



Modelo de Salud de Bogotá

Documento Estratégico

Versión 1.1 - 2024



SECRETARÍA DE
SALUD



Modelo de Salud de Bogotá

MAS Bienestar

Carlos Fernando Galán Pachón
Alcalde Mayor de Bogotá, D. C.

Gerson Orlando Bermont Galavis
Secretario Distrital de Salud

Julián Fernández Niño
Subsecretario de Salud Pública

Luis Alexander Moscoso Osorio
Subsecretario de Servicios en Salud y Aseguramiento

Alejandra Taborda Restrepo**
Subsecretaria de Gestión Territorial Participación y Servicio a la Ciudadanía

Liliana Sofía Cepeda Amaris
Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial

Juan Guillermo Correa García
Subsecretario Corporativo

Patricia Eugenia Molano Builes**
Directora de Salud Colectiva

María Belén Jaimes Sanabria
Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva

Yiyola Peña Ríos **
Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Fernando Anibal Peña Díaz**
Director de Provisión de Servicios de Salud

Gloria Eugenia García Pinillos**
Directora de Urgencias y Emergencias En Salud

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda**
Directora de Calidad de Servicios de Salud

César Augusto Castiblanco M.**
Director de Participación Social y Gestión Territorial y Transectorialidad

Eugenia Arboleda Balbin
Directora de Servicio a la Ciudadanía

Luz Marina Galindo Caro
Directora de Planeación Sectorial

Manuel Alejandro Godoy Cubillos
Director de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud

Claudia Esperanza Amézquita Sandoval
Directora de Infraestructura y Tecnología

José Elías Guevara Fragozo
Director de Gestión del Talento Humano

Raúl Alberto Bru Vizcaino
Director Financiero

Diana Carolina Franco Babativa
Directora Administrativa

Luz Ángela Manquillo Erazo
Directora de Planeación Institucional y Calidad

Diana Sofía Ríos Oliveros**
Subdirectora de Determinantes en Salud

Marcela Martínez Contreras**
Subdirectora de Acciones Colectivas

Diana Marcela Walteros Acero
Subdirectora de Vigilancia en salud Pública

Claudia Milena Cuellar Segura
Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública

Mary Luz Gómez Mayorga
Subdirectora del Laboratorio de Salud Pública

Doris Marcela Díaz Ramírez**
Subdirectora de Calidad de Servicios de Salud

Kattia Margarita Baquero**
Subdirectora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Carlos Eduardo Galán Suárez
Subdirector de Garantía del Aseguramiento

Linda Victoria Ariza Romero
Subdirectora de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres

José Vicente Guzmán Gómez
Subdirector del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Ronald Alexander Tovar Sierra**
Subdirector de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (e)

Katty Jhoana Rodríguez Lozano
Subdirectora de Contratación

Diana Marcela Acosta Rubio
Subdirectora de Bienes y Servicios

María José Bustamante Rudas
Subdirectora Territorial - Red Norte

Lina Marcela Lesmes Ramírez
Subdirectora Territorial - Red Sur

Elkin Huertas Carrasquilla
Subdirector Territorial – Red Centro Oriente

Melissa Triana Luna
Jefe Oficina de Asuntos Jurídicos

Ginna Paola Sabogal Reyes
Jefe Oficina de Control Disciplinario Interno

Olga Lucía Vargas Cobos
Jefe Oficina de Control Interno

Iván David Sandoval Medina
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones (e)

Coordinación y consolidación del documento

Manuel González Mayorga
Asesor de despacho

Equipo asesores

Ana María Cobos Baquero**
Martha Lucia Tafur Mosos
Andrés Prieto Méndez**
Manuel González Mayorga**
Carmen Eugenia Dávila Guerrero**
Leonardo Salas Zapata**
Martha Patricia Añez Maestre**
Johana Andrea Torres Ruíz**
Salomé Valencia Aguirre**
José Ignacio Gutiérrez Bolívar

Equipo constructor del documento estratégico

** Hicieron parte del equipo constructor
Nancy Chacón Rodríguez
Ana Cristina Guerra Herrera
Ana del Carmen Carolina Ángel C.
Yolanda Sepúlveda Medina
Natalia Estrada Ruiz
Estefanía Fajardo de la Espriella
Martha Patricia Vargas Soler
Alejandra Agudelo Satizabal
Sindy Julieth Sánchez Neira
Diana Marcela Velandia Barrera
Gloria Inés Gallo Tibaduiza
Carmen Elena Gutiérrez Cuta
María Camila Rodríguez Roa
Olga Lucia Mancera Leguizamón
Marcia Cristina Chavarriaga Ríos

Agradecimiento a actores externos que participaron y aportaron en la construcción del documento

- Organizaciones o representantes de grupos poblacionales

- Colectivos feministas
- Asociaciones de usuarios en salud
- Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS)
- Pueblos indígenas
- Pueblos afrodescendientes
- Pueblo raizal
- Pueblo Palenquero
- Pueblo ROM Gitano
- Sectores sociales LGBTQ+
- Representantes víctimas de conflicto armado
- Representantes ruralidad
- Organizaciones de base comunitaria

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME capítulo Bogotá -Cundinamarca

- Universidad Militar Nueva Granada
- Universidad Juan N. Corpas
- Universidad de Los Andes
- Universidad El Bosque
- Universidad San Martín
- Universidad de la Sabana

Universidad Nacional de Colombia

Universidad Antonio Nariño

Agradecimiento a los expertos y revisores en diferentes campos de las ciencias de la salud, la economía y las ciencias sociales.



Contenido

Propósito..... 7

Objetivos 9

Generales 9

Específicos 9

Marco estratégico..... 11

Elementos generales de MAS Bienestar como modelo de atención 11

en salud de Bogotá..... 11

Elementos situacionales, participación social y comunitaria 11

Elementos de posicionamiento estratégico..... 14

Elementos técnicos de contexto:..... 16

Elementos normativos..... 16

Atención Primaria Social 20

Determinantes Sociales..... 21

Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar 25

Necesidades a intervenir con el modelo 25

Enfoques del modelo 26

Enfoque de Derechos 27

Enfoque Territorial 27

Enfoque Poblacional Diferencial 28

Enfoque de Cuidado Integral 30

Pilares del modelo 32

Toma de decisiones para la gobernanza 32

Participación social transformadora..... 33

Intersectorialidad para el Bienestar 34

Gestión integral del riesgo en salud 35

Atributos del modelo 37

Gestión territorial renovada: el articulador del modelo MAS Bienestar .. 39

Marco operativo..... 43

Toma de decisiones para la gobernanza 46

Participación social transformadora..... 49

Intersectorialidad para el bienestar 58

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)..... 61

Gestión extramural 67

Componente Prestador Primario Resolutivo 73

Componente de Urgencias..... 75

Componente Prestador Complementario 76

Componente de Alta Complejidad - Centro de referencia 77

Elementos transversales operativos de MAS Bienestar..... 79

Financiación y sistemas de contratación 79

Talento Humano 79

Articulación y potenciación del Sistema Distrital de Cuidado..... 81

Seguimiento y evaluación..... 84

Educación en salud pública..... 87

Comunicaciones..... 90

Salud Digital, Innovación e Investigación para la Salud 93

Salud para las mujeres: Bogotá tendrá MAS Bienestar con las mujeres 96

Bibliografía 102



Propósito

Construir el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar basado en la Atención Primaria Social, lo cual implica adelantar arreglos de acción sinérgica entre el gobierno distrital y distintos actores sociales, institucionales y territoriales, para la materialización de acciones sectoriales e intersectoriales que incidan positivamente en los determinantes sociales de la salud, que aporten al logro efectivo de las metas de desarrollo trazadas para el Distrito Capital y se materialicen en el goce pleno del derecho a la salud en la ciudad.

Cumplir con la aspiración de elevar la salud pública de Bogotá al más alto nivel posible requiere de una acción coordinada y articulada de interés público, que se gesta entre la entidad territorial, una red integral e integrada que incluya actores públicos y privados, así como la respuesta integral mediante la articulación de actores sectoriales e intersectoriales que conforman el sistema de salud, poniendo en el centro a las personas, familias y comunidades.

Todos estos elementos se concretan en un modelo de atención en salud que busca un acceso a los servicios de salud cercano, que responda a las necesidades y expectativas de la ciudadanía.



Objetivos

Generales

- Mejorar el bienestar, la calidad de vida y la salud de la ciudadanía de Bogotá mediante un modelo de salud basado en Atención Primaria Social.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial por medio de una acción sectorial e intersectorial efectiva, que incida positivamente en los determinantes sociales de la salud y mejore las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades.

Específicos

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



Marco estratégico

Elementos generales de MAS Bienestar como modelo de atención en salud de Bogotá

Elementos situacionales, participación social y comunitaria:

El modelo de salud de Bogotá parte de un análisis situacional que permite definir las necesidades actuales de la ciudad a las cuales se dará respuesta, en ese sentido se plantean los siguientes aspectos como los más relevantes:

Desde Alma Ata, entre los aspectos centrales se plantea la intersectorialidad, al señalar que “entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores” (OMS, 1978).

Aunque Bogotá tiene una amplia experiencia en propuestas intersectoriales en salud, los resultados son limitados debido a una visión en la cual los aportes de los otros sectores públicos y privados se identifican como colaboraciones y no parten de la responsabilidad real que tienen estos con la salud, que además la considera como un asunto a resolver por un solo sector y no como algo integral y necesario para el desarrollo de la ciudad, como lo evidenció la pandemia por COVID-19.

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



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

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

Cabe considerar, por otra parte, que Bogotá tiene una amplia historia de construcción e implementación de modelos territoriales de salud; sin embargo, todos estos han tenido un limitante: la poca y en algunos casos nula vinculación de las EPS con operación en el territorio, por lo general se han desarrollado con concurso de Capital Salud EPS como principal asegurador del régimen subsidiado y con la población no asegurada. Es de aclarar que esta limitación se ha dado principalmente por ambientes con falta de articulación, así como acuerdos no implementados que han llevado a la no vinculación del resto de aseguradores. Esto es especialmente relevante en una ciudad en la cual, a 31 de mayo de 2024, según los datos de la Base de Datos Única de Afiliados, el 76,0% se encuentra en el régimen contributivo, el 22,1% en régimen subsidiado y de este el 51,6% está en EPS diferentes a Capital Salud. Lo anterior generando coberturas e impactos limitados, así como desvinculación de los principales actores encargados de la gestión del riesgo en salud en la ciudad.

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

importante, históricamente se ha construido un imaginario erróneo en la comunidad el cual considera que los servicios de salud en lo público son de baja calidad.

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

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

Por último, uno de los elementos retadores para el modelo de atención en salud de Bogotá es recoger los aprendizajes derivados de la vivencia y respuesta ante alertas sanitarias, en ese sentido la experiencia vivida en la atención de la pandemia por COVID-19 debe ser insumo para generar y gestionar los conocimientos disponibles, además de planear y ejecutar la respuesta a situaciones futuras de esta índole (Secretaría de Salud de Bogotá 2023). Por las características del Distrito Capital como la ciudad con el mayor aeropuerto internacional del país y el segundo con más tráfico de América Latina, el alto flujo de personas con estatus migratorio irregular y la migración interna derivada del conflicto armado del país, Bogotá tiene un riesgo epidemiológico alto de enfrentar eventos priorizados en el Reglamento Sanitario Internacional, así como eventos emergentes y reemergentes, en ese sentido es fundamental la estructuración de planes de ciudad para afrontar estos grandes retos.

Complementario al análisis anteriormente mencionado, para la construcción del modelo MAS Bienestar se contó con un proceso inclusivo y participativo que permitió reconocer, profundizar y analizar propuestas ciudadanas que contribuyeran a potenciar el bienestar en los territorios, desde la perspectiva de la participación social transformadora y la Atención Primaria Social, a través de siete mesas de trabajo con diferentes colectivos, poblaciones, espacios e instancias de participación en salud. Alrededor de 600 personas manifestaron sus propuestas, que se categorizaron en 290 ideas ciudadanas que fueron analizadas y perfeccionadas en 76 propuestas. El modelo MAS Bienestar es construido con los líderes comunitarios, representantes poblacionales y colectivos diversos del Distrito.

Lo anterior complementado por procesos de participación sectorial e intersectorial, en los cuales se desarrollaron 49 mesas con 234 representantes de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas de diferentes niveles de complejidad. Adicionalmente se continúan desarrollando mesas técnicas con la mayoría de los sectores de la administración distrital. También se contó con los aportes de un grupo de expertos externos, así como un equipo de docentes e investigadores en salud pública de las principales universidades de la ciudad que continúa acompañando a la entidad en el proceso.



Elementos de posicionamiento estratégico:

En consecuencia y acorde a la visión estratégica planteada en el *Acuerdo 927 de 2024 Concejo de Bogotá, D.C. Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2024-2027 Bogotá Camina Segura*, en el artículo 46 se definió la Atención Primaria Social de la siguiente forma: “es una estrategia eminentemente social que trasciende al sector salud, dado que requiere de la transectorialidad e intersectorialidad con el objetivo común de identificación de riesgos individuales, familiares y colectivos de la población, de acuerdo con la caracterización de los determinantes sociales de la salud que afectan el bienestar. Esta estrategia implica activar respuestas intersectoriales y realizar un seguimiento continuo de las mismas. Para lo anterior, el sector salud pondrá a disposición de los diferentes sectores de la administración la caracterización territorial, así como la identificación de riesgo, con el fin de priorizar la implementación de respuestas sociales.”

El PDD anteriormente mencionado incluye el Plan Territorial de Salud que se desarrolla operativamente mediante el modelo MAS Bienestar, en este sentido comparte las prioridades en salud definidas por dicho plan, siendo estas los programas y proyectos encaminados a la prevención, diagnóstico o atención integral de la salud mental, las condiciones crónicas no transmisibles, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud sexual y salud reproductiva y las enfermedades transmisibles, las cuales son abordadas mediante 54 metas detalladas para cada una de las prioridades mencionadas. En este

mismo sentido se definieron las metas estretágicas del sector salud para el Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Camina Segura 2024 – 2027, siendo estas las siguientes:

Objetivo Estratégico PDD	Metas Estratégicas 2024-2027	Valor de la línea base	Fecha línea base	Meta proyectada 2027
Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la razón de mortalidad materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.	38,6	2022	27,5
Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la tasa de mortalidad por suicidio a 5.2 por 100.000 habitantes.	5,5	2019	5.20 por 100.000 habitantes.
Bogotá confía en su bien-estar	Mantener la tasa de mortalidad infantil por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos.	9,1	2022	8,99
Bogotá confía en su bien-estar	Mantener la tasa anual de mortalidad evitable por enfermedades crónicas no transmisibles en población con edades de 30 a 70 años por debajo de 125 por 100.000 habitantes	128,68	2022	Mantener por debajo de 125 muertes por cada 100.000 en población de 30 a 70 años
Bogotá confía en su bien-estar	Mejorar en un 2% la experiencia del usuario durante el proceso de atención en salud en Bogotá D.C.	78,10%	Año 2023	80,20%
Bogotá confía en su bien-estar	Cascada de atención en VIH: El 91% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 91,7% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por UNUSIDA.	Porcentaje de personas que viven con VIH y conocen su diagnóstico: 78,8%.	Año 2021	El 91% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 91,7% alcanzan cargas virales indetectables.
		Porcentaje de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico y tienen acceso a tratamiento: 89,2%.		
		Porcentaje de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico y tienen acceso a tratamiento y alcanzan cargas virales indetectables: 90,9%.		
Bogotá confía en su bien-estar	Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en 0,6 por 1000 mujeres de 10 a 14 años.	0,6	2022	<= 0,6
Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 - 19 años a 18 por 1000 mujeres adolescentes de este grupo de edad.	21,9	2022	18
Bogotá confía en su bien-estar	Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%.	1,8	2023	1,60%

Elementos técnicos de contexto:

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

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

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

Elementos normativos:

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

La Ley 1751 de 2015 reguló el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, compuesto por los elementos y principios de universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de los derechos, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y a comunidades Rrom y negras, afrocolombianas,

raizales y palenqueras. Adicionalmente, en el artículo 13 plantea la importancia de uno de los elementos constitutivos del modelo para la ciudad como lo son las redes de servicios de salud: "El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas".

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

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

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

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

Incluyendo el marco normativo y técnico antes mencionado, se define el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el cual mediante la Resolución 2367 de 2023 por la cual se modifican los artículos 1°, 2° y 3° de la Resolución número 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico, define que el Plan Decenal de Salud Pública (PDSD) 2022-2031 será implementado y ejecutado por los agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Protección Social, con énfasis en las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en coordinación con los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud, quienes concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado plan.

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

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

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

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

De forma complementaria el Ministerio de Salud y Protección Social plantea en el *Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026: Colombia, Potencia Mundial de la Vida* que “Colombia como territorio saludable con APS a partir de un modelo preventivo y predictivo”, el cual buscará hacer efectiva la APS a través de la reorientación de los servicios de salud y el cumplimiento efectivo de las competencias de los integrantes del Sistema de Salud, para lo cual se propone: (i) Desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e



intersectoriales; (ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones; (iii) se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios, apoyado en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación; (iv) se formulará e implementará una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional; y (v) se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado (Departamento Nacional de Planeación, 2023).

Como se puede identificar en lo anteriormente mencionado, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar está fuertemente cimentado en procesos participativos, técnicos y normativos vigentes, se articula y armoniza con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 como hoja de ruta a largo plazo del país y, finalmente, potencia el rol de la Secretaría como entidad rectora de salud de la ciudad y en el marco de su autonomía gestiona el goce pleno del derecho a la salud de bogotanos y bogotanas reconociendo las necesidades y expectativas de la comunidad.

Atención Primaria Social

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

El gobierno distrital apuesta por el paso de una estrategia de Atención Primaria en Salud a una Atención Primaria Social.

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

De otro lado, reconocer que dicha articulación implica la construcción de acuerdos de confianza entre los distintos actores del sistema de salud, a saber: la Secretaría Distrital de Salud, las entidades administradoras de planes de beneficios públicas y privadas, las redes prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, la academia, las agremiaciones en salud y los usuarios; con el fin de participar conjuntamente en la construcción e implementación de un modelo de atención en salud mediante la participación sectorial, intersectorial y ciudadana, que responda a las necesidades diferenciales, poblacionales y territoriales en salud, en bienestar y calidad de vida de la ciudad de Bogotá.

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

Determinantes Sociales

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

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

En este sentido, el modelo de atención en salud de Bogotá apuesta por identificar e intervenir los procesos dañinos o malsanos que golpean con mayor fuerza a ciertos grupos humanos en diversos territorios de la ciudad y potencia aquellos procesos de cuidado colectivo, impulsados principalmente por las comunidades, que resultan



benéficos para la salud y que no han sido suficientemente reconocidos por la institucionalidad. Para lograr los objetivos de desarrollo, el modelo reafirma que la salud debe estar en todas las políticas, asunto que involucra a todos los actores sociales y los sectores institucionales (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

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



Modelo de Atención en Salud de Bogotá **MAS Bienestar**

Con base en el marco técnico y normativo nacional, regional e internacional, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en cumplimiento de su misionalidad y funciones asignadas, plantea el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar como un componente estratégico para la implementación del Plan Territorial de Salud.

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

Necesidades a intervenir con el modelo

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

- Mejorar el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial, intersectorial y transectorial para elevar el nivel de bienestar, calidad de vida y salud de la población.
- Reducir las desigualdades asociadas a la transición demográfica, poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital



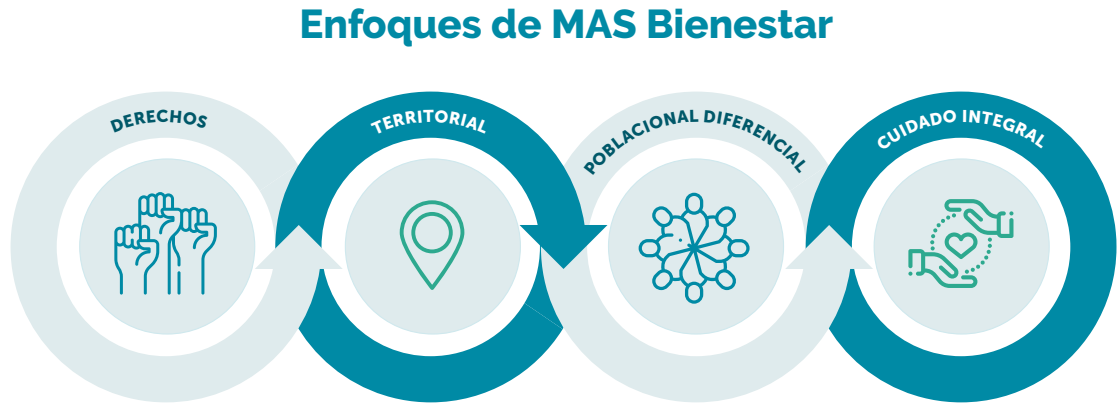
que inciden en el acceso a servicios sociales diferenciales y determinan el estado de salud de la población.

- Desarrollar acciones para mitigar la persistencia de eventos priorizados en salud pública, asociados a determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad.
- Generar capacidades para prevenir, alertar y dar una respuesta institucional y social oportuna ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes.



Enfoques del modelo

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



Enfoque de Derechos:

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

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

En este sentido, se entenderá el derecho a la salud según lo establecido en la Ley estatutaria 1751 de 2015 que en su Artículo 2 establece “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.”, además se deben tener en cuenta los 14 elementos y principios contemplados en el artículo 6 de la ley en mención.



Enfoque Territorial:

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

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

los enfoques diferenciales poblacionales y el territorial. Es importante tener en cuenta que para el presente modelo se considera que no hay grupos vulnerables, sino que existen grupos poblacionales a los que sistemáticamente se les han vulnerado sus derechos siendo sometidos históricamente a dinámicas acentuadas de vulnerabilidad económica, política, social y ambiental, aspecto que se describe de forma más detallada en el desarrollo del enfoque poblacional diferencial.



Enfoque Poblacional Diferencial:

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

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

Sin embargo, a pesar de la adversidad, dichos grupos también construyen formas propias de cuidar la vida y proteger el territorio, configurando identidades colectivas que se manifiestan en formas específicas de usar, apropiar y dotar de significado el territorio como lugar privilegiado donde reside la posibilidad de materializar acciones afirmativas y garantizar la restitución de derechos.

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

- **Curso de vida:** una mejor salud, y en general el desarrollo integral, depende de los factores, capacidades, exposiciones y afectaciones que las personas hayan

tenido a lo largo de su vida; es decir, es producto de un proceso continuo y multidimensional que inicia con la preconcepción/gestación y termina con la muerte. Esto significa que el modelo adoptará estrategias diferenciales que, además de considerar las necesidades y riesgos en salud por grupo etario, garanticen el cuidado de la salud durante todos los momentos del curso de vida (niñez, juventud, adultez, persona mayor y familia), especialmente en los momentos clave de esta. Así mismo, debe tener en cuenta la interconexión entre generaciones, dado que las afectaciones en la vida de una persona inciden tanto en sus relaciones como en la de sus descendientes.

- **Género:** consiste en una perspectiva de análisis y una herramienta para la acción que pone en evidencia desigualdades, discriminaciones y violencias basadas en el sexo, la identidad de género y la orientación sexual de las personas. Reconoce las diferencias en el ejercicio del poder y los roles asignados entre mujeres y hombres en la vida familiar, la sociedad, el trabajo, la política, entre otros ámbitos de interacción humana, que normalizan la violencia contra niñas, niños, adolescentes y mujeres. Exige del Estado el desarrollo de acciones que modifiquen patrones culturales fundados en roles, estereotipos, prácticas e imaginarios proclives a la violencia por razones de sexo o género, así como intervenir las relaciones asimétricas de poder que naturalizan dichas violencias (Resolución 1035 de 2022; Decreto 762 de 2018).

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

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

- **Étnico-racial:** los grupos étnicos cuentan con usos, prácticas y costumbres particulares, así como reconocimientos específicos de derechos colectivos que no se comparten con la sociedad en general. En ese sentido, el enfoque étnico

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

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

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

- **Perspectiva interseccional:** al enfoque poblacional y diferencial se ha vinculado la perspectiva interseccional, que permite conocer la presencia simultánea de dos o más características diferenciales de las personas (pertenencia étnica, género, discapacidad, curso de vida, entre otras), que en un contexto histórico, social y cultural determinado incrementan la carga de desigualdad, produciendo experiencias sustantivamente diferentes entre los sujetos (DANE, 2020, como se citó en MinSalud, 2022).



Enfoque de Cuidado Integral:

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

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

En este sentido, el enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social (Secretaría Distrital de Salud, 2021, pág. 37).

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



Pilares del modelo

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



Toma de decisiones para la gobernanza

La información se considera un elemento transversal y de gerencia estratégica para la toma de decisiones sectoriales e intersectoriales.

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

El Observatorio de Salud de Bogotá D.C., al primer semestre del año 2024, cuenta con más de 20 mil millones de registros provenientes de sistemas de información sectorial e intersectorial, con los cuales se está interoperando y que periódicamente actualizan dicha información, estos registros se encuentran almacenados y serán

insumo para consolidar una base maestra de información nominal que facilite la operación, monitoreo y evaluación del modelo y sus pilares. Esta base maestra será de actualización continua con datos sectoriales e intersectoriales.

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

Finalmente, los procesos de gestión, seguridad y disposición de información estarán a cargo del Observatorio de Salud de Bogotá D.C. y la Dirección TIC, permitiendo la integración de los pilares del modelo, y darán cuenta de la operación y resultados de las mismas.



Participación social transformadora

Procesos de transformación de realidades —en entornos individuales y colectivos—, y articulación de organizaciones e instituciones en la puesta en marcha de la Atención Primaria Social.

La participación social transformadora, como idea fuerza y horizonte de sentido, está unida a la práctica y vivencia de la democracia, precisamente para generar cambios en condiciones situacionales y estructurales que afectan negativamente la vida y el bienestar. La participación social transformadora tiene como referencia central la acción social de personas, organizaciones e instituciones en la realización de la Atención Primaria Social.

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

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

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

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



Intersectorialidad para el Bienestar

Coordinación, articulación e integración de actores del sector público y privado, gubernamentales, institucionales y sociales para incidir positivamente en los determinantes sociales y mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población.

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

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

La intersectorialidad, en cabeza del alcalde o alcaldesa Mayor y su gabinete, promueve acciones de gobernanza y gobernabilidad en favor del relacionamiento con las poblaciones a partir del diálogo y la construcción de acuerdos, y no de un ejercicio de imposición de autoridad. Teniendo en cuenta esto, se comprende que las acciones de salud deben centrarse en el incremento de las capacidades del Estado y del gobierno en la formulación de políticas públicas que cuenten con consensos y acciones sinérgicas entre sectores, con los gobiernos y entre gobiernos (Región Metropolitana Bogotá Cundinamarca – acción local), el sector privado y la sociedad civil, en donde la academia cuenta con un rol determinante.

La transectorialidad implica el nivel más alto de integración para el abordaje de realidades sociales complejas. Se evidencia cuando los diferentes sectores y disciplinas logran gestionar integralmente nuevas políticas o estrategias para actuar de manera

holística sobre los problemas que afectan la salud y la calidad de vida de las diferentes poblaciones en los territorios. Emerge del diálogo y la concertación entre diversas formas de conocimiento; pretende superar las barreras tradicionales entre sectores logrando que las decisiones de un sector tengan un carácter vinculante en otros sectores lo que promueve soluciones innovadoras y sostenibles que abordan las causas subyacentes de los eventos o situaciones sociales.

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

Es importante indicar que la intersectorialidad implica reconocer las diferencias conceptuales entre gobernabilidad, gobernanza y participación social -esta última se define en el pilar de participación-, las cuales permitirán desarrollar, desde los diferentes niveles de gestión, los acercamientos de desconcentración de poder requeridos para la integración de acciones.

La gobernabilidad hace referencia a la “capacidad para la ejecución de políticas públicas que permitan garantizar los derechos individuales y colectivos, asegurar la estabilidad social, política y económica, establecer acciones gubernamentales efectivas, facilitar los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana. Tiene que ver con la responsabilidad ante el ciudadano y la percepción de la eficacia gubernamental” (Resolución 1035 de 2022).

La gobernanza, por su parte, se define como “una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan, articulan y operan en contextos diversos para adelantar una acción colaborativa de interés público orientada al mejor nivel de salud posible. No se trata solo de las estructuras formales que guían la acción pública, sino del establecimiento de interacciones democráticas, corresponsables, en las que los diferentes actores incluido el gobierno, se involucran en moldear conjuntamente las mejores relaciones para sustentar y adelantar la acción colectiva en salud pública” (Resolución 1035 de 2022).



Gestión integral del riesgo en salud

Centra su abordaje en la generación de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el núcleo para la identificación temprana e intervención oportuna de riesgos.

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

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

Es una obligación del ente territorial reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los prestadores públicos y privados, promoviendo la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, fortaleciendo la red pública, propendiendo por la inversión privada, atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en términos del control y la organización de la oferta .

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

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

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

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

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

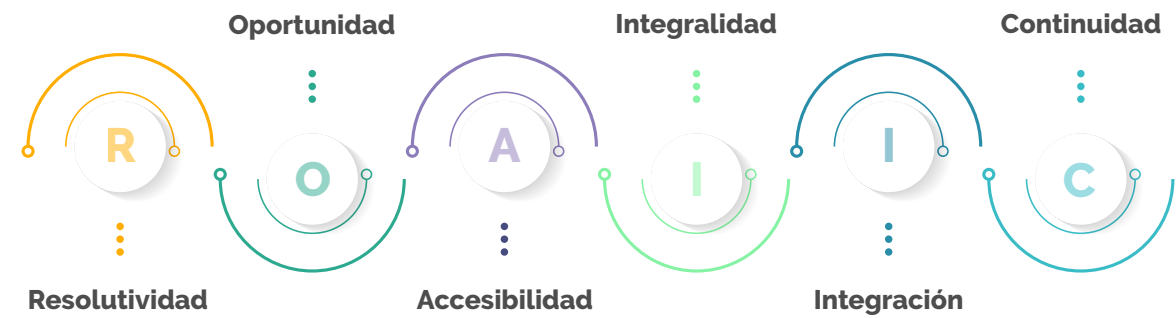
Particularmente, el Distrito Capital cuenta con el 100% de población asegurada (según población DANE)*; de los cuales un 76% se encuentra en régimen contributivo, 22% en régimen subsidiado y 2.4% estimado en el régimen de excepción. Así mismo, tiene la operación de 18 EAPB (Entidades Administradoras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

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

Atributos del modelo

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

Atributos de MAS Bienestar



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

- **Continuidad:** implica el seguimiento al proceso continuo del cuidado de la salud a lo largo del curso de la vida, según necesidades, sin interrupciones y hasta su completa recuperación o máximo desarrollo. Incidiendo en los determinantes sociales en salud que que aporten al logro efectivo de las metas de desarrollo trazadas para el Distrito Capital.

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

Gestión territorial renovada: el articulador del modelo MAS Bienestar

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

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

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

Históricamente, la relación condicionada entre las acciones sanitarias y el territorio ha cambiado el entendimiento de ambos conceptos. Por un lado, la atención en salud se ha asociado solo a la presencia de un punto localizado de atención en medio de un territorio, definido como un espacio con delimitación geográfica (por ejemplo, el centro de salud de una localidad); por otro lado, la Atención Primaria en Salud estructura,



establece y complejiza la comprensión del territorio desde atributos como “territorio de conectividad”, al reconocer una profunda complejidad de los modos de vida de las personas que demanda de una respuesta integral que traspasa la competencia de la oferta en salud de un “punto geográfico” en el territorio (Chiara, 2016).

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

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

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, la gestión territorial hace referencia al conjunto de procesos y acciones que realiza el ente territorial en salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación de una atención integral en salud a familias gestantes, niños, niñas y adolescentes que reconozca las prioridades en relación con el derecho a la salud, alimentación y nutrición y las particularidades de los contextos y elementos propios del desarrollo de

las niñas y niños. Comprende la gestión de la política en todo su ciclo -formulación, implementación y evaluación-, la gestión intersectorial, la adecuación de la arquitectura institucional, la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los actores del SGSSS, la construcción de procesos de gestión intercultural, entre otras.

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

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

La estrategia de la Atención Primaria Social permite una atención integral e integrada desde los distintos niveles de complejidad de la atención, las acciones en salud pública y acciones de otros sectores, que incidan positivamente en los determinantes sociales de la salud y en acciones de gestión integral de riesgo en salud.

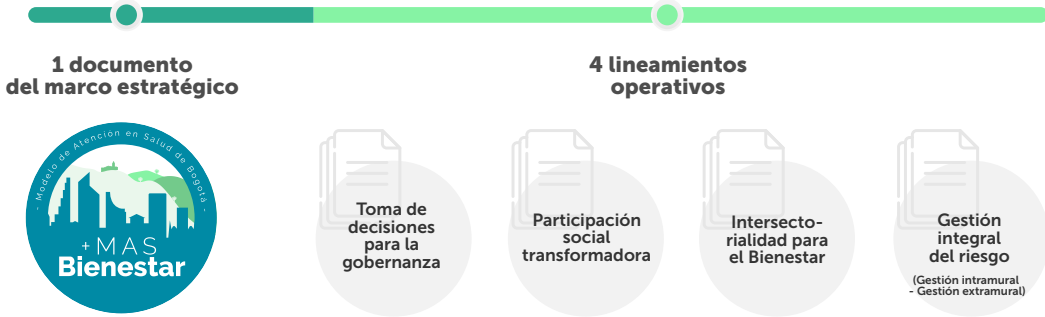
En el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar se plantea trabajar bajo la estrategia de la Atención Primaria Social, la cual constituye una ruta para mejorar las brechas asociadas a la equidad, obliga a orientar acciones intersectoriales que garanticen el acceso a servicios sociales, el goce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



Marco operativo

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

Marco documental MAS Bienestar

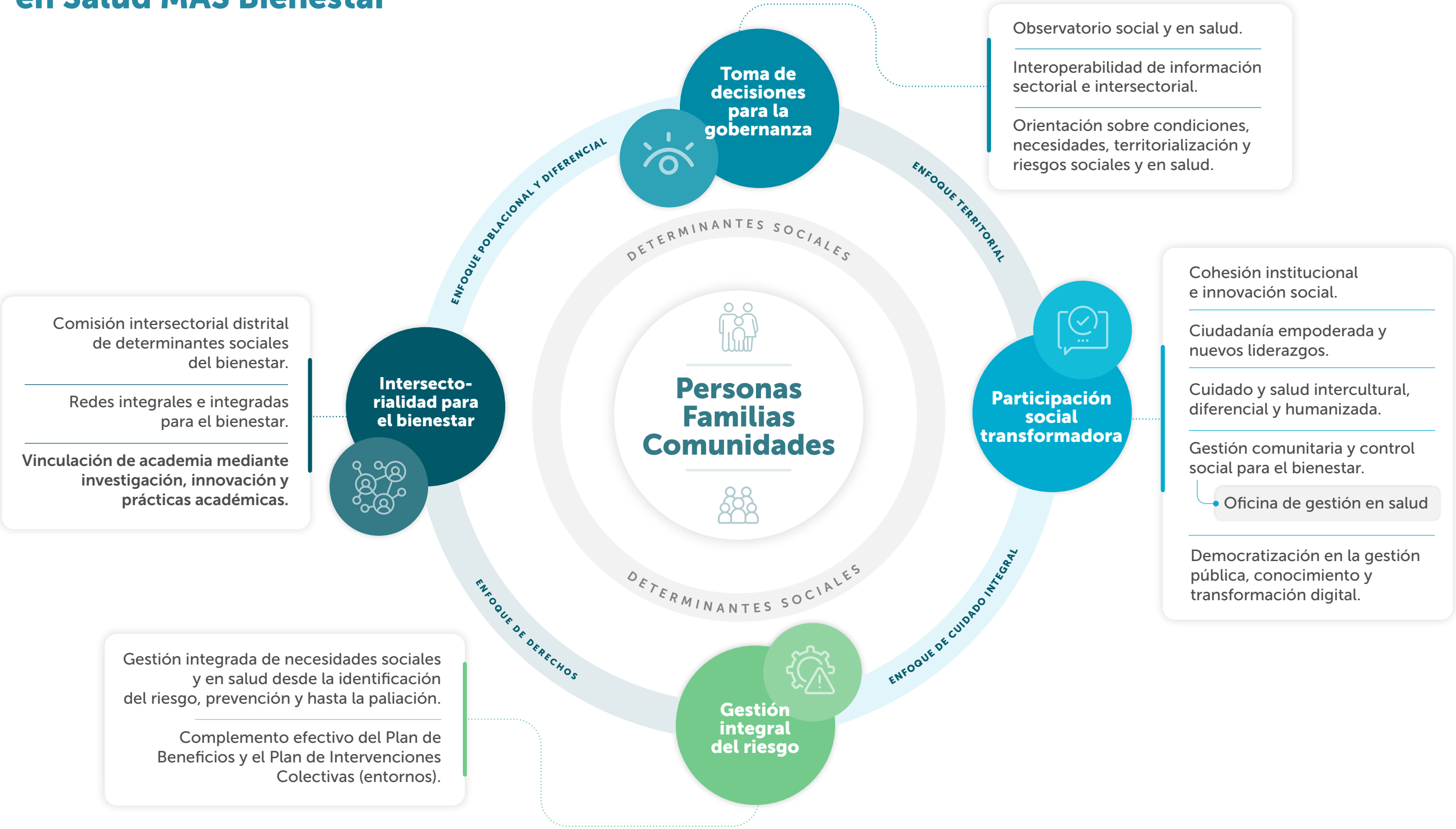


Es importante tener en cuenta que los lineamientos en mención hacen parte de procesos de construcción permanente y progresiva, en ese sentido se les integrarán capítulos adicionales según el avance de las mesas técnicas y los espacios de participación social. Especialmente en el lineamiento de Gestión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

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



Esquema del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar



Garantía del derecho a la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades

El modelo de atención en salud de Bogotá basado en Atención Primaria Social tiene como centro y objetivo principal la garantía del derecho a la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Para la operación de las acciones y programas se conforman cuatro pilares estratégicos: Toma de decisiones para la gobernanza, Participación social transformadora, Intersectorialidad y transectorialidad y Gestión integral del riesgo. Estos se relacionan entre sí por cuatro enfoques: Territorial, Poblacional diferencial, de Cuidado integral y de Derechos, los cuales fueron descritos previamente. A continuación, se desarrolla cada uno de los pilares.



Toma de decisiones para la gobernanza

Toma de decisiones para la gobernanza¹

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

Cabe resaltar la importancia de la interoperabilidad como parte inherente del sistema de información, la Organización Mundial de la Salud la define como “la capacidad de distintas aplicaciones de acceder, intercambiar, integrar y usar datos de forma colaborativa y coordinada, mediante la utilización de interfaces y estándares comunes, dentro o fuera de un mismo ámbito institucional, regional y nacional, para proporcionar una portabilidad rápida y fluida de la información y optimizar los resultados sanitarios”.

Mediante la interoperabilidad sectorial e intersectorial se facilitará el intercambio colaborativo de información entre actores públicos y privados de diferentes sistemas, aplicaciones y plataformas, dentro de un mismo sector como entre diferentes sectores, para comunicarse y trabajar de manera conjunta y eficiente, mejorando la integración fluida de datos y procesos, siempre en cumplimiento del marco normativo vigente. Esto conlleva a mayor rapidez en la toma de decisiones gracias a un acceso más amplio a la información, y la posibilidad de ofrecer servicios de salud más integrados y personalizados para los individuos, las familias, las comunidades y los territorios.

La información estratégica se traduce en decisiones informadas, una mejor planificación y gestión de recursos y en el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de programas; por tal motivo, el Modelo MAS Bienestar reconoce la información como un elemento transversal y de gerencia estratégica, que permite la caracterización territorial, focalización y priorización de territorios, familias y habitantes de Bogotá

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

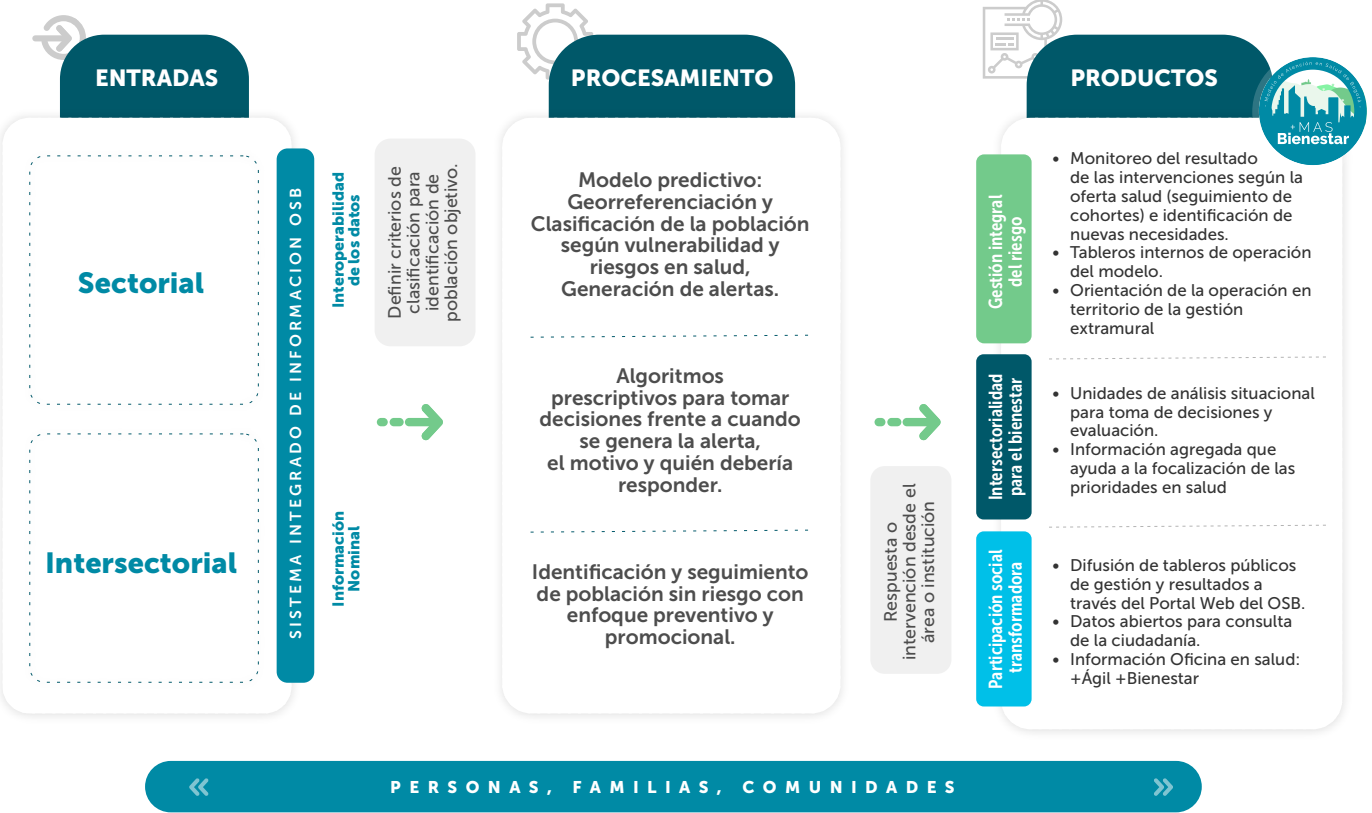
de acuerdo con situaciones de vulnerabilidad, riesgos en salud y eventos en salud, mejorando la oferta social y en salud del Distrito Capital a aquellos ciudadanos con el fin de generar más bienestar.

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

La centralización de los datos se realiza en una base maestra que contiene información relevante, actualizada, depurada y estandarizada, recopilada mediante la interoperabilidad sectorial e intersectorial. Se agrega información disponible que dé cuenta de la trazabilidad del individuo o su relación con datos de estado de afiliación al sistema de salud, atenciones recibidas, caracterización de su entorno familiar, eventos en salud, recepción de servicios sociales, entre otros.

Como parte de la implementación de la atención extramural, se cuenta con un aplicativo que mediante servicios web o conexiones hace consultas a la base maestra y a otras fuentes de información de interés; este aplicativo sirve de insumo para que los equipos territoriales consulten y consoliden información por individuo, familia y territorio, según categorización del riesgo para la oferta de servicios sociales y en salud. Este aplicativo es el medio para la gestión del riesgo en salud, tanto a nivel distrital (sectorial e intersectorial) como por parte de las EPS, dado que estas también tendrán acceso.

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



Fuente: Elaboración propia Observatorio de Salud de Bogotá

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

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

Los datos que reposan en la base maestra garantizan una alta calidad, y el uso de esta se dispone para que pueda ser accedida de forma segura al sistema o sistemas requeridos por parte de los diferentes actores del modelo de salud (Alcaldía mayor, SDS, EPS, IPS públicas y privadas, otros sectores), brindando información detallada por individuo, que pueda ser interoperada entre estos sistemas y facilitar procesos de decisión al

talento humano en salud asignado para ello, y dará orientaciones y respuestas a las necesidades del modelo.

Con la aplicación de la Política general de seguridad y privacidad de la información de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se garantiza la seguridad y privacidad del sistema de información y se establecen las reglas sobre el uso de la información por parte de los usuarios, administradores o terceros (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2023).

El proceso de identificación de las diferentes fuentes de información que sustentan el desarrollo de la interoperabilidad es apoyado por los demás pilares, basándose en la cadena de valor propia que redunda en productos y transformaciones o cambios esperados en el territorio.



Participación social transformadora²

La participación social está dada por el vínculo de las personas con diferentes grupos humanos, como familia, comunidad, organizaciones e instituciones, con el fin de alcanzar una vida más digna; para esto requiere tanto el reconocimiento de sí mismo, del otro, de lo otro, lo diferente y lo diverso, como de los intereses, necesidades, imaginarios, disposiciones y voluntades para actuar en conjunto. La participación social en salud es determinante para construir territorios de bienestar y además es un derecho de la ciudadanía.

Conforme a lo anterior, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar busca el “empoderamiento de las personas, las comunidades y la sociedad civil mediante una participación inclusiva en los procesos de adopción de decisiones que afectan a la salud en todo el ciclo normativo y a todos los niveles del sistema” (OMS, 2024) y la creación conjunta de las políticas y soluciones que promuevan la justicia, la igualdad, la equidad, la inclusión y el bienestar individual y colectivo en los territorios, a través de una participación social transformadora que sea a la vez un medio y un fin, ya que a través de ella se logran transformaciones de realidades que impactan el bienestar individual y colectivo.

A diferencia de la participación pasiva o selectiva, que se limita a la observación o la consulta o intereses particulares, la participación social transformadora, además de **inclusivo**, debe ser **incidente**, lo cual implica que la ciudadanía tenga la oportunidad de presentar sus necesidades, propuestas u opiniones con el fin de influir en la definición de prioridades y toma de decisiones de las entidades (Rojas, 2007); **vinculante**, al permitir que las propuestas, recomendaciones o reclamos de la ciudadanía tengan un efecto obligatorio en las políticas y decisiones públicas (Fung, 2007) y **consciente**, al promover el compromiso ciudadano por el bien común y el pleno conocimiento de los temas de salud y la implicación de sus decisiones (Gutmann, 2004). Este enfoque promueve el trabajo con comunidades diversas, el diálogo y la acción colectiva,

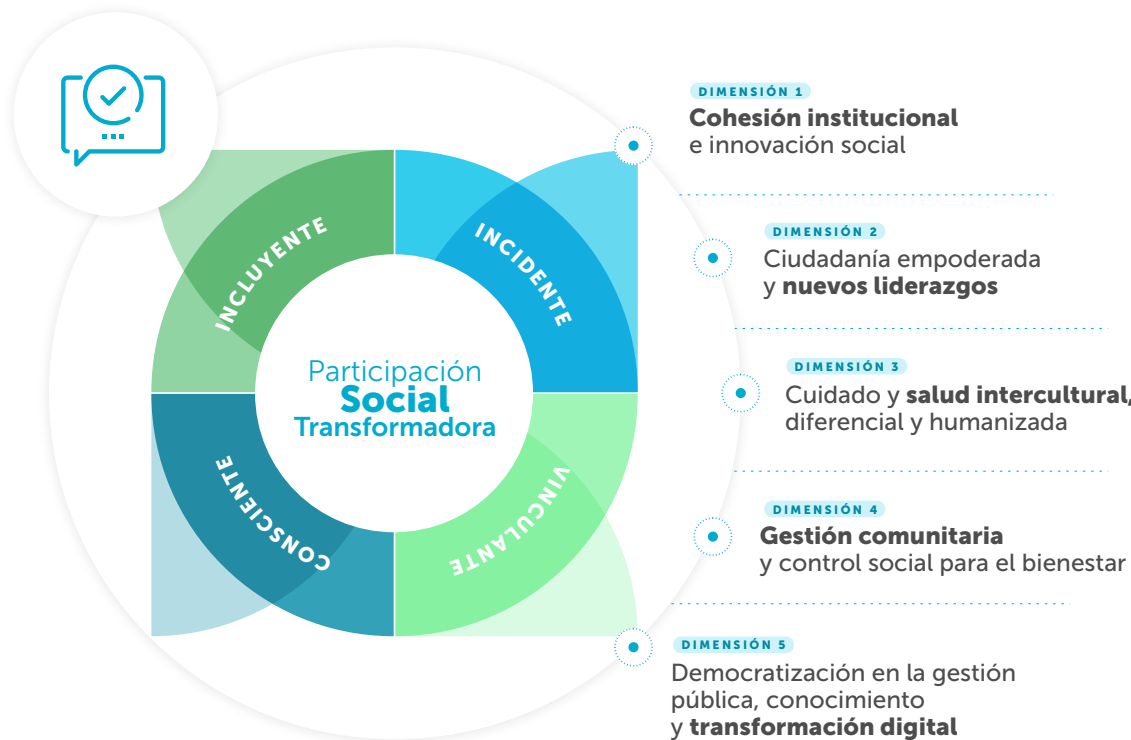
2 Los detalles técnicos, operativos y monitoreo se encuentran en el Lineamiento de Participación Social Transformadora

permitiendo que todas las voces sean escuchadas y tenidas en cuenta en el proceso de toma de decisiones y la generación de valor en salud.

En este sentido, la participación social es una manera en la que las personas pueden influir y cambiar la realidad en diferentes áreas. Esto se logra con cambios en las estructuras de operación y relaciones de poder que permitan a las personas y a las organizaciones trabajar juntas de forma más fuerte y coordinada. De esta manera, la participación social se convierte en una herramienta para transformar nuestro entorno, reforzar la idea de un Estado que protege a sus ciudadanos y crear nuevas formas de comunicación política. (Organización de Naciones Unidas, 2019).

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

Figura. Dimensiones de la Participación Social Transformadora



Este pilar se planteó teniendo en cuenta la Política de Participación Social en Salud (PPSS) (Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social), cuyo objetivo es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema de salud y el Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Adicionalmente, incorpora las visiones de las comunidades, colectivos diversos, grupos de trabajo territoriales y poblacionales del distrito relacionados con la Secretaría Distrital de Salud. El objetivo general de este pilar es potenciar una participación social en salud que promueva el empoderamiento de personas, comunidades y organizaciones sociales en la toma de decisiones para lograr una respuesta más efectiva y equitativa a sus necesidades y expectativas, y que contribuya a transformar las condiciones que afectan su salud y bienestar. Para ello se deben abordar las siguientes cinco dimensiones.

Dimensión 1: Cohesión institucional e innovación social

La cohesión institucional hace referencia al fortalecimiento de las capacidades institucionales para que el Estado, en este caso la Secretaría Distrital de Salud y demás actores del sistema de salud, cumplan su papel de garantes del derecho a la salud con participación social. Para ello se debe contar con los recursos técnicos, logísticos, operativos, financieros y humanos necesarios para tal propósito. La cohesión institucional debe estar orientada al gobierno abierto, que se traduce en una forma de gobernar basada en los principios de transparencia, participación ciudadana y colaboración, promoviendo un mayor nivel de apertura y responsabilidad en la administración, para combatir la corrupción y aumentar el nivel de confianza de la ciudadanía en la gestión pública.

Lograr una cohesión institucional requiere, a partir de las líneas definidas en la Política de Participación Social en Salud, lo siguiente:

- Asignar recursos financieros en los presupuestos de las instituciones para el fomento y gestión de los procesos de participación social en salud en el Distrito.
- Adelantar procesos de formación y capacitación al personal del sector salud para generar capacidades en participación y herramientas para el desarrollo del trabajo y dialogo con la ciudadanía.
- Desarrollar procesos para la apropiación de los ejes y desarrollo de la Política de Participación con los actores territoriales.
- Establecer mecanismos de apoyo, alianzas estratégicas y demás formas de cofinanciación para promover y fortalecer la participación en las instituciones del sector.
- Implementar procesos de coordinación con las diferentes instituciones y sectores para adelantar procesos de formación con la comunidad en temas de planeación, definición de presupuestos y control social en salud.

- Emitir orientaciones técnicas a los actores institucionales del sector, para asegurar la participación incidente, vinculante y consiente en cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación.
- Lograr incidir en los momentos de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas del sector salud en Bogotá.
- Incorporar los enfoques poblacional, diferencial, de género y territorial en los procesos y espacios de participación social en salud.

Esto implica encaminar esfuerzos hacia la innovación social, entendida como nuevas formas de gestión, de administración, de ejecución, nuevos instrumentos o herramientas, nuevas combinaciones de factores orientados a mejorar las condiciones sociales y de vida en general de la ciudadanía en los territorios. (CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, s. f.).

La cohesión institucional, está enfocada a comprometer a la institución en un ejercicio juicioso y permanente para promover y alcanzar la participación social transformadora como componente fundamental de la Atención Primaria Social.

Adicionalmente, cuando se logra incorporar la voz de las personas y familias en la medición de valor en salud, se facilita la capacidad de alinear todos los actores del sistema para lograr mejores resultados en salud alineados con los deseos y expectativas de las personas y sus familias, pero también mejorar la experiencia, los costos, el bienestar del personal y la equidad en salud (Nundy, 2022). Con una participación social más activa de la comunidad se podrá trabajar en soluciones efectivas, buscando siempre mejorar la calidad de vida y hacer que la salud sea más equitativa y la oferta de servicios más resolutive. Esto es lo mismo que hablar de innovación social para poder generar valor en salud.

Generar valor social en salud significa reconocer los determinantes sociales de la salud y orientar las acciones intersectoriales y estrategias de participación hacia un mayor bienestar, esto implica una red de servicios sociales conectados y articulados en lo local. La dimensión social de la salud implica que pacientes se escriba con s: "PaSiente", quien siente, quien busca una salud superior y seguridad familiar dentro de una sociedad más justa, pero que a su vez comprende su responsabilidad y consciencia frente al autocuidado. El valor social en salud deberá poderse medir y monitorear en el observatorio de salud para la toma informada de decisiones.

Dimensión 2: Ciudadanía empoderada y nuevos liderazgos

El desarrollo del máximo potencial de capacidades por parte de la ciudadanía es necesario para que, desde su empoderamiento, se logre cumplir un rol activo, defensor de derechos y el desarrollo pleno de la conciencia y autocuidado en salud. Se deben fortalecer todas las instancias formales y autónomas que desarrollen procesos participativos significativos en el marco de la gestión de las políticas, planes y programas en salud; y además promover un espacio de participación inclusivo, que tenga en cuenta la participación de todos los grupos poblacionales, donde las mujeres, hombres, jóvenes, grupos étnicos, personas con necesidades y habilidades especiales tengan voz

y voto; con el fin de contribuir a elevar el nivel de la salud pública en el Distrito Capital, a través de una participación orientada a resultados y metas estratégicas del sector.

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

El Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar resalta la baja participación de diferentes grupos poblacionales, especialmente las mujeres y juventudes, en los espacios de toma de decisiones y transformaciones sociales, que contribuyan de manera diferencial a mantener y mejorar la salud pública. Así mismo, esta perspectiva aboga por el reconocimiento de la diversidad de las comprensiones culturales sobre los roles de género y en especial, por el derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género libre de juicios, estigmas o discriminaciones; reconociendo que existen experiencias diversas que pueden representar barreras en el bienestar y en el acceso al derecho fundamental a la salud de la población.

Plantear el enfoque de género de manera transversal al modelo, propone fortalecer la inclusión e intervenciones en salud con enfoque poblacional y diferencial, desde un enfoque de derechos humanos y empoderamiento ciudadano hacia una vida más diversa, auténtica, libre de violencias y dada al bienestar. Así, el modelo debe garantizar a estos grupos, que históricamente han sido poco escuchados (mujeres, jóvenes, población LGBTQ+, población con discapacidad, entre otros), la implementación de esfuerzos específicos que mejoren su calidad de vida y los resultados en salud.

Para mencionar alguno, y en concordancia con lo planteado en el plan de gobierno actual del Distrito, en un espacio específico para las mujeres se llevarán a cabo estrategias que permitan identificar necesidades y formular intervenciones diferenciadas para ellas, debido a las particularidades biológicas y sociales, y que promuevan una vida libre de violencias basadas en género y una cultura de corresponsabilidad en los ámbitos compartidos entre géneros.

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

Desde esta mirada es esencial abordar la participación transformadora de los grupos poblacionales con carácter diferencial a partir de la visibilización y el reconocimiento de su diversidad. Es necesario reconocer las experiencias particulares en diferentes momentos del curso de vida; así como identidades diversas que atraviesan los individuos: la ruralidad, la pertenencia étnica o el carácter migratorio no deben ser barreras al acceso a mínimos vitales y al goce de los derechos en salud. Este componente permitirá ampliar la base de participación social en salud, buscando que prime el bienestar colectivo sobre el individual.

De igual manera, y respondiendo a la condición inclusiva para diferentes grupos poblacionales, se pretenden generar espacios de participación efectiva, con el ánimo de crear nuevos liderazgos en estos grupos, en los que se aborden, desde la comprensión territorial, las problemáticas particulares y se visualicen de manera conjunta las estrategias de solución.

Dimensión 3: Cuidado y salud intercultural, diferencial y humanizada

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros (Artículo 1º. Declaración Universal de Derechos Humanos) (Naciones Unidas, 1948). Esta es una premisa que da sentido a la necesidad y el compromiso de cuidar toda vida, en condición de dignidad y derechos humanos, reconociendo las singularidades, la igualdad, la protección, la diversidad, lo que es propio a existir. Este tiempo presente convoca a un mayor compromiso: asimilando, profundizando y avanzando en la transformación de las realidades sociales, como lo propone el modelo MAS Bienestar, a través de la promoción de la cultura del cuidado de la salud, facilitando condiciones orientadas a lograr una ciudadanía saludable, responsable y empoderada.

La salud es una construcción colectiva que se da de manera cotidiana en los diferentes entornos, vinculando los procesos públicos intra e intersectoriales. En tal sentido, el Estado debe fomentar el desarrollo de la apropiación de la salud en la vida cotidiana y en el ejercicio del cuidado individual y colectivo, como elemento esencial para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud (Basile & Feo, 2022). La salud, en el marco de la Atención Primaria Social, nos invita a leer de una manera crítica nuestra manera de vivir, pues plantea formas distintas de ver la vida para el goce de un bienestar integral en profunda alineación con el bienestar interior, social y ambiental.

El modelo MAS Bienestar incorpora los enfoques de Buen Vivir y Humanización como ejes que promueven la apropiación de la cultura del cuidado a nivel individual y colectivo, impulsando el autoconocimiento, el reconocimiento del otro y de su entorno. Es importante recordar que la salud trasciende la prevención o curación de enfermedades, en búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida.

La construcción de la salud y el bienestar en el territorio, a partir del respeto y la confianza, implica la participación y la toma de decisiones por parte de los actores sociales, comunitarios e institucionales que interactúen. Se deberá abordar el Buen Vivir o Buenos Vivires como un camino de armonización, humanización, cuidado integral y

redireccionamiento de la visión comunitaria en torno a los determinantes sociales de la salud, los cuales se encuentran mediados por condiciones como el mercantilismo, la deshumanización, individualización, desterritorialización y la pérdida de raíces culturales. De esta manera, requiere una comprensión amplia de los conceptos de salud, cuidado integral y bienestar.

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

Desde esta mirada y a la luz de las apuestas del modelo MAS Bienestar, se hace necesario avanzar en la investigación social en salud, el fortalecimiento de los procesos de humanización, el enfoque diferencial y la atención centrada en la persona desde el rol que desempeña en el sistema de salud.

La humanización es definida como “un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la reglamentación deontológica (enfocada en los deberes y responsabilidades éticas que deben seguir los individuos en su ejercicio profesional) esto como las prácticas ejercidas por el profesional en un contexto de salud y entendiendo la dignidad como el valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana” (Carlosama et al., 2019). Jean Watson, reconocido por la teoría del cuidado humanizado, plantea que cuando los sistemas de salud enfrentan cambios administrativos y tecnológicos, se potencia el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente. Al mismo tiempo sugiere abordar y fortalecer las dimensiones humanas, espirituales y sociales en la práctica clínica, administrativa y de investigación en salud.

Ante este panorama, el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar propone una mirada progresiva que lleve a soluciones integrales e integradoras de todos los recursos y actores del sistema de salud al servicio del bienestar, impactando en los determinantes sociales, optimizando los esfuerzos institucionales y las alianzas público-privadas, impulsando los nuevos liderazgos, empoderando a la ciudadanía, dando voz a pacientes, cuidadoras y cuidadores primarios (familiares, redes de apoyo) y cuidadoras y cuidadores sanitarios. Pretende lograrlo a través de acciones dirigidas a los habitantes del territorio desde la particularidad de sus roles, favoreciendo una gestión territorial renovada y una participación social transformadora.

Dimensión 4: Gestión comunitaria y control social para el bienestar

Para que la participación social realmente genere cambios, es importante entender cómo funcionan las comunidades a nivel local y reconocer que cada grupo tiene sus propias formas de organizarse y resolver problemas. Esto significa que se deben considerar las diferencias frente a cómo se desarrollan y gestionan los mecanismos e instancias en los territorios. En lugar de imponer un modelo rígido de gobierno, es

mejor adoptar un enfoque más flexible donde las políticas se ajusten a las necesidades específicas de cada población y territorio y no al revés (Farinós Dasí, 2015).

Desarrollar herramientas que involucren a las personas para analizar y planificar el futuro, buscando formas de vida más sostenibles en sus comunidades, ayuda a una transición hacia un mundo más equilibrado y justo, tanto a nivel local como global. En este contexto, la planificación participativa de escenarios futuros es una herramienta muy utilizada en las Ciencias de la Sostenibilidad, que busca planificar de abajo hacia arriba («bottom-up»), lograr acuerdos entre actores locales y priorizar acciones que cambien el modelo de desarrollo actual, facilitando así un camino hacia la sostenibilidad. (Gough I, 2023).

Conforme a lo anterior, es importante reforzar el enfoque en las necesidades y características de cada región dentro de un marco de gobierno sólido. Esto implica que diferentes actores y sectores trabajen juntos para enfrentar problemas específicos, involucrando a la comunidad de manera activa para planificar el futuro con una visión a largo plazo y en armonía con las prioridades identificadas en lo local. La sostenibilidad significa que la participación de la comunidad no solo debe ser relevante, sino que también debe centrarse en el bienestar común, por encima de los intereses individuales.

Dimensión 5: Democratización en la gestión pública, conocimiento y transformación digital

En línea con la Política de Participación en Salud, se buscará garantizar la participación ciudadana en la toma de decisiones y la solución a los problemas de salud, a través de la democratización en la gestión pública, acompañada del conocimiento y la transformación digital en el relacionamiento entre la secretaría y la ciudadanía.

La democratización en la gestión pública es el proceso en el que la administración y las decisiones gubernamentales son más accesibles, transparentes y participativas para la ciudadanía. Los elementos que conforman dicho proceso son (Paz, Sergio;2008, Cunill Grau, Nuria (2004):

1 La participación ciudadana: que la ciudadanía tenga un rol activo en la toma de decisiones a través de acciones como el voto, reuniones en espacios públicos, participación en comités, acciones populares, entre otras.

2 Transparencia: que la ciudadanía pueda ser veedora de los procesos de cómo se toman las decisiones y se utilizan los recursos públicos por parte de la Secretaría Distrital de Salud.

3 Rendición de cuentas: garantizar que la Secretaría Distrital de Salud y sus funcionarios sean los responsables ante la población de acciones y decisiones en función de la salud y el bienestar de sus ciudadanos.

4 Accesibilidad: la información y procesos en lenguaje claro y de libre acceso, sin importar condiciones como nivel educativo, condición económica, pertenencia étnica, discapacidad o ubicación geográfica entre otros.

5 Equidad: todas las personas deben ser escuchadas y las políticas públicas son diseñadas teniendo en cuenta las necesidades particulares de los individuos, familias y comunidad.

Así, fortalecer los procesos de participación en la toma de decisiones implica contar con un gobierno más incluyente, empático y cercano a las necesidades y preferencias de la población. Al tiempo, implica que la ciudadanía transforme las realidades en salud, apropiándose de los procesos del sector; para que tenga una *participación incluyente, incidente, vinculante y consciente* en la definición, implementación y control de políticas, programas y proyectos. La participación ciudadana debe darse desde una nueva manera de relacionamiento en donde exista una construcción conjunta y voluntaria a través del empoderamiento ciudadano, que procure su permanencia en: (i) ejercicios de participación para la vigilancia comunitaria en salud y la promoción de entornos saludables, (ii) promueva la participación en proyectos, (iii) genere estímulos y otras formas de apropiación y pertenencia en los diferentes espacios comunitarios(Ruiz A, 2012.).

Las veedurías ciudadanas en salud se deben fortalecer, ampliando la capacidad de control social y garantizando la rendición de cuentas. Las Asociaciones de Usuarios, Comités de Participación Comunitaria en Salud –COPACOS-, Juntas Asesoras Comunitarias en Salud y demás instancias o espacios de participación social en salud también se fortalecerán y serán protagonistas y aliados de la transformación en los territorios hacia un mayor bienestar.

Adicionalmente, se fomentará la participación de asociaciones de pacientes que contribuyan a una mejor navegación (proceso de atención efectiva y con calidad) dentro del modelo MAS Bienestar.

Para lograrlo, es necesario definir diferentes estrategias para el entendimiento y puesta en práctica de acciones conjuntas de cuidado, basadas en el conocimiento y experiencias positivas, al igual que la incorporación de herramientas tecnológicas, que permitan la construcción y aplicación de los saberes colectivos e institucionales. La ciudadanía empoderada se convierte en promotora del cuidado y de resultados positivos en salud; además de fuente de información necesaria para el monitoreo de las acciones en salud, vigilancia comunitaria, e identificación de las necesidades del territorio. Estos se convierten en insumos claves para el Observatorio Social de Salud pueda informar y mejorar la toma de decisiones con enfoque diferencial.

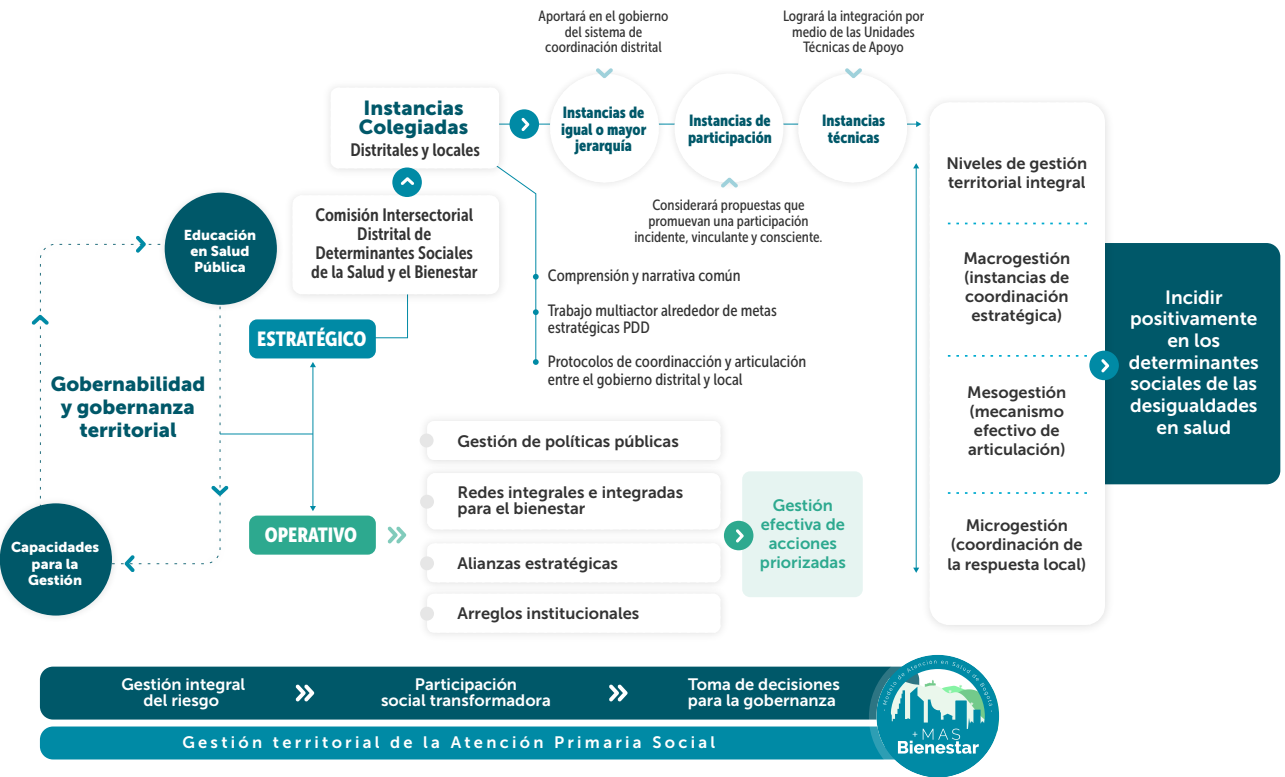
Se buscará que todas las estrategias de participación social en salud estén orientadas a mejorar el bienestar de los territorios y las necesidades reales, elevar la salud pública y transformar entornos con acciones intersectoriales. En este sentido se vincula a este

pilar una estrategia que creará las oficinas de gestión en salud, este será un mecanismo expedito para la gestión de barreras en salud que, en articulación con entes de control, estará dispuesto en diferentes puntos de la ciudad; el mismo se desarrollará en los lineamientos operativos del presente pilar.



Intersectorialidad para el bienestar³

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



3 Los detalles técnicos, operativos y monitoreo se encuentran en el Lineamiento de Intersectorialidad y Transectorialidad.

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

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

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

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

En particular, desde el modelo se constituirá la Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar, presidida por el alcalde Mayor de Bogotá e integrada por los demás sectores de la administración distrital, así como por aquellos actores que se consideren pertinentes, que será concebida como la “instancia de gobierno y gobernanza distrital para liderar, orientar y articular la formulación y gestión intersectorial de políticas públicas, planes, programas, proyectos o estrategias dirigidas a reducir las desigualdades en los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar”.

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

en forma de Unidades Técnicas de Apoyo, según lo establezca el Reglamento Interno de la misma, para generar una acción vinculante en el marco de la reducción de las desigualdades en los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar.

La Comisión Intersectorial Distrital de Salud reconoce el andamiaje histórico proporcionado por el Comité Intersectorial Distrital de Salud, el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y otras instancias temáticas que han dispuesto de elementos operativos la acción intersectorial en la ciudad y proporcionan una hoja de ruta que permite avanzar en el mejoramiento de la gobernabilidad y gobernanza. En su operación, la Comisión dialogará permanentemente con las instancias mencionadas para armonizar la operación de la salud en la ciudad.

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

La Comisión estará constituida por los 16 sectores gubernamentales del Distrito, encabezada por el alcalde, con la posibilidad de contar con invitados, los cuales estarán a discreción de los integrantes de la Comisión. Sesionará de manera ordinaria 3 veces en el año y a partir de las unidades técnicas de apoyo de manera ordinaria las veces que se requiera.

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

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

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

En este orden, la intersectorialidad responde de manera concreta a la identificación de los problemas complejos que afectan la salud y el bienestar, para que de forma coordinada entre los sectores y actores involucrados se propongan las acciones integradas e integrales que aporten al bienestar de la población. Implica un ejercicio de cogestión y corresponsabilidad de las acciones propuestas, permeando las

intersecciones generadas entre las instituciones y propendiendo por que las decisiones sean tomadas con la mejor información posible, en garantía de los derechos.

Estas acciones inter y transectoriales se buscarán materializar en la creación de redes integradas e integrales para el bienestar, en las cuales la comunidad pueda acceder a servicios sociales y de salud en un solo punto, logrando la gestión integral del riesgo y avanzando en la transformación de los determinantes sociales.

El abordaje integral de los determinantes sociales, en el marco de la Atención Primaria Social, recoge la información del Observatorio Social y en Salud para optimizar la toma de decisiones, fortalecer la definición de estrategias de promoción, de protección social y de gestión integral del riesgo en salud; para promover así el bienestar de los habitantes, la participación social transformadora con incidencia y la construcción de ciudadanías críticas para la formulación, ejecución, veeduría y evaluación de las acciones en salud pública.

Como parte de este pilar y entendiendo la academia como un sector de especial relevancia en salud, se desarrollan alianzas para generar nuevo conocimiento, incluyendo investigación, estrategias innovadoras en salud y formación de talento humano para la salud. Es importante tener en cuenta que este nuevo conocimiento deberá contar con una visión integral e integradora de la salud y propender por involucrar las diferentes ciencias con capacidad de transformar positivamente la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

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



Gestión
integral
del riesgo

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)⁴

A continuación, se amplían las necesidades a abordadas por el pilar de Gestión Integral del Riesgo y que fueron esbozadas al inicio del presente documento:

- Si bien el sistema de salud ha avanzado hacia una visión preventiva y la salud es reconocida como un derecho fundamental, su implementación actualmente se ha enfocado en la atención de patologías, particularmente en fases avanzadas, favoreciendo la demanda espontanea del usuario en lugar de adoptar un enfoque predictivo de los factores de riesgo o abordar los determinantes que lo generan.

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

En consecuencia, los usuarios suelen acudir a los servicios cuando la salud ya está comprometida.

Aunque el sistema ha evolucionado paulatinamente hacia la intervención del riesgo, pasando de las actividades de promoción y prevención por edades a intervenciones en contexto del curso de vida, aún enfrenta desafíos significativos.

- Los modelos de atención en salud históricamente se han centrado en la prestación de servicios resolutivos a nivel intramural y en respuesta a la demanda hecha por el usuario, además de acciones con limitaciones en otros entornos; por lo cual es necesario una visión complementaria que gestione la salud en un entorno más cercano a la persona y la familia, que plantee abordajes resolutivos acorde a las necesidades y expectativas de las personas y comunidades.
- Las condiciones de desarrollo de Bogotá han concentrado prestadores de servicios en algunas zonas de la ciudad donde las personas con mayor grado de vulnerabilidad socio económica tienen dificultades de acceso por los extensos tiempos de traslado, barreras geográficas, económicas o de otra índole. Es necesario contemplar nuevas tecnologías en salud, como las redes integradas e integrales, para acercar al usuario la prestación de servicios.
- En la actualidad se observa un número importante de prestadores con servicios de salud limitados, asociados a un modelo de atención por niveles y por tipología de unidad que afecta la resolutiveidad en las unidades primarias y genera fragmentación en la prestación de servicios. Lo anterior, sumado a esquemas de contratación con procesos administrativos adicionales -como la autorización previa de servicios-, puede generar inoportunidad, aumento en el gasto de bolsillo e ineficiencia en el uso de los recursos del sistema.
- El estudio de la Personería en 2023, y observaciones de otros actores, identifican congestión e inoportunidad en la prestación de servicios de urgencias en las unidades de alta complejidad, tanto en prestadores públicos como privados; una parte importante de la demanda de estos servicios obedece a usuarios con condiciones de salud que podrían ser atendidas oportunamente en otros servicios, mediante mecanismos diferentes o en una red de urgencias territorializada y con capacidad resolutiva.
- De acuerdo con el análisis de oferta de servicios de 2022, Bogotá tiene una disponibilidad de 2.1 camas por cada mil habitantes, lo cual supera el índice nacional; sin embargo, el Distrito Capital es lugar de referencia de otras regiones, lo que genera una disponibilidad real más baja que el promedio nacional. Esto se ve reflejado en una alta ocupación en servicios hospitalarios y demoras en la recepción de pacientes que ingresan del servicio de urgencias o de otros servicios como UCI o salas de cirugía, lo que agudiza aún más la congestión y la calidad de la atención. Lo anterior obliga a buscar estrategias para el uso eficiente y racional de las camas disponibles, donde los servicios de atención en ambiente domiciliario tienen buenos resultados, reflejados en tiempos de recuperación.
- La ciudad no cuenta con un modelo de atención con oferta regulada: todos los actores compiten libremente en la prestación, realizando apertura de servicios que

no necesariamente responden a las necesidades de la población o del territorio, lo que puede generar sobreoferta o déficit. Esto requiere una organización concertada, que permita la especialización de entidades y modelos costo eficientes con mejor uso de recursos disponibles.

- Finalmente, el sistema de salud cuenta con dos planes de beneficios que, si bien fueron creados para ser complementarios, en la actualidad ofrecen respuestas fraccionadas y desarticuladas, lo que disminuye los resultados esperados y la percepción de resolutiveidad por parte de los usuarios. Se requiere entonces un plan integral de gestión del riesgo que evidencie la articulación y armonización de las acciones individuales y colectivas.

Partiendo de las necesidades mencionadas, se establece que la GIRS es un elemento estratégico de planificación que permite intervenir anticipadamente amenazas con mayor impacto para la salud del individuo, la familia y la comunidad, considerando la costo efectividad. De acuerdo con el Libro de la Salud (Juan Rodés Josep Piqué, 2007) los resultados en salud dependen en un 43% de los estilos de vida desarrollados en los diferentes entornos de vida cotidiana, un 27% de los factores genéticos y biológicos, un 19% de las condiciones ambientales y un 11% del sistema de salud; esto indica que la obtención favorable de resultados en salud se asocia a un abordaje predictivo que permita intervenir oportunamente los riesgos.

En este contexto, la GIRS se asocia a dos elementos fundamentales, correlacionados y complementarios. Uno de estos elementos es el modelo predictivo y el segundo, la caracterización individual, familiar y colectiva.

Modelo predictivo y caracterización

Modelo predictivo

Este ejercicio parte de dos análisis: las principales causas de morbilidad en la ciudad y sus precursores; y las condiciones del individuo que coinciden con estos precursores de patología, identificando anticipadamente factores que requieren intervención en la GIRS. Lo anterior se realiza mediante un análisis estadístico y epidemiológico de la morbilidad y mortalidad de la población en cuanto a gravedad y magnitud. Esto permite orientar las acciones en salud con una ejecución temprana, antes de la materialización del riesgo y fortaleciendo la prevención secundaria y terciaria en el individuo, la familia y la comunidad.

Caracterización individual, familiar y colectiva

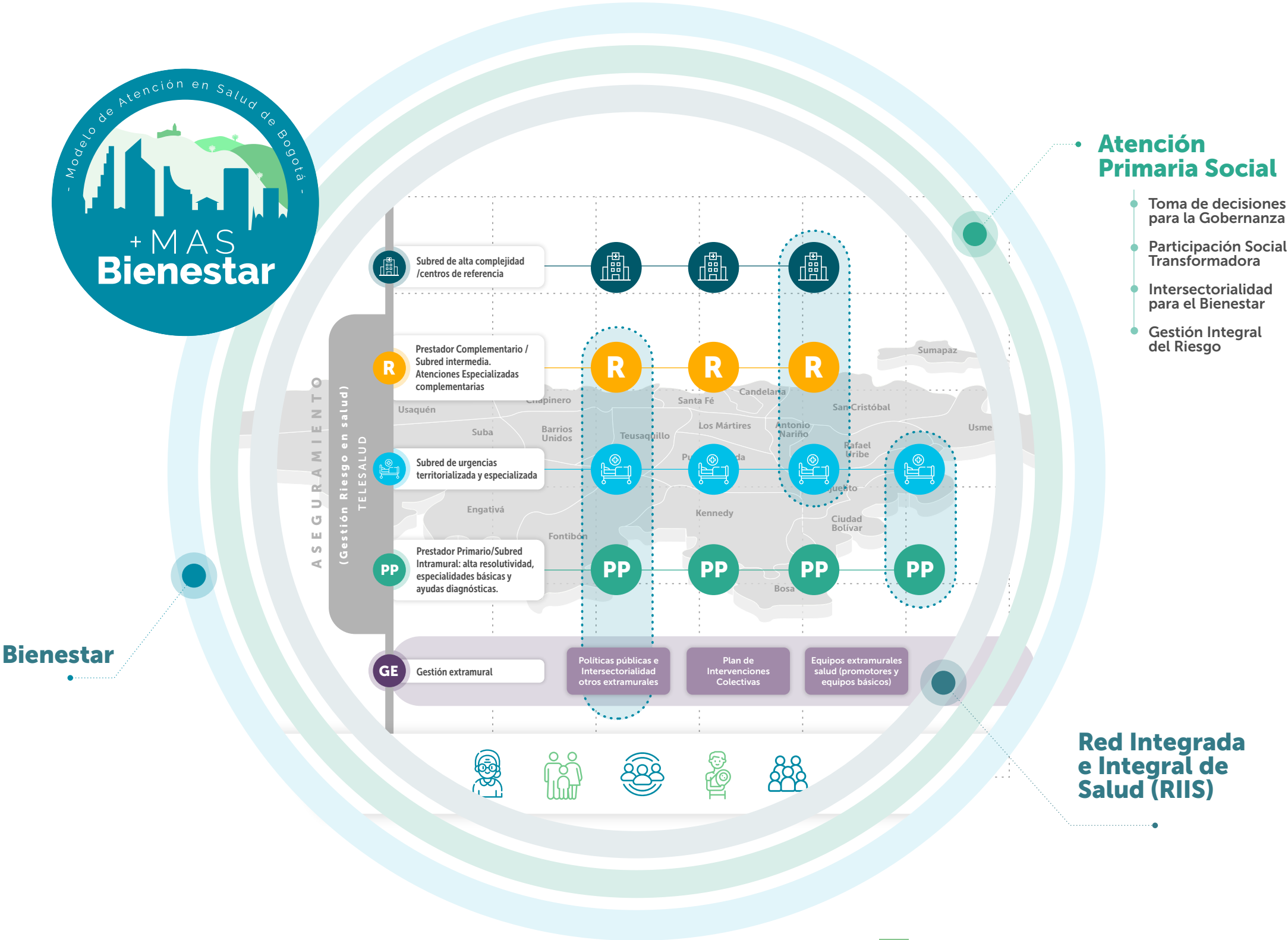
Determina las condiciones particulares de la estructura social, cultural, política y económica, identificando precursores y orientando las intervenciones en salud. A partir de ello tienen lugar los procesos de identificación y clasificación de riesgos, seguidos de la oferta y prestación de servicios a través de diferentes rutas de atención, en la red integrada de servicios de salud que está dispuesta en el territorio y organizada bajo criterios de proximidad, resolutiveidad y prioridad, acorde a las necesidades identificadas.

El modelo predictivo y la GIRS implica identificar los determinantes de las enfermedades, que son precursores, por eso es vital conocer las patologías y articular la caracterización en sus diferentes fuentes.

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

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

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



El elemento transversal del pilar de Gestión Integral del Riesgo en Salud es el aseguramiento, en ese sentido las Entidades Promotoras de Salud tienen un rol protagónico en la operación del modelo. El acceso equitativo en términos geográficos y de calidad a los servicios de salud se logrará mediante la coordinación de la entidad territorial para formar una red integral e integrada de servicios que vincule a todas las EPS con operación en la ciudad y a los prestadores de servicios públicos y privados, tal como lo establece la Ley 1438 de 2011.

La Secretaría Distrital de Salud y las EPS buscarán progresivamente la operación de todas las capas de este pilar, respetando la libre elección de las personas, quienes podrán ser atendidas en salud tanto por los equipos extramurales como intramurales en las zonas e instituciones que decidan por proximidad u otras razones, en el marco de la red disponible. La red integral e integrada de servicios de salud será responsable del cumplimiento de las metas operativas y de impacto del presente modelo, el seguimiento se realizará en la Mesa Distrital de Cuidado de la Salud, que opera según el acto administrativo vigente que la conforma y reglamenta.

En conclusión, los hitos de la Gestión Integral del Riesgo son: la implementación de un sistema de análisis predictivo para prevenir, detectar e intervenir oportunamente los riesgos en salud, lo cual se constituye en un avance significativo en el Modelo MAS Bienestar, orientado a mejorar la capacidad del sistema para anticipar y gestionar eficazmente los riesgos sanitarios. Este modelo, y particularmente el Observatorio Saludata, utilizará tecnologías avanzadas y metodologías analíticas para transformar el abordaje de los problemas de salud y garantizar así intervenciones proactivas, adaptadas y eficientes; esta información estará disponible para los diferentes actores del modelo según perfiles de uso definidos.

La articulación efectiva de los actores del sistema de salud de Bogotá es un hito en el modelo MAS Bienestar, destinado a optimizar la colaboración y coordinación entre dichos actores. Este esfuerzo busca crear una red integrada que permita una respuesta más coherente y eficiente a las necesidades de salud de la población, asegurando que los servicios y recursos estén alineados y sean accesibles para todos.

Lo descrito anteriormente orienta los resultados esperados del Pilar de GIRS:

- El desarrollo de nuevas formas de atención integral en salud, que favorezcan el acceso, la resolutivez, el uso eficiente de los recursos y un mejor resultado en salud para la población; con trabajo territorial, promoción del autocuidado y la educación en salud para prevenir, predecir y tratar enfermedades y discapacidades evitables a partir de los factores de riesgo individuales y familiares.
- Una gestión oportuna, efectiva y concertada de los riesgos para la salud en el individuo y la familia mediante un plan de gestión del riesgo concertado, que dé cuenta de su real contexto social, económico, y ambiental y que refleje la articulación y complementariedad de las intervenciones individuales y colectivas.
- Una oferta de servicios de salud cercana, innovadora, integral, resolutivez y oportuna que permita el uso costo efectivo de la infraestructura, el equipamiento y el talento humano con el que se cuenta.

- Un sistema de salud que dé cuenta de la articulación sectorial en la gestión oportuna a las necesidades en salud de la población del distrito, orientando las intervenciones de acuerdo con cohortes de riesgo y a resultados en salud de estas.
- Optimización del acceso a los servicios de salud, a través de la utilización de nuevas tecnologías y acceso a servicios especializados, al reducir barreras geográficas y económicas, lo cual incide en la mejora de la experiencia del paciente.
- Eficiencia en la prestación de los servicios, tras la disminución en la fragmentación en la atención, mejorando la continuidad del cuidado y la coordinación entre los diferentes actores del sistema.

A continuación, se describen las capas de la Gestión Integral de Riesgo en Salud:

GE

Gestión extramural

La gestión extramural se enfoca en fortalecer el primer contacto entre el sistema de salud y las personas, familias y comunidades en sus entornos cotidianos (hogar, educativo, laboral, institucional y comunitario). Este enfoque considera estos entornos como determinantes de la salud y el bienestar, ya que pueden ser protectores, facilitadores o deterioradores de la salud.

Por lo anterior, y comprendiendo las diferencias en el abordaje territorial y el poblacional para intervenir a la población de acuerdo con los riesgos identificados, se definen tipologías de territorio y se determinan las actividades a desarrollar en los entornos (hogar, comunitario, institucional, laboral y educativo) según la vulnerabilidad, riesgos en salud, tipo de afiliación y otras características territoriales. La caracterización del territorio se realiza mediante varios métodos, incluyendo encuestas presenciales, plataformas digitales y recolección de datos secundarios.

En el Modelo MAS Bienestar se realizan intervenciones en salud en los diferentes entornos:



- **Entorno Cuidador Hogar:** las intervenciones en el hogar tienen un papel crucial en la promoción de la salud y en la identificación y manejo de riesgos relacionados con los determinantes sociales. Estas intervenciones permiten detectar factores que pueden ser protectores, facilitadores o perjudiciales para la salud. En este contexto se analiza cómo las características y dinámicas del entorno familiar influyen en los determinantes de la salud y la enfermedad. Con base en esta comprensión, se desarrollan estrategias específicas para mejorar las condiciones de vida y la salud de la familia y sus miembros. Las acciones en el Entorno Cuidador Hogar buscan no solo abordar los riesgos identificados, sino también fortalecer los factores que favorecen un entorno saludable.
- **Entorno Cuidador Educativo:** fomento de la salud en la comunidad educativa y gestión de riesgos de salud pública.
- **Entorno Cuidador Laboral:** promoción de ambientes laborales saludables y protección de trabajadores.
- **Entorno Cuidador Institucional:** atención integral en instituciones sociales y de protección.
- **Entorno Cuidador Comunitario:** fortalecimiento de redes comunitarias y promoción de la salud en espacios comunitarios.

En esencia, la gestión extramural busca una gestión integral del riesgo que considere los contextos y condiciones específicas de cada entorno, integrando en la respuesta las actividades del plan de beneficios del plan obligatorio de salud con el plan de salud pública de intervenciones colectivas. Para que esta integración sea efectiva y resolutive, es esencial involucrar a todos los actores clave en la planificación, implementación y respuesta requeridas, que se deriven de las acciones de la gestión extramural, que incluye a las EPS y su red prestadora.

Por lo anterior, los equipos de la gestión extramural no son de una entidad particular o para una población específica, sino que administrativa y operativamente se estructuran para garantizar una atención adecuada e integral a los usuarios, independiente de su afiliación.

El abordaje de los equipos extramurales es complementado con acciones periódicas y con servicios definidos según necesidades territoriales identificadas. Estas se dan en forma de jornadas intersectoriales, que definirán los servicios en salud o sociales a ofertar, según las necesidades previamente establecidas con la comunidad, así como los actores sectoriales e intersectoriales presentes en el territorio.

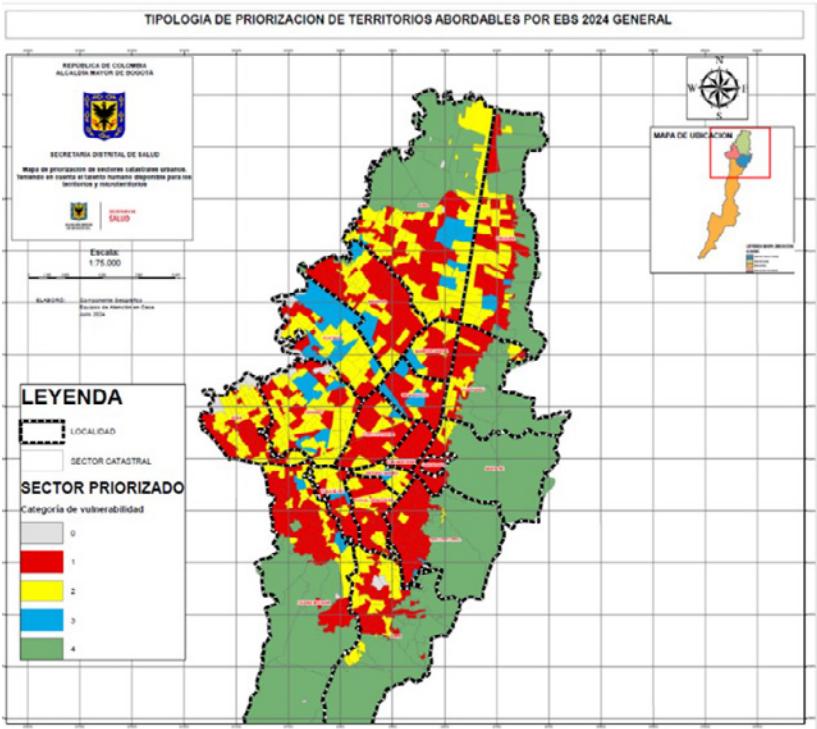
Los procesos operativos de la gestión extramural del pilar de Gestión Integral del Riesgo están organizados por momentos de abordaje territorial, familiar e individual desde los procesos de planeación territorial hasta el seguimiento familiar e individual.

A continuación, se describen los momentos de abordaje:

a. Planeación Territorial: La planeación del territorio desde el ámbito de la salud es un proceso de construcción en múltiples niveles y escalas. Dentro del Modelo MAS Bienestar se desarrolla un proceso espacial de valoración territorial, que permite postular las fases de abordaje para cada sector catastral de la ciudad.

Este proceso tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Definición de territorios: se organizan con base en la participación de actores locales, agrupando sectores catastrales en áreas urbanas o rurales delimitadas por accidentes geográficos o culturales.
- Identificación de sectores catastrales: Bogotá cuenta con 1.170 sectores catastrales, analizados según su distribución y características, compuestos por manzanas en áreas urbanas o veredas en rurales.
- Análisis de vulnerabilidad: se realiza un análisis detallado considerando densidad poblacional, estratificación socioeconómica, índice de pobreza multidimensional e indicadores de salud pública y de morbilidad.
- Temporalidad de acciones: se evalúa la atención brindada en años anteriores para priorizar áreas con menos atención reciente.
- Actualización y participación: La comprensión territorial se actualiza continuamente con la participación local, adaptando las intervenciones a las necesidades específicas de cada territorio.



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

Teniendo en cuenta los aspectos fundamentales mencionados anteriormente, se obtuvo la organización en cuatro categorías de los 1.170 sectores catastrales que integran la ciudad, con lo cual se planea el abordaje de la población de manera programada y secuencial (ver mapa anterior).

b. Apropiación territorial: Se entiende como la determinación de las acciones a desarrollar en la gestión extramural por parte de los equipos interdisciplinarios de salud asignados a sectores catastrales o a un número determinado de familias. Este enfoque busca gestionar riesgos en salud a nivel comunitario, familiar e individual.

Para el desarrollo de este proceso, los aspectos clave son:

- Determinación de acciones en salud en sectores catastrales: desarrolladas por los equipos interdisciplinarios de salud, conformados por promotores de salud, médicos, enfermeros, psicólogos y nutricionistas, técnicos o profesionales en ciencias ambientales, terapia y odontología, etc., quienes tendrán a cargo la gestión del riesgo de las familias en los territorios de la ciudad.
- Determinación de acciones a nivel local: desarrolladas por los equipos interdisciplinarios de salud en entornos cotidianos (trabajo, escuelas, comunidades, etc.), para brindar atención integral y gestionar riesgos en salud en la localidad asignada.
- Coordinación y colaboración: acciones de coordinación y colaboración con otros prestadores de servicios y actores locales para dar una respuesta coordinada a las necesidades de salud.
- Monitoreo y evaluación: Se realiza un seguimiento continuo para ajustar las intervenciones, según las necesidades cambiantes y los resultados observados.

c. Gestión Territorial: la gestión territorial comienza con la caracterización territorial, un proceso que implica la recopilación y análisis detallado de las características de un territorio específico. Este análisis proporciona una base sólida para la toma de decisiones y la planificación efectiva. Incluye:

- Aspectos físicos: Información sobre geografía, topografía, clima, uso del suelo, recursos naturales y características ambientales.
- Aspectos demográficos: datos sobre población, densidad, distribución, estructura familiar y tendencias migratorias.
- Aspectos socioeconómicos: información sobre la economía local, ingresos, empleo, educación, servicios disponibles y condiciones de vida.
- Aspectos culturales y sociales: características culturales, tradiciones, grupos étnicos y estructuras comunitarias.

- Aspectos infraestructurales: datos sobre infraestructura existente, como transporte, servicios públicos e instalaciones de salud y educación.
- Aspectos de riesgo y vulnerabilidad: evaluación de riesgos naturales y antropogénicos y de vulnerabilidad de la población.

d. Gestión familiar del riesgo: la Gestión Familiar del Riesgo dentro del Modelo MAS Bienestar se centra en identificar, evaluar y manejar riesgos específicos para mejorar la salud y el bienestar de las familias, mediante una intervención integral y personalizada. Los componentes clave incluyen:

- Identificación de riesgos: detectar factores de riesgo físicos, sociales, económicos o ambientales que afectan a la familia.
- Evaluación de riesgos: evaluar la gravedad y el impacto de los riesgos identificados en la salud de la familia.
- Intervención y manejo: implementar estrategias para mitigar o eliminar riesgos, incluyendo prevención, tratamiento y apoyo social.
- Planificación y seguimiento: desarrollar un plan integral de gestión de riesgos con acciones concretas y un sistema de seguimiento para ajustar intervenciones.
- Educación en salud pública: proveer a las familias información y herramientas para que manejen riesgos de forma autónoma.
- Coordinación con Otros Servicios: asegurar una atención integral y continua, colaborando con otros servicios y recursos comunitarios.

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

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

- Presencial con promotores en vivienda: encuestas asistidas por promotores en la vivienda.
- Presencial con personal de salud: encuestas en puntos de atención como IPS y espacios públicos.
- Plataformas digitales: encuestas en línea mediante QR o enlace.
- Fuentes secundarias: información complementaria para quienes no acceden a los métodos anteriores.

e. Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo: a partir de la caracterización, se establece el plan de gestión del riesgo familiar e individual, el cual es gestionado de manera mancomunada entre el equipo de salud y la familia, a partir de:

- El desarrollo de acciones promocionales orientadas a los riesgos identificados en la familia y sus integrantes.
- Desarrollo de actividades que permiten la gestión integral de riesgos en salud desde lo colectivo o individual, según las necesidades identificadas.
- Agendamiento de consultas para la atención en salud según el plan de beneficios del plan obligatorio de salud, en las unidades primarias resolutivas afiliadas la familia y sus integrantes.
- Derivación a servicios intersectoriales de acuerdo con las necesidades de la familia y la oferta del territorio.

f. Seguimiento Familiar: este proceso tiene como objetivo evaluar la adherencia de la familia al plan de gestión del riesgo. Incluye la revisión de la oportunidad en la implementación de las acciones establecidas, tanto a nivel sectorial como intersectorial. Además, busca identificar novedades o gestionar barreras que hayan impedido el cumplimiento efectivo de lo planeado.

g. Trabajo coordinado entre la gestión extramural y unidades primarias resolutivas: para articular eficazmente las atenciones extramurales e intramurales en el ámbito de la salud, es fundamental desarrollar una estrategia integral que garantice la coordinación entre los diferentes niveles de atención y mejore la continuidad del cuidado, que incluye:

- Definición de protocolos de coordinación: desarrollar y estandarizar protocolos y guías de prácticas clínicas, que definan cómo coordinar las acciones entre los equipos extramurales e intramurales; creación de procedimientos para la agenda de consultas y la comunicación de casos que requieran una intervención de la gestión extramural.
- Integración de sistemas de información: como se detalla en el pilar de toma de decisiones por la gobernanza, se implementará un sistema de historia clínica electrónica compartido que permita la actualización y consulta de la información del paciente en tiempo real y accesible para ambos niveles de atención.
- Planificación y capacitación conjunta: planeación entre los líderes de procesos intra y extramurales de las actividades a desarrollar y, de acuerdo con estas, establecer procesos de formación continua a los profesionales integrantes de los equipos para alinear los procesos de atención.

Monitoreo y retroalimentación: implementar un sistema de seguimiento y evaluación que permita medir la efectividad de la coordinación entre los servicios extramurales e intramurales, así como recoger y analizar retroalimentación

de los pacientes y del personal, para identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias de articulación.

PP

Componente Prestador Primario Resolutivo

El modelo MAS Bienestar desarrollará este componente para el sector público y para el privado que acoja el modelo integral por medio de los prestadores primarios resolutivos; para el resto de los prestadores, en la denominación que cada uno determine, cumpliendo con los lineamientos básicos del modelo. Este componente es definido como el encargado de la prestación de servicios de salud encaminados a la resolución de eventos, cubre todos los momentos de curso de vida y se enmarca en un ámbito geográfico de cercanía a la población asentada en el territorio y a la que por libre elección se adscriba. Estos centros de salud cubrirán el territorio distrital, tanto en las zonas urbanas como rurales.

Serán unidades públicas o privadas, con capacidad instalada para atender a un número determinado de población (habitantes del territorio y que por libre escogencia se adscriban), cuyos tamaños ideales de eficiencia estarán alrededor de 40.000 a 50.000 usuarios. Sin embargo, en algunos casos su tamaño podrá ser menor o mayor, considerando que los usuarios podrán tener criterios de preferencia diferentes a la cercanía geográfica.

Pretenden resolver hasta el 95% de los eventos ambulatorios de baja y mediana complejidad, utilizando la tecnología necesaria, disponible, portátil y fija. Garantizarán el acceso, oportunidad, integralidad, suficiencia, resolutividad, racionalidad y complementariedad para la atención de la población. Se apoyarán en las diferentes modalidades de telesalud, tales como la teleexpertise brindada desde centro de referencia o prestadores complementarios.

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

Equipos de atención intramural

Este equipo en salud se encuentra ubicado en los prestadores primarios del territorio, en donde se ofrecen servicios ambulatorios bajo el esquema de asignación y responsabilidad poblacionales con énfasis en familia. Para las unidades primarias resolutivas, esta asignación estará a cargo de un médico general con énfasis en familia; en otro tipo de unidades, la asignación poblacional podrá darse a otros profesionales competentes, sin embargo, siempre debe existir un profesional encargado de la implementación, seguimiento y cumplimiento del plan de gestión del riesgo.

Se podrá organizar asignación poblacional de niños menores de 5 años a pediatra, de gestantes a ginecobstetra y de pacientes pluripatológicos (con 1 o varias patologías

crónicas que hayan requerido en los dos últimos años más de 3 hospitalizaciones por esa causa) a cargo de internista, geriatra o médico familiar.

Este equipo profesional, en el caso de las unidades primarias resolutivas, estará acompañado con asignación poblacional del auxilia o enfermería, en un binomio que gestionará tanto la demanda de atenciones como el plan de gestión del riesgo.

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

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

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

Equipo de atención complementaria

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

Las atenciones se realizarán mediante modelos de prestación de servicios resolutivos, con referencia de pacientes con estudios previos, apoyados en la disponibilidad de tecnología biomédica fija o portátil. Mientras el paciente se encuentre en manejo por una especialidad, el profesional es el responsable del riesgo del usuario en su ámbito y por tanto, este periodo se constituirá en una cohorte.

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

Unidades de Apoyo

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

equipos de audiología, oftalmología, radiología y otros, de acuerdo con el perfil de riesgo y las necesidades de la población.



Componente de Urgencias

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

Esta congestión también obedece a la saturación por servicios que podrían atenderse en otras unidades y bajo otras modalidades, en este sentido se debe tener claro que los servicios de urgencias no deben ser la puerta de entrada para la atención en salud y que su accionar se debe limitar la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte, tal y como lo establece el artículo 2.5.3.2.3 del Decreto Único del Sector Salud 780 de 2016.

El modelo de atención de salud de Bogotá propone una gestión de urgencias que, al integrar todos los servicios de salud de este tipo, de orden público y privado, busca tener dos efectos en la prestación en salud:

- El fortalecimiento del acceso a los servicios de urgencias mediante un mecanismo telefónico que permita dar orientación a la gran mayoría de estas atenciones, de acuerdo con su condición de salud, triage y ubicación; bajo la modalidad de atención más efectiva para su necesidad, como tele medicina general y especializada (pediatría, obstetricia, psicología), consulta prioritaria, consulta programada, consulta en domicilio, ambulancia para traslado, orientación hacia el

punto de atención de urgencias, entre otras. Esto permitirá modular el uso de los servicios de urgencias y disminuir la ocupación de las IPS de alta complejidad con eventos que podrían resolverse bajo otras modalidades de atención.

- Hacer una distribución territorial de los servicios de urgencias en la ciudad, de acuerdo con la ubicación y necesidad de los usuarios, que optimice los tiempos de desplazamiento, la resolutiveidad y logre atenciones oportunas que reduzcan la discapacidad y muerte. Esta reorganización se debe dar en coordinación con la red pública y privada y debe contar con un importante nivel de especialización clínica en relación con la infraestructura disponible, con ayudas diagnósticas, insumos y especialización del talento humano para la atención de situaciones que presenten mayor riesgo de secuelas o mortalidad, tales como las urgencias obstétricas, accidentes cerebrovasculares, eventos isquémicos, trauma, salud mental, entre otras. Con esta distribución de servicios se busca brindar acceso a 30 minutos en vehículo velocidad trancón, lo que establece áreas de influencia territorial de 3 a 5 km.
- Adicionalmente se fortalece la gobernabilidad del Sistema de Emergencias Médicas de Bogotá, buscando regular el 100% de las ambulancias de la ciudad, tanto en traslados primarios como secundarios, buscando un servicio oportuno, seguro y de calidad. Además, las EPS deberán financiar los traslados, según lo establecido en el marco normativo vigente.

La Secretaría Distrital de Salud coordinará, con los demás integrantes de la red, la creación servicios de tele experticia en salud que permitan brindar apoyo a todos los componentes del modelo 24 horas, en especial al prestador de urgencias, atención prehospitalaria, traslado asistencial de pacientes, atención medica en domicilio; y apoyará la prestación de servicios del componente primario.

R

Componente Prestador Complementario

Prestador Hospitalario

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

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

- Un modelo de atención predictivo y preventivo que disminuya el uso de camas hospitalarias. Sin embargo, el impacto de este será en el mediano y largo plazo; en el corto plazo, si bien puede impactar, no será significativo en las ocupaciones.
- Se plantea la inversión en nuevas estructuras hospitalarias, especialmente guiadas a atenciones de mediana y baja complejidad, cuyos servicios han desaparecido en la ciudad.

- Uso eficiente de la capacidad instalada existente, esta corresponde a la estrategia de corto plazo que permitirá utilizar los recursos disponibles en una red integral e integrada publico privada, la cual, a través del desarrollo de acuerdos operativos, adelantará varias acciones:
 - Optimización de egreso de pacientes: en este momento se presentan demoras en los egresos hospitalarios generadas por dilaciones en los trámites de salida, como autorizaciones, entrega oportuna de medicamentos, equipos e insumos o demora en el suministro de transporte para el traslado de pacientes; por eso se plantea una estrategia de acompañamiento e intervención a la red hospitalaria pública y privada, así como a los aseguradores. Se busca, mediante procesos de mejora continua y acciones de acompañamiento en IVC, minimizar el impacto de estas situaciones, acompañado de una estrategia de monitoreo con indicadores definidos.
 - Hospitalización en modalidad extramural domiciliaria: las patologías que se atienden con mayor frecuencia en los servicios hospitalarios corresponden a eventos que pueden tratarse en modalidad diferente a la intramural, se promoverá la atención extramural domiciliaria para pacientes cuyas condiciones clínicas lo permitan.
 - Traslado de pacientes con eventos resueltos en salud a unidades diferentes que puedan complementar el manejo, mientras es pertinente el traslado a casa. Esto aplica a pacientes que no ameritan una estancia hospitalaria.
 - Organización de los servicios domiciliarios de la ciudad mediante una georreferenciación que permita la eficiencia.

Prestador Complementario Ambulatorio

Se propondrá la organización de estos servicios en articulación con las entidades privadas y públicas, para el fortalecimiento o establecimiento de servicios especializados, ambulatorios, georreferenciados y cercanos al usuario, con modelos resolutivos y eficientes; además de estimular la inversión en nuevas tecnologías altamente costo efectivas. En este prestador podrán estar unidades independientes o que hacen parte de la infraestructura del prestador primario o el prestador complementario hospitalario.



Componente de Alta Complejidad - Centro de referencia

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

En principio se plantean las siguientes condiciones: enfermedades huérfanas, patología oncológica, accidente cerebrovascular, isquemias, morbilidad materna extrema, salud mental, trauma (incluye trauma ocular), entre otras.



Elementos transversales operativos de MAS Bienestar

Financiación y sistemas de contratación

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

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

Talento Humano

En la visión integradora del modelo MAS Bienestar no hablaremos solo de talento humano en salud sino de talento humano para la salud, entendiendo que la salud requiere una gestión integral que sobrepasa el alcance del sector salud y los profesionales y



técnicos de cualquier área o sector son potenciales agentes transformadores para el bienestar de la ciudadanía.

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

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

El talento humano en salud es el responsable de brindar atención en salud de alta calidad, donde la experiencia, habilidades, conocimiento y dedicación serán fundamentales para garantizar el mejor tratamiento posible de los pacientes. Estas cualidades permean transversalmente la prestación de los servicios y serán el resultado de talento humano bien entrenado y motivado, que pueda mejorar la eficiencia y la productividad en los sistemas de salud, lo que lleva a una mejor utilización de los recursos y una atención más oportuna y efectiva para los pacientes. Además, si se garantiza el bienestar y la educación pertinente y de calidad del talento humano en formación, se reflejará en una mejor prestación del servicio de salud, de forma segura para el paciente.

Por ello se deben evaluar estrategias para garantizar la seguridad de los pacientes, con programas de capacitación, sustentados en las necesidades de la población, de formación y actualización de conocimientos.

Las posibilidades de crecimiento, adherencia y formación que se le brinden al talento humano para la salud impulsan la innovación y los avances, lo cual es fundamental para desarrollar técnicas, tecnologías y tratamientos que mejoren la salud y el bienestar de las personas, partiendo del entendimiento y la comprensión de las necesidades individuales. Un talento humano capacitado no solo trata las enfermedades, sino que también se preocupa por el bienestar general y la satisfacción de los pacientes. Así mismo es esencial destacar que el talento humano en formación es un elemento clave. Proporcionar condiciones óptimas de bienestar es crucial para asegurar que estos futuros profesionales adquieran las competencias técnicas y personales necesarias para servir eficientemente a la ciudadanía.

En este sentido, el fortalecimiento técnico busca incluir no solo a aquellas personas que hacen parte del sector salud, las acciones incluirán a quienes, actuando como gestores, promotores, profesionales, etc., tengan potencial transformador para el bienestar y que desde diferentes servicios sociales se vinculen al mejoramiento de las condiciones de vida y salud.

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

Es importante resaltar que, para atender la necesidad de THS en el Distrito Capital, se debe articular la demanda y la oferta entre los servicios habilitados por la red pública y la oferta de especialistas contratados para responder a los requisitos de la habilitación.

En ese sentido, el presente modelo creará un mecanismo de vinculación de especialistas en las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, evaluando cuáles son las necesidades actuales de la población en las localidades y promoviendo una ruta de atención que disminuya el desplazamiento de los ciudadanos.

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

Fortalecer las alianzas estratégicas academia - Secretaría de Salud, para promover la calidad en la formación del talento humano en salud, la investigación y la innovación para dar respuesta a las necesidades de la población.

Promover la movilidad interprofesional mediante convenios interinstitucionales entre diversos sectores productivos, que apalanquen el comportamiento efectivo de la red hospitalaria.

Las estrategias relacionadas con talento humano deben buscar la mejora de las condiciones laborales y alinearse con políticas de talento humano en salud que aborden la pertinencia de la formación en salud, acorde a las necesidades de la ciudad y las comunidades. Además, deben incluir incentivos para una adecuada distribución territorial de especialidades y subespecialidades que impacten la calidad de vida de personas, familias y entorno.

Finalmente, es importante tener en cuenta que la política de humanización de la atención es de doble vía: el buen trato es tanto desde el talento humano para los usuarios, como de los usuarios con el talento humano que trabaja en la prestación de los servicios. Además, es importante aclarar que, si bien la mayor parte de las acciones se centran en la red pública del Distrito Capital, el presente modelo busca que el reconocimiento y las mejoras planteadas lleguen a todo el talento humano en salud de la ciudad.

Articulación y potenciación del Sistema Distrital de Cuidado

El objetivo definido en el 2020 al momento de implementación del Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá fue contribuir a la igualdad de oportunidades para las mujeres, a través de la ampliación y cualificación de la oferta institucional de servicios del cuidado, con el fin de reducir su tiempo total de trabajo, redistribuir el trabajo de

cuidado no remunerado con los hombres y contar con mecanismos para su valoración y reconocimiento.

Este buscó abordar tres aspectos:

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

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

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

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

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

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

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

Mediante el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar basado en la Atención Primaria Social, el cual busca la gestión de los determinantes sociales en salud, y entendiendo que el objeto del Sistema Distrital del Cuidado se asocia con dichos

determinantes y sus consecuencias, como son la afectación de la salud, se hará sinergia para continuar garantizando las atenciones definidas a cuidadoras, poblaciones de alto nivel de dependencia, personas con discapacidad y personas mayores.

Se hará sinergia para continuar garantizando las atenciones definidas a cuidadoras, poblaciones de alto nivel de dependencia, personas con discapacidad y personas mayores.

Estas se ejecutarán mediante una red integrada e integral de servicios de salud que, mediante la gestión extramural en territorios, integrará las intervenciones individuales y colectivas, así como la respuesta intersectorial. Además de buscar la respuesta resolutoria, oportuna, accesible, integral e integrada, articulando los servicios sociales a los prestadores

de salud primarios, complementarios y de referencia, así como a una red territorial y especializada de urgencias. Esto permitirá gestionar integralmente los riesgos en salud, el continuo de atención para el cuidado desde la promoción y protección social, la prevención hasta la paliación, propendiendo por lograr el mayor bienestar posible de la población sujeto de la estrategia.

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

Seguimiento y evaluación

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

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

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

Por lo anterior, la estrategia de seguimiento y evaluación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar es fundamental para comprender cómo los esfuerzos conjuntos de los distintos actores del sector crean valor para la ciudad, a través del uso de los recursos que administra. Esta creación de valor va a depender de qué tan bien se usan estos recursos y de la capacidad que tienen las estrategias para entregar resultados.

El seguimiento y la evaluación permiten identificar dicho valor, considerando, en esencia, aquello que se hace, lo que se logra y el efecto en las poblaciones que reciben los bienes y servicios prestados. Por lo anterior, la estrategia debe estar encaminada

a generar evidencia de la transformación de realidades en los territorios, a partir de la implementación de acciones que respondan a las necesidades de la población, en sus complejidades y diversidades, sus interrelaciones y sus interpretaciones sobre los procesos de salud-enfermedad-muerte y gestión del riesgo en salud.

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

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

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

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

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

Seguimiento del Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar

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

Si bien es determinante poder identificar con claridad los resultados esperados, el seguimiento también debe verificar si los productos, a saber, los bienes y servicios que resultan de las estrategias a implementar en el marco del modelo, se entregan de la manera planeada y a quienes más lo necesitan. Para esto se realizará el siguiente proceso:

Esto se realizará tanto para el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar en su conjunto, como para cada una de las estrategias que se van a implementar en este marco, porque el modelo debe corresponder a la suma de los resultados alcanzados por las estrategias que lo componen. Estos pasos o momentos harán parte de un esquema de seguimiento de indicadores que permita medir los avances logrados en términos de procesos, productos y resultados y establecer las retroalimentaciones necesarias.

En lo que respecta al seguimiento financiero, se integrarán las fuentes de información relacionadas con los procesos de manera que se tenga una perspectiva global del costo real de la operación de MAS Bienestar. De esta manera se puede estimar el costo que esta implementación tiene para la ciudad y realizar evaluaciones con componentes de costo beneficio o costo eficiencia que sustenten esta política pública en salud.

Evaluación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá

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

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

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

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

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

En este sentido es importante mencionar que los principales elementos a seguir y evaluar serán el cumplimiento de los atributos de resolutivez, oportunidad, accesibilidad, integralidad, integración y continuidad definidos como constitutivos del presente modelo, así como la respuesta a las necesidades identificadas; estos elementos fueron descritos en detalle al inicio de este documento. Además de aquellos mencionados en el artículo 7 de la Ley estatutaria 1751 de 2015.

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

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

Educación en salud pública

La educación en el campo de la salud pública se entiende como la posibilidad de ampliar los horizontes de reflexión y acción para que sujetos e instituciones incorporen una cultura favorable a la vida y la salud. Proceso que permite el desarrollo de capacidades para coproducir una vida saludable e institucionalizar una praxis de la salud pública democratizadora, intercultural, garante de derechos y constructora de subjetividades capaces de cuidar de la vida y de incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud (Resolución 1035 de 2022, MSPS).

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

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

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

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

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

Conceptos a tener en cuenta:

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

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

- **Educación para la Salud:** proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas. Esto nos conduce a la implementación de intervenciones pedagógicas orientadas a la transformación social, a la construcción de pensamiento crítico, de sujetos capaces de leer su realidad de forma amplia y compleja, y al fortalecimiento de la identidad y la defensa de la vida de sectores excluidos de la población. ¿Qué no es un proceso de educación para la salud? No es información, no son campañas publicitarias, no es marketing en salud, no son charlas sobre temas de salud (menos si solo se hacen mediante exposiciones magistrales de un profesional de

medicina), no son conferencias masivas, no son acciones sueltas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

- **Modelo pedagógico interestructurante dialogante:** la idea central de este modelo es el DESARROLLO. En ese sentido se reconocen todas las dimensiones de la vida humana (cognitiva, socio afectiva, práxica) y todos los tipos de inteligencia. Le corresponde al proceso educativo formar humanos que piensan, aman y actúan mejor, “entregándoles cañas de pescar y no pescados”, con el fin de que se desarrollen procesos psíquicos superiores como el lenguaje escrito, el pensamiento hipotético deductivo, la argumentación o la interpretación, mediante los cuales es posible resolver problemas y abstraer (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- **Desarrollo:** proceso dialéctico y complejo, condicionado por la cultura y la historia en la que viven los sujetos, mediante el cual las dimensiones del ser humano -biológica, social y psicológica (cognitiva, valorativa y práxica)- se influyen mutuamente, expresándose en transformaciones (cuantitativas y cualitativas) de las características y de las capacidades de las personas a lo largo del curso de la vida, así como de la ampliación de los entornos con/en los cuales interactúan. Lo anterior se refleja en forma de cambios en el pensamiento, en las actuaciones, en los sentimientos y valores y en la manera de comprender las realidades, entre otros aspectos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- **Facilitadores del proceso:** promueven la reflexión, el desarrollo de capacidades, especialmente la capacidad de aprender, pensar y actuar, y para ello diseñan estrategias didácticas que promuevan la construcción de nuevos esquemas y la participación en la construcción de nuevo conocimiento y de nuevas alternativas colectivas para poder ser-estar saludable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).
- **Diálogo de saberes:** interacción entre diversos saberes, donde se reconoce que tanto los sectores populares como el talento humano formado en espacios académicos tienen saberes que no sólo se diferencian por los campos de contenidos que cada uno de ellos tiene, sino porque han sido contruidos desde lógicas culturales y prácticas históricas diferentes. Lo anterior implica estar dispuesto a escuchar de forma activa e incluyente, en un marco de negociación cultural, generando acuerdos, hasta construir nuevos saberes-sentires (esto quiere decir que en un diálogo no solo circulan conocimientos, sino sentimientos, sueños, intereses, temores, e incluso prácticas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)
- **Capacidades:** se entienden como parte constitutiva de la estructura humana y que, para ser desarrolladas tanto en el nivel individual como colectivo, implican potencialidades que requieren condiciones (oportunidades) y se expresan en habilidades para que las personas y territorios puedan desarrollar sus propios proyectos de vida saludables y promuevan iniciativas de base comunitaria para proteger los entornos y promover el cuidado colectivo. Además, se construyen en la actividad, están ancladas a la experiencia y la práctica de las personas que viven una situación determinada y gracias a ellas pueden adaptarse y saber qué hacer para resolverla (Vargas et al.,2022).

- Comunicación para la salud: este es un campo que se centra en el uso de estrategias y técnicas de comunicación que desde una perspectiva de comunicación para el cambio social busca influir en la toma de decisiones de las personas y las comunidades. La comunicación para la salud es un enfoque estratégico que utiliza la educación, la comunicación de riesgos y la participación comunitaria para impactar en la salud pública. Lo anterior, implica el uso de diversos medios, desde la comunicación interpersonal hasta el marketing social, para difundir información clara y culturalmente relevante que logre impactar a la ciudadanía frente al cuidado de sí mismo y del otro.
- Educación y comunicación para la salud: se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud”. (Resolución 3280 de 2018 Ministerio de Salud y Protección Social).

Comunicaciones

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

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

Objetivos de la comunicación

- Gestión: visibilizar las acciones específicas llevadas a cabo por los diversos actores del sector salud y otros sectores para acceder, conocer rutas, modos y roles de actores en el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar.
- Educación: crear un ambiente de confianza entre la población que facilite la aceptación de los criterios desarrollados en el modelo de atención propuesto y la forma de utilizarlo. Las puertas de entrada son múltiples, no son las urgencias.
- Servicio a la ciudadanía: garantizar información clara y oportuna para que los capitalinos identifiquen cuales son los beneficios del modelo, cómo acceder a los servicios y cómo resolver sus necesidades en salud.

Plan táctico

1. Gestión

La legitimidad del Modelo MAS Bienestar se dará siempre y cuando los beneficios sean claros y su adaptabilidad al nuevo rol sea de respuesta inmediata. La comunidad

debe tener la mayor cantidad posible de información sobre las respuestas que da a las necesidades de salud de los capitalinos.

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

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

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

2. Educación para conocer y entender el modelo

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

- Este componente de la comunicación exige abordar los mensajes desde varias perspectivas:
- Explicaciones sobre los diferentes roles de los actores que hacen parte del ecosistema de salud en la Capital.
- Desarrollos pedagógicos sobre la manera más efectiva de solicitar los servicios en salud sin que la atención sea fragmentada.
- Aclaraciones sobre los derechos de la comunidad frente a su navegación dentro del propio modelo para que sepa cómo opera el mismo.
- Se elaborarán piezas comunicativas que expliquen los derechos y deberes de cada actor en el marco del modelo. Las piezas versarán sobre:

- Qué es y cómo funcionará el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar.
- Quiénes son y cómo actúan los ciudadanos al interior del modelo.
- Quiénes son y cuáles son los responsables de la atención de los ciudadanos.
- Cómo acudir y cuáles son las rutas de acceso al modelo.
- Cómo accedo al modelo independientemente de si es urgencia, si soy del subsidiado o del contributivo.
- Cuáles serán el impacto, la evaluación y los beneficios.

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

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

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

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

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

3. Servicio a la ciudadanía

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

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

4. Estrategias especiales

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

4.1. Conformación de un comité de voceros

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

4.2. Vuelta a Bogotá para socialización con subredes

Los altos funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud iniciarán una gira por las localidades de la ciudad para resolver inquietudes de las alcaldías locales y la comunidad y dar respuesta a las inquietudes sobre el modelo y su operación.

4.3. Plan con celebridades

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

Salud Digital, Innovación e Investigación para la Salud

Salud Digital, Innovación e Investigación para la Salud: un marco integral para el futuro de la atención en Bogotá

En el panorama actual, la salud digital y la innovación tecnológica están transformando rápidamente el sector de la salud, creando nuevas oportunidades para mejorar el bienestar de la población. Sin embargo, este progreso acelerado también plantea desafíos que requieren un marco claro para guiar el uso de estas herramientas y asegurar que beneficien a toda la población, favoreciendo la reducción de las desigualdades en salud. En este sentido, es fundamental desarrollar un ecosistema de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) para la salud, que integre a actores públicos, privados y académicos, aprovechando las infraestructuras y capacidades existentes para generar y difundir innovaciones que respondan eficazmente a los desafíos actuales.

Salud digital: el pilar de la transformación en la atención sanitaria

La salud digital es un campo interdisciplinario que abarca el desarrollo, la implementación y el uso de las tecnologías digitales para la mejora de la salud y el bienestar de las personas y comunidades. Este ámbito no solo incluye la telemedicina, sino que también incorpora el uso de dispositivos inteligentes, e-learning, aplicaciones móviles, inteligencia artificial, big data, sistemas de información robustos e interoperables y otras tecnologías emergentes que facilitan el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables. Estas herramientas tienen

el potencial de hacer la atención sanitaria más accesible, personalizada, predictiva y equitativa (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Además, la revolución digital ha generado nuevas dinámicas sociales, impulsando el desarrollo de redes horizontales de comunicación interactiva, alterando de manera radical la forma en que las personas se conectan y colaboran a nivel global. Lo anterior permitirá a la Secretaría Distrital de Salud considerar el territorio de lo digital como una oportunidad para fortalecer el gobierno abierto y la relación ciudadanía-Estado.

El valor real de la salud digital es su capacidad para democratizar el acceso a servicios de calidad y acciones que promuevan el empoderamiento ciudadano frente al cuidado de su salud y de su entorno; bajo un marco ético que respete la privacidad y la dignidad de las personas y que, además, promueva la justicia social, el cierre de brechas y la alfabetización digital.

En consecuencia, la incorporación de la salud digital es crucial para enfrentar los desafíos globales de salud y debe integrarse de manera transversal en las políticas de Atención Primaria Social, promoviendo espacios colaborativos de investigación, desarrollo, innovación y emprendimiento en tecnologías que permitan mayor resolutivez de la medicina digital, pero que también resulten en soluciones para afectar positivamente los determinantes sociales de las desigualdades en salud y la mejora de los modos de vida de los habitantes de Bogotá-Región.

Innovación e Investigación en Salud: fortaleciendo el ecosistema CTI de Bogotá

El ecosistema de CTI en Bogotá ha mostrado una baja contribución a la resolución de las principales problemáticas de salud debido a una desconexión entre sus capacidades y las necesidades reales de la población. Aunque la investigación en áreas como genética e inmunología es fundamental, no se deben ignorar retos que resultan aún críticos como la salud materno-perinatal, la salud mental y las enfermedades infecciosas, con un enfoque particular en la evaluación de programas y políticas de salud pública.

Para revertir esta situación es esencial establecer estrategias que identifiquen las principales necesidades de salud pública y mapeen las capacidades actuales del distrito, respaldadas por un análisis económico que permita priorizar la agenda de innovación en salud. Este enfoque debe ir acompañado de una planificación estratégica integral que incluya alianzas con universidades, hospitales, el gobierno e industrias, asegurando una financiación mixta y optimizando las infraestructuras existentes; que además cuente con el apoyo del sector público para fortalecer la gobernanza digital y de investigación, desarrollo e innovación.

Este esfuerzo no solo fortalecerá el ecosistema de CTI, sino que también se traducirá en el desarrollo y fabricación de biológicos y terapias avanzadas, promoviendo así la soberanía sanitaria. La capacidad para producir localmente estos recursos críticos permitirá a Bogotá y a Colombia responder de manera más efectiva a las necesidades de salud, reduciendo la dependencia externa y garantizando un acceso más equitativo a tratamientos de alta calidad para toda la población.

Avances del Modelo de Salud MAS Bienestar: hacia un ecosistema dinámico y colaborativo

El Modelo de Salud MAS Bienestar invita a todos los sectores a movilizarse para el desarrollo de la salud digital en el Distrito Capital, promoviendo un ecosistema dinámico que aborde las problemáticas de salud pública y los retos del sistema sanitario. Este modelo busca fomentar la colaboración en investigación, desarrollo e innovación tecnológica, generando soluciones que mejoren los determinantes sociales de la salud y el bienestar de los habitantes.

Para lograrlo, la salud digital potenciará las acciones de cada pilar del modelo de la siguiente manera:

Toma de decisiones informadas

- 1. Fortalecimiento del Observatorio de Salud: a través de herramientas como la computación en la nube, big data y sistemas de información interoperables, los actores del sector contribuirán a cumplir la misión de gobernanza en salud.
- 2. Optimización de la gobernanza digital en salud: mediante el uso de tecnologías digitales como la interoperabilidad de información y el análisis de datos, se fortalecerá el Observatorio de Salud de Bogotá D.C. – SaluData, mejorando los procesos de toma de decisiones en salud.

Participación social transformadora

- 3. Transformación digital para la participación social: la digitalización será clave para fomentar la participación ciudadana, la toma de decisiones y la educación en salud a través de plataformas virtuales y redes de e-learning.

Intersectorialidad y gestión territorial integral

- 4. Mejora de la gestión territorial: aplicaciones digitales permitirán una gestión territorial e intersectorial más eficaz, mejorando la vigilancia comunitaria y la gobernanza.

Gestión Integral el Riesgo

- 5. Facilitación de la gestión del riesgo: se implementarán tecnologías como historias clínicas interoperables y sistemas de georreferenciación, promoviendo una mejor articulación entre los prestadores de salud y facilitando la telesalud para gestionar la demanda y oferta de servicios de manera eficiente.

Acciones complementarias

- 6. Fortalecimiento de los centros de investigación clínica: potenciar las capacidades del personal y las tecnologías de información en las subredes de salud, integrando al talento humano en formación y estableciendo mecanismos para su vinculación continua.

7. Avance normativo al ritmo de los avances científicos: se requiere un esfuerzo coordinado con el gobierno para crear una agenda de diálogo permanente que permita el fortalecimiento y la actualización normativa, facilitando así la implementación de avances científicos.
8. Garantizar la financiación: asegurar una mezcla de financiación pública y privada, fortaleciendo las capacidades para la formulación de proyectos y la búsqueda de recursos, incluyendo colaboraciones internacionales.

Este enfoque integral asegura que la salud digital y la innovación se conviertan en cimientos fundamentales para enfrentar los desafíos de salud en Bogotá, garantizando que todos los habitantes se beneficien de estos avances tecnológicos.

Salud para las mujeres: Bogotá tendrá MAS Bienestar con las mujeres

Reconocemos que las brechas de género en salud están estrechamente vinculadas a distintas situaciones en vida de las mujeres, adolescentes y niñas. Primero, las desigualdades en el ámbito laboral y las responsabilidades de cuidado han generado impactos diferenciados entre ambos sexos y los diferentes momentos del curso de vida. Las mujeres enfrentan una doble carga de trabajo debido a la combinación de empleo remunerado y trabajo doméstico (no remunerado), representando, entre otras afectaciones, mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental y física.

Entre los datos de este desbalance, se observa, por ejemplo, que semanalmente las mujeres dedican 50.6 horas promedio a diferentes ocupaciones, mientras que los hombres 23.9 horas (Organización de las Naciones Unidas (ONU) Mujeres, 2020). Esto



implica para el sexo femenino una mayor dificultad de vinculación al mercado laboral, empleos más precarios y peor remunerados, limitaciones en el acceso de servicios de salud e inadecuadas condiciones laborales (ONU Mujeres, 2022).

En segundo lugar, las estadísticas revelan como las mujeres enfrentan un mayor riesgo de mortalidad asociada a violencias basadas en género. Según el Observatorio de Feminicidios en Colombia, a julio del 2024, se han reportado 39 feminicidios, representando el 66.1% de los casos de 2023; de esos casos alrededor del 10% las víctimas fueron niñas y/o adolescentes (Observatorio de feminicidios, 2024)

Tercero, reconocemos que existen diferencias en la sintomatología y alertas entre las mujeres y hombres debido a especificidades hormonales, anatómicas y fisiológicas. En ocasiones, las mujeres son atendidas con estados avanzados de las enfermedades debido a diagnósticos imprecisos o incluso, al no interpretar de manera adecuada las alertas por dolor.

En esta materia es clave movilizar al sector salud para comprender a mayor profundidad la manera en que las patologías se manifiestan en el cuerpo de las mujeres, con la finalidad de desarrollar estrategias en salud pública y protocolos de atención en salud que integren el diferencial del género femenino en su práctica - reduciendo diagnósticos erróneos y brindando tratamientos más adecuados para las mujeres.

Con el fin de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, es clave lograr alcanzar el ODS N°5: Igualdad de género. Por ello trabajar por las mujeres y poder transversalizar el enfoque de género será determinante para el modelo MAS Bienestar, buscando una respuesta integral a las necesidades emergentes de la población, con un enfoque especial en las desigualdades de género que afectan la salud y el bienestar de ellas (Organización de las Naciones Unidas, s. f.).

Mujeres con MAS Bienestar es una propuesta que identifica la existencia de vacíos de conocimiento, protocolos y productos pensados para las diversas experiencias de ser mujeres diversas; en particular, dentro del ejercicio científico y de investigación, desarrollo e innovación, del médico y prestacional, de lo relativo a los determinantes sociales en salud, de la cultura del cuidado de la salud y de las identidades y roles que limitan el acceso a una vida de derechos y de calidad.

La salud de las mujeres debe entenderse como una categoría más allá del abordaje exclusivo de la salud sexual y reproductiva, que transita espacios donde la participación y el empoderamiento deben ser fortalecidos y exista una cultura del autocuidado.

El modelo MAS Bienestar debe hacer un llamado al sector salud y demás sectores a comprender la importancia de reunirnos entorno a un trabajo colaborativo, que comprenda la necesidad de generar lazos fuertes de sororidad, ante los diversos retos distritales. Aún más, dentro de un contexto donde las barreras estructurales y sociales limitan el acceso a servicios de salud de calidad, especialmente para las mujeres y otros grupos marginados; es esencial la implementación de políticas que promuevan la consideración de que las mujeres y sus experiencias son diversas y que deben ser consideradas en miras a la equidad y la justicia social.

Este eje transversal garantiza a las mujeres esfuerzos específicos para la mejora de su calidad de vida, identificando necesidades y formulando intervenciones diferenciadas para ellas y ellos, debido a las particularidades en la experiencia biológica y social de las mujeres de Bogotá-Región.

Es esencial abordar la salud de las mujeres desde la visibilización y el reconocimiento de toda su diversidad. Desde la comprensión de sus experiencias diferenciales en las distintas etapas de la vida, así como identidades diversas que atraviesan sus experiencias: la ruralidad, la pertenencia étnica o el carácter migratorio, no deben ser barreras al acceso a mínimos vitales y al goce de los derechos.

Nuestros esfuerzos venideros buscan fortalecer el diálogo y producción de saberes, desarrollando soluciones innovadoras en salud que aborden la anatomía, la psique y el florecimiento social de las mujeres. Además, la generación de propuestas innovadoras para prevenir y asistir en la creación de entornos libres de violencias de género. Para incentivar así transformaciones culturales, mediante propuestas y diálogos que promuevan una cultura de corresponsabilidad en el marco de la diversidad y de la transformación de los roles de género.

Durante siglos, las mujeres se han reunido para analizar, ver con perspectiva crítica y transformar el mundo, compartiendo descubrimientos y sistematizando experiencias, ejerciendo desde su cotidianidad una acción liberadora, que ha resonado en todos los niveles de las estructuras sociales (Lagarde, 1996). Por lo tanto, proponemos este enfoque transversal a los pilares del modelo MAS Bienestar de la siguiente manera:

1. Toma de decisiones para la gobernanza con lentes púrpuras

En Bogotá, la gobernanza en salud a través de la gestión del conocimiento y la gobernanza de los datos debe permitir visibilizar las realidades territoriales para una intervención más pertinente en este grupo poblacional priorizado. En particular, este pilar se manifiesta en la necesidad de desagregar los datos por sexo, género y otras variables socioeconómicas, para comprender mejor las inequidades existentes y diseñar políticas específicas que aborden las necesidades de las mujeres, desde la diversidad de sus experiencias.

La gobernanza en salud, además, debe ser participativa e inclusiva, permitiendo que las mujeres y otros grupos históricamente excluidos tengan voz en la planificación y ejecución de políticas de salud. Esto incluye la creación de espacios de diálogo donde las mujeres puedan expresar sus preocupaciones y propuestas, asegurando que estas sean consideradas en la toma de decisiones a nivel distrital.

2. Participación social transformadora sorora

La participación social es fundamental para la transformación de la salud y el bienestar en Bogotá. Este segundo pilar reconoce que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar que se alcanza a través de la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en la implementación de políticas de salud. En este sentido, se promueve la participación de las mujeres y de las juventudes

como agentes de cambio en sus comunidades; quienes, a través de sus experiencias y conocimientos, pueden contribuir a la mejora significativa de la salud en los territorios.

Para lograr una participación social efectiva y transformadora, es necesario desarrollar capacidades en la comunidad, brindando formación en salud pública, derechos humanos, y equidad de género, esto implica una pedagogía feminista, crítica y dialógica. De esta manera, la sociedad reconoce la problemática y genera consciencia a todo nivel, se deconstruyen estereotipos, incluyendo el machismo, las personas se empoderan para liderar procesos de cambio en sus comunidades, promoviendo una salud integral y equitativa que refleje sus necesidades y aspiraciones, especialmente las de la mujer y sus intersecciones.

3. Intersectorialidad con enfoque de género

El tercer pilar es la inclusión del enfoque de género en todas las políticas y programas de salud en Bogotá. Este enfoque reconoce las desigualdades de género que afectan a las mujeres en el acceso y uso de los servicios de salud y busca desarrollar intervenciones que reduzcan estas brechas. La inclusión del enfoque de género es transversal a todo el modelo de salud y se manifiesta en la formación del personal de salud, la adaptación de servicios a las necesidades específicas de las mujeres y la promoción de la equidad en la atención. En el marco de la Atención Primaria Social, se deberá trabajar con todos los sectores sociales en el desarrollo de protocolos y guías para la implementación del enfoque de género.

4. Cuidado Integral en la gestión del riesgo para las mujeres

Uno de los aspectos clave de este pilar es el desarrollo e implementación de protocolos existentes específicos para la atención de la salud de las mujeres, que reconozcan las diferencias en la sintomatología y manifestaciones de las enfermedades en mujeres y hombres. Además, se promueve la sensibilización del personal de salud sobre las diferentes formas de violencia basada en género, asegurando que los servicios de salud sean espacios seguros para todas las mujeres, incluidas las pertenecientes a comunidades de mayor vulnerabilidad y marginalizadas como la población de los sectores sociales LGBTIQ+.

En el caso de las mujeres, este pilar promueve la creación de programas específicos que aborden sus necesidades en diferentes etapas de la vida, desde la adolescencia hasta la vejez. Esto incluye la atención a la salud sexual y reproductiva, el apoyo a las mujeres cuidadoras, y la promoción de la equidad en el trabajo y en la vida familiar. Además, se fomenta la creación de redes de apoyo comunitario que fortalezcan el bienestar de las mujeres y les permitan acceder a los recursos necesarios para cuidar de sí mismas y de sus familias.

Decálogo de MAS Bienestar para las mujeres en Bogotá

A continuación, se presentan diez propuestas clave para mejorar la salud de las mujeres en Bogotá, en el marco de la Atención Primaria Social:

- 1. Atención en salud diferencial para las mujeres:** se desarrollarán e implementarán protocolos y lineamientos específicos y estrategias de sensibilización para la atención de la salud de las mujeres, que consideren las diferencias en las manifestaciones de las enfermedades y promuevan diagnósticos y tratamientos más precisos y adecuados.
- 2. Prevención y paso a la eliminación de la Violencia Basada en Género (VBG):** se fortalecerán los servicios de atención a víctimas de violencia en articulación con las secretarías de la Mujer y de Cultura, sensibilizando al personal de salud y creando espacios seguros para las mujeres, asegurando un abordaje integral que incluya el apoyo psicológico y legal necesario. El análisis de casos permitirá que se tenga un enfoque explicativo, pero a la vez predictivo, sobre los determinantes que influyen en este tipo de violencia.
- 3. Apoyo a las cuidadoras con sobrecarga:** en el marco de medición de valor social en salud y humanización, se tendrán programas de apoyo psicosocial y redes de cuidado para las mujeres que asumen roles de cuidado en sus hogares, especialmente a aquellas mujeres que tienen hijos con enfermedades huérfanas, discapacidad o alta dependencia. Todas las acciones se deberán articular con el programa de Manzanas del Cuidado y la política distrital del cuidado.
- 4. Acceso a la salud sexual y salud reproductiva:** se garantizará el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluyendo educación sexual integral, disponibilidad de métodos anticonceptivos y acceso seguro al aborto legal, en un marco de respeto a los derechos humanos, así como la vivencia de una sexualidad plena y placentera. Además, en el marco del reconocimiento de la diversidad se incentivará a relacionarse de manera corresponsable y empática frente a su sexualidad. Para esto se promoverán los espacios locales educativos y estrategias como “sexfestival” y demás acciones intersectoriales e interculturales.
- 5. Gestión menstrual:** se promoverá la gestión menstrual como un derecho humano, asegurando el acceso a productos menstruales de calidad, infraestructura adecuada y eliminando el estigma asociado a la menstruación, especialmente en comunidades vulnerables.
- 6. Promoción de la salud mental en las instituciones de salud:** se desarrollarán programas específicos para la promoción de la salud mental de las mujeres especialmente en las instituciones de salud, con un enfoque en la prevención y tratamiento de trastornos mentales asociados a la violencia, el estrés y la sobrecarga de cuidado.
- 7. Fomento de masculinidades conscientes:** Impulsar la participación de los hombres en la promoción de la equidad de género a través de la educación en nuevas masculinidades y la corresponsabilidad en el trabajo de cuidado, desafiando estereotipos tradicionales y promoviendo relaciones más equitativas.
- 8. Salud para mujeres en situación de vulnerabilidad:** se analizará la situación de vulnerabilidad social de las mujeres para diseñar programas específicos o estrategias para atender sus necesidades, incluyendo migrantes, desplazadas, mujeres rurales, en situación de calle y pertenecientes a comunidades étnicas y demás intersecciones.
- 9. Congreso de sororidad - innovación en salud para las mujeres:** se convocarán diversas actrices del sector a compartir espacios de diálogo y en un trabajo conjunto, se movilizarán las acciones de innovación social en salud para las mujeres; que fomente la investigación y desarrollo de soluciones tecnológicas y políticas públicas para la mejora de su calidad de vida, respondiendo a sus necesidades específicas de la experiencia de ser mujeres.
- 10. Participación de las mujeres en la toma de decisiones en salud:** se promoverá la participación de las mujeres en la planificación y ejecución de políticas de salud, asegurando que sus voces y experiencias sean centrales en el proceso de toma de decisiones y que estas decisiones reflejen sus necesidades y derechos. Con las mujeres la participación social será transformadora.

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (s. f.). Acerca de la innovación social [Informativa]. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/temas/innovacion->

[social/acerca-innovacion-social#:~:text=La%20CEPAL%20defini%C3%B3%20la%20innovaci%C3%B3n,la%20poblaci%C3%B3n%20de%20la%20regi%C3%B3n.](#)

DANE. Mercado laboral según sexo. [Página web] [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/segun-sexo#:~:text=Para%20el%20total%20nacional%20en,TD\)%20fue%204%2C0%20p.p.](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/segun-sexo#:~:text=Para%20el%20total%20nacional%20en,TD)%20fue%204%2C0%20p.p.) consultado agosto 2024. Publicado junio 2024

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

Departamento Nacional de Planeación. (2023). Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026: Colombia, Potencia Mundial de la Vida. Recuperado <https://www.dnp.gov.co/plan-nacional-desarrollo/pnd-2022-2026>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Miani, C., Wandschneider, L., Niemann, J., Batram-Zantvoort, S., & Razum, O. (2021). Measurement of gender as a social determinant of health in epidemiology-A scoping review. *PloS One*, 16(11), e0259223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259223>

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

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

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

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

Observatorio de feminicidios. (2024). VIVAS, sin miedo y sin violencia nos queremos.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Borrador de la estrategia global sobre salud digital 2020-2025. https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-lb-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-sp.pdf?sfvrsn=4b848c08_2

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

Organización Mundial de la Salud. (2020). Borrador de la estrategia global sobre salud digital 2020-2025. https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-lb-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-sp.pdf?sfvrsn=4b848c08_2

ONU Mujeres. Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia. [página web]. <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2020/11/mujeres-y-hombres-brechas-de-genero-en-colombia> consultado Agosto 2024. año de publicación 2020

ONU Mujeres. (2022). 'Mujeres y hombres: Brechas de género en Colombia' evidencia que el trabajo de cuidado no remunerado para las mujeres aumentó. <https://>

colombia.unwomen.org/es/stories/noticia/2022/11/lanzamiento-mujeres-y-hombres-brechas-de-genero-en-colombia#:~:text=En%20cuanto%20a%20las%20brechas,concretas%20para%20combatir%20la%20problem%C3%A1tica.

Organización de las Naciones Unidas. (s. f.). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Objetivos de Desarrollo Sostenible]. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

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

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

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

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

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

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

Rodés Juan Piqué Josep María (2007). Libro de la Salud del Hospital Clínica de Barcelona y la fundación BBVA. Bilbao fundación BBVA

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

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

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá . (27 de 02 de 2023). SDS-TIC-POL-004 Política general de seguridad y privacidad de la información. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclcfndmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_G_Seguridad_Informacion.pdf

Topol, E. (2019). The Topol Review: Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. Informe independiente en nombre del Secretario de Estado de Salud y Atención Social.

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

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

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

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

