



BANCO DISTRITAL DE PROGRAMAS Y PROYECTOS FICHA EBI-D

Fecha: Enero 2018

Estado:

Inscrito

Registrado

Actualizado

1. IDENTIFICACIÓN

BANCO: Distrital de Programas y Proyectos

ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

PROYECTO: ATENCION INTEGRAL EN SALUD

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: Atención Integral En Salud

METAS PLAN: Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral."

Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años.

Aumentar al 30% la cobertura en detección temprana de alteraciones relacionadas con condiciones crónicas, (Cardiovascular, Diabetes, EPOC, Cáncer).

Aumentar en un 15% las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en Salud Oral"

A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna."

A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.

Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020

Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI."

Reducir en 20% el diferencial que ocurre en las localidades dónde se concentra el 70% de la morbilidad por trasmisibles.

Realizar estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo e incorporar al PAI Distrital de manera progresiva en los próximos 4 años de vacuna contra meningococo para población en riesgo.

Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales a 2020.

3. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Localización: El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las 20 localidades, las zonas urbana y rural y el 100% de la población de la ciudad.

Bogotá D.C.: Población: 7.980.001 habitantes para 2016, 8.080.734 para 2017; 8.181.047 para 2018; 8.281.030 para 2019 y 8.380.801 para 2020.

4. PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN

El estado de salud de la población del Distrito Capital reflejado en la persistencia de indicadores de mortalidad y morbilidad, continúa afectado por el modelo asistencial centrado en la enfermedad, la débil gestión de los riesgos individuales y colectivos, las deficiencias en la atención, la fragmentación de los servicios del Plan de Intervenciones Colectivas con los de los otros planes de beneficios, la desarticulación de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, sumados a la débil capacidad rectora de la Entidad Territorial Distrital y Nacional frente a la gestión de la Salud Pública y a las condiciones estructurales de la población.

5. DESCRIPCIÓN

El proyecto se adelantará en el marco del Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2020, especialmente en concordancia con el logro de objetivo Central del Plan de Desarrollo¹: “(...)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”.

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 fomento de la salud y prevención de riesgos y daños, en el marco de la salud urbana. El propósito principal es transformar la estructura de operación del modelo 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. Se busca dar respuesta a las necesidades poblacionales mediante la aplicación de un modelo de salud que beneficie a toda la población sin distinciones; que contribuya a 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.

Para la implementación del modelo se requiere del fortalecimiento de la rectoría del sector 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 de la salud pública en la ciudad.

Se propone que el modelo tenga como base la operación 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 de los prestadores de la Red Integrada de Servicios de Salud a través de las subredes, que ofrecen servicios de carácter ambulatorio, atención domiciliaria y hospitalaria.

Las desigualdades en el acceso a bienes y servicios y al SGSS se expresan en barreras e inequidades en la situación de salud y son parte esencial del sustrato en el que se desarrollan las enfermedades que se miden en términos de morbilidad y mortalidad. Sobre el particular se encuentran datos en

¹ Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2020 Artículo 2. Objetivo Central del Plan

salud que permiten contar con un panorama claro sobre la salud de la población bogotana, entre los cuales se tiene que para el año 2014 en Bogotá el 32% de la carga de la enfermedad está dada por las enfermedades crónicas, con una tasa de prevalencia de 79,85 por 1.000 habitantes en 2014 y de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes, constituyéndose en la primera causa de mortalidad. Las principales causas están asociadas a enfermedades cardio cerebro vasculares con una tasa de 120,4 por 100.000 habitantes (Hipertensión Arterial, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebro Vascular y Enfermedad Arterioesclerótica), cánceres malignos con una tasa de 82,24 por 100.000 habitantes (el 30% corresponde a menores de 18 años); diabetes con una tasa 12,4 por 100.000 habitantes, Insuficiencia renal crónica 12,4 por 100.000 habitantes; y enfermedades respiratorias (EPOC y EPID) 12,4 por 100.000 habitantes.

Las complicaciones de todas estas enfermedades podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de exposición o de riesgo común como: alimentación no saludable, sedentarismo, exposición al humo del cigarrillo y uso abusivo de alcohol.

Por otra parte, el desafío de reducir los diferenciales en mortalidad y morbilidad en las localidades del Distrito Capital, 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 urbana 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, por lo que es necesario 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 pilar de 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 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, en 26 UPZ prioritarias.

Incluye acciones de información, educación y divulgación para la promoción y fomento de la salud que propicie la toma de decisiones favorables y el desarrollo de aptitudes en madres, padres y cuidadores para contribuir al bienestar de los niños y niñas y las familias y al cuidado del entorno. 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 las intervenciones colectivas se intervendrá en los espacios de vida cotidiana, en coordinación con otros sectores según su competencia. En el espacio público (parques, vías, transporte, sitios de encuentro, ventas ambulantes y estacionarias) es donde ocurren los principales eventos que afectan positiva o negativamente la salud y calidad de vida de las personas. La vivienda, el espacio escolar y el espacio laboral se constituyen también como escenarios generadores de factores protectores o deteriorantes de la vida y la salud de la población que requieren estrategias participativas y acciones integradas para su transformación, buscando la construcción de entornos seguros y saludables.

Dadas las características de la población en la ruralidad de Bogotá D.C, se hace necesario en el modelo de atención el diseño e implementación de una estrategia familiar, comunitaria y ambiental, que articule los planes de beneficio POS y PIC, con la acción coordinada y concertada de los distintos actores del sistema y de otros sectores sociales, dando respuesta a las necesidades de atención integral de la población.

Las acciones se desarrollarán en las tres líneas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública. La primera línea, Promoción de la salud pública, incluye la formulación e implementación de políticas públicas, movilización social, generación de entornos saludables y de capacidades sociales e individuales, participación ciudadana y educación en salud, las cuales son un conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando a los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en las diferentes escalas del territorio, Unidades Programáticas Zonales y Rurales, Localidades, Localidades por subred y Distrito, afectando positivamente las condiciones de calidad de vida y consolidando una cultura saludable.

En la segunda línea, gestión de la salud pública, se incluye el análisis de riesgo, planeación de la atención según riesgos, modificación del riesgo, vigilancia de la gestión del riesgo, gestión de la calidad de la atención, coordinación administrativa y técnica de los servicios y de los planes y programas en salud pública. Las acciones se desarrollan sobre grupos de población específica, con individuos identificables y caracterizables, que deben realizar las entidades públicas y privadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, priorizando poblaciones vulnerables diferenciales con segregación e inequidad, según curso de vida (niños, niñas, adolescentes, adultez y vejez), género (hombres, mujeres, intersexuales, masculinidades y feminidades), identidad - diversidad (grupos étnicos, población LGTBI) y situación - condición (víctimas, personas en ejercicio de la prostitución, personas en condición de discapacidad, personas habitantes de calle y recicladores), así como población con condiciones de salud tales como gestantes y recién nacidos con bajo peso, niños y niñas con desnutrición.

En la tercera línea, gestión de riesgo en salud pública, se incluye la movilización de los otros sectores de la sociedad, los territorios y la ciudadanía. Es el conjunto de acciones encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos.

De acuerdo con el perfil de morbilidad y de mortalidad de Bogotá D.C. se consideran prioritarias para la ciudad las dimensiones: Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles, Convivencia Social y Salud Mental, Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles, Salud Ambiental y Salud y Ámbito Laboral, Seguridad alimentaria y Nutricional, en las cuales se desarrollarán las acciones integradas en las tres líneas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP.

En Bogotá D.C., al igual que en el resto del país, el crecimiento demográfico es el resultado de complejas condiciones políticas, sociales, económicas y de seguridad las cuales han motivado la migración hacia la ciudad, con lo que se ha generado un crecimiento exponencial de la población en las zonas urbanas y el establecimiento de cinturones de miseria en sus alrededores. Un ejemplo de lo anterior, es el número de desplazados que han llegado a Bogotá D.C. Según la Consultoría para los Derechos Humanos, CODHES, entre 1999 y 2012 llegaron a Bogotá D.C. más de 540.714 desplazados, aproximadamente el 6,8% del total de la población².

Para el año 2017 Bogotá era la ciudad más poblada del país con un total de 8.080.734 habitantes, con proyección al año 2018 de 8.181.047 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%³

6. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar las acciones para la gestión de la salud pública y la operación del Plan de Intervenciones Colectivas en el contexto de la salud urbana bajo el modelo de atención integral en salud basado en la Atención Primaria en Salud Resolutiva y la gestión compartida del riesgo, favoreciendo la atención integral en salud mediante el diseño y la activación de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud y de las rutas de atención, sectoriales e intersectoriales, a partir del fortalecimiento de la gobernanza y gobernabilidad.

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

³ Documento Plan Territorial de Salud, Bogotá mejor para todos 2016-2020

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Diseñar, monitorear y evaluar las acciones de promoción y prevención individuales y colectivas de Salud Pública relacionadas con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el marco de la salud urbana y la gestión integral del riesgo y del modelo de atención Integral en Salud.

Objetivo 2. Adaptar y diseñar e implementar las rutas de atención intersectoriales para generar respuestas integrales en salud a individuos y colectivos a través de la gestión sectorial, intersectorial y comunitaria.

Objetivo 3. Diseñar e implementar mecanismos para ejercer la rectoría y la gobernanza en salud que contribuya a la modificación positiva de los determinantes de la salud, lo cual deberá incluir el monitoreo y evaluación a las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y funcionamiento de las rutas de atención.

7. METAS

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
1. Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral.	Número	514576 Dato preliminar	1.387.334 personas Dato preliminar	1.200.000	1.400.000	1.500.000	1.500.000
2. Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años.	Tasa	17,6	1446 muertes, Tasa 17,6 * 100,000 menores de 70 años corte a 31 de diciembre del 2016 Dato preliminar	16,5	16	15	15
3. Aumentar al 30% la cobertura en detección temprana de alteraciones relacionadas con condiciones crónicas, (Cardiovascular, Diabetes, EPOC, Cáncer).	Porcentaje	16,99% año 2016. Dato preliminar	18% Reporte corte año 2016, dato preliminar.	24%	27%	30%	30%

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
4. Aumentar en un 15% las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en Salud Oral	Porcentaje	70,1%	La meta ejecutada para el 2016 fue del 70,1 % (n: 24,517) de las personas intervenidas (n: 34.976) que mejoraron las practicas de salud oral.	75%	77%	78%	78%
5. Reducir a 2020, en una quinta parte, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 64,7% de la proporción de prevalencia de alteraciones en la salud relacionadas con trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno mental, enfermedad neuropsiquiátrica y consumo problemático de alcohol.	Porcentaje	0%	0%	15%	20%	20%	20%
6. A 2020 garantizar la atención integral en salud como medida de reparación a 7.200 personas víctimas del conflicto	Número	774	3043	1.926	1.800	900	8.443
7. A 2020 aumentar la respuesta efectiva a un 84% de los niños, niñas y adolescentes identificados en alto riesgo desde la línea 106.	Porcentaje	49%	58,97%	68%	77%	84%	84%
8. A 2020 mejorar en un 60% las pautas de crianza y protección hacia la infancia y adolescencia captada en los espacios educativos y de vivienda.	Porcentaje	0%	16,4	35%	50%	60%	60%
9. Reducir al 26% el exceso de peso en la población de 5 a 17 años en el distrito a 2020.	Porcentaje	27,60%	29,5% (Dato preliminar)	26,40%	26,20%	26,00%	26,00%

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
10. Erradicar la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2019.	Tasa	0,7	0 casos Corte Noviembre 2017 (Fuente: EEVV) (Dato preliminar)	0,15	0,075	0	0
11. Incrementar, a 2020, a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los menores de seis meses.	Mediana	3,1	3,1 meses corte a Noviembre 2017 Fuente SISVAN (Dato preliminar)	3,5	3,7	4	4
12. A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.	Porcentaje	23,9%	Durante el periodo Enero a Noviembre del año 2017 se presentaron 23 casos de mortalidad materna. (Dato preliminar)	35%	50%	50%	50%
13. A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.	Porcentaje	0%	En el periodo enero-noviembre de 2017, se presentaron 1129 casos de mortalidad perinatal. (Dato Preliminar)	28%	33%	33%	33%
14. A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%.	Tasa	43,80	Durante el periodo Enero- Noviembre del año 2017 se han presentado 11085 nacimientos en mujeres de 15 - 19 años. (Dato preliminar)	49,30	47,80	46,30	46,30
15. A 2020 reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año.	casos	0	1 caso de transmisión materno infantil de VIH a Noviembre de 2017 (Dato Preliminar)	2	1	1	1

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
16. A 2020 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.	incidencia	1,3	A Noviembre de 2017 se han notificado un total de 130 casos de Sífilis Congénita (Dato preliminar)	0,85	0,68	0,5	0,5
17. A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.	Porcentaje	10,6%	Enero a Noviembre de 2017 San Cristóbal: 48 casos; tasa: 10,1 Engativá: 66 casos; tasa: 8,83 Bosa: 64 casos; 7,41 Ciudad Bolívar: 64 casos; tasa: 7,40 Kennedy: 109 casos; tasa: 8,92 Suba: 110 casos; tasa: 9,08 FUENTE: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND (Dato preliminar)	35%	50%	50%	50%
18. A 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos.	Tasa	9,1	De enero a Noviembre de 2017: 747 casos Tasa 8,87 x 1000 NV Dato preliminar. FUENTE: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND.	8.28	8.20	8.16	8.16
19. Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020	Tasa	10,82	De enero a Noviembre de 2017: 888 casos Tasa 10,55 x 1000 NV Dato preliminar. FUENTE: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND	10,71	10,11	9,52	9,52

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
20. A 2020 el 80% de las personas viviendo con VIH en el Distrito Capital, cuentan con tamizaje, conocen su diagnóstico y alcanzan una carga viral indetectable.	Porcentaje	70%	70% a 2016 15.921 personas	73%	77%	80%	80%
21. A 2020 mantener en 2 casos o menos la transmisión materno infantil de la Hepatitis B.	Casos	0	0 casos de transmisión materno infantil de Hepatitis B acumulado a Noviembre de 2017 Dato preliminar	2	2	2	2
22. A 2020 disminuir a 2,4 casos por 1.000 días de uso de dispositivo, las Infecciones asociadas al mismo.	Tasa: Casos-días	2,28	2,88 casos por 1.000 días de uso de dispositivo (Dato Preliminar)	2,65	2,53	2,4	2,4

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
23. Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI.	Porcentaje	Menor de un año de edad: POLIO: dosis aplicadas: 100.435 - 95,5% cumplimiento PENTAVALENTE: dosis aplicadas: 100.520 - 95,6% cumplimiento BCG: dosis aplicadas: 112.338 - 106,8% cumplimiento ROTAVIRUS: dosis aplicadas: 99.995 - 95,1% cumplimiento De un año de edad: TRIPLE VIRAL: dosis aplicadas: 100.338 - 95,3% cumplimiento NEUMOCOCO: dosis aplicadas: 98.760 - 93,8% cumplimiento HEPATITIS A: dosis aplicadas: 100.471 - 95,4% cumplimiento VARICELA: dosis aplicadas: 99.123 - 94,1% cumplimiento. Fiebre amarilla: 82057 - 77,9% Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION- Corte: 31 de Diciembre de 2016.	Menor de un año de edad: POLIO: dosis aplicadas: 93.047 - 88,7% cumplimiento PENTAVALENTE: dosis aplicadas: 93.067 - 88,7% cumplimiento BCG: dosis aplicadas: 109.138 - 104,0% cumplimiento ROTAVIRUS: dosis aplicadas: 91.947 - 87,6% cumplimiento De un año de edad: TRIPLE VIRAL: dosis aplicadas: 97.298 - 92,5% cumplimiento FIEBRE AMARILLA: dosis aplicadas: 86.351 - 82,1% cumplimiento NEUMOCOCO: dosis aplicadas: 97.059 - 92,3% cumplimiento HEPATITIS A: dosis aplicadas: 97.130 - 92,3% cumplimiento VARICELA: dosis aplicadas: 96.302 - 91,5% cumplimiento. Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION- Corte: 31 de Diciembre de 2017.	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
24. Reducir en 20% el diferencial que ocurre en las localidades dónde se concentra el 70% de la morbilidad por trasmisibles.	Porcentaje	0%	En Bogotá D.C., a Noviembre de 2017 se presentaron en las localidades de: Kennedy (131 casos,11,8% de participación); Ciudad Bolívar (120 casos, 10,88% de participación), Suba (116 casos,10,52% de participación); Engativá (97 sos, 8,79% de participación), Bosa (83 casos, 7,52 % de participación); San Cristóbal (74 casos,6,71 % de participación); Rafael Uribe (81 casos 7,34% de participación); Usaquén (48 casos con 4,35 %de participación). Dato preliminar	15%	20%	20%	20%
25. A 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el distrito capital	Tasa	8,90	Tasas x 100 mil menores de 5 años De enero a Noviembre de 2017: 43 casos de mortalidad por neumonía. Tasa: 7,08 x 100 mil menores de 5 años Dato preliminar. FUENTE: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND	6,72	6,67	6,63	6,63

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
26. Reducir a la mitad, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 57,5% de los casos de la mortalidad por neumonía en menores de cinco años a 2020.	Porcentaje	0%	Tasas x 100 mil menores de 5 años De enero a Noviembre de 2017 las localidades del pareto han presentado las siguientes tasas: Suba: 6 casos, tasa: 6,52 Ciudad Bolívar: 4 casos, tasa: 5,53 Bosa: 7 casos, tasa: 10,47 Kennedy: 5 casos, tasa: 5,27 FUENTE: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND. (Dato preliminar)	30%	40%	50%	50%
27. A 2020 lograr la reducción de la mortalidad por Tuberculosis en el Distrito Capital a menos de 1 caso por 100.000 habitantes	Tasa	0,91	45 fallecidos causa básica Fuente: Base de EEVV con corte a Noviembre de 2017. Dato preliminar	1	0,9	0,9	0,9
28. A 2020 el 70% de los niños y niñas, trabajadores y trabajadoras identificados e intervenidos por el sector salud, serán canalizados efectivamente a los servicios de salud y sociales para su desvinculación del trabajo	Porcentaje	7,57% (1938 NNAT)	22,7% (5829 NNAT)	17,22% (4,409 NNAT)	15,21% (3,896 NNAT)	14% (3.585 NNAT)	70% (17,925 NNAT)
29. A 2020 el 100% de los trabajadores identificados por el sector salud en las unidades de trabajo tendrán implementada la estrategia de entornos laborales saludables.	Porcentaje	6,59% (3502 UTIS)	26,5% (15668)	27,7% (14749 UTIS)	27,7% (14749 UTIS)	12% (6119 UTIS)	100% (53119 UTIS)
30. Realizar estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo e incorporar al PAI Distrital de manera progresiva en los próximos 4 años de vacuna contra meningococo para población en riesgo.	Número	0	0,00%	1	1	1	1

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	Ejecutado Dic-2016	Ejecutado 2017	2018	2019	2020	TOTAL
31. Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales a 2020.	Porcentaje	25%	46,10%	75%	100%	100%	100,00%
32. A 2020 se implementan en el 100% de las localidades del Distrito Capital Intervenciones de vigilancia en salud pública.	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%
33. A 2020 el 100% de las unidades comando habrá dado respuesta al 100% de las urgencias y emergencias de Salud Pública notificadas en el Distrito capital.	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- El cálculo de las tasas de mortalidad por evento y de las metas diferenciales se realizará anual, se reportará en marzo del año siguiente.

8. GRUPO OBJETIVO

Grupo Objetivo	Años del proyecto / Años calendario				
	00 2016	01 2017	02 2018	03 2019	04 2020
Total, Población de Bogotá D.C.	7.980.001	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801

Características del grupo objetivo

Cuantificación de la población	8.080.734
Identificación de la población priorizada	1.500.000
Identificación de la población Atendida	
Identificación de la población por atender	1.500.000

9. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

Cód.	Nombre	Entidad	Fecha
	Equipo Por Bogotá D.C. Programa de Gobierno Coalición Equipo por Bogotá D.C. "Recuperemos Bogotá D.C." Enrique Peñalosa Londoño Alcalde de Bogotá D.C. 2016–2019. Bogotá D.C. julio de 2015. Disponible en	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C	2016

Cód.	Nombre	Entidad	Fecha
	http://www.registraduria.gov.co/PLANESDE-GOBIERNO-CANDIDATOS.html . Fecha de consulta, Bogotá D.C. Junio 4 de 2016		
	Encuesta Multipropósito 2014	SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN	2014
	“Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, ©	Organización Panamericana de la Salud	2010.
	La Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en Acción: Lecciones Aprendidas en CONDUCCIÓN y REGULACIÓN. Washington D.C., septiembre, 2007. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP). Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS) Oficina de la Subdirectora, (OPS/OMS).	Organización Panamericana de la Salud	2007
	Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. No. 4, Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Implementación en las Américas”. Washington mayo 7 de 2010. https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2631/mod_resource/content/1/Modulo_3/APS_Reddes_Integradas_Servicios_Salud_OPS_.pdf , fecha de consulta abril 4 de 2016	Organización Mundial de la Salud	2010
	Diagnostico Sectorial de Salud. Directiva 009 de 2015 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá D.C. 92 páginas. Documento disponible en www.saludcapital.gov.co fecha de consulta abril 4 de 2016	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.	2016
	Dirección de Registro y Gestión de la Información. Subdirección Red Nacional de Información. Información actualizada hasta el 1° de abril de 2016. Fecha de consulta: 22 de abril de 2016	Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas.	2016
	Programa Bogotá Como Vamos en Salud. Encuesta de Percepción Ciudadana, “Bogotá Cómo Vamos 2015”.	Universidad de los Andes, Fundación Corona, Periódico El Tiempo.	2015

Cód.	Nombre	Entidad	Fecha
	Sistema de Estadísticas Vitales con fecha de corte a 31 de diciembre de 2014, cifras preliminares. Disponible en http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SeriesdeEstadisticasVitalesVSP	Secretaria Distrital de salud de Bogotá D.C.	2015

10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO

Concepto	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)					
	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Talento humano	4.954.050.600	8.405.349.057	12.443.279.000	4.739.459.277	4.739.459.277	35.281.597.211
Dotación	67.474.703.518	144.188.480.381	150.834.014.000	178.741.357.242	130.543.214.896	671.781.770.037
TOTAL PROYECTO	72.428.754.118	152.593.829.438	163.277.293.000	183.480.816.519	135.282.674.173	707.063.367.248

11. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

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	52.927.093.541	81.317.619.232	88.571.541.000	65.570.985.074	64.372.842.728	352.760.081.575
2. Transferencias en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	548.694.669	558.040.737	2.000.000.000	2.800.000.000	2.800.000.000	8.706.735.406
4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial (Recursos propios)	11.338.449.087	150.000.000	2.205.752.000	0	0	13.694.201.087
7. Otros Recursos departamentales y/o distritales	7.614.516.821	70.568.169.469	70.500.000.000	115.109.831.445	68.109.831.445	331.902.349.180
Total Financiación	72.428.754.118	152.593.829.438	163.277.293.000	183.480.816.519	135.282.674.173	707.063.367.248

12. OBSERVACIONES

- El proyecto de Inversión para el año 2016 inicia con un presupuesto de \$82.875.236.060

- En el mes de agosto de 2016 se realiza un traslado entre conceptos de gasto con el mismo nivel de recurrencia por valor \$9.459.573.088 afectando los códigos de gasto números 838, 839, 843, 457, 836, 837, 840, 842 y 841.
- En el mes de septiembre de 2016, según requerimiento radicado 2016IE24894 se realiza traslado por valor total de \$ 1.545.700.000, proveniente del proyecto 1190 "Investigación Científica e Innovación al Servicio de la Salud" por valor de \$1.443.951.636 acreditando los códigos 841 por valor de \$244.000.000 y 743 por valor de \$1.199.951.636, quedando el proyecto por valor de \$84.319.187.696.
- En el mes de octubre de 2016 Se realiza traslado por valor de \$ 1.199.951.636 del código 743 "Interventoría del Plan de Intervenciones Colectivas" a pasivos exigibles. Quedando el proyecto en \$83.119.236.060.
- En el mes de noviembre de 2016 se realiza reducción por valor total de \$ 112.390.906.531, de los cuales corresponde a este proyecto 1186 la suma de \$2.651.304.811, afectando los conceptos de gasto 839 \$400.000.000, 837 \$1.000.000.000, 838 \$281.304.811, 843 \$670.000.000 y 457 \$300.000.000, de la fuente otras transferencias de la Nación, quedando el proyecto en \$80.467.931.249.
- En el mes de noviembre de 2016 se realiza cambios de montos entre conceptos del gasto por valor de \$278.628.856, sin modificar el valor del proyecto quedando el monto total del proyecto de inversión en \$80.467.931.249.
- En el mes de diciembre de 2016 se realiza traslado por valor total de \$1.191.665.715, provenientes del proyecto 1190 "Investigación Científica e Innovación al Servicio de la Salud" por valor de \$1.035.665.715 acreditando los códigos 836 \$16.211.689, 837 por valor de \$6.484.675, 838 por valor de \$3.242.338, 839 por valor de \$6.484.675, 843 por valor de \$3.242.338 y 325 por valor de \$1.000.000.000 y del proyecto 1185 "Proyecto de Inversión Atención a la Población Pobre no Asegurada [PPNA, Vinculados y No POSs]." por valor de \$156.000.000 acreditando el código 841 por valor de \$156.000.000, quedando el proyecto por un valor de \$81.659.596.964.
- El proyecto comprometido para el año 2016 quedó en la suma de \$72.428.754.118
- El proyecto de Inversión para el año 2017 inicia con un presupuesto de \$200.000.000.000
- En el mes de abril de 2017 se realiza traslado por valor de \$12.752.041.061 del proyecto 1184 "Aseguramiento Social Universal en Salud" de la fuente sistema General de participaciones, acreditando los conceptos de gasto 836 por valor de \$ 2.550.936.496 , 837 por valor de \$1.709.852.653 , 838 por valor de \$ 1.411.456.122 , 839 por valor de \$1.394.291.632, 840 por valor de \$881.292.056 , 842 por valor de \$ 523.758.337 y 843 por valor de \$ 4.280.453.765, quedando el proyecto por un valor de \$212.752.041.061.
- En el mes de julio de 2017 se realiza traslado presupuestal por valor de \$2.578.268.853, contracreditando los siguientes códigos de gasto: 843 "Inversión destinada a formulación, ejecución y control del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) - Autoridad Sanitaria Territorial (PDSP)" por valor de \$2.542.918.997, 743 "Interventoría del Plan de Intervenciones Colectivas" por valor de \$3.811.427, y 325 "Recurso Humano contratado para gestionar el Plan de Intervenciones Colectivas para Bogotá D.C." por valor de \$31.538.429, de la fuente 01 - Recursos del Distrito [Aporte Ordinario], y acreditando "Pasivos Exigibles" en \$2.578.268.853, quedando el proyecto en la suma total de \$210.173.772.208.
- En el mes de septiembre de 2017 se realiza modificación presupuestal debido al cambio entre conceptos del gasto del mismo nivel de recurrencia por valor de \$8.523.031.046, sin modificar el valor del proyecto quedando el monto total del proyecto de inversión en \$210.173.772.208.
 - En el mes de septiembre de 2017 se realiza una disminución por valor total de \$8.523.031.046, en los siguientes conceptos del gasto del proyecto 1186: 457 por valor de \$812.023.240 y el 843 por valor de \$7.711.007.806.
 - En el mes de septiembre de 2017 se realiza un aumento por valor total de \$8.523.031.046, en los siguientes conceptos del gasto del proyecto 1186: 836 por valor de \$2.492.896.523; 837 por valor de \$1.284.604.433; 838 por valor de \$591.888.136; 839 por valor de \$2.181.858.008; 840 por valor de \$1.347.665.762; 841 por valor de \$177.162.311; 842 por valor de \$446.955.873.
- En el mes de octubre 2017 se realiza traslado presupuestal del proyecto 1186 "Atención Integral en Salud" por valor de total de \$43.487.582.913. Al proyecto 1189 "Proyecto de Inversión Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas" por valor de \$23.487.582.913 y al proyecto 1188 "Proyecto de Inversión Garantía de la Atención Prehospitalaria [APH] y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C." por un valor de \$20.000.000.000, quedando el proyecto en la suma total de \$166.686.189.295, afectando los siguientes conceptos del gastos así:
 - En el mes de octubre 2017 se realiza un contra-crédito valor total de \$43.487.582.913, en los

siguientes conceptos del gasto del proyecto 1186: 457 por valor de \$10.006.509.768, 743 por valor de \$828.188.573, 836 por valor de \$3.850.000.000, 837 por valor de \$9.886.778.872, 838 por valor de \$2.220.000.001, 839 por valor de \$581.115.488, 840 por valor de \$160.000.000, 841 por valor de \$2.485.950.212, 842 por valor de \$242.000.000, 843 por valor de \$13.327.039.999.

- En el mes de octubre 2017 se realiza traslado presupuestal desde el Proyecto 1886 “Atención Integral en Salud” al proyecto de Inversión 1189 “Proyecto de Inversión Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas” por valor de \$23.487.582.913 correspondiente a la fuente de Aporte Ordinario.
- En el mes de octubre 2017 se realiza traslado presupuestal desde el Proyecto 1886 “Atención Integral en Salud” al proyecto de Inversión 1188 “Proyecto de Inversión Garantía de la Atención Prehospitalaria [APH] y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C” por valor de \$20.000.000.000, correspondiente a la fuente de Aporte Ordinario.
- En el mes de octubre 2017 se realiza incorporación presupuestal al proyecto 1186 “Atención Integral en Salud” por valor de \$2.594.462.327 desde el proyecto 1185 “Proyecto de Inversión Atención a la Población Pobre no Asegurada [PPNA, Vinculados y No POSs]”, quedando el proyecto en la suma total de \$169.280.651.622, afectando los siguientes conceptos del gasto así:
 - En el mes de octubre 2017 se realiza un crédito por valor de \$2.594.462.327, en los siguientes conceptos del gasto del proyecto 1186: 457 por valor de \$170.000.000, 836 por valor de \$58.000.000, 837 por valor de \$1.489.462.327, 838 por valor de \$20.000.000, 840 por valor de \$20.000.000, 841 por valor de \$1.000.000, 842 por valor de \$6.000.000, 843 por valor de \$830.000.000, correspondiente a la fuente de Sistema General de Participaciones SGP-169.
 - En el mes de octubre 2017 se realiza reducción presupuestal al proyecto 1186 “Atención Integral en Salud” por valor de \$2.495.422.166; reducción que se realiza dado que se espera que el Ministerio de Salud y Protección Social no incorporará más resoluciones en el presupuesto del Fondo Financiero de Salud (FFDS) en lo que resta del año 2017; en la fuente de financiación 03-31 “Otras Transferencias de la Nación”, quedando el proyecto en la suma total de \$166.785.229.456, afectando los siguientes conceptos del gasto así:
 - En el mes de octubre se realiza un contra-crédito por valor total de \$2.495.422.166, en los siguientes conceptos del gasto del proyecto 1186: 457 por valor de \$299.520.000, 837 por valor de \$856.982.903, 838 por valor de \$270.631.263, 839 por valor de \$399.360.000, 843 por valor de \$668.928.000, correspondiente a la fuente de 03-31 “Otras Transferencias de la Nación”.
- En el mes de noviembre de 2017 de acuerdo con la solicitud de la Dirección de Planeación Sectorial de la Secretaría Distrital de Salud, en la cual informan que “Teniendo en cuenta que la Secretaría Distrital de Hacienda, Dirección Distrital de Presupuesto, conceptuó la modificación presupuestal por traslado entre Proyectos de Inversión (1186-1188) en forma parcial, por valor de “\$43.447.719.597”, se hace necesario ajustar el valores de solicitud del traslado del proyecto 1186 “Atención Integral en Salud” en el contra-crédito disminuyendo el valor a contra-acreditar en “\$9.863.316”, mediante el Acuerdo No. 278 del 09 de noviembre de 2017. Quedando el proyecto en la suma total de \$166.795.092.772
- En el mes de noviembre 2017 se realiza modificación presupuestal debido al cambio entre conceptos del gasto del mismo nivel de recurrencia por valor de \$503.548.000, sin modificar el valor del proyecto quedando el monto total del proyecto de inversión en \$166.795.092.772.
 - En el mes de noviembre de 2017 se realiza una disminución por valor total de \$503.548.000, en los siguientes conceptos del gasto del proyecto 1186: 838 por valor de \$45.000.000 en la fuente de financiación 03-31 “Otras Transferencias de la Nación”; 843 por valor de \$421.000.000 en la fuente de financiación SGP 169 “Sistema General de Participaciones”; 325 por valor de \$37.548.000 en la fuente de financiación 12 “Aporte Ordinario”.
 - En el mes de noviembre de 2017 se realiza un aumento por valor total de \$503.548.000, en los siguientes conceptos del gasto del proyecto 1186: 325 por valor de \$45.000.000 en la fuente de financiación 12 “Aporte Ordinario”; 359 por valor de \$37.548.000 en la fuente de financiación 12 “Aporte Ordinario”; 837 por valor de \$421.000.000 en la fuente de financiación SGP 169 “Sistema General de Participaciones”.
- En el mes de noviembre 2017 se realiza traslado presupuestal por valor de \$69.291.028, contracreditando los siguientes códigos de gasto: 325 “Recurso Humano contratado para gestionar el Plan de Intervenciones” Colectivas para Bogotá D.C. por valor de \$748.067; 457 “Contratación del Plan de Intervenciones Colectivas con las ESEs - Componente Vacunación” por valor de \$7.542.961; 837

"Inversión destinada a formulación, ejecución y control del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) - Convivencia Social y Salud Mental" por valor de \$61.000.000 correspondiente a la fuente 12."Aporte Ordinario", y acreditando "Pasivos Exigibles" en \$69.591.028, quedando el proyecto en la suma total de \$166.725.801.744.

- El proyecto de Inversión para el año 2018 inicia con un presupuesto de \$163.277.293.000. Es pertinente aclarar que en el presupuesto asignado en el POAI se incluyen \$2.000.000.000 de la fuente "31. Otras Transferencias Nación [Resoluciones y Convenios del MSYPS]" y por el comportamiento histórico se espera que el MSPS transfiera un valor cercano a \$1.000.00.000, por lo cual se debería tener la posibilidad de disminuir esta fuente e incrementar en otra que tenga recursos ciertos.

De igual manera se asignaron \$500.000.000 por la fuente "47. Aporte Ordinario [Rendimientos Financieros SGP Salud]", los cuales van ingresando mes a mes. La SSSP debe realizar la contratación del PSPIC garantizando la continuidad de las acciones en el tiempo y al no tener los recursos disponibles en el momento de suscribir los contratos, se hace necesario realizar adiciones a los contratos en el momento en que se tengan disponibles. Por lo cual se debería tener la posibilidad de disminuir esta fuente e incrementar en otra que tenga recursos ciertos al momento de realizar la contratación.

Por otra parte, la SSSP envió la propuesta de distribución de recursos por código de gasto y fuente de financiación, teniendo en cuenta las necesidades de la población por los diferentes conceptos de gasto, ajustados a lo establecido en la Resolución 0518 de 2015. Sin embargo, en la distribución de los recursos en el POAI 2018 no se tuvo en cuenta la propuesta presentada. Esto implica que se deberá modificar el proyecto para la ejecución de los recursos acorde a las necesidades de la población.

13. DILIGENCIAMIENTO:

Nombre:	Luis A. Díaz Amaya / Ivón J. Cruz/ Claudia Aguillón	William Germán Forero/Libia Esperanza Forero
Cargo:	Profesional Universitario / Profesional Especializado	Profesional Especializado / Profesional Especializado
Teléfono:	3649090 Extensión 9084 /9345	
Fecha:	Enero 2018	

14. CONCEPTO DE VIABILIDAD

Aspectos Revisar:	S/N

15. CONCEPTO Y SUSTENTACIÓN

Responsable:	PATRICIA ARCE GUZMAN	
Cargo Profesional / Entidad SDS	Subsecretaria de Salud Pública 3649090 Ext. 9743	
Aprobó	MANUEL ALFREDO GONZALEZ M Director de Salud Colectiva (E)	
Fecha:	Enero 2018	