

## Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha:  
Estado:  
Inscrito  
Registrado  
Actualizado

13/junio/2016

### 1. Identificación

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
PROYECTO ESTRATEGICO:	ATENCION INTEGRAL EN SALUD
PROYECTO:	ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA (PPNA), VINCULADOS Y NO POS-S

### 2. Clasificación

SECTOR:	SALUD
PLAN DE DESARROLLO:	BOGOTA MEJOR PARA TODOS
PILAR:	IGUALDAD DE CALIDAD DE VIDA
PROGRAMA:	ATENCION INTEGRAL Y EFICIENTE EN SALUD
META PLAN	1. Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S.

### 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

#### PROBLEMA

Existencia permanente de un grupo poblacional que no se encuentra vinculado a ninguno de los dos regímenes de Salud existentes (Contributivo – Subsidiado), a los cuales hay que garantizarles la atención en salud por parte de la Entidad Territorial (que aunque sea en forma transitoria tiene una dinámica constante).

#### JUSTIFICACION

En Bogotá D.C, con corte a 31 de diciembre 2015, quedo un remanente del 4% de Población Pobre No Asegurada-Vinculada, que no está afiliada aún al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a pesar de contar con los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y que demandan servicios de salud los cuales son brindados principalmente a través de la Red Pública Distrital en este grupo también se incluyen las personas que aún no les ha sido aplicado el instrumento de focalización SISBEN, igualmente se encuentra incluidas aquellas personas que sobrepasan el punto de corte establecido para el subsidio en salud pero que manifiestan no tener recursos para ser aportantes.

Por otro lado, se encuentra la población del régimen subsidiado que requiere de servicios y atenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los cuales la entidad territorial debe garantizar la prestación de los mismos con el fin de responder efectivamente al derecho a la salud de esta población.

La política de aseguramiento en salud tiene como propósito proteger financieramente a la población frente a los riesgos asociados a la salud para lo cual el sistema cubre, a través de las EPS, en el nivel individual, las acciones de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación<sup>1</sup> que para la población Pobre No asegurada debe ser garantizada por parte de la Entidad Territorial.

## 5. DESCRIPCIÓN

El desarrollo de este proyecto tiene como fin garantizar el acceso a los servicios de salud para a Población Pobre No Asegurada-PPNA y Vinculada del Distrito Capital con lo que se aportara a mejorar los resultados en salud para la población general de Bogotá. Para este propósito como Entidad Territorial se adelantará la contratación de los servicios de salud con la Red Pública Distrital, lo que posibilitará que esta población se beneficie de la adopción y puesta en marcha de un nuevo Modelo de Atención en Salud sustentado en la Estrategia de Atención Primaria resolutiva y la gestión compartida del riesgo, con gran fortaleza en intervenciones de promoción y prevención y cobertura universal del Aseguramiento, en el marco de la salud urbana. El propósito principal es transformar la estructura de operación del modelo de salud, de gestión, de prestación de servicios y de atención, que permitirá la atención integral e integrada para dar respuesta a las necesidades y expectativas en salud, bajo el reconocimiento de las diferencias del curso de vida, de género, generación, etnia y grupos vulnerables con énfasis en la promoción y protección de la salud y la gestión de riesgos individuales y colectivos.

Por lo anterior, este proyecto se sustenta en estrategias de trabajo coordinado entre los agentes del sistema en la ciudad, tendientes a que se logre la integralidad de los servicios de salud y la continuidad de la atención que requiera la Población Pobre no Asegurada -Vinculados según sus necesidades identificadas, con el concurso y la corresponsabilidad de los agentes sociales de la ciudad, individuos, familias y la comunidad, que conlleven al cambio en los patrones de consumo y al autocuidado de los ciudadanos.

Teniendo en cuenta que la Ley 715 de 2011 establece dentro de las competencias de las entidades territoriales que estas deben gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas; la Población Pobre No asegurada – Vinculados está conformada por las siguientes poblaciones:

1. Encuestados SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS: A estas personas sólo se les atiende urgencias y son direccionados por el prestador para que realice la libre elección y afiliación a una EPS del Régimen Subsidiado.
2. Encuestados SISBEN con puntaje superior, no afiliados a ninguna EPS: A estas personas se les verifica la no capacidad de pago, la no capacidad de afiliarse al Régimen Contributivo y se atienden aplicado lo establecido en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995. En el cálculo de las proyecciones, ésta población no disminuye dado que no pueden ingresar a alguno de los dos regímenes del SGSSS.
3. No encuestados por el SISBEN, no afiliados a EPS: A estas personas se les verifica la no capacidad de pago, la no capacidad de afiliarse al Régimen Contributivo y se direccionan para que soliciten la realización de la encuesta SISBEN. Está población no es cuantificable directamente debido a que no se encuentra registrada en las bases de datos, por lo tanto se realiza un estimado con base en la proyección del DANE para la población del Distrito Capital.
4. Trabajadores independientes que se encuentran suspendidos en el Régimen Contributivo que según lo establecido en el Decreto 2353 de 2015, tal como ya se describió arriba

---

1 Ministerio de la Protección Social. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2008 – 2009. Pág. 1

La estimación de la población Pobre No asegurada en Bogotá D.C, ha sido un tema en el cual se ha venido avanzando en la Ciudad durante los últimos años. A diciembre 31 de 2015, las mejoras implementadas al proceso en la base SISBEN permitieron realizar cruces con las bases de aseguramiento de Bogotá D.C. disponibles en la Entidad, así como el uso de la herramientas tecnológicas entregadas por el Ministerio de salud y protección social y el cruce con la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA - a nivel nacional, junto con la depuración de registros inconsistentes.

De otra parte, se hace necesario tener en cuenta que aún subsisten otras limitantes para la identificación del número de no asegurados, debido a que la consulta a la base de datos única de afiliación sólo es posible por tipo y número de documento de identificación y para los demás cruces se utilizan solamente ocho criterios que implican diferentes combinaciones para la coincidencia en los campos de tipo y número de documento y fonéticos de los componentes del nombre y fecha de nacimiento, que dificultan la cuantificación de la población pobre no asegurada, en la medida en que por uno u otro criterio se pueden generar errores en los cruces.

Con este proyecto se busca dar respuesta a las necesidades poblacionales desde el acceso a los servicios de salud teniendo como base 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) resolutoria; incluyente, que convoque y comprometa, que no segregue; que permita construir, con las acciones e intervenciones de los a las diferentes poblaciones que residen en la ciudad con énfasis a las poblaciones más vulnerables, como aporte a la salud y la calidad de vida de los habitantes de la ciudad.

## 6. OBJETIVOS

### A. OBJETIVO GENERAL:

Garantizar las condiciones necesarias para la atención de la Población Pobre No Asegurada –Vinculada y las atenciones No POS a la población del régimen subsidiado del Distrito Capital, mediante la rectoría y la gestión, asegurando el acceso efectivo a los servicios de salud.

### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Objetivo 1. Garantizar la prestación de la atención de la Población Pobre No Asegurada del Distrito Capital a través de Red Pública Distrital.

Objetivo2. Garantizar la prestación de la atención de la Población Pobre No Asegurada del Distrito Capital en los servicios deficitarios o inexistentes en la Red Pública Distrital.

Objetivo 3. Gestionar el Financiamiento de las atenciones en salud NO POS para la población de Régimen Subsidiado a cargo de la Entidad Territorial en la red contratada y No contratada.

Objetivo 4. Lograr la atención en salud de la población Declarada Jurídicamente Inimputables (Amparada en Resoluciones y/o Convenios del Ministerio de Salud y protección Social)

## 7. 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
Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S.	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Esta meta incluye las siguientes poblaciones:

- Encuestados Sisbén con puntaje superior a 54,86.
- No encuestados No afiliados con instrumento provisional o estudio de caso
- Trabajadores independientes con su núcleo familiar suspendidos del Régimen Contributivo que por Decreto 780 de 2016 deben ser atendidos por el Ente Territorial. Las cuales se describen a continuación.

## 8. GRUPO OBJETIVO:

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2016	2017	2018	2019	2020
Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS	36.610	25.627	17.939	12.558	8.791
Población con encuesta SISBEN puntaje mayor a 54,86	54.107	54.778	55.457	56.145	56.841
Población No Encuestada- No Afiliados atendidos por el Fondo Financiero Distrital de salud	48.006	48.601	49.204	49.814	50.432
Población estimada que son independientes o suspendidos del régimen contributivo	70.568	71.443	72.329	73.226	74.134

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

[\*] El Grupo objetivo no es sumatorio para todos los años del proyecto ni por categorías de población, el dato corresponde al proyectado para el cierre de cada año según la información reportada por cada fuente por lo que se consideran estimaciones.

[\*\*] Esta población corresponde a una estimación que incluye: Encuestados Sisbén con puntaje superior a 54,86, No encuestados No afiliados con instrumento provisional o estudio de caso y trabajadores independientes con su núcleo familiar suspendidos del Régimen Contributivo que por Decreto 780 de 2016 deben ser atendidos por el Ente Territorial. Por lo anterior el dato es susceptible de modificación teniendo en cuenta los cambios normativos con relación a la afiliación al SGSSS.

## Características del grupo objetivo

Cuantificación de la población	Para este proyecto se estima que para el año 2016 el grupo lo conforman un total de 172.681 personas, para el 2017 174.822 personas, para el 2018 corresponde a 176.990, para el 2019 alcanzan 179.185 y para el 2020 un total de 181.407 personas.																																																																															
Identificación de la población priorizada	<p>La <u>Población Pobre No Asegurada – Vinculada</u>, incluye a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Las personas que tienen encuesta Sisbén con puntaje superior a 54,86 que al momento de la atención declaran bajo la gravedad de Juramento, que no tienen capacidad de pago pues no cuentan con recursos.</li><li>- La población que aún no ha sido encuestada por SISBEN y por tanto no pueden ser afiliados a quienes en la Red Pública Distrital se les aplica “El Instrumento Provisional” o el “Estudio de Caso”.</li><li>- Por otra parte también se incluyen “los trabajadores independientes con su núcleo familiar suspendidos del Régimen Contributivo por no capacidad de pago “quienes según lo establecido en el Decreto 0780 de 2016, deben ser atendidos por el Ente Territorial, con cargo al subsidio a la oferta.</li></ul>																																																																															
Identificación de la población Atendida	<p>Durante el año 2015 se atendieron en la red adscrita y no adscrita a la entidad territorial un total de 129.945 personas clasificadas como población Pobre No asegurada –vinculados, de las cuales el 42% correspondió al ciclo vital adulto, el 23% a Joven y el 17 a primera infancia, los demás ciclo vitales presentaron una proporción de menos del 10% cada uno. A continuación se presenta la distribución de la población Pobre No asegurada atendida para el año 2015:</p> <table><tr><th>Ciclo vital</th><th>Rangos</th><th>2015</th><th>%</th></tr><tr><td>Primera infancia</td><td>0 - 5 años</td><td>22.557</td><td>17%</td></tr><tr><td>Infancia</td><td>c. 6 - 13 años</td><td>6.833</td><td>5%</td></tr><tr><td>Adolescencia</td><td>d. 14 - 17 años</td><td>5.169</td><td>4%</td></tr><tr><td>Joven</td><td>e. 18 - 26 años</td><td>29.315</td><td>23%</td></tr><tr><td>Adulto</td><td>f. 27 - 59 años</td><td>54.839</td><td>42%</td></tr><tr><td>Adulto mayor</td><td>g. 60 años y más</td><td>11.232</td><td>9%</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td></td><td>129.945</td><td>100%</td></tr></table> <p>Fuente: Rips PPNA corte diciembre 2015.</p>	Ciclo vital	Rangos	2015	%	Primera infancia	0 - 5 años	22.557	17%	Infancia	c. 6 - 13 años	6.833	5%	Adolescencia	d. 14 - 17 años	5.169	4%	Joven	e. 18 - 26 años	29.315	23%	Adulto	f. 27 - 59 años	54.839	42%	Adulto mayor	g. 60 años y más	11.232	9%	TOTAL		129.945	100%																																															
Ciclo vital	Rangos	2015	%																																																																													
Primera infancia	0 - 5 años	22.557	17%																																																																													
Infancia	c. 6 - 13 años	6.833	5%																																																																													
Adolescencia	d. 14 - 17 años	5.169	4%																																																																													
Joven	e. 18 - 26 años	29.315	23%																																																																													
Adulto	f. 27 - 59 años	54.839	42%																																																																													
Adulto mayor	g. 60 años y más	11.232	9%																																																																													
TOTAL		129.945	100%																																																																													
Identificación de la población por atender	<p>La población a atender corresponde a las proyecciones o estimaciones establecidas para cada una de las clasificaciones o tipos de población las cuales dependen de las diferentes fuentes de información. A continuación se identifica cada grupo de población objeto</p> <p><u>Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS</u></p> <table><tr><th colspan="8">POBLACIÓN DIRECTA - Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS</th></tr><tr><th>Ciclo vital</th><th>Rangos</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th><th>2020</th><th>Porcentaje</th></tr><tr><td rowspan="2">Primera Infancia</td><td>a. Menor de 1 año</td><td>249</td><td>174</td><td>122</td><td>85</td><td>60</td><td>1%</td></tr><tr><td>b. 1 - 5 años</td><td>1.953</td><td>1.367</td><td>957</td><td>670</td><td>469</td><td>5%</td></tr><tr><td>Infancia</td><td>c. 6 - 13 años</td><td>8.502</td><td>5.951</td><td>4.166</td><td>2.916</td><td>2.042</td><td>23%</td></tr><tr><td>Adolescencia</td><td>d. 14 - 17 años</td><td>3.410</td><td>2.387</td><td>1.671</td><td>1.170</td><td>819</td><td>9%</td></tr><tr><td>Joven</td><td>e. 18 - 26 años</td><td>14.356</td><td>10.049</td><td>7.035</td><td>4.924</td><td>3.447</td><td>39%</td></tr><tr><td>Adulto</td><td>f. 27 - 59 años</td><td>5.586</td><td>3.910</td><td>2.737</td><td>1.916</td><td>1.341</td><td>15%</td></tr><tr><td>Vejez</td><td>g. 60 años y más</td><td>2.554</td><td>1.788</td><td>1.252</td><td>876</td><td>613</td><td>7%</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td></td><td>36.610</td><td>25.627</td><td>17.939</td><td>12.558</td><td>8.791</td><td>100%</td></tr></table> <p>Fuentes: Base de datos SISBÉN certificada DNP DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS.</p>	POBLACIÓN DIRECTA - Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS								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		36.610	25.627	17.939	12.558	8.791	100%
POBLACIÓN DIRECTA - Población con encuesta SISBEN, clasificados en los Niveles 1 y 2, no afiliados a EPS																																																																																
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		36.610	25.627	17.939	12.558	8.791	100%																																																																									

Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020

**Población con encuesta SISBEN puntaje mayor a 54,86**

POBLACIÓN DIRECTA - Población con encuesta SISBEN puntaje mayor a 54,86							
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	264	268	271	274	278	0,5%
	b. 1 - 5 años	2.226	2.254	2.282	2.310	2.339	4,1%
Infancia	c. 6 - 13 años	4.920	4.981	5.043	5.106	5.169	9,1%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	5.482	5.550	5.619	5.689	5.759	10,1%
Joven	e. 18 - 26 años	6.568	6.650	6.732	6.816	6.900	12,1%
Adulto	f. 27 - 59 años	25.416	25.731	26.051	26.374	26.701	47,0%
Vejez	g. 60 años y más	9.229	9.343	9.459	9.577	9.695	17,1%
TOTAL		54.107	54.778	55.457	56.145	56.841	100,0%

Fuentes: Base de datos SISBÉN certificada DNP  
DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014.  
Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS.  
Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020

**Población No Encuestada- No Afiliados atendidos por el Fondo Financiero Distrital de salud**

POBLACIÓN DIRECTA - Población No Encuestada- No Afiliados atendidos por el Fondo Financiero Distrital de salud							
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	234	237	240	243	246	0,5%
	b. 1 - 5 años	1.975	2.000	2.025	2.050	2.075	4,1%
Infancia	c. 6 - 13 años	4.365	4.420	4.474	4.530	4.586	9,1%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	4.864	4.924	4.985	5.047	5.110	10,1%
Joven	e. 18 - 26 años	5.828	5.900	5.973	6.047	6.122	12,1%
Adulto	f. 27 - 59 años	22.551	22.830	23.113	23.400	23.690	47,0%
Vejez	g. 60 años y más	8.188	8.290	8.393	8.497	8.602	17,1%
TOTAL		48.006	48.601	49.204	49.814	50.432	100,0%

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

**Población estimada que son independientes o suspendidos del régimen contributivo:**

POBLACIÓN DIRECTA - Población estimada que son independientes o suspendidos del régimen contributivo							
Ciclo vital	Rangos	2016	2017	2018	2019	2020	Porcentaje
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	345	349	353	358	362	0,5%
	b. 1 - 5 años	2.904	2.940	2.976	3.013	3.050	4,1%
Infancia	c. 6 - 13 años	6.417	6.497	6.577	6.659	6.741	9,1%
Adolescencia	d. 14 - 17 años	7.150	7.239	7.328	7.419	7.511	10,1%
Joven	e. 18 - 26 años	8.567	8.673	8.781	8.890	9.000	12,1%
Adulto	f. 27 - 59 años	33.149	33.560	33.976	34.398	34.824	47,0%
Vejez	g. 60 años y más	12.037	12.186	12.337	12.490	12.645	17,1%
TOTAL		70.568	71.443	72.329	73.226	74.134	100,0%

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

## 9. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

### ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES

<b>Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948</b>	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 <sup>31</sup> , 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.
<b>Objetivos de Desarrollo sostenible del 2015 al 2030</b>	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 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.
<b>Agenda de Salud para las Américas 2008–2017</b>	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

<b>Constitución Política de Colombia de 1991</b>	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.
<b>La Ley 100 de 1993</b>	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.
<b>La Ley 715 de 2001</b>	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.
<b>La Ley 1122 de 2007</b>	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.
<b>Decreto 4747 de 2007</b>	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.
<b>Resolución 3047 de 2008</b>	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.
<b>Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008</b>	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.
<b>Ley 1438 de 2011</b>	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.
<b>Decreto 1683 de 2013</b>	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.
<b>Resolución 1344 de 2012</b>	Establece los datos mínimos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, fija 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, BDUA.
<b>Resolución 1841 de 2013</b>	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.
<b>Ley 1751 de 2015</b>	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
<b>Ley 1753 de 2015</b>	Expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “ <b>TODOS POR UN NUEVO PAÍS</b> ”, 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.
<b>Resolución 5592 de 2015</b>	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.
<b>Resolución 5593 de 2015</b>	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
<b>Resolución 5600 de 2015</b>	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
<b>Resolución 1536 de 2015</b>	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.
<b>Resolución 974 de 2016</b>	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.
<b>Decreto 780 de 2016</b>	Reglamenta el Sector Salud y Protección Social unificando toda la normatividad del sector salud.
<b>Resolución 429 del 2016</b>	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.
<b>Resolución 1441 de 2016</b>	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.
<b>Resolución 00429 de 2016</b>	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 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”.
<b>Otras normas y reglamentaciones</b>	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.

#### **MARCO NORMATIVO DISTRITAL**

<b>Decreto Ley 1421 de 1993</b>	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.
<b>Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital</b>	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.
<b>Decreto 546 de 2007</b>	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.
<b>Acuerdo 641 de 2016</b>	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.
<b>Acuerdo Distrital 645 de 2016</b>	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, “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS”.
<b>Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019</b>	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.

## 10.FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO

EJECUTADO	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)					
	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL PROYECTO	112.915.330.507	178.686.651.859	162.994.156.986	163.231.919.818	169.488.513.312	<b>787.316.572.482</b>

### 10.1. DISTRIBUCIÓN COMPONENTES DEL PROYECTO

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO2	AÑO3	AÑO4	TOTAL	%
DOTACION	\$111.625.576.586	\$175.815.735.972	\$160.994.156.986	\$161.231.919.817	\$167.388.513.312	\$777.055.902.673	98,70%
RECURSO HUMANO	\$1.285.151.239	\$1.270.915.887	\$1.000.000.000	\$1.000.000.000	\$1.000.000.000	\$5.556.067.126	0,71%
SUBSIDIOS Y OPERACIONES FINANCIERAS	\$4.602.682	\$1.600.000.000	\$1.000.000.000	\$1.000.000.001	\$1.100.000.000	\$4.704.602.683	0,60%
<b>TOTAL</b>	<b>112.915.330.507</b>	<b>178.686.651.859</b>	<b>162.994.156.986</b>	<b>163.231.919.818</b>	<b>169.488.513.312</b>	<b>787.316.572.482</b>	<b>100,00%</b>

## 11.FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

FUENTES DE FINANCIACION DEL PROYECTO						
NOMBRE DEL PROYECTO: ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA (PPNA), VINCULADOS Y NO POS-S						
Años Calendario	0	1	2	3	4	TOTAL
TOTAL COSTOS	2016	2017	2018	2019	2020	
SGP	3.165.771.536	23.080.747.362	25.952.911.020	23.065.048.692	21.668.467.746	96.932.946.355
Aportes Patronales	36.713.307.648	75.135.220.160	78.140.628.966	81.266.254.125	84.517.259.315	355.772.670.214
Rentas cedidas	42.216.977.617	34.863.677.000	34.863.677.000	34.863.677.000	34.863.677.000	181.671.685.617
Otras Transferencias Nacion	7.682.324.625	8.400.000.000	8.400.000.000	8.400.000.000	8.400.000.000	41.282.324.625
Aporte ordinario	2.039.201.425	11.600.000.000	12.600.000.000	12.600.000.001	17.002.169.251	55.841.370.677
Recursos de capital	21.097.747.656	22.570.067.337	0	0	0	43.667.814.993
Recursos Propios	0	3.036.940.000	3.036.940.000	3.036.940.000	3.036.940.000	12.147.760.000
<b>Total Financiación</b>	<b>112.915.330.507</b>	<b>178.686.651.859</b>	<b>162.994.156.986</b>	<b>163.231.919.818</b>	<b>169.488.513.312</b>	<b>787.316.572.482</b>

## 12.OBSERVACIONES

## 13.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

## 14. Concepto de Viabilidad

Aspectos Revisar:	S/N
•	
•	

**15. Concepto y Sustentación**

		<b>S/N</b>
<b>Aprobó:</b>		
<b>Responsable :</b>		
<b>Cargo profesional /</b>		
<b>Entidad SDS</b>		
<b>Fecha:</b>		