

Bogotá, 18 de marzo de 2021

Secretario

Jorge Humberto Mantilla

Secretaría General de la Cámara de Representantes

Ciudad

Asunto: Radicación de proyecto de ley

Respetado secretario

De conformidad con el artículo 139 de la ley 5 de 1991, presento ante su despacho la radicación de un proyecto de ley de mi autoría para su discusión



David Racero Mayorca

Representante a la Cámara por Bogotá

Exposición de motivos

Por medio del presente proyecto de ley se busca fortalecer el enfoque preventivo y de atención primaria en salud a través de la conformación de equipos públicos territoriales de salud públicos en los distintos municipios del país.

Los equipos territoriales son una estrategia de salud que busca prevenir la aparición de enfermedades en la población, así como dar brindar primaria a enfermedades y otros riesgos que puedan afectar a la familia y al individuo. Esta propuesta fue llevada a cabo por la Administración de Bogotá entre el año 2012 y 2015, a partir del programa de gobierno Territorios Saludables. Dicho programa, con un enfoque preventivo y territorial, buscaba reducir el impacto de diferentes enfermedades como la reducción de la mortalidad infantil, disminución de la mortalidad materna y la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual entre otros (PDD, 2012).

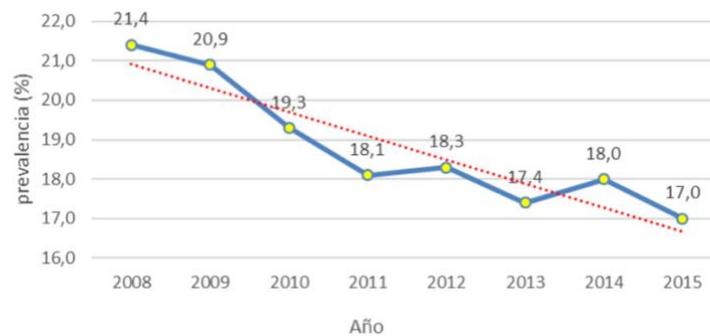
Para mitigar la prevalencia de dichas enfermedades se adoptó una estrategia con enfoque territorial tomando como orientación la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS). Estos equipos territoriales de salud comprendían una atención médica territorial que incluía una respuesta inicial y otra complementaria. El primero de estos equipos estaba integrado por profesionales de la salud como médicos y enfermeras, mientras que el segundo estaba compuesto por profesionales de la salud, así como por trabajadores sociales, psicólogos entre otros. Los equipos de respuesta inicial tenían atención domiciliaria para 800 familias que estaban asignadas en un microterritorio de la ciudad. Después de la atención domiciliaria, los equipos de respuesta inicial generaban un nivel de atención prioritaria para las familias. Se diferenciaban tres tipos de prioridad según fuera el caso: prioridad alta, media o baja. Igualmente se creaba un plan de atención que tenía participación interinstitucional con el ánimo de mitigar y prevenir algunas enfermedades así como dar atención a otros factores de riesgo en la familia.

Los equipos territoriales tenían acciones preventivas y de atención de salud que se debían articular con otras instituciones del Distrito de Bogotá para dar una atención integral a la población vulnerable. Se cubría así áreas de salud mental, educación sexual y reproductiva, utilización integral del tiempo, hábitos sanitarios, salud oral, prevención del maltrato y del trabajo infantil así como prevención y tratamiento de adicción a sustancias psicoactivas.

En Bogotá hubo 1.005 equipos territoriales de salud, compuestos por más de 6.000 profesionales de salud para una atención de 83 territorios saludables, que a su vez estaban divididos en microterritorios. Según cifras de la Secretaría de Salud, se atendieron a 970 mil familias, lo que equivale aproximadamente a 3,8 millones de habitantes.

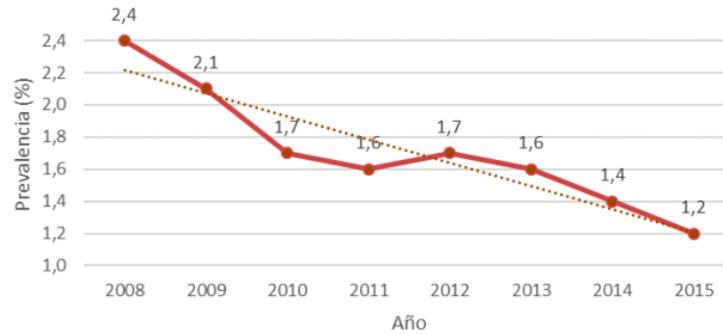
Giraldo Sanchez (2017) hizo una evaluación de impacto de este proyecto arrojando un resultado positivo. Esta evaluación de impacto tomó en cuenta la mortalidad materna e infantil, desnutrición aguda y crónica y sífilis gestacional. Para esto, se consideró la prevalencia de dichas enfermedades comparando el período entre 2008 al 2011 y entre el período 2012 y 2015. Giraldo Sanchez (2017) encontró que el programa logró reducir la prevalencia de estas enfermedades en Bogotá. El indicador con mayor reducción fue la desnutrición crónica seguido de la mortalidad materna así como la mortalidad infantil.

Gráfica. Prevalencia de la enfermedad crónica para los niños entre 0 y 4 años. 2008 a 2011 Bogotá DC.



Fuente: (Giraldo Sanchez, 2017)

Gráfica. Prevalencia de la desnutrición aguda para los niños y niñas entre 0 y 5 años entre 2008 y 2015 en Bogotá.

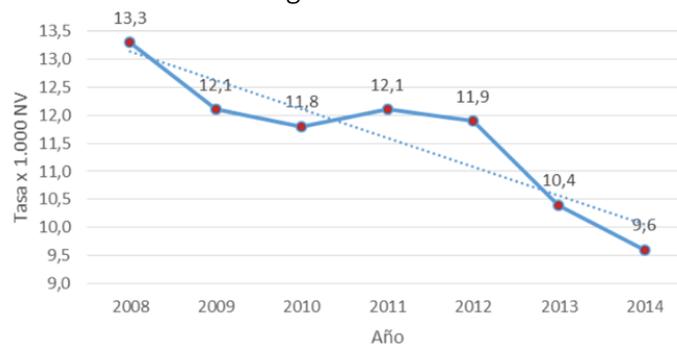


Fuente: (Giraldo Sanchez, 2017)

Gracias a los equipos territoriales de salud de Bogotá, hubo una disminución del 50% de casos en desnutrición aguda para los niños entre 0 y 5 años. Esto se explica por la atención integral brindada por las diferentes entidades del Distrito.

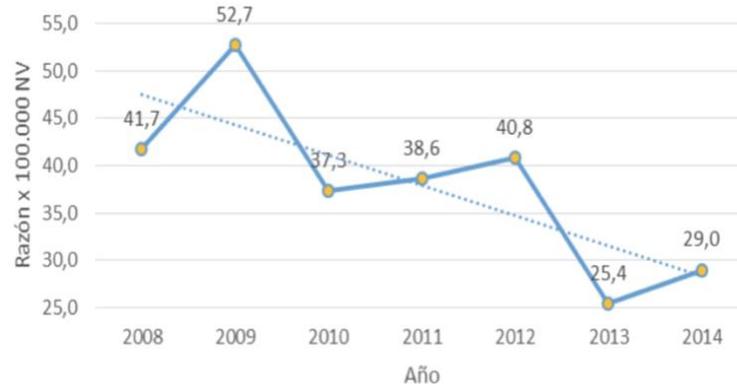
Igualmente se observa que la tasa de mortalidad infantil cayó de 13,3% a 9,6% presentando una disminución de 27.8%.

Gráfica. Tasa de mortalidad infantil en Bogotá. Año 2008-2014.



Fuente: (Giraldo Sanchez, 2017)

Gráfica. Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos en Bogotá. Año 2008-2014.



Fuente: (Giraldo Sanchez, 2017)

Como se observa en las dos anteriores gráficas, la mortalidad materna e infantil cayeron desde el año 2011, producto de la estrategia de equipos territoriales.

Giraldo Sanchez (2017) hace una evaluación positiva del programa, pero también incluye unas sugerencias tanto en su formulación y seguimiento como en la etapa de evaluación de este programa. Primero, se debe hacer mayor monitoreo a pacientes diagnosticados con sífilis gestacional. Esto porque los resultados para esta enfermedad no registró resultados exitosos a diferencia de las otras enfermedades analizadas en el estudio. Esta supervisión debe incluir tratamiento domiciliario así como los tratamientos que deben realizarse en una institución prestadora de salud. Se sugiere además un sistema de evaluación periódico de las intervenciones hechas para poder hacer reajustes en las intervenciones futuras.

Objetivo de la iniciativa de ley.

El presente proyecto de ley busca implementar la estrategia de equipos territoriales de salud en todos los municipios de Colombia, a través de una adición de un nuevo capítulo a la ley 100 de 1993. Se busca con esta medida garantizar un enfoque territorial y preventivo de la salud. Además de una colaboración interinstitucional para lograr atender otras necesidades de la población.

Esta ley se regirá por los siguientes principios:



Territorialidad

Este enfoque garantizará responder a las necesidades diferenciadas de cada territorio. La secretaría de salud municipal determinará si los equipos de salud son barriales, por comunas, por unidades de planeación zonal, por localidades o en el caso de municipios rurales, por corregimientos o veredas.

Conformación equipos territoriales

Existirán dos tipos de equipo territorial. Los equipos de respuesta inicial estarán compuestos de personal de salud y serán los encargados de hacer la revisión domiciliaria inicial. Cada equipo tendrá como responsabilidad, como máximo, 800 hogares en el micro territorio.

Estos equipos identificarán unas condiciones y necesidades de los núcleos familiares. En esta etapa se elabora un plan de enfoque familiar adecuado a las necesidades de cada familia.

El segundo equipo es el equipo de respuesta complementaria. Estos equipos están constituidos por personal de salud, profesionales de otras áreas como trabajadores sociales, psicólogos entre otros. Estos profesionales complementarán la atención brindada por los equipos de respuesta inicial. Cada equipo tendrá a cargo 15 equipos territoriales, es decir, una población de 12.000 hogares.

Planeación: Un plan con enfoque familiar

Cada miembro de la familia tendrá un plan de salud. Este contendrá diferentes medidas de prevención en salud así como de atención en materia de política social. Este plan se deberá registrar en una plataforma virtual que permita un seguimiento por parte de las entidades distritales y nacionales.

El Ministerio de Salud en colaboración con otras entidades del orden nacional definirán un sistema de alertas tempranas para prevención de diferentes enfermedades tales como adicción a sustancias psicoactivas, desnutrición infantil entre otros. El Ministerio de Salud en colaboración con las secretarías municipales generarán un lineamiento sobre las enfermedades que debe tener un sistema de alertas tempranas en cada municipio. La violencia sexual e intrafamiliar se entenderá como un riesgo alto para los miembros de la familia.

Igualmente, se diseñará un nivel de priorización de atención para las familias. Habrá tres niveles de priorización: alta, media y baja. La priorización alta implica que las entidades del municipio tendrán que hacer una respuesta inmediata (Inferior a 7 días calendario). En este nivel deberán atenderse las enfermedades y riesgos que el Ministerio de Salud y la Secretaría

de Salud municipal priorice para el territorio. Por otra parte, la violencia sexual, de género e intrafamiliar se entenderá como un riesgo alto para los miembros de la familia por lo que estos riesgos deberán tener respuesta inmediata por parte de las entidades territoriales y nacionales.

Prioridad Media. El Ministerio de salud y la Secretaría de salud determinarán las características para hacer tratamientos en esta clasificación. En todo caso, la intervención por parte de las entidades municipales y nacionales deberán ser inferior a un lapso de 30 días calendario.

Nivel de prioridad bajo. El Ministerio de salud y la Secretaría de salud determinarán las características para hacer tratamientos de prioridad baja. Sin embargo, la intervención de las entidades deberá ser inferior a 90 días calendario.

Gradualidad

Los equipos territoriales se crearán gradualmente en los municipios donde exista mayor índice de Pobreza Multidimensional. Dicha progresividad se tendrá en cuenta igualmente en el municipio. Se priorizará la creación de equipos territoriales en micro territorios con mayor incidencia de pobreza multidimensional según certificación del Dane. Esta medida busca atender a las poblaciones más necesitadas en las diferentes partes del país.

Enfoque diferencial

Este programa tendrá un enfoque diferencial para las mujeres, orientaciones sexuales e identidad de género no hegemónicas, personas con discapacidad, comunidades Rrom o Gitano, pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombias, raizales y palenqueras.

Intersectorialidad

Diferentes entidades municipales deberán confluir en esta política con el ánimo de garantizar atención integral a la población. Al nivel municipal deberá, al menos, converger la secretaría municipal de salud y la secretaría social o quien haga sus veces. Igualmente, deberá existir una articulación nacional con el Departamento de Prosperidad Social y con el Ministerio de Salud. Por parte del municipio y/o gobierno nacional debe participar la entidad municipal, departamental o nacional encargada de la equidad género.

Seguimiento y evaluación

A través de un portal digital las entidades del distrito y nacionales harán un seguimiento a los equipos territoriales, sus intervenciones, el plan familiar y los resultados. Cada año deberá existir una evaluación del programa con el objeto de hacer mejoras en las intervenciones.

Veeduría y participación ciudadana

Con el objeto de garantizar participación ciudadana, la ciudadanía participará tanto en la evaluación como en la formulación de este programa de política pública.



David Racero Mayorca

Representante a la Cámara por Bogotá

“Por medio del cual se crea la política de territorios saludables en el país”

El Congreso de la República

Decreta

Artículo 1. Objeto. Implementar la medida de equipos territoriales en el país para fortalecer la atención primaria en salud.

Artículo 2. Definiciones.

- a. Equipo territorial de salud. Es un equipo compuesto de profesionales encargados de atención médica, psicológica y social en un territorio definido. Estos equipos estarán divididos en equipos de respuesta inicial y equipos de respuesta complementaria.
- b. Microterritorio. Se entiende que un microterritorio podrá ser un barrio, comuna, localidad o unidad de planeación zonal. En caso de municipios rurales los microterritorios podrán ser corregimientos y/o veredas. Igualmente los resguardos indígenas y territorios colectivos podrán ser microterritorios. En cualquier caso, la secretaría municipal de salud o quien haga sus veces será quien haga la división de microterritorios de acuerdo a las realidades municipales.

Artículo 3. Responsables institucionales. El Ministerio de Salud Nacional articulado con la secretaría de salud municipal, serán las entidades rectoras de esta política.

Parágrafo 1. Para garantizar una articulación interinstitucional efectiva, a nivel municipal deberá participar en la formulación, implementación y evaluación de esta política, la secretaría social o quien haga sus veces. Igualmente deberá participar la entidad municipal o departamental responsable de la equidad de género.

Parágrafo 2. Para garantizar una articulación interinstitucional efectiva, a nivel nacional deberá participar en en la formulación, implementación y evaluación de esta política el Departamento de Prosperidad Social y la institución nacional responsable de la equidad género.

Artículo 4. Gradualidad. Los equipos territoriales se crearán gradualmente en los municipios donde exista mayor índice de Pobreza Multidimensional. Igualmente, en los municipios donde se implemente dicha política, deberá existir progresividad en la implementación de la medida. Se priorizará la creación de equipos territoriales en micro territorios con mayor incidencia de pobreza multidimensional según certificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Artículo 5. Enfoque diferencial. Este programa tendrá un enfoque diferencial para las mujeres, orientaciones sexuales e identidad de género no hegemónicas, personas con discapacidad, comunidades Rrom o Gitano, pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombias, raizales y palenqueras.

Artículo 6. Equipos territoriales de respuesta inicial. Los equipos de respuesta inicial son equipos compuestos únicamente por personal de salud. Tendrán a cargo entre 600 y 800 familias de acuerdo a los lineamientos del Ministerio Nacional de Salud y la Secretaria Municipal de Salud.

Parágrafo 1. Objetivos de los equipos de respuesta inicial. Los objetivos de los equipos de respuesta inicial:

- a. Realizar una valoración integral a la familia que permita definir las necesidades de la familia y el individuo.
- b. Ejecutar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la garantía y restitución del derecho a la salud con el fin de potenciar el desarrollo integral, el cuidado personal, el aprendizaje y las habilidades para la población
- c. Garantizar la accesibilidad de los y las ciudadanas a los servicios de salud.
- d. Desarrollar acciones para la construcción de ambientes saludables, accesibles e incluyentes para la población.

Artículo 7. Equipos territoriales de respuesta complementaria. Los equipos de respuesta complementaria son equipos compuestos por personal de salud así como por profesionales de trabajo social, psicología entre otros. Estos equipos complementarán el trabajo de los equipos territoriales de respuesta inicial. Como máximo, por cada 15 equipos territoriales de respuesta inicial habrá un equipo complementario.

Parágrafo 1. Objetivos de los equipos complementarios. Los objetivos de los equipos complementarios son:

- a. Coordinar y complementar las acciones llevadas a cabo por los equipos de respuesta inicial. Especialmente en materia de atención psicosocial.

- b. Garantizar una atención integral a la familia que permita definir las necesidades de la familia y el individuo.
- c. Garantizar acceso a los diferentes servicios sociales provistos por el Estado.
- d. Garantizar la accesibilidad de los y las ciudadanas a los servicios de salud.
- e. Desarrollar acciones para la construcción de ambientes saludables, accesibles e incluyentes para la población.

Artículo 8. Plan de enfoque familiar. Los equipos de salud crearán un plan de salud familiar. Este plan se deberá registrar en una plataforma virtual que permita un seguimiento por parte de las entidades distritales y nacionales.

Artículo 9. Sistema de alertas tempranas. El Ministerio de Salud en colaboración con otras entidades del orden nacional y municipal definirán un sistema de alertas tempranas para prevención de diferentes enfermedades o riesgos que atenten contra la vida integral de las familias y sus individuos. Estas enfermedades o riesgos serán definidos por el Ministerio de Salud y la Secretaría Municipal de Salud y tendrán tres niveles de priorización.

- a. Priorización alta. Tiene lugar en situaciones de alto riesgo para las familias y sus individuos. El Ministerio de Salud y de las Secretarías Municipales de Salud definirán riesgos y enfermedades catalogadas como de alta prioridad. La violencia sexual, intrafamiliar, así como la violencia de género, se entenderá como un riesgo alto para los miembros de la familia por lo que estas amenazas deberán tener respuesta inmediata por parte de las entidades territoriales y nacionales. La desescolarización estudiantil se tomará como una amenaza de riesgo alto que afecta la integridad de los menores de edad.

Las entidades municipales y nacionales tendrán hasta 7 días calendario para atender las enfermedades y riesgos catalogadas como de alta prioridad. En caso de que el riesgo esté asociado a violencia sexual, violencia intrafamiliar y/o violencia de género, las entidades distritales y nacionales tendrán hasta 48 horas para atender dicho riesgo.

- b. Prioridad Media. El Ministerio de Salud y la Secretaría Municipal de salud determinarán las características para hacer tratamientos de prioridad media. En todo caso, la intervención por parte de las entidades municipales y nacionales deberá ser inferior a un lapso de 30 días calendario.

- c. Nivel de prioridad bajo. El Ministerio de salud y la Secretaría Municipal de salud determinarán las características para hacer tratamientos de prioridad baja. Sin embargo, la intervención de las entidades deberá ser inferior a 90 días calendario.

Artículo 8. Seguimiento. Las entidades del distrito y nacionales harán un seguimiento a los equipos territoriales, sus intervenciones, el plan familiar y los resultados.

Artículo 9. Evaluación. Las entidades del municipio y nacionales harán una evaluación conjunta anual para hacer mejoras futuras en las intervenciones.

Artículo 10. Veeduría ciudadana. La ciudadanía participará tanto en la formulación como en la evaluación de esta política pública.

Artículo 11. Financiación. Por medio del presupuesto General de la Nación se financiará esta política de salud. Igualmente los municipios y departamentos, podrán a través de sus presupuestos financiar esta política.



David Racero Mayorca

Representante a la Cámara por Bogotá

David Racero
Representante

COLOMBIA
HUMANANA



Cra. 7 No. 8 - 68 Edificio Nuevo del Congreso Oficina 513 B -514 B Tel: 4325100 ext: 3548 - 3549

davidraceroamarabogota@gmail.com