permitirá, además, establecer indicadores y realizar el diseño de evaluaciones.

Según el Departamento Nacional de Planeación, la cadena de valor muestra la relación secuencial y lógica entre insumos, actividades, productos y resultados en la que se añade valor a lo largo del proceso de transformación total[1]. Esto permite que haya una coherencia entre lo que se hace, se espera, se monitorea y se evalúa, generando consistencia en las herramientas empleadas para determinar, en últimas, si los esfuerzos adelantados por la Secretaría Distrital de Salud a través de este Modelo logran tener los resultados esperados.

Vale la pena mencionar que el seguimiento y la evaluación serán consideradas como complementarias y, por tanto, la estrategia para desarrollarlos en el marco del Modelo de Atención en Salud de Bogotá procurará su articulación a través de la selección de indicadores de resultado y productos, que servirán tanto para el monitoreo como para las evaluaciones que se desarrollen en este marco.

Seguimiento del Modelo de Atención en Salud de Bogotá

El seguimiento se puede definir como una función continua de recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos, durante la ejecución de un proyecto, para proporcionar una medición sobre el grado de avance y logros de los objetivos. En este marco, es de especial importancia poder considerar las acciones estratégicas que este Modelo desea impulsar a partir de los indicadores que desea transformar.

Como se mencionó, si bien es determinante poder identificar con claridad los resultados esperados, el seguimiento también debe verificar si los productos que están siendo entregados, a saber, los bienes y servicios que resultan de las estrategias a implementar en el marco de este Modelo se entregan de la manera que se ha planeado y a quienes más lo necesitan. Para lo anterior, se realizará el siguiente proceso:

Lo anterior se realizará tanto para el Modelo de Atención en Salud de Bogotá en su conjunto, como para cada una de las estrategias que se van a implementar en este marco. Esto, porque el Modelo debe corresponder a la suma de los resultados alcanzados por las estrategias que lo componen. Estos pasos o momentos están relacionados con construir el esquema de seguimiento a partir de la definición de indicadores que permitan adelantar este proceso frente a los avances logrados en términos de procesos, productos y resultados, y posteriormente, establecer las retroalimentaciones necesarias en este marco, de manera medible y observable.

En lo que respecta al seguimiento financiero, se integrarán las fuentes de información relacionadas con los distintos procesos de manera que se tenga una perspectiva global del costo real de la operación del Modelo. De esta manera se puede estimar el costo que esta

BORRADOR

implementación tiene para la ciudad, y potencialmente realizar evaluaciones con componentes de costo-beneficio o costo-eficiencia que sustenten esta política pública en salud.

Evaluación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá

En general, la evaluación corresponde con un ejercicio de valorar (juzgar) de manera sistemática y objetiva el diseño, ejecución o resultados de un programa, proyecto o política, con el objetivo de determinar su funcionamiento y resultados y mejorarlos a través de la toma de decisiones. Considerando el alcance de los procesos de evaluación, es determinante seleccionar tanto las estrategias que se van a evaluar bajo una serie de criterios estratégicos, como los momentos de la implementación en los que se va a realizar dicho ejercicio.

Respecto a los criterios, este Modelo considerará para la evaluación de intervenciones que se implementen en este marco, los siguientes:

1. Intervenciones que sean transversales y estratégicas.
2. Intervenciones que se alineen con el Plan Distrital de Desarrollo.
3. Intervenciones que cuenten con información de usuarios.

Respecto a los tiempos se realizarán evaluaciones de medio término, que implican el análisis de operaciones y están orientadas a tomar decisiones para redefinir o validar el rumbo de las intervenciones que se vienen realizando, las cuales se pueden realizar en el primer año de ejecución, y evaluaciones de resultados, que permitan cuantificar y explicar los resultados alcanzados por las intervenciones realizadas. Así mismo, se evaluará el modelo en su conjunto en el último año de implementación.

Es preciso mencionar que, tanto las intervenciones seleccionadas como el modelo en su conjunto, deberán contar con línea de base, las cuales pueden considerarse como evaluaciones ex ante con el fin de contar con información suficiente para realizar comparaciones que permitan medir la situación inicial y la final, y determinar si se alcanzaron las transformaciones deseadas.

En este sentido, es importante mencionar que los principales elementos a seguir y evaluar será el cumplimiento de los atributos de reoslutividad, oportunidad, accesibilidad, integralidad, integración y continuidad definidos como constitutivos del presente modelo, así como la respuesta a las necesidades identificadas, estos elementos fueron descritos en detalle al inicio de este documento.

[1] https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Guia%20Cadena%20de%20valor%202019.pdf

Con el fin de definir de mejor manera lo qué se monitoreará y evaluará, el Observatorio Distrital de Salud de Bogotá D.C. acompañará formulación de acciones estratégicas implementando teoría del cambio. De esta manera, habrá una identificación clara de insumos, productos y resultados que obtienen las acciones a la espera de cambios evidentes en la población que los recibe, estos estarán descritos detalladamente en el lineamiento operativo.

Educación en salud pública

La educación en el campo de la salud pública se entiende como la posibilidad de ampliar los horizontes de reflexión y acción para que sujetos e instituciones incorporen una cultura

BORRADOR

favorable a la vida y la salud. Proceso que permite el desarrollo de capacidades para coproducir una vida saludable e institucionalizar una praxis de la salud pública democratizadora, intercultural, garante de derechos y constructora de subjetividades capaces de cuidar de la vida y de incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud (Resolución 1035 de 2022, MSPS).

El proceso de Educación en Salud Pública en el marco del Modelo de Atención en Salud de Bogotá busca orientar estratégicamente los procesos educativos, desarrollando y fortaleciendo las capacidades individuales y colectivas para abordar las situaciones que afectan la salud y las realidades sociales de manera crítica y reflexiva. Para lograrlo, se plantea guiar la implementación de los procesos educativos desde una perspectiva pedagógica dialógica que permita articular de manera transversal los procesos educativos en el marco del Modelo de Atención en Salud de Bogotá, ordenados didácticamente por el diálogo y el hacer común con el objeto de desarrollar en personas, familias y comunidades capacidades para pensar críticamente y actuar autónomamente en la vía de institucionalizar una cultura para la vida y la salud.

El PDSP 2022-2031 entiende el pilar de la Cultura para la Vida y la Salud como “el conjunto de preceptos y valores relacionados con las formas consideradas legítimas y valiosas para vivir la vida de manera saludable que se institucionalizan a través de distintas prácticas sociales, al interior y por fuera del sector salud, que de manera sinérgica y participativa construyen formas de relacionamiento social proclives a la construcción de modos, condiciones y estilos de vida para la garantía de derechos y el cuidado de la vida, bajo el respeto de la pluralidad étnica y cultural de los pueblos y la exigencia del límite frente a las acciones que atentan contra la vida y la salud de las personas y sus entornos en contextos sociohistóricos diversos”. (Resolución 1035 de 2022, MSPS p.110)

Dicho pilar reconoce que, si bien el abordaje integral de los determinantes sociales excede los alcances del sector salud, la educación en tanto medio expedito para la producción y reproducción cultural se constituye en el proceso habilitante de la institucionalización de prácticas y relaciones sociales acordes con la promoción de la vida y la salud, de tal forma que incidan positivamente en los modos, condiciones y estilos de vida de los habitantes del país y al mismo tiempo orienten la acción en salud pública acogiendo una perspectiva intercultural que integre la riqueza de la diversidad cultural existente en el país (Resolución 1035 de 2022, MSPS).

Y agrega que “construir una cultura para la vida y la salud desde la educación en el campo de la salud publica implica en el marco del PDSP 2022-2031 reconocer que el aprendizaje es un proceso de construcción conjunta en lugar de una adquisición, adaptación o reproducción ciega de conocimientos y/o comportamientos en salud, y que, se requiere desmarcar la educación del modelo biomédico hegemónico para instituir relaciones pedagógicas dialógicas que permitan problematizar la realidad sociosanitaria e implementar metodologías que amplíen eficazmente la capacidad de los sujetos para analizar e intervenir sobre sus circunstancias en la vía de coproducir modos, condiciones y estilos favorables a la vida y salud” (Resolución 1035 de 2022, MSPS, p.110).

En ese sentido, construir una cultura para la vida y la salud desde la educación en salud pública en el marco de una perspectiva dialógica será la apuesta pedagógica a desarrollar en el Modelo de Atención en Salud de Bogotá +MAS Bienestar.
Conceptos a tener en cuenta:

BORRADOR

A continuación se describen algunos conceptos relacionados que atienden al desarrollo conceptual y procedimental del Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) del Ministerio de Salud y Protección Social (2018) y del Manual metodológico y pedagógico para el desarrollo del proceso de educación para la salud en el marco de las rutas integrales de atención en salud – RIAS desarrollado en El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local:

Comunidades Saludables bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés). Así como algunas definiciones en el marco del PDSP 2022-2031. A saber:

- Educación para la Salud: Proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas. Esto nos conduce a la implementación de intervenciones pedagógicas orientadas a la transformación social, a la construcción de pensamiento crítico, de sujetos capaces de leer su realidad de forma amplia y compleja, y al fortalecimiento de la identidad y la defensa de la vida de sectores excluidos de la población. ¿Qué no es un proceso de educación para la salud? No es información, no son campañas publicitarias, no es marketing en salud, no son charlas sobre temas de salud (menos si solo se hacen mediante exposiciones magistrales de un profesional de medicina), no son conferencias masivas, no son acciones sueltas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- Modelo pedagógico interestructurante dialogante: La idea central de este modelo es el DESARROLLO. En ese sentido se reconocen todas las dimensiones de la vida humana (cognitiva, socio afectiva, práxica) y todos los tipos de inteligencia. Le corresponde al proceso educativo formar humanos que piensan, aman y actúan mejor, “entregándoles cañas de pescar y no pescados”, con el fin de que se desarrollen procesos psíquicos superiores como el lenguaje escrito, el pensamiento hipotético deductivo, la argumentación o la interpretación, mediante los cuales es posible resolver problemas y abstraer (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- Desarrollo: proceso dialéctico y complejo, condicionado por la cultura y la historia en la que viven los sujetos, mediante el cual las dimensiones del ser humano -biológica, social y psicológica (cognitiva, valorativa y práxica)- se influyen mutuamente, expresándose en transformaciones (cuantitativas y cualitativas) de las características y de las capacidades de las personas a lo largo del curso de la vida, así como de la ampliación de los entornos con/en los cuales interactúan. Lo anterior se refleja en forma de cambios en el pensamiento, en las actuaciones, en los sentimientos y valores y en la manera de comprender las realidades, entre otros aspectos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- Facilitadores del proceso: Promueven la reflexión, el desarrollo de capacidades, especialmente la capacidad de aprender, pensar y actuar, y para ello diseñan estrategias didácticas que promuevan la construcción de nuevos esquemas y la participación en la construcción de nuevo conocimiento y de nuevas alternativas colectivas para poder ser-estar saludable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- Diálogo de saberes: Interacción entre diversos saberes, donde se reconoce que tanto los sectores populares como el talento humano formado en espacios académicos tienen saberes que no sólo se diferencian por los campos de contenidos que cada uno de ellos tiene, sino porque han sido construidos desde lógicas culturales y prácticas históricas

BORRADOR

diferentes. Lo anterior implica estar dispuesto a escuchar de forma activa e incluyente, en un marco de negociación cultural, generando acuerdos, hasta construir nuevos saberes-sentires (esto quiere decir que en un diálogo no solo circulan conocimientos, sino sentimientos, sueños, intereses, temores, e incluso prácticas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

- Capacidades: Se entienden como parte constitutiva de la estructura humana y que, para ser desarrolladas tanto en el nivel individual como colectivo, implican potencialidades que requieren condiciones (oportunidades) y se expresan en habilidades para que las personas y territorios puedan desarrollar sus propios proyectos de vida saludables y promuevan iniciativas de base comunitaria para proteger los entornos y promover el cuidado colectivo. Además, se construyen en la actividad, están ancladas a la experiencia y la práctica de las personas que viven una situación determinada y gracias a ellas pueden adaptarse y saber qué hacer para resolverla (Vargas et al.,2022).
- Comunicación para la salud: Este es un campo que se centra en el uso de estrategias y técnicas de comunicación que desde una perspectiva de comunicación para el cambio social busca influir en la toma de decisiones de las personas y las comunidades. La comunicación para la salud es un enfoque estratégico que utiliza la educación, la comunicación de riesgos y la participación comunitaria para impactar en la salud pública. Lo anterior, implica el uso de diversos medios, desde la comunicación interpersonal hasta el marketing social, para difundir información clara y culturalmente relevante que logre impactar a la ciudadanía frente al cuidado se sí mismo y del otro.
- Educación y comunicación para la salud: se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud". (Resolución 3280 de 2018 Ministerio de Salud y Protección Social).

Comunicaciones

Pilares de la comunicación

La estrategia de comunicaciones buscará garantizar la información oportuna en tres frentes principales:

- Gestión de los actores del sector para explicar la importancia de un modelo más productivo y organizado para la población.
- Educación a la comunidad sobre los beneficios del modelo propuesto.
- Servicio a la ciudadanía para acceder a los servicios de salud de manera más efectiva y resolutiva.

Objetivos de la comunicación

- Gestión: Visibilizar las acciones específicas llevadas a cabo por los diversos actores del sector salud y otros sectores para acceder, conocer rutas, modos y roles de actores en el Modelo de Atención en Salud de Bogotá.

BORRADOR

- Educación: Crear un ambiente de confianza entre la población que facilite la aceptación de los criterios desarrollados en el modelo de atención propuesto y la forma de utilizarlo. Las puertas de entrada son múltiples, no son las urgencias.
- Servicio a la ciudadanía: Garantizar información clara y oportuna para que los capitalinos identifiquen cuales son los beneficios del modelo, cómo acceder a los servicios y cómo resolver sus necesidades en salud.

Plan táctico

1. Gestión

La legitimidad del Modelo de Atención en Salud de Bogotá se dará siempre y cuando los beneficios sean claros y su adaptabilidad al nuevo rol sea de respuesta inmediata. La comunidad debe tener la mayor cantidad posible de información sobre las respuestas que da a las necesidades de salud de los capitalinos.

Para tal efecto, se hace necesario evidenciar, hasta donde sea posible, los detalles de las fases que tendrá la implementación del modelo, cómo va a operar, cuáles serán los roles de las EPS, IPS, otros sectores, la academia y organizaciones gremiales, con fin de conocer la disponibilidad del servicio y también los límites del propio modelo.

En este sentido, los mensajes con respecto a la su funcionalidad deberán visibilizar:

- Modelo realista adecuado a solventar las necesidades de salud de los bogotanos
- Mostrar cómo va a operar el modelo no solamente en tiempos de paz sino la manera que podrá adecuarse para atender cualquier emergencia en salud que pueda surgir similar al Covid-19
- Uno de los principales objetivos del Modelo de Atención en Salud de Bogotá es la organización de la ciudad en torno a la salud como interés superior y atender los indicadores que afectan a la población general y migrante.
- La protección de la población en situación de calle y migrantes que accedan al sistema no solo cuando tienen una urgencia, sino que se les haga un seguimiento estricto a sus patologías y riesgos en salud redundará en beneficio de todos.
- Dentro de las acciones específicas en este apartado se plantea:
  - Socialización del Modelo de Atención en Salud para Bogotá ante los principales grupos de interés.
  - Elaboración de materiales didácticos sobre la priorización y sus beneficios.
  - Piloto y simulación de su funcionamiento en una localidad (subred) en específico donde revele los cambios y las respuestas que los ciudadanos esperan del mismo.
2. Educación para conocer y entender el modelo

El desarrollo de modelos de atención en salud basados en la comunidad y la Atención Primaria Social no son inéditos. Los expertos en modelos sugieren y recomiendan estrategias para descongestionar las urgencias y tener nuevas puertas de entrada al sistema de salud en Bogotá.

- Este componente de la comunicación exige abordar los mensajes desde varias perspectivas:
- Explicaciones sobre los diferentes roles de los actores que hacen parte del ecosistema de salud en la capital.

BORRADOR

- Desarrollos pedagógicos sobre la manera más efectiva de solicitar los servicios en salud sin que la atención sea fragmentada.
- Aclaraciones sobre los derechos de la comunidad frente a su navegación dentro del propio modelo para que sepa cómo opera el mismo.
- Se elaborarán piezas comunicativas que expliquen los derechos de deberes de cada actor en el marco del modelo. Las piezas versarán sobre:
- Qué es y cómo funcionará el Modelo de Atención en Salud de Bogotá.
- Quiénes son y cómo actúan los ciudadanos al interior del modelo.
- Quiénes son y cuáles son los responsables de la atención de los ciudadanos.
- Cómo acudir y cuáles son las rutas de acceso al Modelo de Atención en Salud de Bogotá.
- Cómo accedo al modelo independientemente de si es urgencia, si soy del subsidiado o del contributivo.
- Cuál será el impacto, la evaluación y los beneficios del modelo.

Sobre la gestión de riesgo, la estrategia debe asegurar que la ciudadanía cuente con toda la información que requiera independientemente de la condición de salud.

Las experiencias exitosas que otros países están manejando en la implementación de sus respectivos modelos de salud serán trasmitidas de manera permanente para visualizar que cada acción se da bajo evidencia y no improvisado.

Generar un Abecé donde estén los lineamientos para mantener un tablero de control donde se reporte las urgencias, las emergencias, los eventos adversos en salud y los derechos de los pacientes que serán publicados mediante piezas digitales y videos multimedia para compartir por redes sociales.

Entre las acciones específicas contempladas dentro del componente de educación, se incluirán:

Facebook Live semanal con expertos (Secretario/Subsecretarios/Directores).

- Piezas digitales de celebridades de clubes de fútbol (jugadores y cuerpo técnicos) incentivando y promoviendo hábitos de vida saludable que le “peguen” a la gestión de riesgo de las patologías que más afectan a los capitalinos y que el modelo resuelve de manera efectiva para reducir su incidencia.
- Abecé de cada una de las comorbilidades de riesgo para que los ciudadanos identifiquen cómo interactuar al interior del Modelo de Atención en Salud de Bogotá.

3. Servicio a la ciudadanía

El componente de servicio a la ciudadanía alude a las actividades prácticas y específicas que cada persona debe hacer para acceder al Modelo de Atención en Salud de Bogotá sin barreras de acceso y sin fragmentación de los servicios reduciendo experiencias negativas y trámites innecesarios.

Mediante una serie de videos y piezas digitales a ser difundidas en medios masivos de comunicación y redes sociales, los ciudadanos podrán conocer el paso a paso para identificar la ruta que debe tener en cuenta al utilizar los servicios de salud, considerando movilidad, disponibilidad de especialistas, triage, telemedicina y territorio en el cual se encuentre.

4. Estrategias especiales

BORRADOR

Tres estrategias transversales para el complimiento de los objetivos serán llevadas a cabo:

4.1. Conformación de un comité de voceros

Se seleccionará y fortalecerá técnicamente a un grupo de personalidades de la academia para que transmitan mensajes a la comunidad sobre las características y los beneficios de las vacunas. Se incluyen en estas las asociaciones científicas y las de pacientes además de líderes comunitarios que hayan participado en la construcción del modelo.

4.2. Vuelta a Bogotá para socialización con subredes

Los altos funcionarios de la Secretaría Distrital iniciarán una “gira” por las diversas localidades para resolver inquietudes de las alcaldías locales y la comunidad a través de PMU que darán respuesta a las inquietudes sobre el modelo y su operación.

4.3. Plan con celebridades

Reclutamiento de celebridades que motiven a la población a mantener mensajes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la Responsabilidad Social Empresarial.

BORRADOR

Bibliografía

Aguilar, L. (2006). Gobernanza y Gestión Pública. Fondo de Cultura Económica, México.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2024). Proyecto Plan Distrital de Desarrollo 2024 – 2027 Bogotá Camina Segura. https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/programacion-y-seguimiento-a-la-inversion/planes-de-desarrollo-local/bogota-camina-segura

Atención primaria social: Experiencia comunitaria en el departamento de Caldas, Colombia. -- Manizales: Universidad de Caldas: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2021.158 p. : il. -- (Libros de investigación No.88)

Basile & Feo (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XX. doi: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879

Betancurth-Loaiza DP, Vélez-Álvarez C, Sánchez Palacio N, Jaramillo-Ángel CP. Atención Primaria Social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa. Salud UIS. 2022; e22016.

Betancurth, D. (2022). Atención primaria social: Experiencia comunitaria en el departamento de Caldas, Colombia.

Borde, E., & Torres-Tovar, M.. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde Em Debate, 41(spe2), 264–275. https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222

Castellanos, Julio Cesar (2012). Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 53 (2): 115-119, abril-junio, 2012

Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. D. L., & Matabanchoy Tulcan, S. M. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: Una revisión sistemática de la literatura. Persona y Bioética, 23(2), 245-262. https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6

CEPAL. (1999). Building community _social capital. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/fa5ad341-1c19-42db-8929-d0c1fad037b1/content

Chiara, M. (2016). DossierTerritorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): 10-22. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.tpps.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (s. f.). Acerca de la innovación social [Informativa]. CEPAL. https://www.cepal.org/es/temas/innovacion-social/acerca-innovacion-social#:~:text=La%20CEPAL%20defini%C3%B3%20la%20innovaci%C3%B3n,la%20poblaci%C3%B3n%20de%20la%20regi%C3%B3n.

Decreto 762 de 2018 [Presidencia de la República]. Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 a la parte 4 del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. 7 de mayo de 2018. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=86303

BORRADOR

Duque Carlos A. (2023). De la Naturaleza a la Madre Tierra. Buenos vivires, ampliación ontológico-política y transmodernidad. Editorial Universidad del Cauca/Universidad ICESI.

Farinós Dasí, J. F. (2015) Desarrollo Territorial y Gobernanza: refinando significados desde el debate teórico pensando en la práctica. Un intento de aproximación fronética. Desenvolvimento Regional em debate, v. 5, n. 2, p. 4-24, jul./dez. 2015.

Franco, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 33(3), 414–424. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/120/12041781011.pdf

Gobernación de Caldas. (2016). Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, Construyendo un territorio de oportunidades. Recuperado de http://saluddecaldas.gov.co/aps/

Gough, I. (2023). Calentamiento global, codicia y necesidades humanas: Cambio climático, capitalismo y bienestar sostenible. Miño y Dávila

Hernandez, D., Martinez, E., & Benach, J. (2020). Vínculos comunitarios para la salud en Medellín: avances y desafíos de un modelo territorial. Medellín: ISBN 978-958-5596-92-4 1ª edición.

Lagarde, Marcela, “El género”, fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. horas y HORAS, España, 1996, pp. 13-38.

Lathrop, D., & Ruma, L. (Eds.). (2010). Open government: Collaboration, transparency, and participation in practice (1st ed). O’Reilly.

Ley 1438. (2011). "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Bogotá, Colombia: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=41355.

Lin, N. (2001). Social Capital: A Theory of Social Structure and Action (1.a ed.). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511815447

Llanos-Hernandez, L. (2010). El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales. Agricultura, sociedad y desarrollo., 2027-220.

Ministerio de Salud y Protección Social (2019) Cartilla Política De Participación Social En Salud Ppss Resolución 2063 De 2017. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, (2024). Proyecto de Ley Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Senado de la República.

National Institutes of Health (NHI), Salud de la mujer. Recuperado de: https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/womenshealth, 11 de julio de 2024.

Naciones Unidas (2024). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 1. https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura. Enseñando y aprendiendo para una participación transformadora. 2019.

Organización Mundial de la Salud. (12 de junio de 2024). Atención primaria de salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

BORRADOR

Organización Panamericana de la Salud. (2024, abril 23). *Salud en todas las políticas*. https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Alma Ata Atención Primaria de la salud, Salud para todos, en Series “Salud para Todos N° 1” ISBN 92 4 3541358.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington.

Ramírez Sarmiento, Diana María. (2021). Hacia una participación ciudadana transformadora en Colombia. Análisis de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET). Estudios Políticos, (61), 73-96. Epub December 10, 2021.https://doi.org/10.17533/udea.espo.n61a04

Resolución 1035 de 2022 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima del conflicto armado, el pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. 14 de junio de 2022. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2021). *Documento Marco Modelo Territorial de Salud D.C.* Bogotá.

World Health Organization (WHO). (2024, abril 23). *Social determinants of health*. Social Determinants of Health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health

World Health Organization (WHO). *Una sola salud*. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health#:~:text=%C2%ABUna%20sola%20salud%C2%BB%20es%20un%20enfoque%20integral%20y%20unificador%20cuyo,vigilancia%20y%20control%20de%20enfermedades, 12 de julio de 2024.

Secretaría de Salud de Bogotá. (2023). La metamorfosis de la gobernanza: vivencias y lecciones aprendidas de la respuesta al COVID-19 en Bogotá D. C. (p. 153). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Universidad de los Andes, ¿Qué son las nuevas masculinidades? Explorando una evolución cultural y social. Recuperado de https://programas.uniandes.edu.co/blog/nuevas-masculinidades, 12 de julio de 2024.

Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 22 de febrero de 2024, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

BORRADOR