

MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ

Presentación:

Una sociedad que no segrega, que no depreda y que defiende y fortalece lo público, reconoce y demanda la garantía de los derechos sociales para el conjunto de la población, como forma de hacer realidad estos principios.

Es en esta vía que se inscribe la *Bogotá Humana*, inspirada en la Constitución de 1991, que en un contexto de crisis de salud como el que vive la ciudad y el país, plantea el desarrollo de un modelo de atención cuyo centro sea el ser humano y su dignidad, al reconocer la salud como derecho fundamental, público, universal y solidario, con énfasis en la atención primaria, que confronta el modelo que considera la salud como un negocio.

El modelo humano de atención en salud lleva a un acercamiento de los servicios de salud a la población en su propio territorio a través de los **Centros de Salud y Desarrollo Humano –CSDH–**, para romper con las barreras de acceso y discriminación. Implica una organización de respuestas sectoriales, transectoriales y sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho a la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales, con un enfoque territorial, poblacional, basado en la Atención Primaria en Salud - APS.

Igualmente, el desarrollo del modelo humano de atención requiere la organización y operación de Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS–, fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria, dignificación y humanización del trabajo en salud, empoderamiento de la comunidad para la exigibilidad del derecho a la salud y el ejercicio de la corresponsabilidad de la ciudadanía, y modalidades de atención intramural y extramural.

Bogotá Humana se propone entonces desarrollar un modelo humano de atención en salud que garantice el desarrollo de acciones sanitarias humanizadas,

participativas, con calidad y calidez, en condiciones de excelencia y de trabajo digno.

Echar andar este modelo requiere de un lado, que las comunidades atendidas se empoderen para fortalecer los procesos de vigilancia y control de los prestadores y las aseguradoras. De otro lado, requiere que la institucionalidad de salud desarrolle adecuadamente la rectoría del sistema y modelo de salud.

Esta cartilla presenta los aspectos más relevantes de esta apuesta por una atención humana en salud de la *Bogotá Humana*, que busca hacer realidad la garantía del derecho a la salud para toda la población de Bogotá.

"Hay que evitar la enfermedad y si alguien se enferma debe ser atendido en un hotel de cinco estrellas. Lo anterior debe ser acompañado obligatoriamente, con trabajo digno, humanización del servicio, empoderamiento social, gestión y transparencia, vigilancia y control a prestadores y aseguradores y notoria rectoría en cabeza de la secretaría de salud".

Alcalde Mayor Gustavo Petro



PREGUNTAS:

1. ¿QUÉ ES UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD?

Un Modelo de Atención en Salud, comprende el conjunto de instrumentos políticos, normativos, institucionales, programáticos, técnicos y financieros que garantizan la dimensión prestacional y programáticos del derecho a la salud. En el caso de la actual administración, Bogotá Humana, el objetivo de dicho modelo es garantizar el pleno derecho a la salud de toda la población Bogotana con oportunidad, accesibilidad, asequibilidad, adecuación, discriminación, calidad y calidez para contribuir a luchar contra la segregación e inequidad social.

El gobierno Distrital con el fin de asumir el reto que implica una Bogotá Humana que garantice el goce efectivo de los derechos humanos incluida la salud como derecho fundamental, con una perspectiva amplia de salud que permita promover la calidad de vida de las personas, y resolver con ello los problemas de salud en Bogotá, se propone profundizar la estrategia de **Atención Primaria en Salud – APS-**, con enfoque familiar y comunitario, mediante un modelo de atención que atienda integralmente a las personas y familias, al tiempo que se abordan los aspectos que determinan la salud o la enfermedad, desde su ámbito familiar más próximo, pero también, colectivo en el territorio, con una visión de salud pública, de promoción de la calidad de vida, de una atención humanizada en las redes integradas de salud y por ello, hacia la dignificación humana y del trabajo con presencia de comunidades participantes.

2. ¿QUÉ ES EL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD?

El modelo de atención en salud es considerado como la organización compleja de respuestas sectoriales, transectoriales y sociales en salud para Bogotá, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho a la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales, con un enfoque territorial, poblacional y basado en la APS. Comprende el conjunto de instrumentos políticos, normativos, programáticos y financieros para garantizar el desarrollo de acciones sanitarias

humanizadas, participativas, con calidad y calidez, en condiciones de excelencia y de trabajo digno.¹

Objetivo General del modelo de atención en salud Humano Ya!

Organizar la respuesta en salud de los diferentes actores del SGSSS en la ciudad, articulada con la respuesta de otros sectores y actores que tienen competencia en la afectación de determinantes sociales, para garantizar el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria sin barreras de acceso y discriminación.

En el contexto del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012-2016, Bogotá Humana, y en coherencia con su propósito de mejorar el desarrollo humano en la ciudad bajo un enfoque diferencial, reducir las diferentes formas de segregación mediante el aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos y la formulación e implementación de políticas que promuevan el acceso equitativo al disfrute de la ciudad, el Plan se propone desarrollar un modelo de salud **humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria y la organización de redes integradas de servicios de salud**, con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.

3. ¿POR QUÉ UN MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ?

Ante la solicitud de servicios de salud, por parte de un ciudadano, es frecuente encontrar largas filas, listas de espera con oportunidades de cita a varios meses e incluso se evidencian cierres parciales o definitivos de servicios vitales de salud en los hospitales como consecuencia del inadecuado flujo de recursos económicos hacia estas entidades. Adicionalmente es frecuente que los medicamentos no se suministren y es norma que el ciudadano que requiera servicios tenga que trasladarse a diferentes sitios, incluso a localidades distantes, para tratar de obtener acceso a los servicios, pues no se garantiza la integralidad y continuidad de los mismos.

El sistema de aseguramiento de salud en Colombia ha generado, en la práctica, múltiples formas de negar o retrasar el acceso a los servicios de salud a los individuos y a los colectivos, a través de la conformación de estrategias, por parte de las EPS, para la contención de costos que generan barreras de acceso, entre las cuales se cuentan: los engorrosos procesos de autorizaciones de servicios, actividades o medicamentos, así como los copagos y gastos de bolsillo; los problemas de traslado por barreras de tipo geográfico y de seguridad; la ausencia de información o simplemente

¹ Secretaría Distrital de Salud, "Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016", Mayo de 2012.

la no disponibilidad de servicios o insuficiencia de capacidad resolutive frente a las necesidades de los ciudadanos, como es el caso del “paseo de la muerte”.

En este orden de ideas es necesario precisar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, presenta importantes limitaciones en la garantía del derecho a la salud, seis razones se identifican como causantes de esta realidad:

- a. La salud como mercancía no como derecho, generándose inequidad y fragmentación del sistema, en cuanto a la disposición de servicios, la acción de los agentes involucrados, el territorio y la capacidad de pago de las personas.
- b. La existencia de serios obstáculos para acceder a los servicios de salud de manera oportuna, en especial por parte de la población más pobre y vulnerable.
- c. El debilitamiento de la capacidad para prevenir e intervenir sobre los problemas más importantes de salud pública.
- d. Débil posicionamiento del Estado en su rol de rector del Sistema de Salud, en la descentralización y en el manejo transparente de los recursos.
- e. La ausencia de un sistema unificado de información que permita tomar decisiones públicas oportunas y ajustadas a las necesidades de salud de la población.
- f. La débil incidencia de la gente en las decisiones que afectan su salud.

La salud se convirtió en mercancía, los subsidios del Estado para atender a la población pobre y vulnerable, llamados recursos de oferta, se convirtieron en demanda y pasaron a ser manejados por el sector privado, al que se le paga por un falso aseguramiento que consiste en recibir recursos por carnetizar a la población y posteriormente negarle el servicio; se debilitaron, liquidaron y cerraron hospitales, se prohibieron los auxilios y partidas para construirlos y dotarlos; entre los hospitales cuyo cierre causaron mayor ruido por su tamaño, alta complejidad y carácter de universitarios, podemos señalar el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, el Instituto Neurológico Nacional, el Lorencita Villegas de Santos, la Clínica Fray Bartolomé. También fueron liquidados los hospitales universitarios del resto del país, como el de Cartagena, el de Barranquilla el de Santa Marta, el

Ramón González Valencia de Bucaramanga, el de Manizales, el de Popayán; también se liquidaron la Caja Nacional de Previsión Social, CAJANAL, el Instituto de los Seguros Sociales, ISS; el Instituto Nacional de salud, INAS; el Fondo Nacional Hospitalario; el Instituto Nacional de Campañas Directas, o MALARIA, para combatir las enfermedades tropicales, como el dengue, fiebre amarilla, paludismo y malaria.

Los hospitales públicos, que deben cumplir una función social del estado y producir rentabilidad social, se les abandonó a su suerte, se les impuso la llamada auto sostenibilidad y los soltaron débiles y maniatados al mercado a competir con quienes tienen por objeto la rentabilidad económica.

Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, creadas por el gobierno no tuvieron vigilancia ni control y comenzaron a darle destinación diferente a los recursos de la salud, a ponerle barreras de acceso a los servicios a los usuarios, a violentar el derecho fundamental a la salud y a la vida, por cuanto el ánimo de lucro y las leyes del mercado no respetan los derechos humanos. Ciento sesenta mil (160.000) tutelas anuales solicitando a los jueces de la República protección al derecho fundamental de la salud, vulnerado por la misma ley 100 de 1993, exigen garantizarlo. Esto da cuenta del fracaso del actual sistema de salud y exigen el cambio inmediato de este.

La red de prestadores, públicos y privados, se encuentra en grandes dificultades por la altísima cartera que le adeudan las EPS que hoy se declaran insolventes, la que supera los nueve billones de pesos y nadie responde, ni siquiera el Estado que las creó y generó confianza en los prestadores; la red pública hospitalaria agoniza; las barreras de acceso crecen y la gente manifiestan que tiene carnet pero no tienen salud y todos los colombianos nos declaramos víctimas del actual sistema de salud.

El principio de la rentabilidad económica, donde el negocio es la enfermedad, no juega en un sistema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por eso las barreras de acceso crecen y el sistema de atención primaria en salud, APS, fue debilitado al máximo; se destruyó la autonomía médica, se bajó la calidad, se deshumanizó el servicio, se pauperizó el trabajo y se despidieron más de sesenta mil funcionarios en los últimos 10 años.

La ciudad de Bogotá no escapa a esta realidad nacional, hoy por hoy es inminente la crisis hospitalaria en la mayoría de las 22 ESEs, que conforman la red pública del Distrito Capital, de otra parte a pesar que en la última década, en el Distrito Capital, se han logrado importantes avances en indicadores de salud como en la mortalidad evitable, en la discapacidad y en causas de muerte; siguen prevaleciendo, enfermedades no transmisibles, transmisibles y las lesiones que en su conjunto evidencian importantes niveles de inequidad y segregación al interior de los territorios de la ciudad. En este sentido, convergen desafíos complejos para la sociedad bogotana y para la Administración Distrital, derivados ante todo, por el peso de la transición demográfica y su expresión en el perfil de salud y en la calidad de vida de los ciudadanos.

De acuerdo con la información reportada en la Encuesta Multipropósito de Bogotá (EMB) del 2011, el 92,0% de la población bogotana se encuentra afiliada, es cotizante o beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud y el restante 7,6% de la población no está afiliada al SGSSS. Por régimen de aseguramiento, se observó que el 66,5% de la población afiliada se encuentra en el Contributivo, el 22% en el Subsidiado, el 3,3% son del régimen especial o del régimen de excepción. Del total de personas afiliadas al Régimen Subsidiado, el 56,2% tienen subsidio completo y el 30,6% subsidio parcial

La pirámide poblacional de régimen subsidiado evidencia una mayor concentración de población en los grupos de adolescentes y jóvenes (entre los 11 y 20 años), mientras que la distribución por sexo demuestra una mayor cantidad global de mujeres.

Se observa una tendencia decreciente de la tasa de crecimiento de la población en Bogotá y una tendencia creciente del índice de masculinidad en la ciudad para el periodo 2005 – 2015.

Del total de fallecidos para el año 2010 y 2011, el 54% (14.481) son del régimen contributivo, el 25% (6.555) pertenece al régimen subsidiado y el 9% (2.420) a personas no aseguradas (vinculados). Las causas de la mortalidad general para Bogotá por agrupación de causas, evidencian que la primera causa es por enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar se encuentran las neoplasias y en tercer lugar las lesiones de causa externa.

La primera causa de muerte en los hombres para el año 2011, corresponde a las enfermedades isquémicas del corazón con un 12,6% (1.817) seguido de las agresiones (homicidios) con un 9,8% (1.414) y las enfermedades cerebrovasculares con un 5,3% (766). La primera causa de muerte en las mujeres

para el mismo periodo de tiempo, corresponde las enfermedades isquémicas del corazón con un 12,6% (1.577) seguido de las enfermedades cerebrovasculares con un 8,7% (1.088) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 5,9% (734).

La mortalidad infantil en Bogotá ha mostrado una tendencia decreciente entre 1998 y 2011, descendiendo de una razón de 15,5 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el 2004 a 11,4 en el año 2011. En cuanto a la distribución de casos de mortalidad infantil según afiliación, se observa que para este periodo de tiempo, el 44,4% (538) de los casos corresponde a población Subsidiada y Vinculada del Distrito.

La mortalidad materna ha tenido un rápido descenso, entre los años 2004 a 2008, dado que la razón paso de 64,2 a 41,7 muertes por 100.000 nacidos vivos; en el 2009 se presentó un pico relacionado con el aumento en el número de muertes que llegó a 56 con una razón de mortalidad materna de 48,4; para el año 2011 la razón fue de 36,7 muertes por 100.000 nacidos vivos. Frente a la distribución de casos de mortalidad materna según afiliación, se observa que para el año 2011 el 38,5% (15) de los casos corresponde a población Subsidiada y Vinculada del Distrito.

Las causas de morbilidad por consulta externa para el régimen subsidiado, se evidencia que la primera causa de consulta se relaciona con consultas de Hipertensión Esencial con el 14,4% de los casos, seguida de la atención general o específica del niño o el adulto con el 10,2% de los casos.

Frente a las causas de morbilidad por egreso hospitalario en el régimen subsidiado, se encuentra que para el año 2011 la primera causa corresponde al embarazo, parto y puerperio con el 20,4% de los casos, seguido por la bronquitis aguda con el 6,6% de los casos.

En cuanto a las causas de morbilidad por atención en urgencias para el régimen subsidiado, se evidencia que la primera causa es los signos y síntomas mal definidos (fiebre no especificada) con el 15,2% de las atenciones, seguida por el dolor abdominal con el 7,2% de las consultas por urgencias.

El cumplimiento en las coberturas del PAI en el año 2011 para terceras de Polio es menor para la red pública (subsidiado y vinculados) con el 87,1%, frente al 90,6% de la red privada. Mientras que en las dosis de triple viral el mayor porcentaje de cobertura corresponde para la red pública con el 94% frente al 91,7% de la red privada. Sin embargo es importante anotar que es la red pública la que en mayor proporción realiza la vacunación en muchas localidades de Bogotá, dado que no hay red suficiente para la vacunación por parte de las EAPB.

Es necesario recalcar la necesidad de mejoramiento en el tipo y calidad de información generada por las EPS –S, sobre la población a su cargo. Lo anterior implica que la SDS implemente un proceso de estandarización de la información (bases de datos y documentos de diagnóstico), además que de forma sistemática retroalimente a los diferentes actores del SGSSS, haciendo evaluación, monitoreo y seguimiento de la información producida por dicha actores respecto a la situación de salud y del sistema de vigilancia epidemiológica.

De otra parte el desarrollar el sistema Distrital de vigilancia de la calidad de la atención en salud y de la seguridad del paciente, en el Distrito Capital, para ello el perfil epidemiológico de la ciudad, se considera como un insumo para la toma de decisiones de política pública, sirve como línea de base de los diferentes programas que la administración de “Bogotá Humana” definió en el Plan de Desarrollo.

Todo indica que se requiere con urgencia transformar el actual modelo de atención sanitario, que en el contexto del SGSS se caracteriza por ser reactivo, fragmentado, ineficiente, desregulado, centrado en la atención de la enfermedad y el cuidado especializado, que no aborda al individuo de forma integral como miembro de una familia, una comunidad y un territorio. Transitar hacia un modelo de atención en salud integral, humanizado, participativo, intersectorial e incluyente con enfoque familiar - comunitario y basada en APS, más dinámico, coordinado con intervenciones con base en la comunidad, que garantice el mantenimiento de la salud, la prevención de daños y la resolución de la enfermedad requiere en primera instancia el desarrollo de una atención más preventiva de las enfermedades y por lo tanto promocional. De igual manera se requiere integrar las respuestas del sector salud con las de otros sectores que tienen competencia en la afectación de determinantes sociales de la salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Para ello, en el Modelo de Atención en Salud Humano Ya, se propone entre otras:

4. ¿QUÉ SE PROPONE EL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD?

Propósito: Garantizar el derecho efectivo a la salud de toda la población y el mejoramiento de la calidad de vida, preservándola de los intereses del mercado.

Se propone garantizar la atención universal de salud, la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Objetivos Específicos.

- Mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y calidez de la atención en salud en la ciudad.
- Ordenar los componentes de la atención en salud a partir del reconocimiento de las necesidades de la población en el territorio que habita.
- Articular e integrar la respuesta de los diferentes actores para el mejoramiento de la salud de la población de la ciudad de Bogotá, D.C.
- Fomentar la participación social para toma de decisiones en salud
- Lograr un mayor nivel de eficiencia de la inversión en salud y efectividad en los resultados poblacionales.

5. ¿CÓMO SE VA A DESARROLLAR EL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ?

El **Modelo de Atención en Salud Humano Ya**, se concretará a través de:

- a. Profundización de la Atención Primaria en Salud –APS- con la ampliación en la cobertura y del que hacer de los equipos territoriales de salud, en dos niveles:

- ✓ La conformación de **“Equipos de Respuesta Inicial”** que consisten en equipos de salud con presencia, además de los promotores, de médico y enfermera, quienes realizarán visita domiciliaria y atención en salud extramural en las casas, colegios, jardines infantiles, instituciones de protección y en general en los sitios donde habita las comunidades en los barrios de las diferentes localidades del Distrito Capital. Cada Equipo de Respuesta Inicial realizará una adscripción de 800 familias, hasta lograr una conformación de 1.000 territorios (micro-territorios) donde se operará la estrategia de Atención Primaria de Salud con una cobertura de 800.000 familias bogotanas.
- ✓ La conformación de **“Equipos de Respuesta Complementaria”** constituidos por un equipo de salud con cerca de 15 profesionales y especialistas en salud, tales como odontólogos, terapeutas físicos / ocupacionales, nutricionistas, psicólogos, pediatras, entre otros, además profesionales de otras áreas como trabajadores sociales, ingenieros ambientales, etc. Estos profesionales operarán a nivel de los territorios complementando la atención integral en salud de cada 12 Equipos de Respuesta Inicial, es decir cada equipo de respuesta complementaria cubrirá 9.600 familias en promedio. Se proyecta el funcionamiento de 83 equipos de respuesta complementaria en la ciudad.

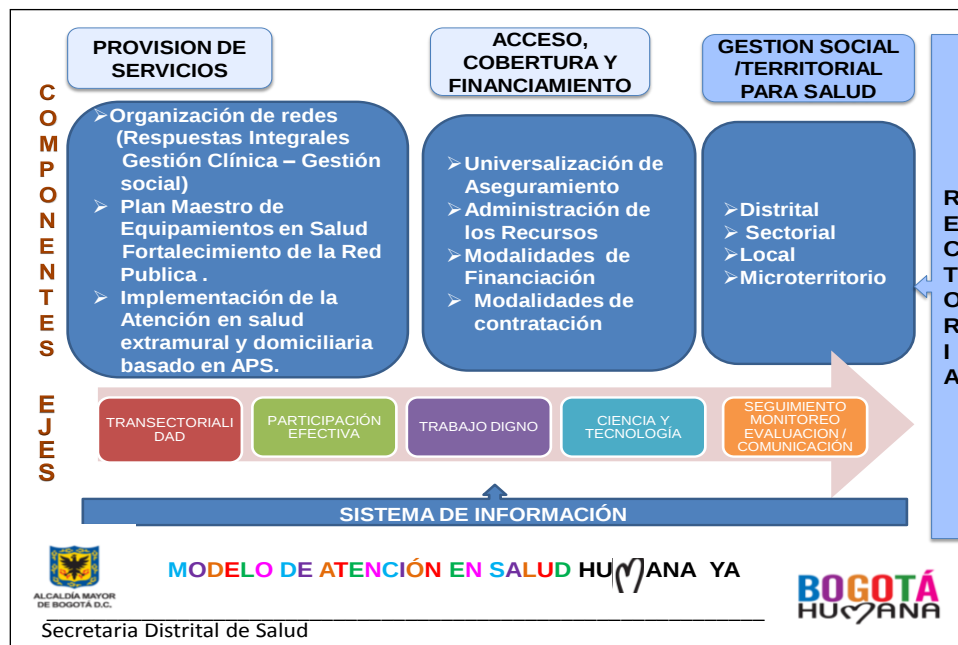
Estos equipos serán el primer contacto y la puerta de entrada de la población con los servicios de salud, abordando de forma integral e integrada a la población por ciclo vital, las familias y sus ámbitos de vida cotidiana, con un enfoque diferencial y para la diversidad. Se identificarán las necesidades y organizarán las respuestas que deban brindarse a la población, integrando las del sector salud con las de otros sectores sociales.

- b. Para acercar la puerta de entrada de servicios de salud a la población, se desarrollarán los CENTROS DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO – CSDH-, con el fin garantizar la accesibilidad y disponibilidad de servicios de baja complejidad y propiciar mecanismos efectivos de canalización y referencia a servicios de mayor complejidad en el enfoque de una APS integral. En los 83 CSDH proyectados, se realizarán acciones asistenciales relacionadas con promoción de salud y prevención de enfermedades, integrando las acciones individuales y las colectivas de los diferentes planes de beneficios del sistema y articulándolas con las respuestas de otros sectores en un ejercicio de transectorialidad.

- c. Para superar la fragmentación del sistema se integrarán y fortalecerán los hospitales públicos de Bogotá conformando redes integradas de servicios de salud, implica ello la **apertura del Hospital San Juan de Dios** y consolidar Empresas Sociales del Estado –ESEs- de alta complejidad (cuarto nivel), además de propiciar la conformación de redes con los hospitales y clínicas privadas con el fin de disminuir barreras de acceso a la prestación de los servicios de salud humanizados, con calidez y garantizar la calidad, oportunidad, pertinencia y seguridad.
- d. La atención integral, integrada, continua y humanizada a través de las diferentes estrategias que se desplegaran en el modelo de atención basado en la APS, requieren de un talento humano suficiente, calificado y apropiado en condiciones laborales dignas y acordes al derecho para la prestación del servicio público de salud y universal en Bogotá.
- e. Además de la profundización de la APS, el fortalecimiento de la red pública, la conformación de Redes Integrales de Salud y la dignificación del trabajo, se incentivara la participación social hacia la exigibilidad del derecho a la salud.

6. ¿EN QUÉ CONSISTE Y CÓMO SE ESTRUCTURA EL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ?

El modelo de atención se estructura a partir de tres Componentes y cinco Ejes.



Los componentes abarcan: la Provisión de servicios, el Financiamiento (acceso – cobertura) y en tercera instancia la Gestión social territorial para la salud. Estos componentes interactúan y se determinan con cinco Ejes: la transectorialidad, la participación efectiva, el trabajo digno, ciencia - tecnología en salud y el monitoreo- evaluación - comunicación.

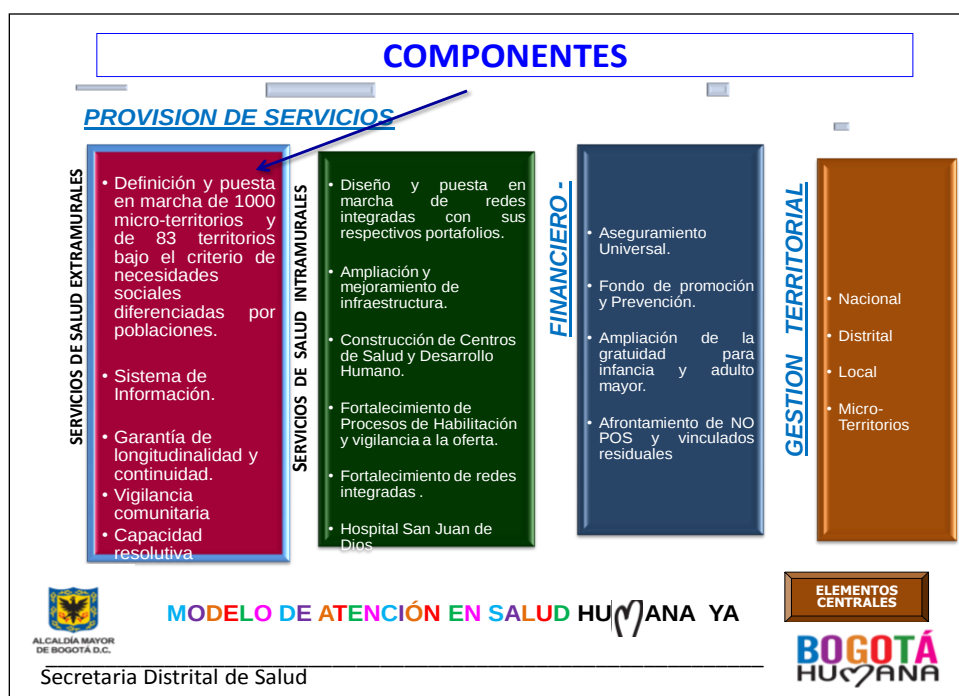
Los componentes y ejes del modelo de atención en salud Humanizado se sustentan en el respectivo sistema de información con base en lo definido en los lineamientos y políticas del Ente Territorial, es decir en el ejercicio de **Rectoría que lidera la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá** en concordancia con los lineamientos del Ministerio de la Salud y Protección Social -MSPS-.

La implementación del Modelo de atención en salud debe ser coherente con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, que exige un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia APS permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

Debe responder a la concepción de la Atención Primaria en Salud –APS- que de acuerdo al artículo 12, de la citada ley, está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial /transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

El modelo de atención en salud debe integrar los diferentes paquetes de servicios, tales como las acciones de prevención y atención contenidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, con las acciones No POS y los contenidos del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC-, de tal forma que se posibilite que, este último cumpla con su objeto: *“una atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”*. El PIC debe incluir, entre otros, los modelos de atención de salud familiar y comunitaria, de atención primaria y atención domiciliaria. (Ley 1122 de 2007 literal i artículo 33).

6.1 ¿QUIÉNES VAN A TRABAJAR EN EL DESARROLLO DEL MODELO?

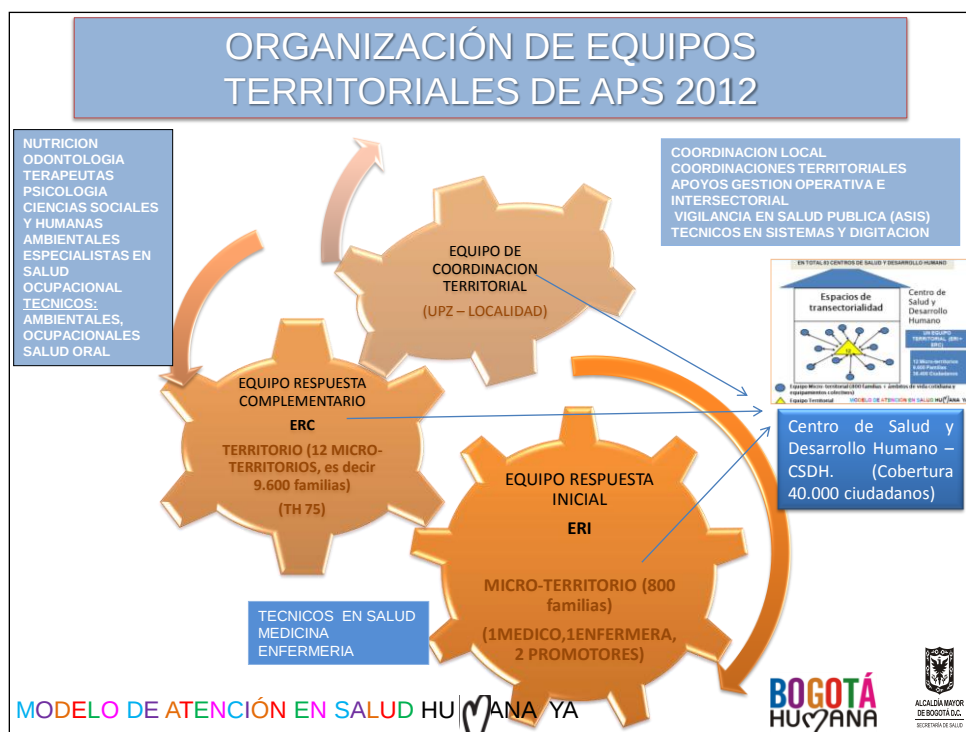


El modelo de atención humanizada en salud de Bogotá exige un trabajo articulado de los diferentes componentes, a saber la provisión de servicios de salud extramural con los servicios de salud intra-mural, dirigido a individuos y colectividades que habitan y trabajan en diferentes territorios, lo que exige diversos niveles de gestión territorial con mecanismos financieros, de flujo de recursos y contractuales que garanticen la superación de la inequidad sanitaria y de segregación social en la ciudad.

6.1.1 ¿QUIÉNES VAN A TRABAJAR EN COMPONENTE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COLECTIVA Y EXTRAMURAL?

La provisión de servicios de salud en el Modelo de salud Humano Ya, se centra en organizar redes de servicios integrados e integrales con excelencia y sostenibilidad en todos los niveles para la ciudadanía de Bogotá. Por efectos de presentación se describen el componente de provisión de servicios extramurales y en segunda instancia los intra-murales, aclarando que en la práctica deben estar integrados.

- Definición y puesta en marcha de 1.000 equipos básicos de salud operando en 1.000 micro-territorios y en 83 territorios bajo el criterio de necesidades sociales diferenciadas por poblaciones.



El nuevo modelo de salud requiere un abordaje territorial de las respuestas en salud, por lo que es de gran importancia la modalidad de atención extramural y domiciliaria que consiste en un conjunto de actividades, en los aspectos social,

sanitario, familiar y comunitario, que se realiza por parte de los miembros del Equipo de Respuesta Inicial –**ERI**– en el domicilio de las personas o en los ámbitos de vida cotidiana² – equipamientos del respectivo territorio (micro-territorio) asignado para dicho equipo, que en lo fundamental corresponde a 800 familias, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del individuo, a la familia y las colectividades, potenciando su autonomía y mejorando la calidad de vida.

El **Equipo de Respuesta Inicial –ERI–** está conformado por un médico, una enfermera y dos técnicos en salud (promotores), quienes recorrerán y caracterizarán a las familias y el territorio donde habitan, garantizando, en términos generales: Caracterización y notificación de eventos de Salud Pública, Intervenciones de Resolución de problemas de salud-enfermedad y Gestión transectorial.

Esta práctica de abordaje territorial de la salud – enfermedad, por micro-territorios bajo el esquema extramural y de servicios de atención domiciliaria, permite que el personal del ERI este en contacto con el entorno del usuario, lo cual posibilita la obtención de una información directa así como interactuar de una manera más cercana con la familia, sus miembros y con los diferentes colectivos que habitan dicho micro-territorio (en barrios, veredas, comunas, UPZ o localidades).

En búsqueda de un modelo de atención integral e integrado, por territorios saludables, las acciones del ERI se deben complementar y potencializar con profesionales de salud y de otras disciplinas³, para ello se definió que por cada doce micro-territorios (cada uno de 800 familias), se conforme un equipo territorial de salud, denominado Equipo de Respuesta Complementaria **ERC**, que realizará acciones de salud individual y colectivas (intra-murales y extramurales), destinadas a las 9.600 familias que resultan de agrupar los doce micro-territorios, anteriormente enunciados.

² En el desarrollo de la APS en Bogotá se definieron como ámbitos de vida cotidiana: el Familiar, las Instituciones educativas (escolar, jardines, colegio), las Instituciones de protección, el ámbito laboral y el comunitario.

³ Profesionales en nutrición, odontología, terapias, psicología, ciencias sociales y humanas, especialistas en salud ocupacional, técnicos ocupacionales, en salud oral y ambientales.

La operación territorial de los ERI y los ERC requieren la coordinación por localidad - UPZ, para lo cual se prevé el funcionamiento de un equipo de coordinación territorial, constituido en principio por talento humano de carácter administrativo, analistas de ASIS y digitadores, además de gestores intersectoriales, que tendrán como referencia los Centros de Salud y Desarrollo Humano –CSDH-

La Atención Primaria en Salud APS, implica garantizar en su operación, además del abordaje territorial, familiar y comunitario, mecanismos para la intersectorialidad, ello exige que los diferentes equipo territoriales de salud cuenten con estrategias, tales como los CENTROS DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO –CSDH-, con el fin de acercar los servicios de baja complejidad a la población. En estos CSDH se realizaran acciones asistenciales relacionadas con promoción de salud y prevención de enfermedades, integrando las acciones individuales y las colectivas de los diferentes planes de beneficios del sistema y articulándolas con las respuestas de otros sectores en un ejercicio de transectorialidad.

La integración de respuestas del Equipo de salud (ERI y ERC) por territorios de 9.600 familias (40.000 ciudadanos), tiene como fin la ejecución del programa de acciones individuales y colectivas para la vida “**Territorios Saludables**”, que aborda la problemática de salud enfermedad desde la promoción y la prevención, con un enfoque territorial y poblacional, por ciclo evolutivo.

Con este modelo de atención en salud con abordaje territorial, familiar y comunitario bajo la modalidad de atención extramural y domiciliaria, a través de los ERI y los REC, se busca lograr:

1. Valorar la situación de las familias, los individuos y de la población cautiva (colectividades), especialmente en los aspectos relacionados con el domicilio y/o de su entorno cotidiano, así como en la identificación de los aspectos de relaciones sociales del núcleo familiar y su funcionalidad así como también el entorno inmediato de los diferentes ámbitos de vida cotidiana.
2. Mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención de la salud de las familias - colectividades y las acciones intersectoriales.
3. Facilitar el apoyo y formación de los cuidadores implicados en la atención de población en condiciones de vulnerabilidad.
4. Realizar la atención a domicilio y en los ámbitos de vida cotidiana, de los ciudadanos que cumplan los criterios de inclusión.

6.1.2 ¿QUIÉNES VAN A TRABAJAR EN COMPONENTE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTRAMURALES?

El modelo de prestación de servicios debe rediseñarse y operarse a partir de la organización de las Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS-, que permitan proveer una atención integral e integrada en respuesta a las necesidades y expectativas de la población, en una cartera integrada de servicios, tanto individuales como colectivos de responsabilidad de los diferentes actores del sistema, articulando los planes de beneficios y las diferentes fuentes de financiamiento. Los servicios deben ser brindados a la población en los territorios, en escenarios intramurales y extramurales, acercándolos a su cotidianidad,

teniendo como primer contacto para la obtención de respuestas a sus necesidades a los Equipos Básicos Territoriales de Salud (Equipo de Respuesta Inicial –ERI-, Equipo de Respuesta Complementaria –ERC-).

Los puntos de atención de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría distrital de Salud se organizarán de forma que garanticen una cobertura poblacional que los haga sostenibles, acercando los servicios de baja complejidad a donde viven o trabajan las personas, e integrando los diferentes niveles de complejidad en redes.

Las redes de prestación de servicios que se conformen deberán integrar a instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas que son las responsables de ofertar los servicios a la población afiliada a las diferentes Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB-, para garantizar a toda la población de la ciudad la asistencia sanitaria que requiera, incluyendo diferentes modalidades de atención –ambulatoria, domiciliaria, telemedicina, hospital día, medicina alternativa y terapias complementarias, entre otras- evitando barreras de acceso geográficas y administrativas, mediante el establecimiento de acuerdos de gestión administrativa y clínica y el establecimiento de un Sistema Integrado de Referencia y Contrarreferencia en toda la Red.

Las Empresas Sociales del Estado como organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial, deben pasar a ser estructuras flexibles que puedan ser redefinidas dinámicamente en el tiempo, integradas en red, que sean financieramente sostenibles.

Las modalidades de atención serán: intrahospitalaria o de atención con internación y extra-hospitalaria o ambulatoria, considerando en esta última la atención domiciliaria, atención pre-hospitalaria y telemedicina. En cada una de estas modalidades se desarrollan distintos procesos y procedimientos acorde con lo normado en el acuerdo 008 de 2010 de la CRES.

En consecuencia con la política de salud y con el modelo de atención, la red de servicios debe organizarse sobre la base de áreas geográficas definidas, lo cual facilita el conocimiento de la población y del territorio, permite elaborar perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen, y en forma particular de los grupos poblacionales más vulnerables y

con condiciones o situaciones diferenciales; este conocimiento sobre las necesidades y demandas en salud permite a su vez el diseño diferenciado de servicios que respondan mejor a sus necesidades específicas. Favorece la implementación de acciones de salud pública, la acción transectorial y la intervención de los determinantes sociales de la salud.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá busca la adecuada organización y funcionamiento de las redes de prestación de servicios y la operación de las ESE adscritas a la SDS y a las IPS privadas en condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad técnica y financiera, cumpliendo con su objeto social y las competencias asignadas dentro del sistema general de seguridad social en salud⁴

La organización en red de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, tiene como propósitos fundamentales:

- a. La satisfacción de las necesidades de la población bogotana en la provisión de servicios de salud, contribuyendo a minimizar o eliminar los riesgos y daños.
- b. La racionalización de la capacidad instalada, que favorecerá la integralidad y continuidad de los servicios con calidad, con lo cual se disminuirán los costos en la atención y mejorará los resultados en salud.
- c. La utilización adecuada de los diferentes niveles de complejidad de los servicios, lo cual favorecerá mejores condiciones de trabajo y adecuado desempeño del talento humano, logrando una mejor valoración de los trabajadores de la salud, incrementando la productividad y disminuyendo sus costos, que a futuro contribuirá a garantizar estabilidad laboral y mejoramiento de la calidad de vida de éstos.
- d. La disminución de la demanda de servicios de mayores niveles de complejidad al tener como puerta de entrada el primer nivel, lo cual invertirá la pirámide de atención, disminuyendo costos de producción de los servicios, optimizando la utilización de los mismos, favoreciendo el mantenimiento de la salud, acercándonos a la garantía del derecho a la salud.

⁴ Componentes y actividades del Programa de Reorganización del MPS. El programa consta de los siguientes componentes: - Reorganización operativa de las redes de hospitales públicos, - Seguimiento y evaluación, y - Administración del Programa.

El fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud en Bogotá implica:

- a. Territorialización en micro-territorios, territorios UPZ+GSI (gestión Social Integral) y localidades.
- b. Desarrollo de los equipos micro-territoriales y territoriales con acciones de promoción, detección y atención en los territorios, que estarán integrados a las redes territoriales de hospitales adscritos, que se proponen.
- c. Creación de Centros de Salud y Desarrollo Humano (CSDH) como los grandes articuladores entre la gestión en salud, las acciones PIC y la Transectorialidad.
- d. Acciones interinstitucionales y transectoriales a nivel de todos los espacios territoriales definidos
- e. Interacción directa de los equipos microterritoriales y territoriales con la atención en salud y con las instituciones prestadoras de servicios de salud realizando acciones de detección del riesgo, canalización y atención en salud, constituyéndose en el elemento de conexión entre las acciones colectivas e individuales.

- **Modelo de organización de red y territorio**

El Modelo de organización de propuesto considera a nivel de los Microterritorios y territorios la atención en los ámbitos comunitarios y transitoriaectorial, e institucional, atendidos por los Hospitales de Primer nivel y el componente de baja complejidad de los Hospitales mixtos (1 y 2 Nivel).

Estos hospitales desarrollaran su actividad en los centros de desarrollo humano y en las sedes asistenciales propiamente dichas, las cuales podrán desarrollar centros de excelencia en servicios de P y D principalmente.

El desarrollo de las actividades en los micro-territorios y en los territorios será realizado por los equipos básicos en salud ERI y ERC, apoyados por equipos de otros sectores en los CSDH, y en las sedes asistenciales por los equipos de salud. Transversal a estos equipos existirá un grupo de apoyo para las actividades de los equipos, este grupo de apoyo será conformado por personal de los equipos ya mencionados y podrá contar con personal con formación, capacitación o

competencias que complementen las labores a desarrollar en cada uno de los territorios ámbitos e instituciones.

En la conformación del Grupo de Apoyo intervendrán también hospitales de mediana Complejidad con el concurso de especialistas que refuercen la acción del grupo y la asesoría y gestión de los equipos básicos, los equipos transectoriales y los equipos de salud de los Hospitales de Baja Complejidad.

Este grupo de apoyo a su vez facilitara el acceso de los usuarios a lasos servicios de mediana complejidad.

Las actividades a desarrollar por los equipos básicos como ya se dijo serán caracterización, canalización, actividades PIC, P y D y tamizaje y consulta médica.

DIAGRAMA DE INTERRELACIÓN TERRITORIO, EQUIPOS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ACTIVIDADES.

RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DISTRITAL						
RED TERRITORIAL						
LOCALIDADES						
MICROTERRITORIOS		TERRITORIOS				
AMBITO COMUNITARIO	TRANSECTORIAL	AMBITO INSTITUCIONAL PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD				
HOSPITAL DE PRIMER NIVEL / COMPONENTE DE BAJA COMPLEJIDAD DE HOSPITAL MIXTO (PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL)			COMPONENTE DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE HOSPITAL MIXTO (PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL) Y HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL		HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD O TERCER NIVEL	
CENTRO DE DESARROLLO HUMANO		SEDES ASISTENCIALES / CENTRO DE EXELENIA SERVICIOS PYD	HOSPITAL	CENTRO DE EXCELENCIA SERVICIOS ESPECIALIZADOS	HOSPITAL UNIVERSITARIO	INSTITUTO
Equipos Básicos	Equipos otros sectores	Equipo salud General	Equipo salud especializado	Equipo subespecializado o especializado entrenado	Equipo subespecializado entrenado	Equipo investigador
EQUIPO DE APOYO INTERDISCIPLINARIO						
Caracterización	Uso tiempo Libre	Consulta externa de medicina general, consulta externa especializada orientada a determinación de riesgo Hospitalización general de baja complejidad , atención de parto de baja complejidad.	Servicios especializados en consulta externa, cirugía, urgencias, obstetricia y hospitalización	Servicios integrales en un grupo de patologías.	Servicios de subespecialidades en consulta externa, urgencias, obstetricia, cirugía y hospitalización	Servicios integrales en un grupo de patologías.
Canalización	Actividad Física	Actividades de PYD	Servicios de alta demanda como ortopedia y salud mental	Servicios sub especializados en un grupo de patologías específico	Servicios subespecializados a nivel Consulta Externa y grupos quirúrgicos altos	Investigación en un grupo de patologías de alto "impacto"
Parte del PIC	Saneamiento Básico interacción con otras instituciones	ODONTOLOGIA GENERAL	servicios subespecializados a nivel Consulta Externa	Servicios subespecializados en grupos quirúrgicos medios y altos.	Cirugías grupos quirúrgicos altos	Apoyo en desarrollo de políticas y seguimiento e implementación de las mismas.
P Y D campañas tamizaje	Atención social	Urgencias Baja Complejidad	Urgencias baja y mediana complejidad		Urgencias baja, mediana y alta complejidad	
"Consulta Medica"	Nutrición	Laboratorio Básico / Toma de Muestras / Rehabilitación componente familiar y comunitario	Laboratorio mediana complejidad / Toma de Muestras laboratorio alta complejidad / Imagenología básica / Rehabilitación general	Laboratorio específico para grupo de patologías / Imagenología específica grupo de patologías / Rehabilitación específica para el grupo de patologías	Laboratorio alta complejidad / Imagenología alta complejidad / Rehabilitación general	Laboratorio especializado / Imagenología especializada / Rehabilitación especializada
Territorio Ambito Tipo de institución / punto de atención Recurso Humano Servicios						

A nivel de los CDSH se desarrollaran actividades con relación al uso del tiempo libre, actividad física, saneamiento básico, atención social y nutrición y actividades de P Y D.

En las sedes asistenciales se realizaran actividades de P y D, consulta externa de medicina general, consulta externa especializada orientada a determinación de riesgo Hospitalización general de baja complejidad, atención de parto de baja complejidad. Podrán desarrollarse otras actividades de consulta externa especializada de acuerdo a las necesidades que se establezcan en la red pero siempre en coordinación con los Hospitales de mediana y alta complejidad.

En este nivel se podrán desarrollar centros de excelencia en atenciones de P Y D medicina familiar y terapias alternativas.

A nivel de localidades se realizaran actividades en el ámbito institucional, por parte de equipos especializados. En el nivel de red territorial se desarrollaran servicios especializados en consulta externa, cirugía, urgencias, obstetricia y hospitalización. Podrán desarrollarse servicios de consulta externa subespecialidad en servicios que demande la red siempre en coordinación con los hospitales de alta complejidad.

En este nivel se podrán desarrollar centros de excelencia en atenciones resolutivas para grupos de patologías de alta incidencia en la morbimortalidad de la ciudad o de la red territorial. Estos centros de excelencia equipos de atención con subespecialistas o especialistas entrenados.

En el Nivel de la red territorial los servicios serán prestados por instituciones de alta complejidad que prestaran los servicios sub especializados con la tecnología y complementariedad en apoyo diagnostico y terapéutico correspondiente.

Estos hospitales ofertaran servicios enfocados en las necesidades de la Red Territorial Y complementaran los servicios sub especializados de otras redes. Adicionalmente se fortalecerán los servicios de referencia distrital en patologías que requieran atenciones altamente especializadas, en los cuales por la oferta

limitada de especialistas, los altos costos para su prestación, y su incidencia no sea costo efectivo prestarlos en todas las redes.

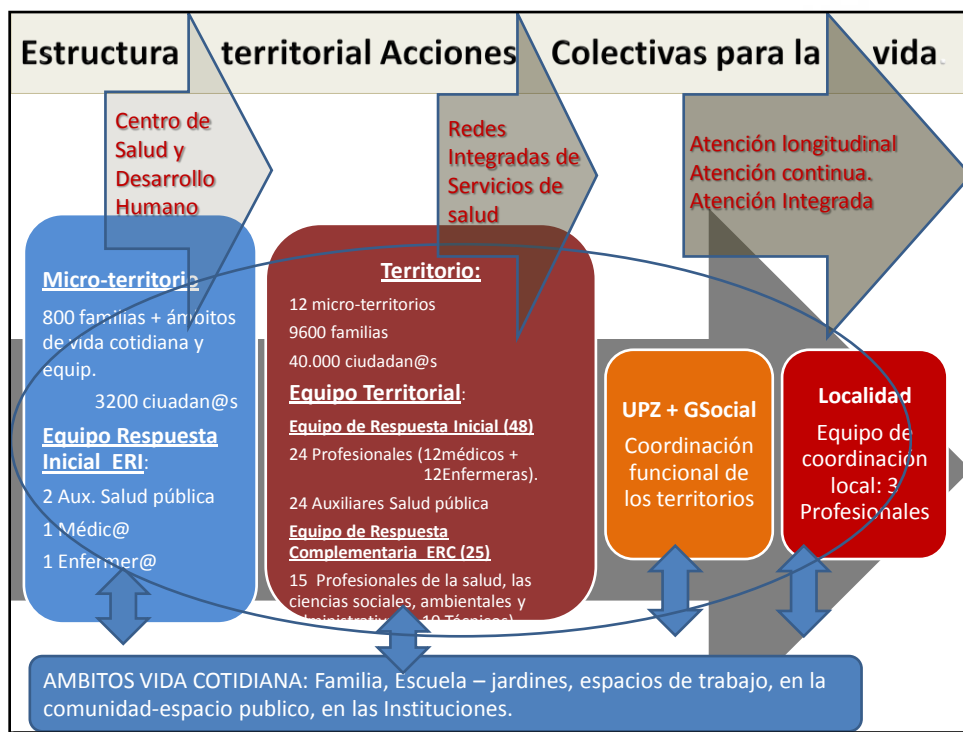
En este nivel se desarrollaran institutos los cuales podrán ubicarse en los hospitales de tercer nivel existentes o en infraestructuras nuevas, pero bajo la dependencia administrativa de uno de los Hospitales de tercer nivel. Los Institutos tendrán acción sobre todo el Distrito y adicionalmente a los servicios asistenciales desarrollaran actividades de investigación y de apoyo a la SDS en la formulación y seguimiento de políticas.

7. ¿CÓMO SE VAN A PROVEER LOS SERVICIOS?

La provisión de servicios de salud individual y colectiva debe garantizar el acceso, disponibilidad y calidad en la atención como concreción del derecho a la salud. En el modelo de atención en salud humanizada, en énfasis se realizará a través de la estrategia de APS, en la medida que se garantice una atención longitudinal, integral y continua en salud para los ciudadanos de Distrito Capital

La longitudinalidad se refiere al acompañamiento del equipo de salud y/o profesional del proceso salud- enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere, independientemente de que presente una patología. Por ende trasciende la asistencia a la patología concreta en un determinado momento de su vida (atención vertical).

La longitudinalidad es la posibilidad de lograr una atención en salud y relación permanente en el tiempo con un proveedor estable de los servicios médicos, que para el caso del modelo de atención en salud Humano Ya, se daría a través de los equipos territoriales de salud (Equipo de Respuesta Inicial -ERI y Equipo de Respuesta Complementario -ERC-).



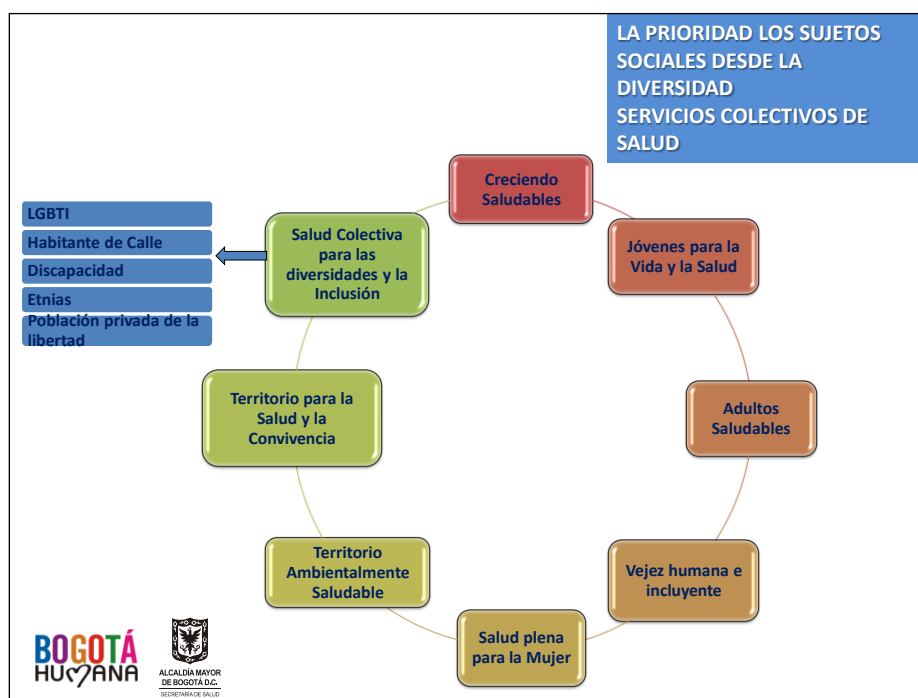
La atención continua implica la responsabilidad del profesional actuante y/o del equipo de salud de garantizar el seguimiento del estado de salud – enfermedad de la persona en los distintos servicios que conforma el sistema sanitario, así como la red sanitaria. O sea que implica un conocimiento apropiado del profesional de los mecanismos de referencia y contra-referencia, y de las instituciones que conforman la red con la que cuenta la comunidad referenciada.

La atención integrada hace referencia a la necesaria interrelación de los aspectos asistenciales con los preventivos – promocionales en la actividad profesional cotidiana. En términos generales, un modelo de atención integrada a la salud incorpora con énfasis los aspectos antes mencionados a la actividad asistencial tradicional.

Estas características de atención longitudinal, continua e integrada se buscan garantizar a través de la estructura territorial de los servicios colectivos para la vida, con base en la operación de los ERI en el micro-territorios y de los ERC en los territorios saludables.

- ¿A quiénes van dirigidos los servicios colectivos de salud de los equipos territoriales de salud (ERI y ERC)?

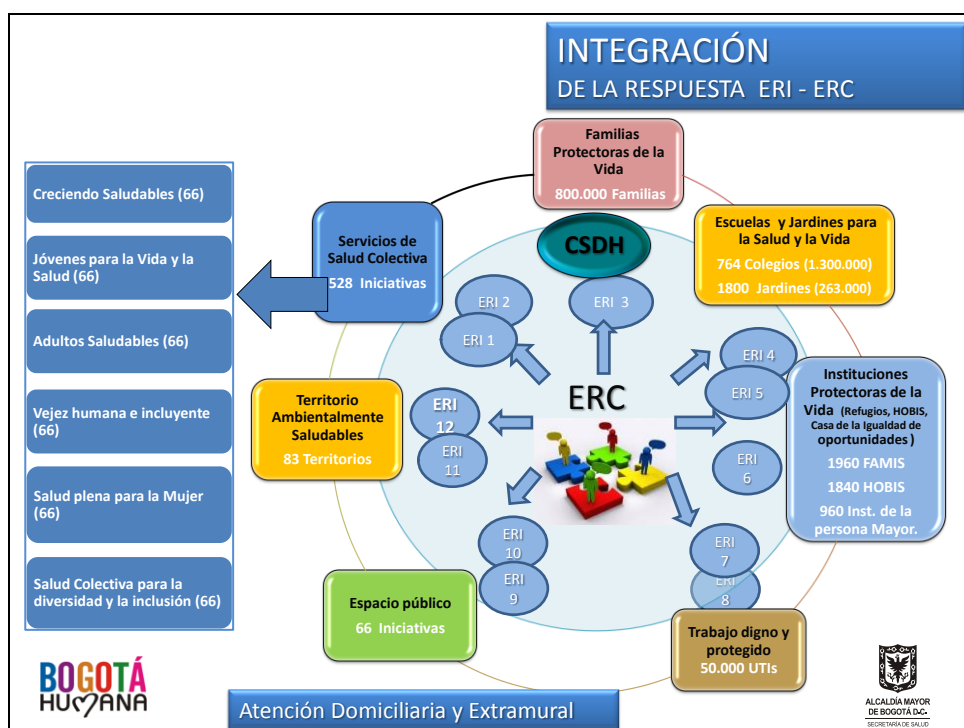
Los ERI y los ERC desarrollarán Servicio Colectivos de Salud dirigidos a los sujetos sociales desde la diversidad, desde un enfoque territorial y poblacional por ciclo evolutivo, adicionalmente servicios colectivos de salud para la mujer, los territorios para la salud y salud colectiva para la diversidad y la inclusión, tal como se describe en la siguiente figura:



Los sujetos de derecho a quienes va dirigido este programas son: Creciendo saludables (infancia), Jóvenes para la vida y la Salud (Juventud), Adultos Saludables y Vejez Humana e incluyente. Adicionalmente se asume un enfoque de género a través del programa Salud plena para la mujer y el enfoque diferencial a través de los servicios de salud colectiva para la diversidad y la inclusión (LGBTI, habitantes de calle, discapacidad, etnias, poblaciones privadas de la libertad y víctimas del conflicto).

- ¿En donde se realizarán las acciones de los equipos territoriales en salud (ERI y ERC)?

Los equipos de salud (ERI y ERC) a nivel distrital, operaran en 1.000 micro-territorios, distribuidos en 83 territorios saludables, que además de la cobertura de 800.000 familias protectoras de la vida, incluirá para 2016, a escuelas y jardines para la salud y la vida (764 colegios públicos y 1800 jardines), las Instituciones Protectoras de la vida (1960 FAMIS, 1840 HOBIS, 960 Instituciones de Protección de la Persona Mayor, 5 cárceles, etc.), las Unidades de Trabajo Informal (50.000 UTIS). Además los equipos de salud operaran en el espacio público y en los territorios ambientalmente saludables, a través de programas y de servicios de salud colectivos. Estos equipos de salud operaran a través de 83 CSDH, que integraran su respuesta con la Red Integral de Servicios de Salud –RISSS- de las cuatro subredes que actualmente funcionan en Bogotá⁵ que en principio se sustentan en la 22 Empresas Sociales de Estado, con 168 puntos de atención.



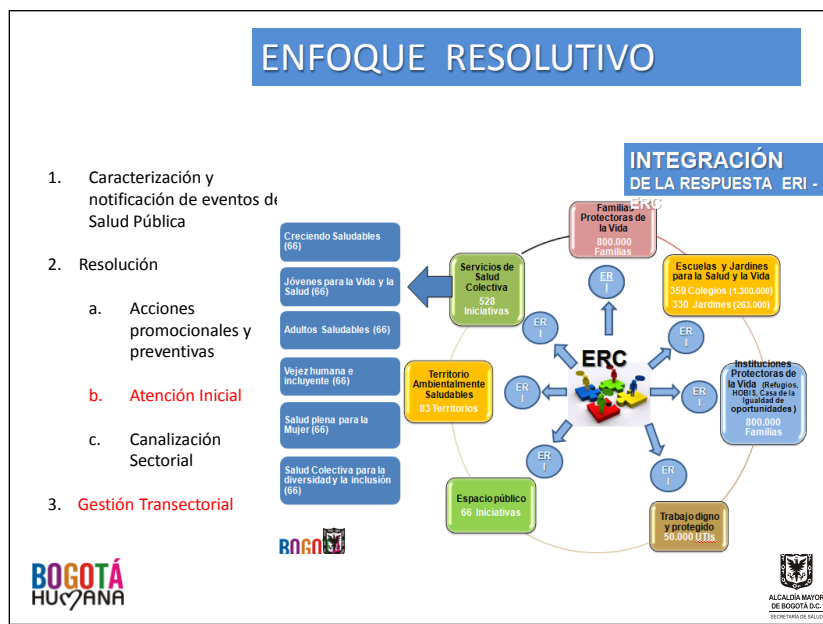
Al ampliar la cobertura de equipos territoriales de APS en los dos niveles: “Equipos de Respuesta Inicial” que operan en los micro-territorios de la estrategia

⁵ La subred Norte, subred Sur-occidente, subred Centro-oriente y la subred Sur.

de APS (en promedio de 800 familias), que además de la población por ciclo vital afecte sus ámbitos, y los “Equipos de Respuesta Complementaria” que operarán a nivel de doce micro- territorios agrupando a 40.000 ciudadanos aproximadamente, hará posible y efectivo que estos equipos territoriales de salud sean el **primer contacto y la puerta de entrada** de la población con los servicios de salud, para lo cual identificarán las necesidades y organizarán las respuestas que deban brindarse a la población, integrando las del sector salud como las de otros sectores sociales.

8. ¿Cuál es la Capacidad Resolutiva y rol de los integrantes de los equipos territoriales de Salud?

El programa de **Territorios Saludables**, a través de los ERI y ERC, hará énfasis en tres tipos de intervenciones:



1. **Caracterización y notificación de eventos de Salud pública**, ello implica:
 - a. Adscripción de población en un territorio (micro-territorio) al ERI para garantizar la longitudinalidad en la atención sanitaria.

- b. Caracterización de población e identificación de procesos de determinación social.
- c. Identificación del riesgo en salud individual, familiar y social.

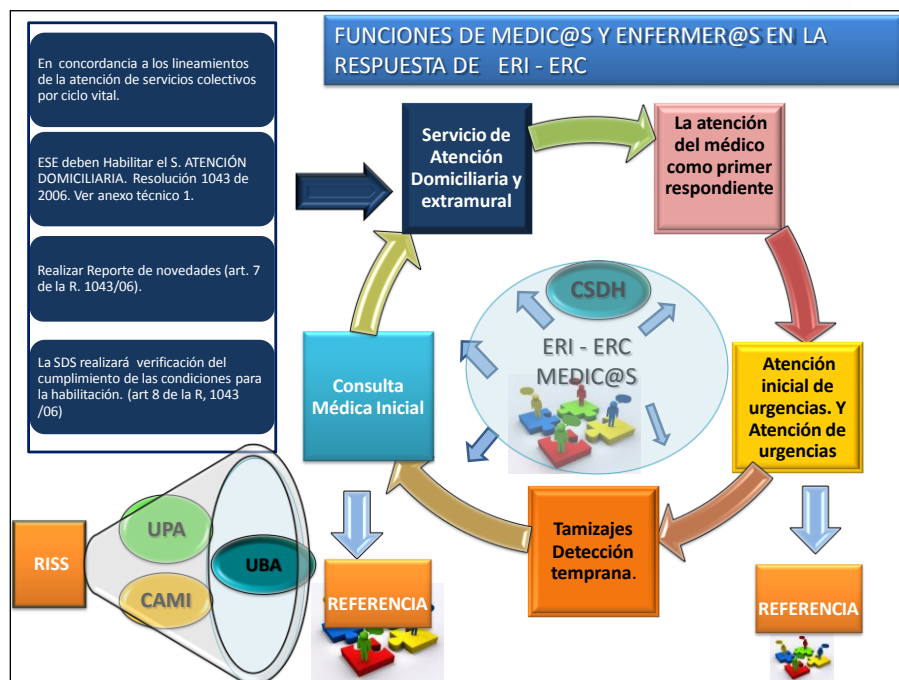
2. Intervenciones de Resolución de problemas de salud-enfermedad:

- a. Acciones Promocionales y Preventivas
- b. Atención Inicial. Prestación de servicios con alto énfasis en los de baja complejidad y el liderazgo del primer nivel de atención, que permitirá el primer contacto con la población.
- c. Canalización sectorial, para lo cual se debe organizar los servicios acorde a necesidades y expectativas de la población en el territorio, para una adecuada Inducción de demanda - canalización a servicios.
- d. Referencia y contra-referencia para garantizar la continuidad de la atención.

3. Gestión transectorial.

- a. Los equipos de salud lideraran procesos de participación social efectiva.
- b. Trabajo intersectorial y transectorial.
- c. Seguimiento y monitoreo a resultados.

Las y los profesionales de medicina y enfermería de los ERI a través del **acto médico** y de las **acciones de cuidado**, serán los principales responsables de la ejecución y seguimiento de los diferentes programas preventivos y promocionales desde la perspectiva de la APS integral, que la SDS definió en los lineamientos de acciones individuales y colectivas del programa **Territorios Saludables**, que incluye las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y otras acciones integradas, a cargo del ente territorial de Bogotá D.C.



Es a través de las acciones individuales y colectivas del acto médico e intervenciones para el cuidado, que médic@s y enfermer@s deben realizar: Servicio de atención domiciliaria y extramural; la atención del médico como primer respondiente; la atención inicial de urgencias; las intervenciones de tamizajes para la detección temprana de patologías y riesgos en salud; la consulta médica inicial y finalmente el proceso de canalización y referencia, a otros niveles de complejidad o a otros sectores, con el fin de garantizar integralidad y continuidad, características propias de un enfoque de APS.

- ¿En qué consisten los Servicio de Atención Domiciliaria y extramural?

En la modalidad de atención extramural y domiciliaria se realizarán principalmente actividades que incluyen la valoración de la condición general de los individuos y su familia, a través del **acto médico**⁶, de las **acciones de**

⁶ **Acto propio de los profesionales de la salud.** Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional (Ley 1438/2011. Artículo 26).

Consulta médica: valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de

cuidado de enfermería y de actividades de promoción y prevención del personal que conforma el ERI. Se realizarán acciones de protección específica, y en casos específicos se realizarán actividades asistenciales reparadoras y de rehabilitación. La ejecución de estas actividades surge en el contexto de trabajo en equipo y de programación de las actividades según el plan de atención familiar.

Concreción del cambio en el modelo de atención EQUIPOS DE RESPUESTA INICIAL -ERI-

ACCIONES NUEVAS 2012:

- ✓ Atención Inicial de Urgencias
- ✓ Vacunación (completar esquemas)
- ✓ Evaluación del desarrollo integral: motor, social, lenguaje, auditivo y visual
- ✓ Detección y manejo de Signos de alarma AIEPI, crónicas y transmisibles: toma de presión arterial, auscultación, toma de esputo, etc.
- ✓ Detección y manejo de problemas de Salud sexual y reproductiva: prácticas de riesgo, maternas sin control, embarazo en adolescentes.
- ✓ Tamizaje en Salud Mental (Violencias, ESCNNA, Conducta Suicida, consumo de SPA)

TECNICOS EN SALUD
MEDICINA
ENFERMERIA




ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

SECRETARIA DE SALUD

Hablar de planificación previa no quiere decir que no surjan demandas espontáneas de atención, por condiciones particulares de riesgo y teniendo en cuenta el carácter dinámico de los procesos de salud enfermedad.

La atención extramural /domiciliaria que realice el personal de enfermería o el personal médico debe cumplir unos criterios de inclusión⁷, que simultáneamente permite precisar que miembro de los equipos de salud

tratamiento en cualquier fase de la atención: **promoción, prevención**, curación, rehabilitación y/o paliación. La consulta puede ser programada o de urgencia y general o especializada (Acuerdo 29 de 2011 CRES).

⁷ Los criterios de inclusión definen las condiciones necesarias para que un paciente o una familia puedan ser incluidos en esta modalidad de atención ya que no todos los usuarios pueden ser atendidos en su domicilio sea por su estado de salud, por las características de su entorno sociofamiliar, o por su ubicación geográfica que limita el desplazamiento del equipo de atención de salud.

(Equipo de Respuesta Inicial / Equipo de respuesta complementario) debe realizar la asistencia y en qué tiempo, dichos criterios están detallados en los lineamientos de atención de los diferentes grupos evolutivos y programas publicados por la DSP de la SDS.

Se recomienda que la ESE programe consulta médica ambulatoria para aquellos afiliados del Régimen Subsidiado que estén capitados con la ESE y la población vinculada. Es deseable que la consulta ambulatoria la realice el mismo médico que realiza la atención extramural y domiciliaria.

Es de anotar que la atención extramural y domiciliaria realizada en principio por médicos y enfermeras, será complementada con una modalidad de atención para la caracterización y el seguimiento de riesgos, de individuos, familias y colectivos, que será desarrollada en forma habitual por el trabajador comunitario (promotor de salud / Auxiliar de Salud pública) de los Equipos de salud de Respuesta Inicial, siendo en la practica el miembro del equipo que en mayor medida debe estar en contacto directo con las familias y la comunidad.

Concreción del cambio en el modelo de atención

PIC: EQUIPO DE RESPUESTA COMPLEMENTARIA

ACCIONES NUEVAS:

- Formación en Primeros Auxilios
- Atención individual: prevención embarazo adolescentes, pruebas embarazo, atención psicosocial, sexualidad, etc.
- Pruebas de VIH
- Intervención Psicosocial (violencias domésticas, conducta suicida y consumo de SPA)
- Valoración Nutricional y Manejo de los problemas alimentarios.
- Control de tensión y glucometría.



FAMILIAR



COMUNIDADES ORGANIZADAS POR EL DERECHO A LA SALUD



SERVICIOS DE SALUD COLECTIVA



ESCOLAR- JARDINES Y COLEGIOS



INSTITUCIONAL - HOBIS

- NUTRICION
- ODONTOLOGIA
- TERAPEUTAS
- PSICOLOGIA
- CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
- AMBIENTALES
- ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
- TECNICOS: AMBIENTALES, OCUPACIONALES
- SALUD ORAL



ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.



BOGOTÁ HUMANANA

SECRETARÍA DE SALUD

- La atención del médico como primer respondiente:

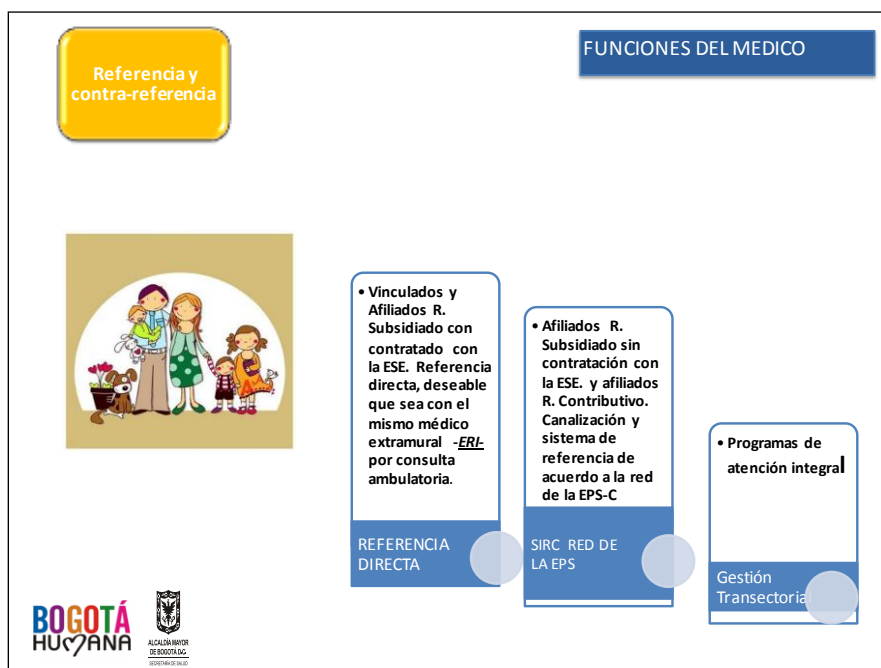
Los profesionales de medicina y enfermería de los ERI y ERC son por definición el primer respondiente para toda la población, en principio adscrita al micro-territorio.

El médico de los ERI y ERC realizará atención inicial de urgencias en cualquiera de los ámbitos, en la medida que algún ciudadano lo requiera.

- **Tamizajes detección temprana:**

Definidos como las acciones de alta sensibilidad y baja especificidad, tanto clínicas como para-clínicas, que tienen como fin la detección temprana de las enfermedades, por ejemplo las preguntas del tamizaje en salud mental para ideación suicida o para trastornos de la conducta alimentaria, para enfermedad gingival, el tamizaje auditivo para hipoacusia sensorial, entre otras.

- **Canalización. Referencia y contra-referencia**

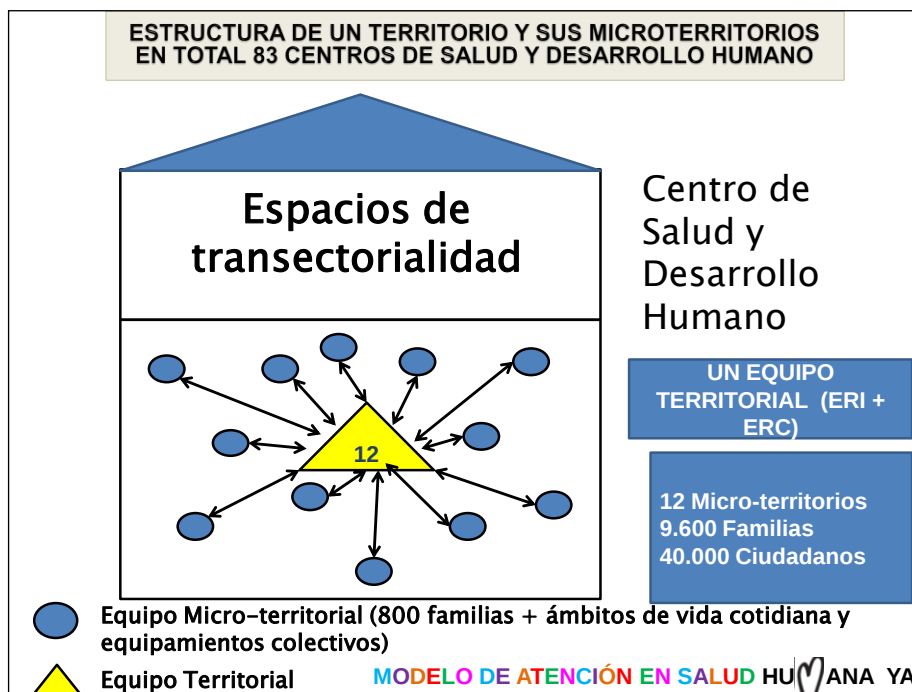


- a. Afiliados Régimen Subsidiado con contratado con la ESE. Referencia directa, deseable que sea con el mismo médico extramural por consulta ambulatoria.
- b. Afiliados Régimen Subsidiado sin contratación con la ESE. y afiliados Régimen Contributivo. Canalización y sistema de referencia de acuerdo a la red de la EPS-C.

- **¿En qué consisten los los Centros de Salud y Desarrollo Humano?**

Los Centros de Salud y Desarrollo Humano (CSDH) son espacios que cuentan con infraestructuras en donde se promueve la prevención y promoción en salud para los habitantes de Bogotá, con el objetivo de mantener a los ciudadanos sanos, incentivando en la población la cultura de autocuidado, con diferentes enfoques según los grupos poblacionales más relevantes de cada territorio del Distrito Capital. Se establece como un escenario dirigido a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud y la calidad de vida de la población.

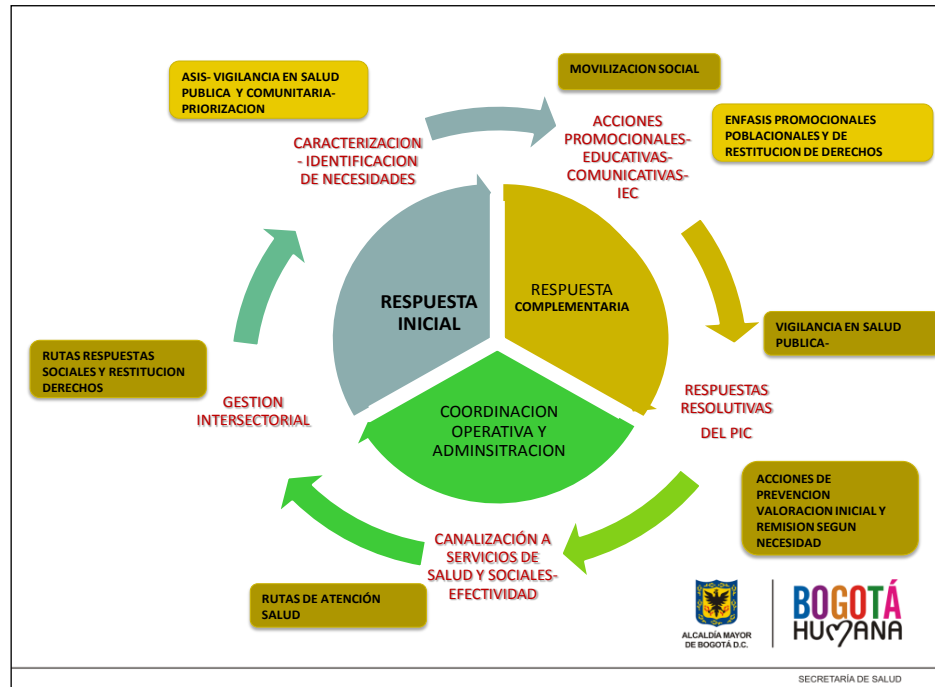
El CSDH es un equipamiento que acerca los servicios de salud y oferta las acciones de P y D (Detección temprana y Protección específica) a la población del territorio independiente del aseguramiento, es decir no importa el régimen de salud al que pertenezca una persona, no se restringe el servicio, es para toda la población en general.



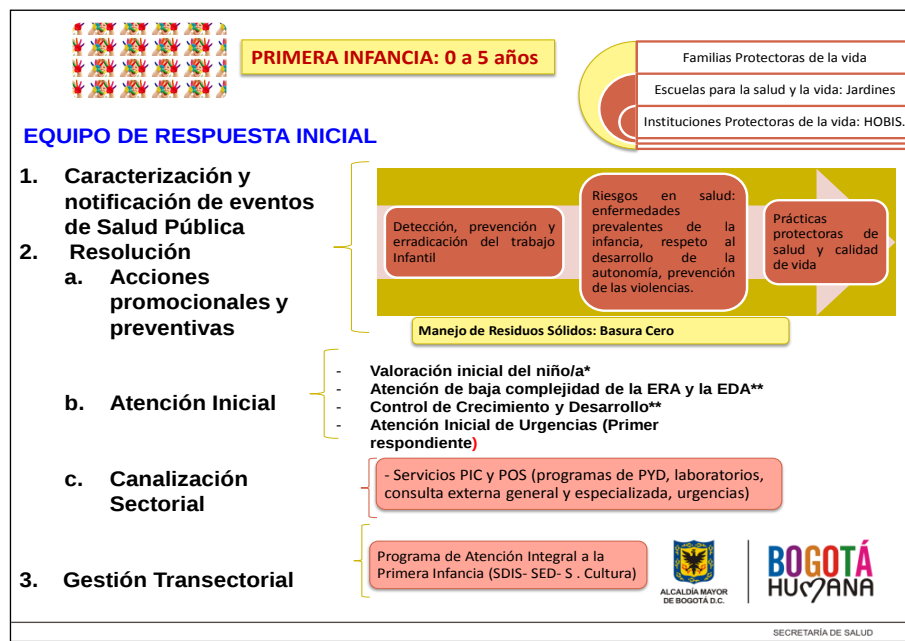
De acuerdo a esta concepción debe incluir dentro de sus niveles de operación ó áreas de trabajo, entre otras, una zona para que desarrollen acciones colectivas y puedan ser el centro de operaciones de los equipos territoriales de salud (ERI Y ERC), adicionalmente es un espacio para que haya participación y presencia de actores de otros sectores (Intersectorial) que puedan dar respuesta a la población del territorio.

Para la operativización de los CSDH se proponen tres estrategias transversales que definen la línea técnica para la orientación de las acciones y su articulación:

- El desarrollo de programas en salud como ejes articuladores de la dimensión (acción) individual y la acción colectiva.
- La Gestión Territorial Integral, como la posibilidad de afectar positivamente los determinantes de la salud, para mejorar la calidad de vida de los habitantes en un territorio definido y disminuir las brechas de inequidad, mediante la gestión de respuestas sociales integrales con actores políticos, institucionales y comunitarios.



- c. El fortalecimiento de la participación y la movilización de ciudadanos activos a través de estrategias de información, capacitación, formación y organización para el ejercicio pleno de sus derechos, con miras a incidir positivamente en su calidad de vida.



9. ¿CÓMO SE VA A FINANCIAR EL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN?

Acorde a la propuesta de reglamentación de la Ley 1438 de 2011: los equipos básicos de salud (Equipo de Respuesta Inicial –ERI- y Equipo de Respuesta Complementaria –EREC-) serán financiados por un porcentaje de recursos del Sistema General de Participación SGP de salud pública (PIC), recursos ordinarios provenientes de los Entes Territoriales y de esfuerzo propio, recursos de la UPC de promoción y prevención del régimen subsidiado, y contributivo, recursos de ARP y recursos de inversión de las Empresas Sociales del Estado, además de recursos Nacionales destinados para tal fin.

Los mecanismo de contratación para cumplir con los resultados en salud en el marco de la APS, serán objeto de discusión, pudiendo incluso explorar e incluir contratación por “paquetes de Atención” o “portafolios o carteras de servicios”, para P y P, PIC e incluso “agrupando con costos definidos” las atenciones de prestación de las patologías de mayor frecuencia de morbilidad. Lo fundamental en APS serán los “resultados en la situación de salud” que se medirán a través de indicadores, por lo cual los mecanismos de asignación de recursos no irán en función de llenar coberturas y hacer actividades, sino de superar los resultados en salud hasta hoy obtenidos.

Teniendo en cuenta que la implementación del modelo de atención en salud, esta soportado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud y esta a su vez en las acciones de los equipos están proyectadas con un alto énfasis en las acciones de la promoción y fomento de la salud, los cuales son componentes inherentes a la atención integral en salud, la cual es una obligación ineludible de todos los actores del sistema, por tanto forma parte de las atenciones de salud previstas en el sistema de salud y no pueden pensarse como escindirse en todos los casos el proceso de atención en salud de la población.

Por todo lo anterior se propone solicitar al Ministerio de Salud y de Protección Social -MSPS-, que asigne un porcentaje de la UPC para el financiamiento de los Equipos Básicos de Salud con los que se proceda a abordar la población de los territorios, con un paquete básico de intervenciones que permita mejorar las condiciones generales de salud de la población, independientemente del régimen de afiliación, para tal efecto se pedirá que se proceda para ambos regímenes, de manera similar a como se promulgó el acuerdo 229 de 2002, por el cual se definió una proporción de UPC – S, que se destinó para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades

territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado, de esta manera los actores concurrirán de forma solidaria y con responsabilidad compartida en la ejecución y seguimiento de acciones de promoción de la salud, detección temprana y protección específica con el fin de alcanzar un cambio positivo en la salud de la población.

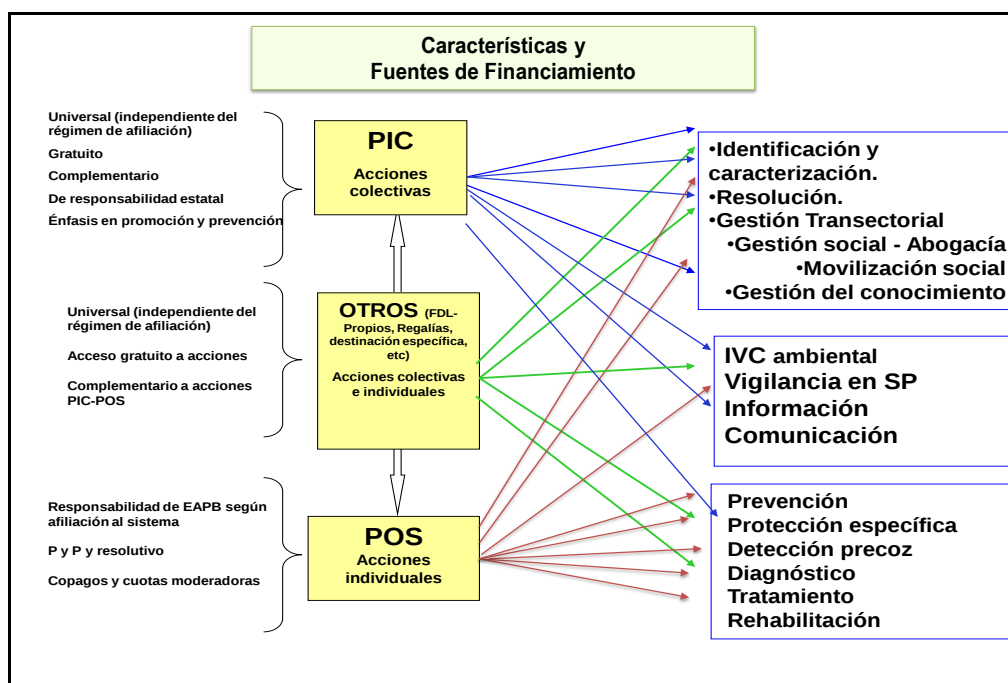
RECURSOS DE DIFERENTES FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEFINIDAS EN LA LEY 1438 DE 2011	OTRAS FUENTES QUE EL DISTRITO GESTIONARÁ Y DESTINARÁ PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL MODELO:
Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001 (Plan de Intervenciones Colectivas y Vigilancia en Salud Pública).	Recursos excedentes del FOSYGA
Con la proporción de la UPC del régimen contributivo y subsidiado destinada a financiar las acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades definido en los Artículos 10 y 15 de la Ley 1438 de 2011, destinado a las acciones de inducción de demanda.	Recursos destinados por el Ministerio de Salud para campañas y programas nacionales de destinación específica para programas de interés en salud pública
Los recursos de la Unidad de Pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud	Recursos destinados por la Nación o por otros sectores diferentes a salud para poblaciones especiales
Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga.	Recursos del Sistema General de Participaciones –SGP- de propósito general para saneamiento básico.
Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.	Recursos de los arbitrios rentísticos Recursos de IVA licores para organización de redes integradas
Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.	Recursos de impuesto a la cerveza
Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.	Recursos de regalías Recursos propios de las entidades territoriales
Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.	Recursos de impuestos a las empresas generadoras de riesgos al ambiente y a las personas que afectan la salud. Recursos de los Fondos de Desarrollo Local. Los demás recursos que se destinen para el efecto por la Alcaldía Mayor

La concurrencia de recursos para financiar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco del modelo único de atención en salud para la Bogotá, se puede constituir con recursos de diferentes fuentes de financiamiento definidas en la Ley 1438 de 2011, enunciados en el cuadro anterior.

Aseguramiento Universal

Garantizar el aseguramiento universal de la población al Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la normatividad vigente, cofinanciando la equiparación de los planes de beneficios.

En Bogotá se tiene como meta, en el Plan territorial de salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016, garantizar a 1.678.622 habitantes de Bogotá, D.C, el acceso efectivo al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Fondo de Promoción y Prevención.

Para posibilitar un verdadero ejercicio de rectoría y autoridad sanitaria territorial, se propone garantizar una adecuada disponibilidad de recursos a través de la conformación de un Fondo Único Territorial para financiar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco del modelo de salud basado en la APS liderado y concertado a través de la entidad territorial como cabeza de la autoridad sanitaria territorial.

El **Fondo Único Territorial (FUT)** para financiar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades operará en el marco del modelo único definido por la entidad territorial, el cual se constituirá con recursos de diferentes fuentes: los recursos del componente de salud pública del SGP de que trata la

Ley 715/01, además los recursos definidos en el artículo 42 de la Ley 1438 de 2011, y otros. La administración y gestión del FUT estará a cargo del ente territorial y estará condicionado al seguimiento y cumplimiento de metas programadas y a los resultados en salud.

10. ¿CÓMO SE GESTIONARÁ TERRITORIALMENTE?

El componente de Gestión Territorial de la salud parte de un enfoque que le apuesta a la transformación intencionada de los determinantes de la salud y la calidad de vida de las poblaciones, bajo una concepción en la cual la salud se constituye en derecho humano fundamental inherente a la dignidad humana, lo que obliga por tanto a todas las instituciones y actores sociales, sectoriales al desarrollo de la acción cotidiana pertinente para hacer esto realidad.

La Gestión integral del territorio, orientada principalmente a la gestión y planeación sectorial, transectorial y comunitaria, que potencie las respuestas sociales a las necesidades de la población identificadas en los diferentes territorios, propone la articulación de las acciones y recursos sectoriales y locales (salud, educación, bienestar social, cultura, entre otros) desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes del deterioro de la calidad de vida, respetando la autonomía e iniciativa territorial, fortaleciendo el desarrollo de los presupuestos participativos y las consultas comunitarias.

Se ubican tres subcomponentes que corresponden a diferentes niveles de gestión:

a. Macro gestión:

Incluye la gestión política y técnica sectorial a nivel nacional –Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- y a nivel Distrital a través del Consejo Territorial de Seguridad Social de Salud –CTSSS-, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- y prestadores públicos y privados que operan en la entidad territorial, sociedades científicas, entre otras..

Incluye también la gestión transectorial por la salud para la formulación y ejecución de políticas públicas que favorezcan la salud y la calidad de vida y la coordinación de recursos y acciones para integrar la respuesta de los diferentes sectores a las necesidades y expectativas de la población. Para hacer efectiva esta gestión es indispensable que se establezcan los enlaces para la coordinación transectorial e intersectorial.

b. Meso gestión:

Teniendo en cuenta que las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado del proceso complejo y dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla -en los centros laborales, en la vivienda, en el colegio-, es necesario intervenir la dinámica de transformación de la realidad social, reconociendo que quienes habitan el territorio son los que mejor conocen y sienten las problemáticas, por lo cual pueden contribuir al análisis de su situación de salud y a orientar la respuesta social y dar cuenta del impacto de dicha respuesta.

Incluye la gestión intersectorial en las localidades, en diferentes escenarios de operación - Consejos de gobierno, Consejos locales de política social y sus mesas de trabajo, Consejos locales de planeación, Consejos locales de discapacidad, Consejos tutelares para la protección de los derechos de niñas y niños, Consejos locales de juventud, Comités de Participación Comunitaria, Comités locales de emergencia, entre otros; para articular e integrar las intervenciones de los diferentes sectores sobre los determinantes sociales de la salud.

Incluye también la gestión social para favorecer y fortalecer la participación social, comunitaria, y ciudadana, para que sean partícipes de su propio desarrollo.

c. Micro gestión:

Orientada a articular las respuestas a las necesidades identificadas en los micro-territorios en donde operan los equipos básicos de Salud (ERI y ERC). Incluye un conjunto de acciones encaminadas a identificar las necesidades sociales y movilizar a los distintos actores del microterritorio en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento a planes de acción individuales, familiares y del territorio, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población que allí habita. En este nivel se desarrolla la gestión del riesgo

individual, poblacional e institucional, para lo cual es indispensable que se definan los referentes de los Equipos Básicos para que garanticen la coordinación y articulación sectorial e intersectorial.

11. ¿CÓMO SE PUEDE PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DEL MODELO?

El eje de Participación Social tiene como propósito generar las condiciones que favorezcan el empoderamiento ciudadano, control social y la incidencia en el conjunto de las decisiones públicas, para la promoción, protección, exigibilidad del derecho a la salud y la transformación de las condiciones de vida y salud, a partir del reconocimiento de sus realidades territoriales y diversidades poblacionales, en la construcción de una Bogotá más humana, incluyente y equitativa.

Para lo cual desarrollará:

- a. Promoción de la participación social para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud.
- b. Fortalecimiento de la rectoría y la defensa de lo público, mediante la construcción de una agenda de control social a la gestión en salud.
- c. Fortalecimiento del Servicio de Atención a la Ciudadanía en salud, como vía para la promoción y protección del derecho efectivo a la salud.

Promoción de la participación social para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud.

La gestión de la promoción de la participación social se encaminará en respuesta, a la baja participación social en salud en la ciudad, a falencias que impiden el ejercicio de la participación como un derecho del sujeto social y político debido a la prevalencia del interés particular sobre el general, a la existencia de fracturas entre la participación social y la representación política, a la precaria capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones públicas circunscribiéndose principalmente al ámbito barrial y zonal sin constituirse en actores locales y distritales, a la reducida capacidad de gestión que les posibilite adelantar autónomamente proyectos y canalizar recursos y a la poca participación con enfoque de diversidad poblacional; que posibilite la organización ciudadana para impulsar la movilización social y la exigibilidad del derecho a la salud y el reconocimiento de la voz de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones públicas en salud.

Para lo cual se realizará:

- Implementación de la estrategia de “Puestos de Exigibilidad por el derecho a la salud”, en las 20 localidades del Distrito Capital.
- Asesoría técnica al 100% de localidades en el ejercicio de presupuestos participativos en salud.
- Asesoría técnica a las organizaciones sociales para el ejercicio de la exigibilidad y la movilización social por el derecho a la salud en el Distrito Capital.
- Supervisión de las estructuras institucionales de las ESE y EAPB en los procesos de participación social.
- Asesoría técnica a formas de participación social en salud en lo referente a la planeación local en salud, el seguimiento a la prestación de los servicios de salud y a la vigilancia y control social del gasto público.
- Realización de capacitaciones y eventos masivos para brindar herramientas efectivas a las formas de participación en la exigibilidad del derecho a la salud y legitimar su acción política y social.
- Ejecución de jornadas de participación ciudadana con enfoque poblacional y temático en las cuales se establezca un “buzón itinerante” como estrategia para la exigibilidad del derecho a la salud en las 20 localidades del Distrito.
- Ejecución de una red social que incluya 100 organizaciones participantes, que permita la interacción entre institución y ciudadanía que promueva la exigibilidad por el derecho a la salud desde un enfoque poblacional y temático.

- Ejecución de 40 proyectos de autogestión por las organizaciones sociales, promocionados y apoyados desde una perspectiva de participación social en salud en estilos de vida saludable con enfoque poblacional y temático.

Fortalecimiento de la rectoría y la defensa de lo público, mediante la construcción de una agenda de control social a la gestión en salud.

Se fortalecerá la rectoría y la defensa de lo público, frente a la instrumentalización de la participación en donde se convoca a la comunidad y se esgrime su participación para legitimar decisiones que la institucionalidad ya ha tomado sin contar efectivamente con la opinión de las comunidades, a la obligación de realizar vigilancia, seguimiento estricto con control social a la gestión del sector salud y a la garantía efectiva del derecho a la salud, a limitada articulación con Entidades de Control para fortalecer el proceso de la defensa y protección del servicio público de la salud y coadyuvar a la rendición de cuentas sobre el ejercicio de control social y a la necesidad de realizar convenios de cooperación con universidades públicas y privadas, para apoyar el seguimiento y acompañamiento a los requerimientos ciudadanos en la defensa del derecho a la salud.

Para lo cual se realizará:

- Ejecución de proyectos prioritarios del programa "Territorios Saludables y Red Pública de Salud Para la Vida con control social.
- Implementación de procesos de formación en Control Social y en temáticas específicas, relacionadas con el ejercicio de control, en las 20 localidades.

Fortalecimiento del Servicio de Atención a la Ciudadanía en salud, como vía para la promoción y protección del derecho efectivo a la salud.

Se fortalecerá el Servicio de Atención a la Ciudadanía, frente a falencias de un Servicio de Atención a la Ciudadanía en la vía para recepcionar y gestionar al interior de la institucionalidad, las diversas formas de dar respuesta al derecho a la salud, que permitan prevenir, garantizar o reparar los actos violatorios al derecho a la salud, ubicando los procedimientos y actores responsables. Al bajo desarrollo organizacional de las dependencias de Servicio al Ciudadano, a la falta de

documentación soporte para la asertividad de la información y orientación ciudadana, el precario entrenamiento actualizado de los equipos de trabajo, el escaso desarrollo de soporte tecnológico, así como también, la precaria implementación de los sistemas para la exigibilidad social y jurídica del derecho a la salud cuya información sistematizada no logar impactar la toma de decisiones de los competentes en la adopción de acciones correctivas para la disminución de las barreras de acceso y la consolidación del compromiso hacia la satisfacción plena de las necesidades de salud y humanización de los servicios con estándares superiores de calidad.

Para lo cual se realizará:

- Mejoramiento del Servicio de Atención a la Ciudadanía de Secretaría Distrital de Salud, disponiendo diferentes tipos de canales de orientación para el acceso y exigibilidad del derecho a la salud.
- Administración del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones - SDQS de la Secretaría Distrital de Salud, como un mecanismo para la exigibilidad jurídica del derecho a la salud.
- Gestión de seguimiento y evaluación a requerimientos y derechos de petición de competencia de (SDS, ESE, EPS-S), en el marco de la cultura de auto-control para dar respuestas oportunas y efectivas a los requerimientos ciudadanos.
- Medición de la satisfacción y percepción con la calidad y humanización del Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud.
- Sistematización de la información sobre casos intervenidos con barreras de acceso, a través de los sistemas para la exigibilidad SIDBA (Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso) y el SQS (Sistema de Quejas y Soluciones), para su análisis en los Comités de Seguimiento SIDBA-SQS a nivel de la SDS-ESE y EPS-S.
- Seguimiento y evaluación a planes de mejoramiento de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios subsidiado para la reducción de las barreras de acceso de la población afiliada al régimen Subsidiado en el Distrito Capital.

12. ¿CÓMO SE VA A DESARROLLAR LA COMUNICACIÓN EN EL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD?

13. ¿CÓMO SE PUEDE HACER MONITOTERO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL MODELO HUMANO DE ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ?

Consiste en el establecimiento de las políticas y reglas de juego para el sistema en su conjunto. El monitoreo y la regulación forma parte de esta función. La rectoría debe considerarse como la función más trascendental porque su desempeño afecta los demás componentes del modelo de salud en forma directa o indirecta para el logro de cualquier objetivo sistémico.

Un modelo de salud basado en la APS requiere posicionar la Entidad Territorial como autoridad sanitaria con altos niveles de legitimidad, transparencia y gobernanza, busca garantizar:

- Reconocimiento de la existencia de una autoridad en salud en la ciudad y devolución de este rol a la Entidad territorial con legitimidad.
- Formulación y puesta en marcha de un proceso de acompañamiento, supervisión, asistencia técnica, vigilancia y control a todos los actores del sistema en la ciudad.
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información y gestión de la calidad.
- Fortalecimiento de la gobernanza: Gobierno participativo.
- Gestión y control de recursos financieros.
- Reorganización estructural y funcional de las entidades clave: Secretaría y Empresas Sociales de Estado – ESE-

EJE TALENTO HUMANO: CONTAR CON EL TALENTO HUMANO SUFICIENTE, CALIFICADO Y APROPIADO PARA UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD Y UNIVERSAL EN BOGOTÁ.

Trabajo Digno:

Incorporar la cantidad necesaria y suficiente de personal en condiciones laborales dignas y acordes a derecho para la prestación del servicio público de salud y universal en Bogotá

Las condiciones laborales dignas se relacionan con condiciones de empleo y de trabajo favorables para la calidad de vida y salud de los trabajadores.

La apuesta de gobierno para promover el trabajo digno se enfoca sobre los siguientes puntos:

- Estudios de cargas laborales en el nuevo modelo de operación que permitan conocer el número de trabajadores necesarios para desarrollar los procesos de las organizaciones
- Estudio y definición de niveles salariales para trabajadores de planta y de contrato. De igual manera velar porque los trabajadores reciban una remuneración digna y que no en nombre de la autonomía financiera de las ESE paguen menos
- Inclusión progresiva a planta de trabajadores que laboren en actividades misionales (ST 614 de 2009)
- Desaparecer la intermediación laboral en el sector salud
- Establecer espacios de participación de los y las trabajadoras que vincule las diferentes formas de vinculación laboral, está demostrado que la falta de participación es una de las principales condiciones psicosociales valoradas como negativas para el bienestar y la salud mental de los trabajadores.

- Realizar acciones de seguimiento a las condiciones de empleo y trabajo de los contratistas y personal de planta, realizado por nivel central
- Establecer medidas sancionatorias en caso de no cumplir con las condiciones establecidas para los diferentes Empresas Sociales del Estado.

Para personal que permanecerá en contrato:

- Pago puntual de la remuneración, que le permita al trabajador planear y pagar a tiempo créditos, servicios públicos, y seguridad social. El no pago oportuno de estas obligaciones genera negación de derechos, como en el caso de servicios de salud y aumento de intereses en cuotas.
- Pago de ARP por parte del contratante, el empleador es quien pone unas condiciones de trabajo y empleo, que pueden resultar de riesgo para las personas en cuenta a generar enfermedad profesional o accidentes.
- Inclusión de personal de contrato en actividades de formación y capacitación que sean pertinentes. Establecer un tiempo de inducción a la institución y al cargo
- Inclusión en programas de bienestar laboral
- Inclusión en programas de salud ocupacional
- La inclusión de los contratistas en los diferentes programas dirigidos al talento humano, disminuye la discriminación.
- Definir un tiempo optimo para la contratación o generación de nuevos contratos