



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

**AÑO III N°. 3465 DIRECTOR: DAGOBERTO GARCÍA BAQUERO NOVIEMBRE 25 DEL AÑO 2022**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO N° 610 DE 2022 PRIMER DEBATE</u></b> “POR EL CUAL SE DECLARA EL 25 DE MARZO COMO EL DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ” .....	13139
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO N° 611 DE 2022 PRIMER DEBATE</u></b> “POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE REHABILITACIÓN FRENTE AL SÍNDROME POSCOVID 19 EN BOGOTÁ D.C.” .....	13145

## **PROYECTO DE ACUERDO N° 610 DE 2022**

### **PRIMER DEBATE**

**“POR EL CUAL SE DECLARA EL 25 DE MARZO COMO EL DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ”**

#### **I. OBJETO DEL PROYECTO.**

El Proyecto de Acuerdo tiene por objeto declarar el 25 de marzo de cada año, como el día de conmemoración de las víctimas por COVID-19 en Bogotá. La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Gobierno y en la medida en que cuente con disponibilidad presupuestal para ello; promoverá el 25 de marzo de cada año la realización de actos públicos dirigidos a conmemorar a todas aquellas personas fallecidas en Bogotá, víctimas del COVID-19.

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

El Concejo de Bogotá en concordancia con las disposiciones legales vigentes, en especial por las atribuciones conferidas en el Decreto Ley 1421 de 1993 tiene dentro de sus atribuciones el siguiente marco normativo:

## **Constitución Política de Colombia**

**Artículo 313.** Corresponde a los Concejos.

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

(...)

## **El Decreto Ley 1421 de 1993**

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

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

(...)

## **III. FUNDAMENTO JURÍDICO**

### **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA**

**ARTICULO 2o.** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares

**ARTICULO 95.** La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla.

## **IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

El 25 de marzo de 2020, Bogotá reportó oficialmente el primer fallecimiento a causa del virus COVID-19. La víctima, un hombre de 76 años, causaría con su deceso una honda impresión en la opinión pública, como se consigna en todas las noticias aparecidas en dicha fecha y que

relatan lo sucedido. Lo anterior da cuenta de la impresión colectiva que naturalmente causaría la pandemia en la salud mental de los ciudadanos desde entonces.

A corte del 25 de enero de 2022<sup>1</sup>, la ciudad de Bogotá reporta 28.119 fallecidos víctimas del virus COVID-19, lo que representa el 1,71 % del total de los contagiados registrados. La cifra anteriormente mencionada de muertes por COVID-19 ubica a Bogotá con una tasa de 3.627 fallecidos por millón de habitantes con corte a la fecha también señalada desde la plataforma SaludData.

Esto indica una anomalía en la forma como la ciudad se relaciona con los decesos de sus habitantes y explica la importancia de adoptar, desde la institucionalidad, acciones orientadas a subsanar estos acontecimientos.

## **DUELO COLECTIVO**

Según la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) en su *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*<sup>2</sup>, la irrupción de traumatismos colectivos amerita una toma de decisiones por parte de la institucionalidad, tendiente a ofrecer atención a una población sometida a eventos catastróficos e inesperados.

En dicho documento, se consigna la importancia del concepto de *duelo colectivo* como un ítem a tener en cuenta en el marco de una atención integral en materia de salud mental.

Para la OPS, «en situaciones de desastres y emergencias complejas se produce un deterioro del tejido social, una pérdida de la estructura de la vida familiar y un incremento de los signos de sufrimiento psicológico». Las dolencias derivadas de estos «eventos catastróficos» se manifiestan a través de «la aflicción y el miedo, que pueden aumentar la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales», asimismo como «soledad, desamparo, necesidad de adoptar nuevas formas de vida y de cambiar responsabilidades».

Lo anterior coincide con lo sucedido en la ciudad desde el inicio de la contingencia provocada por el coronavirus. A propósito de sendos estudios de organizaciones como el de Bogotá Como Vamos, se sabe que por lo menos el 40 % de los ciudadanos en la capital siente que su salud mental empeoró durante la pandemia<sup>3</sup>. A decir de la OPS, «según sea la magnitud del evento y demás factores, se estima que entre la tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica».

<sup>1</sup> <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>

<sup>2</sup> [https://www.who.int/mental\\_health/publications/guide\\_mental\\_health\\_disasters/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/guide_mental_health_disasters/es/)

<sup>3</sup> <https://bogotacomovamos.org/encuesta-virtual-mi-voz-mi-ciudad-bogota/>

## **DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ**

Más allá de toda duda, puede considerarse entonces que la pandemia produjo una alteración en el número de muertes y duelos que afronta el Distrito Capital, y que dicha eventualidad ha derivado de manera probada en una afectación de la salud mental de los capitalinos.

Si bien es cierto que el Concejo de Bogotá ha respondido fortaleciendo la oferta institucional mediante el Acuerdo 795 del 2021, para crear una puerta de acceso a la atención en salud mental en Bogotá; es patente que se hace necesario adelantar acciones complementarias y de largo plazo que apoyen el esfuerzo colectivo de procesar y superar la tragedia provocada por la pandemia.

De lo anterior se infiere que institucionalizar un Día de las Víctimas por COVID-19 en Bogotá se ajusta a los requisitos de las autoridades de salud, que en el caso de la OPS conminan a brindar «apoyo emocional» para ayudar a «disminuir o controlar la aflicción, el miedo, la tristeza y otras manifestaciones que conforman la respuesta emocional normal ante las situaciones de gran impacto». Esta institución asevera que «el manejo del duelo tiene una especial importancia en situaciones de desastres y emergencias».

El Día de las Víctimas por COVID-19 fortalece las acciones simbólicas necesarias para brindar memoria y consuelo a familiares de víctimas y ciudadanía en general. El homenaje, que se realizará con actos simbólicos, públicos y periódicos en la fecha señalada, busca construir tejido social respecto a un episodio que marcó a los habitantes de la ciudad, apoyando de esta manera el proceso de «superar los procesos de negación y reforzar los recuerdos positivos de los fallecidos».

### **V. IMPACTO FISCAL**

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, el análisis del impacto fiscal en cualquier proyecto de acuerdo que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el marco fiscal de mediano plazo, así mismo, deberá estar incluido expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámites respectivas.

En este caso, se sugiere que la Secretaría Distrital de Hacienda pueda pronunciarse previamente a la discusión de esta iniciativa con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá, según el artículo 11°, literal f del Decreto Distrital 601 de 2014; haciendo énfasis en las fuentes y gastos en los que se incurriría para la implementación de este Proyecto de Acuerdo.

Sin embargo, es relevante mencionar, que, para el caso concreto, la Corte Constitucional en Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que el impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa, afirmando:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“(…) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macro-económicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

Presentado por los Honorables Concejales,

ÓSCAR RAMÍREZ VAHOS  
Concejal de Bogotá D.C.

**PROYECTO DE ACUERDO N° 610 DE 2022**

**PRIMER DEBATE**

**“POR EL CUAL SE DECLARA EL 25 DE MARZO COMO EL DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ”**

**EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.,**

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

**A C U E R D A:**

**ARTÍCULO 1.** Declárese el 25 de marzo de cada año como el día de conmemoración de las víctimas por COVID-19 en Bogotá.

**ARTÍCULO 2.** La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Gobierno y en la medida en que cuente con disponibilidad presupuestal para ello; promoverá el 25 de marzo de cada año la realización de actos públicos dirigidos a conmemorar a todas aquellas personas fallecidas en Bogotá, víctimas de la pandemia por COVID-19.

**ARTÍCULO 3.** Todas las entidades del Distrito Capital rendirán homenaje a las personas fallecidas en Bogotá D.C. víctimas del COVID-19, izando la bandera de la ciudad a media asta en sus respectivas dependencias.

**ARTÍCULO 4.** El 25 de marzo de cada año, el Concejo de Bogotá D.C. rendirá homenaje a todas las víctimas del COVID-19 mediante una ofrenda floral que será ubicada en la plazuela interna del edificio de la Corporación, e izará a media asta las banderas de Colombia y Bogotá.

**ARTÍCULO 5.** El presente Acuerdo rige a partir de su publicación.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

## **PROYECTO DE ACUERDO N° 611 DE 2022**

### **PRIMER DEBATE**

#### **“POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE REHABILITACIÓN FRENTE AL SÍNDROME POSCOVID 19 EN BOGOTÁ D.C.”**

#### **1. OBJETO DEL PROYECTO**

En el marco del proceso de formulación e implementación del *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C.*, según lo previsto en el Acuerdo 761 de 2020; la Administración Distrital establecerá un conjunto de intervenciones y medidas relacionadas con los componentes de recuperación y/o rehabilitación para aquellos pacientes que sean diagnosticados con el síndrome POS COVID-19. Para ello se definen los siguientes lineamientos mínimos a tener en cuenta dentro del respectivo Plan de Acción a formular y adoptar:

- a. La declaratoria del síndrome poscovid 19 como un asunto prioritario de gestión en salud pública.
- b. El desarrollo de acciones y metas orientadas hacia la identificación temprana, intervención oportuna y canalización de servicios relacionados con el componente de rehabilitación del síndrome poscovid 19.
- c. El empleo de los equipos territoriales básicos y complementarios que disponga el Sector Salud para la identificación, rastreo y priorización de los eventos de salud relacionados con el síndrome poscovid 19.
- d. El seguimiento periódico de los casos canalizados por el portafolio de servicios de la red pública de salud de la ciudad y que posteriormente hayan sido trasladados hacia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB.

#### **2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO**

Esta iniciativa no cuenta con antecedentes de presentación en el Concejo de Bogotá D.C.

#### **3. MARCO JURÍDICO**

##### **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA**

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

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

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

## **NORMATIVIDAD NACIONAL**

**Ley 751 de 2001 - Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros**

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

(...)

### 3.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(...)

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

(...)

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



(...)

44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

(...)

**Artículo 45 Competencias en salud por parte de los Distritos.** Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

**Ley Estatutaria 1751 de 2015 - Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.**

**ARTÍCULO 1o. OBJETO.** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

**ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

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

**ARTÍCULO 3o. ÁMBITO DE APLICACIÓN.** La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

(...)

**ARTÍCULO 5o. OBLIGACIONES DEL ESTADO.** El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

(...)

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;

**ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.** El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

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

(...)

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

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

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

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

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

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

(...)

**PARÁGRAFO.** Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

(...)

**ARTÍCULO 8o. LA INTEGRALIDAD.** Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

**ARTÍCULO 9o. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD.** Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las

autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

**PARÁGRAFO.** Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

(...)

**ARTÍCULO 13. REDES DE SERVICIOS.** El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

(...)

**ARTÍCULO 15. PRESTACIONES DE SALUD.** El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

(...)

**ARTÍCULO 20. DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD.** El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

**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**

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto modificar la Política de Atención Integral de Salud -PAIS y adoptar el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE para su implementación.

**Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*** La presente resolución aplicará a la población residente en el territorio nacional, a los integrantes del sistema de salud y a las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna.

**Artículo 3. *Liderazgo de la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral de Salud - PAIS y del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.*** Las entidades territoriales ejercerán el liderazgo de la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral en Salud dentro de su jurisdicción, con el acompañamiento de este Ministerio.

La implementación y seguimiento del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE será responsabilidad de las entidades territoriales, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna, cada una en el marco de sus competencias.

**Artículo 4. Política de Atención Integral en Salud -PAIS.** La Política de Atención Integral en Salud -PAIS es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive.

**Artículo 5. Estrategias y enfoques de la Política de Atención Integral en Salud.** Para la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, la Política de Atención Integral en Salud -PAIS se desarrollará bajo las siguientes estrategias y enfoques:

**5.1 Estrategia de Atención Primaria en Salud.** Esta estrategia permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud.

Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes, como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transitoria por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana, y hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y eficiencia de los servicios de salud.

**5.2 Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud.** La Gestión Integral del Riesgo en Salud es la estrategia transversal de la Política de Atención Integral de Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir, 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 al bienestar de la población. Se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

El objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y la sostenibilidad del sistema.

**5.3 Enfoque de cuidado de la salud.** 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 hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

**5.4 Enfoque diferencial de derechos.** El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas. Implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud para el cierre de brechas en los resultados en salud.

**Artículo 6. Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE.** Para el desarrollo de la PAIS, 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 la población 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.

**Artículo 7. Objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE.** Los objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE son los siguientes:

7.1 Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.

7.2 Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.

7.3 Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.

7.4 Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.

7.5 Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

**Artículo 8. Líneas mínimas de acción del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE.** El Modelo de Acción Integral Territorial comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho (8) líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios, sin perjuicio de que puedan usarse o desarrollarse acciones o herramientas adicionales, en ejercicio de la autonomía y según las características propias de cada uno.

Las líneas previstas, junto con su alcance, acciones, herramientas y marco normativo, son las siguientes:

(...)

## 8.2 Salud Publica

### Alcance:

Esta línea busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la Entidad Territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud.

### Acciones:

1. Definir, organizar y coordinar la participación de los actores del sector salud, otros sectores y la comunidad, en el proceso de planeación integral en salud, garantizando la alineación del Plan Territorial de Salud a las prioridades de salud de la población y el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Publica vigente.

2. Definir, implementar y evaluar políticas públicas sectoriales e intersectoriales y acciones desarrolladas por todos los sectores y las organizaciones sociales o comunitarias sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y su incidencia en los resultados en salud, en la reducción de inequidades y en las metas sectoriales e intersectoriales.

3. Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio.

4. Ejecutar las acciones de gestión de la salud publica de manera oportuna.

5. Garantizar la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas, sobre la base de los principios de continuidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad y adaptabilidad, en los términos previstos en la normativa dispuesta en la materia.

6. Realizar el seguimiento y evaluación de los resultados esperados en salud en las personas, familias y comunidades, la prestación de las atenciones individuales y colectivas y la gestión de la salud publica de los actores del sistema de salud.

7. Formular e implementar proyectos de inversión que incluyan intervenciones costo - efectivas y complementarias dirigidas a las personas, familias y comunidades, que contribuyan a impactar en las prioridades poblacionales y territoriales identificadas en el Análisis de Situación en Salud.

8. Diseñar, implementar y evaluar el plan de desarrollo de capacidades funcionales y técnicas dirigido a los integrantes del sistema de salud, a fin de fortalecer las competencias para la gestión de la salud publica y la operación de las intervenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades.

9. Diseñar e implementar procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad de la información en términos de exactitud, coherencia, integralidad, oportunidad y consistencia, relacionada con los eventos

de interés en salud pública y con las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que contribuyen a los resultados en salud.

10. Fortalecer la atención integral articulando las acciones de salud pública con las de atención individual en el territorio.

### **8.3 Prestación de Servicios de Salud.**

#### **Alcance.**

Esta línea comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutoria, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios.

#### **Acciones:**

1. Implementar mecanismos, instrumentos o metodologías para la actualización, verificación y análisis de disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud que incluya la estimación del diferencial entre la disponibilidad y lo requerido en talento humano, recursos tecnológicos, financieros y físicos para la atención de la población, teniendo en cuenta la situación de salud y los ámbitos territoriales.

2. Implementar las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas y su seguimiento permanente en términos de disponibilidad, suficiencia y completitud para la atención en salud de la población.

3. Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el territorio.

4. Garantizar la consistencia entre las prioridades en salud, los requerimientos y acciones en los diferentes instrumentos de planeación y gestión de la prestación de servicios, que garanticen la integralidad en la atención en salud.

5. Definir procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la información, comunicación y transporte de personas, entre la red de prestación de servicios conformadas por los aseguradores y las entidades departamentales y distritales de salud, principalmente en los ámbitos territoriales rurales dispersos.

6. Garantizar adecuadas coberturas de los servicios promocionales y preventivos en el territorio, tanto individuales como colectivas.

7. Mejorar la infraestructura y la dotación de los prestadores de servicios de salud en el territorio.



8. Fortalecer los servicios extramurales e incorporar tecnologías de atención en sitio garantizando su resolutiveza.

9. Fortalecer los Sistemas de Información en Salud promoviendo la interoperabilidad de los mismos y su operación en línea y en tiempo real.

10. Fortalecer las actividades de tele salud y la modalidad de telemedicina, aprovechando todas las fuentes de datos y las tecnologías digitales

11. Promover la demanda inducida a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

(...)

### **8.5 Financiamiento.**

#### **Alcance:**

Línea que comprende la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

#### **Acciones:**

1. Generar capacidad y eficiencia en los procesos presupuestales en las Entidades Territoriales a través de la articulación de las secretarías territoriales de salud y de hacienda o de quienes hagan sus veces, para que la gestión administrativa y financiera de los recursos esté alineada con las prioridades en salud del territorio y armonizados con los demás instrumentos de planeación territorial.

2. Mejorar los instrumentos de identificación de las fuentes destinadas al sector salud, su presupuestación, ejecución y seguimiento, atendiendo las necesidades priorizadas del territorio.

3. Gestionar recursos adicionales a los ya provistos por-el sistema de salud, para el desarrollo de intervenciones que resultan indispensables para el logro de los resultados en salud.

### **8.7. Intersectorialidad.**

#### **Alcance.**

Esta línea comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud.

**Acciones:**

1. Desarrollar e implementar mecanismos de coordinación que permitan la gestión intersectorial para la formulación, ejecución seguimiento y evaluación de los planes, programas, estrategias, alianzas y agendas, garantizando respuestas integrales que potencian acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados.
2. Generar mecanismos para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, a fin de generar una acción intersectorial que aborde los temas transversales y objetivos comunes identificados.
3. Establecer acuerdos y procedimientos con los demás integrantes del sistema de salud y de otros sectores si fuera pertinente, para la canalización efectiva de la población desde los servicios de salud a los servicios sociales que se requieren, para optimizar los resultados en salud.
4. Definir y desarrollar objetivos comunes que permitan articular las acciones al interior del sector salud, de cada sector, entre sectores y entre lo institucional y social, incluida la comunidad
5. Generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas, de cooperación e integración y potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado (departamental, distrital y municipal) alrededor de los objetivos comunes pactados, con el fin de superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y mejorar la eficiencia de las intervenciones.

**NORMATIVIDAD DISTRITAL**

**Acuerdo 761 de 2020 - Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”**

**Artículo 4. Visión de ciudad.** En el 2024 Bogotá se habrá recuperado de los efectos negativos dejados por la pandemia global COVID -19 en materia social y económica, capitalizando los aprendizajes y los canales de salud pública, solidaridad y redistribución creados para superarlos. La formulación y ejecución de un nuevo contrato social y ambiental le permitirá a Bogotá no sólo cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS en el 2030, sino además ser un ejemplo global en reconciliación, educación, acción colectiva, desarrollo sostenible e inclusión social y productiva para garantizar igualdad de oportunidades para la libertad, en particular para las mujeres y los jóvenes, con enfoque de género, diferencial, territorial, de cultura ciudadana y de participación, que junto con una movilidad sostenible y accesible, la disminución de los índices de inseguridad en la ciudad y una institucionalidad fortalecida regionalmente, hará de Bogotá una ciudad cuidadora, incluyente, sostenible y consciente, donde la educación pertinente y de calidad es el principal factor de transformación social y económica.

(...)

**Artículo 15. Definición de Programas.** Los Programas del Plan Distrital de Desarrollo se definen a continuación, agrupados según el propósito:

**Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política.**

(...)

**Programa 6. Sistema Distrital de Cuidado.** Conjunto de servicios, regulaciones, políticas, y acciones técnicas e institucionales, para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado, entendiéndolo como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y el funcionamiento de la sociedad y enmarcado en los estándares existentes de derechos humanos en materia de cuidado.

El Sistema Distrital de Cuidado concibe el cuidado de, al menos dos tipos: el cuidado indirecto, que hace referencia al trabajo doméstico, incluyendo la preparación de alimentos, la limpieza y mantenimiento del hogar, la limpieza y mantenimiento del vestido, la organización, distribución y supervisión de tareas domésticas, la compra, los pagos o los trámites relacionados con el hogar, y las reparaciones al interior del hogar, entre otras funciones; y, el cuidado directo, que comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo el cuidado y la formación de los niños (traslado al colegio y ayuda al desarrollo de tareas escolares), el cuidado de ancianos y enfermos y personas con discapacidad, y el cuidado de los animales domésticos.

Los servicios prestados por el Sistema serán brindados por el Estado, el sector privado y el sector comunitario, bajo un modelo de corresponsabilidad, con el fin de:

- a) fortalecer y ampliar la oferta de servicios de cuidado para la atención a la población con mayores niveles de dependencia funcional, incluidos los de la atención para la primera infancia, para la población con discapacidad, para la vejez y los relacionados con apoyos alimentarios.
- b) desarrollar una estrategia que valore y resignifique el trabajo de cuidado, implementando procesos de empoderamiento para cuidadoras y cuidadores, a través de servicios de reposo y recreación, y espacios de formación y homologación, incluyendo a las adultas mayores que ejercen el rol de cuidadoras, líderes comunitarias, cuidadoras de animales domésticos, mujeres rurales, indígenas, campesinas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom.
- c) implementar una estrategia de cambio cultural y pedagógica en el Distrito, frente a la corresponsabilidad en la realización del trabajo de cuidado en los hogares y comunidades, a fin de redistribuir este trabajo entre hombres y mujeres, propendiendo por el desarrollo de nuevas masculinidades.

Para desarrollar el Sistema Distrital de Cuidado, se creará una Comisión Intersectorial del Sistema, liderada por la Secretaría Distrital de la Mujer como ente articulador y conformada, al menos por: la Secretaría Distrital de la Mujer, la Secretaría Distrital de Planeación, la Secretaría Distrital de Educación, la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Cultura, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, la Secretaría Distrital del Hábitat, la Secretaría Distrital de Hacienda y la Secretaría Distrital de Ambiente. Esta Comisión se articulará con las Alcaldías Locales como apoyo para la territorialización del Sistema, y con instituciones del orden nacional. Así mismo, se articularán con el Sistema, la academia, el sector privado y la sociedad civil conformada, entre otras, por el Consejo Consultivo de Mujeres, la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado y organizaciones de cuidadores y cuidadoras.

El Sistema Distrital de Cuidado contará con una estrategia territorial, la cual, por medio de manzanas del cuidado y unidades móviles de servicios del cuidado, atenderá, a través de una oferta intersectorial de servicios, a distintas poblaciones que requieren de servicios de cuidado y que proveen cuidado en condiciones de desigualdad.

**Programa 7. Mejora de la gestión de instituciones de salud.** Llevar la salud a la residencia, barrio y entorno. Desarrollar de manera efectiva un modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) y en la determinación social y ambiental que da cuenta de los fenómenos sociales a través de los enfoques diferencial, territorial, poblacional y de cultura ciudadana. Permite que equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. En tal sentido, involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores.

(...)

**Programa 9. Prevención y cambios para mejorar la salud de la población.** Promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud-enfermedad. Se busca detectar oportunamente la enfermedad o fortalecer el proceso de recuperación o rehabilitación del paciente; disminuir la morbilidad por enfermedades transmisibles en control (Tosferina, Varicela, Hepatitis A, parotiditis y meningitis) y controlar la pandemia de Coronavirus COVID-19. Ello contribuirá a la inclusión social y desarrollo integral de familias, comunidades y población en general, al igual que al mejoramiento de espacios personales y entornos territoriales.

**Programa 10. Salud para la vida y el bienestar.** Reducir la mortalidad materna promocionando la salud materna, perinatal y de aquellas poblaciones que cuentan con condiciones diferenciales o de vulnerabilidad. Se formula bajo criterios de inclusión, respetando cada contexto social y cultural, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada población y apuntando a una atención con acciones promocionales y preventivas más seguras, eficientes y equitativas. De la misma manera la Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Salud adelantará acciones de articulación y gestión intersectorial con el gobierno nacional para promover la ruta de atención integral de salud en la lactancia y el cuidado de la mujer gestante.

(...)

**Artículo 23. Estrategia permanente, continua y progresiva en materia de derechos de salud.** La atención en salud de forma general y permanente y como continuación de la atención de la emergencia sanitaria y fortalecimiento de los sistemas de atención de emergencias, tiene por objetivo aumentar la capacidad de respuesta constante y ante la evolución de la pandemia y su impacto en el sistema territorial de salud, se ejecuta bajo el marco del plan de preparación y respuesta que coordina la SDS.

Esta estrategia se desarrolla desde la declaratoria de pandemia mediante acciones de preparación, contención y mitigación, entre actores públicos, privados y las entidades distritales articuladas en el Sistema de Comando de Incidentes y el sistema de activación de emergencias de la línea 123, que garantice la atención oportuna de las entidades sanitarias en la prevención y mitigación de otras enfermedades de salud pública sumadas al Covid-19.

**Parágrafo 1.** La Secretaría Distrital de Salud deberá remitir al Concejo de Bogotá en un informe semestral una vez aprobado el presente Acuerdo, que contenga los resultados de la implementación de esta estrategia, que incluye los lineamientos y funcionamiento de la misma.

**Parágrafo 2.** Esta estrategia se formulará a partir de un modelo de salud con enfoque poblacional diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud.

(...)

**Artículo 100. Plan Territorial de Salud.** En cumplimiento de lo establecido en el artículo 45 de la Ley 152 de 1994, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 y los artículos 25 y 27 de la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, se incorpora como parte integral del Plan Distrital de Desarrollo para Bogotá D.C. 2020-2024, el Plan Territorial de Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el cual es concordante con el mismo y está armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.

(...)

**Artículo 103. Integralidad del Sistema de Salud Distrital.** Con el fin de lograr la dirección integral del sistema de salud distrital, en el marco de la Ley 1751 de 2015, el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011 y la Ley 715 de 2001, la Secretaría Distrital de Salud fortalecerá la gestión centralizada de la atención territorial en salud para el funcionamiento de la atención médica domiciliaria, atención ambulatoria y hospitalaria, articulando los recursos de las diferentes EAPBS para el despliegue del modelo de atención de salud distrital, de forma concomitante gestionará ante la Superintendencia Nacional de Salud, las acciones institucionales pertinentes en procura de la desconcentración de las competencias necesarias para fortalecer las actividades de inspección, vigilancia y control.

Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad, deben garantizar para sus afiliados los servicios en la misma localidad de residencia para el cumplimiento de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia, o bien con su propia red de prestación de servicios de salud o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad.

**Parágrafo.** Para su cumplimiento se realizará la georreferenciación de oportunidad y acceso a servicios de salud, con adscripción de la población a IPS y/o ESE en su localidad. Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad deben garantizar la atención en salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia o bien con su propia infraestructura o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad.

#### **4. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.**

El Concejo de Bogotá tiene la competencia de dictar normas relacionadas con la naturaleza y alcance del presente Proyecto de Acuerdo, según las disposiciones constitucionales y legales vigentes, en especial por las atribuciones conferidas en el Decreto Ley 1421 de 1993:

## CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

**Artículo 313.** *Corresponde a los Concejos.*

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

## DECRETO LEY 1421 DE 1993

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

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

(...)

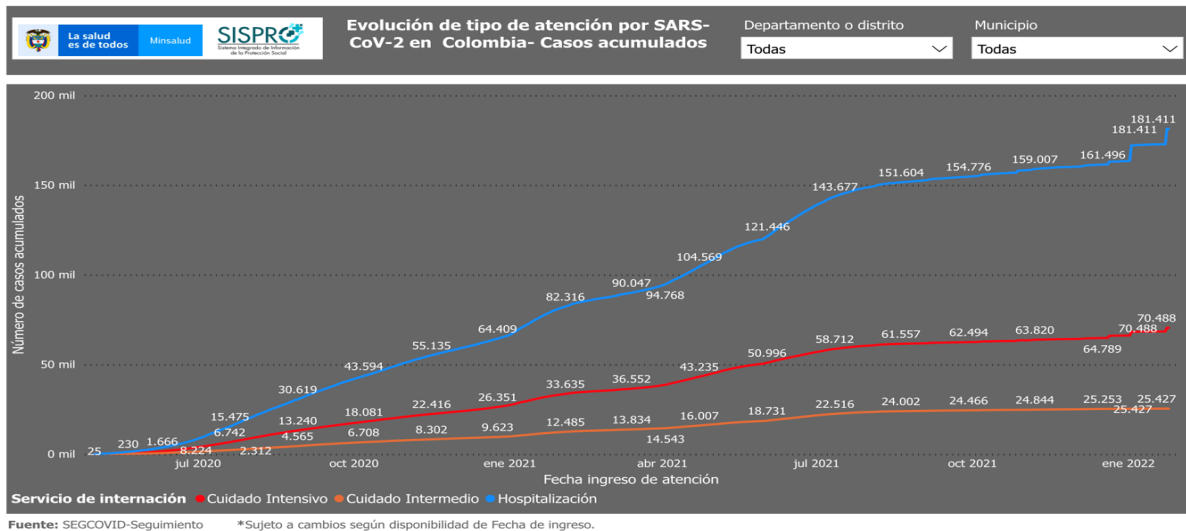
## 5. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### Caracterización del COVID – 19 en el Distrito Capital

Las siguientes cifras son tomadas de la plataforma Salud Data de la Secretaría Distrital de Salud, así como del tablero de control SEGCVID del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 25 de enero de 2022. Estos datos son indicativos y tienen como propósito caracterizar de manera general los impactos del COVID-19 en términos de salud pública a nivel Distrital:



Por otra parte, desde el 01 de mayo de 2020 hasta el 25 de enero de 2022, cerca del 16,8% del total de casos confirmados por COVID-19 en Bogotá han requerido de algún tipo de atención médica en condiciones de internación (277.326 pacientes), bien sea bajo la modalidad de hospitalización (188.411 pacientes), cuidados intermedios (25.427 pacientes) o cuidados intensivos (70.488 pacientes).



El 93,4% de los casos confirmados están bajo la categoría “recuperados” (1.533.395 personas). Vale la pena aclarar que esta condición médica corresponde a segunda prueba con resultado negativo y/o período de más de dos semanas tras conocerse los resultados de positividad frente al COVID-19, lo cual implica inactividad del virus sobre el cuerpo. Sin embargo, la figura “recuperados” no toma en consideración la presencia de posibles secuelas derivadas de la enfermedad sobre los pacientes afectados. El mayor número de personas “recuperadas” se encuentra en la franja de edad entre 30-39 años (10,6% del total de los casos).

En total, 28.119 personas han fallecido por COVID-19 desde que inició la pandemia. Esto representa el 1.7% de los casos confirmados. Las cifras de fallecidos se concentran en personas con edades de 60 años o más, representando así el 72,6% del total de muertes por COVID-19 en Bogotá.

Con corte al 25 de enero de 2022, el número total de casos activos por COVID-19 en Bogotá se ubicaba en 74.239 personas. Solo entre el 12 y el 25 de enero se habían diagnosticado 91.024 nuevos casos en Bogotá.

### Síndrome POS COVID: Un asunto de salud pública aún por explorar

Como bien se mencionó con anterioridad, la condición de “pacientes recuperados” requiere ser analizada con cierto detalle. La no presencia del virus SARS CoV2 en el cuerpo del paciente no significa la recuperación total del paciente frente al diagnóstico inicialmente identificado. De hecho, el tipo de intervenciones médicas que se realiza para el tratamiento de la enfermedad con cuadros clínicos graves (inmovilización corporal, oxigenoterapia convencional, ventilación mecánica invasiva) está llevando a crear una mayor demanda de procesos de rehabilitación en el mediano y largo plazo:

Los pacientes con COVID-19 grave requieren hospitalización y oxigenoterapia. Aquellos cuya enfermedad pueda complicarse con síndrome de distrés respiratorio agudo (ARDS por sus siglas en inglés), septicemia y choque séptico o insuficiencia multiorgánica que afecte los riñones, el hígado y el corazón requieren, por lo general, usar ventilación mecánica invasiva en la UCI. Como la COVID-19 es una enfermedad nueva, las consecuencias a corto y largo plazo para los pacientes que han tenido un cuadro grave para el cual tuvieron

que ingresar en la UCI se prevén sobre la base de los conocimientos obtenidos de la población general que ha recibido cuidados intensivos, en particular las personas con síndrome de enfermedad respiratoria aguda. El uso de respirador, combinado con la sedación o la parálisis, así como períodos prolongados de reposo en cama e inmovilización, puede tener muchos efectos osteomusculares perjudiciales, como disminución de la fuerza muscular y la función física. Otros efectos pueden ser deficiencias respiratorias y cognitivas, disfagia, dificultades para comunicarse e incluso síndrome confusional. A largo plazo, los aspectos polifacéticos del síndrome poscuidados intensivos, que puede persistir por varios meses o años después del alta, también pueden manifestarse en una disminución de la capacidad para hacer ejercicio, de la independencia en las actividades cotidianas y de la calidad de vida relacionada con la salud.

Los pacientes con COVID-19 grave que no usan respirador porque no lo hay o porque su gravedad no lo justifica podrían experimentar cierto grado de deterioro de la función física y respiratoria, así como problemas psicosociales, como consecuencia de la enfermedad y la hospitalización. En los pacientes con enfermedades preexistentes y edad avanzada, las necesidades de rehabilitación relacionadas con la COVID-19 grave podrían ser mayores. El aislamiento, que impide el contacto con las redes de apoyo debido a las medidas de contención de la pandemia, también puede exacerbar muchos de estos problemas en los pacientes que están recuperándose de la COVID-19. (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Fase de atención	Intervenciones de rehabilitación	Entorno característico
Aguda	Mientras los pacientes con COVID-19 grave están usando respirador, los profesionales de la rehabilitación pueden ocuparse del manejo respiratorio agudo <sup>29</sup> y del mantenimiento y la mejora del funcionamiento para facilitar la pronta recuperación. Además, pueden realizar intervenciones para mejorar la oxigenación, despejar las secreciones de las vías respiratorias y retirar gradualmente el respirador. <sup>29-31</sup> También pueden promover una buena nutrición <sup>32</sup> y prevenir la neumonía por aspiración, especialmente después de una intubación o en pacientes con una traqueostomía. <sup>33</sup>	Unidades de cuidados intensivos, unidades para pacientes con un grado alto de dependencia (incluso en centros para infecciones respiratorias agudas graves)
Subaguda	Al comienzo del período de recuperación, cuando los pacientes han regresado a una sala de hospital o han sido trasladados a un establecimiento de transición, o en los pacientes que permanecieron en una sala de hospital porque no estaban tan graves como para ingresar en una unidad de cuidados intensivos, las intervenciones de rehabilitación pueden centrarse en las deficiencias que presenten en lo que respecta a la movilidad, la función respiratoria, la función cognitiva, la deglución, la nutrición y la comunicación. <sup>34,35</sup> Las intervenciones durante este período también tienen como finalidad promover la independencia en las actividades cotidianas y proporcionar apoyo psicosocial. Los profesionales de la rehabilitación también contribuyen en gran medida a la preparación y la planificación del alta, que puede ser particularmente compleja en el caso de pacientes mayores o con comorbilidades. <sup>36</sup>	Salas de hospital, establecimientos de transición (incluso en centros para infecciones respiratorias agudas graves)
A largo plazo	Después del alta, los profesionales pueden ayudar con ejercicios progresivos, educación sobre maneras de conservar energía y modificar el comportamiento, adaptaciones del hogar y dispositivos de ayuda, así como con rehabilitación para cualquier deficiencia específica individual. Durante la recuperación a largo plazo de la COVID-19 grave, los pacientes pueden beneficiarse de intervenciones de rehabilitación pulmonar orientadas a deficiencias físicas y respiratorias, con una combinación de ejercicios graduados, educación, actividades cotidianas y apoyo psicosocial. <sup>37</sup> En muchos contextos, debido a las limitaciones relacionadas con la pandemia (distanciamiento físico, pocos recursos humanos y transporte público limitado) y los riesgos de infección, probablemente sea necesario recurrir a la tele salud <sup>38</sup> después del alta. Esto podría extenderse al apoyo a distancia para ejercicios (por ejemplo, asesoramiento y ejercicios en "grupos virtuales") y entre pacientes con COVID-19 que han recibido la capacitación apropiada. Los servicios de rehabilitación en la comunidad suelen ser los mejores para proporcionar asistencia a más largo plazo.	Centros de rehabilitación, programas para pacientes ambulatorios, servicios domiciliarios, servicios móviles, tele salud

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2020.



Aunque aún no existe consenso dentro del campo académico y de la medicina sobre los criterios para definir y caracterizar de manera conjunta las condiciones que reúne la existencia de un síndrome pos COVID, la experiencia global de atención del COVID-19 en casos leves o graves indica que, una vez confirmada la inactividad del virus sobre el cuerpo humano (tanto en casos tratados en el ámbito hogar como en la modalidad médica intramural), en algunos pacientes es posible registrar una serie de secuelas posteriores a las cuatro semanas desde el inicio de los síntomas, lo cual conlleva a considerar que la recuperación completa de la enfermedad requerirá de más tiempo<sup>4</sup> y, por tanto, resulta necesario establecer nuevas estrategias de atención y rehabilitación en salud<sup>5</sup>.

De hecho, tras casi un año de iniciar la actual pandemia empezaron a realizarse algunos estudios y publicaciones preliminares sobre la existencia del síndrome pos COVID (estudios que aún se encuentran en revisión por parte de los respectivos pares académicos), los cuales resultan ser las primeras aproximaciones investigativas frente a una realidad que parece ser evidente en materia de atención en salud nacional y territorial. Entre los estudios e investigaciones hasta ahora adelantadas, se encuentran los siguientes resultados destacados:

Revista	Título	Autores	Fecha	Resultados
The Lancet	Síndrome post-COVID en pacientes no hospitalizados con COVID-19: un estudio de cohorte prospectivo longitudinal <sup>6</sup>	Max Augustin, MD; Philipp Schommers, M.D. PhD.; Melanie Stecher, Ph.D.; Felix Dewald, M.D.; Lutz Gieselmann, M.D.; Henning Gruell, M.D. et al.	Julio 01 de 2021	Si bien los principales síntomas durante la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) son agudos y la mayoría de los pacientes se recuperan completamente, una fracción significativa de pacientes experimenta cada vez más consecuencias para la salud a largo plazo. Sin embargo, la mayoría de los datos disponibles se centran en los eventos relacionados con la salud después de la infección grave y la hospitalización. Presentamos un análisis longitudinal y prospectivo de las consecuencias para la salud en pacientes que inicialmente no presentaban síntomas o presentaban síntomas leves de la infección por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-CoV-2). Por lo tanto, nos centramos en la COVID-19 leve en pacientes no hospitalizados.  Observamos a 442 y 353 pacientes durante cuatro y siete meses después del inicio de los síntomas, respectivamente. Cuatro meses después de la infección por SARS-CoV-2, el 8-6% (38/442) de los pacientes presentaban dificultad respiratoria, el 12-4% (55/442) anosmia, el 11-1% (49/442) ageusia y el 9-7% (43/442) fatiga. Al menos uno de estos síntomas característicos estaba presente en

<sup>4</sup> Sobre la base de la literatura reciente, el síndrome pos covid se divide a su vez en dos categorías: (1) COVID-19 subaguda o sintomática en curso, que incluye los síntomas y las anomalías presentes entre 4 y 12 semanas después de la COVID-19 aguda; y (2) síndrome crónico o posterior a la COVID-19, que incluye los síntomas y las anomalías que persisten o están presentes más allá de las 12 semanas del inicio de la COVID-19 aguda y que no son atribuibles a diagnósticos alternativos (Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. *et al.* Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 27, 601–615 (2021).

<sup>5</sup> Carod, F.J (2021). *Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados.* <https://www.neurologia.com/articulo/2021230>.

<sup>6</sup> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100122>

				<p>el 27-8% (123/442) y el 34-8% (123/353) en el mes 4 y 7 después de la infección, respectivamente. Un nivel inicial más bajo de IgG contra el SARS-CoV-2, la anosmia y la diarrea durante la COVID-19 aguda se asociaron con un mayor riesgo de desarrollar síntomas a largo plazo.</p> <p>La presencia continuada de dificultad respiratoria, anosmia, ageusia o fatiga como síntomas duraderos incluso en pacientes no hospitalizados se observó a los cuatro y siete meses después de la infección y se resumió como síndrome post-COVID (PCS). La evaluación continua de los pacientes con SCP se convertirá en una tarea importante para definir y mitigar los efectos socioeconómicos y médicos a largo plazo de COVID-19.</p>
<b>The Lancet</b>	Consecuencias a los 6 meses del COVID-19 en pacientes dados de alta del hospital: un estudio de cohorte <sup>7</sup>	Chaolin Huang, MD; Lixue Huang, MD; Yeming Wang, MD; Xia Li, MD; Lili Ren, PhD; Xiaoying Gu, PhD; et al.	Enero 16 de 2021	<p>Las consecuencias para la salud a largo plazo de la COVID-19 siguen siendo poco claras. El objetivo de este estudio fue describir las consecuencias para la salud a largo plazo de los pacientes con COVID-19 que han sido dados de alta del hospital e investigar los factores de riesgo asociados, en particular la gravedad de la enfermedad.</p> <p>A los 6 meses de la infección aguda, los supervivientes de la COVID-19 tenían principalmente problemas de fatiga o debilidad muscular, dificultades para dormir y ansiedad o depresión. Los pacientes que estaban más gravemente enfermos durante su estancia en el hospital presentaban un mayor deterioro de las capacidades de difusión pulmonar y manifestaciones anormales en las imágenes del tórax, y son la principal población objetivo para la intervención de la recuperación a largo plazo.</p>
<b>Revista de Neurología</b>	Síndrome post-COVID-19 epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados <sup>8</sup>	F.J. Carod Artal	Junio 01 de 2021	<p>Numerosos pacientes con COVID-19 leve o grave no tienen una recuperación completa y presentan una gran variedad de síntomas crónicos durante semanas o meses tras la infección, con frecuencia de carácter neurológico, cognitivo o psiquiátrico. Se revisan las evidencias epidemiológicas, los criterios diagnósticos y la patogenia del síndrome post-COVID-19.</p> <p>El síndrome post-COVID-19 se define por la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer la COVID-19, permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden fluctuar o causar brotes. Es una entidad heterogénea que incluye el síndrome de fatiga crónica posviral, la secuela de múltiples órganos y los efectos de la hospitalización grave/síndrome poscuidados intensivos. Se</p>

<sup>7</sup> DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

<sup>8</sup> DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>

				<p>ha descrito en pacientes con COVID-19 leve o grave y con independencia de la gravedad de los síntomas en la fase aguda. Un 10-65% de los supervivientes que padeció COVID-19 leve/moderada presenta síntomas de síndrome post-COVID-19 durante 12 semanas o más. A los seis meses, los sujetos relatan un promedio de 14 síntomas persistentes. Los síntomas más frecuentes son fatiga, disnea, alteración de la atención, de la concentración, de la memoria y del sueño, ansiedad y depresión. Se desconocen los mecanismos biológicos que subyacen, aunque una respuesta autoinmunitaria e inflamatoria anómala o excesiva puede tener un papel importante.</p> <p>Las manifestaciones clínicas son diversas, fluctuantes y variables, aunque predominan la fatiga y las quejas neurocognitivas. No existe un consenso definido sobre el síndrome post-COVID-19 y sus criterios diagnósticos no se han sometido a una evaluación psicométrica adecuada.</p>
<b>Nature</b>	Síndrome COVID-19 post-agudo	Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. et al.	22 de marzo de 2021	<p>El coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2) es el patógeno responsable de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), que ha provocado una crisis sanitaria mundial y una gran presión sobre los recursos sanitarios. A medida que aumenta la población de pacientes que se recuperan de la COVID-19, es primordial establecer una comprensión de los problemas sanitarios que los rodean. La COVID-19 se reconoce ahora como una enfermedad multiorgánica con un amplio espectro de manifestaciones. De forma similar a los síndromes víricos post-agudos descritos en los supervivientes de otras epidemias virulentas de coronavirus, cada vez hay más informes sobre efectos persistentes y prolongados tras la COVID-19 aguda. Los grupos de defensa de los pacientes, muchos de cuyos miembros se identifican como supervivientes de larga duración, han contribuido al reconocimiento de la COVID-19 posaguda, un síndrome caracterizado por la persistencia de los síntomas y/o las complicaciones retardadas o a largo plazo más allá de las 4 semanas desde el inicio de los síntomas.</p> <p>Las pruebas científicas y clínicas están evolucionando sobre los efectos subagudos y a largo plazo del COVID-19, que pueden afectar a múltiples sistemas orgánicos. Los primeros informes sugieren efectos residuales de la infección por SARS-CoV-2, como fatiga, disnea, dolor torácico, alteraciones cognitivas, artralgias y disminución de la calidad de vida. El daño celular, una fuerte respuesta inmunitaria innata con producción de citoquinas inflamatorias y un estado procoagulante inducido por la infección por SARS-CoV-2 pueden contribuir a estas</p>

				<p>secuelas. Los supervivientes de anteriores infecciones por coronavirus, incluyendo la epidemia de SARS de 2003 y el brote de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) de 2012, han demostrado una constelación similar de síntomas persistentes, lo que refuerza la preocupación por las secuelas clínicamente significativas del COVID-19.</p> <p>Un estudio de cohorte observacional de 38 hospitales de Michigan (Estados Unidos) evaluó los resultados de 1.250 pacientes dados de alta con vida a los 60 días utilizando la abstracción de los registros médicos y las encuestas telefónicas (en adelante denominado estudio COVID-19 US post-agudo). Durante el periodo de estudio, el 6,7% de los pacientes fallecieron, mientras que el 15,1% de los pacientes necesitaron un nuevo ingreso. De los 488 pacientes que completaron la encuesta telefónica en este estudio, el 32,6% de los pacientes informaron de síntomas persistentes, incluyendo el 18,9% con síntomas nuevos o empeorados. La disnea al subir las escaleras (22,9%) fue la más frecuente, mientras que otros síntomas fueron la tos (15,4%) y la pérdida persistente del gusto y/o el olfato (13,1%).</p> <p>En estudios realizados en Europa se obtuvieron resultados similares. Un servicio ambulatorio post-agudo establecido en Italia (en adelante denominado estudio italiano post-agudo de COVID-19)<sup>3</sup> informó de la persistencia de los síntomas en el 87,4% de los 143 pacientes dados de alta del hospital que se recuperaron de la COVID-19 aguda en un seguimiento medio de 60 días desde la aparición del primer síntoma. La fatiga (53,1%), la disnea (43,4%), el dolor articular (27,3%) y el dolor torácico (21,7%) fueron los síntomas más frecuentes, y el 55% de los pacientes siguieron experimentando tres o más síntomas. En el 44,1% de los pacientes de este estudio se observó una disminución de la calidad de vida, medida por la escala analógica visual EuroQol.</p>
--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia con base en estudios publicados en Revistas como Nature, The Lancet y la Revista de Neurología de España

En este contexto, la gran variedad de síntomas agudos y crónicos semanas o meses después de la infección por SARS CoV2 reflejan la necesidad de empezar a incorporar un proceso de gestión en salud pública que reúna estrategias y mecanismos orientados a atender de manera oportuna, integral y efectiva, la patogenia posterior al ciclo regular de esta enfermedad. Para el caso, el informe *Consideraciones relativas a la rehabilitación Durante el brote de COVID-19* de la Organización Panamericana de la Salud establece un conjunto de recomendaciones a las distintas autoridades territoriales de salud del continente americano, con el fin de poner en la agenda pública la importancia

de la rehabilitación poscovid. Entre las medidas propuestas por la OPS para los gobiernos nacionales y locales se encuentran las siguientes<sup>9</sup>:

### **Mensajes clave**

Con algunos ajustes, los servicios de rehabilitación pueden continuar durante el brote y ofrecerse incluso mediante la telesalud. Para la recuperación óptima de los casos graves de COVID-19 será necesario ampliar los establecimientos de transición que ofrecen rehabilitación. Estos establecimientos posibilitan el alta temprana de centros de atención de agudos, donde escasean las camas.

La demanda de profesionales de la rehabilitación aumentará en los centros de atención de agudos y de cuidados intensivos, de modo que es necesario asegurar que estén dotados del personal requerido. También habrá una mayor demanda de rehabilitación especializada con estadía más larga, en particular para personas mayores, que suelen necesitar estos servicios.

### **Acciones a adelantar**

#### **1. Incluir la rehabilitación en la planificación sanitaria para hacer frente a la COVID-19 y hacer los ajustes necesarios en el financiamiento para la salud**

a. Hay que considerar la posibilidad de incorporar un representante o un punto focal de rehabilitación en las estructuras de gestión y coordinación de emergencias de salud, como los centros de operaciones de emergencia.

b. Al planificar la rehabilitación, hay que tener en cuenta las necesidades de las personas afectadas por la COVID-19 y la rehabilitación necesaria de acuerdo con la normativa.

c. También hay que considerar factores locales como la factibilidad de la telesalud, la capacidad del personal especializado en rehabilitación y el acceso a esquemas de atención en salud privados.

d. Es necesario integrar la rehabilitación en las directrices y los protocolos clínicos para las personas con COVID-19, incluida la atención en las fases aguda y subaguda y a largo plazo. En los casos en que corresponda, se sugiere la articulación con las asociaciones profesionales pertinentes.

e. Se recomienda hacer planes y gestiones de financiamiento con el fin de hacer frente a un aumento de la demanda de servicios de rehabilitación relacionados con la COVID-19, especialmente para los casos graves. También es necesario confirmar que las personas que necesitan rehabilitación como consecuencia de la COVID-19, así como dispositivos de apoyo, no tengan obstáculos financieros.

f. Cabe prever un gran aumento de la rehabilitación necesaria de acuerdo con la normativa cuando se flexibilicen las restricciones relacionadas con la COVID-19 y se reanude la prestación habitual de servicios de salud.

---

<sup>9</sup> Los siguientes párrafos son extraídos de Organización Panamericana de la Salud (2020) <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-relativas-rehabilitacion-durante-brote-covid-19>.

## **2. Aumentar la capacidad del personal especializado en rehabilitación**

a. Hay que trabajar con los establecimientos de salud existentes para coordinar el desplazamiento del personal especializado en rehabilitación por todos los niveles de los servicios de salud, a fin de lograr una distribución óptima de las competencias para atender las necesidades de la población.

b. Colaborar con las entidades de rehabilitación, como las asociaciones profesionales, para facilitar la rápida actualización de la capacitación de profesionales de rehabilitación a fin de que puedan atender las necesidades físicas, cognitivas y psicosociales de los pacientes con COVID-19. Es esencial que los profesionales de la rehabilitación trabajen solo dentro de su ámbito de especialización.

c. Es necesario tomar medidas provisionales para acelerar el registro de profesionales o el otorgamiento de licencias y la cobertura de seguros para personal especializado en rehabilitación recién reclutado y para voluntarios. Reducir los obstáculos burocráticos a la contratación, manteniendo al mismo tiempo la calidad y los mecanismos de seguridad.

d. Debe cerciorarse que los profesionales de la rehabilitación tengan acceso a orientación o capacitación para ofrecer servicios de telesalud.

## **3. Apoyar la continuidad del acceso a la rehabilitación con el mantenimiento de servicios seleccionados, así como considerar modalidades alternativas como la telesalud y los servicios domiciliarios para pacientes con registro COVID-19**

a. Considerar la posibilidad de designar algunos establecimientos de salud y rehabilitación específicamente para pacientes que no tengan COVID-19.

b. Hacer los ajustes administrativos y financieros necesarios para ofrecer rehabilitación mediante telesalud. Es necesario que los mecanismos de financiamiento de servicios de salud (por ejemplo, seguro y reembolsos) abarquen la rehabilitación por medio de la telesalud durante un tiempo mientras dure el brote. En los casos en que convenga, hay que permitir que el personal de rehabilitación trabaje con consultorios privados para pacientes ambulatorios o en su casa para proporcionar servicios de telesalud.

c. En los lugares donde no haya otras opciones, apoyar la prestación de servicios de rehabilitación a domicilio cuando sea apropiada (considerando los riesgos de infección) para pacientes que tengan problemas de salud subyacentes debido a los cuales corran el riesgo de presentar casos graves de COVID-19 y en los casos en que exista la posibilidad de que los resultados en materia de salud sean desfavorables si la rehabilitación cesa y no hay otras opciones apropiadas para los servicios, como la telesalud.

## **4. Ampliar la capacidad de los establecimientos de transición para pacientes con COVID-19; agregando la rehabilitación para que se les pueda dar de alta de los centros para la atención de agudos donde haya pocas camas**

a. Buscar lugares apropiados que puedan transformarse rápidamente en establecimientos de transición para pacientes con COVID-19. Si se crean centros para la atención de infecciones respiratorias agudas graves, integre los establecimientos de transición para pacientes con COVID-19 en estos centros. Si eso no fuera posible, designe establecimientos de transición que estén cerca para facilitar la transición.

b. Hay que asegurarse que los establecimientos de transición sean accesibles, incluidos los bancos y las estaciones de higiene de las manos.

c. Determinar cuál es la composición apropiada del personal necesario para proveer servicios de transición.

d. Determine el equipo de rehabilitación que necesitaran los grupos de pacientes que accedan a estos servicios. Si el establecimiento de transición es nuevo, se podría trasladar equipo de gimnasios cerrados para pacientes hospitalizados, pedir equipo prestado de consultorios privados o comprarlo si fuera necesario.

e. Es necesario establecer criterios y trayectos claros para la remisión de casos y cerciorarse de que haya una comunicación eficaz entre ellos.

f. Cerciorarse que los establecimientos de transición cuenten con suficientes reservas de dispositivos de ayuda para apoyar el funcionamiento y acelerar el alta.

g. Trabajar en estrecha colaboración con los servicios comunitarios y fortalecerlos, incluidos los servicios de apoyo social para atender a los pacientes en el hogar cuando eso se pueda hacer sin peligro.

#### **5. Explorar posibles ubicaciones para consultorios ex situ, satélite o móviles y equipos multidisciplinarios móviles para facilitar el acceso a servicios de rehabilitación ambulatorios y su seguimiento en entornos comunitarios para pacientes con COVID-19 que necesitan rehabilitación**

a. Buscar lugares aptos, separados de los entornos de atención de agudos, que puedan facilitar el acceso de los pacientes a servicios de rehabilitación en la comunidad.

b. Asegurar que esos lugares cuenten con la infraestructura y el equipo necesarios para la prevención y el control de infecciones, así como para el suministro de servicios de rehabilitación.

c. Considerar la formación de nuevos equipos multidisciplinarios, móviles y a distancia, centrados en la COVID-19, que proporcionen servicios de rehabilitación en entornos comunitarios y faciliten la transición para pacientes complejos que necesiten más apoyo; por ejemplo, los que estén adaptándose a la oxigenoterapia en casa.

d. Considerar la posibilidad de establecer programas nuevos de rehabilitación pulmonar para pacientes ambulatorios o de ampliar los que haya.

e. Establecer los criterios y vías claras para la remisión de casos a estos servicios y asegúrese de que se los den a conocer claramente y de que estén dotados de la infraestructura y la capacidad administrativa necesarias.

#### **6. Preparar a los servicios de salud, de asistencia social y de atención comunitaria para hacer frente a un aumento de la demanda ocasionado por las necesidades de atención de algunas personas después de presentar casos graves de COVID-19 (especialmente en las personas mayores)**

a. Algunas personas mayores, personas con discapacidad y personas con comorbilidades podrían tener grandes necesidades de rehabilitación a largo plazo, así como de atención de salud y asistencia social, después de presentar casos graves de COVID-19. Estas personas podrían tener dificultades para volver a su casa o a su comunidad, y es posible que necesiten más cuidados y apoyo a largo plazo.

b. Los servicios de salud, de asistencia social y de atención comunitaria (por ejemplo, de organizaciones no gubernamentales y grupos de defensa) que apoyan a las personas mayores y a personas con problemas de salud preexistentes deben colaborar para aumentar la capacidad de los servicios con el propósito de atender a las personas con COVID-19.

c. Trabajar con organismos sociales y de salud a fin de asegurar el acceso a dispositivos de ayuda para pacientes con COVID-19. Haga planes apropiados para hacer frente a un aumento de la demanda, incluso con el almacenamiento de productos de ese tipo.

### **Alcance de la iniciativa: Rehabilitación pos covid como elemento transversal del Plan de Acción para la atención de la pandemia por COVID-19 en Bogotá**

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) resume en los siguientes párrafos los componentes y características que podrían enmarcarse bajo la figura del síndrome pos covid en tres escenarios concretos (COVID-19 prolongado, efectos multiorgánicos por COVID-19, efectos de hospitalización por COVID-19):

#### **Tipos de afecciones posteriores al COVID-19**

- **COVID-19 prolongado**

Las afecciones posteriores al COVID-19 son una amplia variedad de problemas de salud nuevos, recurrentes o en curso que las personas pueden experimentar más de cuatro semanas después de haberse infectado por primera vez por el virus que causa el COVID-19. Incluso las personas que no tuvieron síntomas cuando se infectaron pueden experimentar afecciones posteriores al COVID-19. Estas afecciones pueden tener diferentes tipos y combinaciones de problemas de salud durante diferentes lapsos de tiempo.

El COVID-19 prolongado puede presentarse en cualquier persona que haya tenido COVID-19, incluso si la enfermedad fue leve o no tuvo síntomas. Las personas con COVID-19 prolongado dicen experimentar combinaciones de los siguientes síntomas:

- Cansancio o fatiga
- Dificultad para pensar o concentrarse (a veces denominada "neblina mental")
- Dolor de cabeza
- Pérdida del gusto o el olfato
- Mareos al ponerse de pie
- Corazón que late rápido o muy fuerte (conocido como palpitaciones)



- Dolor de pecho
- Dificultad para respirar o falta de aire
- Tos
- Dolor muscular o en las articulaciones
- Depresión o ansiedad
- Fiebre
- Síntomas que empeoran luego de actividades físicas o mentales

### **Efectos multiorgánicos del COVID-19**

Los efectos multiorgánicos pueden afectar a la mayoría, si no a todos, los sistemas del cuerpo, incluidas las funciones del corazón, los pulmones, los riñones, la piel y el cerebro. Los efectos multiorgánicos también pueden incluir afecciones que ocurren luego del COVID-19, como el síndrome inflamatorio multisistémico (MIS) y afecciones autoinmunitarias. El MIS es una afección en la que pueden inflamarse diferentes partes del cuerpo. Las afecciones autoinmunitarias ocurren cuando su sistema inmunitario ataca las células sanas de su organismo por error, y causa una inflamación dolorosa en las partes del cuerpo afectadas.

Se desconoce cuánto tiempo podrían durar los efectos sobre los sistemas multiorgánicos y si los efectos podrían provocar afecciones crónicas.

### **Efectos de la hospitalización o tratamiento por COVID-19**

Las afecciones posteriores al COVID-19 también pueden incluir los efectos a largo plazo de la hospitalización o tratamiento por COVID-19. Algunos de estos efectos a largo plazo son similares a los relacionados con la hospitalización por otras infecciones respiratorias u otras afecciones.

Los efectos de la hospitalización y el tratamiento por COVID-19 también pueden incluir el síndrome post-cuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés), que hace referencia a los efectos sobre la salud que permanecen luego de una enfermedad crítica. Estos efectos pueden incluir debilidad grave y trastorno de estrés postraumático (TEPT). El TEPT implica reacciones a largo plazo a un evento muy estresante.

### **Necesidad de fortalecer un componente para la rehabilitación integral poscovid 19 en Bogotá D.C.**

Si se toma en cuenta los resultados del estudio adelantado por Nalbandian, A; et. al, (2021) *Síndrome COVID-19 post-agudo*, el cual fue publicado por la Revista Nature el 22 de marzo de 2021, el número de personas hospitalizadas y recuperadas en Bogotá por COVID-19 y que probablemente podrían presentar al menos uno de los síntomas identificados bajo el síndrome poscovid 19 ascendería a los 90.408 ciudadanos (32.6%). De estos, algo más de 17.087 personas (18.9%) estarían registrando nuevos síntomas o empeorados.

En atención a lo descrito en este documento y teniendo en cuenta que la formulación de un Plan de Acción para la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 requiere de un proceso íntegro y

multidimensional que supera el simple proceso del tratamiento médico de la respectiva enfermedad; se presenta esta iniciativa con el fin de contar con una herramienta normativa que permita fortalecer la gestión en salud pública territorial, en relación con un componente de rehabilitación para el conjunto de pacientes identificados con síndrome poscovid.

## **IMPACTO FISCAL**

La Ley 819 de 2003 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”, en su artículo 7o, establece que el impacto fiscal de todo Proyecto de Acuerdo debe ser explícito y compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para lo cual en la respectiva Exposición de Motivos deberán incluirse expresamente los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional que se generaría para financiar tales costos.

En atención a lo anterior, esta iniciativa no tendría un impacto fiscal por cuanto hace parte de los programas, acciones y metas estratégicas definidas en el Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI”, a través de los siguientes documentos concretos:

### ***Plan Territorial de Salud de Bogotá: 2020-2024***

#### ***Programa: Prevención y cambios para mejorar la salud de la población***

*El Programa contribuye a promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud enfermedad, detectando oportunamente la enfermedad y fortalece la recuperación y la rehabilitación del ciudadano y ciudadana; lo cual, favorece la inclusión social y el desarrollo integral de los ciudadanos y ciudadanas, sus familias y la comunidad en los entornos donde viven y se desarrollan mediante acciones de gestión coordinada entre el sector y actores intersectoriales. Las metas evaluables para el programa son:*

- ***En Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles***

*A 2024 atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública, así como de los eventos de salud pública de interés internacional. (Meta Trazadora del Plan de Desarrollo).*

*A 2024 implementar el plan de acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C.*

### ***Plan de Desarrollo 2020-2014***

***Programa 9. Prevención y cambios para mejorar la salud de la población.*** *Promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud-enfermedad. Se busca detectar oportunamente la enfermedad o fortalecer el proceso de recuperación o rehabilitación del paciente; disminuir la morbilidad por enfermedades transmisibles en control (Tosferina, Varicela, Hepatitis A, parotiditis y meningitis) y controlar la pandemia de Coronavirus COVID-19. Ello contribuirá a la inclusión social y desarrollo integral de familias, comunidades y población en general, al igual que al mejoramiento de espacios personales y entornos territoriales.*

**Anexo 1. Artículo 14: Metas sectoriales del Plan de Desarrollo**

No	Propósito	No	Programa	No Meta	Meta Sectoriales	Sector	Nombre indicador	línea base	Fuente	Meta Sectorial 2024
1	Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	9	Prevención y cambios para mejorar la salud de la población	79	Atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública así, como de los eventos de salud pública de interés internacional	Salud	Brotes y eventos de emergencias en salud pública atendidos.	100%.	Sistema de Información CRUE -DCRUE SDS.	Atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública así, como de los eventos de salud

Por otra parte, según la plataforma SEGPLAN de la Secretaría Distrital de Planeación (con corte a marzo de 2021) la meta: A 2024 implementar el plan de acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C. se encontraba en un porcentaje de ejecución del 16%, aún por debajo de los indicadores programados. Esta meta cuenta para el cuatrienio con \$72.398 millones, esto con el propósito que el Distrito Capital cuente en el mediano y largo plazo con una herramienta de política bajo un enfoque de salud pública que esté dirigida a superar la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19.

A pesar de lo anterior, se sugiere que la Secretaría Distrital de Hacienda pueda pronunciarse previamente a la discusión de esta iniciativa, con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá según el artículo 11º, literal f del Decreto Distrital 601 de 2014.

En todo caso se recuerdan los contenidos de la Sentencia C-911 de 2007 de la Corte Constitucional, en donde puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en un impedimento estricto para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa:

“Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al ministro de hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del ministro de hacienda”.

Presentado por los Honorables Concejales

**ÓSCAR RAMÍREZ VAHOS**  
Concejal de Bogotá D.C.

## **PROYECTO DE ACUERDO N° 611 DE 2022**

### **PRIMER DEBATE**

#### **“POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE REHABILITACIÓN FRENTE AL SÍNDROME POSCOVID 19 EN BOGOTÁ D.C.”**

#### **EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.**

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confieren los numerales 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993:

#### **ACUERDA**

**ARTÍCULO 1. OBJETO.** La Administración Distrital, en el marco de la formulación e implementación del *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C* previsto en el Acuerdo 761 de 2020, así como en el Plan Territorial de Salud vigente; incorporará un componente de rehabilitación de pacientes identificados con síndrome poscovid 19.

**PARÁGRAFO 1.** Entiéndase por síndrome poscovid 19 el conjunto amplio y variado de síntomas nuevos, recurrentes o en curso, que los pacientes pueden experimentar más de cuatro semanas después de haberse infectado por primera vez por el virus que causa el COVID-19. Esta sintomatología puede ser consecuencia natural de la propia enfermedad, así como de los procedimientos médicos y de hospitalización adelantados para el tratamiento de la misma.

**ARTÍCULO 2. LINEAMIENTOS A TENER EN CUENTA EN EL PLAN DE ACCIÓN.** La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Salud, definirá las estrategias y metas que considere pertinentes relacionadas con un componente de rehabilitación de pacientes residentes en el Distrito Capital identificados con síndrome poscovid 19. En todo caso, el componente de rehabilitación que finalmente sea incorporado dentro del *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C* tendrá en cuenta como mínimo los siguientes lineamientos:

- a. La declaratoria del síndrome poscovid 19 como un asunto prioritario de gestión en salud pública en el Distrito Capital.
- b. El desarrollo de acciones y metas orientadas hacia la identificación temprana, intervención oportuna y canalización de servicios relacionados con el componente de rehabilitación del síndrome poscovid 19, teniendo en cuenta para el efecto el plan de beneficios vigente a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB.
- c. El empleo de los equipos territoriales básicos y complementarios que disponga el Sector Salud para la identificación, rastreo y priorización de los eventos de salud relacionados con el síndrome poscovid 19 en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional; atendiendo para ello las

acciones, características y condiciones de operación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC que se encuentre vigente.

d. El seguimiento periódico de los casos canalizados por el portafolio de servicios de la red pública de salud de la ciudad y que posteriormente hayan sido trasladados hacia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB, con el fin de lograr la debida atención en materia de rehabilitación del síndrome poscovid 19.

**ARTÍCULO 3. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN POSCOVID A TRAVÉS DE LA RED ADSCRITA A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.** La Secretaría Distrital de Salud desarrollará las gestiones que propendan por la estructuración y fortalecimiento de la oferta de servicios de rehabilitación relacionados con el síndrome pos covid 19, esto a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud – ESE y en el marco del Acuerdo 761 de 2020. Estas gestiones incluirán acciones dirigidas hacia la valoración, tratamiento y/o procesos de rehabilitación a través del Plan de Beneficios en Salud sobre aquellos pacientes que sean previamente sean identificados como casos recuperados de COVID-19 y que presentan algún tipo de sintomatología posterior relacionada con la enfermedad.

**ARTÍCULO 4. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN.** El componente de rehabilitación del síndrome poscovid 19 que sea definido en el respectivo Plan de Acción incluirá un enfoque diferencial que permita la correcta identificación, canalización y acompañamiento de los respectivos casos en materia de rehabilitación de síndrome poscovid 19, considerando para ello aspectos poblacionales tales como el curso de vida y las condiciones socioeconómicas de los pacientes, entre otros aspectos. En todo caso, se priorizará la atención integral de personas en condiciones de pobreza monetaria, multidimensional, víctimas del conflicto armado, personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores y cuidadoras.

**ARTÍCULO 5. FINANCIACIÓN.** La Administración Distrital programará y asignará progresivamente los recursos públicos necesarios para el fortalecimiento del proceso de recuperación o rehabilitación del paciente por síndrome poscovid 19 en el Distrito Capital; teniendo en cuenta los lineamientos presupuestales que se determinen en el *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C* previsto en el Acuerdo 761 de 2020

**ARTÍCULO 6. VIGENCIA.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.