

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

Fecha: 11 de Julio 2016

Estado:

Inscrito

Registrado

Actualizado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **x** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1. Identificación

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
PROYECTO:	Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital salud

### 2. Clasificación

SECTOR:	Salud
PLAN DE DESARROLLO:	"Bogotá Mejor Para Todos"
PILAR 1:	Igualdad de Calidad de Vida
PROGRAMA:	Atención Integral y Eficiente en Salud
PROYECTO ESTRATÉGICO:	Atención Integral en Salud
META PLAN	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud, a 2020.</li><li>• Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C. a 2019 ya evaluado</li><li>• Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual a 2020</li><li>• Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual a 2020</li><li>• Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados</li><li>• Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores</li><li>• Diseñar un plan y poner en marcha las estrategias para lograr en un plazo máximo de 10 años el saneamiento de las deudas y la capitalización de la EPS Capital Salud</li></ul>

### 3. Localización Geográfica

Localización:	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. 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.
---------------	--

### 4. Problema y su Justificación

El estado de salud de la población del Distrito Capital reflejado en la persistencia de indicadores de mortalidad y morbilidad, continúa afectado por la desarticulación de los diferentes agentes del SGSSS, la fragmentación de los servicios de los diferentes planes de beneficios, la segmentación de la población, los deficientes procesos de planeación para situaciones de emergencia y desastre, la persistencia de barreras de acceso a los servicios de salud, las deficiencias en la atención y el modelo asistencial centrado en la enfermedad, sumados a la débil capacidad rectora de la Entidad Territorial Distrital y Nacional y a las

condiciones estructurales de la población.

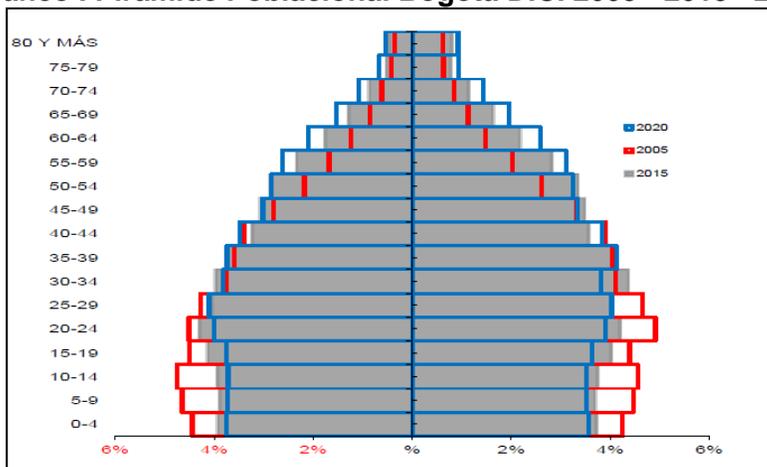
#### Aspectos Generales

En Bogotá D.C., al igual que en el resto del país, el crecimiento demográfico es el resultado de complejas condiciones políticas, sociales, económicas y de seguridad las cuales han motivado la migración hacia la ciudad, con lo que se ha generado un crecimiento exponencial de la población en las zonas urbanas y el establecimiento de cinturones de miseria en sus alrededores. Un ejemplo de lo anterior, es el número de desplazados que han llegado a Bogotá D.C. Según la Consultoría para los Derechos Humanos, Codhes, entre 1999 y 2012 llegaron a Bogotá D.C. más de 540.714 desplazados, aproximadamente el 6,8% del total de la población. <sup>1</sup>

Para el año 2015 Bogotá era la ciudad más poblada del país con un total de 7.878.783 habitantes, con proyección al año 2016 de 7.980.001 pobladores y al 2020 de 8.380.801 habitantes. Esta población se distribuye en una extensión aproximada de 177.598 hectáreas, de las cuales 30.736 (17,3%) corresponden al área urbana, 17.045 (9,5%) al área suburbana y 129.815 (73%) al área rural. La densidad poblacional aproximada es de 4.321 habitantes por kilómetro cuadrado. Solo 16.962 habitantes se ubican en la zona rural y 7.861.821 en el área urbana. Se puede afirmar que por su extensión Territorial la ciudad es rural con un 82,7%, mientras que el territorio urbano corresponde al 17,3%.<sup>2</sup>

Según la pirámide poblacional de Bogotá, la estructura de la población ha variado durante la última década por reducción de los menores de 15 años y ampliación de los grupos mayores de 50 años de edad, envejecimiento paulatino de la población y menor natalidad acompañada de menor mortalidad de menores de cinco años. <sup>3</sup> Se observa un descenso en el número de nacimientos y un progresivo envejecimiento de la población, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad. Este comportamiento genera evidentes cambios en las causas de enfermedad y muerte en la población de un territorio específico, sin embargo, dadas las características de la Capital se pueden encontrar localidades en los que las enfermedades transmisibles, las crónicas y las violentas tienen una alta carga en comparación con las demás.

**Gráfico . Pirámide Poblacional Bogotá D.C. 2005 - 2015 –2020**



Fuente: Proyecciones Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

<sup>1</sup> Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

<sup>2</sup> Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

<sup>3</sup> Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

La relación Hombre Mujer es de 94, indica que son 94 hombres por cada 100 mujeres. El 24.5% (1.951.454 habitantes) de la población se encuentra en el rango de 15 a 29 años de edad en relación con la población total (7.980.001 habitantes). El índice de envejecimiento es de 34.4%. Este indicador expresa la relación entre los menores de 15 años (de 0 a 14 años, 1.808.863 habitantes) y los mayores de 64 años (65 años y más, 621.952 habitantes), es decir por cada 100 menores de 15 años hay 34.4 personas mayores de 64 años. 4

En los últimos cinco años el Distrito registró una tasa de crecimiento natural de 11.4, una tasa de migración de 2.1. La esperanza de vida, expresión del desarrollo, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. La esperanza de vida al nacer ha presentado un aumento de 10 años frente al periodo 1985 lo cual refleja las mejoras del sistema sanitario, la disminución de la mortalidad por algunos eventos dadas las acciones de promoción y prevención y los cambios en el estilo de vida. En Bogotá, la esperanza de vida pasó de 75,4 años en el 2005 a 79 años en el año 2015. El grupo de la mujeres presentan una mayor esperanza de vida 80.1 años, el grupo de los hombres 75.9 años. 5.

La Capital registra una tasa bruta de natalidad de 15,9, una tasa general de fecundidad de 68,6, una edad media de fecundidad de 29 años, una tasa bruta de reproducción de 1 y una tasa bruta de mortalidad de 4,5 (Tabla 1). La relación Hombre-Mujer es de 93,622, el Índice de juventud es de 27% y oscila entre los 15 y 29 años de edad, el índice de envejecimiento es 32,8%<sup>23</sup> y de dependencia es 43,8%<sup>24</sup>. 6.

En las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe, Bosa, Tunjuelito y Santafé, hay problemáticas sociales específicas en poblaciones vulnerables diferenciales según curso de vida (niños, niñas, adolescentes, adultez y vejez), género (hombres, mujeres, intersexuales, masculinidades y feminidades), identidad - diversidad (grupos étnicos, población LGTBI) y situación - condición (víctimas, personas en ejercicio de la prostitución, personas en condición de discapacidad, personas habitantes de calle y recicladores), sumado a la limitada oferta de servicios educativos, sociales, laborales, recreativos, culturales y de salud para esta población, lo que agrava las inequidades sociales generando afectación en el ejercicio de los derechos sexuales, derechos reproductivos, las sexualidades y las libertades.

## **ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD**

- **Situación del aseguramiento**

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. A pesar de los esfuerzos realizados en la última década, no se ha alcanzado la universalización del aseguramiento.

En Bogotá D.C, la afiliación al SGSSS ha tenido una representación mayoritaria en el régimen contributivo con el 74,7% con corte a 31 de diciembre 2015, 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

<sup>4</sup> Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

<sup>5</sup> Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

<sup>6</sup> Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

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, también aquellas personas que sobrepasan el punto de corte establecido para el subsidio en salud pero que manifiestan no tener recursos para ser aportantes.

### Capital Salud

Capital Salud es la única EPS de propiedad del Distrito del régimen subsidiado en Bogotá, con lo que se comporta como elemento fundamental para la optimización de la prestación de servicios en la Ciudad, en tanto que agrupa el 68,69% (875.256)<sup>7</sup> de la población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá. No obstante su importancia, esta institución ha presentado dificultades administrativas y financieras que han afectado su operación, su impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población adscrita y le ha ganado medidas de vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Por lo anterior, se requiere desarrollar acciones de gestión que contribuyan a su fortalecimiento de su operación en pro de sus afiliados.

- **Caracterización de la oferta de servicios de salud privada y pública en el Distrito Capital**

Bogotá, D.C para el año 2015 contaba con un total de 11.520 prestadores de servicios de salud, de los cuales el 83.06% correspondían a profesionales independientes, un 14.48% a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), con objeto social diferente un 2.13% y como transporte especial el 0.33%. (Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de la Protección Social)

**Tabla 1 Prestadores de servicios de salud según inscripción al REPS. Bogotá D.C. 2015.**

CLASE PRESTADOR	TOTAL	%
Instituciones - IPS	1.668	14,48%
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	245	2,13%
Profesional Independiente	9.569	83,06%
Transporte Especial de Pacientes	38	0,33%
<b>Total general</b>	<b>11.520</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: REPS. Ministerio de Salud y Protección Social. Corte de información: 02/03/2016.

Según la naturaleza jurídica de los prestadores de servicios, del total de IPS, un 14,23% son de carácter privado o mixto (1.639 IPS) y el 0.23% restante (27 IPS) de naturaleza pública; con respecto a prestadores con objeto social diferente, el mayor porcentaje corresponde a entidades de carácter privado y mixto y el 0,26% a instituciones de naturaleza pública.

<sup>7</sup> Bdua - Fosyga, Corte A 31 De Diciembre De 2014 - Maestro Subsidiado Sds, Corte 31 De Diciembre De 2014.

**Tabla 2 Prestadores de servicios de salud según naturaleza jurídica. Bogotá Distrito Capital, 2015.**

CLASE PRESTADOR	NATURALEZA	TOTAL	%
Instituciones - IPS	Mixta	2	0,02%
	Privada	1.639	14,23%
	Pública	27	0,23%
<b>Total Instituciones - IPS</b>		<b>1.668</b>	<b>14,48%</b>
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Mixta	1	0,01%
	Privada	214	1,86%
	Pública	30	0,26%
<b>Total Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud</b>		<b>245</b>	<b>2,13%</b>
Profesional Independiente	Privada	9.569	83,06%
<b>Total Profesional Independiente</b>		<b>9.569</b>	<b>83,06%</b>
Transporte Especial de Pacientes	Privada	38	0,33%
<b>Total Transporte Especial de Pacientes</b>		<b>38</b>	<b>0,33%</b>
<b>Total general</b>		<b>11.520</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: REPS. Corte de información: 02/03/2016.

De los 11.520 prestadores registrados con corte a diciembre de 2015, en el REPS, se encuentran habilitados un total de 42.831 servicios de salud, de éstos el 90.74% (38.864) son de carácter privado y un 9,26% (3.967) de naturaleza pública y mixta. Según distribución en el territorio, el 65% de los servicios se encuentran ubicados en la Subred Norte (27.855 servicios), el 13% en la Subred Sur Occidente (5.456 servicios), el 11% en la Subred Centro Oriente (4.552 servicios) y solo un 4% de los servicios se prestan en la Subred Sur (1.796 servicios); es de anotar, que no fue posible georreferenciar el 7% (3.172) de los servicios habilitados en el Distrito Capital. La distribución de servicios ofertados en los puntos de atención, según naturaleza jurídica de la red distrital de prestadores de servicios de salud. Bogotá, D.C, se evidencia en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Servicios Habilitados público y privado por Subred**

SUBRED	SERVICIO	MIXTA		PRIVADA		PÚBLICA		TOTAL
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
CENTRO ORIENTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica		0,00%	730	80,13%	181	19,87%	911
	Consulta Externa		0,00%	2.017	87,77%	281	12,23%	2.298
	Internación		0,00%	74	56,49%	57	43,51%	131
	Otros Servicios		0,00%	388	92,38%	32	7,62%	420
	Protección Específica y Detección Temprana		0,00%	266	52,88%	237	47,12%	503

	Quirúrgicos		0,00%	166	67,48%	80	32,52%	246	
	Transporte Asistencial		0,00%	13	56,52%	10	43,48%	23	
	Urgencias		0,00%	8	40,00%	12	60,00%	20	
TOTAL CENTRO ORIENTE			0,00%	3.662	80,45%	890	19,55%	4.552	
NORTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	1	0,02%	4.882	95,56%	226	4,42%	5.109	
	Consulta Externa	9	0,05%	16.778	97,21%	473	2,74%	17.260	
	Internación		0,00%	267	81,90%	59	18,10%	326	
	Otros Servicios	1	0,00%	2696	98,57%	38	1,39%	2735	
	Protección Específica y Detección Temprana		0,00%	1.070	77,31%	314	22,69%	1.384	
	Quirúrgicos		0,00%	820	89,81%	93	10,19%	913	
	Transporte Asistencial		0,00%	68	85,00%	12	15,00%	80	
	Urgencias		0,00%	38	79,17%	10	20,83%	48	
TOTAL NORTE			11	0,04%	26.619	95,56%	1.225	4,40%	27.855
SUR	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica		0,00%	166	49,26%	171	50,74%	337	
	Consulta Externa		0,00%	495	66,80%	246	33,20%	741	
	Internación		0,00%		0,00%	38	100,00%	38	
	Otros Servicios		0,00%	130	81,76%	29	18,24%	159	
	Protección Específica y Detección Temprana		0,00%	143	30,56%	325	69,44%	468	
	Quirúrgicos		0,00%		0,00%	31	100,00%	31	
	Transporte Asistencial		0,00%		0,00%	10	100,00%	10	
	Urgencias		0,00%		0,00%	12	100,00%	12	
TOTAL SUR				0,00%	934	52,00%	862	48,00%	1.796
SUR OCCIDENTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica		0,00%	952	87,10%	141	12,90%	1.093	
	Consulta Externa	1	0,04%	2.540	91,07%	248	8,89%	2.789	
	Internación		0,00%	33	55,00%	27	45,00%	60	
	Otros Servicios		0,00%	551	96,50%	20	3,50%	571	
	Protección Específica y Detección Temprana		0,00%	377	48,52%	400	51,48%	777	
	Quirúrgicos		0,00%	80	72,07%	31	27,93%	111	
	Transporte		0,00%	33	84,62%	6	15,38%	39	

	Asistencial							
	Urgencias		0,00%	9	56,25%	7	43,75%	16
TOTAL SUR OCCIDENTE		1	0,02%	4.575	83,85%	880	16,13%	5.456
SIN UBICACIÓN	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica		0,00%	393	100,00%		0,00%	393
	Consulta Externa		0,00%	1.951	99,04%	19	0,96%	1.970
	Internación		0,00%	8	100,00%		0,00%	8
	Otros Servicios		0,00%	703	100,00%		0,00%	703
	Protección Específica y Detección Temprana		0,00%	58	100,00%		0,00%	58
	Quirúrgicos		0,00%	27	100,00%		0,00%	27
	Transporte Asistencial		0,00%	13	100,00%		0,00%	13
TOTAL SIN UBICACIÓN			0,00%	3.153	99,40%	19	0,60%	3.172
TOTAL GENERAL		12	0,03%	38.943	90,89%	3.876	9,08%	42.831

Fuente REPS (corte 02/03/2016)

De acuerdo a la distribución geográfica de los prestadores en la ciudad por localidades, se observa que el 55,50% de éstos se encuentran concentrados en las localidades de Usaquén y Chapinero; en segunda instancia, un 25,31% de los prestadores ubicado en las localidades de Teusaquillo, Suba, Engativá y Kennedy, y el 19,18% ubicado en las 14 localidades restantes del Distrito Capital.

**Tabla 4. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según localización. A diciembre de 2015.**

LOCALIDAD	Instituciones - IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Total general	%
CHAPINERO	353	24	2.870		3.247	28,19%
USAQUÉN	366	30	2.750	1	3.147	27,32%
TEUSAQUILLO	189	26	778	1	994	8,63%
SUBA	172	24	642	3	841	7,30%
ENGATIVÁ	98	18	458	10	584	5,07%
KENNEDY	77	13	405	2	497	4,31%
BARRIOS UNIDOS	125	22	213	7	367	3,19%
FONTIBÓN	56	11	179	5	251	2,18%
RAFAEL URIBE	31	3	197	3	234	2,03%
PUENTE ARANDA	44	7	176	1	228	1,98%
SANTAFÉ	41	16	151		208	1,81%
BOSA	18	4	162	1	185	1,61%
SAN CRISTÓBAL	19	7	136	2	164	1,42%
ANTONIO NARIÑO	27	15	103		145	1,26%
CIUDAD BOLÍVAR	5	4	132		141	1,22%
TUNJUELITO	11	3	86	1	101	0,88%
LOS MÁRTIRES	27	8	61	1	97	0,84%
USME	7		55		62	0,54%
LA CANDELARIA	1	10	15		26	0,23%
SUMAPAZ	1				1	0,01%
<b>Total general</b>	<b>1.668</b>	<b>245</b>	<b>9.569</b>	<b>38</b>	<b>11.520</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: REPS. Corte de información: 02/03/2016.

Los anteriores servicios, son prestados por profesionales independientes un total de 17.989 registrados (42,00%), 23.560 en IPS (55,01%), 1.224 en prestadores con objeto social diferente (2.86%), y registrados como transporte especial, un total de 58 servicios (0.14%).

La capacidad instalada para la oferta de servicios de salud del Distrito Capital se relaciona a continuación:

**Tabla 5. Capacidad Instalada de la Oferta de Servicios**

SUBRED	grupo capacidad	Mixta	Privada	Otros Públicos	Red Pública Distrital	Total general
Centro Oriente	AMBULANCIAS		41	1	36	78
	APOYO TERAPÉUTICO		207	11		218
	CAMAS		2601	390	1131	4122
	SALAS		101	28	24	153
Norte	AMBULANCIAS		363	9	24	396
	APOYO TERAPÉUTICO		544	0	0	544
	CAMAS		5949	748	906	7603
	SALAS	0	536	32	26	594
Sur	AMBULANCIAS		4		43	47
	APOYO TERAPÉUTICO				32	32
	CAMAS		0		680	680
	SALAS		1	0	25	26
Sur Occidente	AMBULANCIAS		116		32	148
	APOYO TERAPÉUTICO		70		47	117
	CAMAS		879		577	1456
	SALAS	0	35	0	17	52
Sin Ubicación	AMBULANCIAS		1			1
	CAMAS		48			48
	SALAS		2			2
Total general		0	11498	1219	3600	16317

Fuente: REPS Mayo 24-2016

### Organización de la red pública de servicios de salud del Distrito Capital

En el Distrito Capital el sector salud se reorganizó, fusionando las 22 Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., en cuatro Subredes de prestación de servicios de salud, con un periodo de transición de un año, para efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión.

La fusión de las Empresas Sociales del Estado quedó de la siguiente forma:

- Empresas Sociales del Estado de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.”
- Empresas Sociales del Estado de: Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”
- Empresas Sociales del Estado de: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”
- Empresas Sociales del Estado de: Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La

Victoria y Santa Clara se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E."

A continuación se relaciona la capacidad instalada de las ESE desde el 2011 al 2015:

**Tabla 6. Capacidad Instalada de las ESE por Subred**

SUBRED	CONCEPTO	2011	2012	2013	2014	2015
NORTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	709	722	775	775	869
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	142	135	166	171	210
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	197	247	235	228	229
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	35	31	30	29	31
	MESAS DE PARTOS	8	9	10	9	9
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	70	72	66	61	61
	SALAS DE QUIRÓFANOS	20	18	17	18	18
SUR	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	677	672	679	669	690
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	106	106	106	111	121
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	256	259	268	254	249
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	37	38	41	39	39
	MESAS DE PARTOS	12	11	10	10	10
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	75	76	75	74	73
	SALAS DE QUIRÓFANOS	17	16	17	17	17
SUR OCCIDENTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	540	537	541	543	539
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	105	117	127	132	132
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	220	211	222	220	223
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	23	20	20	24	24
	MESAS DE PARTOS	7	7	7	6	6
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	76	75	75	73	75
	SALAS DE QUIRÓFANOS	12	12	11	12	12
CENTRO ORIENTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	875	899	921	915	937
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	108	107	100	111	106
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	232	233	227	208	216
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	34	34	33	31	34
	MESAS DE PARTOS	9	9	8	8	8
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	50	56	53	51	43
	SALAS DE QUIRÓFANOS	14	14	14	14	17
TOTAL DISTRITO	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	2.801	2.830	2916	2902	3035
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	461	465	499	525	569
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	905	950	952	910	917
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	129	123	124	123	128
	MESAS DE PARTOS	36	36	35	33	33

	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLÓGIA	271	279	269	259	252
	SALAS DE QUIRÓFANOS	63	60	59	61	64

Fuente: SIHO 2015

En Consulta externa se presenta la siguiente distribución de consultorios: un 26% en la Subred Norte, un 27.26% en la Subred Sur, un 22.21% en la Subred Sur Occidente y un 24.53% en la Subred Centro Oriente, mostrando un equilibrio entre las Subredes, respecto a la capacidad instalada en consultorios. Los consultorios de urgencias están distribuidos en un 25.20% en la Subred Norte, un 30,89% en la Subred Sur, un 16.26% en la Subred Sur Occidente y un 27.64% en la Subred Centro Oriente. En cuanto a las camas de observación de urgencias se distribuyen en 29.03% en la Subred Norte, un 22.80% en la Subred Sur, un 25.16% en la Subred Sur Occidente y un 23.01% en la Subred Centro Oriente. Por lo tanto se observa una disponibilidad de capacidad instalada en las redes de servicios, siendo mayor en la Subred Norte, debido al desarrollo de dos nuevas infraestructuras en las ESE Suba y Engativá en los últimos años.

La capacidad instalada en urgencias se correlaciona con la capacidad instalada de quirófanos, que presenta una distribución de un 30.00% en la Subred Norte, un 26.67% en la Subred Sur, un 20.00% en la Subred Sur Occidente y un 23.33% en la Subred Centro Oriente, lo cual se corresponde con el componente de cirugía de urgencias que desarrolla la red pública observándose además la correlación con el componente de trauma que maneja la red.

La distribución de mesas de partos muestra un 25.00% en la Subred Norte, un 30.56% en la Subred Sur, un 19.44% en la Subred Sur Occidente y un 25.00% en la Subred Centro Oriente.

### Red complementaria a la red pública

Por otra parte y con el fin de contar con una oferta integral de los servicios carentes o insuficientes en la red de la SDS, actualmente se cuenta con las siguientes instituciones que conforman la red complementaria:

**Tabla7. Red complementaria a la red pública Bogotá D.C.**

IPS	OBJETO
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE	Procedimientos de Dermatología (Fotoquimioterapia UVB, Banda estrecha y cámara de PUVA.
Fundación Hospital De La Misericordia	Subespecialidades de Pediatría
Instituto Nacional De Cancerología ESE	Prestar servicios, actividades, intervenciones y procedimientos para la atención integral de la patología oncológica
Genzyme De Colombia S.A y AUDIFARMA	Suministro de medicamentos para personas con enfermedades huérfanas
Bayer S.A	Suministro de medicamentos Antihemofílico
Hospital Universitario San Ignacio	Urgencias y Eventos NO POS-S

Fuente: SIHO 2015

Adicional a lo anterior y según la encuestas de percepción<sup>8</sup> se evidenció que para la población de la ciudad el acceso a los servicios de salud es un problema relevante puesto que el 43% de las personas señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que se explica por la presencia de

<sup>8</sup> Universidad de los Andes, Fundación Corona, Periódico El Tiempo. Programa Bogotá Como Vamos en Salud. Encuesta de Percepción Ciudadana, "Bogotá Cómo Vamos 2015

barreras de acceso financieras, administrativas, culturales y geográficas, que se reflejan en la sobreutilización de las instituciones de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias, deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas. En parte, debido a la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios y a la baja resolutivez clínica en los servicios básicos, lo que genera además efectos financieros por los elevados costos clínicos y el bajo impacto en salud por la duplicidad de acciones.

Otra situación que se suma a la anterior es la existencia de un modelo de atención que se centra en la enfermedad y en la asistencia sanitaria sin anticiparse a la identificación, mitigación y control de riesgos que propician la ocurrencia de enfermedad en los individuos o aumentan la severidad de sus consecuencias.

De lo anterior se concluye que las dinámicas del sector salud (en el aseguramiento y prestación de los servicios de salud), unido a la fragmentación de los servicios, la concentración de los mismos en 4 de las 20 localidades de la ciudad, la desarticulación de las instituciones prestadoras de servicios de salud público privadas, los avances incipientes en la organización de las redes de prestación de servicios de salud, y el modelo de atención centrado en la enfermedad, evidencian una débil respuesta frente a las necesidades de salud de la población.

## **EFFECTOS SOBRE LA SALUD**

El perfil epidemiológico de Bogotá D.C. es propio de un contexto urbano y de una ciudad en desarrollo, el cual se caracteriza porque junto a la transición demográfica, expresada como una reducción durante la última década de los menores de 15 años y el incremento de los grupos mayores de 50 años de edad, ocurre un cambio de incidencia de enfermedades transmisibles por prevalencia de las no transmisibles, así que se ha pasado de la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y la desnutrición a la caracterizada por enfermedades crónicas degenerativas, al tiempo que se hacen presentes las lesiones por causa externa, las adiciones y enfermedades mentales.

Aunque durante los últimos años los indicadores en Bogotá D.C. mostraron tendencia a la reducción, estos han disminuido levemente en su velocidad de descenso y registran diferenciales significativos entre localidades, territorios y grupos poblacionales, teniendo su mayor expresión en términos de tasas diferenciales de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

### **Mortalidad**

La mortalidad materna, perinatal, infantil y en el grupo de menores de cinco años, lo mismo que por enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar o coronaria (EPOC), la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer de mama, útero y próstata, son las causas y eventos que mayor número de vidas cobran a la ciudad y se caracterizan porque en su conjunto son potencialmente evitables y prevenibles si se toman medidas tempranas sobre sus determinantes y se interviene oportunamente sobre los factores de riesgo, los cuales están condicionados por factores estructurales; así como por condiciones, estilos y modos de vida; frente a los cuales el fraccionamiento en la respuesta y las barreras de acceso a servicios de salud exigen la adopción de un modelo de salud más resolutivo, así como de un verdadero ejercicio de gobernanza y rectoría del sistema de salud en la ciudad.

Por grupos de edad, la mortalidad se presenta en un 59% de los casos entre los 60 a 69 años y está dada en un 32% por enfermedades crónicas, con una tasa de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes; un 15% por enfermedades mentales, con una tasa de 18,5 por 100.000 habitantes; un 10% por enfermedades de transmisión sexual; un 9% por enfermedades infecciosas, el resto se debe a causas como lesiones de causa externa, enfermedades laborales y violencia.

De acuerdo con las estadísticas distritales, en Bogotá D.C. ocurren al año 29 muertes maternas por

cada 100.000 nacidos vivos, se registran 10 muertes en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos y ocurren 19 en menores de 5 años; Igualmente ocurren 16,3 muertes por cada 100.000 menores de 70 años por enfermedades crónicas y se presentan 17.101 partos en adolescentes<sup>32</sup>.

La tasa de mortalidad registrada en Bogotá fue de 18,1 por 100.000 habitantes en 2014. Las principales causas son por neumonía con una tasa mortalidad de 7,8 por 100.000 menores de 5 años, tuberculosis con una tasa de 14 casos por cada 100 mil habitantes con mayor afección al sexo masculino, en una razón de 2 hombres por cada mujer, en edades de 24 a 35 años y se presenta una alta carga en mayores de 65 años; Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) con una tasa de 0,5 casos por cada 100.000 menores de 5 años (Tabla 9),

Uno de los eventos de mayor seguimiento y vigilancia es la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años, la cual aunque presentó una disminución del 16,7%, entre el 2014 al 2015, (78-65 casos), aún corresponde a una de las principales causas de muerte en esta población.

En la mortalidad asociada a salud sexual y reproductiva se presentan eventos como la mortalidad materna, por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mortalidad perinatal y mortalidad por interrupción voluntaria del embarazo. Las causas de la mortalidad materna son por pre-eclampsia con 26,7%, complicaciones del trabajo de parto 14,1% y complicaciones principales con el puerperio 13,4%, mortalidad perinatal 13,7 por 10002 nacidos vivos la causa principal malformaciones congénitas, transmisión materna infantil del VIH, con un promedio de 1,8 casos anualmente. Existen los mayores riesgos de ocurrencia de muertes maternas en las localidades de Barrios Unidos, Teusaquillo, Suba, Bosa, Tunjuelito y Usaquén

Una de las explicaciones de la mortalidad materna obedece a las cuatro barreras o demoras: decisión de consultar, acceso a servicios de salud, calidad en la prestación de los servicios y atención efectiva. Así mismo el inicio tardío o inexistente de controles prenatales, las barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud que limitan el acceso oportuno a pruebas rápidas así como a los esquemas profilácticos requeridos, y el desconocimiento o no adherencia a los protocolos y guías de manejo.

## **Morbilidad**

El perfil de morbilidad se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas e infecciosas y eventos relacionados con salud sexual y reproductiva. Durante el 2014 del total de las atenciones, el 42,2% se relacionaron con enfermedades crónicas, el 27,4% con infecciosas y el 12,1% con eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva. De igual forma se prestaron atenciones por enfermedades de salud mental en un 9,5%, enfermedades asociadas a problemas ambientales 6,2% y violencia y accidentes en un 2,7%.

Las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, insuficiencia venosa de miembros inferiores, asma y epilepsia se encuentran entre las primeras 20 causas de consulta en el Distrito Capital. Estas enfermedades son de origen multicausal y son señal de que Bogotá D.C. se encuentra en una transición epidemiología y se hace necesario fortalecer los procesos de gestión del riesgo en salud para de esta manera identificar diferenciales, analizar consecuencias e impactar en la ocurrencia en la morbilidad y mortalidad mejorando calidad de vida.

En Bogotá D.C. el 9% de la carga de enfermedad es por enfermedades transmisibles siendo las más frecuentes las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y amebiasis y el dengue: Estos eventos deben ser intervenidos, intensificando las estrategias para afectar los condicionantes y factores de riesgo identificados.

Las enfermedades transmitidas por vía aérea o contacto directo y las transmitidas por vectores. Dentro

de estas están el dengue con una letalidad 0,41%, la Tuberculosis, la infección respiratoria aguda y la enfermedad de Hansen que afectan principalmente a población menor de 5 años y adultos mayores de 65 años. Estos eventos están influenciados por las condiciones de hacinamiento, contaminación ambiental, desnutrición y bajo acceso educativo y económico.

Se encuentran también las Infecciones de Transmisión Sexual-ITS; En el caso del VIH-SIDA se debe resaltar que Bogotá D.C. presenta una prevalencias alta en poblaciones de riesgo como transgeneristas 17% y HSH 15%. En cuanto a Hepatitis B se reportó en 2.015 un total de 4,00 casos por 100 mil habitantes afectando tanto a población general como a grupos de riesgo tales como mujeres y hombres en ejercicio de la prostitución, LGBT, habitante de calle y consumidores de sustancias psicoactivas. En este caso las estadísticas muestran un comportamiento errático para los últimos 5 años, debido posiblemente a subdiagnóstico en la ciudad y el país.

Estas afectan a las poblaciones más vulnerables como los menores de cinco años y adultos mayores, así como a grupos de población en condiciones deficientes de calidad de vida. Bogotá D.C. Las mayores tasas se presentan en las localidades de Chapinero y Teusaquillo  
La sífilis congénita se continúa presentando, las localidades con mayores incidencias son Santafé, Ciudad Bolívar, Usme, Mártires, Antonio Nariño, San Cristóbal, Tunjuelito, Barrios Unidos, Chapinero y Rafael Uribe, y requiere de intervención.

La morbilidad durante el 2014, expresada en el indicador de proporción de prevalencia por 1.000 habitantes, muestra que en la ciudad por cada 1.000 habitantes 215 presentaron una alteración o daño en la salud. Por localidad el resultado de la razón de las proporciones de prevalencia muestra a las localidades de Santa fé, San Cristóbal, Tunjuelito, Usme, Chapinero, Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Sumapaz como las que presentan en su población mayores problemas de salud.

Por entidad específica las enfermedades más frecuentes fueron las de la pulpa y la dentina, con el 17,5%, seguidas por la infección respiratoria aguda con 13,04%, hipertensión arterial 10,8%, enfermedades diarreicas 6,9%, migraña 3,8% y diabetes mellitus 3,7%.

También existen diferenciales relacionados con la localidad de residencia. Algunas localidades presentan tasas superiores a las de la ciudad como es el caso de Santafé, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar.

Las edades con mayor prevalencia son entre 27 y 59 años siendo edades económicamente activas lo cual generan para Bogotá un alto gasto laboral y familiar.

Para 2014 en Bogotá D.C. el 32% de la carga de la enfermedad está dada por las enfermedades crónicas, con una tasa de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes, constituyéndose en la primera causa de mortalidad en Bogotá D.C. En general las principales causas están asociadas a enfermedades cardio cerebro vasculares con una tasa de 120,4 por 100.000 habitantes (Hipertensión Arterial, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebro Vascular y Enfermedad Arterioesclerótica), cánceres malignos con una tasa 82,24 por 100.000 habitantes (el 30% corresponde a menores de 18 años); diabetes con una tasa 12,4 por 100.000 habitantes, Insuficiencia renal crónica 12,4 por 100.000 habitantes; y enfermedades respiratorias (EPOC y EPID) 12,4 por 100.000 habitantes.

En Bogotá D. C. la tasa de prevalencia por enfermedades crónicas fue de 79,85 por 1000 habitantes en 2014. Las enfermedades crónicas más frecuentes son por enfermedades cardiovasculares, cáncer maligno y tumores benignos, diabetes, insuficiencias renales, enfermedades respiratorias y cirrosis hepáticas. Al ajustar las tasas de morbilidad por la población estándar de Bogotá D.C. se tiene que en las localidades con mayor tasa de prevalencia se presentan en Usme 387,78 por 1000 habitantes, Suba 364,00 por 1000 habitantes, Teusaquillo 363,09 por 1000 habitantes, Candelaria 336,71 por 1000 habitantes, Engativá 332,72 por 1000 habitantes y San Cristóbal 282,05 por 1000 habitantes.

A nivel mundial, las enfermedades no transmisibles (ENT) son en esta época el mayor desafío para la salud y el desarrollo social y económico, ya que representan una elevada carga de enfermedad que seguramente continuará aumentando en la medida en que no se implementen estrategias integrales con los diferentes sectores y en diferentes niveles para contrarrestar los determinantes sociales y de salud que las ocasionan.

En relación con el tabaco se encuentra una prevalencia de consumo para el año 2015 del 25.8% de los hogares, con un incremento del 1% frente al año anterior, asociado a que aún existen establecimientos que incumplen la Ley 1335 de 2009.

Frente al consumo de alcohol, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, para el año 2013 fue de 39.9% en las edades de 12 a 65 años la cual está 3,72 por encima del consumo a nivel nacional.

La tasa de prevalencia de la morbilidad por enfermedades infecciosas en Bogotá D.C. es de 51,77 por 1000 habitantes. De estas se destacan la enfermedad diarreica aguda con una tasa de morbilidad de 2.532,54 por 100.000 habitantes; el dengue, con una tasa de 2.513,20 por 100.000 habitantes y la neumonía, la cual registró una tasa de 105,53 por 100.000 habitantes. La mayor proporción de morbilidad se presenta en mujeres con un 57,68%; en edades de 27 a 59 años, con un 40,51% del total, en niveles educativos bajos y en niveles sisben1, con un 45,29%. Las localidades con mayor afectación son: Usme con una tasa de morbilidad ajustada de 105,98 por 1000 habitantes, Suba, con una tasa de 100,28 por 1000 habitantes, La Candelaria con una tasa de 93,99 por 1000 habitantes, Teusaquillo con una tasa de 88,89 por 1000 habitantes, Engativá con una tasa de 87,01 por 1000 habitantes y Rafael Uribe con una tasa de 71,38 por 1000 habitantes

Aunque en la ciudad se han logrado importantes avances en relación con la salud sexual y la salud reproductiva, se continúan observando eventos negativos como embarazos no planificados, esperados o deseados, infección por VIH y otras ITS (hepatitis B, hepatitis C, sífilis gestacional y sífilis congénita), mortalidad asociada a SIDA, morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal asociada a causas evitables, interrupciones del embarazo en condiciones no seguras, transformaciones corporales inadecuadas, prácticas sexuales de riesgo, encuentros sexuales en sitios o establecimientos que no cumplen condiciones higiénico-sanitarias, ejercicio de la prostitución en condiciones no dignas, estigma social para las personas LGBTI, violencia y abuso sexual, entre otras.

A nivel de la salud sexual y reproductiva se encontró como primera causa de consulta en Bogotá D.C. las atenciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En primer lugar esta el parto con una tasa de 1151,43 por 100.000 habitantes, los problemas relacionados con el parto con una tasa de 1051,6 por 100.000 habitantes y la eclampsia con una tasa de 269,7 por 100.000 habitantes.

En Bogotá D.C. se tiene que la morbilidad asociada con la salud sexual y reproductiva se presenta con mayor proporción en el sexo femenino con un 83,75%, en el grupo de 18 a 59 años, con un 71,5%, en el nivel educativo bajo y en nivel SISBEN 1, con 48,25%.

Las localidades con mayor afectación son Usme con una tasa ajustada de morbilidad de 24,03 por 1000 habitantes; Suba con una tasa de 21,49 por 1000 habitantes, Candelaria con una tasa de 21,30 por 1000 habitantes, Teusaquillo con una tasa de 21,28 por 1000

La respuesta social a estas situaciones, particularmente desde el sector salud, evidencia problemas asociados a la fragmentación del sistema que afecta la integralidad de la atención, así como la continuidad, oportunidad, pertinencia, acceso y seguridad. Igualmente se encuentran niveles de desconocimiento y poca adherencia a los derechos y deberes en este campo por parte de los habitantes de la ciudad.

Por ende se hace impostergable el implementar respuestas integrales del sector salud en coordinación con otros sectores y la comunidad, para promover el acceso y abordaje efectivo a través del gestión del riesgo y de la intervención de los determinantes sociales incluidos los factores de riesgo arriba mencionados, el daño acumulado para disminuir la carga de la enfermedad y la discapacidad de los individuos y sus familias.

#### **Causas del problema priorizado para el componente de prestación de servicios de salud:**

- Debilidad de la Entidad Territorial para ejercer la rectoría y regulación frente a la organización y prestación de Servicios de Salud que no favorecen la protección y garantía del Derecho a la Salud.
- Falta de coordinación entre entidades del sector salud, duplicidades de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa o sobresaturada, servicios no resolutivos y competencia desleal entre prestadores.
- Baja correspondencia entre las necesidades y expectativas de salud de la población y la inadecuada respuesta por parte de los diferentes agentes del sistema de salud, centrada en la dependencia de su infraestructura y dotación, tecnología, talento humano y precios, así como su deficiente gestión.
- No existe articulación entre las redes públicas y privadas, conocimiento parcial de la capacidad instalada real y la suficiencia de red de la Ciudad.
- El modelo asistencial actual centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y en la atención hospitalaria, así como la baja resolutividad en la atención de los primeros niveles de complejidad.
- Baja responsabilidad de los prestadores y aseguradores frente a los resultados en salud de la Población.
- Barreras administrativas de las EAPB o las IPS para el acceso efectivo a los servicios de salud (Consulta externa especializada - consulta prioritaria - apoyo diagnóstico y terapéutico).

#### **Identificación de las principales consecuencias del problema o necesidad:**

Dada la interacción de las diversas causas del problema se generan múltiples consecuencias que afectan la respuesta a las necesidades de salud de la población de la ciudad:

- Barreras de acceso de tipo administrativo, cultural y geográfico
- Inequidades en el acceso a los servicios de salud
- Debilidades en la estructuración y operación de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud
- Pérdida de oportunidad y continuidad de la atención
- Escasa resolutividad, desintegración de servicios de salud
- Fallas en la calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) y altos gastos de bolsillo para la población.
- Rezagos en temas fundamentales como la actualización y modernización de tecnología e infraestructura física, aunado a la pérdida de competitividad en el sector.
- Sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas.
- Atención en salud fragmentada y desarticulada por parte de los prestadores de servicios
- Aumento de los indicadores negativos de morbilidad y mortalidad en la población de Bogotá D. C

Por todo lo anteriormente expuesto en el contexto del Proyecto Estratégico “Atención Integral en Salud” se plantean dos líneas de acción:

**Gestión Compartida del Riesgo en Salud.**

Incluye el diseño, puesta en marcha y evaluación de un esquema de cooperación y coordinación técnica, administrativa y operativa entre aseguradores y prestadores de servicios en torno al objetivo común de lograr una atención integral, oportuna y de calidad, a unos costos que correspondan con los beneficios obtenidos, utilizando como instrumento central las denominadas Rutas Integrales de Atención en Salud.

La estrategia central consistirá en principio en conformar con Capital Salud un equipo de trabajo para la construcción, operación y ajuste de las denominadas Rutas Integrales de Atención, que permitan simplificar y agilizar los trámites al usuario y estandarizar los pasos y requisitos que se dan hoy en el proceso de atención de un paciente

**Fortalecimiento de la EPS Capital Salud.**

La EPS Capital Salud presenta deterioro de sus indicadores financieros con respecto al promedio de indicadores de entidades del régimen subsidiado, la evaluación de los indicadores muestra un deterioro de las principales razones financieras , entre las cuales están el indicador de capital mínimo y patrimonio adecuado definido por el decreto 2702 del 2014. Durante el 2016 se evidencia un escenario de dificultades en las condiciones de permanencia y solvencia

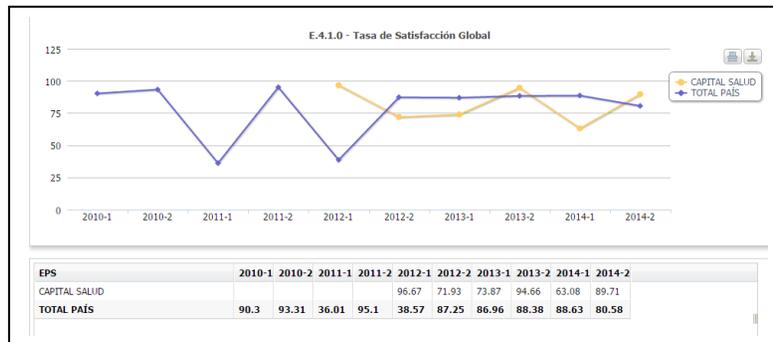
Se presenta una situación de pérdida recurrente y sistemática en las últimas vigencias como se muestra en la tabla.

PATRIMONIO	A JULIO 31 DE 2015	A DIC. 31 DE 2014	DIC. 31 / 2013	DIC. 31 / 2012	DIC. 31 / 2011
Capital autorizado	40.000	40.000	40.000	40.000	40.000
Capital por suscribir (DB)	-15.200	-15.200	-15.200	-15.200	-15.200
Capital suscrito y pagado	24.800	24.800	24.800	24.800	24.800
Reservas	57	57	57	57	57
Utilidad ó (Pérdida) de ejercicios anteriores	-211.742	-60.415	-30.114	-758	514
Utilidad ó (Pérdida) del ejercicio	-61.057	-151.327	-30.302	-29.357	-1.271
<b>Variación del Patrimonio</b>	<b>240%</b>	<b>299%</b>	<b>203%</b>	<b>160%</b>	

*Fuente: Capital Salud EPS S adaptado. Cifras en miles de pesos.*

Así mismo se presenta un deterioro de los indicadores de satisfacción global como el indicador de satisfacción global el cual para el 2014 alcanzó un porcentaje del 80.5 % de satisfacción

Sin embargo, con corte a Diciembre 31 de 2015, la insatisfacción presentada en la EPS capital Salud fue del 18%, la cual se convierte en la línea de base a tener en cuenta para el desarrollo de propuestas en este proyecto.



Desde esta línea de acción se realizarán gestiones tendientes a apoyar el fortalecimiento la operación ordenada y eficiente de la entidad, que contribuya al equilibrio presupuestal y fortalecer su operación.

Por todo lo anterior, se requiere de la organización y operación de un nuevo modelo de atención en salud basado en la gestión compartida del riesgo, que incluya organización y operación de las rutas integrales de atención en salud facilitando el acceso a los servicios de salud que permitan intervenir las causas que originan el problema en cuestión y mitigar las consecuencias del mismo.

## 5. DESCRIPCIÓN

### Alternativa única

El 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”.

El desarrollo de este proyecto tiene como fin último la mejora de los resultados en salud para la población bogotana, para lo cual se plantea la adopción de un nuevo *Modelo de Atención en Salud* integral e incluyente con el que se evidenciará un cambio en la prestación de los servicios de salud para la población del Distrito Capital, reorientando la organización y la prestación de los servicios de salud en redes integrales de prestadores de servicios de Salud 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. Esto se materializa en las rutas integrales de atención en salud –RIAS-, orientadas al mantenimiento de la salud y la promoción de estilos de vida saludables, donde se fomente la salud, se prevenga y detecte oportunamente la enfermedad y se resuelvan de manera efectiva y oportuna las demandas de atención, tanto en zonas urbanas como rurales.

Adicionalmente, 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 según las 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.

Así mismo, con el desarrollo de las actividades propuestas El componente de prestación de servicios del modelo tendrá como base para la operación una Red Distrital que se complementará con redes privadas y cuatro Subredes Distritales Integradas de servicios de salud: Sub Red Norte, Sur Red Centro Oriente, Sub Red Sur Occidente, Sub Red Sur y un modelo especial Rural Disperso en Sumapaz; contará con dos tipos de centros de atención, ambulatorias y hospitalarias; con un sistema de información integrado y con el soporte de proyectos de ciencia, tecnología e innovación. Esto ejecutado a través del desarrollo de estrategias para la gestión compartida del riesgo del riesgo entre aseguradores y prestadores, proyectos comunes, la suscripción de contratos y convenios interadministrativos y de prestación de servicios para apoyar el proceso de adopción y adaptación e implementación del modelo y la implementación de actividades que apoyen el fortalecimiento, mejoramiento, y consolidación 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 voluntaria y habitual como la primera estrategia de la seguridad transfusional, para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en la ciudad.

Para la implementación del modelo se requiere del fortalecimiento de la rectoría pública y la implementación de las herramientas regulatorias para la aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud; requiere además de incentivos por resultados en salud y de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales y de competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de los procesos de gestión, coordinación y gerencia en la ciudad. De igual manera se requiere del funcionamiento ordenado y armónico del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud, el seguimiento continuo, el análisis integral y el ajuste de la oferta de servicios acorde al comportamiento de la demanda;

De igual manera implica la articulación intersectorial, que permita superar la débil respuesta estatal en la mitigación y control de los riesgos y en la intervención sobre los determinantes sociales de la salud de la población del Distrito Capital.

Otro aspecto a desarrollar en el presente proyecto, es el fortalecimiento de la EPS-S Capital Salud, con acciones tendientes a gestionar el logro del equilibrio operacional y financiero de la entidad, así como transformando y optimizando sus procesos administrativos y de atención en salud, de tal manera que se convierta en una entidad que alcance el equilibrio financiero y se constituya en un instrumento de la implementación del nuevo modelo de atención planteado para el Distrito Capital, en cumplimiento de los propósitos del Plan de Desarrollo Distrital para el sector salud; lo que conllevaría a la mejora de los actuales estándares de calidad, que sumando a la implementación del aseguramiento social universal, potenciaría la puesta en marcha del modelo de atención propuesto para la ciudad.

El desarrollo del proyecto con el fortalecimiento de la EPS mixta Capital Salud beneficia al Distrito como Entidad Territorial y a su población, pues dada la situación actual, el contar con una EPS mayoritariamente pública puede constituirse en una herramienta y una alternativa competitiva para la ciudad y aun para la región, por lo cual deberá implementar en el menor tiempo posible un plan de mejoramiento de los indicadores de operación, traducidos en una mejor satisfacción de sus usuarios tanto en régimen subsidiado como en los afiliados obtenidos en el régimen contributivo por movilidad.

## 6. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar el modelo de atención que integre los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en la atención integral en salud con enfoque de salud urbana y de la estrategia APS resolutive, la gestión compartida del riesgo entre aseguradores y prestadores; mediante el diseño y operación de las rutas integrales de atención, la implementación de la red integral e integrada de prestadores de servicios de salud, con el fin de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud y las condiciones de salud de la población de Bogotá.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Diseñar e implementar el nuevo modelo integral de atención en salud para Bogotá D.C., basado en la APS Resolutive y la gestión del riesgo, que incluya las rutas de atención integral- RIAS así como la articulación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, con el fin de lograr una atención integral, oportuna y de calidad, para generar respuestas integrales en salud a individuos y colectivos.
2. Realizar gestiones tendientes a apoyar el fortalecimiento la operación ordenada y eficiente de la EPS mixta Capital Salud, que contribuya al equilibrio presupuestal y fortalecer su operación.

## 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
1. Contar con el diseño técnico, operativo, legal y financiero del esquema; poner en marcha y tener una operación completa y consolidada del nuevo esquema de rutas integrales de atención, al finalizar el segundo año de operación (2017) en todas las	Porcentaje	12,5%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	100,0%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
subredes integradas de servicios de salud.							
2. Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero	Porcentaje	12,5%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	100,0%
3. Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.	Numero	0,2	1	1	1	1	1
4. Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual a 2020	Tasa	16,5 (se incrementa en 0,48 es decir el 3%)	17(se incrementa en 0,4944 es decir el 6%)	17,5( se incremente 0,509232 es decir el 9%)	18(se incrementa en 0,52450896 es decir el 12%)	18,5(se incremente 0,54024423 es decir el 15%)	18,5
5.Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual a 2020	Tasa	44 (se incrementa en 1,29 es decir el 3%)	45(se incrementa en 1,3287 es decir el 6%)	47( se incremente 1,368561 es decir el 9%)	48(se incrementa en 1,40961783 es decir el 12%)	49(se incrementa en 1,45190636 es decir el 15%)	49
6.Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
servicios demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados							
7. Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores	Numero	0,5	1	1	1	1	1
8. A 2020 mejorar en 10% la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad mental y neuropsiquiátrica	Porcentaje	0,0%	2,0%	4,0%	6,0%	10,0%	10,0%
9. A 2020 iniciar en instituciones adscritas o vinculadas procesos de rehabilitación integral en 800 pacientes con adicciones.	Numero	50	225	225	225	75	800
10. Alcanzar a 2016 el equilibrio operacional y financiero de la EPS Capital Salud y mantenerlo durante el resto de periodo	Porcentaje	100,0%					100,0%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
11, Diseñar un plan y poner en marcha las estrategias para lograr en un plazo máximo de 10 años el saneamiento de las deudas y la capitalización de la EPS Capital Salud	Porcentaje	5,0%	25,0%	30,0%	30,0%	10,0%	100,0%
12. Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital salud a 2020	Porcentaje	18,0%	16,0%	14,0%	13,0%	12,0%	12,0%

**1. GRUPO OBJETIVO:**

La población objeto del proyecto se corresponde con el total de la Población del Distrito Capital:

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Componente Gestión compartida del Riesgo</b>					
Total población de Bogotá	7.980.001	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801
<b>Componente Fortalecimiento de la EPS Capital Salud</b>					
Población susceptible de afiliar al régimen subsidiado	36.610	25.627	17.939	12.558	8.791
Población afiliada al régimen	1.306.848	1.317.831	1.325.519	1.330.900	1.334.667

subsidiado					
Población Pobre No Asegurada – Vinculada que puede demandar los servicios de salud **	172.681	174.822	176.990	179.185	181.407

## 2. ESTUDIOS, POLITICAS Y NORMAS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

<b>NOMBRE</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<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.

<p><b>Ley 1438 de 2011</b></p>	<p>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. Para este propósito se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema. De igual manera establece que las acciones de salud Pública y Promoción y Prevención serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para mejorar el acceso, se consolidaran redes integrales e integradas de Servicios de Salud – RISS que deberán ser habilitadas por la las entidades departamentales o distritales a quienes también se les trasladara las competencias de inspección, vigilancia y control con el ánimo de fortalecer el ejercicio de la rectoría a cargo de estas entidades en el sector salud.</p> <p>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.</p> <p>Artículo 67 contempla la creación de un Sistema de Emergencias Médicas que busca responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, articulando la atención prehospitalaria y de urgencias por medio de los Centro reguladores de Urgencias y Emergencias.</p>
<p><b>Resolución 2003 de 2014</b></p>	<p>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios</p>
<p><b>Resolución 1841 de 2013</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Ley 1751 de 2015</b></p>	<p>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</p>
<p><b>Ley 1753 de 2015</b></p>	<p>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,</p>

	<p>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”. Artículo 65. Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).</p> <p>Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación”. . (Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública, 2012 - 2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C: MSPS, p. 85.)</p>
<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 Talud, 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>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 Habilitación de Redes Integrales de Prestación de Servicios
<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>Acuerdo Distrital 20 de 1990 del Concejo Distrital de Bogotá D.C.</b>	Establece el "Sistema Distrital de Salud de Bogotá", que comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación en los cuales intervienen diversos factores de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención en salud. Está integrado por personas naturales o jurídicas y por organismos, agencias y dependencias de los subsectores oficial y privado y de otros sectores que realizan actividades que inciden en los factores de riesgo para la salud, dentro de la jurisdicción distrital, de conformidad con los Artículos 4 y 5 de la Ley 10 de

	1990. Así mismo designa a la "Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.", 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 de Bogotá D.C
<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>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>Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019</b>	El anteproyecto del plan de desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019, 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. Para cumplir la propuesta presenta el proyecto de una red integrada de servicios teniendo en cuenta cuatro Subredes en servicios básicos ambulatorios y hospitalarios complementarios. el primer Pilar "Igualdad de Calidad de Vida", en el cual se propicia la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más pobre con el fin de lograr la reducción de diferenciales de riesgos en salud. De igual forma, se participa de la cuarta estrategia transversal: "Gobierno Legítimo, Eficiencia Administrativa y Fortalecimiento Local", restableciendo condiciones para el buen gobierno de la salud en la ciudad a través del programa "Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud".

## 10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO

EJECUTADO	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)					
	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
APORTE ORDINARIO (TOTAL)	43.000.000.000	12.827.999.034	102.827.999.034	269.827.999.034	2.827.999.034	431.311.996.136

### 10.1. CONCEPTOS DEL GASTO

DOTACIÓN	1.500.000.000	1.260.499.034	1.189.961.534	1.116.249.847	1.116.249.846	6.182.960.261
SUBSIDIOS OPERACIONES FINANCIERAS Y	40.000.000.000	10.000.000.000	100.000.000.000	267.000.000.000	0	417.000.000.000

RECURSO HUMANO	1.500.000.000	1.567.500.000	1.638.037.500	1.711.749.188	1.711.749.188	8.129.035.876
TOTAL	43.000.000.000	12.827.999.034	102.827.999.034	269.827.999.034	2.827.999.034	431.311.996.136

### 11. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Años Calendario	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Sistema General de Participaciones						
Otras transferencias de la Nación						
Otros Ingresos						
Rentas Contractuales						
Recursos del Distrito	43.000.000.000	12.827.999.034	102.827.999.034	269.827.999.034	2.827.999.034	431.311.996.136
<b>Total Financiación</b>	<b>43.000.000.000</b>	<b>12.827.999.034</b>	<b>102.827.999.034</b>	<b>269.827.999.034</b>	<b>2.827.999.034</b>	<b>431.311.996.136</b>

### 12. OBSERVACIONES

--

### 13. Diligenciamiento:

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre María del Pilar Garzón Cuervo.<br/>Cargo Profesional Especializado código 222 grado 27 -Dirección de Provisión de Servicios de Salud<br/>Teléfono: 3649090 Ext 9547</li> <li>• Nombre: Támara Gilma Vanin Nieto<br/>Teléfono: : 3649090 Ext 9874<br/>Cargo: Contratista</li> <li>• Nombre: Jader Yate Ramirez<br/>Cargo: Contratista<br/>Teléfono: 3125434177</li> </ul> |
|--|

### 14. Concepto de Viabilidad

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

## 15. Concepto y Sustentación

		S/N
<b>Aprobó:</b> Consuelo Peña Aponte Directora Provisión de Servicios de Salud		
<b>Responsable Componente Fortalecimiento de la EPS Capital Salud :</b> Juan Carlos Garcia Ubaque		
<b>Cargo profesional</b> /	Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial	
<b>Entidad SDS</b>	Secretaria Distrital de Salud	
Fecha: 11 julio 2016		
<b>Responsable Proyecto :</b> Sulby Patricia Mc Bain Millan		
<b>Cargo profesional</b> /	Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento	
<b>Entidad SDS</b>	Secretaria Distrital de Salud	
Fecha: 11 Julio 2016		