



Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha: Julio 2016

Estado:

Inscrito _____

Registrado _____

Actualizado _____

1. IDENTIFICACIÓN

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
PROYECTO:	Garantía de la Atención Prehospitalaria [APH] y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C.

2. CLASIFICACIÓN

SECTOR:	Salud
PLAN DE DESARROLLO:	"Bogotá Mejor Para Todos"
PILAR UNO:	Igualdad de Calidad de Vida
PROGRAMA:	Atención Integral y Eficiente en Salud
PROYECTO ESTRATÉGICO:	Atención Integral en Salud
PROYECTO DE INVERSIÓN:	Garantía de la Atención Prehospitalaria [APH] y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C.
META PLAN	Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.

3. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Localización:	El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las veinte localidades, las zonas urbana y rural.
----------------------	--

4. PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN

PROBLEMA GENERAL
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 Sistema General de Seguridad Social en Salud - 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 urgencias, emergencias y desastres, 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. Se ha incrementado el tiempo de respuesta para la APH, el que va desde la recepción de la solicitud hasta el arribo del vehículo de emergencias al sitio del incidente, pasando de 13 minutos y 58 segundos en el 2010, a 15 minutos y 12 segundos en el 2015.
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA
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





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

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. ¹

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%².

La atención de las Urgencias Médicas, como la capacidad resolutoria dirigida a la protección inmediata de la vida que se encuentra en peligro y el promover en el conjunto de la población y de las entidades prestatarias de salud, la prevención de enfermedades y muertes evitables, mediante programas como la Atención Prehospitalaria, y la coordinación integral con las unidades de urgencias de las entidades hospitalarias, orienta su accionar al cumplimiento de los objetivos y principios de las políticas, planes y programas adoptados a nivel internacional, nacional y distrital, mediante la integración de componentes de la salud pública y privada, individual y colectiva y con los diferentes niveles de atención y complejidad en que se encuentra organizado el sistema de salud con el fin último de garantizar el derecho a la vida.

La organización y funcionamiento de las Urgencias Médicas se encuentra regulado por el Acuerdo Distrital No. 16 de 1991, mediante el cual se adoptó como el Sistema de Atención de Urgencias del Distrito. El Artículo 67 de la Ley 1438, 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.

El Programa de Atención Pre hospitalaria (APH) de la Dirección Urgencias y Emergencia en Salud (DUES) ha sufrido un incremento de las solicitudes que ingresan por la Línea de Emergencias 123, entre otras vías, y que son transferidas al denominado Centro Operativo (CO), Unidad de la DUES que gestiona las urgencias, emergencias y posibles desastres en el Distrito Capital. Según lo registrado en el sistema de información del Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE), entre los años 2012 y 2015 se atendió un promedio anual de 793.390 solicitudes; en el 2015, 3 de cada 4 de ellas correspondieron a duplicidades, cancelaciones, bromas, falsas alarmas, etc.

A diciembre de 2015 el Programa de APH contaba con 174 vehículos de emergencia, entre ambulancias básicas, medicalizadas, vehículos de respuesta rápida, entre otros. En el período señalado se despacharon vehículos de emergencia, con una frecuencia promedio anual de 273.750. Sin embargo, 2 de cada 5 despachos fueron fallidos para el año 2015, por causas como ausencia del paciente en el sitio indicado, bromas, falsas alarmas, etc. Con relación a la operatividad del recurso propio y vinculado, en cuanto a los vehículos de emergencia adscritos al Programa de APH, durante 86 de cada 100 horas contratadas estos estuvieron operando durante el último cuatrimestre de 2015.

Entre un 42% y un 57% de los despachos tuvo como destino el domicilio del paciente, y la atención se relacionó, fundamentalmente, con enfermedades crónicas agudizadas y accidentes caseros. La atención en vía pública osciló entre un 30,2% y un 37%; y en colegios, Transmilenio, sitios de trabajo y estudio, fue de alrededor de un 4%.

La enfermedad común, que incluye las condiciones crónicas de salud, fue la primera causa de atención, con una proporción del 56%; el grupo etario más afectado fue el de mayores de 64 años, donde cada 4 solicitudes correspondieron a este grupo, siendo los hombres en más de la mitad de los casos que demandaron atención en el 2015; la segunda causa, los accidentes (31%), siendo los de tránsito la quinta parte de todos los atendidos. Las atenciones por alteraciones mentales alcanzaron un 4%. De cada 4 casos atendidos pre-hospitalariamente, 3 implicaron traslado del paciente a una IPS.

¹ Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

² Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020



El 43% de los casos fue de afiliados al régimen contributivo y el 20%, al subsidiado. El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) cubrió el 17.9% de las atenciones.

En el año 2015 se atendieron 387 emergencias, siendo atendidos dentro de ellas 2.729 pacientes, con 1.735 traslados. Tres de cada cinco de estas emergencias fueron accidentes de tránsito.

En apoyo a la referencia y contrarreferencia de pacientes en condición crítica o media, se realizaron 2.600 traslados interinstitucionales en el año 2015, 57% de los cuales correspondió a la primera condición.

La retención de camillas en el primer cuatrimestre de 2016, comparado con el mismo periodo del año 2015, mostró un incremento del 5,6% en el primero, en relación con el segundo.

El histórico de los casos atendidos en el último cuatrienio (2012-2015), refleja en el año 2012 el mayor volumen con 888.312 atenciones, para los restantes tres años se presenta un promedio de 780.000 atenciones. Se realizó un promedio de despachos de 273.000 vehículos de emergencia. El 2014 registró el mayor número con 285.638, seguido por el 2015 con 281.140.

Además y según “Bogotá Cómo Vamos en Salud”, el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que se explica por la presencia de barreras de acceso financieras, administrativas, culturales y geográficas, las cuales se evidencian en la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente de especialistas.

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

Causas del Problema:

- No existe articulación entre las redes públicas y privadas, lo que genera el desconocimiento por parte del usuario generando barreras de acceso y sobresaturación para algunas instituciones hospitalarias en especial las de tercer y cuarto nivel 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).
 - Las redes de servicios de urgencias no se han implementado para integrar las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud pública y privada, favoreciendo la prestación del servicio con calidad y racionalidad generando:
 - El fraccionamiento de los servicios, la subutilización de los primeros niveles de atención y sobreocupación de los terceros y cuartos niveles de atención, afectando la integralidad de la prestación del servicio de salud.
 - Desarticulación intersectorial (público y privado) para dar respuesta ante situaciones de urgencias y emergencias y posibles desastres.
 - Deficiente desarrollo de programas a nivel local para fortalecer la respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y posibles desastres.
 - Déficit de competencias del recurso humano del Programa de Atención Pre Hospitalaria, al igual que desconocimiento y cultura ciudadana frente al buen uso de la Línea de Emergencias.
- Inadecuada utilización de la línea de emergencias 123 por parte de los usuarios como son: bromas, atenciones no urgentes, atenciones no competentes, notificación de casos no reales, buscando valoraciones en casa, cumplimiento de citas programadas, facilidad de ingreso a los servicios de urgencias y resolución de problemas



sociales.

- Inadecuada regulación de la urgencia en el Programa de APH, esto enfocado a la pertinencia de los perfiles vinculados, capacitación permanente, fortalecer el sentido de pertenencia de los actores del sistema ante las urgencias y emergencias en salud, la actual capacidad instalada de los servicios de urgencias, la falta de cultura ciudadana enfocada al desplazamiento preferencial de vehículos de emergencia, así como la alta congestión vehicular del Distrito Capital.
- Respuesta desorganizada en la situación de emergencias y posibles desastres, con múltiples víctimas.
- Para la Dimensión de salud pública en emergencias y desastres, se evidencian las limitaciones del ente Territorial en la capacidad de generar mecanismos para la difusión, preparación, y acciones estratégicas dirigidas a la comunidad, en relación a los fenómenos de origen natural (Sismo, Inundaciones, Incendios, entre otros), antrópicos (atentados terroristas, derrames materiales peligrosos, intoxicaciones, biológicos, entre otros) y los eventos de interés en salud pública (brotes, epidemias y Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional), los cuales aumentan la vulnerabilidad de la población frente a urgencias, emergencias o desastres.

Las causas arriba descritas, sumadas a una inadecuada infraestructura, baja idoneidad y capacitación del talento humano de los prestadores, una inadecuada gestión administrativa, el fraccionamiento en la prestación de los servicios de salud, entre otros, ha generado una progresiva e indeclinable insuficiencia de los servicios de urgencia para cubrir las necesidades de la población distrital, con una creciente probabilidad de colapso de esos servicios y una ruptura de la capacidad resolutoria de las instituciones.

Identificación de las principales consecuencias del problema o necesidad:

Dada la interacción de las diversas causas del problema se generan múltiples consecuencias que afectan las condiciones de salud y calidad de vida de las familias y los individuos que habitan en el Distrito Capital, dentro de las que se pueden evidenciar las siguientes:

- Barreras de acceso de la población del Distrito al servicio de Atención Pre hospitalaria, por ser asumido únicamente por el ente territorial, llevando a una sobrecarga en la gestión administrativa y financiera en el Distrito Capital.
- Débil gestión del riesgo desde el conocimiento, respuesta y rehabilitación por parte de los diferentes actores (entes territoriales, comunidad), lo cual aumenta el riesgo y vulnerabilidad para la población frente a situaciones de emergencias o posibles desastres
- Fallas en la calidad de la prestación del servicio del Programa Atención Prehospitalaria generando un mayor riesgo en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes.
- Incremento de atención de pacientes no críticos, disminuyendo la posibilidad de atención de pacientes críticos, por el mal uso de la Línea de Emergencias 123 por parte de la comunidad y fallas en la Regulación Médica.
- Insatisfacción de la población con la prestación de los servicios de salud lo que genera alto volumen de requerimientos a los Entes de Control por la mala prestación del Servicio.
- Atención en salud a la población desarticulada y fragmentada por parte de los prestadores de servicios individuales y colectivos desde los diferentes planes de beneficios, no centrada en el individuo ni en sus particularidades y que responda a las necesidades del mismo.
- Fallas en la calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) y altos gastos de bolsillo para el sistema de salud.
- Congestión de los servicios de salud y pérdida de oportunidad y continuidad de la atención, así como la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención y de los servicios de Urgencias de la ciudad.
- Baja responsabilidad de los prestadores y aseguradores frente a los resultados en salud de la Población.

Por todo lo anteriormente expuesto, se requiere de la organización y operación de un nuevo modelo de atención en salud



basado en el enfoque de la salud urbana y rural en la estrategia de Atención Primaria en Salud resolutive; que Incluye la determinación de acciones necesarias, lograr alianzas intersectoriales efectivas que respondan a la actual fragmentación y desarticulación de la toma de decisiones y de la implementación de programas. El tema de gobernabilidad implica mantener un enfoque mediante el cual se identifique y responda a las necesidades de las poblaciones de manera que se disminuyan diferenciales en morbilidad, Mortalidad y discapacidad entre localidades y grupos poblacionales. Se trata de una gobernabilidad sostenible y permanente entre sectores, niveles y grupos sociales. En este sentido se requiere de esfuerzo hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas y grupos con acciones individuales focalizadas y generales de políticas públicas para la población.

5. DESCRIPCION

Alternativa única

Alternativa única por mandato de Ley “CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - Derecho a la vida”.

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 el nuevo modelo de atención integral en salud en el marco de la “Salud Urbana” y el modelo de “Salud Rural”.

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 sustentado en la Estrategia de Atención Primaria resolutive 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. 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.

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.

Con este proyecto se busca dar respuesta a las necesidades poblacionales mediante la aplicación de un modelo de salud que beneficie a toda la población sin distinciones; un modelo fundamentado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) resolutive; que sea incluyente, que convoque y comprometa, que no segregue; que permita construir, con las acciones e intervenciones de los diferentes planes de beneficios del SGSSS, los pilares para afectar positivamente los determinantes del proceso salud-enfermedad, mitigar y controlar los riesgos y procurar condiciones nuevas para la población, en pro de la salud y la calidad de vida.

Así mismo, con el desarrollo de las actividades propuestas bajo un modelo de atención en salud integral e incluyente, 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, así como la adecuada gestión del riesgo en emergencias y desastres.



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 entre los diferentes actores, proyectos comunes, la suscripción de contratos, convenios interadministrativos, convenios de cooperación y de prestación de servicios para apoyar el proceso de adopción y adaptación e implementación del modelo, buscando el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en la ciudad. Además se contará con una Empresa Distrital de Logística y Servicios compartidos, con una remuneración a la red con incentivos al desempeño.

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.

El modelo integral de salud operará a través de gestores de salud, quienes establecerán contacto con la población priorizada, aplicarán instrumentos que permitan identificar riesgos para gestionarlos. Activarán las rutas de atención para mantener y mejorar la salud y para prevenir y controlar las enfermedades; se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter ambulatorio, atención domiciliaria, hospitalaria y el Programa de Atención Pre-hospitalaria, de los prestadores de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

La población priorizada se adscribirá a los Centros de Atención Prioritaria en Salud -CAPS- o a los Puntos de Atención Primaria en Salud -PAPS-, en donde se encontrará el médico de cabecera y las enfermeras que activarán las rutas integrales de atención en salud; estos centros y puntos de atención tendrán horarios flexibles para facilitar el acceso de la población, optimizando con éste modelo la utilización de los servicios de urgencias y emergencias.

Por otra parte, el desafío de reducir inequidades y desigualdades implica fortalecer la forma de operar la salud pública en la ciudad y superar las dificultades ya identificadas. La respuesta en salud pública fortalecerá su accionar en el contexto de la salud como modelo basado en un pacto social y sustentado en la responsabilidad compartida, la participación inclusiva y la gobernanza representativa de todos los sectores de la sociedad. Implica compartir elementos encaminados a reconocer al ciudadano como el centro de las acciones, con perspectiva de equidad y convivencia para mejorar los resultados en salud y que se constituya en una intervención efectiva como primer bastión para la gestión del riesgo en salud y la garantía del acceso universal a los servicios de salud.

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, a través de la Comisión Intersectorial en Salud y del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud.

El modelo incluye la estrategia incremental, a través de la cual el sector salud se aproxima a los espacios de vida cotidiana de las personas en zonas de mayor vulnerabilidad y se orienta hacia la promoción y favorecimiento de condiciones de salud, gestión del riesgo individual y colectivo, con la participación de aseguradores y prestadores de servicios, de otros sectores y de la comunidad, anticipándose a la atención curativa. Inicia con la aplicación de instrumentos de identificación de riesgos de conglomerados que por su situación de fragilidad social concentran una alta carga de morbilidad y mortalidad.

Incluye acciones de información, educación y divulgación para la promoción de la salud que propicie la toma de decisiones favorables y el desarrollo de hábitos de vida saludable para la familia, comunidad y demás actores. Continúa con la identificación de las necesidades de atención en salud y la gestión para brindar la asistencia sanitaria que se requiera reduciendo barreras de acceso y logrando un contacto eficiente y efectivo para que las acciones e intervenciones sean



oportunas y resolutivas.

Una vez resuelta la necesidad de asistencia se continúa con estrategias de mantenimiento para garantizar que las personas se mantengan sanas y si tienen alguna condición o situación de salud, no se compliquen ni deterioren. Para ello se requiere el empoderamiento de la comunidad y la movilización social.

Para las intervenciones colectivas se intervendrá en los espacios de vida cotidiana, en la vivienda, el espacio escolar, el espacio laboral y en el espacio público que es donde están los mayores riesgos (en el transporte, en las vías, en los parques). En los colegios se trabajará bajo la estrategia de entornos seguros, abordando problemáticas como el consumo de SPA, prevención de violencias, embarazo en adolescentes, entre otras.

Por otra parte, con este proyecto se propone que en el Distrito Capital se implementen respuestas integrales del sector salud en coordinación con otros sectores y la comunidad, para promover el acceso y abordaje efectivo, a través de la gestión compartida del riesgo y de la intervención de los factores ya mencionados.

Igualmente se desarrollará el concepto de “centrales de urgencias y trauma complejo”, las cuales se crearán y pondrán en operación en lugares estratégicos de la ciudad, de tal manera que respondan a esta necesidad con mayor oportunidad, calidad y resolutividad. Con este esquema se favorece la redistribución y descongestión de los servicios de urgencias en los hospitales de la ciudad.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Implementar un nuevo modelo de atención integral en salud que incorpore los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la atención integral en salud con enfoque de salud urbana y rural de la estrategia APS resolutiva, 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, central de urgencias, 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 D.C.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Descongestionar los servicios de urgencias de la red pública distrital adscrita y no adscrita.

Objetivo 2. Dar respuesta oportuna a emergencias y posibles desastres en la ciudad y mejorar la respuesta del Programa de APH.

Objetivo 3. Articular de manera intersectorial la preparación y respuesta de las emergencias en salud y posibles desastres en el Distrito Capital, a nivel nacional e internacional.

Objetivo 4. Ejercer la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, con el fin de responder de manera integral, con oportunidad, pertinencia, continuidad, accesibilidad, suficiencia y calidez, a las situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

Objetivo 5. Mitigar el impacto de las emergencias y desastres sobre la salud de la población, mediante la planeación, regulación, asistencia técnica y participación activa en el sistema de atención de urgencias y emergencias con impacto en salud pública, de manera articulada a nivel sectorial e intersectorial.



7. METAS

Detalle de la Meta	Línea de Base	Unidad de Medida
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.	0	Número
A 2020 el 100% de los hospitales-clínicas priorizados de la red distrital tendrán implementados planes para dar respuesta a las urgencias y emergencias de la ciudad.	30%	Porcentaje de Avance

Formato ID-07: Cuantificación de metas relacionadas para la Alternativa Seleccionada

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.	Número	0,2	1				1
A 2020 el 100% de los hospitales-clínicas priorizados de la red distrital tendrán implementados planes para dar respuesta a las urgencias y emergencias de la ciudad.	Porcentaje de Avance	100%	100%				100%

*La programación de las metas se realizará hasta el primer semestre de 2017.

8. 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	1	2	3	4
Garantía de la Atención Prehospitalaria [APH] y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C.	2016	2017	2018	2019	2020
Total población de Bogotá	7.980.001	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801
Línea de población a atender en el programa de Atención Pre-hospitalaria*	802.460	826.533	851.329	876.869	903.175

*Atención prehospitalaria



9. ESTUDIOS, POLITICAS Y NORMAS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES

ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES	
Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948	Se establece como el ideal para los pueblos y las naciones del Mundo. La actual Administración la plasma en su apuesta política, orientando las acciones para que tanto los individuos como las instituciones, aseguren de forma progresiva, su reconocimiento y aplicación universal y efectiva, reduciendo las inequidades, reconociendo la salud como un derecho fundamental. Este compromiso del Estado colombiano se ratifica en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ³¹ , que reconoce que los estados tienen tres tipos de obligaciones de respetar, proteger y garantizar los derechos. Este Pacto fue adoptado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968. Otro importante compromiso internacional, frente a los derechos ambientales, es el Protocolo de Kioto, suscrito el diciembre de 1997 y ratificado por Colombia mediante la Ley 629 de 2000.
Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030	se adoptó en la tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas, donde se expresa lo siguiente: La necesidad de comprender mejor el riesgo de desastres en todas sus dimensiones relativas a la exposición, la vulnerabilidad y características de las amenazas, el fortalecimiento de la gobernanza del riesgo de desastres, incluidas las plataformas nacionales, la rendición de cuentas en la gestión del riesgo de desastres, la necesidad de prepararse para “reconstruir mejor”, el reconocimiento de las partes interesadas y sus funciones, la movilización de inversiones que tengan en cuenta los riesgos a fin de impedir la aparición de nuevos riesgos, la resiliencia de la infraestructura sanitaria, del patrimonio cultural y de los lugares de trabajo, el fortalecimiento de la cooperación internacional y las alianzas de trabajo mundiales y la elaboración de políticas de los donantes y programas que tengan en cuenta los riesgos, incluidos los préstamos y el apoyo financiero brindados por las instituciones financieras internacionales.
Objetivos de Desarrollo sostenible del 2015 al 2030	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.
Reglamento Sanitario Internacional [Versión 2005]	Comprende el conjunto de normas y procedimientos acordados por 193 países para limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública
Agenda de Salud para las Américas 2008–2017	El 3 de junio del 2007, se firma en la Ciudad de Panamá por los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas, la Declaratoria en la que se presenta a la comunidad internacional la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017
REFERENTE NORMATIVO NACIONAL	
Constitución Política de Colombia de 1991	Establece en su Artículo 49, inciso primero: “...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado...”



	Artículo 209. El cual señala la función administrativa puede desarrollarse mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones
Ley 9 de 1979	Establece el Código Sanitario Nacional. Código sanitario Nacional. Artículo 501º.- Cada Comité de Emergencia, deberá elaborar un plan de contingencia para su respectiva jurisdicción con los resultados obtenidos en los análisis de vulnerabilidad. Además, deberán considerarse los diferentes tipos de desastre que puedan presentarse en la comunidad respectiva.
La Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, desarrolla el mandato constitucional tanto en pensiones, como en lo referido al sistema general de seguridad social en salud, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social. Define los actores del sistema (reguladores, aseguradores y prestadores) con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e instituye el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad. Simultáneamente, se estableció un sistema de competencias y recursos para financiar los sectores sociales, entre ellos el de salud, con la ley 60 de 1993. En sus artículos 152 a 233 define todo lo relacionado con la vinculación de las personas al sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en salud, la prestación de servicios en salud en el territorio colombiano y la vigilancia y el control
La Ley 715 de 2001	Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, junto con el Acto Legislativo 001 de 2001, en la cual aparte de reestructurar el sistema de transferencias originados en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, también reajusta las competencias de los entes Territoriales en materia de salud y ordena, entre otros aspectos, reorganizar el régimen subsidiado, la reasunción de funciones de salud pública por parte del ente Territorial y la conformación de redes de prestación de servicios, cuya responsabilidad última es también, del ente Territorial. El Artículo 54, establece que “El servicio de salud a nivel Territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta”. Así mismo, en el numeral 43.2.4., se planteó la responsabilidad de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento
La Ley 1122 de 2007	Se realizan nuevos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del sistema de salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Decreto 4747 de	2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

	entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3047 de	2008 Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
Decreto 3888 DE	2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público y se conforma la Comisión Nacional Asesora de Programas Masivos y se dictan otras disposiciones.
Manual de planeamiento hospitalario para emergencias- 2007	Grupo Atención de Emergencias y Desastres
Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008	La mayor reforma del Sistema General de Seguridad Social de Salud instituido en 1993, se ha dado por vía jurisdiccional, mediante el mecanismo de tutela y después de muchos fallos, por esta Sentencia como la más representativa del fenómeno para exigir el respeto y la defensa de la salud como Derecho Fundamental. ³² 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; con la primera se procuran nuevos ajustes al sistema de financiamiento del sector y la segunda se ocupa de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios de salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sea la población residente en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera y más efectivos controles para exigir el cumplimiento de las obligaciones de los actores del sistema y evitar la desviación de recursos.
Ley 1438 de 2011	Propende por el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, buscando generar condiciones que protejan la salud de los colombianos. 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





	<p>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 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>
Resolución 1220 de 2010	Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE.
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios
Ley 1450 de 2011	Otro elemento de política pública y que tiene fuerza de Ley, lo constituye el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014: “Prosperidad para todos”, el cual se orienta a consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población, aspectos que coinciden con la orientación y



	lineamientos propuestos por la actual Administración en el Distrito Capital, enfocando los esfuerzos a reducir la segregación social, la exclusión y la defensa de lo público.
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo objetivo es “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, que define el sistema de salud, las obligaciones del estado quien es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece dentro de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud entre otros la Universalidad donde todos los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida
Ley 1753 de 2015	<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, 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>
Resolución 5596 de 2015	Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".
Resolución 1536 de 2015	En el artículo 40. Las entidades Territoriales departamentales, Distritales y municipales de son las responsables de implementar el Plan Territorial de Talud, teniendo en cuenta lineamientos, herramientas, procedimientos y herramientas operativas definidos por el Ministerio de Salud y Protección



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

	Social en promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.
Resolución 974 de 2016	Tiene como objeto adoptar el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual es aplicable a las Entidades Obligadas a Compensar-EOC, Entidades Promotoras de Salud-EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, a los empleadores y otros aportantes, entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional y de oficio, a las entidades Territoriales, a las personas y a los afiliados cuando deban registrar la afiliación o reportar novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta tanto entre en plena operación el Sistema de Afiliación Transaccional.
Decreto 780 de 2016	Reglamenta el Sector Salud y Protección Social unificando toda la normatividad del sector salud.
Resolución 429 del 2016	En el Artículo 2º 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 5º.- 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.
Resolución 1441 de 2016	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 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.
Resolución 00429 de 2016	La cual adopta la Política de Atención Integral en Salud la cual plantea: "Conformar redes integradas de servicios de salud, a partir de las cuales se debe responder a la demanda de servicios de salud. Para ello se asignarán grupos de población a una red de prestadores primarios que incorporarán equipos de salud básicos, encargados de las acciones individuales y colectivas de baja complejidad. La red de prestadores primarios se integrará con la red de prestadores complementarios, los cuales tendrán la responsabilidad 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, resolutividad, calidad y suficiencia".
Otras normas y reglamentaciones	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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

	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	
Acuerdo Distrital 20 de 1990 del Concejo Distrital de Bogotá D.C.	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
Acuerdo 16 de 1991	Por el cual se establece el Sistema Distrital de Atención de Urgencias.
Decreto Ley 1421 de 1993	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.
Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital	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.
Acuerdo 19 de 1996.	Adopta el Estatuto General de Protección Ambiental del Distrito Capital de Bogotá y dicta normas básicas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el medio ambiente. El Estatuto propende por el mejoramiento de la calidad del medio ambiente y los recursos naturales, como el mecanismo para mejorar la calidad de la vida urbana y rural y satisfacer las necesidades de los actuales y futuros habitantes del Distrito Capital. En el Estatuto se establece que las políticas, normas y acciones del Distrito Capital de Bogotá, serán armónicas con la preservación, la conservación, el mejoramiento y la protección de los recursos naturales y el medio



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

	ambiente urbano y rural, y propenderán por la prevención, la mitigación y la compensación de los procesos deteriorantes de las aguas, el aire, los suelos, y los recursos biológicos y ecosistémicos.
Decreto 503 de 2003	Por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamientos de Seguridad Ciudadana, Defensa y Justicia para Bogotá, específicamente en el título VI, en el artículo 28, hace mención al Sistema integrado de Seguridad y Emergencias Numero Unico123
Resolución 0133 de 2006	Por la cual se adopta el Protocolo para la Circulación de Ambulancias en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones.
Decreto 426 de 2006	Por el cual se adopta el Plan Distrital para la Prevención y Atención de Emergencias para Bogotá D.C.
Acuerdo 230 de 2006	Por medio del cual se establece la obligatoriedad del uso de elementos de primeros auxilios en establecimientos de comercio y centros comerciales y se dictan otras disposiciones.
Resolución 0705 DE 2007	Por medio de la cual se desarrollan los contenidos técnicos del Acuerdo Distrital No. 230 del 29 de junio del 2006 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 004 de 2009	Por la cual se adopta la versión actualizada del Plan de Emergencias de Bogotá, el cual establece los parámetros e instrucciones y se define políticas, sistemas de organización y procedimientos interinstitucionales para la administración de emergencias en Bogotá D.C."
Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias- 2009	Fondo de Prevención y Atención de Emergencias (FOPAE)
Resolución 4481 de 2012	Por el cual se adopta el manual de misión médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema
Acuerdo 546 de 2013	Por el cual se transforma el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias -SDPAE-, en el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático-SDGR-CC, se actualizan sus instancias, se crea el Fondo Distrital para la Gestión de Riesgo y Cambio Climático "FONDIGER" y se dictan otras disposiciones"
Decreto 599 de 2013	Por el cual se establecen los requisitos para el registro, la evaluación y la expedición de la autorización para la realización de las actividades de aglomeración de público en el Distrito Capital, a través del Sistema Único de Gestión para el Registro, Evaluación y Autorización de Actividades de Aglomeración de Público en el Distrito Capital –SUGA y se dictan otras disposiciones.
Decreto 172 de 2014	Por el cual se reglamenta el Acuerdo 546 de 2013, se organizan las instancias de coordinación y orientación del Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático SDGR-CC y se definen lineamientos para su funcionamiento".
Decreto 173 de 2014	Por medio del cual se dictan disposiciones en relación con el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER, su naturaleza, funciones, órganos de dirección y administración."
Decreto 174 de 2014	Por medio del cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo Distrital para la Gestión de Riesgos y Cambio Climático de Bogotá, D.C, - FONDIGER.



<p>Decreto 546 de 2007</p>	<p>Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital que tienen por objeto garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial. Las comisiones intersectoriales establecidas tienen carácter permanente y se les asignan las siguientes funciones: articular y orientar la ejecución de funciones, la prestación de servicios y el desarrollo de acciones de implementación de la política, que comprometan organismos o entidades pertenecientes a diferentes sectores administrativos de Coordinación. Garantizar la coordinación de las entidades y sectores que responden por la implementación de las políticas, estrategias y programas definidos en el Plan de Desarrollo, el Plan de Ordenamiento Territorial, el Plan de Gestión Ambiental y todos los demás planes y programas distritales. Coordinar y efectuar el seguimiento a la gestión intersectorial.</p> <p>Comisión Intersectorial de la Participación en el Distrito Capital; Comisión Intersectorial de Gestión y Desarrollo Local del Distrito Capital; Comisión Intersectorial Poblacional del Distrito Capital; Comisión Intersectorial de Estudios Económicos y de Información y Estadísticas del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Generación de Empleo e Ingresos y Oportunidades Económicas en el Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Integración Regional y la Competitividad del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Seguridad Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Sostenibilidad, Protección Ambiental y el Ecurbanismo del Distrito Capital; Comisión Intersectorial de Operaciones Estratégicas y Macroproyectos del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Gestión del Suelo en el Distrito Capital; Comisión Intersectorial de Servicios Públicos del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Gestión Habitacional y el Mejoramiento Integral de los Asentamientos Humanos del Distrito Capital; y la Comisión Intersectorial del Espacio Público del Distrito Capital.</p>
<p>Acuerdo 641 de 2016</p>	<p>Tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, determinando la fusión de algunas entidades y la creación de otras.</p>
<p>Decreto 063 de 2016</p>	<p>Por el cual se declara la Emergencia Distrital Sanitaria en Bogotá y se dictan otras disposiciones.</p>
<p>Acuerdo 645 de 2016 Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019</p>	<p>El 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".</p>



10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO [\\$]

Horizonte Real del Proyecto						
Concepto	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Total Proyecto	23.909.820.426	15.001.855.280				38.911.675.706

11. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Años Calendario	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Sistema General de Participaciones						0
Otras transferencias de la Nación	400.000.000	200.000.000				600.000.000
Otros Ingresos						0
Rentas Contractuales	15.000.000					15.000.000
Aporte Ordinario del Distrito	23.494.820.426	14.801.855.280				38.296.675.706
Total Financiación	23.909.820.426	15.001.855.280	0	0	0	38.911.675.706

	2016	2017
DOTACION	23.048.323.286	14.509.571.200
RRHH	861.497.140	492.284.080
TOTAL	23.909.820.426	15.001.855.280

12. OBSERVACIONES

--

13. Diligenciamiento:

<p>Nombre Claudia Martín Naizaque Cargo Profesional Especializado - Dirección de urgencias y Emergencias en Salud - Contrato Teléfono: 3649090 Ext 9836 Nombre: Dr. Alvaro Javier Girón Cepeda Teléfono: Cargo: Profesional Especializado - Planta</p>
--

14. Concepto de Viabilidad

Aspectos Revisar:	S/N
-------------------	-----

15. Concepto y Sustentación

		S/N
Aprobó: José Octaviano Barrera Gutiérrez – Director de Urgencias y Emergencias		
Responsable : Sulby Patricia McBain Millan		
Cargo profesional	/	Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento
Entidad SDS		Secretaria Distrital de Salud
Fecha: Julio 2016		