



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DOCUMENTO MARCO DE LINEAMIENTOS 2012

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA  
DIRECCION DE SALUD PÚBLICA



VERSIÓN FEBRERO 23 2012



## TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN .....	4
II. MARCO CONCEPTUAL.....	6
2.1. Enfoque de derechos. ....	7
2.2. Determinantes sociales en salud (DSS) .....	8
2.3. Estrategia promocional de calidad de vida y salud. ....	9
2.4. Perspectiva territorial.....	10
2.5. Enfoque diferencial. ....	11
2.6 Atención Primaria en Salud (APS) Renovada: .....	13
2.7. Gestión Social integral de la salud pública en los territorios .....	14
III. EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA BOGOTÁ .....	14
IV. REFERENTE OPERATIVO: LA ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PIC. ....	17
4.1 Objetivo general:.....	17
4.2 Objetivos específicos: .....	17
4.3 Organización operativa.....	17
4.4 Procesos centrales de la salud pública en los territorios .....	20
<i>Gestión integral de la salud pública en el marco del modelo de atención .....</i>	<i>20</i>
<i>Planificación de la salud pública en los territorios .....</i>	<i>21</i>
<i>Respuestas a las necesidades de los sujetos:.....</i>	<i>24</i>
V. METAS .....	24
VI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	25



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

6.1	Seguimiento estratégico: .....	25
6.2	Seguimiento de resultados: .....	25
6.3	Seguimiento técnico a los procesos:.....	26
6.4	Retroalimentación técnica a los procesos .....	26
6.5	Auditoria externa.....	26
VII.	CALIDAD .....	26
VIII.	CONTRATACIÓN DEL PIC:.....	27
8.1	Facturación.....	27
8.2	Forma de pago.....	28





## I. INTRODUCCIÓN

Dentro de la propuesta del plan de gobierno "Bogotá Humana Ya", el alcalde de la ciudad propone terminar con la segregación social, profundizar la democracia dando poder real a los ciudadanos para decidir sobre el futuro de la ciudad y volver incluyente el proceso de crecimiento económico. Para el sector salud esto se traduce en el reconocimiento de la salud como derecho fundamental y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.

El gobierno de Bogotá Humana, Ya!, tiene tres objetivos articuladores de la política pública:

2.1 Combatir la segregación social y construir una ciudad incluyente, digna y con equidad:

Una ciudad con oportunidades de trabajo digno para todas y todos, que no discrimine a los pobres, que trate por igual a mujeres y jóvenes, que respete la diversidad cultural, racial y de orientación sexual, que abarate los bienes básicos, que universalice la salud, la educación de calidad, la cultura, el deporte y que apoye la economía popular.

2.2 Construir una ciudad que no deprede la naturaleza, revitalizada, con espacios públicos y amplia movilidad:

Una ciudad que conciba el agua como eje articulador del desarrollo, que no invada ni erosione los cerros y páramos tutelares, que recupere los ríos y los armonice con la vida de la ciudad, que privilegie a los seres humanos frente a los carros, que haga fluir sus arterias vitales y el desarrollo humano.

2.3 Combatir la corrupción y la inseguridad, profundizando la democracia con participación y poder ciudadano.

Convertir la administración de Bogotá en ejemplo de transparencia en la gestión de los bienes públicos aplicando los principios de planeación y presupuestos participativos, en un combate frontal al carrusel de la contratación, las mafias y el crimen organizado.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Una de las metas más importantes de salud con la cual se ha comprometido el gobierno distrital es la de incrementar a 1.000 los equipos de salud a su hogar, con una cobertura de 800 familias por microterritorio y con capacidad resolutoria en la prestación de servicios. Esto implica la articulación de los servicios del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas (PIC), y del Plan Obligatorio de salud (POS) y fortalecimiento del trabajo intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Como parte del Plan Distrital de salud, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)<sup>1</sup> busca desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y por ende la salud de las personas, acerque y facilite el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el plan obligatorio de salud, promover la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables.

La actual administración de Bogotá acogiendo el lema de “la salud es un derecho”, acerca las intervenciones de salud a los hogares de las personas para fortalecer la salud preventiva y la **estrategia promocional de calidad de vida y salud** y realizar la rectoría en salud y exigir el cumplimiento de este derecho en todos los ciudadanos del Distrito Capital.

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) busca generar acciones que articulen los diferentes planes de beneficio y promuevan la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables.

El presente documento constituye la línea técnica para la implementación del PIC 2012.

Dada la complejidad de la situación de salud y calidad de vida de Bogotá, en donde los índices de desarrollo social revelan una enorme desigualdad entre los grupos de mayores ingresos y el resto de la población, en materia de acceso a la infraestructura urbana, el acceso a la educación, los servicios de

---

<sup>1</sup> Resolución 425 de 2008. El PIC incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

salud y la capacidad de pago en servicios públicos, cobra relevancia la apuesta política del plan de gobierno Bogotá Humana, con sus componentes de:

- a) combatir la segregación social y construir una ciudad incluyente, digna y con equidad;
- b) construir una ciudad que no deprede la naturaleza, revitalizada, con espacios públicos y amplia movilidad;
- c) combatir la corrupción y la inseguridad, profundizando la democracia con participación y poder ciudadano, se plantea el desarrollo de la salud pública en los territorios sociales como eje de relación social del Modelo de Atención Integral en Salud del distrito capital en articulación con la protección social de los derechos humanos en la ciudad.

La operación del PIC implica desarrollar procesos transversales de carácter transdisciplinario que permitan reconocer y analizar críticamente la realidad social en el contexto territorial, promover procesos de participación social, diseñar e implementar acciones integradas de carácter promocional de la salud y de prevención de las enfermedades en las poblaciones en sus contextos territoriales e implementar herramientas de gestión integral de la salud que permitan el desarrollo de procesos institucionales e intersectoriales.

En este sentido se plantean el desarrollo de los siguientes procesos:

- PLANIFICACION DE LA SALUD PUBLICA EN EL TERRITORIO.
- PROGRAMACION Y DESARROLLO DE LA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DEL TERRITORIO.
- GESTION INTEGRAL DE SALUD PUBLICA EN EL TERRITORIO.

## II. MARCO CONCEPTUAL

El postulado conceptual del PIC, parte de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, y del enfoque de derechos que la Secretaría de Salud de Bogotá ha asumido mediante la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Bajo el cual plantea el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de la población, reconociendo el territorio como el espacio en que se reproducen las condiciones de vida que propician la salud, la enfermedad o la muerte.



## 2.1. Enfoque de derechos.

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con sus libertades y su dignidad humana.

Este enfoque es el centro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Identifica a los ciudadanos como sujetos de derechos (titulares de derechos) y aquello a lo que pueden acceder a través de la legislación. De tal forma que promueve la capacidad de los sujetos de derechos para reivindicar éstos, y subraya la obligación del Estado para cumplirlos a través de acciones dirigidas a su promoción, protección, garantía y restitución.

Su propósito es analizar y **actuar sobre las desigualdades y las inequidades** que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo, a partir de la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas y programas<sup>2</sup>.

El enfoque de los derechos humanos, involucra la concreción de una política social que asegure unas adecuadas condiciones de vida, lo cual implica un equilibrio entre las acciones para el mejoramiento de los determinantes estructurales y la priorización de las intervenciones de protección en poblaciones de acuerdo al análisis de situación de los territorios sociales, de tal forma que existan garantías para el disfrute de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar, que nos permitan tener una vida digna.

**El derecho a la salud fue reconocido como derecho fundamental por la corte constitucional mediante la sentencia T-760 del 2008<sup>3</sup>**, lo que implica que debe ser universal, accesible a todas las personas, sin discriminaciones excluyentes derivadas de la riqueza, el prestigio o el poder de las personas o de los grupos sociales y desde este punto de vista debe

<sup>2</sup> Organización de Naciones Unidas. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York y Ginebra, 2006

<sup>3</sup> Corte Constitucional. SENTENCIA N° T-760 de 2008



materializarse con enfoques diferenciales que reconozcan las necesidades diversas derivadas del género, las etnias, las culturas, las generaciones y las situaciones de discapacidad, en una perspectiva de equidad e inclusión social<sup>4</sup>.

Involucra el derecho a estar sano y también a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan en máximo nivel de salud posible. De igual forma la salud se correlaciona con el concepto de desarrollo y bienestar, y con el disfrute de todos los derechos humanos por parte de las personas y las comunidades. Es importante entender que existe interdependencia de la salud con otros derechos fundamentales como con la vida, la libertad, el trabajo, la participación social, el medio ambiente sano, la educación, la alimentación, el libre desarrollo de la personalidad, entre otros.

## **2.2. Determinantes sociales en salud (DSS)**

El enfoque de Determinantes Sociales en Salud propone que la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno "natural", los problemas de salud que observamos en un momento dado en un grupo social, denotan sus formas de vida cotidiana que determinan sus formas de vivir, enfermar y morir. Se refieren a las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales en que transcurre la vida, determinan sus formas de vivir, enfermar y morir.

La SDS, cuyas discusiones han dejado claro que es la condición de clase social la que tiene una mayor influencia en las condiciones de calidad de vida y salud de la población, decide adoptar la propuesta del enfoque de determinantes de la de la medicina social latinoamericana: "*... busca explicar las formas a través de las cuales los individuos y las colectividades crean un conjunto de sentidos y significados de la salud y de la vida, que se materializan en prácticas en salud, que al interactuar con las condiciones de vida determinadas por las formas de organización social, conforman modos de vida. La salud, así, es un campo de confrontación en la que surgen diversas luchas y movimientos sociales, dirigidos central o parcialmente, a eliminar aquellas restricciones para*

<sup>4</sup> Memorias del foro Ley 1438 de 2011 y los Indicadores de Goce Efectivo del Derecho a la Salud. Observatorio de salud. Colombia. 2011.





*vivir una vida saludable, lo cual pasa por abrir espacios para decidir en libertad las formas de vivir, de disfrutar y ¿Por qué no? de gastar la vida de individuos y comunidades...<sup>5</sup>*

Un elemento crucial es la noción de que los determinantes no actúan aisladamente, sino que las interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud, la diversidad en las maneras de explicar los determinantes de la salud son el reflejo de la diversidad de contextos en los cuales se desenvuelven sus autores y de la complejidad de los mismos. El mejor conocimiento de los determinantes sociales de la salud debe conducirnos hacia la identificación de los factores que definen la calidad de vida y salud de las poblaciones y hacia la construcción de respuestas integrales para conservar la salud de las comunidades y no solo para la resolución de problemas específicos de salud.

El abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) debe centrarse en minimizar las brechas de inequidad en salud, partiendo de definir la salud desde una perspectiva compleja: Como producción histórico social - Más allá de la enfermedad, las enfermedades como resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas de los individuos y colectividades, por esta razón es indispensable mirar cómo es que se produce socialmente la patología y la salud.

### **2.3. Estrategia promocional de calidad de vida y salud.**

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud<sup>6</sup> reconoce la salud como un derecho que resulta de la formulación de políticas públicas universales, integrales y equitativas, que promuevan, preserven, recuperen y restituyan la autonomía de las personas en el plano funcional, social y político.<sup>7</sup>

Es un concepto integrador de las necesidades humanas que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social y desarrolla un enfoque continuo de la vida y de sus determinaciones sociales en todas sus etapas, procesos y contextos. Propone, igualmente, formas de construcción de respuestas colectivas que trascienden las políticas centradas en la prestación de servicios y, articula las políticas económicas y sociales alrededor de

<sup>5</sup> López O; Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social ([www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)) volumen 3, número 4, noviembre 2008.

<sup>6</sup> D'elia, Y.; De Negri Filho, A.; Huggins, M.; y otros. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva del derecho y la equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Agencia de Cooperación Alemana, Caracas, 2002. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan Estratégico Social, Caracas, Sep. 2003.

<sup>7</sup> (M\_165 P 6)



objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de vida de la gente.<sup>8</sup>

La estrategia promocional de la calidad de vida y la salud, se basa en la equidad e integra los procesos de educación para la salud, de protección de la vida, de prevención de las enfermedades, de atención curativa, de seguimiento y de rehabilitación; ya no existen acciones promocionales, sino que la promoción, se define como una estrategia que se materializa en políticas públicas y ordena todas las acciones a ella vinculadas.

Esta perspectiva reconoce la necesidad de la interacción permanente entre el sector salud y otros sectores del Estado, tanto como el papel de las personas y las organizaciones sociales en la producción de la salud.

La propuesta promocional, requiere de un reordenamiento de todos los procesos de atención y de gestión, tanto sectoriales como transectoriales, tanto institucionales como sociales o comunitarios, tanto curativos como preventivos, educativos, protectores o de rehabilitación, tanto individuales como colectivos, buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el ejercicio de la autonomía. En el marco del desarrollo de la EPCVYS, se ubican cuatro procesos centrales: lectura integral de necesidades, diseño de respuestas integrales, gestión social-transectorial necesaria para el desarrollo de la respuesta integral, balance social y monitoreo crítico de los avances en la implementación de las acciones.

#### ***2.4. Perspectiva territorial.***

El territorio trasciende las características físicas del espacio geográfico. Es producto de una **construcción social** donde interactúan actores sociales, factores económicos, históricos, culturales, ambientales y geográficos. Se caracteriza por dinámicas propias derivadas de las relaciones sociales de poder, de identidad, de afecto, de gestión y de dominio entre diferentes actores o grupos que responden a diferentes percepciones, valoraciones, actitudes e intereses. El territorio se reconoce como intrínsecamente social en la medida que esta definido por la territorialidad (ejercicio de poder) que ejerce un actor (individual y/o colectivo) sobre una porción de un espacio geográfico.

<sup>8</sup> Ministerio de Salud y Desarrollo Social – Agencia de Cooperación Alemana GTZ. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. Venezuela. Agosto 2002. Página 2



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

El enfoque territorial busca reconocer la manera en que los actores (económicos, sociales y gubernamentales) logran apropiarse, transformar y aprovechar los elementos de su territorio, agregándoles valor para convertirlos en bienes y servicios públicos y privados para todos y todas sus habitantes y la forma en que éstos se traducen en oportunidades de bienestar para su población.

En consecuencia la planificación y las acciones concretas que desarrollan las políticas públicas tienen incidencia directa en el territorio y en la vida de sus habitantes; por lo tanto, deben reconocer el contexto mundial, nacional, regional y **local**, así como el papel central de la cooperación entre todos los actores del territorio, el trabajo intersectorial y el papel del Estado en la garantía de los derechos.

El concepto de territorios sociales nos permite entender que la calidad de vida tiene su mayor poder expresivo en los espacios cotidianos de vida de las personas, partiendo del reconocimiento de las necesidades que los habitantes del territorio viven en los espacios de vida cotidiana, es decir, donde se da la mayoría de las interacciones entre el Estado y los ciudadanos, como punto de partida para implementar las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas.

El enfoque territorial reconoce a los sujetos individuales y colectivos desde su integralidad y diversidad en la interrelación territorio-población, visibilizando potencialidades o limitaciones del territorio que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y le permite generar o no condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades.<sup>9</sup>

## ***2.5. Enfoque diferencial.***

Es una orientación analítica que reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad y diversidad en la interrelación territorio-población, visibilizando potencialidades o limitaciones del territorio que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y le permite generar o no condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Equipo técnico poblacional.2010. Enfoque poblacional – documento de trabajo. SDS

<sup>10</sup> Equipo técnico poblacional.2010. Enfoque poblacional – documento de trabajo. SDS



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Centra la atención en las personas y sus características particulares, según pertenezcan a diferentes momentos vitales, procesos, situaciones o condiciones. Las siguientes categorías no son excluyentes, sino relacionales y se analizan en coherencia con los contextos social, cultural, económico y político de la población: cada una de las etapas del ciclo de vida – la generación a la que pertenece, los procesos de identidad – diversidad (etnia, sexo, orientación sexual, género y diversidad de género) y las condiciones y situaciones particulares (discapacidad, desplazamiento)<sup>11</sup>.

Este enfoque invita al reconocimiento de la diversidad de la población y de las inequidades y desigualdades dadas por la no garantía de los derechos de las personas. El enfoque poblacional busca garantizar que las necesidades, experiencias, expectativas y potencialidades para las diferentes poblaciones (niñas y niños, jóvenes, adultos, personas mayores, hombres, mujeres, población LGBTI, personas en condición de discapacidad, personas en condición de desplazamiento, habitantes de calle, entre otras), sean el elemento central para el análisis de situación de calidad de vida y salud, la formulación de las políticas públicas y para la determinación de intervenciones en los territorios sociales, en la perspectiva de garantizar los derechos humanos e impedir la perpetuación de inequidades.

Dentro del enfoque diferencial se deben reconocer las interseccionalidades que significa trascender la mirada segmentada de las poblaciones que surgen desde el énfasis por una característica, condición o situación, hacia una comprensión de las relaciones que existen entre estas características y los distintos grupos de poblaciones; etnias, discapacidad, desplazamiento, género, ciclo vital, entre otros. En este contexto se debe tener en cuenta que no son iguales entre sí, no tienen orígenes iguales y las desigualdades a las que dan cabida no son iguales entre sí.

Implica reconocer las diferencias y diversidades de los ciudadanos y las ciudadanas como sujetos únicos e irrepetibles quienes desde su identidad se reconocen en si mismos y frente a otras personas en razón a sus capacidades, valores, tradiciones, creencias, comportamientos, actitudes, prácticas, ideologías políticas, vivencias, clases sociales, etnias, género, orientaciones

---

<sup>11</sup> García-Ruiz, S., Ruiz-Varón, E., Díaz-Hernández, PT., Rozo-Lesmes, P., Espinosa-de Gutiérrez, G. El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas. Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud, Núm. 12 (enero-diciembre), 2010



sexuales, situaciones o condiciones, profesión, orígenes, o pertenencia a un grupo social.<sup>12</sup>

## **2.6 Atención Primaria en Salud (APS) Renovada:**

Es una estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud a finales de la década de los años 90, que se basa en la concepción de la salud como derecho, la necesidad de centrarse en las personas para la planificación y definición de acciones integrales, la integralidad de la atención según las necesidades de las personas, la organización de los servicios de salud en los diferentes niveles y en la articulación de las acciones individuales y colectivas.

Esta estrategia planteó de manera abierta y explícita en la agenda mundial el tema de la determinación social, económica y política de la salud. El enfoque renovado es visto como una condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que concibe la salud como un derecho y se centra en las causas fundamentales de la misma, lo que implica abordar todos los determinantes de salud, incluyendo aquellos que están fuera del alcance de la atención sanitaria, a partir del trabajo intersectorial para superar las deficiencias más comunes de los sistemas de salud, entre las cuales se encuentran la atención fragmentada y centrada en servicios curativos de mayor costo y las barreras de acceso.

La APS Renovada fue concebida internacionalmente como “una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud — tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud — y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros”<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Garcia, Espinosa, Ruiz, et all. Las políticas poblacionales en la ciudad. Resumen de Política. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. 2011

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud. La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud. 2007. Consultado en diciembre 2011 en: <http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf>.



## **2.7. Gestión Social integral de la salud pública en los territorios**

La Gestión integral del territorio propone la articulación de las acciones y recursos sectoriales y locales (salud, educación, bienestar social, cultura, entre otros) desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes del deterioro de la calidad de vida, respetando la autonomía e iniciativa territorial, fortaleciendo el desarrollo de los presupuestos participativos y las consultas comunitarias.

Plantea que entre los actores ciudadanos y los institucionales se realice una lectura compartida de las necesidades sociales que se viven en cada territorio, identificando la forma en que se afectan las poblaciones que lo habitan por la falta de garantía de los derechos.

Para ello todos los actores implicados deben aprender no solo a leer la realidad desde la complejidad (de los determinantes sociales), sino a construir respuestas integrales (las necesarias para solucionar los problemas y no solo las de la oferta institucional actual).

Por eso deben aprender, también, a concertar y consensuar tales respuestas y a construir agendas sociales que den cuenta de las estrategias para resolver los problemas identificados. Y, por último, deben aprender a posicionar estas agendas en los escenarios políticos y a promover procesos de participación y de decisión participativa sobre los presupuestos para que, con los dineros públicos, se solucionen las problemáticas identificadas, en una perspectiva de desarrollo territorial y local.

### **III. EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA BOGOTÁ**

Conforme a los análisis de accesibilidad geográfica, realizados por la Secretaría de Salud de Bogotá se evidencia que a pesar de los importantes avances logrados en la ciudad en materia de desarrollo de infraestructura hospitalaria, persisten amplias barreras en esta materia, ello deriva de las brechas



persistentes entre el crecimiento de la ciudad y el desarrollo de infraestructura de servicios, principalmente en el primer nivel de atención.<sup>14</sup>

Por su parte, el modelo de aseguramiento actual, conlleva a que actividades de detección temprana y protección específica previstas en la resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud tengan resultados insatisfactorios<sup>15</sup>

Por estas o otras más razones, la actual administración propone retomar lo avanzado en el Distrito Capital para definir un nuevo modelo de salud que promueva el ejercicio efectivo del derecho a la salud de todos los habitantes de Bogotá. Profundizando las acciones comunitarias que se venían realizando a través de los ámbitos de vida cotidiana, fortaleciendo la red pública, abriendo el Hospital San Juan de Dios como hospital universitario, eliminando la precariedad en el trabajo de los funcionarios de salud, desarrollando redes de servicios de salud y ejerciendo de manera contundente la rectoría en salud en la ciudad.

El Modelo de Atención busca la organización compleja de respuestas institucionales y sociales en salud, partiendo de una perspectiva Humanista, fortalecida en la Promoción y Prevención, la Atención Primaria Integral Personal, Familiar y Comunitaria, dispensada desde el domicilio pero articulada y coordinada racional y escalonadamente con todos los niveles de atención e incluyendo el conjunto de acciones desarrolladas por todos los actores responsables de ayudar a transformar y mejorar las actuales condiciones de salud y sus determinantes mediante la construcción conjunta con otros sectores (Educación, Cultura Recreación y Deporte, Hábitat, Ambiente, Desarrollo Económico, entre otros).

### **Con este modelo se pretende:**

- ❖ Disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud
- ❖ Mejorar la calidad y calidez de la atención.
- ❖ Lograr un mayor nivel de efectividad de la inversión en salud.
- ❖ Generar condiciones que permitan una mayor integralidad de la respuesta social.

14 MODELO DE ATENCION. GRUPO TECNICO FUNCIONAL –Secretaria de Salud de Bogotá – Febrero de 2012.

15 EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES TRAZADORES EN ACTIVIDADES DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA - EPS-S VIGENCIA 2010-2011.

Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

El Modelo recoge las propuestas definidas en la Ley 1438 de 2011 al reconocer la ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) como la estrategia central para la operación y la configuración de REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD para su implementación.

Reconoce el primer nivel de atención como la PUERTA DE ENTRADA al sistema, y la necesidad de garantizar la longitudinalidad e integralidad de la atención, de modo tal que el proceso salud – enfermedad no se limite a la prestación de servicios asistenciales curativos sino que involucre un componente de atención preventiva desde el sector y la afectación real de determinantes sociales de la salud mediante la articulación transectorial de la respuesta.

Para este propósito, se considero básico desarrollar un proceso de ADSCRIPCIÓN POBLACIONAL Y TERRITORIAL mediante equipos de salud básicos y ampliados (sectoriales y transectoriales) y redes de salud integradas, en donde el ciudadano o ciudadana reconozca siempre una relación permanente de su familia y su entorno con los equipos de salud y equipos de respuesta Estatal.

Se deberá contar en cada TERRITORIO con una infraestructura básica denominada **CENTRO DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO**, el cual se constituye en el centro de operaciones de los equipos territoriales y transectoriales para la atención de la población bajo su responsabilidad (ciudadanos y sus ámbitos de vida cotidiana).

Resulta necesario precisar que este modelo requiere la integración y concurrencia de recursos de diferentes fuentes (aseguramiento, Salud Pública) para lo cual será preciso generar convenios entre las Empresas Sociales del Estado con todas las administradoras de Planes de Beneficios (Contributivo, Subsidiado, Adaptadas y Fondo Financiero Distrital). El modelo prevee la operación mixta entre actores privados y públicos, de modo tal que es posible que se constituyan territorios bajo potestad exclusiva de operadores públicos, territorios operados por IPS privadas adscritas a EPS y territorios operados en forma mixta.

No obstante, el requisito mínimo para la operación de un territorio obliga a la integración de acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y acciones de Detección Temprana y Protección Específica, dejando la posibilidad discrecional de contratación de la atención de primer nivel ambulatorio asistencial.





## **IV. REFERENTE OPERATIVO: LA ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PIC.**

### ***4.1 Objetivo general:***

Responder a las necesidades de la población en los territorios con acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud pública en el marco del modelo de atención en salud para el Distrito Capital

### ***4.2 Objetivos específicos:***

- Desarrollar procesos de gestión integral de la salud pública en el territorio en el marco del modelo de atención en salud, con el fin de eliminar las barreras de acceso para la atención en salud.
- Planificar las acciones de salud pública en el territorio a partir del reconocimiento y análisis crítico de las realidades sociales que afectan la salud de la población.
- Diseñar e implementar respuestas promocionales, de prevención, protección específica y de vigilancia en salud pública, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas en sus territorios.

### ***4.3 Organización operativa***

Consecuente con el modelo de atención el plan de intervenciones colectivas, debe reconocer al territorio en sus diferentes configuraciones como localidad, UPZ, y otros para la planificación y desarrollo de acciones concretas de las políticas públicas que tienen incidencia directa en la calidad de vida de sus habitantes.

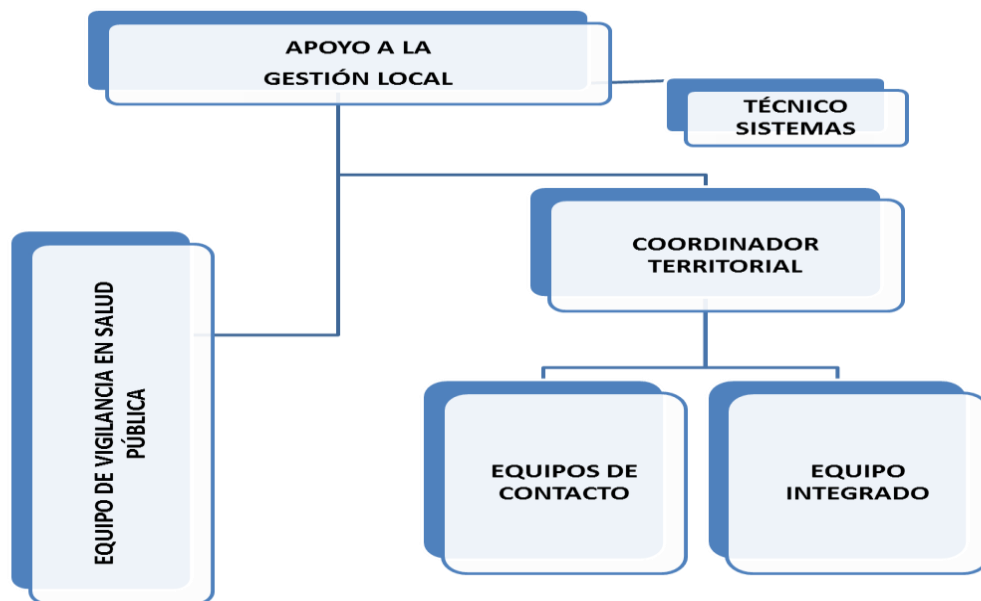
Además de las acciones locales y de rectoría que se seguirán desarrollando bajo los criterios de economía y eficacia como las de gestión local, vigilancia en salud pública, programa ampliado de inmunizaciones, se configuran unidades territoriales de acción a las cuales se responderá mediante la conformación de equipos interdisciplinarios de salud pública.



La configuración de las unidades territoriales de acción parte de las familias activas del programa salud a su casa, que agrupadas en 800 forman un microterritorio (incluye además de la familia los diferentes ámbitos y actores) y 12 de los cuales constituyen un territorio. Como base inicial para la atención los microterritorios abordados de manera prioritaria serán la población con estratificación socio-económica 1, 2 y 3. La organización de la respuesta en las unidades territoriales de acción se desarrollará a través de dos equipos:

1. Equipos de contacto, conformados por dos servidores públicos con alto compromiso y sensibilidad social que serán el enlace de entre la población, los servicios de salud y otros servicios sociales.
2. Equipos integrados: conformados por servidores públicos de varias disciplinas altamente competentes, que responden a las necesidades de la población de manera integrada.

En la gráfica siguiente se presenta el organigrama que presenta la estructura funcional de los equipos de salud pública en el territorio.





**TABLA N° 01. Configuración por localidad de territorios y número de equipos de contacto e integrados.**

	TERRITORIOS	INCREMENTO TERRITORIOS	Nº DE FAMILIAS NUEVAS A CUBRIR	EQUIPOS DE CONTACTO	EQUIPOS INTEGRADOS
<b>LOCALIDAD</b>					
<b>ENGATIVÁ</b>	3	-	-	32	<b>3</b>
<b>USAQUÉN</b>	2	0,63	6.125	24	<b>2</b>
<b>CHAPINERO</b>	1	0,75	800		
<b>BARRIOS UNIDOS</b>	1	0,88	400	6	<b>2</b>
<b>TEUSAQUILLO</b>	0	-	-		
<b>SUBA</b>	9	0,25	4.200	85	<b>9</b>
<b>BOSA</b>	8	1,65	17.400	97	<b>8</b>
<b>FONTIBÓN</b>	3	1,19	11.638	36	<b>3</b>
<b>PUENTE ARANDA</b>	1	0,38	3.600	42	<b>6</b>
<b>KENNEDY</b>	5	1,00	9.600		
<b>RAFAEL URIBE</b>	4	(0,25)	(2.400)	60	<b>5</b>
<b>ANTONIO NARIÑO</b>	1	0,75			
<b>CANDELARIA</b>	0	(0,25)			
<b>MÁRTIRES</b>	1	0,38	3.600	36	<b>3</b>
<b>SANTA FÉ</b>	2	0,63	3.000		
<b>SAN CRISTÓBAL</b>	5	1,13	11.025	60	<b>5</b>
<b>TUNJUELITO</b>	2	0,50	4.900	24	<b>2</b>
<b>USME</b>	5	1,38	13.475	60	<b>5</b>
<b>CIUDAD BOLÍVAR</b>	5	0,63	6.000	53	<b>5</b>
<b>SUMAPÁZ</b>	1	0,72	-	2	<b>1</b>
<b>TOTAL DISTRITO</b>	<b>59</b>	<b>12,30</b>	<b>93.363</b>	<b>617</b>	<b>59</b>

Los equipos integrados y de contacto en el marco del modelo de atención, se articulan a la red de servicios de salud que le corresponde según localización y dentro de esta red se realizan los procesos de canalización a Servicios de salud y a otros servicios sociales, desde el trabajo intersectorial. Se establecerán centros de calidad de vida y desarrollo humano, que garantizarán la estructura para liderar los procesos que se ejecutarán en el territorio.



#### **4.4 Procesos centrales de la salud pública en los territorios**

Los procesos centrales que definen la operación del Plan de Intervenciones colectivas en los territorios son (ver fichas técnicas):

- **GESTION INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN.**
- **PLANIFICACION DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS TERRITORIOS**
- **RESPUESTAS A LAS NECESIDADES DE LOS SUJETOS**

##### ***Gestión integral de la salud pública en el marco del modelo de atención***

Se entiende como el proceso que recoge la articulación de las acciones y recursos sectoriales y locales (salud, educación, bienestar social, cultura, entre otros) desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes del deterioro de la calidad de vida, respetando la autonomía e iniciativa territorial, fortaleciendo el desarrollo de los presupuestos participativos y las consultas comunitarias.

Plantea que entre los actores ciudadanos y los institucionales se realice una lectura compartida de las necesidades sociales que se viven en cada territorio, identificando la forma en que se afectan las poblaciones que lo habitan por la falta de garantía de los derechos.

Para ello todos los actores implicados deben aprender no solo a leer la realidad desde la complejidad (de los determinantes sociales), sino a construir respuestas integrales (las necesarias para solucionar los problemas y no solo las de la oferta institucional actual). A continuación se citan los subprocesos que hacen parte de la gestión:

- Gestión de políticas públicas de salud y calidad de vida.
- Gestión administrativa de los recursos del PIC en los territorios.
- Organización y fortalecimiento de habilidades y competencias de los equipo de salud en los territorios.
- Gestión de la información para el PIC y la Vigilancia en salud pública.
- Seguimiento y evaluación del PIC.



### ***Planificación de la salud pública en los territorios***

La planificación como concepto se reconoce como un proceso de toma de decisiones anticipada que requiere tenga en cuenta las siguientes preguntas orientadoras: ¿Qué hacer?, ¿Dónde hacerlo?, ¿Cómo hacerlo?, ¿Cuándo hacerlo?, ¿Quién ha de hacerlo?, ¿Con qué ha de hacerlo?.

La planificación en salud es un proceso de diagnóstico de la situación de salud y calidad de vida en los territorios, formulación y direccionamiento de políticas pública en salud a través planes, programas y proyectos. Existen diferentes niveles de planificación de la salud en Bogotá, el plano Distrital (nivel estratégico) como ente rector responsable de la formulación, seguimiento y evaluación de la política pública en salud de la ciudad, el plano local (nivel táctico: operación, seguimiento y evaluación.) como instancia de gestión y coordinación operativa local y territorial de esta política.

En el marco de la política de salud esta el diseño, formulación implementación, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas, su desarrollo en la ciudad se da a través de la contratación de la red hospitalaria adscrita a la Secretaria Distrital de Salud en la ciudad.

Para lograr este alcance se plantea el desarrollo de los siguientes subprocesos:

- Identificación, caracterización, geo-referenciación y priorización.
- Análisis de situación de salud y Calidad de vida- Diagnóstico local con participación social.
- Planes de intervenciones colectivas local con participación social
- Plan de acción por territorio.

### **Identificación, caracterización, geo-referenciación y priorización.**

El aporte de la identificación, caracterización y territorialización a la planificación en salud en los territorios define una línea base como insumo a un proceso de explicación y análisis crítico de la situación de salud y calidad de vida y de las respuestas institucionales y sociales que permite la priorización de las intervenciones en salud y su organización en las diferentes escalas territoriales (Localidad, UPZ, territorio y microterritorio).

### **Análisis de situación de salud y Calidad de vida- Diagnóstico local con participación social.**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

La planificación de la salud en el territorio, parte del reconocimiento y análisis crítico de las realidades sociales que afectan la salud y calidad de vida de la población. Este subproceso debe permitir conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud-enfermedad y de calidad de vida de las poblaciones. Y es una herramienta fundamental para la planeación de los servicios de las instituciones del sector salud y para la definición de estrategias interinstitucionales que incidan en los determinantes de las condiciones de calidad e vida y salud de los grupos poblacionales en los territorios. Estos análisis, facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

Las actividades generales de este subproceso serán: unidades de análisis de ASIS territoriales mensuales como espacios para el análisis de las realidades y necesidades del territorio; salas situacionales por ciclo vital con perspectiva diferencial.

### **Planes de intervenciones colectivas local con participación social**

Implica la construcción de los objetivos y metas de salud pública en los territorios sociales y la localidad a partir del diagnóstico local con participación social.

Este subproceso en los territorios propone la articulación de las acciones y recursos sectoriales y locales (salud, educación, bienestar social, cultura, entre otros) desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes del deterioro de la calidad de vida, respetando la autonomía e iniciativa territorial, fortaleciendo el desarrollo de los presupuestos participativos y las consultas comunitarias. Este subproceso en esta vigencia deberá estar articulado a la dinámica de encuentros ciudadanos y cabildos territoriales de las localidades, recogiendo los procesos de agendas sociales y agendas comunitarias que se han venido construyendo con participación social en la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas de anteriores vigencias. El producto de este subproceso es la propuesta de Plan de intervenciones colectiva local.

### **Plan de acción por territorio.**

Este subproceso implica la definición programática y operativa de las actividades a realizar en cada proceso central de la salud pública en el



territorio y en las diferentes unidades de operación identificadas (familia, colegios, instituciones y comunidades).

El plan de acción es un instrumento que representa las tareas que se deben realizar, asignando responsables, tiempo y recursos en el marco de los objetivos y las estrategia seleccionada a seguir. Dicho instrumento es un trabajo en equipo, por ello es importante que recoja la visión de los integrantes de los equipos de contacto e integrados, dado que permite la evaluación y seguimiento continuo de las respuestas desplegadas en el territorio.

A continuación se tipifican las actividades que se pueden incorporar en los planes según la unidad de operación identificada en el territorio.

<b>ESCENARIO DE VIDA COTIDIANA</b>	<b>UNIDADES DE OPERACIÓN</b>
Familiar	Asesorías en casa a Familias por técnicos en salud pública y profesionales Encuentro de familias- círculos de existencia por ciclo vital, condición o situación, de salud y ambiente.
Escolar	Asesorías para la integración curricular en IED y Jardines y a programas de bienestar universitario en promoción, protección y restitución en IES. Grupos gestores con estudiantes y padres de familia en IED e IES y Comités de Salud en Jardines Jornadas de salud y calidad de vida en los colegios, jardines e Instituciones de Educación Superior.
Comunitario	Grupos gestores comunitarios Centro de escucha Redes Sociales comunitarias
Laboral	Unidades de Trabajo Informal Unidades de Trabajo Formal Viviendas con uso compartido con unidad productiva
Institucional	Grupo de cuidadores y cuidados en instituciones de protección



El plan de acción local y territorial orientará la operación de las acciones, recocerán los insumos de los subprocesos de identificación y caracterización, y en relación a los priorización de asuntos poblacionales por condición, situación y prioridad en salud pública se definirán las metas operativas a desarrollar.

### ***Respuestas a las necesidades de los sujetos:***

Las respuestas a necesidades en el territorio, se definen como un proceso de operación que integra de manera sinérgica, cuatro subprocesos centrales que recorren la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la movilización y participación social, el acceso equitativo a los servicios sociales y de salud y la vigilancia epidemiológica, para la resolutivez de las necesidades identificadas en los sujetos desde el enfoque poblacional, territorial y de la atención primaria en salud renovada.

## **V. METAS**

Durante la vigencia de operación del PIC a junio 2012, es un compromiso el cumplimiento de las metas inscritas en el Plan de desarrollo Bogotá Positiva, descritas a continuación.

- Mantenimiento de 375 micro territorios (561 micro territorios actuales).
- Cobertura del programa salud al colegio en 546 sedes de colegios distritales
- Cobertura de 240 jardines infantiles con acciones en salud pública
- Cobertura de 12 instituciones de educación superior
- Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública para el distrito
- Cobertura de 154 IPS
- Cobertura de 124 instituciones de protección
- Cobertura de vacunación sobre el 95%.
- Acompañamiento a 1190 organizaciones de base comunitaria
- Promoción de la desvinculación laboral de niños y niñas menores de quince años identificados como trabajadores infantiles.
- Realizar acciones de trabajo protegido para 2.220 adolescentes entre los 15 y 17 años y seguimiento a los acuerdos.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Asesoría a 1.400 empresas formales para promoción de la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad.
- Asesoría a 4.637 unidades de trabajo vinculadas a la economía informal.
- Implementar y evaluar políticas públicas poblacionales dirigidas a mejorar las condiciones de calidad de vida de ciudadanos y ciudadanas de Bogotá.
- Adopción e implementación de políticas étnicas.
- Aumentar las instancias de participación y las organizaciones sociales que se articulen en torno a intereses comunes de ciudad

## VI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para la ejecución del PIC del 2012 se plantea una estrategia de seguimiento integral que se desarrolla a través de tres componentes, los cuales se implementan de manera continua con ejercicios de complementariedad y retroalimentación entre ellos:

### **6.1 Seguimiento estratégico:**

Este seguimiento se fundamenta en el monitoreo de los Planes de intervenciones colectivas propuestos para cada localidad en el marco de la política de salud. Lo anterior se verifica a través de los planes de acción avalados por parte de la Dirección de Salud Pública, monitoreando mensualmente el cumplimiento de la ejecución presupuestal y avance en el cumplimiento de metas del PIC.

### **6.2 Seguimiento de resultados:**

Fase del seguimiento desarrollada mediante el monitoreo de los indicadores en dos modalidades:

Tablero de indicadores de proceso: corresponden a los indicadores de los productos intermedios que se generan en cada una de las fases de ejecución de las respuestas integradoras de proceso por fases de las respuestas



Tablero de indicadores de resultado corresponde a los indicadores de resultado obtenidos en la ejecución de cada respuesta integradora.

### **6.3 Seguimiento técnico a los procesos:**

Proceso de seguimiento realizado por la referencia Distrital de cada proceso, implementado mediante el seguimiento a la información de las diferentes fuentes, los productos obtenidos y las reuniones Distritales.

### **6.4 Retroalimentación técnica a los procesos**

Realizado mediante visitas acompañamiento técnico al desarrollo de los procesos locales por parte del grupo técnico de la Dirección de Salud Pública (DSP), las cuales se desarrollaran en terreno de manera permanente.

Reconociendo que la gestión adelantada por las ESE para la implementación del PIC, se consolida en informes de gestión trimestral, desde la DSP se establecerá metodología para la presentación de la información en las siguientes fechas: Mayo 06 y Agosto 05 de 2012. Garantizando por parte de la DSP la retroalimentación a estos documentos en los siguientes 20 días hábiles, posteriores a la entrega de las ESE.

### **6.5 Auditoria externa**

Proceso desarrollado mediante la auditoria retrospectiva y concurrente desarrollado a través de la firma interventora del PIC.

## **VII. CALIDAD**

Se debe reconocer mecanismos orientados a la calidad de las acciones del PIC diseñadas para la preservación, protección y promoción de la salud de la población, mediante acciones de control dispuestas en tres niveles;

Nivel de Autocontrol, se refiere al control directo que cada operador realiza sobre las acciones de cada componente del PIC a fin de asegurar su mayor calidad y efectividad, acorde a la línea técnica generada desde el nivel central.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Nivel de Auditoría Interna; se refiere a las acciones de seguimiento y evaluación realizadas en campo por el equipo técnico de la DSP y que buscan velar por el ajuste de los productos que se generan en las localidades con respecto a lo planificado.

Nivel de Auditoría Externa, referida a los procesos de interventoría que realiza una firma externa.

La información derivada del ejercicio de controles y validada con los operadores locales, se constituye en una fuente de retroalimentación de los procesos de la DSP y la estructura misma del sistema, para ajustes y toma de decisiones.

## VIII. CONTRATACIÓN DEL PIC:

El periodo de contratación PIC corresponde al periodo febrero- julio de 2012. Este proceso incluye:

- Concertación de número de territorios a operar por localidad y ESE.
- Concertación de recurso humano y perfiles para conformación de equipos de contacto y equipos integrados.
- Entrega de insumos y metas mínimas de acuerdo a compromisos del plan de desarrollo vigente.
- Concertación y validación de metas y acciones (planes de acción territoriales).
- Ajuste de anexos técnico del contrato (anexo de talento humano, lineamientos, fichas técnicas, aspectos a auditar y criterios de glosa).

### 8.1 Facturación

Se realizara facturación por techo mensual correspondiente a la sexta parte de recursos asignados para el periodo febrero-julio de 2012 por cada uno de los conceptos de gasto (código CHIP) a excepción de aquellas acciones especificadas en vigilancia en Salud Pública, que se presentan por producto.

De otra parte, se realizará verificación sobre planes de acción territorial, validados por la Dirección de Salud Pública, indicadores concertados y cronogramas presentados por la ESE.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## **8.2 Forma de pago.**

Se realiza pago mensual correspondiente a una sexta del valor pactado para el periodo febrero – julio de 2012. Requisito para giro es la radicación de la factura mensual, la cual se soporta en los planes de acción territorial, es de aclarar que al valor girado se le aplica la reserva de glosa del 5%.