

Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha: Enero de 2018
Estado:
Inscrito _____
Registrado _____
Actualizado _____

1. IDENTIFICACIÓN

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

2. CLASIFICACIÓN

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

3. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

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

4. PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN

PROBLEMA

Existen diferentes condiciones que dificultan la universalización del aseguramiento para el total de la población del Distrito Capital, lo cual genera limitaciones dadas las características y requisitos que debe cumplir la población para pertenecer a los regímenes definidos por la normatividad vigente (régimen contributivo y régimen subsidiado) afectando el goce efectivo del derecho a la salud.

Según Bogotá Como Vamos en Salud¹, el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que se explica por la presencia de barreras de acceso financieras, administrativas, culturales y geográficas, las cuales se evidencian en la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas.

JUSTIFICACION

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

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

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

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

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

Tabla 1. Estado de Aseguramiento de la población de Bogotá – Diciembre 2017

AFILIADOS POR RÉGIMEN	Cantidad	% del total
Activos en Régimen Contributivo	6.065.639	75,1%
Suspendidos en Régimen Contributivo	162.826	2,0%
Afiliados Contributivo	6.228.465	77,1%
Activos en Régimen Subsidiado	1.175.245	14,5%
Regímenes de Excepción (estimado)	210.294	2,6%
Subtotal afiliados	7.614.004	94,2%
SISBEN NO AFILIADOS		
Afiliables al Régimen Subsidiado (SISBEN Niveles 1 y 2 + Menores Nivel 3)	29.912	0,4%
Encuestados que no se pueden afiliar al subsidiado por puntaje Sisbén superior	8.435	0,1%
Total SISBEN no afiliados	38.347	0,5%
POR ENCUESTA SISBEN		
Encuestados SISBEN Afiliados	4.103.386	50,8%
Encuestados SISBEN No Afiliados	38.347	0,5%
Subtotal Encuestados Metodología 3	4.141.733	51,3%
No Encuestados Afiliados (estimado)	3.510.618	43,4%
No Encuestados No Afiliados atendidos FFDS en 2016	50.640	0,6%
No Encuestados No Afiliados (estimado)	377.743	4,7%
Subtotal No Encuestados (estimado)	3.888.361	48,1%
Proyección población DANE a 2017	8.080.734	

* Contributivo BDU A corte a 31 de Diciembre de 2017.

* Subsidiado BDU A, corte a 31 de Diciembre de 2017.

* Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de Diciembre de 2017).

* DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014.

* Proyección población DANE a 2016.

* Cruce RIPS SDS corte 2015 con SISBEN y BDU A.

La dinámica poblacional de afiliación registrada durante los últimos años para la Ciudad entre los Regímenes Contributivo y Subsidiado de Salud refleja una tendencia positiva para el primero pero no en la misma proporción para el segundo, en donde la propensión es más plana, dando a entender que no todos los usuarios que ingresan al Régimen Contributivo, provienen del Régimen Subsidiado. Esto bien podría insinuar que la dinámica poblacional y de afiliación en el Distrito Capital es el resultado de una relación un tanto asimétrica entre regímenes posiblemente porque bien pudieran existir variables asociadas a la dinámica poblacional por incorporar dentro de la estructura e instrumentos del modelo de afiliación del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Bogotá D.C

Respecto a la población del Régimen Subsidiado, por ciclo vital para el año 2015 en Bogotá se encontraban 1.291.158 personas afiliadas; y para el 2017, se encontraban afiliadas 1.175.245, siendo el grupo de Adulto el que concentra la mayor población con el 41% y los menores de un año los que representan el menor porcentaje de población afiliada con el 1%. Tabla 4.

**Tabla 2. Distribución de la población afilada al Régimen Subsidiado
por Ciclo vital año 2015 – 2017**

Ciclo Vital	Grupo etario	Afiliados al Régimen Subsidiado Año Base 2015	Total Afiliados al Régimen Subsidiado Año 2017
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	15.053	13.142
	b. 1 - 5 años	95.619	86.542
infancia	c. 6 - 13 años	174.601	152.517
Adolescencia	d. 14 - 17 años	110.246	93.684
Juventud	e. 18 - 26 años	200.458	165.803
Adulthood	f. 27 - 59 años	527.095	481.092
Vejez	g. 60 años y más	168.086	182.465
TOTAL		1.291.158	1.175.245

Fuente: Subsidiado BDUA-Corte 31 Diciembre 2015-2017 - Proyecciones Dirección de Aseguramiento – SDS
Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Proyecciones Dirección de Aseguramiento - SDS

5. DESCRIPCIÓN

Mediante esta línea de acción se adelantará un mecanismo ágil y eficiente para garantizar la cobertura del aseguramiento de la población elegible para los subsidios en salud a través de un nuevo esquema de aseguramiento automático; así mismo, se garantizará la continuidad de los afiliados al régimen subsidiado de salud, manteniendo la atención para aquella población vinculada transitoriamente no afiliada, catalogada por la ley como población pobre no afiliada, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente establecida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

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

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

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

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

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

6. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Garantizar el aseguramiento universal de la población de régimen subsidiado al Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la normatividad vigente

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Objetivo 1. Generar los mecanismos que permitan la vinculación de las personas que cumplen los requisitos establecidos en la normatividad vigente para afiliarse al Régimen Subsidiado

Objetivo 2. Desarrollar procesos de seguimiento a la información de afiliados que propendan por la identificación de la población que puede acceder al Sistema General de seguridad social en salud a través del régimen subsidiado. .

Objetivo 3. Garantizar la continuidad de afiliados al régimen subsidiado en salud y el acceso a la población no afiliada que cumple los requisitos establecidos en la normatividad vigente para ingresar al SGSSS.

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

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
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático.	Número	0,5	1	1	1	1	1
Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1'334.667.	Número	1.166.823	1.175.245	1.182.556	1.185.910	1.188.971	1.188.971

8. GRUPO OBJETIVO:

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	1	2	3	4
Componente Aseguramiento social y Universal en Salud	2016	2017	2018	2019	2020
	1.166.823	1.175.245	1.182.556	1.185.910	1.188.971
Población susceptible de afiliarse al régimen subsidiado	48.224	29.912	33.545	30.607	27.926

Fuentes: Contributivo BDUA
Subsidiado BDUA
Base de datos SISBÉN certificada DNP
DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014.
Cruce RIPS 2016 con SISBEN y BDUA
Estimaciones Dirección de Aseguramiento SDS - Plan Financiero Territorial 2017
Proyecciones poblacionales DANE 2016 -2020

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

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO OBJETIVO

La población objeto del proyecto está compuesto tanto por la Población ya Afiliada al régimen subsidiado, como por la población susceptible de afiliarse al Régimen Subsidiado.

Para la población ya afiliada al Régimen subsidiado: La cual es estimada mediante proyección para los próximos cuatro años de ejecución, con punto de partida en el primer año, al cierre de diciembre de 2016 de acuerdo a la BDUA se encontraban afiliados al régimen subsidiado en el D.C. 1.166.823 personas, para finalizar en un estimado de 1.188.971 afiliados al régimen Subsidiado para el año 2020. La distribución de las proyecciones por ciclo vital de la población afiliada al régimen subsidiado permite observar (ver tabla adjunta) que el adulto es el ciclo vital que incluye la mayor proporción de la población total para cada uno de los años representando aproximadamente el 41% del total de la población.

Población afilada al Régimen Subsidiado 2016 Proyección Año 2017 - 2020

CICLO VITAL	Tasa de Crecimiento de Población	Total Afiliados al Régimen Subsidiado Año 2016	Total Afiliados al Régimen Subsidiado Año 2017	Total Afiliados al Régimen Subsidiado Año 2018	Total Afiliados al Régimen Subsidiado Año 2019	Total Afiliados al Régimen Subsidiado Año 2020
	1,24%					
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	13.044	13.179	13.220	13.257	13.292
	b. 1 - 5 años	85.095	85.974	86.242	86.487	86.710
Adolescencia	c. 6 - 13 años	154.151	155.744	156.230	156.673	157.077
	d. 14 - 17 años	97.855	98.866	99.174	99.456	99.712
Juventud	e. 18 - 26 años	169.509	171.260	171.795	172.282	172.727
Adulto	f. 27 - 59 años	473.757	478.652	480.145	481.507	482.750
Adulto Mayor	g. 60 años y más	173.412	175.204	175.750	176.249	176.704
TOTAL		1.166.823	1.178.879	1.182.556	1.185.910	1.188.971

Fuente: Subsidiado BDUA-FOSYGA, Corte 31 Diciembre 2016 y Proyecciones Dirección de Aseguramiento - SDS
Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Proyecciones Dirección de Aseguramiento – SDS
Plan Financiero Territorial - 2017

La Población Susceptible de afiliar al Régimen Subsidiado también forma parte del componente de Aseguramiento social universal en salud, la cual se proyecta en términos de disminución dado que se tiene como objetivo la universalización del aseguramiento, por lo que al cierre del primer año (2016) la información reportada por las fuentes de información corresponde a 41.376 personas susceptibles de afiliar al Régimen Subsidiado y para la finalización del cuatrienio, es decir en el año 2020, se tendrían 27.926 personas susceptibles de afiliar al Régimen Subsidiado. El ciclo Vital correspondiente al Joven es el grupo de edad que representaría la mayor proporción dentro de la población susceptible de afiliar al régimen subsidiado con el 60%.

Población Directa – Población Susceptible de Afiliar al Régimen Subsidiado Año 2016 - 2020

CICLO VITAL	Grupo Etario	Afiliables	Afiliables	Afiliables	Afiliables	Afiliables
		Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
Primera Infancia	a. Menor de 1 año	597	530	484	442	403
	b. 1 - 5 años	2.272	2.019	1.842	1.681	1.533
Adolescencia	c. 6 - 13 años	24.704	21.952	20.028	18.274	16.674
	d. 14 - 17 años	3.533	3.139	2.864	2.613	2.385
Juventud	e. 18 - 26 años	2.516	2.236	2.040	1.861	1.698
Adulto	f. 27 - 59 años	5.458	4.850	4.425	4.037	3.684
Adulto Mayor	g. 60 años y más	2.296	2.040	1.861	1.698	1.550
TOTAL		41.376	36.766	33.545	30.607	27.926

Fuente: Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Proyecciones Dirección de Aseguramiento – SDS
Plan Financiero Territorial - 2017

9. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES	
Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948	Se establece como el ideal para los pueblos y las naciones del Mundo. La actual Administración la plasma en su apuesta política, orientando las acciones para que tanto los individuos como las instituciones, aseguren de forma progresiva, su reconocimiento y aplicación universal y efectiva, reduciendo las inequidades, reconociendo la salud como un derecho fundamental. Este compromiso del Estado colombiano se ratifica en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ³¹ , que reconoce que los estados tienen tres tipos de obligaciones de respetar, proteger y garantizar los derechos. Este Pacto fue adoptado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968. Otro importante compromiso internacional, frente a los derechos ambientales, es el Protocolo de Kioto, suscrito el diciembre de 1997 y ratificado por Colombia mediante la Ley 629 de 2000.
Objetivos de Desarrollo sostenible del 2015 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.
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
Decreto 780 de 2016	Reglamenta el Sector Salud y Protección Social unificando toda la normatividad del sector salud.
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.

<p>Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008</p>	<p>La mayor reforma del Sistema General de Seguridad Social de Salud instituido en 1993, se ha dado por vía jurisdiccional, mediante el mecanismo de tutela y después de muchos fallos, por esta Sentencia como la más representativa del fenómeno para exigir el respeto y la defensa de la salud como Derecho Fundamental. Después de la que se puede considerar la mayor expresión de la crisis del sistema de salud, al punto de llegar a la declaratoria de emergencia social, se presenta otro ajuste promovido por diferentes sectores de la sociedad, liderada desde el Congreso la República de Colombia, que se plasmó en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011.</p>
<p>Resolución 1841 de 2013</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. Además en el numeral 9.3 establece que se deben adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el plan decenal de salud pública PDSP. Con este plan se busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.</p>
<p>Ley 1751 de 2015</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>Ley 1753 de 2015</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, 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.</p>

Resolución 5592 de 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015	Fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016
Resolución 5600 de 2015	Establece las condiciones de orden técnico, financiero y de operación de la novedad de movilidad entre regímenes que aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se encuentren focalizados en los niveles I y II del SISBÉN o en el instrumento que lo reemplace, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, a las poblaciones especiales, a los aportantes, a las Entidades Promotoras de Salud -EPS, a las entidades Territoriales, a los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA y al administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces
Resolución 1536 de 2015	En el artículo 40. Las entidades Territoriales departamentales, Distritales y municipales de son las responsables de implementar el Plan Territorial de Salud, teniendo en cuenta lineamientos, herramientas, procedimientos y herramientas operativas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.
Resolución 974 de 2016	Tiene como objeto adoptar el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual es aplicable a las Entidades Obligadas a Compensar-EOC, Entidades Promotoras de Salud-EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, a los empleadores y otros aportantes, entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional y de oficio, a las entidades Territoriales, a las personas y a los afiliados cuando deban registrar la afiliación o reportar novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta tanto entre en plena operación el Sistema de Afiliación Transaccional.
Resolución 429 del 2016	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.
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.

<p>Resolución 00429 de 2016</p>	<p>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”.</p>
<p>Otras normas y reglamentaciones</p>	<p>Ley 9 de 1989, por la cual se dictan normas sobre planes de desarrollo municipal, compraventa y expropiación de bienes y se dictan otras disposiciones; Ley 388 de 1997 y las modificaciones a la misma, incluyendo la ley de ordenamiento Territorial [1454 de 2011]. Merece especial atención la Ley Orgánica de Planificación del Estado colombiano: Ley 152 de 1994, la cual establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el Artículo 342, y en general por el Artículo 2 del Título XII de la Constitución Política de Colombia de 1991 y demás normas constitucionales que se refieren al Plan de Desarrollo y la planificación. La Ley en su Artículo 2, indica que el ámbito de aplicación lo constituyen la Nación, las entidades Territoriales y los organismos públicos de todo orden.</p>

<p align="center">MARCO NORMATIVO DISTRITAL</p>	
<p>Decreto Ley 1421 de 1993</p>	<p>Establece el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 322 de la Constitución Política de Colombia de 1991. Por tal motivo, la Ciudad de Santafé de Bogotá, Capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital y goza de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la Ley. El estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Las disposiciones del estatuto prevalecen sobre las normas legales de carácter general vigentes para las demás entidades Territoriales.</p>
<p>Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital</p>	<p>Establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y reglamentó la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá. El Estatuto en su Artículo 4, establece que el Plan de Desarrollo estará conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.</p>

Decreto 546 de 2007	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.
Acuerdo 641 de 2016	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.
Acuerdo Distrital 645 de 2016	Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social ambiental y de Obras Publicas y Plan Plurianual de inversiones de Bogotá. D.C. para el periodo 2016-2020, "BOGOTA MEJOR PARA TODOS".
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.

10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO [€]

EJECUTADO	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)					
	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL PROYECTO	554.980.964.993	1.064.214.436.899	1.288.935.831.000	1.201.615.610.832	1.222.693.089.192	5.332.439.932.916

10.1 DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE GASTO DEL PROYECTO

CONCEPTO	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%
SUBSIDIOS Y OPERACIONES FINANCIERAS	554.580.036.493	1.062.839.314.599	1.287.035.831.000	1.199.136.950.832	1.220.089.709.592	5.323.681.842.516	99,84%
DOTACIÓN	-	-	235.236.000	400.000.000	400.000.000	1.035.236.000	0,02%
RECURSO HUMANO	400.928.500	1.375.122.300	1.664.764.000	2.078.660.000	2.203.379.600	7.722.854.400	0,14%
TOTAL	554.980.964.993	1.064.214.436.899	1.288.935.831.000	1.201.615.610.832	1.222.693.089.192	5.332.439.932.916	100%

11. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

FORMATO FUENTES DE FINANCIACION						
Años Calendario	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
1. Recursos Provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP), los estimará el MSPS a cada Entidad Territorial conforme a la Ley 715 de 2001	198.284.664.090	361.281.337.939	386.571.000.000	354.710.441.896	365.042.272.938	1.665.889.716.863
2. Transferencias en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	0	0	0	0	0	0
3. Rentas Cedidas	79.203.838.868	204.390.471.573	314.180.003.000	136.896.096.000	136.896.096.000	871.566.505.441
4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial (Recursos propios)	4.573.510.500	9.781.059.646	21.582.565.000	55.688.202.936	67.110.850.254	158.736.188.336
5. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (Municipios)	405.300.168	754.842.628	937.836.000	980.000.000	1.072.786.563	4.150.765.359
6. FOSYGA (% destinado a Entidad Territorial)	272.513.651.367	380.684.538.113	565.664.427.000	653.340.870.000	652.571.083.437	2.524.774.569.917
7. Otros Recursos departamentales y/o distritales	0	107.322.187.000	0	0	0	107.322.187.000
Total Financiación	554.980.964.993	1.064.214.436.899	1.288.935.831.000	1.201.615.610.832	1.222.693.089.192	5.332.439.932.916

12. OBSERVACIONES

VIGENCIA 2016

VALOR INICIAL DEL PROYECTO \$674.463.101.976

- **PRIMERA MODIFICACIÓN: Septiembre 2016 Adición presupuestal por \$10.319.051.182 (SGP y Juegos Promocionales)**

Se adicionó al proyecto 1184 en la fuente SGP \$ 9.985.276.480 para completar el valor asignado para el Régimen Subsidiado de la vigencia 2016 por el Departamento Nacional de Planeación mediante los documentos “SGP–04–2015” del 30/12/2015 y documento “SGP– 05–2016” del 27/01/2016.

En cuanto a la fuente Juegos Promocionales se recaudó un mayor valor del presupuestado en \$ 333.774.702 lo cual se hace necesario incorporarlo al presupuesto del proyecto para financiar el Régimen Subsidiado.

Las fuentes de financiación que se afectan son: Sistema General de Participaciones - SGP - Salud y Juegos Promocionales – Participaciones

Valor del Proyecto después de la modificación \$ 684.782.153.158

- **SEGUNDA MODIFICACIÓN: Noviembre 10 de 2016 Reducción Presupuestal por \$108.000.000.000 (FOSYGA)**

Teniendo en cuenta las Liquidaciones Mensuales de Afiliados – LMA del periodo Ene-Nov/2016 y el comportamiento de afiliaciones al Régimen Subsidiado, se estima que no se ejecutaran 108 mil millones de la Fuente FOSYGA – SSF, por lo cual se hace necesario ajustar el presupuesto al gasto real.

Valor del proyecto después de esta modificación \$ 576.782.153.158.

- **TERCERA MODIFICACIÓN: Noviembre 10 de 2016 Adición presupuestal \$3.000.000.000 Col juegos - SSF**

El valor de la apropiación de la fuente Coljuegos en el proyecto 1184 es de \$32.291.618.000. Sin embargo el gasto de las Liquidaciones Mensuales de Afiliados – LMA del periodo Ene-Nov/2016 y el estimado de diciembre 2016 será de \$35.291.618.000 presentándose un faltante de apropiación de \$3.000.000.000.

Teniendo en cuenta que el Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS es el responsable de la presupuestación y ejecución Sin Situación de Fondos de los recursos que gira directamente el Ministerio de Salud y Protección Social a las EPS e IPS a nombre de la

Entidad Territorial, se hace necesario realizar la presente adición presupuestal, a fin de garantizar la apropiación disponible.

Valor del proyecto después de esta modificación \$ 579.782.153.158.

- **CUARTA MODIFICACIÓN: Noviembre 30 de 2016 Traslado entre proyectos \$45.000.000 Aporte Ordinario de Libre Destinación.**

El proyecto maneja el concepto de gasto “0845 - Mecanismos ágiles de afiliación al Régimen Subsidiado para la totalidad de la población elegible.” al cual se le asignó en la vigencia 2016 la suma de \$10.000.000 para implementar las estrategias que permitan la afiliación al régimen subsidiado. Sin embargo, la oficina de comunicaciones ha incluido dentro de su plan de trabajo del 2016 imprimir 10.000 plegables para la Dirección de Aseguramiento, lo cual permite avanzar en la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los potenciales beneficiarios, por lo cual es procedente liberar los recursos.

Igualmente, dicho proyecto maneja el concepto de gasto “0248 – Personal contratado para divulgación del régimen subsidiado y contributivo.” al cual se le asignó en la vigencia 2016 la suma de \$439.000.000 de los cuales se espera ejecutar en la vigencia 2016 \$ 404.000.000. Con estos recursos se garantiza el apoyo administrativo para el cumplimiento de metas del proyecto 1184. Por tanto, es procedente liberar \$35.000.000.

Valor del proyecto después de esta modificación \$ 579.737.153.158.

VALOR EJECUTADO A 31/12/2016: \$554.980.964.993

VIGENCIA 2017

VALOR INICIAL DEL PROYECTO VIGENCIA 2017: \$1.252.887.191.000

- **PRIMERA MODIFICACIÓN: \$107.322.187.000 - Recursos de FONPET**

Mediante la Resolución No. 0192 del 27 de enero de 2017 el Ministerio de Hacienda y Crédito Público ordenó el giro de recursos de excedentes acumulados en el sector salud del FONPET para el financiamiento del Régimen Subsidiado en la vigencia 2017, de los cuales a Bogotá D.C. le asignaron \$107.322.187.000.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario incorporar los recursos en el proyecto 1184 “Aseguramiento Social Universal en Salud”, para garantizar las apropiaciones en el presupuesto.

Valor del proyecto después de esta modificación \$1.360.209.378.000.

- **SEGUNDA MODIFICACIÓN: \$12.752.0410.061 – Recursos de SGP**

El 25/01/2017 el DNP expidió el documento de distribución “SGP-14-2017” en el cual asignó las once doceavas de la participación para salud en régimen subsidiado para la vigencia 2017 por valor de \$361.281.337.939.

Al comparar el valor asignado (\$361.281.337.939) frente al valor presupuestado (\$374.033.379.000), se presenta un sobrante de apropiación de \$12.752.041.061, el cual es procedente trasladar dado que ya se tiene garantizado el valor de las once doceavas para el Régimen Subsidiado para la vigencia 2017.

Valor del proyecto después de esta modificación \$1.347.457.336.939.

- **TERCERA MODIFICACIÓN: \$15.861.000.000 – Sustitución de fuentes FOSYGA por COLJUEGOS.**

Teniendo en cuenta la Matriz de financiación para la vigencia 2017 publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social el 30 de agosto de 2017, fue necesario realizar una sustitución de fuentes a fin de tener disponibles los recursos de Coljuegos para financiar las LMA de los meses de noviembre y diciembre de 2017.

Mediante el acuerdo 274 del 30 de octubre de 2017 la Junta directiva del FFDS aprobó esta sustitución.

Valor del proyecto después de esta modificación \$1.347.457.336.939.

- **CUARTA MODIFICACIÓN: \$728.000.000 – Recursos de Aporte Ordinario de Libre Destinación al Proyecto 1189**

El proyecto de inversión 1184 maneja el concepto de gasto “0845 - Mecanismos ágiles de afiliación al Régimen Subsidiado para la totalidad de la población elegible.” al cual se le asignó en la vigencia 2017 la suma de \$728.000.000 para implementar las estrategias que permitan la afiliación al régimen subsidiado. Teniendo en cuenta el correo electrónico del 16 de agosto de 2017 proveniente de la Dirección de Planeación Sectorial (adjunto), se deben trasladar estos recursos al proyecto 1189.

Valor del proyecto después de esta modificación \$1.346.729.336.939.

- **QUINTA MODIFICACIÓN: \$5.357.797.000 – Recursos de Licores del proyecto 1185 al 1184.**

El proyecto 1184 maneja el concepto de gasto “0008 – Afiliación al Régimen Subsidiado Continuidad” al cual se le asignó en la vigencia 2017 por la fuente Licores el valor de \$9.742.645.000.

Teniendo en cuenta la Ley 1816 de 20162, se debe hacer la transformación del 50% para el Régimen Subsidiado, que para el 2017 es de \$15.100.442.000. Por tanto, es tramitar un traslado presupuestal entre proyectos de inversión contracreditando el proyecto 1185 en \$5.357.797.000 para acreditar el proyecto 1184, con el fin de ubicar los recursos de destinación específica de acuerdo a la normatividad vigente.

Valor del proyecto después de esta modificación \$1.352.087.133.939.

• **SEXTA MODIFICACIÓN: \$241.139.000.000 – Reducción Presupuestal.**

Concepto de gasto 0008 Continuidad afiliación al Régimen Subsidiado: Teniendo en cuenta la ejecución presupuestal de la fuente FOSYGA para la continuidad del Régimen Subsidiado del periodo enero – octubre 2017 se estima que no se ejecutarán \$240.496.014.088.

Concepto de gasto 0033 0.4% Supe salud: De acuerdo con la Matriz de Liquidación publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social por concepto de la cuota de Inspección, Vigilancia y Control que le corresponde pagar a Bogotá D.C., a favor de la Superintendencia Nacional de Salud por el periodo enero – diciembre de 2017, es de \$4.170.857.088, presentándose un sobrante de apropiación de \$ 642.985.912. Por lo anterior es procedente realizar una reducción presupuestal por valor de \$241.139.000.000.

Valor del proyecto después de esta modificación \$1.110.948.133.939.

• **SÉPTIMA MODIFICACIÓN: \$6.083.291 – Traslado a Pasivos Exigibles.**

Durante las vigencias 2007, 2008, 2009 y 2017, el FFDS liquidaron 9 contratos suscritos en vigencias anteriores. Las actas de liquidación de los contratos suscritas entre las partes, arrojaron saldos a favor de los contratistas por la suma de SEIS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS MCTE (\$6.083.291).

Las reservas presupuestales que amparan los saldos de los contratos liquidados se encuentran fenecidos según las actas de fenecimiento de 31/12/2007, 31/12/2008, 31/12/2009, 31/12/2015 y 31/12/2016, por lo que no se encuentran disponibles.

Para pagar estas obligaciones que el FFDS tiene con los contratistas objeto de este pago, se hace necesario efectuar un traslado presupuestal, contracreditando apropiaciones del proyecto 1184 denominado “Aseguramiento Social Universal en Salud” de la vigencia 2017 en el COMPONENTE 01 - RECURSO HUMANO y acreditando el rubro 334 pasivos exigibles.

Valor del proyecto después de esta modificación \$1.110.942.050.648.

2"Por el cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones"

VIGENCIA 2018

Valor inicial del proyecto es de \$1.288.935.831.000

13. DILIGENCIAMIENTO:

Nombre: MANUEL JOSÉ SÁENZ ARDILA

Cargo: Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento (E)
Gerente del Proyecto

Teléfono: 364-90-90 extensión 9015 – 9755 – 9900

14. PARTICIPANTES Y DILIGENCIAMIENTO

El presente documento fue revisado y preparado por funcionarios responsables de las áreas participantes de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud y la Subdirección de Administración del Aseguramiento.

Teléfono: 364-90-90 extensión 9758 – 9510

Responsable: MANUEL JOSÉ SÁENZ ARDILA

Cargo: Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento (E)
Gerente del Proyecto

Aprobó: Jaime Díaz Chabur

Revisó: Lida Teresita Herrera S.

Elaboró: Claudia Mireya Buitrago Jaime / Amparo Rodríguez Tobito / Mónica Liliana Granados Rodríguez.