



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

AÑO III N°. 3458 DIRECTOR: DAGOBERTO GARCIA BAQUERO NOV. 02 DEL AÑO 2022

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO N° 599 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA (APS), “BOGOTÁ SALUDABLE” A FIN DE GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS Y LOS CIUDADANOS EN BOGOTÁ D.C.”.....	12904
---	-------

PROYECTO DE ACUERDO N° 599 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA (APS), “BOGOTÁ SALUDABLE” A FIN DE GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS Y LOS CIUDADANOS EN BOGOTÁ D.C.”

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Objeto

El objeto del presente Proyecto de Acuerdo (PA) es crear el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) “Bogotá Saludable”, a fin de garantizar el derecho a la salud de las y los ciudadanos en Bogotá D.C.

2. Objetivos específicos:

- 2.1. Fortalecer el conjunto de entidades, políticas, instrumentos, planes y proyectos necesarios para hacer realidad un Modelo de Atención de Salud Preventiva, en todas el Distrito Capital.
- 2.2. fortalecer un marco normativo para garantizar los diagnósticos necesarios para establecer el estado del derecho a la Salud en el Distrito Capital.
- 2.3. Ejecutar acciones de Promoción y prevención en materia de salud, para la garantía y restitución del derecho a la salud, promover el desarrollo integral, el cuidado personal, el aprendizaje y las habilidades para la población priorizada en la ciudad de Bogotá D.C.

- 2.4. Garantizar la accesibilidad de los y las ciudadanas a los servicios de salud preventiva de forma universal y progresiva.
- 2.5. Desarrollar acciones para la construcción de ambientes saludables, accesibles e incluyentes para la población priorizada en el Distrito Capital a través de la gestión interinstitucional y transectorial.
- 2.6. Generar espacios de participación que contribuyan a la movilización social y el empoderamiento como sujetos activos en la toma de decisiones en salud.

3. Antecedentes y justificación del proyecto:

Fortalecer la Atención Primaria en Salud, es una de las preocupaciones contemporáneas de gobiernos, sociedad civil, personal de salud y la ciudadanía en General. Avanzar en modelos preventivos orientados a mejorar la calidad de vida, establecer hábitos saludables y mejorar la participación de las decisiones institucionales del sector, se han convertido en objetivos estratégicos, en aras a profundizar la materialización del Estado Social de Derecho.

El ambiente de la discusión actual es más que propicio, después de tres décadas en las que el mercado se impuso sobre los derechos sociales, se redujeron los servicios públicos para el bienestar mientras se fortalecía la privatización y la flexibilización del mercado para asegurar ganancias de los inversionistas. Ha llegado el momento de corregir la tendencia mercadocéntrica y ello implica dotar al distrito de herramientas institucionales que le permitan avanzar en modelos garantistas, universales y progresivos del Derecho a la Salud, sobre todo en la fase preventiva y de atención primaria.

Durante los últimos años, el mundo vivió la Pandemia del COVID19, cuyos estragos fueron inconmensurables, no solo por la cantidad de vidas perdidas sino por sus impactos negativos en la vida social de las personas, el incremento del desempleo y la desprotección de los desocupados, el incremento de la pobreza y la desigualdad y el abandono de políticas sociales para recurrir a la cobertura de la emergencia. Uno de los grandes aprendizajes que dejó la pandemia es que se requiere la tendencia global y nacional del desmantelamiento de los servicios de salud y la seguridad social. Vimos como nuestro sistema mercadocéntrico de atención, privilegió la atención prioritaria y final de los pacientes, al tiempo que dejó ver la precariedad en que se encuentran los servicios de salud preventiva y primaria. Si algo dejó claro la pandemia es que se requiere robustecer la materialización de los derechos a la salud, no solo al nivel de la atención del enfermo, sino sobre todo en las etapas primarias, en la prevención y en los cambios de hábitos saludables. Ello implica necesaria mente, ampliar la capacidad institucional, reenfocar los esfuerzos públicos y privados y sobre todo, fortalecer la capacidad participativa y

democrática de las comunidades y las ciudadanías en la gestión de los derechos sociales para hacerlos realidad, a través del diálogo incidente y la toma de decisiones de política públicas.

Recuperar la capacidad de implementación del principio de precaución, planear para prevenir y enfocar los esfuerzos sociales e institucionales en reducir factores de riesgos. Prevenir más para cuidar más y sanar mejor. Esta es la consigna principal en que busca contribuir esta iniciativa normativa. Este propósito común, cuenta con antecedentes claves a nivel nacional e internacional, que vale la pena resaltar.

4. Instrumentos internacionales

4.1. Declaración de Constitución de la OMS (1946)

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos para asegurar la vida digna. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

4.2. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, también se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. El Artículo 22 de la Declaración establece: "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

Por su parte, el Artículo 25, define: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos

los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

4.3. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el presente Pacto para lograr la plena realización de este derecho incluirán las necesarias para:

a) La disposición para la reducción de la tasa de mortalidad y de mortalidad infantil y para el desarrollo sano del niño;

(b) La mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial;

(c) La prevención, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras;

(d) La creación de condiciones que aseguren a todo servicio médico y atención médica en caso de enfermedad.

4.4. Declaración De Alma-Ata (1978)

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán (entonces integrante de la URSS), del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. Su lema fue "Salud para todos en el año 2000", en la que se recomienda a todos los sectores y los niveles de gestión y de administración introducir, desarrollar y mantener la APS como estrategia para promover y proteger la salud y alcanzar la cobertura universal del Derecho. La declaración plantea que, con el suministro de las medidas sanitarias y sociales adecuadas, a través de la APS, los gobiernos se propongan asumir la responsabilidad sobre la salud de sus poblaciones.

Se plantea, igualmente, la necesidad de realizar un abordaje de la salud y la asistencia sanitaria con nuevas perspectivas, y reiterando que la salud "es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" (OMS, 1978).

4.5. Convención Americana de los DD.HH. (1978) y el Protocolo de San Salvador (1988)

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, consagra en el artículo XI el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar. La Convención Americana de Derechos Humanos, aunque no hace alusión expresa al derecho, sí afirma en su artículo 26 que los Estados partes se comprometen “a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica” para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, que en su artículo 33 hace referencia al derecho a la salud.

Así mismo el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador suscrito en 1988, aprobado por Colombia en 1996 y que entró en vigor en 1999, protege igualmente el derecho a la salud al decir: “Artículo 10 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

Por su parte, la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecieron algunas condiciones para la garantía del Derechos a la Salud (2008), que son importantes resaltar:

El derecho a la salud comprende algunos derechos; a. El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; b. El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; c. El acceso a medicamentos esenciales; d. La salud materna, infantil y reproductiva; e. El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; f. El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; g. La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

También, la Oficina considera que “Deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud” (OMS, 2008).

5. Marco constitucional de los Derechos a la Salud

Nuestra Constitución Política está orientada a la materialización de un Estado social de Derecho, lo cual implica un horizonte constitucional centrado en los derechos, afincado en la participación ciudadana y cuyo propósito principal es la paz, el bienestar y la igualdad de todos y todas.

El artículo 44 consagra la salud como derecho fundamental de los niños, y es claro que éste también se entiende incorporado en la protección de la vejez contenida en el artículo 46. El artículo 48 establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio “que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, cuyo desarrollo legal debe ajustarse a los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, permitiendo también la participación de los particulares en el sistema de seguridad social. También, la Constitución establece que la seguridad social es no sólo un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, sino que también representa un derecho irrenunciable, garantizado a todos los habitantes del Estado. Por su parte el artículo 49 de la Constitución establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. Más adelante dispone que todas las personas puedan acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Esto debe leerse en armonía con los artículos 36 y 366 ibídem, que establecen que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que es deber de éste asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio.

Más adelante el mismo artículo dispone que “corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y el saneamiento” y el deber de ejercer la vigilancia y el control de la prestación de los servicios, que puede ser llevada a cabo por particulares. Finalmente, el mismo artículo establece el derecho de atención gratuita, en las instituciones que reciben aportes públicos, para todos los menores de un año.

En virtud del llamado bloque de constitucionalidad, esta recepción del derecho a la salud por la Constitución de 1991 implica también, en cierta medida, la constitucionalización de los estándares internacionales sobre dicho derecho, explicados en los apartes anteriores de este capítulo. En efecto, conforme a dicha figura, los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia, y en particular el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales y el Protocolo de San Salvador tienen rango constitucional en el ordenamiento colombiano, por lo cual sus mandatos deben ser tomados en cuenta por las autoridades. A su vez, los criterios desarrollados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como intérprete autorizado del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, son criterios relevantes para determinar el contenido y alcance de los derechos sociales (CP art. 93), como el derecho a la salud, por lo que las doctrinas de dicho Comité, explicadas anteriormente en este capítulo, tienen clara relevancia constitucional en Colombia.

6. Antecedentes de la Atención Primaria en Salud

Como experiencias de trabajo en salud anteriores a la declaración de Alma-Ata, y que pueden ser ubicadas como antecedentes de la APS, se reconocen a partir de los años cincuenta del siglo XX: por una parte, el desarrollo de la propuesta de Promotoras Rurales de Salud (como agentes comunitarios de salud), llevada a cabo por Héctor Abad Gómez en la Universidad de Antioquia hasta ser un programa oficial en todo el país; y, por otra, las lideradas en la Universidad del Valle por Santiago Rengifo Salcedo (discípulo de Henry Sigerist).

A comienzos de los años setenta del siglo XX se destaca la experiencia liderada por Gustavo Molina, exiliado chileno en Colombia y docente de la Escuela Nacional de Salud Pública en la Universidad de Antioquia, desde donde promovió y desarrolló experiencias similares a las chilenas en la medicina integral y en la integración de los servicios, conocida con el nombre de integración operacional de abajo hacia arriba (IOAPA) para el sector urbano (Medellín) y para el rural (Carmen de Viboral), y que halló un ambiente propicio en el Sistema Nacional de Salud de 1975.

Tras la declaración de Alma-Ata (1978) la APS fue introducida en Colombia con el apoyo de la OMS y la OPS. Sin embargo, fue formulada e implementada como una versión limitada, y que, a través de planes de salud oficiales, compuestos por acciones simples con amplia cobertura, buscaba solucionar a corto plazo los problemas de salud de grupos priorizados.

Durante los años ochenta del siglo XX la implementación de la APS (que se puede pensar como una APS selectiva) se dio a través de las Unidades Primarias de Atención (UPA) con unos componentes débiles de articulación intersectorial, participación comunitaria y algunos programas sectoriales de intervención selectivos. Por medio de las UPA se desarrollaban actividades como asistencia médica con promotoras y personal auxiliar de salud, suministro de medicamentos formulados, educación nutricional, vacunación y vigilancia epidemiológica, promoción de la construcción de sistemas de abastecimiento de

agua e instalación de filtros caseros, educación para la disposición de basuras, control de zoonosis y mejoramiento de la vivienda.

Adicionalmente, para propiciar la participación comunitaria y la acción intersectorial se construyeron propuestas como la del Plan Nacional de Participación Comunitaria, de 1981, de donde surgen programas como el Vigía de la Salud, que logra articular el sector educación con el sector salud a partir del trabajo realizado en educación en salud a estudiantes del último grado de bachillerato. Sin embargo, dichos espacios y los demás creados para propiciar la participación comunitaria y la acción intersectorial no fueron duraderos, y lo que se vio fue un desarrollo de la APS únicamente desde el sector salud.

Con la Ley 10 de 1990, que descentraliza el SNS e introduce cambios de organización y de operación de este, se busca universalizar los servicios básicos de salud mediante el programa Salud Básica para Todos; también, promoviendo el aseguramiento privado y voluntario y fortaleciendo la participación comunitaria. Este programa centró su atención en la familia e intentó ampliar la participación comunitaria a través de la municipalización de la atención de salud, la intervención de los factores de riesgo y los determinantes de la salud, y el interés del Estado por asumir la salud como responsabilidad pública.

En el contexto de la iniciativa neoliberal, que buscaba promover la descentralización política, administrativa y financiera del Estado para reducir gastos dentro del marco de la política de ajustes fiscales del momento, se organizaron los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Estos se pensaron como articuladores municipales de los sectores públicos y privados, de la comunidad y de los hospitales, y de las personas y su contexto. Dentro de este marco de acción se asumieron nuevos retos con nuevas perspectivas, se organizaron algunos programas con manejo integral y por etapa de ciclo vital, y se redujeron las intervenciones verticales y focalizadas.

La puesta en marcha de los SILOS logró hacer uno de los mayores acercamientos a la APS integral antes de la Ley 100 de 1993. Muestra de ello es la vinculación de epidemiólogos y profesionales de las ciencias sociales a los servicios de salud (Vega, 2009) para dinamizar procesos de producción y análisis de información; también, la puesta en marcha de la Estrategia de Promoción de la Salud (PS); la Programación Local de Salud, para formular los Planes Locales de Salud; el Programa de Municipios Saludables, y el de Comunicación para la Salud y la Participación Social en Salud. Para el mismo periodo uno de los principales logros fue la integración de los SILOS con la Estrategia de Promoción de la Salud.

Se dieron algunos desarrollos, principalmente organizacionales y estructurales, de los servicios de salud dentro del marco de la descentralización del Estado (política de modernización del Estado). Entre dichos desarrollos se cuentan la entrega a los alcaldes,

en el ámbito municipal, de la responsabilidad de la dirección de salud, del liderazgo de la integración de los servicios y de la acción intersectorial; mediante ello se buscaba la conexión del sector salud con los planes locales de desarrollo social, y al primer nivel de atención (centros y puestos de salud) en las comunas o las localidades (subdivisiones político-administrativas de los municipios).

6.1. APS dentro del marco del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS)

Con la Ley 100 de 1993, orientada por el Banco Mundial, se produjo un retroceso en los adelantos alcanzados en la APS integral, pues se la redujo a simple atención clínica y a un paquete básico de acciones en Salud Pública (Vega, 2009). La reforma, que tuvo como fondo la mercantilización de la salud, redujo la salud pública a bienes con altas “externalidades positivas” incluidas en el Plan de Atención Básico (PAB) y designó las demás actividades de atención médica a las personas como bienes privados o mixtos (incluidos en el Plan Obligatorio de Salud [POS]), y por los cuales se debía pagar una cotización. Esto generó, además de otras cosas, que entre 1993 y 1996 se debilitaran el accionar de los SILOS y los alcances de la promoción de la salud y del reconocimiento de los territorios, hasta llevarlos a desaparecer.

Aunque durante dicha etapa se realizaron algunos intentos por integrar las actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación, como el Programa Municipios Saludables por la Paz, el programa de Escuelas Saludables, la Resolución 412 del año 2000 y la Ley 715 de 2001, estos no mostraron grandes resultados, en tanto, estructuralmente, las acciones individuales de curación, promoción y prevención incluidas en el POS son bienes privados o mixtos, sin ninguna conexión con el PAB.

Sin embargo, hubo algunos intentos de incluir la estrategia de APS:

- a. En la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, donde se formula una línea orientada a “la identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria” (Vega, 2009).
- b. En la Ley 1122 de 2007 (definición de salud pública), que en su artículo 33, literal i, señala que el Plan Nacional de Salud Pública, creado por esta ley, incluye “los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria” (Vega, 2009).
- c. En el Decreto 3039 de 2007, que regula el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública (página 56), y hace referencia a la APS dentro del marco de las Estrategias para mejorar la salud mental. La APS sigue quedando a “discrecionalidad de los entes territoriales” (Vega, 2009).

- d. Por la crisis que la Ley 100 produce en la salud pública, la OPS propone una estrategia en la cual la Salud Pública se entiende como “el conjunto de prácticas sociales e interdisciplinarias que posibilitan la intervención colectiva del Estado y de la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de las personas” (Vega, 2009), que tiene como enfoque operativo las funciones esenciales de la salud pública (FESP).
- e. Aunque las FESP trascienden la idea de Externalidades Positivas para la Salud, tampoco incluyen la APS como parte de la salud pública. Ello, posiblemente, obedece a que la APS tiene un componente de atención médica a las personas, el cual no ha sido tradicionalmente incluido dentro de la salud pública, y, ante ello, la OPS y la OMS proponen la APS renovada, con ideas sobre cómo y en cuáles aspectos se puede avanzar en la articulación entre APS, salud pública y promoción de la salud.
- f. En el contexto de la APS renovada se pueden identificar experiencias significativas en ciudades como Bogotá y Medellín, y en regiones como el Valle del Cauca y Santander.
- g. Colombia, tras las imposiciones del Banco Mundial, es uno de los países que se orientan hacia un sistema de salud liberal o de competencia gerenciada, sobre lo cual las evidencias demuestran que no es un modelo positivo para la integralidad, la universalidad ni la equidad en salud. La lógica del mercado, a partir de la Ley 100 de 1993, arroja como resultado un sistema segmentado, fragmentado y de cobertura a APS vinculada al mercado, la competencia de servicios y la diversificación de las fuentes de financiación (Vega, 2009).

7. La Atención Primaria en Salud en Bogotá

En Bogotá existen algunos referentes de política pública distrital en los años ochenta y noventa del siglo XX, que hablan de la necesidad de poner en marcha una experiencia de atención primaria en salud (APS) para reducir las inequidades y fortalecer el sistema público en salud, y que cayeron en el olvido con la implementación de la Ley 100 de 1993 (Secretaría Distrital de Salud, 1991). En tal sentido, algunos autores coinciden en afirmar que con dicha ley diversas experiencias de desarrollo de la APS en el país fueron debilitadas, y se llegó, incluso, a censurar el término (Cardona, 2009).

La formulación del Plan Distrital de Desarrollo 2004-2008 “Bogotá sin Indiferencia” explicitó su compromiso con la garantía de los derechos humanos interdependientes. En coherencia con ese compromiso, el equipo de trabajo de la Secretaría Distrital de Salud diseñó una propuesta de política pública de salud que buscaba avanzar, específicamente, en la garantía del derecho a la salud en Bogotá.

Para ello, se tomó como punto de partida un balance de salud y de calidad de vida de las personas que habitan la ciudad y los problemas de la respuesta institucional en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el balance se identifica a Bogotá como una ciudad más moderna, pero también más desigual, donde se destaca una inversión sostenida en infraestructura, cultura tributaria y ciudadana, aunque, igualmente, con graves problemas de desempleo, subempleo e informalidad, pobreza e indigencia, desplazamiento por el conflicto armado, incremento de enfermedades crónicas, infecciosas y por lesiones, y necesidades mayores y más complejas que reflejan profundas inequidades en salud: “Si bien los indicadores de salud de la población bogotana han mejorado de manera global, existen desigualdades enormes entre las localidades”. (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004).

En este sentido, y en coherencia con el objetivo central del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá sin Indiferencia 2004-2008”, en términos de “construir las condiciones para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos humanos establecidos en el pacto constitucional y en los convenios e instrumentos internacionales”. (Alcaldía Mayor de Bogotá-Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 2004), se planteó como una prioridad sectorial avanzar en la garantía del derecho a la salud situando la disminución de la inequidad como asunto de interés transversal y en relación con la pobreza y la exclusión por situaciones o condiciones vinculadas al ciclo vital, al género, la etnia o la discapacidad.

Al considerar que la salud requiere tener en cuenta la calidad de vida de las personas y las opciones autónomas que conducen a ella, aun en situación de enfermedad o de discapacidad, la política de salud en el Distrito adopta una Estrategia Promocional de la Calidad de Vida y la Salud de las Personas que trascienda la simple atención y prevención de enfermedades, lesiones corporales o mentales. Esta perspectiva reconoce la naturaleza de derecho de la salud y la necesidad de la interacción permanente entre el sector salud y otros sectores del Estado, tanto como el papel de las personas y de las organizaciones sociales en la producción de la salud, en términos de calidad de vida (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004).

En ese sentido, cuatro principios sustentan la política sectorial:

- a. La equidad, entendida como justicia social, y central en el propósito de la eliminación de los determinantes que permiten la existencia de diferencias injustas y evitables.
- b. La solidaridad, basada en la igualdad de la condición humana, y que permite ponerse en el lugar del otro y de la otra, sin importarnos cuál es el propio lugar.

- c. La autonomía, sustento del ejercicio de la libertad y de la autodeterminación de las personas, y que reconoce en cada uno al sujeto actuante que es, con todas las capacidades disponibles.
- d. El reconocimiento de las diferencias, que permite comprender y ajustar las decisiones públicas a la diversidad cultural, étnica, política, de género o de ciclo vital.

Para lograr dicha transformación, el sector salud integró sus acciones al Plan de Desarrollo Distrital a través de dos programas centrales y 11 proyectos de inversión. En el primero, denominado “Salud para la Vida Digna”, se destaca un proyecto prioritario: “Universalización de la Atención Integral en Salud”. En este proyecto se albergó el desarrollo del modelo de APS con enfoque familiar y comunitario, y llamado Salud a su Hogar, como una de las estrategias centrales para la universalización, junto con el componente de acceso a medicamentos esenciales y la regulación de la atención de urgencias, mediante la conformación de las redes de servicios y del Sistema de Emergencias Médicas.

Dentro de los diez proyectos restantes que permitirían dar cumplimiento al conjunto de objetivos, se destacan: los referidos al diseño de un sistema integrado de información de base local y con alcance distrital; el desarrollo de una estrategia de manejo de recursos que combina la administración de subsidios a la demanda del régimen subsidiado; el fortalecimiento de la red pública, de cara a las nuevas demandas que genere el desarrollo de la APS, y el inicio de un proceso de dignificación del talento humano en salud para mejorar la calidad del trabajo en el sector y propiciar el compromiso de los trabajadores y los profesionales con el imperativo de responder de la mejor manera posible a las necesidades de las personas (Alcaldía Mayor de Bogotá Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 2004; Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004).

En el segundo programa, conocido como “Ciudadanía en Salud”, se plantea la idea de que la realización del Estado Social y Democrático de Derecho implica que las personas son sujetos de derechos y ejercen su autonomía en la apropiación de las decisiones y las acciones individuales y colectivas que les incumben. En tal sentido, la ciudadanía en salud se expresa tanto en la toma de decisiones relacionadas con los procesos de atención individual y colectiva como en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas públicas. El programa pretende fortalecer los espacios y los mecanismos de participación ciudadana y social en salud, pero también, favorecer el ejercicio de la autonomía de las personas y de las organizaciones sociales en el ámbito público relacionado con la salud, y tanto en la ciudad-región como en las localidades.

Así pues, para comprender la formulación de la APS debe entenderse que ella se enmarca dentro de un pensamiento articulador de la política sectorial, que la incluye, pero no se

agota en ella, al tiempo que implica un ejercicio de articulación con el conjunto de programas de la política y un elemento inductor de la organización sistémica de los servicios de salud y su protagonismo dentro de un marco transectorial.

Entre las definiciones iniciales de la APS en Bogotá se destaca que para poner en marcha la estrategia (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004) “Se propone un modo promocional de la calidad de vida y la salud que permita superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance en una perspectiva colectiva de la salud, es decir, de una verdadera salud pública [...]”.

Esto significa un ordenamiento de todos los procesos, tanto sectoriales como transectoriales, tanto institucionales como sociales o comunitarios, tanto curativos como preventivos, educativos, protectores o de rehabilitación, tanto individuales como colectivos, hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el favorecimiento del ejercicio de su autonomía para la realización de sus proyectos de vida. Este modo promocional potencia la APS para garantizar el derecho a la salud, si se entiende por APS, siguiendo a Tejada Rivero, “el cuidado integral de la salud para todos y por todos” (OPS, 2003).

Esta opción implica pasar de un modo de atención basado en la enfermedad, donde predomina la gestión de los servicios curativos, se filtran las demandas y se identifican las necesidades de la población de manera fragmentada, al imperativo ético de responder a las necesidades sociales mediante un modelo de promoción de la calidad de vida y la salud, con un modo de gestión apropiado. Tal reto requiere comprender las esferas de la calidad de vida, en las que se expresan las necesidades sociales derivadas de los derechos humanos interdependientes (Negri, 2004; 2006):

- a. La esfera individual, en la que el valor ordenador es la autonomía, desplegada desde la capacidad de valerse por sí mismo, o autonomía funcional, hasta la posibilidad de lograr la suficiencia económica o de ejercer una opción política emancipadora.
- b. La esfera colectiva, cuyo valor central es la equidad, base de la redistribución.
- c. La esfera institucional, donde la transectorialidad, la integralidad y la democracia deben buscar la mayor eficacia social posible.
- d. La esfera subjetiva, donde se juega la construcción de los imaginarios sociales.
- e. La esfera ambiental, donde se construye la sostenibilidad.

7.1. Programa de territorios saludables durante la Bogotá humana (2012-2016)

El Plan de Desarrollo Distrital de la Bogotá Humana formuló el Programa Territorios Saludables, el cual define el desarrollo de subprogramas de salud ordenados por cada una de las etapas ciclos de vida y por situaciones/ condiciones diferenciales prioritarias en los micro territorios y territorios de Salud , con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la salud para los y las ciudadanas del Distrito Capital, tomando como orientación la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS).

Estos subprogramas se desarrollaron en microterritorios y territorios de salud a través de las acciones en los ámbitos de vida cotidiana; esta guía operativa buscaba dar orientaciones metodológicas y temáticas respecto de las acciones a desarrollar por los y las técnicos y profesionales de los y equipos territoriales de APS (Equipos de Respuesta Inicial (ERI), los Equipos de Respuesta Complementaria (ERC), Equipo de gestión Equipo de vigilancia en salud pública) en el ámbito familiar, en la perspectiva de lograr la consolidación de “Familias Protectoras de la Salud y la Vida” con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del individuo, la familia y las colectividades, potenciando su autonomía y mejorando su calidad de vida.

La política territorial buscaba la Identificación de las condiciones y necesidades de salud de los individuos y los núcleos familiares; lo cual permitió determinar la vulnerabilidad familiar e individual. En esta etapa se elabora un Plan en el marco del enfoque familiar, que motiva la asesoría familiar y que responde a la priorización (situación, condición y riesgo) de cada sujeto integrante de la familia.

También el Programa priorizó la atención inicial, cuyas acciones implicaron la valoración del riesgo en salud, la atención en casa (consulta resolutive) y la remisión (canalización) a servicios según la necesidad identificada, dicha remisión podrá ser al ERC, a los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Para lograr una política territorializada e integral de ATP renovada, era necesario promover una gestión Intersectorial, que permitiera la integración adecuada y eficiente de estrategias y recursos para lograr la cobertura adecuada y el cumplimiento de los propósitos de universalidad, integralidad y cobertura de la política de Salud.

7.2. La Salud Preventiva en el Plan de Desarrollo 2020-2024

El Plan de Desarrollo Distrital “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI” el gobierno distrital ha atendido a más de 45 familias y a cerca de 67 mil personas en lo que va corrido del actual gobierno. El Modelo de atención denominado “equipos de atención en casa”, coordinado por la Secretaría Distrital de Salud, se centra

en programas como, la prevención de la mortalidad y la desnutrición infantil, mortalidad materna y prevención del embarazo en adolescentes entre los 10 y 19 años, a través del Plan de Salud de intervenciones colectivas – PSPIC, que se materializan en los programas “Salud a mi barrio” y “salud a mi vereda”.

Sin embargo, el personal vinculado para la estrategia de salud preventiva se encuentran precarizados a través de contratos de prestación de servicios, lo cual implica que la estancia del personal es de corta duración con lo que se desaprovecha la experiencia y el saber acumulado.

Esta experiencia se puede consolidar, convirtiendo el Modelo de Atención Primaria en Salud, no solo en una prioridad de un gobierno, sino como un Acuerdo de Ciudad, a partir de la presente iniciativa.

Hoy el Distrito Capital cuenta con los recursos para implementar y organizar el Modelo de Atención Primaria en Salud, lo cual asegurará la permanencia en el tiempo y el fortalecimiento progresivo de las iniciativas actuales y las que se proponen en el desarrollo del presente Acuerdo.

8. Conveniencia del Proyecto de Acuerdo

Los aprendizajes derivados de 30 años de los modelos de salud mercadocéntrico, sumados a los impactos negativos de la pandemia por COVID19, nos obligan a replantear la necesidad de estructurar un modelo de Salud preventiva, que garantice los principios de la Atención Primaria en Salud para todo el Distrito Capital, ello implica tres decisiones de ciudad estratégicas para lograr este propósito Común:

- 8.1. Redireccionar recursos del Sector hacia la Atención Primaria. Ello implica fortalecer las fuentes de financiación del sector para lograr el desarrollo de la atención desde los territorios, las familias y las comunidades.
- 8.2. Consolidar la Red Interinstitucional necesaria para la construcción del Modelo de Atención Primaria en Salud. Esta apuesta requiere de la competencia de entidades del nivel central y local, tanto del Distrito como de la Nación, para que la política de Atención Primaria logre ser un punto de convergencia de los esfuerzos y de esta manera se logre la focalización adecuada de recursos, políticas, y decisiones de la Administración.

- 8.3. Fortalecer las instancias de participación ciudadana y Comunitaria. Es necesario comprender este ajuste normativo, como el desarrollo de una visión de Estado Democrático y participativo, en el cual las comunidades hacen parte de la construcción colectiva de las decisiones y los arreglos institucionales; el nivel de participación de las comunidades será determinante para poder establecer el nivel de éxito del Modelo de Atención Primaria en Salud.

9. Competencia del Concejo de Bogotá D.C.

La facultad que le asiste al Concejo de Bogotá para crear el programa de Atención Primaria en Salud Renovada (APS) que se señalan en el articulado del Acuerdo son las siguientes.

Constitución Política de Colombia. Artículo 286. Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. (...). Artículo 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos: (...) 1. Gobernarse por autoridades propias. 2. Ejercer las competencias que les correspondan (...). Artículo 311. Al municipio como entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y las leyes. Artículo 313. Corresponde a los concejos: (...) 9. Dictar las normas necesarias para el control, la preservación y defensa del patrimonio ecológico y cultural del municipio (...).

Decreto ley 1421 de 1993 Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá. Artículo 8. Funciones generales. El Concejo es la suprema autoridad del Distrito Capital. En materia administrativa sus atribuciones son de carácter normativo. También le corresponde vigilar y controlar la gestión que cumplan las autoridades distritales.

Artículo 12. Atribuciones. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a la ley: (...) 7. Dictar las normas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el medio ambiente.

10. Impacto fiscal de la iniciativa

Este proyecto de acuerdo NO TIENE IMPACTO FISCAL, es decir, no requiere de más recursos de los que actualmente se presupuestan para el cumplimiento de las funciones

constitucionales y legales establecidas al D.C. en materia de salud, educación, seguridad alimentaria, recreación y deportes, saneamiento ambiental y agua.

Como lo hemos expresado, actualmente la Administración Distrital desarrolla los programas y las metas de Salud Preventiva contenidas en el Plan de Desarrollo y las vigencias futuras autorizadas por el CONFIS; de lo que se trata no es de generar nuevos gastos sino de asegurar la permanencia en el tiempo de estas iniciativas, convirtiéndolas en Acuerdo de Ciudad.

Atentamente,

JOSE CUESTA NOVOA

Concejal de Bogotá

Autor

PROYECTO DE ACUERDO N° 599 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA (APS), “BOGOTÁ SALUDABLE” A FIN DE GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS Y LOS CIUDADANOS EN BOGOTÁ D.C.”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.,

En uso de las atribuciones constitucionales y legales, en especial las contenidas en el en el artículo 313 numeral 9 de la Constitución Política, los artículos 8 y 12, numeral 7 del Decreto- Ley 1421 de 1993, el numeral 2 del artículo 65 de la Ley 99 de 1993, artículo 32, numeral 7 de la Ley 136 de 1994, los artículos 2 y 3 de la Ley 1523 de 2012, artículos 2, 3, 9 y 12 de la Ley 1931 de 2018.

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Objeto. El presente acuerdo tiene por objeto crear el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) “Bogotá Saludable”, a fin de garantizar el derecho a la salud de las y los ciudadanos en Bogotá D.C.

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para la adecuada aplicación de lo dispuesto en el presente Acuerdo, se adoptan las siguientes definiciones:

1. Atención Primaria Universal: Reconoce la salud como un derecho humano fundamental y lo que busca es articular las condiciones que contribuyen al bienestar de una comunidad con los servicios de salud desde la perspectiva de la cobertura territorial y poblacional de servicios de salud con un carácter preventivo.
2. Territorios Saludables: Son los territorios de la Ciudad en los cuales se implementará el Modelo de Atención Primaria en Salud “Bogotá Saludable.
3. Microterritorios Saludables: Es el territorio social en el que se encuentran hasta 50 mil familias, las Instituciones Educativas, las Unidades de trabajo formal e informal, las organizaciones comunitarias, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de Servicios Sociales y las Instituciones de Protección que se encuentran en ese espacio vital.

4. Equipos Territoriales “Bogotá Saludable”: Son los Equipos interdisciplinarios que desarrollarán la implementación del Modelo de Atención Primaria a nivel territorial y microterritorial.
5. Familias Saludables: Familias beneficiarias y vinculadas a la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud Bogotá Saludable.
6. Comunidad Saludable: Espacios de participación comunitaria en la cual se construirán e implementarán los contenidos, políticas y Planes del Modelo de Atención Primaria en Salud “Bogotá Saludable”.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS RECTORES: son principios del Modelo de Atención Primaria en Salud “Bogotá Saludable”, los siguientes:

- a. La equidad, entendida como justicia social, y central en el propósito de la eliminación de los determinantes que permiten la existencia de diferencias injustas y evitables.
- b. La solidaridad, basada en la igualdad de la condición humana, y que permite ponerse en el lugar del otro y de la otra, sin importarnos cuál es el propio lugar.
- c. La autonomía, sustento del ejercicio de la libertad y de la autodeterminación de las personas, y que reconoce en cada uno al sujeto actuante que es, con todas las capacidades disponibles.
- d. El reconocimiento de las diferencias, que permite comprender y ajustar las decisiones públicas a la diversidad cultural, étnica, política, de género o de ciclo vital.

ARTÍCULO 4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS. Son Objetivos Específicos del Modelo de Atención Primaria en Salud “Bogotá Saludable”, los siguientes:

1. Fortalecer el conjunto de entidades, políticas, instrumentos, planes y proyectos necesarios para hacer realidad un Modelo de Atención de Salud Preventiva, en todas el Distrito Capital.
2. Fortalecer un marco normativo para garantizar los diagnósticos necesarios para establecer el estado del derecho a la Salud en el Distrito Capital.
3. Ejecutar acciones de Promoción y prevención en materia de salud, para la garantía y restitución del derecho a la salud, promover el desarrollo integral, el cuidado personal, el aprendizaje y las habilidades para la población priorizada en la ciudad de Bogotá D.C.
4. Garantizar la accesibilidad de los y las ciudadanas a los servicios de salud preventiva de forma universal y progresiva.

5. Desarrollar acciones para la construcción de ambientes saludables, accesibles e incluyentes para la población priorizada en el Distrito Capital a través de la gestión interinstitucional y transectorial.
6. Generar espacios de participación que contribuyan a la movilización social y el empoderamiento como sujetos activos en la toma de decisiones en salud.

ARTÍCULO 5.- APLICABILIDAD DEL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS. Todas las acciones de las autoridades distritales, destinadas a la garantía del derecho de las y los bogotanos, deben aplicar el enfoque de derechos humanos. Este enfoque se aplica en el diseño, planeación ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación, de políticas, planes, programas y proyectos adelantados por el Distrito Capital sobre la materia.

ARTÍCULO 6.- CARACTERÍSTICAS. El modelo de Atención Primaria Renovada en Salud “Bogotá Saludable” tendrá las siguientes características:

1. Es un proyecto de ciudad, Lo cual significa que la cobertura incluirá a todas las localidades, poblaciones y estratos.
2. Contará con Equipos Territoriales “Bogotá Saludable”. Cada Equipo Teritorial contará a vez con Equipos microterritoriales, conformados de forma interdisciplinaria, por profesionales y técnicos del sector de la salud, el bienestar social y familiar y el trabajo social.
3. El modelo Atención Primaria “Bogotá Saludable”, contará con puestos y centros de salud y con equipos territorializados de forma permanente. La Secretaría de Salud construirá los Equipos territoriales y microterritoriales, de acuerdo a las características que arrojen los diagnósticos realizados.
4. El Modelo es Participativo, lo que implica que se desarrollarán acciones orientadas a las familias, colegios, comunidades.
5. El Modelo es sistemático, así que en su desarrollo se irán integrando componentes de salud preventiva de acuerdo con las necesidades familiares y comunitarias para responder a los contextos específicos de los territorios y microterritorios.
6. El modelo es Científico. Así que consolidará procesos de conocimiento especializado, comunitario y cultural, de manera que logre articular saberes, prácticas científicas y comunitarias orientadas a fortalecer la salud preventiva.

ARTÍCULO 7.- EQUIPOS TERRITORIALES “BOGOTÁ SALUDABLE”: En cada localidad de Bogotá se creará un Equipo Interinstitucional e Interdisciplinario bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, para la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud.

ARTÍCULO 8.- EQUIPOS MICROTERRITORIALES “BOGOTÁ SALUDABLE”: Por cada 50 mil familias o menos, se creará un Equipo microterritorial, Interinstitucional e Interdisciplinario bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, para la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud.

ARTÍCULO 9.- ARREGLOS INSTITUCIONALES: El Distrito Capital adoptará los arreglos institucionales, financieros, operativos y administrativos que le permitan cumplir a cabalidad con lo dispuesto en el presente Acuerdo.

ARTÍCULO 10.- PUBLICACIÓN Y VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

H.C. José del Carmen Cuesta Novoa.
Autor