

**BANCO DISTRITAL DE PROGRAMAS Y PROYECTOS  
FICHA EBI**

**1. IDENTIFICACIÓN** **ESTADO** **FECHA: Enero 25 de 2016**  
**INSCRITO**  
**REGISTRADO**  
**ACTUALIZADO** **X**

BANCO	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
PROYECTO	876 Redes para la Salud y la Vida

**2. CLASIFICACIÓN**

SECTOR:	Salud
PLAN DE DESARROLLO:	
OBJETIVO ESTRUCTURANTE	Construir un territorio donde se garantice el acceso equitativo a la ciudad. La distribución de redes estructurantes –acueducto y alcantarillado, malla vial, redes de energía y gas –, los equipamientos educativos, de salud, culturales, deportivos, administrativos, la cobertura de los sistemas de transporte y la localización de sus puntos de acceso, la ubicación de la vivienda y los centros de atención social y de justicia, deben contribuir a la reducción de la segregación, facilitando el acceso a toda la población sin importar sus niveles de ingreso, la ubicación de su residencia, edad, condición física o identidad.
EJE 1	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.
PROGRAMA	Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la diversidad
METAS PLAN:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluya la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.</li> <li>2) Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.</li> <li>3) Reducir la tasa de mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, a 2016.</li> <li>4) Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016.</li> <li>5) Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.</li> </ol>
Objetivo 1: Reorganizar y desarrollar redes integradas de servicios de salud, con inclusión de los prestadores públicos y privados del Distrito Capital, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud.	

- 6) Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016.
- 7) Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016.
- 8) Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.
- 9) Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.
- 10) Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- 11) Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente, al 2016.
- 12) Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.

Objetivo 2: Fortalecer la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en los tres niveles de complejidad, mediante la modernización de su capacidad instalada, tecnológica y equipamiento estructural, que permita el mejoramiento de la capacidad resolutiva, la competitividad, la sostenibilidad financiera, la amigabilidad ambiental, la humanización en la prestación de los servicios y que favorezca mejores resultados de la prestación de servicios salud.

<p><b>Objetivo 3:</b> Garantizar el acceso de la población bogotana a los servicios especiales en salud dispuestos en las redes de sangre, donación y trasplantes del Distrito Capital, mediante la orientación, regulación, organización y fortalecimiento de estas redes.</p>	<p>13) Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.</p> <p>14) Aumentar la Tasa de Donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos x 1.000.000 de habitantes en Bogotá D.C, A 2016.</p> <p>15) Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.</p>
---	---

### 3. LOCALIZACION GEOGRAFICA

<p>Localización</p>	<p>El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las veinte localidades, las zonas urbana y rural, y el 100% de la población de la ciudad de Bogotá.</p> <p>La Red de donación y trasplantes de órganos y tejidos, además de Bogotá, tiene cubrimiento para los departamentos de Cundinamarca, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo, y Amazonas.</p>
---------------------	--

### 4. JUSTIFICACION (Cuál es el problema que se pretende resolver?)

El Plan Distrital de Salud de Bogotá D.C., enmarcado en el Plan de Desarrollo, se propone avanzar en la profundización de la democracia con participación social, integrando los actores y sectores público y privado, mediante la concertación y el desarrollo de sus tres (3) ejes estratégicos que involucran la amplia base de declaratorias y compromisos de carácter internacional, nacional y distrital. Se resalta la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Reglamento Sanitario Internacional – Versión 2005, la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017, la Constitución Política de Colombia de 1991, Ley 9 de 1979, Decreto 1743 de 1994, otras leyes sobre reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sentencias de la Corte Constitucional de Colombia, los Decretos 3518 de 2006 y 3039 de 2007, la Resolución 425 de 2008, la Ley 1450 de 2011 y Ley 1438 de 2011.

La Ley 715 de 2001, define las competencias de las entidades territoriales en salud precisando, que el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. La Ley 1122 de 2007, prevé que el servicio de salud se preste mediante

integración de redes. El Decreto 4747 de 2007, define los conceptos de red, modelo de atención, proceso de referencia y contrarreferencia

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia, plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU O. d., 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

La ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, establece que la prestación de los servicios de salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud (RISS) ubicadas en un espacio poblacional determinado y estas serán el conjunto de organizaciones que prestan o hagan acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

Para la conformación de las RISS, las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las RISS incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios acorde con el Plan de Beneficios a su cargo. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

Adicionalmente la ley 1438 de 2011, define la adopción de programa de saneamiento fiscal y financiero. En las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, las cuales deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social y establece que si una Empresa Social del Estado no adopta el programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos y condiciones previstos, será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

La ley 1450 del 16 de junio del 2011, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014, en el artículo 156° define el “programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del estado-ESE”, el cual deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio, incluyendo los

componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la ley 1438 de 2011, en lo pertinente.

De conformidad con lo establecido en la Constitución Política de Colombia de 1991 y en cumplimiento del Acuerdo No. 489 del 12 de junio de 2012 y en el marco del programa de saneamiento fiscal y financiero señalado en el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011 y las resoluciones expedidas por Ministerio de Salud y Protección Social 2509 de 2012; 3467 de 2012 donde se establece la metodología para la categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial y se efectuó la categorización para la vigencia 2012, y el Manual de condiciones para el Diseño y adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero por parte de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial respectivamente y demás normas vigentes aplicables al sector salud de Bogotá Distrito Capital.

Adicionalmente se han identificado problemas estructurales y coyunturales que inciden en la satisfacción plena de la población y la provisión de servicios de salud, tales como: la disminución de las tasas de fecundidad, el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población, importantes cambios demográficos que han incidido fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población, y por ende en la demanda de los servicios de salud. El envejecimiento de la población ha conllevado a un aumento de las patologías crónicas y de la co-morbilidad, a las cuales el sistema actual no ha podido responder.

A nivel del desempeño general de las actuales redes de servicios en la ciudad, se evidencia fragmentación entre los distintos niveles y puntos de atención, generando mala utilización de servicios, capacidad instalada subutilizada en algunos casos, sobreutilización de recursos en otros casos. La problemática expuesta en el diagnóstico de situación actual en salud, exige reorientar, rediseñar y/o modernizar la red de prestación de servicios de salud en Bogotá, para minimizar varias de las causas que conllevan a la fragmentación de los servicios de salud dentro del SGSSS.

Por lo anterior, en el año 2013, se trabajó en la actualización de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C, en el marco de las dinámicas del sector salud, el cambio en la normatividad vigente frente a la atención de las personas y la prestación de los servicios de salud en red, en el cual se incluyó el ajuste a la red pública de servicios de salud, consistente en cuatro (4) redes territoriales de hospitales públicos para el desarrollo del modelo de atención en salud buscando operar coordinadamente en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, propendiendo la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado que las conforman, propuesta avalada el 8 de agosto de 2013 por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Dentro de los aspectos a considerar en forma especial se encuentra la necesidad de ajustar la tipología de las Instituciones con base en criterios poblacionales y de demanda potencial de acuerdo a los territorios, de forma que se propone una nueva clasificación

institucional que relaciona el portafolio y la complejidad de los servicios con los aspectos poblacionales. Los puntos de atención de las Empresas Sociales del Estado del D.C. se organizarán de forma que garanticen una cobertura poblacional que los haga sostenibles, acercando los servicios de baja complejidad a donde viven o trabajan las personas, articulando los diferentes niveles de complejidad en cada una de las redes. En esta propuesta de organización de red, existe mínimo un hospital de tercer nivel de atención (alta complejidad) y uno de segundo nivel (mediana complejidad), que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria, de la población que es atendida y controlada en el nivel primario de atención (baja complejidad).

Durante el año 2013 y 2015 la SDS, avanzó en el seguimiento a la implementación de la red Pública Hospitalaria, brindando asesoría y asistencia técnica a las ESE de la red pública adscrita en la organización y articulación de los servicios de salud en red.

Durante el año 2014 y 2015, en el marco de programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado-ESE”, se recibió por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHHCP) aval de los Catorce (14) Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero –PSFF-, de las ESE categorizadas en riesgo alto y medio: Usme, Suba, San Blas, Engativá, del Sur, Centro Oriente, Fontibón, Chapinero, Meissen, Rafael Uribe, Simón Bolívar, Usaquén, Victoria y Bosa y por parte de la SDS se avalaron los 8 Planes Institucionales de Desempeño Fiscal y Financiero de las ESE- PDIFF categorizadas en riesgo bajo o sin riesgo: Vista Hermosa, Nazareth, San Cristóbal, Kennedy, Santa Clara, Tunal, Tunjuelito y Pablo VI Bosa, los cuales hacen parte del Plan de Implementación de la red, se brindó asistencia técnica y seguimiento a las ESE en la implementación de las medias de los PSFF y PDIFF, evidenciándose que en mayo del 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS en desarrollo de lo previsto en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 efectuó la recategorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel para la vigencia 2015 ( resolución 1893 de 2015), previa aplicación de la metodología definida en la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2090 de 2014, clasificándose solo 2 ESE (Bosa y Chapinero ) en riesgo alto y medio respectivamente, las demás ESE fueron recategorizada en riesgo bajo y medio evidenciándose un mejoramiento de las mismas por la implementación de los Programas de Saneamiento Fiscal y financiero.

Durante el año 2015 se desarrollo la propuesta de redes especializadas (Red de Atención Integral Materno – Perinatal, Red Atención Integral del Paciente Pediátrico, Red de Atención Integral para Paciente con Condiciones Crónicas, Red de Atención Integral de Paciente Quemado y de paciente con VIH, Red de Atención Integral de Salud Mental, Red de Atención Integral al paciente con Dolor y Cuidados Paliativos, Red de Atención Integral en Trauma y Cirugía Compleja , Red de Atención Integral del paciente Oncológico y Neurológico, Red de Atención Integral del paciente en Rehabilitación, Red de Atención

Integral de Eventos de Salud Pública de Interés Nacional e Internacional,)), que están coordinadas en el nivel local por un nodo de red, de carácter funcional, que se desempeña alrededor de la atención primaria en salud- APS y por ello el médico y la enfermera son responsables de sus pacientes y receptores obligados de la contra referencia, así como el núcleo para la actualización y capacitación continua. Estas redes se integran funcionalmente a otras redes del orden distrital, regional o nacional, y fortalecen las redes prioritarias, de interés en salud pública, los programas especiales y las modalidades de atención, existentes en el distrito Capital.

Adicionalmente se desarrollan redes temáticas alrededor de programas y modalidades de atención como el programa de medicinas alternativas y terapias complementarias, interrupción voluntaria del embarazo- IVE, pruebas rápidas al lado del paciente- POCT, Tele –salud, programa de atención domiciliaria, programa ruta de la salud, programa aulas hospitalarias.

Estas redes y programas son funcionales, no estructurales, y se desarrollan en el marco de la red pública existente, e incluyen, en el caso de las redes prioritarias y de interés en salud pública, las modalidades de atención y programas de los prestadores de servicios de salud de la red privada.

Por el contexto anterior, se hace necesario implementar y hacer seguimiento a la propuesta de conformación de las Redes Territoriales, Redes prioritarias (red de Bancos de órganos y tejido y la red de Bancos de Sangre). Redes de eventos en salud pública (red materno y perinatal, red de salud mental, red de rehabilitación, y red de salud oral). Adicionalmente fortalecer los programas y modalidad de atención para el fortalecimiento de las redes de servicios de salud de la ciudad, como son los Programas Especiales: Hospitales sin dolor, programa de Medicinas alternativas y terapias complementarias, Programa de atención domiciliaria entre otros, mejorando el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud del Distrito Capital.

## **PROBLEMÁTICA CENTRAL**

El actual sistema general de seguridad social en salud colombiano se caracteriza por una gran fragmentación y segmentación dadas por la coexistencia de múltiples actores y sistemas públicos y privados, que actúan de manera desarticulada, cada uno de acuerdo a sus intereses particulares, sin una concepción clara de la salud como derecho fundamental de todas las personas. Adicionalmente, el sistema está basado en el aseguramiento, sin considerar las necesidades de servicios de salud en la población.

De esta manera, se evidencian serias barreras e inequidades en el acceso a los servicios de salud, escasa resolutivez, desintegración de servicios de salud, fallas en la calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) y altos gastos de bolsillo para la población.

Por otro lado, las normas existentes han puesto a competir en condiciones de mercado a prestadores públicos y privados, estando los primeros en franca desventaja por la rigidez de las normas relativas a manejo de talento humano, contratación, presupuesto, supervisión de entes de control y otras, lo que atenta en forma grave contra la sostenibilidad de los hospitales públicos.

Los problemas de gestión de las EPS ha generado desde hace tiempo problemas graves de iliquidez y carteras importantes con los prestadores públicos y privados, lo cual a su vez origina condiciones indignas de trabajo para los trabajadores del sector salud ( contratación informal, baja remuneración, jornadas exhaustivas de trabajo, pago a destajo, etc).

En el caso específico de las ESE adscritas a la SDS, tienen graves problemas financieros y de gestión, que han producido rezago en temas fundamentales como la actualización y modernización de tecnología, infraestructura física y capacidad resolutive, aunado a la pérdida de competitividad en el sector.

Adicionalmente se evidencian fallas en la función rectora de la autoridad sanitaria a nivel Nacional y Distrital, la cual se ha centrado básicamente en garantizar la financiación del aseguramiento de la población y el no cierre de los hospitales públicos, la mayoría de ellos con graves problemas de gestión y financieros, que impiden el cumplimiento de su objetivo misional y el desempeño de su importante rol dentro del SGSSS en la ciudad. Esta falta de regulación ha incentivado una importante participación del sector privado tanto en la administración de los recursos, como también, en la prestación de los servicios de salud, generando procesos de integración vertical orientados exclusivamente hacia la contención de costos y la rentabilidad económica para los aseguradores, en detrimento de las condiciones de vida y salud de la población

La problemática descrita tiene como causas fundamentales:

- La segmentación de la población con planes de beneficios diferenciales, que no reconocen las diferencias en los grupos de población y genero; el modelo de atención netamente asistencialista e incompleto, que no permite garantizar el derecho a la salud;
- Deficiencias en el ejercicio de rectoría; débil posicionamiento político de la salud en los sectores gubernamentales y sociales; déficit en el financiamiento público de la salud; dificultades en la eficiencia en el gasto.
- La falta de precisión en las normas sobre las competencias de los entes territoriales en el ejercicio de la rectoría en salud y en especial lo relativo a la conformación, integración, operación, habilitación y seguimiento a las redes de servicios de salud; la débil capacidad de la autoridad sanitaria nacional y territorial, para realizar sus funciones
- La no existencia de un sistema integrado de información en salud;
- La distribución inequitativa respecto a cantidad y complejidad y vulnerabilidad de los



equipamientos en salud, en detrimento de las zonas más vulnerables por la falta de una política territorial frente a la distribución de los equipamientos de salud en la ciudad;

- La oferta y disponibilidad de servicios que no se corresponde con las necesidades y expectativas de la población.

Lo anterior trae como consecuencia :

- Una inadecuada organización y prestación de servicios;
- Debilidades en la estructuración y operación de las redes integradas de servicios de salud.
- Existencia de barreras de acceso a servicios de salud -administrativas, geográficas, económicas, culturales, institucionales-;
- No integración de los beneficios individuales y colectivos con otros programas de protección social;
- Pérdida de oportunidad y continuidad de la atención;
- Baja integración clínica que garantice la atención de eventos de interés en salud pública
- Baja implementación de estrategias de atención primaria en salud;

Todo esto impacta negativamente la salud de la población del Distrito capital, evidenciándose el deterioro de los indicadores de mortalidad evitable y morbilidad en la ciudad, incremento en la demanda de servicios asistenciales y de alto costo; la ineficiencia y aumento del gasto en salud, la crítica situación de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, el alto riesgo a la sostenibilidad y viabilidad de los hospitales públicos, las redes de servicios desintegradas y fragmentadas, con numerosas y grandes barreras de acceso a servicios de salud; la insatisfacción con la prestación de servicios por parte de usuarios y el abordaje no integral de las necesidades de salud de la población.

## **DESCRIPCION**

### **ALTERNATIVA UNICA:**

El Plan Distrital de Salud de Bogotá D.C., enmarcado en el Plan de Desarrollo, se propone avanzar en la profundización de la democracia con participación social, integrando los actores y sectores público y privado, mediante la concertación y el desarrollo de sus tres (3) ejes estratégicos que involucran la amplia base de declaratorias y compromisos de carácter internacional, nacional y distrital. Se resaltan la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Reglamento Sanitario Internacional – Versión 2005, la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017, la Constitución Política de Colombia de 1991, Ley 9 de 1979, Decreto 1743 de 1994, otras leyes sobre reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sentencias de la Corte Constitucional de Colombia, los Decretos 3518 de 2006 y 3039 de 2007, la

Resolución 425 de 2008, la Ley 1450 de 2011 y Ley 1438 de 2011.

La ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, establece que la prestación de los servicios de salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud (RISS) ubicadas en un espacio poblacional determinado y estas serán el conjunto de organizaciones que prestan o hagan acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

Para la conformación de las RISS, las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las RISS incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios acorde con el Plan de Beneficios a su cargo. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

La articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, buscando que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos.

La LEY 1450 DEL 16 DE JUNIO DEL 2011, por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014, en el Artículo 156° define el “PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO-ESE”, el cual deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio, incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera.

El sistema de salud en el cual se encuentra inmersa la Ciudad está determinado por una serie de interacciones complejas entre los diferentes agentes y actores que lo hacen inaccesible, que no resuelve los problemas de salud de personas, familias y grupos y perpetua condiciones insalubres para grupos y territorios segregados.

Dentro de la problemática sectorial se evidencian inequidades, escasa resolutivez, fragmentación de los servicios de salud, segmentación de la población con planes de beneficios diferenciales que causan segregación, barreras de acceso, escasa respuesta a las necesidades de la población, un modelo de atención netamente asistencialista e incompleto, que no permite garantizar el derecho a la salud, pero adicionalmente existen otros aspectos que contribuyen a la problemática sectorial como son: el deterioro del ambiente, los modos de vida de los distintos grupos poblacionales, la inseguridad y las difíciles condiciones de movilidad en la ciudad, entre otros.

Adicional a lo anterior, la preponderancia del sector privado tanto en la administración de los recursos, como también, en la prestación de los servicios de salud, debilita en forma grave la sostenibilidad de los hospitales públicos, los cuales se han rezagado en temas fundamentales como la actualización y modernización de tecnología, infraestructura y capacidad resolutive; esto asociado a la pauperización de los trabajadores del sector. Adicionalmente, la acumulación de deudas por la prestación de servicios a las entidades responsables del pago, aunado a la pérdida de competitividad, en cuanto a tarifas para la venta de servicios, ha generado déficit en las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital De Salud De Bogotá D.C.

Adicional a lo anterior, En Bogotá se evidencia un incremento en el número de personas que necesitan un trasplante para el mejoramiento de su calidad de vida, lo cual se ve reflejado en el incremento de pacientes en lista de espera durante los últimos tres años. Para el año 2010 en esta lista estaban 680 pacientes, en el 2011 fue de 720 pacientes, en el 2012 de 840, año 2013, 959 pacientes que requieren un órgano sólido como corazón, riñón o hígado para preservar la vida; así como para corneas: 708 pacientes a fin de mejorar su calidad de vida, para el año 2015 a diciembre se encuentran 2.071 pacientes [Tejidos Oculares 640 pacientes, Hígado 54 pacientes , Corazón 6 pacientes, Riñón 1348 pacientes, Pulmón 15 pacientes, Riñón – Hígado: 8 pacientes (incluidos en las listas de hígado y de riñón) a fin de mejorar su calidad de vida.

En el 2014 se beneficiaron a 307 personas con trasplante de órganos; 23 recibieron trasplante de corazón, 5 recibieron trasplante de pulmón, 78 recibieron trasplante de hígado y 201 recibieron trasplante de riñón.

Colombia ha presentado incremento en la tasa de donación, pasando de 4 donantes d.p.m.p. en 1997 a 18,74 d.p.m.p. para el 2010. Por el contrario en el Distrito Capital, el comportamiento histórico de tasa de donación por d.p.m.p. Entre los años los años 2012 a 2014 al 2014 ha sido 14,92 (2012) , 19,67 (2013), 21,73 (2014).

Respecto a la tasa de donación de sangre en Bogotá, ésta ha tenido un incremento significativo en los últimos 10 años pasando de 23,8 en el año 2004 a 32 unidades por 1000 habitantes en el año 2014 (*dato preliminar*), lo que ha permitido asegurar suficiencia de componentes sanguíneos para los habitantes de la ciudad, a través de los 16 bancos de sangre que han dado satisfacción a la demanda de los 94 clínicas y hospitales de la ciudad, en un 92% durante el año 2014 (*dato preliminar*), obedeciendo el 8% de no respuesta a la no disponibilidad de componentes sanguíneos de grupos sanguíneos poco frecuentes como son glóbulos rojos O negativo, plasma AB y plaquetas de diferentes grupos sanguíneos.

Con relación a la seguridad sanguínea entre el 2004 y noviembre de 2014, se han reportado 98.187, donantes serorreactivos para uno o más de los marcadores serológicos lo cual corresponde a diferir cerca de 9000 donantes cada año por esta causa; cifra que está muy por encima de los estándares de países con gran seguridad sanguínea porque

más del 90% de sus donantes son voluntarios y habituales, en contraste con Bogotá cuyo porcentaje el mes de noviembre de 2014 fue de 16,8%.

Así las cosas, las funciones de Rectoría en el tema de sangre a nivel del Distrito Capital, implica generar herramientas teóricas y prácticas que permitan fortalecer las competencias del talento humano, que involucre todos los ejes de trabajo de la Coordinación de la Red como son Promoción de la Donación, Hemovigilancia y Gestión de la Calidad.

En ese orden de ideas y a raíz de la profunda crisis del sistema de salud en el país, que ha afectado de manera severa los ingresos y productividad de las ESE, principalmente debido a la universalización del aseguramiento, la progresiva unificación de los planes de beneficios y los análisis conforme a la oferta y demanda de esta red, así como la conectividad y vulnerabilidad por riesgo de los territorios, la SDS debió replantear la necesidad de reorganizar la actual red pública de servicios de salud en el D.C y expidió la Resolución 690 de 2012 de la SDS, la cual retoma los aspectos contenidos en la Resolución 1505 de 2011, oficializa la conformación de cuatro (4) redes territoriales de hospitales públicos para el desarrollo del modelo de atención en salud, buscando operar integral y coordinadamente en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, para garantizar la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado que las conforman, garantizándose las condiciones de complementariedad en los portafolios de servicios en las instituciones de primero, segundo y tercer nivel de atención, lo que les permite brindar desde las acciones individuales y colectivas, de promoción y detección temprana de baja complejidad, hasta las acciones resolutorias de mediana y alta complejidad, ya que como instituciones individuales, no garantizan la continuidad y la integralidad en la atención a sus usuarios.

Por lo anterior, en el año 2013 con la participación de diferentes dependencias de La Secretaría Distrital de Salud, se trabajó en la actualización de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C, en el marco de las dinámicas del sector salud, el cambio en la normatividad vigente frente a la atención de las personas y la prestación de los servicios de salud en red, en el cual se incluyó el ajuste a la red pública de servicios de salud, consistente en cuatro (4) redes territoriales de hospitales públicos para el desarrollo del modelo de atención en salud buscando operar coordinadamente en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, propendiendo la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado que las conforman, propuesta avalada el 8 de agosto de 2013 por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

La problemática expuesta exige reorientar la organización y la prestación de los servicios de salud en Redes de prestación de Servicios de Salud, de tal forma que respondan a las necesidades de salud de la población, con los atributos de calidad: accesibilidad, integralidad, seguridad, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia, así como implementar mecanismos y estrategias que permitan ejercer la rectoría del Ente Territorial sobre los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, en el D.C., bajo un modelo de atención en salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica,

cultural y de género que permita hacer realidad la concepción de la salud como bien público, como derecho humano esencial, como deber del Estado y responsabilidad social.

Dentro de los aspectos a considerar en forma especial se encuentra la necesidad de ajustar la tipología de las Instituciones con base en criterios poblacionales y de demanda potencial de acuerdo a los territorios, articulando los diferentes niveles de complejidad en cada una de las redes. En esta propuesta de organización de red, existe mínimo un hospital de tercer nivel de atención (alta complejidad) y uno de segundo nivel (mediana complejidad), que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria, de la población que es atendida y controlada en el nivel primario de atención (baja complejidad).

Por el contexto anterior, se hace necesario implementar y hacer seguimiento a la propuesta de conformación de las Redes Territoriales, Redes prioritarias (red de Bancos de órganos y tejido y la red de Bancos de Sangre). Redes de eventos en salud pública (red materno y perinatal, red de salud mental, red de rehabilitación, y red de salud oral). Adicionalmente fortalecer los programas y modalidad de atención para el fortalecimiento de las redes de servicios de salud de la ciudad, como son los Programas Especiales: Hospitales sin dolor, programa de Medicinas alternativas y terapias complementarias, Programa de atención domiciliaria entre otros, mejorando el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud del Distrito Capital.

La alternativa única de solución a los problemas descritos anteriormente, es la formulación del proyecto de inversión denominado “Redes para la Salud y la Vida”, de manera que con su desarrollo, ejecución y operación del proyecto se apunte al cumplimiento de los objetivos del Plan de Desarrollo y al cumplimiento de las metas del Plan Territorial de Salud y al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Para la vigencia 2012-2016, dentro del proyecto 876 Redes para la Salud y la Vida, se tiene programado desarrollar actividades que permitan el funcionamiento ordenado y armónico del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud, el seguimiento continuo, mediante el Diagnóstico del componente de prestación de servicios de salud, el desarrollo de proyectos comunes, suscripción de contratos y convenios interadministrativos y evaluación y seguimiento al funcionamiento de la red pública adscrita, implementación de los lineamientos para la conformación y organización de la red de prestación de servicios de salud, contratos de prestación de servicios y en general mediante el desarrollo de actividades que apoyen el fortalecimiento, mejoramiento, y consolidación de las redes de servicios de salud, así como el diseño, reorganización y modernización de las ESE, la planificación, organización y generación de programas de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante e iniciativas que generen la Donación voluntaria y altruista, promoción de la donación voluntarios y habituales como la primera estrategia de la seguridad transfusional, para mejorar y brindar una atención integral en las instituciones prestadoras de servicios de salud que de respuesta a las necesidades de salud de la población del Distrito capital.

Con el desarrollo de las actividades propuestas se evidenciará un cambio en la forma de organización y gestión de los servicios de salud, que permitirá la atención integral e integrada de las necesidades y expectativas en salud, bajo el reconocimiento de las diferencias del ciclo de vida, de género, generación, etnia, con énfasis en la promoción y protección de la salud, a nivel individual, familiar y comunitario, reorientando la organización y la prestación de los servicios de salud en redes integradas de servicios de Salud, redes prioritarias, redes de eventos de interés en salud pública y otros eventos, que incluyan servicios públicos y privados, que disminuyan las barreras de acceso y las deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios, de tal forma que respondan a las necesidades de salud de la población, con los atributos de calidad: accesibilidad, integralidad, seguridad, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia, así como implementar mecanismos y estrategias que permitan ejercer la rectoría del Ente Territorial sobre los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, en el D.C., bajo un modelo de atención en salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica, cultural y de género que permita hacer realidad la concepción de la salud como bien público, como derecho humano esencial, como deber del Estado y responsabilidad social. Se realizarán alianzas público-privadas para fortalecer las redes de atención y se disminuirá la fragmentación y la ineficiencia en el uso de los recursos.

Con este proyecto se busca dar respuesta a las necesidades poblacionales mediante la aplicación de un modelo de salud que beneficie a toda la población sin distinciones; un modelo fundamentado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS); que sea incluyente, que convoque y comprometa, que no segregue; que permita construir, con las acciones e intervenciones, los pilares para afectar positivamente los determinantes del proceso salud-enfermedad y procuren condiciones nuevas para la población, en pro de la salud y la calidad de vida y que se consolide y permanezca en el tiempo, independientemente de los cambios de administración en la Ciudad.

Se desarrollarán acciones para fortalecer la prestación de servicios de salud en las ESE, la gestión institucional y la sostenibilidad de las mismas, mediante el seguimiento a la implementación de las medidas de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero en el marco de la red aprobada por el Ministerio de Salud y la Protección Social. acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación entre otros, de igual forma se brindará asesoría y asistencia técnica para fortalecer la oferta de servicios de salud en las ESE y se desarrollarán acciones para la actualización y modernización de la infraestructura y tecnología biomédica que permitan un mejor desarrollo y operación de las mismas en el marco de red.

Las redes de prestación de servicios que se conformen, deberán con sus instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, desarrollar diferentes modalidades de atención evitando barreras de acceso geográficas y administrativas, mediante el

establecimiento de acuerdos de gestión administrativa y clínica y el establecimiento de un Sistema Integrado de Referencia y Contrarreferencia en toda la Red.

Por otro lado, las condiciones de vida, los hábitos y los desarrollos ambientales que inciden en el aumento de personas que necesitan la donación de un órgano o tejido, donde la fragmentación de los servicios y barreras de acceso contribuyen a generar demoras en la calidad de atención, se ve la necesidad de generar estrategias en salud que contribuyan a garantizar la oportunidad, seguridad y pertinencia en la población que demanda y requiere la prestación de los servicios, por lo cual se plantea desarrollar un programa de donación de garantía de calidad de órganos y tejidos con fines de trasplantes, denominado “Hospital Generador de Vida”, que refleje y especifique las responsabilidades de cada uno de los actores que participan en el proceso de promoción de la donación, gestión operativa, sistema de información, recobro y auditorías internas, a través de un servicio humanizado; y en la fase II del programa, para la implementación y desarrollo de las coordinaciones hospitalarias, que permitan estructurar un grupo de profesionales específicos para la gestión operativa de la donación, el cual involucra las actividades de búsqueda, detección, selección, notificación de potenciales donantes, valoración del diagnóstico de muerte, logística para la oferta de componentes anatómicos, legalización del proceso de donación: entrevista familiar – presunción legal de donación, mantenimiento del donante efectivo, logística del transporte de muestras sanguíneas y componentes anatómicos, rescate (extracción) de componentes anatómicos, por último logística en la entrega del cuerpo al hospital con agradecimiento a la familia; y así optimizar el esfuerzo previamente realizado para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que requieren un trasplante de un órgano y/o tejido; todo lo anterior contribuiría a garantizar un incremento en la tasa de donación y mejorar la equidad en el acceso y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Con respecto a la problemática del gran número de donantes reactivos a marcadores serológicos que se acercan a los bancos de sangre a realizar una donación por primera vez y de manera ocasional, lo cual puede poner en riesgo la seguridad sanguínea y transfusional en el Distrito Capital, la estrategia a desarrollar, tal como lo han demostrado otros países del mundo, es generar la cultura de la donación voluntaria y habitual de sangre, como un proceso sostenido en el tiempo, siendo ello la estrategia que más impacto positivo genera en la seguridad transfusional.

Es claro que uno de los indicadores del desarrollo humano de la población y de la garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud es disponer de sangre proveniente de donantes voluntarios, altruistas y habituales o repetitivos. Es por ello que la captación de donantes de sangre voluntarios no remunerados, provenientes de poblaciones de bajo riesgo y que realicen este acto de manera libre, solidaria y habitual, permite reducir la prevalencia de infecciones transmitidas por transfusión, disminuir el riesgo Transfusional incluido el generado por el periodo de ventana y debe ser la principal alternativa a la que la Secretaría Distrital de Salud se comprometerá a desarrollar entre el periodo 2012 - 2016. La estrategia además de impactar sobre la reducción de la reactividad en donantes

de sangre, además permitirá evaluar la calidad de la selección de donantes y mejorar la eficiencia de los bancos de sangre debida a la reducción de pérdidas de sangre y componentes sanguíneos por causa de reactividad.

Para su ejecución el proyecto 876 denominado “Redes para la Salud y la Vida” se estructura de la siguiente manera: dos (2) conceptos del Gasto 02 Dotación y 03 Recurso Humano para, así:

Dotación:

Descripción componente del gasto:

Acciones para la conformación de las redes integradas y para el mejoramiento de los Servicios de Salud en las Empresas Sociales del Estado, en el marco del modelo de atención en salud.

Recurso Humano:

Descripción componente del gasto:

0327 Recurso humano contratado para conformación de las redes integradas de servicios de salud y para el mejoramiento de los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado, en el marco del modelo de atención en salud.

Estos componentes del gasto, apuntan al cumplimiento de las metas definidas en el plan de Desarrollo y en el Plan Territorial de Salud, de la siguiente manera:

Eje 1 Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo. Salud.

Programa: Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la diversidad

Objetivo 1. Reorganizar y desarrollar redes integradas de servicios de salud, con inclusión de los prestadores públicos y privados del Distrito Capital, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud

Meta 1. Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluya la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.

Esta meta se logrará a través de las siguientes actividades:

1.1. Elaboración del diagnóstico y análisis de las necesidades de atención en salud de la población de Bogotá y lineamientos técnicos para la conformación y operación de las redes integradas de servicios de salud en el Distrito Capital.

1.2. Asesoría, asistencia técnica y seguimiento a EAPB, IPS y ESE, para organizar y operar las redes integradas de servicios de salud en el D.C, redes prioritarias, redes de eventos de interés en Salud Pública y de otros eventos.



1.3. Desarrollo de estrategias para el mejoramiento y fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS, para la operación de las redes integradas.

1.4. Asistencia técnica a las ESE adscritas para fortalecer la operación de las redes integradas de servicios de salud

1.5. Definición, desarrollo y evaluación del componente de prestación de servicios de salud del modelo de atención integral aplicando el enfoque poblacional y diferencial.

1.6. Gestión administrativa a los procesos de fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud.

Meta 2. Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

2.1 Asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado, IPS y aseguradores para fortalecer la atención a las mujeres gestantes, en el marco del modelo de atención y de las redes integradas de servicios de salud.

Meta 3. Reducir la razón de mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, a 2016.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

3.1 Asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado, IPS y aseguradores para fortalecer la atención de los neonatos, en el marco del modelo de atención y de redes integradas de servicios de salud.

Meta 4. Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

4.1. Diseño y formulación de la política territorial de equipamientos en salud con base en las leyes nacionales y distritales según la normatividad vigente de ordenamiento territorial y salud.

Meta 5. Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

5.1 Asesoría y asistencia técnica, para el reconocimiento y cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006.

Meta 6. Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016.

Esta meta se logrará a través de las siguientes actividades:

6.1.Revisión, reformulación, implementación y seguimiento a la Política Distrital de Medicamentos, en el marco de la Política Nacional y normatividad vigente

6.2. Asesoría y asistencia técnica en la gestión de medicamentos a las ESE adscritas

Meta 7. Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016.

Esta meta se logrará a través de las siguientes actividades:

7.1. Diseño, formulación, implementación y seguimiento de la Política Distrital de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito capital.

7.2 Asesoría y asistencia técnica a las ESE adscritas para fortalecer la gestión de los dispositivos médicos.

Meta 8. Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.

Esta meta se logrará a través de las siguientes actividades:

8.1. Asesoría y asistencia técnica a las EAPB y red de prestadores de servicios de salud del D.C. en el proceso de implementación del modelo de prestación para mejorar la calidad de los servicios para la atención de las personas con condiciones crónicas.

Meta 9. Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

9.1. Asistencia técnica a la red pública en los procesos de gestión para el fortalecimiento de la oferta en apertura y ampliación de servicios de salud mental, para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial.

Meta 10. Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas .

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

10.1. Asistencia técnica a los prestadores y aseguradores en el proceso de estructuración de un modelo de atención integral para las personas con discapacidad que opere en la red de rehabilitación del D.C

Objetivo 2. Reorganizar y desarrollar redes integradas de servicios de salud, con inclusión de los prestadores públicos y privados del Distrito Capital, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud.

Meta 11. Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente, al 2016.

Esta meta se logrará a través de las siguientes actividades:

11.1. Diseño y desarrollo del Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE.

11.2. Asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de convenios de docencia servicio en función del modelo de atención en salud y de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Meta 12. Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

12.1. Asesoría y asistencia técnica a las ESE para el desarrollo de estrategias de negociación conjunta que favorezca economías de escala

Objetivo 3. Garantizar el acceso de la población bogotana a los servicios especiales en salud dispuestos en las redes de sangre, donación y trasplantes del Distrito Capital, mediante la orientación, regulación, organización y fortalecimiento de estas redes.

Meta 13. Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

13.1. Desarrollo de estrategias para fortalecer los Programas de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual de Sangre, Gestión de la Calidad y Hemovigilancia en los Bancos de sangre y servicios trasfusionales de Bogotá.

Meta 14. Aumentar la Tasa de Donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos x 1.000.000 de habitantes en Bogotá D.C, A 2016.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

14.1. Asesoría y asistencia técnica para la gestión operativa y promoción de la donación, en IPS habilitadas con programa de trasplantes, IPS Generadoras y Bancos de tejidos de la Coordinación Regional N.1.

Meta 15. Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.

Esta meta se logrará a través de la siguiente actividad:

15.1. Asesoría y asistencia técnica a las ESE adscritas a la SDS para el diagnóstico, desarrollo, seguimiento y evaluación del programa de donación y trasplante

## **6. OBJETIVOS:**

### **General:**

Orientar, regular, organizar y fortalecer los servicios de salud del Distrito Capital para la conformación y operación en redes integradas de servicios de salud en el marco del modelo de Atención Primaria en Salud que responda a las necesidades y expectativas de la población.

### **Objetivos específicos:**

1. Diseñar el componente de prestación de servicios de salud del modelo de atención en salud para la ciudad, que incluya modalidades de atención extra e intra institucionales.
2. Implementar el programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de la red de Empresas Sociales del Estado- ESE, para fortalecer y mejorar las condiciones de calidad de la prestación pública de servicios de salud y la gestión institucional.
3. Organizar la operación de las redes integradas de servicios de salud, fortaleciendo el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema.
4. Fortalecer y modernizar las redes prioritarias y de eventos de interés en salud pública en el marco del Modelo de Atención en Salud y en articulación con la Redes Integradas de Servicios en Salud.

5. Formular, implementar y monitorear la Política Territorial de Equipamientos en Salud, en el marco del modelo de atención en salud.
6. Formular, implementar y monitorear las políticas de medicamentos y de dispositivos médicos, de acuerdo a la normatividad vigente.
7. Fortalecer la seguridad sanguínea en Bogotá, a través del diseño e implementación del Programa Distrital para la Promoción Integral Sostenible de Donación Voluntaria y Habitual de Sangre como indicador del desarrollo humano de la población y en garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud.
8. Promover el desarrollo del proceso de donación de órganos para contribuir a satisfacer las necesidades de órganos y tejidos humanos con fines de trasplante con un enfoque de calidad, oportunidad, equidad y solidaridad, acorde con las políticas y normatividad vigente

<b>NOMBRE DEL PROYECTO: 876 Redes para la Salud y la Vida</b>						
<b>FORMATO ID-08: Cuantificación de las actividades de la alternativa seleccionada.</b>						
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>Años del Proyecto / Años Calendario</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		2012 ejecutado	2013	2014	2015	2016
<b>Eje 1 Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo. Salud.</b>						
<b>Programa: Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la diversidad</b>						
<b>Objetivo 1. Reorganizar y desarrollar redes integradas de servicios de salud, con inclusión de los prestadores públicos y privados del Distrito Capital, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud</b>						
<b>META 1. Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluya la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.</b>						

1.1. Elaboración del diagnóstico y análisis de las necesidades de atención en salud de la población de Bogotá y lineamientos técnicos para la conformación y operación de las redes integradas de servicios de salud en el Distrito Capital.	Porcentaje avance de	12,5%	25%	25%	24,6%	12,9%
1.2. Asesoría, asistencia técnica y seguimiento a EAPB, IPS y ESE, para organizar y operar las redes integradas de servicios de salud en el D.C, redes prioritarias, redes de eventos de interés en Salud Pública y de otros eventos.	Porcentaje avance de	12,5%	25%	25%	25%	12,5%
1.3. Desarrollo de estrategias para el mejoramiento y fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS, para la operación de las redes integradas.	Porcentaje avance de	12,5%	0%	37,5%	37,5%	12,5%
1.4 Asistencia técnica a las ESE adscritas para fortalecer la operación de las redes integradas de servicios de salud	Porcentaje avance de	12,5%	25%	25%	25%	12,5%
1.5. Definición, desarrollo y evaluación del componente de prestación de servicios de salud del modelo de atención integral aplicando el enfoque poblacional y diferencial.	Porcentaje avance de	12,5%	25%	25%	25%	12,5%

1.6. Gestión administrativa a los procesos de fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud.	Porcentaje de avance	12,5%	25%	25%	25%	12,5%
<b>Meta 2. Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.</b>						
2.1 Asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado, IPS y aseguradores para fortalecer la atención a las mujeres gestantes, en el marco del modelo de atención y de las redes integradas de servicios de salud.	Porcentaje de avance	12,5%	25%	25%	24,5%	13%
<b>Meta 3. Reducir la tasa de mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, a 2016.</b>						
3.1 Asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado, IPS y aseguradores para fortalecer la atención de los neonatos, en el marco del modelo de atención y de redes integradas de servicios de salud.	Porcentaje de avance	12,5%	25%	25%	24,5%	13%
<b>Meta 4. Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016.</b>						
4.1. Diseño y formulación de la política territorial de equipamientos en salud con base en las leyes nacionales y distritales según la normatividad vigente de ordenamiento territorial y salud.	Porcentaje de avance	5%	25%	30%	30%	10%
<b>Meta 5. Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006, al 2016.</b>						

5.1 Asesoría y asistencia técnica, para el reconocimiento y cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006.	Porcentaje de avance	12,5%	25%	25%	25%	12,5%
<b>Meta 6. Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016.</b>						
6.1.Revisión, reformulación, implementación y seguimiento a la Política Distrital de Medicamentos, en el marco de la Política Nacional y normatividad vigente	Porcentaje de avance	5%	25%	30%	30%	10%
6.2. Asesoría y asistencia técnica en la gestión de medicamentos a las ESE adscritas	Porcentaje de avance	5%	25%	30%	30%	10%
<b>Meta 7. Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016.</b>						
7.1. Diseño, formulación, implementación y seguimiento de la Política Distrital de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito capital.	Porcentaje de avance	4,5%	24%	30%	25%	16,5%
7.2 Asesoría y asistencia técnica a las ESE adscritas para fortalecer la gestión de los dispositivos médicos.	Porcentaje de avance	4,5%	24%	30%	30%	11,5%
<b>Meta 8. Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.</b>						



8.1 Asesoría y asistencia técnica a las EAPB y red de prestadores de servicios de salud del D.C. en el proceso de implementación del modelo de prestación para mejorar la calidad de los servicios para la atención de las personas con condiciones crónicas.	Porcentaje de avance	5%	25%	30%	30%	10%
<b>Meta 9. Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.</b>						
9.1. Asistencia técnica a la red pública en los procesos de gestión para el fortalecimiento de la oferta en apertura y ampliación de servicios de salud mental, para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial.	Porcentaje de avance	5%	25%	30%	30%	10%
<b>Meta 10. Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas .</b>						
10.1. Asistencia técnica a los prestadores y aseguradores en el proceso de estructuración de un modelo de atención integral para las personas con discapacidad que opere en la red de rehabilitación del D.C	Porcentaje de avance	5%	25%	30%	30%	10%
<b>Objetivo 2. Reorganizar y desarrollar redes integradas de servicios de salud, con inclusión de los prestadores públicos y privados del Distrito Capital, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud</b>						
<b>Meta 11. Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente, al 2016.</b>						

11.1. Diseño y desarrollo del Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE.	Porcentaje de avance	12,5%	25%	25%	25%	12,5%
11.2. Asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de convenios de docencia servicio en función del modelo de atención en salud y de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.	Porcentaje de avance	12,5%	25%	21%	27,1%	14,4%
<b>Meta 12. Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.</b>						
12.1. Asesoría y asistencia técnica a las ESE para el desarrollo de estrategias de negociación conjunta que favorezca economías de escala	Porcentaje de avance	5%	25%	30%	30%	10%
<b>Objetivo 3. Garantizar el acceso de la población bogotana a los servicios especiales en salud dispuestos en las redes de sangre, donación y trasplantes del Distrito Capital, mediante la orientación, regulación, organización y fortalecimiento de estas redes.</b>						
<b>Meta 13. Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.</b>						
13.1. Desarrollo de estrategias para fortalecer los Programas de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual de Sangre, Gestión de la Calidad y Hemovigilancia en los Bancos de sangre y servicios trasfusionales de Bogotá	Porcentaje de avance	11%	25%	25%	19,1%	19,9%
<b>Meta 14. Aumentar la Tasa de Donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos x 1.000.000 de habitantes en Bogotá D.C, A 2016.</b>						

14.1. Asesoría y asistencia técnica para la gestión operativa y promoción de la donación, en IPS habilitadas con programa de trasplantes, IPS Generadoras y Bancos de tejidos de la Coordinación Regional N.1.	Porcentaje de avance	10%	35,5%	25%	19,5%	10%
<b>Meta 15. Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.</b>						
15.1. Asesoría y asistencia técnica a las ESE adscritas a la SDS para el diagnóstico, desarrollo, seguimiento y evaluación del programa de donación y trasplante.	Porcentaje de avance	5%	38,5%	25%	21,5%	10%

8. IDENTIFICACION DEL GRUPO OBJETIVO					
1. CUANTIFICACION					
GRUPO OBJETIVO	Años del proyecto/ Años calendario				
	0	1	2	3	4
	2012	2013	2014	2015	2016
Población total de Bogotá D.C.	7.571.345	7.674.366	7.776.84	7.878.783	7.980.001
ESE adscritas a la SDS	22	22	22	22	22

Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., anualizadas por sexo y edades simples (de 0 a 24 años) u por grupos quinquenales (de 25 años en adelante). Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE.

## 2. PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL GRUPO OBJETIVO

En el año 2016 la población de Bogotá asciende a 7.980.001 según las Las proyecciones del DANE.

Según la encuesta multipropósito En 2011, se estimó la población de Bogotá en 7.451.231 personas, ésta se incrementó a 7.794.463 en la estimación para 2014. La localidad que más incrementó su población fue Usme, seguida de Bosa, Suba y Fontibón. Las que menos crecieron en población fueron San Cristóbal, Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe. Para los estratos socioeconómicos en la ciudad, la distribución de la población muestra una concentración de personas en los

estratos 2 y 3 (40,4% y 35,7% viven en estos estratos, respectivamente). El estrato que más creció en población entre 2011 y 2014 fue el estrato 1 y el que disminuyó su población fue el estrato 4. Al comparar la estructura por edad y sexo de la población bogotana en los años 2011 y 2014 (gráfica 2), se evidencia una reducción en los niños y niñas en el grupo de edad de cero a cuatro años, esta reducción se explica por un descenso en la tasa de fecundidad en la ciudad de Bogotá. Se observan diferenciales de población en los grupos de edad de 20 a 24 años y de 45 a 49 años e incrementos poblacionales a partir de los 50 años

Según la encuesta multipropósito para Bogotá 2014, En Bogotá, el índice de pobreza por NBI mostró una fuerte reducción. El porcentaje de pobreza en el año 2011 fue de 5,2%, mientras que para el año 2014 fue de 4,2%. Esta tendencia indica que Bogotá ya está en capacidad de eliminar completamente la pobreza por NBI. El hacinamiento crítico bajó de 180.312 personas (2,4%) en el año 2011 a 136.946 (1,8%) en el año 2014. El número de personas con servicios inadecuados también se redujo al pasar de 12.919 (0,2%) a 10.131 (0,1%). El número de personas con alta dependencia económica se redujo de 141.586 (1,9%) en el año 2011 a 124.250 (1,6%) en el año 2014. En Bogotá se redujo el déficit de vivienda (cuantitativo y cualitativo) en el 2014 frente al 2011. La proporción de hogares con necesidades habitacionales en el 2011 fue 11,8% y en el 2014 se redujo cerca de 3 puntos porcentuales, bajó a 9,1%.

Bogotá en 2014 contó con 2.437.996 hogares que habitaban en 2.381.129 viviendas, lo que mostró una relación de 1,03 hogares por vivienda. El número de hogares por vivienda para Bogotá fue de un hogar por vivienda para 2011, este resultado se mantuvo para 2014. La localidad de Rafael Uribe Uribe aumentó su promedio de hogares por vivienda en 2014 a 1,1. Por el contrario, las localidades de Santafé, San Cristóbal, Bosa, Barrios Unidos, Antonio Nariño, Puente Aranda y Ciudad Bolívar disminuyeron en el promedio de hogares por vivienda en una décima. En Bogotá, para 2011, el promedio de personas por hogar fue de 3,4 y para 2014 éste se redujo a 3,2 personas por hogar. Las localidades que en 2011 presentaron un número de personas más alto por hogar fueron San Cristóbal y Usme con un promedio de 3,7 personas, y Ciudad Bolívar con un promedio de 3,8 personas por hogar. Para estas tres localidades, en 2014, el promedio se redujo a 3,5 personas por hogar. Según los resultados de 2014, las localidades con un mayor promedio de personas por hogar fueron las de San Cristóbal, Usme, Bosa, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar con un valor común para todas las localidades de 3,5 personas por hogar. La mayor participación de viviendas dentro del total Bogotá para 2014 se dio en las localidades de Suba con 14,6%, Kennedy con 12,8% y Engativá con 11,4%, siendo éstas las mismas para 2011. Al mismo tiempo, estas localidades son las que poseen mayor número de hogares para 2014 y 2011 y una mayor población.

La mayoría de los hogares en Bogotá en 2014, estuvieron compuestos por cuatro o más miembros (40,3%), indicador 4,9 puntos porcentuales por debajo de lo reportado para 2011 (45,2%). Los hogares de un solo miembro en 2014 siguieron siendo la minoría en Bogotá (14,15%), aunque éstos aumentaron con respecto a 2011 en todos los estratos, principalmente en el estrato 6 y en las localidades de Chapinero, La Candelaria y Teusaquillo.

La afiliación de personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud se incrementó en Bogotá: pasó de un 92% en 2011 a un 93,9% en 2014. En parte, este comportamiento se explica por las dinámicas favorables del mercado laboral. Por tipo de régimen, se observó, en términos generales, un incremento entre 2011 y 2014 de la afiliación en el Régimen Contributivo y una reducción de las afiliaciones del Régimen Subsidiado y Especial. En el primero se encontró un aumento de 72,3% al 74,2%. Por el contrario, la cantidad de afiliaciones al Régimen Subsidiado se redujo en aproximadamente un punto porcentual, desde 23,9% a 22,8%

En términos generales, para la ciudad de Bogotá se observó una reducción en casi todas componentes del NBI. El hacinamiento crítico bajó de 2,4% en el año 2011 a un 1,8% en el año 2014. Los servicios inadecuados también presentaron una reducción al pasar de 0,2% a 0,1%, y la alta dependencia económica se redujo de 1,9% en el año 2011 a 1,6% en el año 2014. El índice de pobreza y miseria por NBI también mostró una fuerte reducción. El porcentaje de pobreza en el año 2011 fue de 5,2%, mientras que para el año 2014 es de 4,2%. En cuanto al porcentaje de miseria la reducción fue de 0,3% en el año 2011 a 0,2% en el año 2014. El porcentaje de hogares en condición de miseria por el índice de necesidades básicas insatisfechas para el total Bogotá en 2011 se encontraba en 0,3 % y en 2014 disminuyó a 0,2%. Al examinar estos resultados por estratos, en el estrato 1, los hogares en condición de miseria pasaron de 1,6% en 2011 a 0,9% en 2014. Este valor también disminuyó en el estrato 2 pasando de 0,3% en 2011 a 0,2% en 2014. El porcentaje de hogares en pobreza por el índice de necesidades insatisfechas para el total Bogotá pasó de 5,2% en 2011 a 4,2% en 2014. En todos los estratos ésta misma cifra disminuyó en 2014. Para el estrato 1, pasó 12,2% en 2011 a 11,2 en 2014

### **Población Afectada**

	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL POBLACION	7.571.345	7.674.366	7.776.845	7.878.783	7.980.001

### **Población Atendida**

	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL POBLACION	7.571.345	7.674.366	7.776.845	7.878.783	7.980.001

### **Población por Atender**

	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL POBLACION	0	0	0	0	0

Se constituyen de igual forma en población objeto de este proyecto, las IPS, EAPB y las 22 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.

Las intervenciones que se realizan para la red pública adscrita a la SDS, se focalizan hacia la población más pobre y vulnerable, es decir, los afiliados al régimen subsidiado y los vinculados o población pobre no asegurada, que representa la población objeto de atención por parte de los hospitales públicos; el otro criterio de focalización usado es de vulnerabilidad por ciclo vital, es decir maternas, niños menores de 1 año, menores de 5 años y adultos mayores.

La conformación de redes de prestación de servicios de salud beneficiará a la totalidad de la población, teniendo en cuenta que estas redes incluyen a prestadores públicos y privados que ofertan los servicios de los diferentes planes de beneficios para la población de los distintos regímenes de afiliación en el SGSSS.

El fortalecimiento de las redes de eventos de interés en Salud Pública , redes prioritarias, programas y modalidades de atención beneficiarán a la totalidad de la población que accede a estos servicios.

Adicional a lo anterior, la red prioritarias: Red de donación y trasplantes, en el proyecto está beneficiando directamente a la población Distrito Capital y la zona de influencia de Regional N1.

Respecto a la Red Distrital de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea, el proyecto beneficiará principalmente a los pacientes que requieren de terapia transfusional para mantener su vida, a los 16 bancos de sangre y 80 servicios trasfusionales que hacen parte de la Red y en general a toda la población del Distrito Capital que no está exenta que en algún momento requiera una transfusión sanguínea.

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema planteado, o que tienen bajo su responsabilidad la identificación de la población afectada, se encuentran el Ministerio de Salud y Protección Social, la Alcaldía Mayor de Bogotá a través de las Secretarías de Despacho, el Concejo de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, las Empresas Sociales del Estado, Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del régimen contributivo y subsidiado, la academia y agremiaciones científicas, El Ministerio de Hacienda y crédito Público, los organismos de cooperación internacional, la comunidad y usuarios, la industria de tecnología en salud y las entidades de vigilancia y control.

## 9. ESTUDIOS Y NORMAS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

### FORMATO ID-04 POLITICA NACIONAL Y/O SECTORIAL QUE RESPALDAN EL PROYECTO DE INVERSION

El plan de desarrollo para Bogotá Distrito Capital 2012-2016, asume al ser humano como el centro de la política pública y apuesta porque la ciudad se convierta en un entorno que promueve las capacidades y las libertades de toda la ciudadanía, sin ningún tipo de segregación, ya sea cultural, social, económica o territorial.

El gobierno distrital pondrá sus recursos al servicio del bienestar colectivo y a la ampliación de la garantía de derechos a través del fortalecimiento de lo público, la promoción de un sentido de solidaridad mutua, un incremento de la progresividad en su tributación, la ampliación de la participación y decisión de la ciudadanía.

En el programa territorios saludables y Red pública de salud para la vida- Asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, modificando positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria, la gestión social integral y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad. Fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad favoreciendo la información y educación familiar y comunitaria en las unidades territoriales, e incorporando enfoques diferenciales para la atención integral de víctimas del conflicto armado y reconociendo

las prácticas de los grupos étnicos. Brindar atención universal de salud haciendo énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos ambientalmente saludables y la prevención de enfermedades; velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Lo contemplado en este programa y el Plan Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2012 – 2016 está en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo vigente y da cumplimiento a lo establecido en el Decreto Nacional 3039 de 2007, en el Artículo 2 de la Resolución 425 de 2008 y en la Circular 0005 de enero 26 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Acuerdo 489 de 2012**, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012 – 2016 “Bogotá Humana”.

Como soporte de Plan de Desarrollo el proyecto de inversión denominado “Redes para la Vida y la Salud ” se sustenta en la siguiente normatividad:

**El Código Sanitario Nacional, ley 9 de 1979** por la cual se dictan Medidas Sanitarias en el título IX, artículos 540 a 543 establece las primeras normas referentes a reglamentar la donación o el traspaso y la recepción de órganos, tejidos o líquidos orgánicos utilizables con fines terapéuticos.

**Ley 73 de 1988**, establece la presunción legal de donación cuando una persona

durante su vida se haya abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos o componentes anatómicos después de su fallecimiento, si dentro de las seis (6) horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral o antes de la iniciación de una autopsia médico-legal, sus deudos no acreditan su condición de tales ni expresan su oposición en el mismo sentido. **Constitución Política de Colombia [CPC] de 1991.** Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes.... conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. ...Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

**Ley 10 del 10 de Enero de 1990** por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 6, literales a y b, asigna en forma expresa al Distrito Especial de Bogotá la responsabilidad de la dirección y prestación de los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención. Capítulo 1, artículo 2, define que todas las instituciones que presten servicios de salud, están obligadas a prestar atención inicial de urgencias, independientemente de la capacidad socioeconómica de los demandantes de servicios.

**Decreto 1760 de 1990.** Reglamentario de la Ley 10 de 1990. Establece y define los niveles de atención, tipo de servicios y grado de complejidad.

**Resolución 14707 de 1991.** Determina los niveles de atención en salud.

**Acuerdo 20 de 1990. Artículo 2.-** Asignar a la "Secretaría Distrital de Salud", como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud logrando la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud; y define sus funciones.

**Ley 100 de 1993.** Por la cual crea el sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. En sus artículos 152 a 233 define todo lo relacionado con la vinculación de las personas al sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en salud, la prestación de servicios en salud en el territorio colombiano y la vigilancia y el control Ley 100 Diciembre 23 de 1993: por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 1571 de 1993,** Por el cual se reglamentan las actividades relacionadas con la obtención, donación, conservación, procesamiento, almacenamiento, transfusión y suministro de sangre humana y sus derivados, así como lo relacionado con las Instituciones que realizan estas actividades es decir, los Bancos de Sangre. Se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

**Decreto 1876 de 1994** del Ministerio de Salud. Define la reglamentación aplicable a las Empresas Sociales del Estado y establece que estas instituciones constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada o reorganizada por ley, o por las



asambleas o concejos. El Artículo 20, establece que la tutela gubernamental a la cual están sometidas, tiene por objeto el control de sus actividades y la coordinación de éstas con la política general del gobierno en los niveles Nacional, Departamental, Distrital y Municipal y particular del sector.

**Decreto 1757 de 1994** del Ministerio de Salud. Mediante el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud.

**Resolución 5261 de 1994.** En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las IPS autorizadas para ello. Cuando las condiciones de atención del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios que establezca cada EPS. El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias.

**Resolución 901 de 1996,** Por el cual se adopta el manual de normas técnicas, administrativas y de procedimientos de Bancos de Sangre.

**Acuerdo 17 de Diciembre 19 de 1.997:** por el cual se transforman los establecimientos públicos distritales prestadores de servicios de salud como Empresas Sociales del Estado, se crea la Empresa Social del Estado la Candelaria y se dictan otras disposiciones.

**Ley 361 de 1997,** sobre integración social de las personas con discapacidad; Plan Nacional de atención a las personas con discapacidad 1998 – 2002, y la Política Nacional de Atención a la población con discapacidad; Política Distrital “Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad”; Plan Distrital de discapacidad 2001 – 2005; Plan Nacional de Atención a la población con discapacidad, 2003 – 2006.

**Ley 489 de 1998** establece como marco legal que “Artículo 107. Convenios para la ejecución de planes y programas, con la periodicidad que determinen las normas reglamentarias, la Nación y las entidades territoriales podrán celebrar convenios con las entidades descentralizadas del correspondiente nivel administrativo, para la ejecución de los planes y programas que se adopten conforme a las normas sobre planeación.

**Resolución 03200 de 1998,** por la cual se establecen los requisitos para la legalización de las donaciones hechas durante la vida de una persona, con destino a los bancos de Componentes Anatómicos

**Acuerdo 13 del 2000** del Concejo de Bogotá. El cual reglamenta la participación ciudadana en la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Desarrollo Económico y Social para las diferentes localidades que conforman el Distrito Capital y crea e integra los Consejos Locales de Planeación y los Encuentros Ciudadanos como espacios y mecanismos para dicha participación.

**Ley 715 de 2001.** Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones. Establece como competencias de la nación entre otras, la promoción de organizaciones de redes de prestación de servicios de salud. El Artículo 54, establece que el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en

beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. Así mismo, en el numeral 43.2.4. Se planteó la responsabilidad de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

**Documento Conpes 3175 de 2002.** Autoriza a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por US \$ 100 millones o su equivalente en otras monedas, destinados a financiar parcialmente la primera fase del proyecto de modernización de redes de prestación de servicios de salud.

**Documento Conpes 3204 de 2002.** Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del Presupuesto General de la Nación para la modernización de los hospitales públicos. Se puede leer en dicho documento, que la prestación de servicios de salud en el SGSSS se orientará a mejorar el acceso, la oportunidad, la utilización y la calidad de los servicios, independientemente de la naturaleza jurídica de las IPS, creando incentivos para que a través del mercado se ajuste la oferta requerida. A renglón seguido, dice: para esto el Gobierno Nacional pondrá en marcha las siguientes políticas y estrategias: - Para mejorar la eficacia de la oferta de servicios de salud, se promoverá un modelo de atención donde confluyan aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en salud pública. - Se implementarán mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población.

**Ley 762 de 2002** suscrita en la ciudad de Guatemala y mediante la cual se aprueba la “Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”.

**Decreto 1150 de 2003**, a través del cual el Gobierno Nacional cedió recursos al Distrito Capital, correspondientes al IVA a los licores y productos extranjeros, destinados a la financiación del programa de organización y modernización de redes de prestación de servicios de salud y hacen parte del Proyecto 386.

**Decreto 2493 del 2004**, Reglamenta parcialmente las leyes 9° de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos, disponiendo en el artículo 8, párrafo 1° “Las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Trasplantes estarán bajo la responsabilidad y a cargo de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, D.C. y de las Direcciones Departamentales de Salud de Antioquia, Valle, Santander y Atlántico, respectivamente”.

**Ley 919 de 2004**, por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico.

**El Decreto 2493 de 2004**, tiene por objeto regular la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos.

**Acuerdo 140 de 2005.** Mediante el cual el Concejo de Bogotá, institucionalizo el 25 de abril como el Día de la Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante con el objeto de fomentar la cultura en dicho aspecto.

**Resolución 2640 de 2005,** Reglamenta artículos 3°, 4°, 6° parágrafos 2° y 7° numeral 10,25 y 46 del Decreto 2493 de 2004 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 2640 de 2005,** establece la estructura de la Red de Donación y Trasplantes la cual se estructura en dos (2) niveles: Nacional y Regional. Adicionalmente: Establece los procedimientos de inscripción ante la Coordinación regional de trasplantes de los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; Enuncia las funciones de las IPS trasplantadoras, de los comités nacional y regional; define requisitos de Infraestructura, recurso humano, equipos y reportes de información para las coordinaciones.

**Resolución 5108 de 2005,** por la cual se establece el Manual de Buenas Prácticas para Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y se dictan otras disposiciones.

**Resolución Número (5123) de Diciembre 27 de 2006,** por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud, establece, como una herramienta que permite la programación de recursos de inversión y la racionalización de la oferta de servicios de salud para direccionar su desarrollo y define los Servicios de Control Especial de Oferta.

**Circular 001 de 2006,** Por la cual se hacen recomendaciones respecto a la donación voluntaria de sangre y la coordinación entre los actores de la red bancos de sangre y servicios de transfusión.

**Ley 1164 de 2007** Por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud. En el artículo 13 de la calidad de los programas de formación en área de la salud, define los escenarios de práctica y los criterios de la práctica formativa.

**Ley 1122 de 2007,** por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones: Artículo 27: Regulación de las Empresas Sociales del Estado, en especial lo establecido en el literal a. Requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operación.

**Decreto 4747 de 2007,** por medio del cual se regulan algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

**Decreto 3039 de 2007** del Ministerio de Protección Social. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Establece líneas de política, objetivos, metas y estrategias del plan y en específico lo relacionado con la línea No. 3 Recuperación y superación de los daños en salud.

**Decreto 470 de 2007,** el cual constituye la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital 2007- 2020.

**Resolución 291 del 8 de Mayo de 2007,** mediante la cual el Secretario de Salud de Bogotá delega en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud las Funciones de la

Coordinación Regional No 1 Red De Donación y trasplantes

**Política Nacional de Sangre 2007**, Por la cual se dan lineamientos a desarrollar en los bancos de sangre y los demás actores del sistema.

**Resolución No. 0425 de 2008**, por el cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública, de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. En específico lo relacionado con el eje programático de Prestación y desarrollo de servicios de salud.

**Sentencia de UNIFICACIÓN SU -484 de 2008 de la Corte Constitucional**, sobre el amparo de derechos fundamentales de los trabajadores de la Fundación San Juan de Dios en liquidación.

**SENTENCIA T-760 de 2008**: La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, profirió la Sentencia T-760 de 2008, donde resolvió veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud. Veinte de ellas, fueron presentadas por personas que requerían acceder a un servicio de salud. Las dos restantes fueron presentadas por una EPS (Sanitas) que pedía al Ministerio de la Protección Social, en un caso, y al Consejo Superior de la Judicatura, en otro, que se ajustara la regulación en materia de recobros al Fosyga.

La Corte Constitucional reiteró que “el derecho a la salud es fundamental”. Ello no significa que sea absoluto. Sin embargo, como cualquier derecho fundamental, la salud tiene un núcleo esencial que debe ser garantizado a todas las personas. Además, el ámbito de dicho derecho puede ser objeto de limitaciones que, para ser admisibles, deben estar justificadas a la luz de los principios de razonabilidad y proporcionalidad.

**ACUERDO 008 de 2009 DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD CRES**: tiene como objeto aclarar y actualizar integralmente los planes Obligatorios de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, con las inclusiones y exclusiones que se detallan en los títulos siguientes, con las condiciones y definiciones establecidas para cada régimen.

**Acuerdo Distrital 363 de 2009**, por el cual se establece la coordinación entre la Secretaría de Salud y las ESE'S del Distrito Capital en cuanto a la donación y trasplante de órganos y tejidos.

**Acuerdo Distrital 369 de 2009**, por el cual se crea la orden “Responsabilidad Social DONA BOGOTA” como incentivo, reconocimiento y exaltación de las personas naturales y/o jurídicas comprometidas en Bogotá con la donación de órganos y tejidos humanos.

**El Acuerdo Distrital 419 de 2009**, por el cual se establece la obligatoriedad de reportar las muertes en el momento de su ocurrencia con fines de trasplante de órganos y tejidos. La Secretaría Distrital de Salud en el marco de la normatividad vigente, adoptará las medidas necesarias y conducentes para el reporte inmediato a la Regional No. 1 de Donación y Trasplantes, del fallecimiento de personas en las instalaciones de la Red Hospitalaria del Distrito Capital, con excepción de aquellas personas que presenten contraindicaciones para ser donantes potenciales.

**Resolución 1505 del 19 de Diciembre de 2011**: cuyo objeto es “Conformar las redes

territoriales de Empresas Sociales del Estado adscritas a Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, para el desarrollo de un modelo de atención primaria en salud a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud”.

**Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el Sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en su artículo 60°** define las redes integradas de servicios de salud “como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”, en el artículo 61 estableció que la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado y en su artículo 62, dispone que las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red. Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.

**LEY 1450 DEL 16 DE JUNIO DEL 2011.**, por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014, “ARTICULO 156°. PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO-ESE. El Programa deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero.

**Circular externa 2-0971 de 2011 del Instituto Nacional de Salud,** establece los lineamientos para la inscripción de las IPS habilitadas con programa de trasplante ante las coordinaciones regionales de la red de donación y trasplantes de su jurisdicción.

**Resolución 2509 de 2012,** Por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012.

**Decreto 1865 de 2012,** por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto ley 019 de 2012.

**Resolución 3467 de 2012** , Por la cual se adopta el manual de condiciones para el Diseño Y Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y financiero por parte de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio y alto. Ley 1587 de **2012**, por la cual se efectúan unas modificaciones al Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2012.

**Ley 1608 de 2012**, la cual establece medidas para la liquidez del sector salud.

**Resolución 690 de 2012**, por la cual se establece la conformación de cuatro (4) redes territoriales de hospitales públicos para el desarrollo del modelo de atención en salud, buscando operar integral y coordinadamente en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, para garantizar la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado que las conforman.

**La Ley 1608 de 2013**, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

**Decreto 1141 de 2013**, Por el cual se determinan los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto.

**Resolución 1985 de 2013**, Por la cual se establece el procedimiento que las entidades territoriales deben seguir para incluir los proyectos de inversión en sus Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, en el Marco de la Ley 1608 de 2013.

**Resolución 2003 de 2014**, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios.

**Resolución 1893 de 2015**, Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2015

## 10. FUENTES DE FINANCIACION DEL PROYECTO

Años Calendario	0	1	2	3	4	
TOTAL COSTOS	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Rentas Cedidas: IVA a Licores y productos extranjeros	5.905.408.200	4.486.569.269	5.964.472.000	5.112.743.244	8.409.125.000	29.878.317.713
FOSYGA						
ICN						
Situado fiscal.						
Sistema General de Participaciones						
Otros Ingresos de la nación: Otras transferencias de la Nación						
Otros aportes del Distrito.	151.564.985.054	124.683.384.676	16.999.272.291	84.153.403.434	4.900.000.000	382.301.045.455
Aporte Ordinario - Recursos del Balance Donaciones - Aporte Voluntario 110%			22.095.000	74.640.000	29.544.000	126.279.000
Recursos de capital (Otros Recursos del Balance de Destinación Específica)			6.912.409.000	4.289.360.000	3.174.826.000	14.376.595.000
Rentas contractuales						
Otros Recursos del Balance de Destinación Específica [Cuenta Maestra Régimen Subsidiado]	48.016.655.271		131.624.887.254	0	80.300.000.000	259.941.542.525
<b>Total Financiación</b>	<b>205.487.048.525</b>	<b>129.169.953.945</b>	<b>161.523.135.545</b>	<b>93.630.146.678</b>	<b>96.813.495.000</b>	<b>686.623.779.693</b>

**APROPIACIÓN DEL PROYECTO:**

El proyecto de Inversión 876 denominado Redes para la Salud y la Vida, para la vigencia 2015 inicia con una asignación presupuestal de **\$96.813.495.000**

**11. OBSERVACIONES****12. PARTICIPANTES Y DILIGENCIAMIENTO:**

Nombre y cargo: Pilar Garzón Cuervo- Profesional Especializado- Tamara Vanin- Contratista  
Te: 3649090 ext. 9547, 9730, 9874

Actualización : Bogotá, D.C., Enero 25 de 2016

**13. RESPONSABLE**

**Nombre:** SULBY PATRICIA MCBAIN MILLAN

**Cargo:** Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento (E)

Proyectó: Pilar Garzón Cuervo./ Tamara Vanin Nieto  
Revisó: Consuelo Peña Aponte