

Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha: 13/junio/2016
Estado:
Inscrito _____
Registrado _____
Actualizado _____

1. Identificación

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
PROYECTO ESTRATEGICO:	ATENCION INTEGRAL EN SALUD
PROYECTO:	ASEGURAMIENTO SOCIAL UNIVERSAL EN SALUD

2. Clasificación

SECTOR:	SALUD
PLAN DE DESARROLLO:	BOGOTA MEJOR PARA TODOS 2016-2020
PILAR UNO:	IGUALDAD DE CALIDAD DE VIDA
PROGRAMA:	ATENCION INTEGRAL Y EFICIENTE EN SALUD
METAS PLAN:	<ol style="list-style-type: none">1. Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático.2. Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1'334.667.

3. Localización Geográfica

Localización:	El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las veinte localidades: 1 Usaquén, 2 Chapinero, 3 Santa fe, 4 San Cristóbal, 5 Usme, 6 Tunjuelito, 7 Bosa, 8 Kennedy, 9 Fontibón, 10 Engativá, 11 Suba, 12 Barrios Unidos, 13 Teusaquillo, 14 Mártires, 15 Antonio Nariño, 16 Puente Aranda, 17 Candelaria, 18 Rafael Uribe, 19 Ciudad Bolívar y 20 Sumapaz. Comprendiendo las zonas urbana y rural y el 100% de la población de la ciudad.
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Problema y su Justificación

<p>PROBLEMA</p> <p>Existen diferentes condiciones que dificultan la universalización del aseguramiento para el total de la población del Distrito Capital, lo cual genera limitaciones dadas las características y requisitos que debe cumplir la población para pertenecer a los regímenes definidos por la normatividad vigente (régimen contributivo y régimen subsidiado) afectando el goce efectivo del derecho a la salud.</p> <p>Según Bogotá Como Vamos en Salud¹, el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que se explica por la presencia de barreras de acceso financieras, administrativas, culturales y geográficas, las cuales se evidencian en la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas.</p>

¹ Pontificia Universidad Javeriana, Fundación Corona, Periódico El Tiempo. Programa Bogotá Como Vamos en Salud. Encuesta de Percepción Ciudadana, "Bogotá Cómo Vamos 2015". "

JUSTIFICACION

La no garantía del acceso a los servicios de salud tiene dos causas. En primer lugar, la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios. En segundo lugar, la poca resolutivez clínica en los servicios básicos. En su conjunto tienen efectos en el componente financiero del sector por los elevados costos que se generan y el pobre impacto en salud a causa de la duplicidad de acciones. Además, se reconocen otras situaciones asociadas, tales como la fragmentación de la atención y las deficiencias en la calidad de la misma.

Estas circunstancias que afectan de manera negativa la calidad de vida de los ciudadanos, han sido abordadas por organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) quienes recomiendan afrontarlas con enfoques de atención primaria en salud resolutivez y de gestión del riesgo, así como con el desarrollo e implementación de redes integradas de prestación de servicios de salud, lo cual ha sido acogido por Colombia en normas diversas como la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la Ley 1438 de 2011, el Plan de Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015).

En el Sistema de Salud en Colombia, para acceder a los servicios de salud se requiere que la población esté cubierta por el aseguramiento, bien sea mediante aporte o subsidio, lo cual clasifica la población en afiliados al Régimen Contributivo o Subsidiado. Aun cuando se han implementado diferentes estrategias en la última década, no se ha alcanzado la universalización del aseguramiento.

En Bogotá D.C, con corte a 31 de diciembre 2015, la afiliación al SGSSS ha tenido una representación mayoritaria en el régimen contributivo con el 74.7%, la afiliación del régimen subsidiado representa el 16,4% y los regímenes especiales y de excepción cuentan con el 2,6%, quedando un remanente del 4% de Población Pobre No Asegurada-Vinculada, que no está afiliada aun reuniendo los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado. A continuación se presenta la distribución del aseguramiento por régimen de afiliación en el D.C.

Tabla 1. Estado de Aseguramiento de la población de Bogotá – Diciembre 2015

AFILIADOS POR RÉGIMEN	Cantidad	% del total
Activos en Régimen Contributivo	5.882.265	74,7%
Suspendidos en Régimen Contributivo	189.975	2,4%
Activos en Régimen Subsidiado	1.291.158	16,4%
Regímenes de Excepción (estimado)	203.889	2,6%
Subtotal afiliados	7.567.287	96,0%
POBLACION NO AFILIADA	Cantidad	% del total
Encuestados SISBEN No Afiliados Niveles 1 y 2	97.558	1,2%
Encuestados SISBEN No Afiliados con puntaje superior	90.687	1,2%
No afiliados No Sisbenizados atendidos con cargo al FFDS-SDS en 2015	47.418	0,6%
No Encuestados No Afiliados No Atendidos (estimado)	75.833	1,0%
Subtotal no Afiliados	311.496	4,0%
Proyección población DANE a 2015	7.878.783	

Fuentes: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de Diciembre de 2015.
Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de Diciembre de 2015
Base de datos SISBÉN certificada DNP, Noviembre 2015 (vigente a 31 de Diciembre de 2015)
DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014
Proyección población DANE a 2016
Cruce RIPS SDS corte 2015 con SISBEN CORTE Diciembre 2015

Respecto a la población del Régimen Subsidiado, por ciclo vital para el año 2015 en Bogotá se encontraban 1.291.158 personas afiliadas, siendo el grupo de Adulto el que concentra la mayor población con el 41% y los menores de un año

los que representan el menor porcentaje de población afiliada con el 1%.

Tabla 2. Distribución de la población afiliada al Régimen Subsidiado por Ciclo vital año 2015

POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO 2015		
Ciclo vital	Rangos	Población año 2015
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	15.053
	b. 1 - 5 años	95.619
Adolescente	c. 6 - 13 años	174.601
	d. 14 - 17 años	110.246
Joven	e. 18 - 26 años	200.458
Adulto	f. 27 - 59 años	527.095
Adulto mayor	g. 60 años y más	168.086
Total		1.291.158

Fuente: Subsidiado BDUA-FOSYGA, Corte 31 Diciembre 2015 y Proyecciones Dirección de Aseguramiento – SDS
Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Proyecciones Dirección de Aseguramiento - SDS

5. DESCRIPCIÓN

Mediante esta línea de acción se adelantará el diseño y puesta en marcha de un mecanismo ágil y eficiente para garantizar la cobertura del aseguramiento a la totalidad de la población elegible para los subsidios en salud a través de un nuevo esquema de aseguramiento automático; así mismo, se garantizará la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud² y el aumento de cobertura hasta llegar a 1.334.667 afiliados, manteniendo la atención para aquella población vinculada transitoriamente no afiliada, catalogada por la ley como población pobre no afiliada.

De otra parte, la universalización del aseguramiento para la población del Distrito Capital es una de las metas a alcanzar por la Secretaría Distrital de Salud a través del presente proyecto, el cual está incluido en el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020 y se constituye en la vía de acceso por la que se busca garantizar el derecho a la salud de la población Capitalina, bien sea que ya se encuentren afiliados a alguno de los regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud, o bien que se encuentre entre la población que reúne las condiciones para la afiliación al Régimen Subsidiado o que esté realizando los trámites pertinentes para acceder al sistema.

Este proyecto se adelantará en el marco del Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2020, especialmente en concordancia con el logro de su meta central: “propiciar el desarrollo pleno del potencial de los habitantes de la ciudad, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de una familia y la sociedad” y en su propósito de “recuperar la autoestima ciudadana para que la ciudad se transforme en un escenario para incrementar el bienestar de sus habitantes y sea reflejo de la confianza ciudadana en la capacidad de ser mejores y vivir mejor”, con énfasis en el primer pilar “Igualdad en calidad de vida”, teniendo como referencia la “Salud Urbana”.

Este proyecto busca contribuir con la garantía de este derecho de la población residente en el Distrito Capital y con la eliminación de las desigualdades entre grupos sociales logrando que toda la población de la ciudad, se encuentre dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud-SGSSS, mediante el aseguramiento universal en el marco de un nuevo Modelo de Atención sustentado en la Estrategia de Atención Primaria resolutiva y la gestión compartida del riesgo, con un enfoque de salud urbana., con el efectivo aporte de todos los ciudadanos con capacidad de contribuir y mediante la afiliación de todas y todos los ciudadanos que cumplan requisitos para ser incluidos en el régimen subsidiado, lo cual posibilita su acceso a los servicios de salud. Asimismo, en este proyecto se trabajara en estrategias con especial énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables por su condición socioeconómica, etapa del curso de vida o condiciones específicas de salud y en el marco de las diferentes políticas públicas.

² Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base Única de Afiliados [BDUA], con fecha de corte a 31 Diciembre de 2015. Remitida a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento. Dirección de Aseguramiento.

Una vez se logre incluir a la población vulnerable en el régimen subsidiado se continúa con estrategias de seguimiento e inspección, para procurar que las personas alcancen una mejor condición o situación de salud, para lo cual se requiere del aporte activo y de su corresponsabilidad así como del empoderamiento de la comunidad y la movilización social.

Al implementar el proyecto se contribuirá a la eliminación de las desigualdades entre grupos sociales logrando que toda la población independiente de su nivel económico e ingresos tengan equidad en el acceso a la atención en salud, basado en un aseguramiento social, el cual resuelve el riesgo financiero con la intervención en el riesgo en salud mediante la modulación de la oferta de servicios de salud buscando la eficiencia de los mismos y la respuesta oportuna a las necesidades de la población a través de confluencia de los aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de reducir los costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en Salud Pública.

Adicionalmente, en el desarrollo del proyecto se podrá gestionar ante los aseguradores como agentes del sistema para articular las respuestas integrales que requiere la población y especialmente propiciar que los agente contribuyan a la puesta en marcha del nuevo modelo de atención en salud integral, incluyente que reconozca la diversidad étnica, cultural y de género.

Por otra parte, este proyecto se sustenta en estrategias de trabajo coordinado entre los agentes del sistema en la ciudad, tendientes a que se logre el acceso a los servicios de salud desde el aseguramiento y la continuidad de la atención que requiera la población según las necesidades identificadas, con el concurso y la corresponsabilidad de los agentes sociales de la ciudad, individuos, familias y la comunidad.

6. OBJETIVOS

7.

A. OBJETIVO GENERAL:

Garantizar el aseguramiento universal de la población de régimen subsidiado al Sistema de Seguridad Social en Salud y la atención integral, de acuerdo con la normatividad vigente y con el nuevo modelo de atención, prestación, aseguramiento y rectoría.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Objetivo 1. Garantizar la continuidad de afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas para la población que cumple los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

Objetivo 2. Generar los mecanismos que permitan la vinculación de las personas que cumplen los requisitos establecidos en la normatividad vigente para afiliarse al Régimen Subsidiado.

Objetivo 3. Desarrollar procesos de seguimiento a la información de afiliados que propendan por la identificación de la población que puede acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del régimen subsidiado.

Objetivo 4. Gestionar los recursos necesarios para garantizar el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en salud a la población afiliada al régimen subsidiado.

8. METAS

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático.	Numero	0,5	1	1	1	1	1
Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1'334.667.	Numero	1.306.848	1.317.831	1.325.519	1.330.900	1.334.667	1.334.667

9. GRUPO OBJETIVO:

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2016	2017	2018	2019	2020
Población afiliada al régimen subsidiado	1.306.848	1.317.831	1.325.519	1.330.900	1.334.667
Población susceptible de afiliarse al régimen subsidiado	36.610	25.627	17.939	12.558	8.791

Fuentes: Contributivo BDU – FOSYGA.
 Subsidiado BDU – FOSYGA
 Base de datos SISBÉN certificada DNP
 DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014.
 Cruce RIPS 2015 con SISBEN y BDU
 Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS.
 Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020

[*] El Grupo objetivo no es sumatorio para todos los años del proyecto, el dato corresponde al proyectado para el cierre de cada año según la información reportada por cada fuente,

Características del grupo objetivo

Cuantificación de la población	<p>Principales características del grupo objetivo</p> <p>Estructura y dinámica de la población objetivo:</p> <p>El grupo objetivo está compuesto tanto por la <u>Población ya Afiliada al régimen subsidiado (1.306.848)</u>, como por la <u>población susceptible de afiliarse al Régimen Subsidiado (36.610)</u>.</p>
Identificación de la población priorizada	<p><u>Población que ya está afiliada al Régimen subsidiado:</u> la cual es estimada mediante proyección para los próximos cuatro años de ejecución, con punto de partida en el primer año estimado en 1.308.848 personas en el 2016, para finalizar en un estimado de 1.334.667 afiliados al régimen Subsidiado para el año 2020. La distribución de las proyecciones por ciclo vital de la población afiliada al régimen subsidiado permite observar (ver tabla adjunta) que el adulto es el ciclo vital que incluye la mayor proporción de la población total para cada uno de los años representando aproximadamente el 41% del total de la población.</p>

		POBLACIÓN DIRECTA - POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO AÑOS 2016 -2020						
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje	
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	15.236	15.364	15.454	15.516	15.560	1%	
	b. 1 – 5 años	96.781	97.594	98.164	98.562	98.841	7%	
Infancia	c. 6 – 13 años	176.723	178.208	179.248	179.975	180.485	14%	
Adolescencia	d. 14 – 17 años	111.586	112.523	113.180	113.639	113.961	9%	
Joven	e. 18 – 26 años	202.894	204.599	205.793	206.628	207.213	16%	
Adultez	f. 27 – 59 años	533.500	537.984	541.122	543.319	544.857	41%	
Vejez	g. 60 años y más	170.129	171.558	172.559	173.260	173.750	13%	
TOTAL								

Fuente: Subsidiado BDUA-FOSYGA, Corte 31 Diciembre 2015 y Proyecciones Dirección de Aseguramiento - SDS
Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Proyecciones Dirección de Aseguramiento - SDS

		POBLACIÓN DIRECTA - POBLACIÓN SUCEPTIBLE DE AFILIAR AL RÉGIMEN SUBSIDIADO						
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje	
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	249	174	122	85	60	1%	
	b. 1 - 5 años	1.953	1.367	957	670	469	5%	
Infancia	c. 6 - 13 años	8.502	5.951	4.166	2.916	2.042	23%	
Adolescencia	d. 14 - 17 años	3.410	2.387	1.671	1.170	819	9%	
Joven	e. 18 - 26 años	14.356	10.049	7.035	4.924	3.447	39%	
Adulto	f. 27 - 59 años	5.586	3.910	2.737	1.916	1.341	15%	
Vejez	g. 60 años y más	2.554	1.788	1.252	876	613	7%	
TOTAL								

Fuente: Subsidiado BDUA-FOSYGA, Corte 31 Diciembre 2015 y Proyecciones Dirección de Aseguramiento - SDS
Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Proyecciones Dirección de Aseguramiento – SDS

Identificación de la población por atender

Población Susceptible de afiliar al Régimen Subsidiado también forma parte del componente de Aseguramiento social universal en salud, la cual se proyecta en términos de disminución dado que se tiene como objetivo la universalización del aseguramiento, por lo que para el primer año (2.016) se proyecta que hay 36.610 personas susceptibles de afiliar al Régimen Subsidiado y para la finalización del cuatrienio, es decir en el año 2020, se tendrían 8.791 personas susceptibles de afiliar al Régimen Subsidiado. El ciclo Vital correspondiente al Joven es el grupo de edad que representaría la mayor proporción dentro de la población susceptible de afiliar al régimen subsidiado con el 39%.

10. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES	
Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948	Se establece como el ideal para los pueblos y las naciones del Mundo. La actual Administración la plasma en su apuesta política, orientando las acciones para que tanto los individuos como las instituciones, aseguren de forma progresiva, su reconocimiento y aplicación universal y efectiva, reduciendo las inequidades, reconociendo la salud como un derecho fundamental. Este compromiso del Estado colombiano se ratifica en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ³¹ , que reconoce que los estados tienen tres tipos de obligaciones de respetar, proteger y garantizar los derechos. Este Pacto fue adoptado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968. Otro importante compromiso internacional, frente a los derechos ambientales, es el Protocolo de Kioto, suscrito el diciembre de 1997 y ratificado por Colombia mediante la Ley 629 de 2000.
Objetivos de Desarrollo sostenible del 2015	Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible — aprobada por los dirigentes mundiales en septiembre de 2015 en una cumbre histórica de las Naciones Unidas — entraron en vigor oficialmente el 1 de enero de 2016. Con estos nuevos Objetivos de aplicación

al 2030	universal, en los próximos 15 años los países intensificarán los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás.
Agenda de Salud para las Américas 2008–2017	El 3 de junio del 2007, se firma en la Ciudad de Panamá por los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas, la Declaratoria en la que se presenta a la comunidad internacional la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017

REFERENTE NORMATIVO NACIONAL	
Constitución Política de Colombia de 1991	Establece en su Artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado..." Artículo 209. El cual señala la función administrativa puede desarrollarse mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones
La Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, desarrolla el mandato constitucional tanto en pensiones, como en lo referido al sistema general de seguridad social en salud, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social. Define los actores del sistema (reguladores, aseguradores y prestadores) con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e instituye el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad. Simultáneamente, se estableció un sistema de competencias y recursos para financiar los sectores sociales, entre ellos el de salud, con la ley 60 de 1993. 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
La Ley 715 de 2001	Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, junto con el Acto Legislativo 001 de 2001, en la cual aparte de reestructurar el sistema de transferencias originados en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, también reajusta las competencias de los entes Territoriales en materia de salud y ordena, entre otros aspectos, reorganizar el régimen subsidiado, la reasunción de funciones de salud pública por parte del ente Territorial y la conformación de redes de prestación de servicios, cuya responsabilidad última es también, del ente Territorial. 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
La Ley 1122 de 2007	Se realizan nuevos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del sistema de salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008	La mayor reforma del Sistema General de Seguridad Social de Salud instituido en 1993, se ha dado por vía jurisdiccional, mediante el mecanismo de tutela y después de muchos fallos, por esta Sentencia como la más representativa del fenómeno para exigir el respeto y la defensa de la salud como Derecho Fundamental. Después de la que se puede considerar la mayor expresión de la crisis del sistema de salud, al punto de llegar a la declaratoria de emergencia social, se presenta otro ajuste promovido por diferentes sectores de la sociedad, liderada desde el Congreso la República de Colombia, que se plasmó en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011.
Ley 1438 de 2011	Propende por el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, buscando generar condiciones que protejan la salud de los colombianos.
Decreto 1683 de 2013	Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 1344 de	Establece los datos mínimos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, fija

2012	lineamientos de control aplicables al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado, a los Regímenes Especiales y de Excepción, a las entidades de Medicina Prepagada y Planes Adicionales de Salud, efectuando en lo pertinente, modificaciones a la Base de Datos Única de Afiliados, BDUJA.
Resolución 1841 de 2013	Esta resolución adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones. Además en el numeral 9.3 establece que se deben adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el plan decenal de salud pública PDSP. Con este plan se busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo objetivo es “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, que define el sistema de salud, las obligaciones del estado quien es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece dentro de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud entre otros la Universalidad donde todos los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida
Ley 1753 de 2015	Expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “TODOS POR UN NUEVO PAÍS”, uno de sus objetivos, es reducir las brechas Territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población. Indica que habrá una política de atención integral en salud. De igual manera teniendo en cuenta que la salud es un derecho irrenunciable y fundamental autónomo en lo individual y en lo colectivo, se considera uno de los elementos principales para “alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de enfermedad sobre los años de vida saludables.
Resolución 5592 de 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015	Fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016
Resolución 5600 de 2015	Establece las condiciones de orden técnico, financiero y de operación de la novedad de movilidad entre regímenes que aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se encuentren focalizados en los niveles I y II del SISBÉN o en el instrumento que lo reemplace, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, a las poblaciones especiales, a los aportantes, a las Entidades Promotoras de Salud -EPS, a las entidades Territoriales, a los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA y al administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces
Resolución 1536 de 2015	En el artículo 40. Las entidades Territoriales departamentales, Distritales y municipales de son las responsables de implementar el Plan Territorial de Salud, teniendo en cuenta lineamientos, herramientas, procedimientos y herramientas operativas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.
Resolución 974 de 2016	Tiene como objeto adoptar el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual es aplicable a las Entidades Obligadas a Compensar-EOC, Entidades Promotoras de Salud-EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, a los empleadores y otros aportantes, entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional y de oficio, a las entidades Territoriales, a las personas y a los afiliados cuando deban registrar la afiliación o reportar novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta tanto entre en plena operación el Sistema de Afiliación Transaccional.
Decreto 780 de 2016	Reglamenta el Sector Salud y Protección Social unificando toda la normatividad del sector salud.
Resolución 429 del 2016	La cual adopta la Política de Atención Integral en Salud la cual plantea: “Conformar redes integradas de servicios de salud, a partir de las cuales se debe responder a la demanda de servicios de salud. Para ello se asignarán grupos de población a una red de prestadores primarios que incorporarán equipos de salud básicos, encargados de las acciones individuales y colectivas de baja complejidad. La red de prestadores primarios se integrará con la red de prestadores complementarios, los cuales tendrán la responsabilidad

	<p>del tratamiento y la rehabilitación para problemas de alta complejidad. Lo anterior de acuerdo con las rutas reguladas de atención para las poblaciones y grupos de riesgo definidos, de manera que posibilite el acceso real y efectivo a los servicios de salud con oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez, calidad y suficiencia".</p> <p>En el Artículo 2° indica que son cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial y en el Artículo 5°.- indica que tres de los componentes el Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-. Se encuentra la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, redes y rutas integrales de atención en salud.</p>
Resolución 1441 de 2016	<p>Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones. En la cual se adopta el "Manual de Habilidadación de Redes Integrales de Prestación de Servicios artículo 4 numeral 4.2. Estándar de operación de las redes integradas de servicios de salud RIPS. Son los mecanismos que utilizará e implementará cada EPS, para desarrollar la gestión de la prestación de los servicios de salud garantizando procesos para la articulación de acciones del PIC y el POS, la disponibilidad de información como soporte del componente asistencial, administrativo y logístico de la red y la actualización continua del talento humano, así como, para la planeación, organización, ejecución y control de las RIPSS conformadas.</p>
Otras normas y reglamentaciones	<p>Ley 9 de 1989, por la cual se dictan normas sobre planes de desarrollo municipal, compraventa y expropiación de bienes y se dictan otras disposiciones; Ley 388 de 1997 y las modificaciones a la misma, incluyendo la ley de ordenamiento Territorial [1454 de 2011]. Merece especial atención la Ley Orgánica de Planificación del Estado colombiano: Ley 152 de 1994, la cual establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el Artículo 342, y en general por el Artículo 2 del Título XII de la Constitución Política de Colombia de 1991 y demás normas constitucionales que se refieren al Plan de Desarrollo y la planificación. La Ley en su Artículo 2, indica que el ámbito de aplicación lo constituyen la Nación, las entidades Territoriales y los organismos públicos de todo orden.</p>

MARCO NORMATIVO DISTRITAL	
Decreto Ley 1421 de 1993	<p>Establece el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 322 de la Constitución Política de Colombia de 1991. Por tal motivo, la Ciudad de Santafé de Bogotá, Capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital y goza de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la Ley. El estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Las disposiciones del estatuto prevalecen sobre las normas legales de carácter general vigentes para las demás entidades Territoriales.</p>
Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital	<p>Establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y reglamentó la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá. El Estatuto en su Artículo 4, establece que el Plan de Desarrollo estará conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.</p>
Decreto 546 de 2007	<p>Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital que tienen por objeto garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial. Las comisiones intersectoriales establecidas tienen carácter permanente y se les asignan las siguientes funciones: articular y orientar la ejecución de funciones, la prestación de servicios y el desarrollo de acciones de implementación de la política, que comprometan organismos o entidades pertenecientes a diferentes sectores administrativos de Coordinación. Garantizar la coordinación de las entidades y sectores que responden por la implementación de las políticas, estrategias y programas definidos en el Plan de Desarrollo, el Plan de Ordenamiento Territorial, el Plan de Gestión Ambiental y todos los demás planes y programas distritales. Coordinar y efectuar el seguimiento a la gestión intersectorial.</p>
Acuerdo 641 de 2016	<p>Tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, determinando la fusión de algunas entidades y la creación de otras.</p>
Acuerdo Distrital 645 de 2016	<p>Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social ambiental y de Obras Públicas y Plan Plurianual de inversiones de Bogotá. D.C. para el periodo 2016-2020, "BOGOTA MEJOR PARA TODOS".</p>
Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019	<p>Hace referencia al modelo de Atención Integral en Salud (AIS), cuyo tema central es la atención del riesgo es el basado en una atención integral mejorando la calidad de vida de población cuyos indicadores se darán en términos de esperanza de vida, años de vida saludable y esperanza de vida sin discapacidad.</p>

11.FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO

EJECUTADO	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)					
	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL PROYECTO	674.463.101.976	1.158.058.332.602	1.202.796.875.857	1.201.615.610.832	1.222.693.089.193	5.459.627.010.460

11.1 DISTRIBUCIÓN COMPONENTES DEL PROYECTO

CONCEPTO	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	TOTAL	%
SUBSIDIOS Y OPERACIONES FINANCIERAS	674.013.932.029	1.155.808.332.602	1.200.435.875.857	1.199.136.950.832	1.220.089.709.593	5.449.484.800.913	99,81%
DOTACIÓN	10.000.000	400.000.000	400.000.000	400.000.000	400.000.000	1.610.000.000	0,03%
RECURSO HUMANO	439.169.947	1.850.000.000	1.961.000.000	2.078.660.000	2.203.379.600	8.532.209.547	0,16%
TOTAL	674.463.101.976	1.158.058.332.602	1.202.796.875.857	1.201.615.610.832	1.222.693.089.193	5.459.627.010.460	100,00%

12.FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

FORMATO FUENTES DE FINANCIACION						
Años Calendario	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Sistema General de Participaciones - SGP	188.299.387.610	334.916.750.851	344.671.328.173	354.710.441.896	365.042.272.939	1.587.640.181.470
Otras transferencias de la Nación - FOSYGA	387.840.550.325	623.523.870.000	654.978.870.000	654.320.870.000	653.643.870.000	2.974.308.030.325
Otros Ingresos - RECURSOS DE CAPITAL	8.200.000.000	12.429.932.663	0	0	0	20.629.932.663
Rentas Contractuales	76.500.166.094	136.896.096.000	136.896.096.000	136.896.096.000	136.896.096.000	624.084.550.094
Aporte Ordinario del Distrito	13.622.997.947	50.291.683.088	66.250.581.684	55.688.202.935	67.110.850.254	252.964.315.908
Total Financiación	674.463.101.976	1.158.058.332.602	1.202.796.875.857	1.201.615.610.832	1.222.693.089.193	5.459.627.010.460

13.OBSERVACIONES

--

14.Diligenciamiento:

Nombre: SULBY PATRICIA MC BAIN MILLAN Cargo Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento - Gerente del Proyecto Teléfono 364-90-90 extensión 9015 – 9755 – 9900

15.Concepto de Viabilidad

Aspectos Revisar: <ul style="list-style-type: none">••••	S/N
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

16.Concepto y Sustentación

S/N	
Aprobó:	
Responsable :	
Cargo profesional /	
Entidad SDS	
Fecha:	