

000000

Bogotá, D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 14-10-2020 03:47:08

Al Contestar Cite Este No.:2020EE68710 O 1 Fol:0 Anex:0 Rec:3

ORIGEN: 000000.DESPACHO DEL SECRETARIO - N/GOMEZ LO

DESTINO: CONCEJO DE BÓGOTA DC/FREDDY ANANIAS URRE

TRAMITE: OFICIOS-RESPUESTA

ASUNTO: PROPOSICION 746 DE 2020 RAD SDS 2020ER48204 R

Doctor:

FREDY ANANIAS URREGO GARZÓN

Secretaria General de Organismo de Control (E)

CONCEJO DE BOGOTÁ

Calle 36 28 A 41

Ciudad

CONCEJO DE BOGOTA 15-10-2020 02:50:54

2020ER16969 O 1 Fol:1 Anex:0

ORIGEN: SECRETARIA DE SALUD/ALEJANDRO GOMEZ LOPEZ

DESTINO: SECRETARIA GENERAL/CARDENAS PEÑA ILBA YOHANNA

ASUNTO: RESPUESTA PROPOSICION N° 746 DE 2020

OBS: —

ASUNTO: Respuesta a Proposición 746.

TEMA: Respuesta Radicados SDS 2020ER48204; Concejo Distrital 2020EE10770 y 2020IE10412. Proposición 746 Foro sobre Salud *"Retos que impone la Pandemia para la Salud de Bogotá"*.

Cordial saludo a continuación se emite la respuesta al cuestionario de la Proposición 746, en el marco de las competencias de la Secretaría Distrital de Salud.

1. Del punto uno se dará alcance con posterioridad debido a la complejidad del análisis de las bases de datos de la entidad y que a fecha de hoy 14 de octubre de 2020 no se tiene consolidada la información requerida.
2. ¿Por qué las metas de salud en atención de víctimas son tan bajas en términos proporcionales?

R/ La Secretaría Distrital de Salud en el marco de las competencias definidas en la Ley 1448 de 2011, en la cual se establecen las medidas de atención, asistencia y reparación integral para las víctimas del conflicto armado interno, así como el Decreto Reglamentario 4800 y los Decretos con Fuerza de Ley 4633, 4634 y 4635, garantiza la medida de asistencia y atención y la medida de rehabilitación, de la siguiente manera:

1. Asistencia y atención<sup>1</sup>:

- Garantizar la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Art 52
- Prestar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión. Art 53
- Los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria consistirán en: 1. Hospitalización. 2. Material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de la Protección Social. 3.

<sup>1</sup> Las medidas de asistencia y atención se prestan desde la declaración de la persona víctima, hasta la definición de su inclusión en el Registro Único de Víctimas.

sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas. 6. Transporte. 7. Examen del VIH sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento. 8. Servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima. 9. La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas.<sup>2</sup> Art 54

**Reparación integral:** De las 5 medidas de reparación (satisfacción, indemnización, restitución, rehabilitación y garantías de no repetición), el sector salud es responsable de la medida de rehabilitación, para esto el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, expidió, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI-, el cual se implementa a través del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. El PAPSIVI contempla dos componentes:

- *Atención Integral en Salud:* Actividades esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población beneficiaria y que son brindados por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) e incluye la totalidad de las actividades, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación física y mental, que permitirá a la población afectada recuperar su integridad física, emocional y psicológica, reglamentado en el Art. 88, Decreto 4800 de 2011, con responsabilidad de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- *Atención psicosocial:* Procesos articulados de servicios que buscan favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

En tal sentido, la Secretaría Distrital de Salud realizó la formulación de las nuevas metas específicas desde el sector para la atención a la población víctima del conflicto armado residentes en Bogotá para el periodo 2020 – 2024 en el marco del Plan de Desarrollo Distrital "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI" proceso de planeación, formulación y concertación que incluyó diálogo permanente con la población víctima, lo cual permitió la participación de las mismas en el proceso de formulación del Plan de Acción Distrital (PAD), a continuación, se presenta la información relacionada con cada proyecto de inversión, recursos proyectados y meta PAD definida:

<sup>2</sup> El reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, se hará por conducto del Ministerio de la Protección Social con cargo a los recursos del FOSYGA, subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, únicamente en los casos en que se deban prestar los servicios de asistencia para atender lesiones transitorias permanentes y las demás afectaciones de la salud que tengan relación causal directa con acciones violentas que produzcan un daño en los términos del artículo 3o de la presente Ley, salvo que estén cubiertos por planes voluntarios de salud.

Tabla 1. Proyectos de Inversión – Fondo Financiero Distrital de Salud destinados a población víctima del conflicto armado PDD 2020 - 2024

PROYECTO DE INVERSIÓN FFDS	MONTO CON PROPIOS	DESTINADO RECURSOS	META PLAN DE ACCIÓN DISTRITAL 2020 – 2024
7822. Fortalecimiento del aseguramiento en salud con acceso efectivo Bogotá	947.558.047.485		Mantener 148.732 víctimas del conflicto armado residentes en Bogotá afiliadas al régimen subsidiado, para garantizar la continuidad de la cobertura en el SGSSS y ampliarla con aquella población no asegurada, que cumpla con los requisitos para ello
7832. Asistencia: abriendo caminos para la paz y la reconciliación de las víctimas del conflicto armado a través de la atención psicosocial Bogotá.	31.100.000.000		Realizar a 14.400 personas víctimas del conflicto armado la atención psicosocial y/o procesos de armonización con enfoque diferencial a través de la atención en las modalidades (individual, familiar, comunitario, colectivo y/o individual grupal).
7750. Construcción de confianza, participación, datos abiertos para el buen vivir Bogotá	1.646.097.433		Implementar el 100% de una estrategia de fortalecimiento de capacidades con enfoque diferencial, para la participación social en salud de las víctimas del conflicto armado.
7827. Implementación Bogotá Nos Cuida, Un Modelo De Salud Para Una Ciudadanía Plena. Bogotá	0		Brindar 100% de orientación técnica para el fortalecimiento de competencias en las EAPB e IPS priorizadas en la implementación del protocolo de atención integral con enfoque psicosocial para la población víctima del conflicto armado en el D.C., en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud de Agresiones Accidentes y Traumas -RIAS AAT- Nota Técnica: Esta actividad es resultados de los procesos de gestión de la Dirección de Provisión de Servicios.
<b>TOTAL:</b>	<b>980.304.144.918</b>		

Fuente: Proyección de recursos Plan de Acción Distrital de la Política Distrital de Víctimas -PAD- Plurianual 2020-2024. Proyectos de Inversión del Fondo Financiero de Salud. SDS

Al respecto se puede identificar que en el Plan de Acción Distrital (PAD) 2020 – 2024 las metas contempladas desde el sector salud para la atención a la población víctima del conflicto armado, presentan un incremento porcentual en comparación con las definidas en el anterior Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Mejor para Todos.

Es preciso también establecer que, en el actual Plan de Desarrollo Distrital, se configuró el Proyecto de Inversión 7832 “*Abriendo caminos para la paz y la reconciliación a través de la atención psicosocial*” como un proyecto destinado de manera exclusiva a la implementación de la medida de rehabilitación para las víctimas del conflicto armado, lo anterior teniendo en cuenta los principios de progresividad y gradualidad establecidos en la Ley 1448 de 2011.

En tal sentido, la Secretaría Distrital de Salud, continuará fortaleciendo los procesos de atención para la población a través de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud relacionados en la Tabla N°1 de tal manera que reafirma el compromiso en la garantía de las competencias que la Ley 1448 de 2011 delega al sector salud en beneficio de la población víctima del conflicto armado residente en el Distrito Capital.

3. En el marco del actual modelo de Salud ¿Qué acciones de mejora se implementarán para corregir la prestación y cobertura de Servicio?

R/ En el marco las leyes 1438 y 1751, del Plan Decenal de Salud Pública, del Modelo de Acción Integral en Salud (MAITE), del Plan de Desarrollo “UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI”, la Secretaría Distrital de Salud se encuentra en proceso de implementación de un ambicioso modelo de atención que se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque familiar, comunitario, territorial, diferencial, de género, de cultura y participación ciudadana.

Con equipos territoriales de atención en salud, se desarrollará el componente primario de atención que se distribuirán estratégicamente en todos los territorios de la ciudad. El modelo se fundamentará en la promoción de la Salud y la gestión integral del riesgo en salud entendida como aquella “que articula e integra a los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, medir e intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y bienestar de la población, por lo que serán fortalecidos con las capacidades de las redes integradas de servicios de salud y las de participación social y ciudadana.

Se partirá del reconocimiento de las vulnerabilidades presentes en los territorios y la consecuente situación de riesgo de las comunidades y familias que desarrollan su vida en los entornos que socialmente se construyen. Para ello, se adelantará un proceso de focalización de territorios establecidos por las condiciones de vida y salud de las personas y comunidades que allí se encuentran (dimensiones del desarrollo establecida en la metodología PASE del Plan decenal de salud pública y planes territoriales de salud) y, por las prioridades en salud que emergen de las necesidades y problemas específicos de las poblacionales de mayor riesgo.

Se ofrecerán servicios de salud promocionales y de gestión integral de riesgos individuales y colectivos a los hogares y comunidades con énfasis en los incluidos en la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud, mediante un trabajo articulado, colaborativo y coordinado con los demás actores del SGSSS y otros sectores, en al menos 47 UPZ priorizadas por condiciones y calidad de vida, necesidades en salud y carga de enfermedad, en los que se atenderá a toda la población con énfasis en la de especial protección constitucional (materno infantil, gestantes, adolescentes, y con discapacidad) y vulnerabilidad según género, etnias, habitabilidad en calle, entre otros.

Para el despliegue de la estrategia se conformarán y pondrán en operación al menos 200 equipos de atención territorial interdisciplinarios que abordaran como mínimo el 40% de las UPZ de la ciudad focalizando los territorios por índice de pobreza multidimensional, priorizando población e incluyendo una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad.

El plan de respuesta a la atención de la Pandemia por COVID-19 que se ha fundamentado en la estrategia de atención primaria se han acercado los servicios a la población y han hecho más fácil y eficiente el tránsito de los usuarios a través de los distintos niveles de servicio, integrando las intervenciones individuales, colectivas y de gestión de la salud pública, haciendo énfasis en el cuidado individual, familiar y colectivo. Así, por ejemplo, se conformó un poderoso equipo de respuesta domiciliaria mediante un convenio tripartita entre las EAPB, instituciones prestadoras de servicios de salud y la Secretaría Distrital de

Salud, en el contexto del modelo de atención integral de la pandemia como un componente ambulatorio, integral, desconcentrado, con visión y estrategia territorial. Estos equipos se complementan con las actuaciones que, en las Localidades, UPZ, barrios y territorios específicos realizan grupos de vigilancia en salud pública, gestión colectiva del riesgo en entornos y gestión de salud pública en la medida que avanza la epidemia. Las orientaciones estratégicas, tácticas y operativas de la intervención siguen una estructura lógica, coherente y centrada en la prevención de la transmisión, reducción de las complicaciones y muertes de personas en todas las UPZ del Distrito, en la medida que evoluciona la epidemia.

4. Siguiendo la ruta de progresividad y universalidad en la política de salud de Bogotá, ¿cuál es la política que se busca implementar al respecto sin reducir esa ruta de focalización?

La estrategia específica de equipos territoriales de atención en salud irá progresivamente aumentando hasta cubrir el 40% de las UPZ más vulnerables del Distrito Capital. Para ello, se adelantará un proceso de focalización de Unidades de Planeamiento Zonal establecido por las condiciones de vida y salud de las personas y comunidades que allí se encuentran y, por las prioridades en salud que emergen de las necesidades y problemas específicos de las poblacionales de mayor riesgo. En consecuencia, los criterios de focalización centran, concentran o direccionan las intervenciones a realizar en los territorios, mientras que los de priorización identifican las familias priorizadas, el orden, tiempo y progresividad de abordaje de estas.

Las prácticas y criterios de atención de los equipos territoriales de atención en salud se fundamentarán en la modalidad de atención extramural y domiciliaria con capacidad de articularse y complementarse con las redes sanitarias del sector y de los otros sectores sociales responsables de la intervención en determinantes relacionados con la salud y el bienestar. Visitarán y ofrecerán servicios de salud promocionales y de gestión integral de riesgos individuales y colectivos a los hogares y comunidades con énfasis en los incluidos en la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal y las priorizadas en el Distrito Capital.

La experiencia de convenios tripartitas (EPS, IPS, SDS), generada durante la pandemia COVID-19, sumada al reconocimiento de los avances particulares de las administraciones anteriores en las que se desarrolló la estrategia de Atención Primaria en Salud son insumos fundamentales para el diseño inicial de esta estrategia.

Es importante destacar que el abordaje metodológico de la focalización busca el entendimiento del territorio, además de los datos estadísticos por condiciones de vida y salud de las personas y comunidades que allí se encuentran, por las prioridades en salud que emergen de las necesidades y problemas específicos de las poblacionales de mayor riesgo. En consecuencia, los criterios de focalización direccionan las intervenciones a realizar en los territorios, mientras que los de priorización identifican las familias priorizadas, el orden, tiempo y progresividad de abordaje de estas.

Los procesos de planeación de la salud territorial implican entender las condiciones diferenciales de cada territorio, incluyendo un componente flexible para la operación de los equipos territoriales, que permita el abordaje de familias que no habitan en las UPZ focalizadas, pero que se consideren prioritarias por su situación de salud y vulnerabilidad.

Lo anterior conlleva más allá de la retórica, que la gestión de las políticas para la salud y la vida que orientan el modelo de salud territorial de la ciudad, profundiza en el análisis de las características y condiciones que permitan fortalecer las capacidades de personas, familias y comunidades permitiendo comprender la realidad social e impulsando acciones que establezcan la transformación desde la equidad y el desarrollo humano para eliminar las desigualdades que se comparten colectivamente en la ciudad.

Además de la profundización de los enfoques definidos en el Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024, se contemplan de manera especial, la gobernanza, la promoción de la salud y el enfoque de interseccionalidad que busca entre otros, comprender la co-presencia de varias formas de discriminación y desigualdad en una misma persona o grupo poblacional. Esta comprensión debe posibilitar la generación de nuevas construcciones colectivas de respuesta tanto desde la sociedad en general como desde la institucionalidad para mitigar tales brechas de inequidad.

Los anteriores elementos están inmersos en el diseño de la experiencia piloto iniciada en el segundo semestre de 2020 y sujetos a evaluación de acuerdo con los resultados de la misma, puesto que la esencia del mejoramiento del modelo de salud es que éste debe ser progresivo, gradual y continuo.

5. Cuántos equipos de atención básica de salud pública habrá en Bogotá cada año en el territorio?

Para el segundo semestre de 2020 se tiene una meta de equipos territoriales de atención básica, se incorporarán otros 50 equipos en marzo de 2021 para un total de 100 equipos. A partir de septiembre de 2021 estarán en operación 150 equipos básicos y para el 2022, estarán en operación 200 equipos básicos territoriales.

Es de señalar que estos equipos, son complementados por los equipos encargados de las intervenciones territoriales poblacionales y colectivas, desarrolladas en los diferentes entornos donde se transcorre la vida cotidiana, tales como las escuelas, el espacio público, el trabajo, etc, además de las redes de servicios de salud de todos los aseguradores del régimen subsidiado y contributivo, presentes en los territorios.

6. ¿Cuáles son los costos y los beneficios de las APP en salud?

Respuesta: Los costos de una APP están en relación directa a la distribución de los riesgos que se vayan a asignar entre cada una de las partes, y en particular en el sector salud, al alcance que se logrará con cada contrato de APP. Pues las APP en el sector salud pueden tener alcance bata gris cuando el contrato de APP se circunscribe al desarrollo de la infraestructura su operación y mantenimiento; bata gris-verde cuando incluye la infraestructura su operación y mantenimiento aunado a la operación y mantenimiento de los equipos; bata blanca cuando aunado a lo descrito en la APP bata gris-verde se incluye la prestación del servicio médico-hospitalario. Todas las modalidades anteriormente descritas incluyen los costos de financiación del proyecto de APP.

Los beneficios de la APP para cada una de las partes; sector público y privado, se derivan de la asignación de cada uno de los riesgos a la parte que esté en mejor capacidad de gestionarlos. En ese sentido, por ejemplo, el diseño y la construcción de una infraestructura hospitalaria la desarrollaría un experto en la materia que cumpla unos requisitos de experiencia, capacidades técnicas, legales, administrativas y financieras, no el estado; quien a pesar de ser un usuario intensivo de estas infraestructuras no es experto en construirlas.

Pero el uso de los contratos de Asociación Público-Privada se da solamente después de realizar un análisis respecto a cuál es la mejor opción para desarrollar un proyecto de infraestructura (*las APP solo operan respecto a este tipo de proyectos*). Dicho análisis parte de realizar una pregunta neutra ¿Cuál es el mejor mecanismo para diseñar, financiar, construir, operar y mantener una infraestructura? para responder esta pregunta se definen las alternativas con las que cuentan las entidades estatales para ejecutar proyectos de infraestructura, a saber: La APP; que incluye esquemas de concesiones y la obra pública tradicional, posteriormente se utilizan herramientas técnicas y objetivas que permiten escoger qué esquema usar. Las metodologías de selección recomendadas por el DNP son las técnicas "Multicriterio" y valor por Dinero que se materializa con el Comparador Público Privado (CPP). Lo anterior en cumplimiento del Artículo 4o. principios generales de la Ley 1508 de 2012.

*7. ¿Por qué vamos a incurrir en la figura de APP para construir hospitales? ¿Cuál es la relación costo-beneficio de una APP frente a un proyecto desarrollado con recursos propios?*

Respuesta: Los hospitales que se vayan a construir a través de la figura de APP deben cumplir con lo dispuesto en el Artículo 4o. principios generales de la Ley 1508 de 2012. Con ello se quiere decir que la metodología aplicada (*Comparador Público-Privado*) debe demostrar que se genera mayor valor al Sistema de Salud de Bogotá al ejecutar los proyectos de infraestructura hospitalaria a través de la APP y no de obra pública tradicional.

Para desarrollar la técnica más utilizada (*Comparador Público-Privado*) se estiman en primer lugar los costos de un Proyecto Público de Referencia (obra pública tradicional) en donde el sector público retiene la mayoría de riesgos, además de ser el responsable de la operación y el mantenimiento de los activos. Esta estructuración teórica comprende cada uno de los costos (de inversión, explotación, mantenimiento, reposición, etc.) y los riesgos que debería asumir el estado para ejecutar por si solo el proyecto, así como los ingresos esperados de la operación. Posteriormente se compara éste proyecto de referencia con los costos que tendría para el estado el proyecto formulado bajo el esquema de APP; básicamente, los aportes públicos, los riesgos retenidos por el estado y los costos de administración de la APP. Producto del análisis comparativo de los costos de ambas opciones se escoge el que menor costo represente para su implementación.

La relación costo-beneficio de una APP frente a un proyecto desarrollado con recursos propios (obra pública tradicional) es un análisis que se da en los términos antes descritos y

se define caso por caso. No todo proyecto de infraestructura es recomendable realizarlo bajo el esquema APP. Como se ha explicado anteriormente depende de un análisis objetivo de cada caso.

A partir de la definición aportada por el BID de lo que es una APP *“Un contrato a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, para brindar un activo o un servicio público, en el que la parte privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño.”*<sup>3</sup> Podemos decir que los principales beneficios de una APP son:

- Es una fuente alternativa de financiamiento cuando el estado no cuenta con los recursos suficientes para desarrollar uno o varios proyectos (el aspecto más característico de la APP): En lugar de que el estado deba invertir una cifra importante de su presupuesto en las vigencias en que se construirá la infraestructura bajo la modalidad de obra pública tradicional; típicamente entre 2 a 5 años dependiendo el tipo de proyecto, lo cual restringe el presupuesto estatal para atender otras necesidades, la opción de la APP permite aplanar de manera significativa el monto a erogar por parte del estado y las difiere en el tiempo al acudir al pago de alícuotas anuales en un periodo de tiempo contractualmente determinado
- Se le asignan a cada parte (público y privado) los riesgos que mejor pueda gestionar cada uno, lo cual evita que el estado deba tener recursos asignados para el cubrimiento de contingencias, o peor aún, que ante la materialización de un riesgo deba canalizar recursos de otros proyectos para atender el siniestro, afectando sus metas de gobierno
- El que los pagos al privado estén vinculados al desempeño y la gestión eficiente de los recursos incentiva el buen manejo de la infraestructura, pues de lo contrario entrarían a actuar las sanciones previstas contractualmente que disminuyen la remuneración del privado
- Permite introducir el análisis y la innovación del sector privado en la gestión de los activos del estado mejorando la planificación y el proceso de formulación y selección de proyectos
- Se logra introducir la experiencia y expertise del sector privado quien a través de los incentivos adecuados mejora la operación de los activos del estado garantizando la prestación de un servicio eficiente y eficaz
- La perspectiva de inversión en los negocios de APP es de largo plazo: de hasta 30 años según la legislación nacional, por lo que este tiempo se articula como un incentivo a que los activos cuenten con un mantenimiento adecuado a lo largo del contrato.

8. ¿Cuáles han sido las dificultades más comunes a las que se han tenido que enfrentar con esta Pandemia? ¿Cuáles pueden ser las propuestas para subsanarlas?

<sup>3</sup> Página 7. BID, Curso asociaciones público privadas: implementando soluciones en Latinoamérica y el Caribe. Introducción a las asociaciones público privadas. Unidad 1: visión general de las APP.



De acuerdo a su inquietud, y ante la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus Covid-19, la cual permanentemente ha venido generando grandes retos para la ciudad y el país en general, Bogotá como ciudad capital, se ha venido enfrentando a una carga importante en la respuesta, tanto en la identificación de casos, seguimiento, así como en la atención médica que requieren los casos según su estado de salud. Desde la Secretaría de Salud Pública y en el marco de sus competencias, se ha venido afrontando la situación identificando como las dificultades más comunes:

**Incertidumbre en la evolución de la pandemia:** A pesar que recientemente se han venido publicando una serie de informes técnicos de la evaluación de la pandemia en otros países, aún se mantiene un alto nivel de incertidumbre en la ciudad, dado el volumen de casos que se ha venido presentando, así como la evolución en el tiempo, y ante el desconocimiento, frente a la situación en los próximos meses aunado a la no disponibilidad de medidas de protección específica para enfrentar el virus como es la vacunación y tratamiento específico para el manejo de la enfermedad que permita la atención en salud y así disminuir las complicaciones y/o fallecimientos. La evolución demuestra que el resultado en estos desenlaces no sólo depende de las medidas y políticas públicas, sino de los comportamientos y adherencia a las medidas de bioseguridad por parte de los ciudadanos

**Pruebas diagnósticas y oferta nacional e internacional de insumos:** La respuesta desde las acciones de los laboratorios en torno a las pruebas diagnósticas, las cuales no estaban implementadas en el país, y dado el volumen de casos, requirió desarrollar los procesos de transferencia y estandarización de las técnicas, así como la limitada oferta en la obtención de insumos necesarios para el diagnóstico. Aunado a que solamente se contó con una única metodología con alta sensibilidad y especificidad como es la prueba de RT-PCR, implicó que pocos laboratorios puedan implementar la metodología y limitaciones en el número de las pruebas que se han podido desarrollar en las diferentes fases iniciales de la pandemia. Actualmente, la capacidad de la red de diagnóstico se ha incrementado y han empezado a utilizarse metodologías rápidas para el diagnóstico que tienen menores requerimientos de infraestructura.

**Sistema de Información:** La ciudad en el marco de los sistemas de Vigilancia en Salud Pública, y en cumplimiento de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, ha mantenido los procesos de notificación y seguimiento de los casos afectados por la emergencia, en el reporte de casos que cumplen con la definición de caso, sin embargo, y atendiendo a la necesidad de seguimiento y caracterización de los mismos y sus contactos estrechos, la infraestructura del sistema de vigilancia resultó limitada para dar respuesta a la sistematización de las acciones que diariamente se realizan los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud (EAPB, ARL, IPS) (seguimiento a los contactos, investigaciones epidemiológicas de campo, seguimiento a la sintomatología, etc.), contando con herramientas básicas, lo cual ha limitado la consolidación y disponibilidad de información más oportuna para uso de todos los interesados a nivel distrital.

**Falta de tecnología para el desarrollo de acciones en campo:** Aunque estamos en el siglo XXI, se sigue recolectando información de manera física a través de formularios impresos, conllevando a la necesidad de procesos de digitación posteriores en las bases de datos.

**Surgimiento de Aplicaciones online:** Aunque la evolución tecnológica y las facilidades de generar aplicaciones de fácil uso para la comunidad, puede resultar una ayuda clave para el desarrollo de las diferentes acciones, también se ha convertido en un obstáculo dado a que generan expectativas en la comunidad, que no siempre se resuelven, debido principalmente a la limitada interconexión de las mismas.

**Dinámicas y condiciones sociales:** La comunidad como actor clave en la respuesta a la pandemia, a pesar de que se tiene un volumen importante de población Bogotá adherente a las recomendaciones sobre medidas de bioseguridad y aislamiento, aún persisten algunos grupos en desobediencia ciudadana sin ninguna justificación que generan riesgos para la comunidad y por ende facilitan la diseminación del virus.

**Condiciones económicas:** El DANE en su página reportó el cambio porcentual de la tasa de desempleo en comparación con el año pasado, donde presenta aumento de cerca de 10 puntos porcentuales, lo que lleva a necesidad de generarse nuevas estrategias y opciones de trabajo, lo que conlleva a su limitada adherencia a las medidas de aislamiento sostenible.

**Cambio en la forma de operación de Sistema de Vigilancia:** Previamente la Secretaría Distrital de Salud, como entidad rectora en salud en la ciudad, desarrolla sus acciones en las diferentes localidades, barrios y zonas de vulnerabilidad en la ciudad, con un acercamiento y trabajo con las comunidades. Con la emergencia se vio obligada a replantearse la forma de abordar a la comunidad que no implique riesgos en salud tanto para la población como para los trabajadores y que se puedan desarrollar las acciones de Salud pública, cambio que se ha venido dando paulatinamente.

**Procesos intersectoriales para la prestación de servicios integrados:** Dadas las necesidades en los cambios requeridos para el abordaje de las comunidades, y con el propósito de brindar una oferta de servicios intersectoriales de acuerdo con las necesidades de la población, se identifica limitaciones en la articulación que permitan lograr mayor eficiencia en brindar soluciones integrales a la comunidad.

**Las situaciones de emergencia en el marco de un nuevo plan de gobierno:** El año 2020 inició con el proceso de armonización con el nuevo Plan de gobierno, lo cual genera la necesidad de construir sobre lo construido con un ingrediente adicional proporcionado por la situación de emergencia, que implicó la incorporación y en algunos procesos la modificación de acciones en pro de la atención de la misma.

**Persistencia de eventos no visibles:** Aunque la emergencia sanitaria, por su magnitud y afectación en toda la ciudad, ha generado la sensación de que es el único problema en salud pública que afronta la ciudad, dejando poco visibles otras situaciones que persisten y que poco a poco se han vuelto relevantes, como la salud mental, maltrato familiar, seguridad alimentaria, vacunación, entre otros. Adicionalmente, la dinámica de la emergencia ha requerido que el talento humano redirija sus actividades para enfrentar la pandemia, aunado a la necesidad de replanteamiento de lineamientos distritales en torno al abordaje de la misma, tanto en lo operativo como en lo financiero.

**Disponibilidad de Talento humano:** A pesar de disponibilidad de personal de salud y áreas afines y dada la demanda de necesidades en torno a la pandemia, el Talento Humano resulta insuficiente dada la limitada experiencia en manejo de situaciones de emergencia de tipo internacional como lo ha sido COVID-19 así como la incorporación y ajustes de procesos y procedimientos de salud pública.

**Infraestructura en servicios de salud:** A pesar de que la ciudad cuenta con la mejor oferta en salud del país, dado los requerimientos de la pandemia, se ha visto enfrentada a replantear su oferta de servicios, en especial los servicios de cuidado intensivo. Ante un eventual nuevo pico, los servicios de salud pueden verse abocados a saturar la ocupación.

**Limitaciones en estrategias para abordaje a población vulnerable:** El avance de la tecnología ha permitido encontrar medios para estar en permanente contacto con la comunidad, pero es limitada para aquellas personas que no disponen de acceso a internet o medios de comunicación para estar informada frente a situación, así como de los cambios en los procesos de atención en salud.

**El reto que ha generado el COVID-19 como enfermedad laboral:** Aunque se han mostrado mejoras en el manejo por parte de las Administradoras de Riesgos Laborales y empleadores en cuanto a la entrega de elementos de protección personal a los trabajadores, así como el uso adecuado de los mismo, algunos se han visto abocados a desarrollar las actividades sin la debida preparación para el manejo del riesgo, exponiendo al contagio tanto al trabajador, el paciente y sus familias.

También es preciso señalar que, a corte al 30 de septiembre de 2020, desde la Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud, se han gestionado 2.261 manifestaciones de los ciudadanos, de las cuales se realizaron visitas para 868 manifestaciones y 1.393 se direccionaron a investigación administrativa.

A partir del mes de abril y con corte a 30 de septiembre de 2020 se han realizado 171 visitas a IPS públicas y privadas con servicios de internación, unidades de cuidado intensivo, urgencias, consulta externa y cuidados crónicos, durante las cuales se verificaron los siguientes aspectos:

- ✓ Existencia y suministro de insumos, equipos y elementos de bioseguridad, para la protección del talento humano que realice la atención a las personas, en virtud del riesgo específico por la función que desempeñe en la institución;
- ✓ Capacitación al talento humano en salud y de áreas administrativas, en los temas relacionados con las medidas de bioseguridad y adecuado uso de los EPI, asegurando adherencia a los protocolos definidos por la Institución.
- ✓ Disponibilidad de ambientes físicos para la atención del paciente en aislamiento y la respectiva dotación para cumplir con los protocolos de higiene de manos.
- ✓ Disponibilidad de áreas para la colocación y retiro de los Equipos de Protección Individual EPI.

Los principales resultados evidenciados en los prestadores fueron los siguientes:

- ✓ Cumplimiento a medidas de bioseguridad: se observa adherencia a protocolos en el 90% que corresponde a 153 IPS de las 171 evaluadas.
- ✓ Direccionamiento a Investigación Administrativa: se da curso a investigación al 9% que corresponde a 16 IPS.
- ✓ Medidas de Seguridad: se impuso medida al 1% que corresponde a 2 IPS.

Teniendo en cuenta los hallazgos, en las visitas realizadas se hicieron recomendaciones para generar acciones de mejora respecto a:

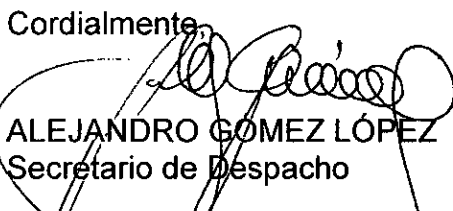
- ✓ Estrategias de capacitación y entrenamiento permanente en el uso adecuado de los equipos de protección individual- EPI.
- ✓ Capacitar y verificar el cumplimiento de las normas de distanciamiento físico en todas las áreas de la Institución y especialmente en las áreas sociales y zonas de descanso.
- ✓ Fortalecer las acciones tendientes al cumplimiento de las normas de bioseguridad.

Con ocasión a las visitas realizadas y las capacitaciones dirigidas a IPS con servicios de hospitalización y cuidado intensivo en normas de bioseguridad y uso correcto de equipos de protección individual, se ha generado un impacto positivo en el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

Es importante resaltar que, a pesar del cumplimiento de las normas de bioseguridad, se evidenciaron algunas fallas del talento humano en salud en el uso de los respiradores de alta eficiencia, usándolo por tiempos prolongados de hasta 8 o 10 días, y algunos prestadores, incluso realizaban prácticas de reúso, sin considerar las recomendaciones del fabricante. por lo que esta Dirección, elaboró, el documento "*Orientaciones para el uso de respiradores de alta eficiencia para la prestación de servicios de salud*".

En los anteriores términos se da respuesta a la solicitud.

Cordialmente,

  
ALEJANDRO GÓMEZ LÓPEZ  
Secretario de Despacho

Copia: 010000- 011100 – 020000- 000100- 031000

Elaboró: Diana Saldarriaga; Martha Rodríguez; Elkin Osorio; Carlos J Pinto.

Consolidó: Gustavo Fierro - Oficina Asesora Jurídica Profesional Especializado  
Sandra Núñez -

Revisó: Cris Reyes Gómez – Profesional E. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento

Adriana Mercedes Ardila Sierra – Subdirectora de Determinantes en Salud

Inés Galindo – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Libia Esperanza Forero García – Asesor de Despacho

Aprobó: María Clemencia Mayorga – Subsecretaria de Salud Pública

Blanca Inés Rodríguez Granados – Jefe de Oficina Asesora Jurídica

Manuel Alfredo González Mayorga – Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

CONCEJO DE BOGOTÁ 15-10-2020 02:50:54

2020ER16969 O 1 Fol:1 Anex:0

ORIGEN: SECRETARIA DE SALUD/ALEJANDRO GOMEZ LOPEZ

DESTINO: SECRETARIA GENERAL/CARDENAS PEÑA ILBA YOHANNA

ASUNTO: RESPUESTA PROPOSICION N° 746 DE 2020

OBS: —