

La atención primaria en salud renovada: el caso de Bogotá en un escenario de pandemia de COVID-19

Renewed Primary Health Care: the case of Bogotá in a COVID-19 pandemic scenario

Luis Jorge Hernández-Flórez y Diana Sofía Ríos-Oliveros

Recibido 28 julio 2021 / Enviado para modificación 15 de agosto 2021 / Aceptado 26 noviembre 2021

RESUMEN

La atención primaria en salud es la estrategia central definida por la organización Panamericana de la Salud (OPS) para alcanzar el objetivo de "Salud Para Todos" propuesto desde 1978 por Alma Ata. En la región de las Américas esta estrategia ha sido incluida dentro de los sistemas de salud y se ha interpretado y adaptado a los contextos políticos, culturales, sociales y económicos de los países en vía de desarrollo. En Colombia esta propuesta ha estado inmersa y algunas normas la definen y acotan para el desarrollo en los municipios. Bogotá ha incluido esta propuesta desde hace ya varios años, y en cada cambio de gobierno se le da una connotación particular acorde con las propuestas de los planes territoriales de salud y las propuestas en los planes de desarrollo, con mayor o menor énfasis en sus postulados. Este artículo muestra el abordaje que se da desde la atención primaria en los últimos periodos de gobierno y cómo interactúa en una pandemia como la de COVID-19.

LH: MD. Ph.D. Salud Pública.
Esp. Epidemiología. Profesor, Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
luishern@uniandes.edu.co
DR: Enf. M.Sc. Salud Pública. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
dsrioso@unal.edu.co

Palabras Clave: Atención primaria de salud; servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Primary health care is the central strategy defined by the Pan American Health Organization (PAHO) to achieve the goal of "Health for All" proposed since 1978 by Alma Ata. In the region of the Americas, this strategy has been included within health systems and has been interpreted and adapted to the political, cultural, social and economic contexts of developing countries. In Colombia this setting has been immersed and some regulations define and limit it for development in the municipalities. Bogotá has included this position for several years now, and in each change of government it is given a particular connotation according to the proposals of the territorial health plans and the proposals in the development plans, with or not greater emphasis on its postulates. This article shows the approach that is given from primary care in the last periods of government and how it interacts in a pandemic such as the one presented by COVID-19.

Key words: Primary health care; health services (*source: DeSH, BIREME*).

Bogotá es la ciudad de Colombia con mayor población urbana identificada. Según las proyecciones del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) a partir del último censo realizado en el 2018, cuenta con 7 804 660 personas en la cabecera municipal y 29 507 en centros poblados y rurales dispersos, para un total de 7 834 167 personas para el año 2021 (1-3). Esto implica retos en la puesta de atención primaria en salud. Para superarlos se ha propuesto, acorde a las posturas de cada plan de gobierno, un desarrollo diferencial basado en los principios de la OPS.

Estos principios están ampliamente desarrollados y cuentan con procesos históricos desde su planteamiento. La definición mostrada en Alma Ata fue: “es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”(4). Esto generó gran controversia en varios países, a tal punto de persistir una constante confusión con el primer nivel de atención. Este error ha perdurado y se ve con frecuencia, incluso, entre los funcionarios de salud.

Para el desarrollo de la APS, es importante mencionar que el sistema de salud colombiano se soporta en la seguridad social, financiado con recursos públicos —en su gran mayoría— y con un poco de inversión privada. El eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en donde se hace obligatoria la afiliación al sistema que se da por medio de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) públicas o privadas, que reciben las cotizaciones, y a partir de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que ofertan el Plan de Beneficios en Salud (PBS) (5).

La Salud de los bogotanos ha cambiado en los últimos 20 años. En el año 1998, por ejemplo, existían las “direcciones locales de salud” conformadas por un grupo descentralizado de funcionarios de salud en cada localidad a la cabeza de un director(a) local, que fungía como una especie de Secretaría Local de Salud. Estas entidades, que eran más una desconcentración que descentralización de las responsabilidades del sector salud, tenían como función la inspección, vigilancia y control de la oferta de servicios de salud y la coordinación de intervenciones del “plan de intervenciones básicas” de la localidad, las cuales eran acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (6). En ese momento se comenzó a presentar competencia por los recursos entre los directores de los hospitales públicos y las direcciones locales de salud. Lo que conllevó hacia el año 2000 a dar fin a esta experiencia de tener una especie de secretarías locales de salud, como las realizadas en, en Ciudad Bolívar, Engativá, Santa Fe, Usme y Usaquén.

Sin embargo, es necesario insistir en la autonomía de las Alcaldías Locales debido a su quehacer de gestión desde el nivel central de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS) el cual es poco efectivo. Se hace necesario entonces de nuevo retomar la descentralización de la función de planeación y seguimiento por parte de las alcaldías territoriales o locales. Aun así, sigue siendo muy grande la jurisdicción por localidades.

La excesiva concentración de funciones en el nivel central de la SDS no permite, en la mayoría de procesos,

un acercamiento a los territorios, a las Unidades de Planeación zonal (UPZ) y barrios de las localidades. Para el año 2021 la localidad de Suba cuenta con 1 252 675 habitantes; por su parte, la localidad de Kennedy tenía 1 034 838. Entre las dos suman una población cercana a la población de Medellín (2 573 220 de habitantes) o cada una puede ser una ciudad como Barranquilla (1 297 082 habitantes) y sus alcaldías locales no hacen dirección territorial de salud; solo algunas funciones de inspección, vigilancia y control (3,7).

Para el año 2020 y acorde con lo propuesto en el Plan de Desarrollo Territorial de 2016-2020, la ciudad cuenta con 4 subredes de servicios de salud (8), pero sus respectivas gerencias no desempeñan una función descentralizada de Secretaría de Salud Local, sino que están más orientadas a la coordinación de la red pública de su jurisdicción. Tampoco son los orientadores ni lideran planes territoriales o locales de salud. Aquí es necesario hacer una precisión: la ciudad cuenta con un plan territorial distrital de salud, pero no cuenta con uno por localidad y debería migrar a tenerlos, dadas las heterogeneidades sociales, económicas y de salud que se encuentran en esos espacios geográficos que, como se mencionó, pueden ser un municipio de Colombia. La función de autoridad sanitaria en lo local se limita más, como ya se mencionó, a vigilancia sanitaria de establecimientos y a la vigilancia epidemiológica con equipos por subred y no por localidades (8).

La red de servicios también ha tenido cambios desde el año 2001. De 32 hospitales se pasó a 17 hospitales fusionados de la red de servicios adscrita a la Secretaría de Salud de Bogotá. Esta reestructuración permitió la creación de nuevas empresas sociales del estado y la reorganización de la red de servicios asistenciales en Bogotá. Para el año 2018 el modelo de subredes permitió la fusión de los 21 hospitales públicos de la ciudad en cuatro subredes (8). Es hora, entonces, de pensar en desconcentrar y mejor descentralizar funciones de autoridad sanitaria en las localidades. La actual SDS sigue siendo más la secretaría de la red pública que el rector y modulador del todo el sistema de seguridad social en salud de Bogotá-Región.

El modelo de atención y el intento de avanzar hacia la atención primaria en salud también ha tenido desarrollos en Bogotá durante los últimos 20 años. Hacia el año 2004, la administración de Bogotá entró en franca controversia con la Ley 100 de 1993, y la administración gubernamental estableció el programa de “Salud a su Hogar”, que mediante un equipo de médicos, enfermeras, promotores de salud y auxiliares de enfermería entraba a los hogares, a las casas de las familias para realizar actividades de educación a la salud, prevención y canalización u orientación a los servicios de salud. Posteriormente,

este programa se replanteó y se llamó “Salud a su Casa” y conformó equipos integrados por un médico, enfermera y dos promotores para atender grupos de 800 familias. Estos programas tuvieron logros, pero también grandes debilidades por falta de una línea de base y evaluaciones de efectividad, así como la articulación con las EAPB (9,10). Para el 2018, la SDS decidió no entrar más en controversia con el sistema de seguridad social, sino que optó por dar énfasis al 1,5 millón de usuarios de Capital Salud, la aseguradora del régimen subsidiado de Bogotá, que recoge la mayor proporción de población vulnerable en lo socioeconómico, adultos mayores y con mayor carga de morbilidad, estableciendo un programa de gestores de salud (8).

Es válido resaltar que en los dos planes de gobierno la APS renovada es la base de lo que se comprende como el modelo de salud de Bogotá. Para el año 2012 se define como “... una estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales, aporta a la reducción de las inequidades en salud, se realiza a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria” (10).

Para el Plan Territorial de 2016-2020 se indica que la APS “seguirá siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, pero superando el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención; así como también, el de la separación artificial de lo individual y lo colectivo, para dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas de atención” (8). Sin embargo, en el desarrollo conceptual que desarrolla, contempla el ser más resolutiva, indicando que “... la nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutiva y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Asimismo, contará con equipos multidisciplinarios extramurales de atención en coordinación con EPS y prestadores de servicios, encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables...” (8).

El modelo de salud de Bogotá actual

En el plan territorial actual, la APS hace parte de esa estructura central. Específicamente se plantea que el “modelo de atención se basa en APS que, ajustado con los enfoques diferencial poblacional, territorial y de género, permita la intervención en los determinantes sociales y ambientales que inciden en la salud de la población de la Ciudad en el contexto del proceso de integración de Bogotá D.C. con la región, buscando el bienestar de todos los que habitan en ella.

En este sentido, APS sigue siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, pero superando el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención, como también el de la separación artificial de lo individual y lo colectivo, para dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas inmediatas de servicios” (11).

Bogotá, D. C., 2020-2024 incluyó como objetivo “Garantizar el derecho a la salud de la población de Bogotá D.C. a través de un modelo de atención integral en salud basado en APS que, ajustado con los enfoques diferencial poblacional, territorial y de género, permita la intervención en los determinantes sociales y ambientales que inciden en la salud de la población de la Ciudad en el contexto del proceso de integración de Bogotá D.C. con la región, buscando el bienestar de todos los que habitan en ella” (11).

Por los contenidos de este objetivo se esboza una Atención Primaria en Salud (APS) más de tipo renovado que selectivo. Hay dos tipos de APS: la selectiva, basada en la Declaración de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del año 1978 (12), y la APS renovada, fundamentada en la Comisión de Determinantes de la OMS del año 2005. (13) La atención primaria en salud selectiva es aquella basada en el enfoque de necesidades y la APS renovada en el enfoque de derechos.

El enfoque de necesidades implica suministrar los mínimos a la población, un paquete de intervenciones de bajo costo que mitiguen y atenúen la carga de enfermedad por los eventos más prevalentes. Su visión es más curativa y reactiva. La APS Selectiva es la de Alma Ata, ya que su declaración afirma: “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables...”. Esto implicó para los países latinoamericanos el desarrollo de una salud pública basada en programas y los ya mencionados paquetes de beneficios por ejemplo un programa de intervenciones básicas que incluyera saneamiento ambiental consulta de crecimiento y desarrollo, fomento de lactancia materna, acceso a medicamentos esenciales, programa ampliado de inmunizaciones, salas de hidratación oral y de infección respiratoria aguda (14-17).

La Declaración de Buenos Aires “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”, del año del año 2007, ya señalaba lo siguiente: “A casi 30 años de Alma Ata, la situación de salud de gran parte de la humanidad es deplorable y no goza de una atención de salud integral, equitativa o ni siquiera básica”. Se resaltaba también un enfoque de derechos: “Disfrutar el máximo grado de salud que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideas políticas” (18).

En el año 2005, en la 57 Sesión del Comité Regional de la OPS, se formuló la Declaración sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (19): La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. La APS Renovada implica (20,21):

- a) El acceso y cobertura universal a los servicios de salud, no solo atenciones básicas.
- b) La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado.
- c) El énfasis en la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.
- d) Orientación familiar y comunitaria significa que un Sistema de Salud Basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual.
- e) Un Sistema Basado en la APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, Esto son los Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud.
- f) Gobernanza de la Salud, lo cual implica la cogestión y cogobierno de las diversas formas de participación ciudadana, social y comunitaria en la afectación de los Determinantes Sociales Estructurales e Intermedios.

La necesidad de afectar positivamente los Determinantes Sociales fue expresada por la APS renovada del año 2005 de esta manera: “Al ser orientado por la APS, el sistema logra acoplarse íntimamente con acciones intersectoriales y con enfoques comunitarios que promueven el desarrollo humano y la salud. Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan impacto sobre la salud o sus determinantes, e incluyen: empleo y trabajo, educación, vivienda, producción y distribución de alimentos, ambiente, agua y saneamiento, y atención social, entre otros” (13).

La APS selectiva de Alma Ata, que fue pertinente en su momento, se ha perpetuado en nuestros servicios de salud, que confunden la APS con primer nivel de atención. Ante este hecho, la APS renovada responde de la siguiente manera: “De esta forma, un Sistema de Salud Basado en la APS fortalece la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, pero tiene elementos estructurales y funcionales adicionales que en forma significativa van más allá del primer nivel de atención a la salud” (13).

Esto implica, en la actualidad, la necesidad de redes integrales de servicios de salud que rompen la lógica de los niveles de atención, que otorgan como puerta de entrada a los servicios de salud el ámbito de vida cotidiana de las personas, es decir, su hogar, sitio de trabajo, de estudio, su contexto social, lo cual implica que los equipos extramurales de salud se desplacen a estos espacios y que la atención en salud no se inicie necesariamente en la consulta externa, en el servicio de urgencia o la hospitalización.

El reto de la administración Distrital durante el 2020-2024 en Bogotá región es hacer cumplir la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, que reconoció la salud como derecho fundamental y autónomo en las siguientes acciones (22):

- a) Una gestión en Salud basada en las personas, las familias y las comunidades. El Derecho a la salud implica un criterio de Universalidad en cuanto a que los “Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida” (22).
- b) Afectar positivamente los prerequisites de la Salud tal como lo estableció la Carta de Ottawa de 1986. Estos son los Determinantes sociales y Ambientales de la Salud. Esto implica mejorar sustancialmente la calidad y nivel de vida de la población Bogotana.
- c) Reconocer la necesidad de un Sistema de Salud más que un Sistema de Seguridad Social en Salud. Es decir, el centro del sistema de salud en Bogotá no es la SDS son los ciudadanos, las familias y las comunidades.
- d) El enfoque de curso de vida como facilitador de la gestión de los planes, programas y proyectos en salud. Se ha reconocido que el acceso y calidad a los servicios sanitarios constituyen una acumulación de ventajas o desventajas a lo largo del tiempo en los trayectos de vida individuales y familiares. El abordaje de curso de vida favorece unos servicios de salud que favorezcan la disminución al máximo de las iniquidades sociales en Bogotá. Esto implica también tener estrategias de Salud Familiar y de Medicina Familiar.

La pandemia por COVID-19 y los retos de la APS

Si bien la pandemia de COVID-19 no se ha terminado en Bogotá ni a nivel mundial, la ciudad ha pasado por tres oleadas, cada una de mayor magnitud en lo que se ha podido identificar de casos positivos y, a su vez, de manera directamente proporcional el número de muertes. El virus SARS CoV-2 va a quedar endémico, por lo que se espera en el corto y mediano plazo otras oleadas que,

acorde con la implementación de medidas farmacológicas y a su avance en la cobertura, se espera que sean de menor intensidad (23).

Las EAPB en la respuesta a la pandemia han presentado diferentes niveles de dificultad, uno de ellos es la oportunidad en la detección de la persona con síntomas y la necesidad imperante por parte de las autoridades en la toma de la prueba confirmatoria para garantizar el aislamiento anticipado. Esto, acorde con la normativa vigente en el país y la ciudad, se dio con algo de retraso. Además cabe preguntarse ¿por qué ha sido tan difícil para estas empresas hacer visitas domiciliarias, seguimientos telefónicos, toma de muestras PCR en la casa, identificar casos, contactos y cortar cadenas de transmisión en contactos familiares, sociales y laborales del caso confirmado? Desde los planteamientos de la gestión individual del riesgo que cada una de ellas propone no se logra abordar a la población afiliada, contando la ciudad con un aseguramiento superior al 90% de la población. La respuesta está soportada en que el sistema de salud colombiano y el de Bogotá es asistencialista restringido, lleva décadas atendiendo a los que se enferman y está basado en especialistas con acceso limitado; además, las acciones y planteamientos de la APS han quedado rezagados a las entidades territoriales, que cuentan con la capacidad de respuesta y que, dentro de las acciones rectoras las EAPB, no están inmersas en el modelo de atención primaria en salud.

La emergencia de las enfermedades crónicas en Bogotá

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por periodos de inducción y latencia prolongados. La inducción es un periodo de tiempo que va desde la exposición a un agente causal como malnutrición, sedentarismo, humo de cigarrillo o contaminación del aire hasta que el organismo tiene alguna alteración, pudiendo la persona estar asintomática. El periodo de latencia comprende desde el momento que ya hay daño orgánico y aparecen los signos y síntomas en la persona (24,25).

Pueden pasar meses y años en estos periodos de inducción y latencia, lo cual va a depender de la capacidad diagnóstica de los servicios de salud o diagnóstico temprano. Las enfermedades o eventos crónicos no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas como el EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), diabetes y enfermedades cerebrovasculares. Se pueden incluir también algunas condiciones de discapacidad.

Factores de riesgo a nivel urbano

Se ha reconocido que los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel urbano son (26-29):

- La malnutrición, que produce sobre peso y obesidad
- El sedentarismo
- El hábito de cigarrillo y el consumo de alcohol
- La contaminación del aire
- El estrés o tensión psicosocial

A lo anterior se une la transición demográfica, caracterizada por envejecimiento progresivo. El índice de vejez en Bogotá, que expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes, ha aumentado de 8% en el año 2005 a 13% en el 2019, con una proyección del 14% para el año 2020; a nivel urbano, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de enfermería y muerte (30).

El informe presentado por la SDS a la alianza de Bogotá Como Vamos y las universidades de los Andes, Javeriana y Corpas señala que para el año 2018 el 66% de las muertes en Bogotá fueron debidas a enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que a nivel nacional este porcentaje fue del 61%. También muestra que la principal causa de muerte en Bogotá son las enfermedades cardiovasculares y le siguen el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes (31).

Dentro de las metas asociadas a condiciones crónicas no transmisibles definidas por el país y que hacen parte del seguimiento por parte de Bogotá Cómo Vamos se encuentran las siguientes:

- Casos y tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años para los años 2016 a 2020.
- Casos y tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino para los años 2016 a 2020.
- Casos y tasa de mortalidad por cáncer de mama para los años 2016 a 2020

“Las enfermedades crónicas, analizadas de forma agrupada, incluyen: enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria inferior crónica, exceptuando asma, tumor maligno del cuello uterino, de mama y de próstata. Las tasas de mortalidad fueron calculadas usando como denominadores proyecciones vigentes de población. El ajuste de las tasas de mortalidad se realizó con los grupos quinquenales de edad de la población mundial estándar (OMS), ajustado al peso en menores de 70 años. Teniendo en cuenta el quinquenio 2016 a 2020, se han presentado un total de 7 368 muertes por condiciones crónicas en menores de 70 años. Durante el año 2020, se presentaron 1 524 muertes con una tasa de 19,2 por 100 000 menores de 70 años, lo cual evidencia un aumento al año anterior y persiste la tendencia de aumento de casos desde el 2018” (31).

También se sabe, según “la Encuesta Multipropósito de Bogotá de 2017, el 50% de los bogotanos no practicó deporte

ni realizó actividad física durante 30 minutos o más al día y el 8,4% se fumó al menos un cigarrillo en el último mes”. También señala como factor de riesgo la contaminación del aire de Bogotá y que “en los últimos siete años en la ciudad se han presentado cerca de 96 mil casos de enfermedad respiratoria que en alguna medida se encuentran asociados a la contaminación del aire” (32).

La contaminación de aire se da en Bogotá especialmente por material particulado y aun en estos meses de pandemia, en especial durante los meses de abril y junio de 2020, que disminuyó casi un 60% la movilidad automotora en Bogotá, se siguieron presentando niveles altos de contaminación del aire por material particulado $PM_{2,5}$, en especial en la estación la Sevillana (autopista Sur) en las localidades de Bosa y Kennedy, cercanas al municipio de Soacha (33).

El enfoque de riesgo a nivel urbano

El desarrollo de enfoques de riesgo a nivel urbano, como lo son identificación o suma de riesgos individuales no son suficientes. Se hace necesario generar estrategias comunitarias basadas en la autonomía y la generación de

capital social que permitan avanzar en el análisis de la situación, en donde se pueda identificar las problemáticas comunitarias y que la comunidad se vuelva partícipe en la toma de decisiones informadas en la ciudad. Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó la estrategia 4×4, que hace prevención y atención especialmente sobre cuatro factores de riesgo: malnutrición, sedentarismo, consumo de alcohol y cigarrillo. Sin embargo, no incluye los demás factores mencionados, como la contaminación del aire (34,35).

A nivel internacional se reconocen especialmente dos tipos de enfoques en la prevención y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. El enfoque de riesgo ya mencionado y el enfoque poblacional, basado en el modelo de los Determinantes Sociales y Ambientales del proceso Salud de la OMS (36).

El solo enfoque de riesgo, aunque útil, es insuficiente y no logra hacer prevención ni reducir la morbimortalidad por este tipo de enfermedades. A nivel de Salud Urbana, en Bogotá se debe avanzar en un modelo de abordaje de las crónicas basado en población.

Tabla 1. Diferencia de Enfoques de Intervenciones frente a enfermedades Crónicas a nivel Urbano

Enfoque de Riesgo	Enfoque de los determinantes sociales y ambientales
Identificar enfermos o pacientes	Mantener personas sanas, identificación de personas a riesgo en especial con sobrepeso y obesidad
Intervenir los factores de riesgo: malnutrición, sedentarismo, consumo de alcohol y cigarrillo	Promoción de la salud: rotulado y etiquetado de alimentos, disponibilidad y acceso a frutas y verduras, entornos saludables y calidad del aire. Aplicación del convenio marco antitabaco
Vigilar daños: morbilidad y mortalidad por eventos crónicos	Monitorear determinantes sociales, seguimiento a actividad física y dieta saludable
Visión asistencialista y curativa restringida	Visión preventiva anticipatoria de atención primaria
Ciudadanos pasivos participan en programas asistenciales	Ciudadanía activa que hace cogestión de intervenciones promocionales y preventivas. Intervenciones desde la gestación y en todos los momentos vitales.

El Plan Territorial de Salud Bogotá, D.C., 2020-2024 (11) se comprometió con las siguientes metas frente a las enfermedades crónicas no transmisibles:

- A 2024 mantener la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por debajo de 127 por 100 000 personas en edades de 30 a 69 años.
- A 2024 diseñar e implementar estrategia de promoción de prácticas y estilos de vida saludable para prevención de las enfermedades no transmisibles.
- Incrementar en un 30% la oportunidad de inicio de tratamientos de leucemia en menores de 18 años.
- Incrementar en un 40 % la oportunidad en el inicio del tratamiento para cáncer en la mujer.

Las anteriores metas pueden ser el punto de partida de un verdadero modelo de salud urbana para Bogotá, para la prevención y atención de estas enfermedades.

Corresponde a la ciudadanía, organizaciones sociales y a la academia hacer seguimiento propositivo para que estas metas se cumplan y sean un mínimo exigible ♦

REFERENCIAS

1. OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Vol. 4, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.: OPS/OMS; 2010.
2. OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [Internet]. Washington D.C.: OPS/OMS; 2007 [cited 2021 Jun 27]. p. 1-48. <https://bit.ly/39O0kQe>.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo Nacional de población y vivienda [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2019 [cited 2019 Dec 20]. <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#/>.
4. Sanders D, Schaay N, Mohamed S. Primary Health Care (Second Ed). 2017; 6:5-14. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00353-2>.
5. Guerrero R, Gallego Al, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 27]; 53(Suppl. 2). <https://bit.ly/3Qvv9df>.

6. Jaramillo Perez I. Evaluación de la descentralización municipal en Colombia; Evaluación de la descentralización en salud en Colombia. Arch Econ Dep Nac Planeación [Internet]. 2001 [cited 2021 Jun 27]; 1(160):1-79. <https://bit.ly/3n8aVZE>.
7. Concejo de Bogotá. Acuerdo 740 de 2019 [Internet]. Bogotá: Consejo de Bogotá; 2019 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3zNe6NQ>.
8. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Plan Territorial de Salud para Bogotá D. C. 2016-2020 [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2016 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3Opt0h6>.
9. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo 2004-2008. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. Bogotá sin indiferencia. Bogotá (Colombia); 2004.
10. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2012.
11. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC. Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020 [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá. [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3bi0znl>.
12. OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 2012; 8-10.
13. OMS/OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
14. Ferreira GR, Goede H, Silva HT, Giovannella L, Ramirez NA, Istúriz OF, et al. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Unasur Isags; 2015.
15. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoam [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 27]; XXXIII(1):11-4. <https://bit.ly/3xLbQUt>.
16. Bryant JH, Richmond JB. Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story. Second Edi. International Encyclopedia of Public Health. Elsevier. 2016; 83-102. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00017-5>.
17. Hernández Alvarez M, Obregón Torres D, Miranda Canal N, García CM, Carlos EJ, Vega Romero R. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002 [Internet]. Washington: OPS; 2002 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3OxkOvC>.
18. OPS/OMS. De Alma-Ata a la Declaración del Milenio Conferencia Internacional sobre Salud para el Desarrollo "Derechos, Hechos y Realidades" [Internet]. Buenos Aires: OPS/OMS; 2007 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3y9lFwV>.
19. OPS/OMS. 57o Consejo Directivo [Internet]. Washington D. C.: OPS/OMS; 2019 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3ybEIXK>.
20. The Lancet. The Astana Declaration: the future of primary health care? Lancet. 2018; 392(10156). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32478-4).
21. OPS/OMS. Declaración de Astaná [Internet]. Washington; 2018 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/2Q2YrAd>.
22. Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria No. 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2015 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3OeNRUI>.
23. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Napoli R Di. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). StatPearls [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 26]. <https://bit.ly/3Odl9M>.
24. Banegas JR, Díez Gafán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barc). 2005; 124(20):769-71. <https://doi.org/10.1157/13075847>.
25. Barrios-payán JA, Castañón-arreola M, Flores-valdez MA. Aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos de la tuberculosis latente. Salud Publica Mex [Internet]. 2010 [cited 2021 Jun 27]; 52(1):70-8. <https://bit.ly/3OfRaLu>.
26. Minkler M. Community-based research partnerships: challenges and opportunities. J Urban Heal [Internet]. 2005 [cited 2021 Jun 27]; 82. <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jti034>.
27. Centro Kobe, OMS. La visión de la OMS/OPS frente a la salud urbana en las Américas. Primera reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la OPS. Washington: OPS; 2017.
28. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. J Urban Heal. 2007; 84(Suppl. 1).
29. Montgomery MR, Ezeh AC. Urban health in developing countries: insights from demographic theory and practice. In: Handbook of Urban Health. 2005. p. 317-60.
30. Dirección de Salud Pública, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Grupo ASIS. Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2020 [cited 2021 Aug 23]. <https://bit.ly/3y3TxKH>.
31. Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de vida en Bogotá [Internet]. Bogotá: Bogotá Cómo Vamos; 2020 [cited 2021 Aug 23]. <https://bit.ly/3zVpzee>.
32. DANE. Boletín Técnico Encuesta Multipropósito (EM) 2017 [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2018 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/2xUF6tn>.
33. Secretaría Distrital de Salud. Datos de Salud. Enfermedades Crónicas [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2019 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3xIOILY>.
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y Herramientas para la Articulación del Componente de Alcohol en la Estrategia 4x4 [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2016 [cited 2021 Aug 23]. <https://bit.ly/3y6b9Xp>.
35. World Health Organization. Health as the Pulse of the New Urban Agenda [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3HOKYwj>.
36. UN-HABITAT. Integrating health in urban and territorial planning: A sourcebook [cited 2021 Jun 27]. Geneva: UN-HABITAT WHO; 2020 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/3HK1716>.