

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

Fecha: Diciembre de 2017

Estado:

Inscrito

Registrado

Actualizado

      
  X    
    

### 1. Identificación

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

### 2. Clasificación

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

### 3. Localización Geográfica

Localización:	El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las veinte localidades, las zonas urbana y rural, y el 100% de la población de la ciudad de Bogotá. Red de donación y trasplantes de órganos y tejidos, además de Bogotá, tiene cubrimiento para los departamentos de Cundinamarca, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo, y Amazonas.
---------------	--

### 4. Problema y su Justificación

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

condiciones estructurales de la población.

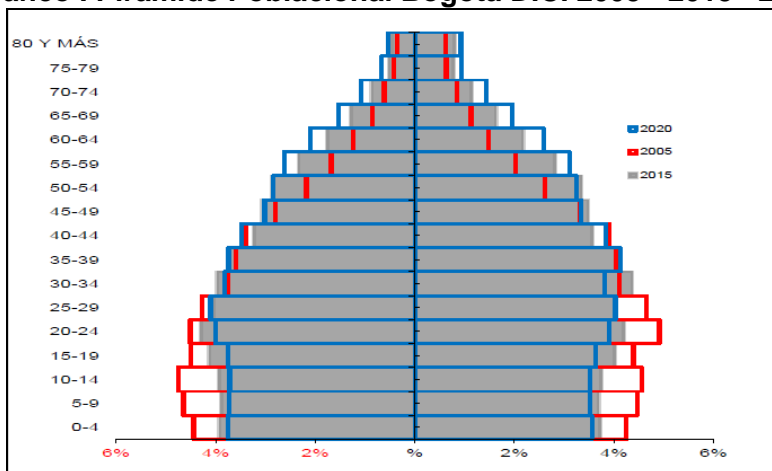
#### Aspectos Generales

En Bogotá D.C., al igual que en el resto del país, el crecimiento demográfico es el resultado de complejas condiciones políticas, sociales, económicas y de seguridad las cuales han motivado la migración hacia la ciudad, con lo que se ha generado un crecimiento exponencial de la población en las zonas urbanas y el establecimiento de cinturones de miseria en sus alrededores. Un ejemplo de lo anterior, es el número de desplazados que han llegado a Bogotá D.C. Según la Consultoría para los Derechos Humanos, Codhes, entre 1999 y 2012 llegaron a Bogotá D.C. más de 540.714 desplazados, aproximadamente el 6,8% del total de la población. 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%<sup>2</sup>.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Situación del aseguramiento**

En Bogotá D.C, con corte a 31 de diciembre 2017. la afiliación al SGSSS ha tenido una representación mayoritaria en el régimen contributivo con el 75,1%, la afiliación del régimen subsidiado representa el 14,5% y los regímenes especiales y de excepción cuentan con el 2,8%, quedando un remanente del 5,8% de Población Pobre No Asegurada-Vinculada, entre los que se encuentran la que no está afiliada aun reuniendo los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y otros, quienes demandan servicios de salud los cuales son brindados principalmente a través de la Red Pública Distrital, en este grupo también se incluyen las personas que aún no les ha sido aplicado el instrumento de focalización SISBEN, así como aquellas personas que sobrepasan el punto de corte establecido para

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

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

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

el subsidio en salud pero que manifiestan no tener recursos para ser aportantes.

## Capital Salud

Capital Salud es la única EPS de propiedad del Distrito del régimen subsidiado en Bogotá, con lo que se comporta como elemento fundamental para la optimización de la prestación de servicios en la Ciudad, en tanto que agrupa el 79,69% (929.783)<sup>7</sup> de la población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá. No obstante su importancia, esta institución ha presentado dificultades administrativas y financieras que han afectado su operación, su impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población adscrita y le ha ganado medidas de vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Por lo anterior, se requiere desarrollar acciones de gestión que contribuyan a su fortalecimiento de su operación en pro de sus afiliados.

- **Caracterización de la oferta de servicios de salud según tipo de Prestador**

En Bogotá al corte del 31 de diciembre de 2016 se identificaron registrados un total de doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores de servicios de salud en el REPS, de los cuales la mayor representatividad la constituye los profesionales independientes con el 84,0% (10.263 prestadores) y las instituciones prestadoras de servicios de salud con el 13,6% (1659 prestadores). -Ver Tabla 1.-

Tabla 1. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según inscripción al REPS. A diciembre de 2016.

TIPO DE PRESTADOR	CANTIDAD	%
IPS	1659	13,6%
OBJETO SOCIAL DIFERENTE	267	2,2%
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	10.263	84,0%
TRANSPORTE ESPECIAL	33	0,3%
TOTAL GENERAL	12.222	100%

(Fuente REPS fecha de consulta mayo 5/2017)

Según la naturaleza jurídica de los doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores de servicios de salud inscritos en Bogotá en el año 2016, se encuentran tres (3) prestadores de naturaleza mixta con el 0.03% de representatividad, doce mil ciento ochenta y un (12.181) prestadores de naturaleza privada que consolidan el 99,66% y treinta y ocho (38) prestadores de naturaleza pública con una representatividad del 0.31%. -Ver Tabla 2.-

Tabla 2. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica. A diciembre de 2016.

<sup>7</sup> Bdua - Fosyga, Corte A 31 De Diciembre De 2016 - Maestro Subsidiado Sds, Corte 31 De Diciembre De 2016.

TIPO DE PRESTADOR	NATURALEZA JURÍDICA	TOTAL	%
IPS	Mixta	2	0,1%
	Privada	1.648	99,3%
	Pública	9	0,5%
		<b>1.659</b>	<b>100,0%</b>
OBJETO SOCIAL DIFERENTE	Mixta	1	0,4%
	Privada	237	88,8%
	Pública	29	10,9%
		<b>267</b>	<b>100,0%</b>
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	Privada	10.263	100%
TRANSPORTE ESPECIAL	Privada	33	100%
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>12.222</b>	

(Fuente REPS fecha de consulta mayo 5/2017)

En lo que refiere a servicios de salud los doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores inscritos registraron en el REPS un total de cuarenta y cinco mil doscientos treinta y cinco (45.235) servicios, de los cuales, el 54% son ofertados por instituciones prestadoras de servicios de salud (24.422), el 43.1% (19.475) son ofertados por profesionales independientes y el 2.9% son ofertados por instituciones con objeto social independiente y transporte especial. -Ver tabla 3.-

**Tabla 3. Servicios de salud de Bogotá D.C., según inscripción de prestadores al REPS, a diciembre de 2016.**

TIPO DE PRESTADOR	CANTIDAD	%
IPS	24.422	54,0%
OBJETO SOCIAL DIFERENTE	1289	2,8%
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	19.475	43,1%
TRANSPORTE ESPECIAL	49	0,1%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>45.235</b>	<b>100,0%</b>

(Fuente REPS fecha de consulta mayo 5/2017)

- Análisis de la distribución de la oferta de servicios de salud según el nivel de complejidad

La oferta de servicios de salud de baja complejidad en el periodo comprendido entre los años 2010 y 2016, mantiene una tendencia positiva que consolida un incremento del 169% con relación al número total de servicios habilitados al inicio de la medición del periodo. -Ver tabla 4.-

**Tabla 4. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C. habilitados en baja complejidad. A diciembre de 2016**

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total Distrito	9.603	10.850	12.471	14.655	20.571	25.273	25.852

(Fuente REPS fecha de consulta mayo 5/2017)

Los veinticinco mil ochocientos cincuenta y dos (25.852) servicios de salud habilitados en baja complejidad con corte a diciembre 31 de 2016, se encuentran distribuidos entre las cuatro subredes de servicios de salud de la ciudad, conforme se aprecia a continuación en la tabla 5:

**Tabla 5. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C. por subred, habilitados en baja complejidad 2016.**

Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centro Oriente	Diagnóstico y complementación Terapéutica	330	364	421	461	579	593	420
	Consulta Externa	632	737	883	985	1.157	1.192	893
	Internación	10	10	10	10	10	10	8
	Otros Servicios	5	7	7	8	11	14	13
	Procesos	12	13	14	15	177	423	438
	Protección Específica y Detección Temprana	213	220	254	392	485	500	443
	Quirúrgicos							
	Transporte Asistencial	10	11	13	15	15	15	7
Urgencias	7	7	7	7	7	7	7	
<b>Total Centro Oriente</b>		<b>1.219</b>	<b>1.369</b>	<b>1.609</b>	<b>1.893</b>	<b>2.441</b>	<b>2.754</b>	<b>2.229</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	Diagnóstico y complementación Terapéutica	1.716	1.951	2.259	2.593	3.282	3.447	2.688
	Consulta Externa	3.749	4.334	5.036	5.740	6.443	6.645	4.859
	Internación	15	19	22	25	33	36	31
	Otros Servicios	26	29	39	52	70	76	66
	Procesos	63	73	79	94	1.336	2.800	2.431
	Protección Específica y Detección Temprana	432	450	490	707	1.330	1.378	1.209
	Quirúrgicos	2	2	2	2	2	3	3
	Transporte Asistencial	30	34	39	43	47	50	23
Urgencias	13	13	13	13	14	14	12	
<b>Total Norte</b>		<b>6.046</b>	<b>6.905</b>	<b>7.979</b>	<b>9.269</b>	<b>12.557</b>	<b>14.449</b>	<b>11.322</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sur	Diagnóstico y complementación Terapéutica	181	194	209	229	280	285	226
	Consulta Externa	315	339	374	434	485	495	422
	Internación	14	14	14	14	14	14	15
	Otros Servicios	5	5	5	5	5	6	7
	Procesos	4	4	5	5	65	182	228
	Protección Específica y Detección Temprana	210	210	211	236	456	468	417
	Quirúrgicos							
	Transporte Asistencial	5	5	6	6	6	6	6
Urgencias	7	7	7	7	7	7	7	
<b>Total Sur</b>		<b>741</b>	<b>778</b>	<b>831</b>	<b>936</b>	<b>1.318</b>	<b>1.463</b>	<b>1.328</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sur Occidente	Diagnóstico y complementación Terapéutica	456	519	589	688	851	872	695
	Consulta Externa	847	970	1.127	1.332	1.518	1.555	1.213
	Internación	10	11	11	11	11	11	10
	Otros Servicios	12	14	18	19	23	26	22
	Procesos	9	10	10	13	241	564	610
	Protección Específica y Detección Temprana	240	246	268	463	759	775	748
	Quirúrgicos	1	1	1	1	1	1	1
	Transporte Asistencial	12	15	16	18	20	21	10
Urgencias	6	7	7	7	7	7	5	
<b>Total Sur Occidente</b>		<b>1.593</b>	<b>1.793</b>	<b>2.047</b>	<b>2.552</b>	<b>3.431</b>	<b>3.832</b>	<b>3.313</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sin Ubicación	Diagnóstico y complementación Terapéutica	0	0	0	0	126	426	1.483
	Consulta Externa	3	4	4	4	451	1.477	3.838
	Internación							12
	Otros Servicios	0	0	0	0	2	12	36
	Procesos	1	1	1	1	208	737	1.657
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0	0	0	32	111	575
	Quirúrgicos	0	0	0	0	0	1	1
	Transporte Asistencial	0	0	0	0	5	11	56
Urgencias							2	
<b>Total Sin Ubicación</b>		<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>824</b>	<b>2.775</b>	<b>7.660</b>

(Fuente REPS fecha de consulta mayo 5/2017)

En nuestra ciudad, la habilitación de servicios de salud en nivel de baja complejidad mostró para el periodo acumulado (2010-2016) una tendencia de incremento positiva hasta el año 2015 en las cuatro Subredes. En el año 2016 fue común el descenso del porcentaje de habilitación de estos servicios estimado en el 19% para la Subred Centro Oriente, en el 21% para la Subred Norte, en el 9% para la Subred Sur y en el 14% para la Subred Sur Occidente.

### Mediana Complejidad

La oferta de servicios de salud de mediana complejidad en el periodo comprendido entre los años 2010 y 2016, mantiene una tendencia positiva que consolida un incremento del 100.52% con relación al número total de servicios habilitados al inicio de la medición del periodo. -Ver tabla 6.-

Tabla 6. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C. habilitados en mediana complejidad. A diciembre de 2016.

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total Distrito	9.014	10.310	11.653	13.230	15.217	17.217	18.075

(Fuente REPS fecha de consulta mayo 5/2017)

Los dieciocho mil setenta y cinco (18.075) servicios de salud habilitados en mediana complejidad con corte a diciembre 31 de 2016, se encuentran distribuidos entre las cuatro subredes geográficas de la ciudad, conforme se aprecia a continuación en la tabla 7:

Tabla 7. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C. por subred, habilitados en mediana complejidad. A diciembre de 2016.

Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centro Oriente	Diagnóstico y complementación Terapéutica	140	157	181	188	216	220	155
	Consulta Externa	581	685	800	907	1.038	1.123	827
	Internación	39	41	48	53	61	66	48
	Otros Servicios	4	4	5	5	9	9	5
	Procesos	6	6	6	6	8	9	4
	Quirúrgicos	59	62	69	85	96	100	56
	Transporte Asistencial	2	3	4	5	6	9	7
	Urgencias	6	7	7	7	7	7	5
<b>Total Centro Oriente</b>		<b>837</b>	<b>965</b>	<b>1.120</b>	<b>1.256</b>	<b>1.441</b>	<b>1.543</b>	<b>1.107</b>
Norte	Diagnóstico y complementación Terapéutica	702	806	907	1023	1163	1235	1037
	Consulta Externa	6001	6845	7721	8791	9.776	10.297	8.560
	Internación	93	99	105	123	135	152	148
	Otros Servicios	6	9	9	16	27	34	33
	Procesos	22	22	24	28	43	51	50
	Quirúrgicos	372	410	436	462	488	507	441
	Transporte Asistencial	15	16	20	22	26	28	15
	Urgencias	14	15	16	18	18	18	15
<b>Total Norte</b>		<b>7.225</b>	<b>8.222</b>	<b>9.238</b>	<b>10.483</b>	<b>11.676</b>	<b>12.322</b>	<b>10.299</b>
Sur	Diagnóstico y complementación Terapéutica	26	29	30	40	41	41	41
	Consulta Externa	117	147	170	211	227	251	275
	Internación	11	11	12	12	12	14	16
	Otros Servicios							
	Procesos	1	1	1	1	2	2	5
	Quirúrgicos	10	10	11	11	12	13	20
	Transporte Asistencial	4	4	4	4	4	4	4
	Urgencias	4	4	4	4	4	4	4
<b>Total Sur</b>		<b>173</b>	<b>206</b>	<b>232</b>	<b>283</b>	<b>302</b>	<b>329</b>	<b>365</b>
Sur Occidente	Diagnóstico y complementación Terapéutica	105	124	144	153	167	175	148
	Consulta Externa	577	685	804	936	1.122	1.206	1.018
	Internación	25	27	27	27	32	32	30
	Otros Servicios	1	1	2	2	4	4	3
	Procesos	5	6	6	6	7	7	7
	Quirúrgicos	48	54	59	60	67	69	58
	Transporte Asistencial	10	11	12	15	17	20	8
	Urgencias	6	6	6	6	6	7	8
<b>Total Sur Occidente</b>		<b>777</b>	<b>914</b>	<b>1.060</b>	<b>1.205</b>	<b>1.422</b>	<b>1.520</b>	<b>1.280</b>
Sin Ubicación	Diagnóstico y complementación Terapéutica	0	0	0	0	34	132	540
	Consulta Externa	2	3	3	3	327	1.310	4.164
	Internación	0	0	0	0	2	6	51
	Otros Servicios	0	0	0	0	1	3	5
	Procesos	0	0	0	0	1	5	27
	Quirúrgicos	0	0	0	0	9	38	194
	Transporte Asistencial	0	0	0	0	2	9	36
	Urgencias	0	0	0	0	0	0	7
<b>Total Sin Ubicación</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>376</b>	<b>1.503</b>	<b>5.024</b>

(Fuente REPS, fecha de consulta mayo 5/2017)

En lo que refiere a la ubicación de estos servicios, la oferta se encuentra situada en su mayoría en la Subred Norte con 10.229 servicios, que consolidan el 57% de la oferta total de servicios de mediana complejidad en el D.C. Esta concentración ha sido mantenida durante todo el periodo acumulado de análisis (2010-2016).

### **Alta Complejidad**

en el periodo comprendido entre los años 2010 y 2016 mantuvo una tendencia positiva de aumento hasta el año 2015. En el año 2016 se presenta un leve descenso del número de servicios; sin embargo del análisis acumulado del periodo se consolida un incremento del 21% con relación al número total de servicios habilitados al inicio de la medición. -Ver tabla 8.-

*Tabla 8. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C. habilitados en alta complejidad. A diciembre de 2016.*

<b>Año</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Total Distrito	1.112	1.187	1.242	1.335	1.352	1.373	1349

(Fuente REPS. Fecha de consulta mayo 5/2017)

Los mil trescientos cuarenta y nueve (1.349) servicios de salud habilitados en alta complejidad con corte a diciembre 31 de 2016, se encuentran distribuidos entre las cuatro subredes geográficas de la ciudad, conforme se aprecia a continuación en la tabla 9:

*Tabla 9. Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C. por subred, habilitados en alta complejidad. A diciembre de 2016.*



Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centro Oriente	Diagnóstico y complementación Terapé	76	78	84	91	92	93	71
	Consulta Externa	1	1	1	1	1	1	1
	Internación	49	50	51	55	57	57	38
	Quirúrgicos	128	132	134	144	147	148	123
	Urgencias	6	6	6	6	6	6	5
<b>Total Centro Oriente</b>		<b>260</b>	<b>267</b>	<b>276</b>	<b>297</b>	<b>303</b>	<b>305</b>	<b>238</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	Diagnóstico y complementación Terapé	288	314	335	357	361	362	310
	Consulta Externa	6	7	7	7	7	7	6
	Internación	116	126	128	137	137	141	129
	Quirúrgicos	305	333	348	383	387	392	364
	Urgencias	15	15	15	17	17	17	17
<b>Total Norte</b>		<b>730</b>	<b>795</b>	<b>833</b>	<b>901</b>	<b>909</b>	<b>919</b>	<b>826</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sur	Diagnóstico y complementación Terapé	10	10	10	10	10	11	12
	Consulta Externa	1	1	1	1	1	1	0
	Internación	11	12	12	12	12	12	11
	Quirúrgicos	15	15	16	18	18	18	14
	Urgencias	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total Sur</b>		<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>38</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sur Occidente	Diagnóstico y complementación Terapé	29	31	33	35	35	35	26
	Consulta Externa	1	1	1	1	1	1	0
	Internación	16	16	17	17	18	18	14
	Quirúrgicos	36	36	40	40	40	43	33
	Urgencias	2	2	2	2	2	2	2
<b>Total Sur Occidente</b>		<b>84</b>	<b>86</b>	<b>93</b>	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>99</b>	<b>75</b>
Red	Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sin Ubicación	Diagnóstico y complementación Terapé	0	0	0	0	1	4	84
	Consulta Externa							1
	Internación							33
	Quirúrgicos							52
	Urgencias	0	0	0	0	1	3	2
<b>Total Sin Ubicación</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>172</b>

(Fuente REPS, fecha de consulta mayo 5/2017)

En nuestra ciudad, la habilitación de servicios de salud en nivel de alta complejidad mostró para el periodo acumulado 2010-2016 una tendencia de incremento positiva hasta el año 2015 en las cuatro Subredes. En el año 2016 fue común el descenso del porcentaje de habilitación de estos servicios estimado en el 22% para la Subred Centro Oriente, en el 10% para la Subred Norte, en el 12% para la Subred Sur y en el 24% para la Subred Sur Occidente.

El número acumulado de servicios de salud habilitados en alta complejidad al 31 de diciembre de 2016 mostró solamente incremento para la Subred Norte en un 13%. Las Subredes Centro Oriente y Sur Occidente redujeron sus servicios en porcentajes del 9% y 11% respectivamente. Por su parte la

Subred Sur se mantiene con el mismo número de servicios que al inicio de la medición del 2010 (38 servicios).

A manera de conclusión respecto de los progresos acumulados 2010-2016 descritos anteriormente por cada una de las modalidades de servicios de salud en los niveles de baja, mediana y alta complejidad, es importante considerar:

- El incremento o disminución del porcentaje de servicios de internación tiene relación directa con el incremento o reducción del número de camas a través del tiempo.
- El incremento del porcentaje de otros servicios está directamente relacionado con la apertura de nuevas IPS efectuadas en el periodo de medición.
- El incremento del porcentaje de servicios quirúrgicos guarda relación con el número de salas.
- **El incremento del porcentaje de transporte asistencial es la respuesta que la ciudad de Bogotá establece como estrategia para el fortalecimiento de la atención prehospitalaria, urgencias y emergencias.**
- Servicios
- Especializados

En términos de las Subredes de Servicios de Salud, el análisis de la oferta de servicios especializados en Bogotá muestra que:

- La Subred de Servicios de Salud Norte contiene territorialmente la mayor representatividad de la oferta de servicios especializados en el D.C., distribuida en las localidades de Usaquén, Chapinero, Teusaquillo y Suba.
- La Subred Centro Oriente posee el segundo nivel de representatividad territorial de la oferta de servicios especializados, encontrándose ubicada ésta oferta en mayor proporción en las localidades de Mártires y San Cristóbal. En esta subred se encuentra la localidad con el menor número de servicios especializados en la ciudad (1 servicio) perteneciente a la red pública.
- La Subred Sur Occidente tiene territorialmente distribuida la oferta de servicios especializados con una mayor proporción en las localidades de Kennedy y Fontibón.
- La Subred Sur es la red que posee la menor oferta de servicios especializados y éstos se encuentran dispuestos en su mayoría en las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar. En esta Subred la localidad de Sumapaz es la localidad con el menor número de servicios ofertados y éstos son de resorte netamente público.
- **Hospitalización.**

Este grupo de análisis ilustrado en la tabla 10 incluye los servicios de hospitalización general adultos y niños, así como las unidades de cuidados críticos (intermedios e intensivos) neonatales, pediátricas, adultos, de quemados y salud mental y consolida la oferta de 589 servicios para el Distrito Capital Según la naturaleza jurídica, el 68.08% de estos servicios son de carácter privado y un 31.92% pertenece al sector público.

La oferta de camas de hospitalización general –adultos y pediátrica- corresponde en un 61.5% al sector privado y en un 38.5 al sector público. Respecto a servicios con camas de cuidados críticos, el 75.4% pertenecen al sector privado y el 24.6% a la red pública. El 100% de oferta de unidades de quemados corresponde al sector público, mientras que el 100% de servicios de cuidado intermedio en salud

mental-psiquiatría, atención de pacientes consumidores de psicoactivos e internación hospitalaria por dicho consumo es ofertado por el sector privado.

Tabla 10. Servicios de Hospitalización habilitados en Bogotá D.C., según naturaleza jurídica. A diciembre de 2016.

Servicio	Privada	Pública	Total general
101-GENERAL ADULTOS	72	35	107
102-GENERAL PEDIÁTRICA	27	27	54
103-PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL	8	5	13
105-CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	29	13	42
106-CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	11	7	18
107-CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	45	15	60
108-CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	30	12	42
109-CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	16	7	23
110-CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	49	12	61
111-UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS		1	1
112-OBSTETRICIA	25	27	52
117-CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA	3	1	4
118-CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA	1		1
120-CUIDADO BÁSICO NEONATAL	25	12	37
121-ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE PACIENTE CRÓNICO	21	3	24
123-ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PACIENTE AGUDO	3		3
124-INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL	15	6	21
125-UNIDAD DE QUEMADOS PEDIÁTRICOS	1	1	2
126-HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	14	4	18
127-INTERNACIÓN HOSPITALARIA CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	4		4
128-INTERNACIÓN PARCIAL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2		2
<b>Total general</b>	<b>401</b>	<b>188</b>	<b>589</b>

(Fuente: REPS. Fecha de consulta: Mayo 5/2017).

En lo que refiere a la ubicación en el territorio, la oferta del 46,14% de los servicios de hospitalización se encuentra distribuida en las localidades de Chapinero (11,88%), Teusaquillo (12,73%), Usaquén (12,54%). La menor oferta de servicios de hospitalización se encuentra en las localidades de Bosa con el 1,01% de la oferta (100% pública), Santafé con el 0,8% de la oferta (80% pública), Sumapaz con el 0,6% (oferta 100% pública) y Puente Aranda con el 0,5% (oferta 100% pública). En este grupo de servicios se observa el mayor esfuerzo de la red pública por suplir las brechas de atención existentes, en respuesta a las necesidades de salud de la población que reside en localidades con menor oferta de servicios. Los servicios de hospitalización son inexistentes en la localidad de Candelaria.

- **Georreferenciación de los servicios ofertados**

A través de los doce mil doscientos veintidós (12.222) prestadores registrados en el REPS con corte a diciembre 31 de 2016, se encuentran habilitados un total de cuarenta y cinco mil doscientos treinta y cinco (45.235) servicios de salud. La tabla 11 ilustra la distribución en el territorio de la oferta de servicios de salud, para el año 2016:

Tabla 11 Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica del prestador. A diciembre de 2016.

SUBRED	SERVICIO	MIXTA		PRIVADA		PÚBLICA		TOTAL
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
CENTRO ORIENTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	496	1,20%	149	3,88%	645
	Consulta Externa	0	0,00%	1482	3,58%	236	6,14%	1718
	Internación	0	0,00%	43	0,10%	50	1,30%	93
	Otros Servicios	0	0,00%	12	0,03%	5	0,13%	17
	Procesos	0	0,00%	415	1,00%	27	0,70%	442
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	216	0,52%	227	5,91%	443
	Quirúrgicos	0	0,00%	118	0,29%	60	1,56%	178
	Transporte Asistencial	0	0,00%	3	0,01%	11	0,29%	14
	Urgencias	0	0,00%	6	0,01%	11	0,29%	17
<b>TOTAL CENTRO ORIENTE</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>2.791</b>	<b>6,75%</b>	<b>776</b>	<b>20,19%</b>	<b>3.567</b>	
NORTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	5	31,25%	3.852	9,31%	170	4,42%	4.027
	Consulta Externa	8	50,00%	13.074	31,60%	336	8,74%	13.418
	Internación	0	0,00%	246	0,59%	59	1,54%	305
	Otros Servicios	1	6,25%	95	0,23%	3	0,08%	99
	Procesos	1	6,25%	2.453	5,93%	26	0,68%	2.480
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	947	2,29%	262	6,82%	1.209
	Quirúrgicos	0	0,00%	725	1,75%	83	2,16%	808
	Transporte Asistencial	0	0,00%	29	0,07%	9	0,23%	38
	Urgencias	0	0,00%	32	0,08%	11	0,29%	43
<b>TOTAL NORTE</b>	<b>15</b>	<b>93,75%</b>	<b>21.453</b>	<b>51,85%</b>	<b>959</b>	<b>24,95%</b>	<b>22.427</b>	
SUR	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	105	0,25%	174	4,53%	279
	Consulta Externa	0	0,00%	452	1,09%	245	6,38%	697
	Internación	0	0,00%		0,00%	42	1,09%	42
	Otros Servicios	0	0,00%		0,00%	7	0,18%	7
	Procesos	0	0,00%	200	0,48%	33	0,86%	233
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	110	0,27%	307	7,99%	417
	Quirúrgicos	0	0,00%		0,00%	34	0,88%	34
	Transporte Asistencial	0	0,00%		0,00%	10	0,26%	10
	Urgencias	0	0,00%		0,00%	12	0,31%	12
<b>TOTAL SUR</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>867</b>	<b>2,10%</b>	<b>864</b>	<b>22,48%</b>	<b>1.731</b>	
SUR OCCIDENTE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	724	1,75%	143	3,72%	867
	Consulta Externa	0	0,00%	2.022	4,89%	208	5,41%	2.230
	Internación	0	0,00%	24	0,06%	29	0,75%	53
	Otros Servicios	0	0,00%	24	0,06%	1	0,03%	25
	Procesos	0	0,00%	582	1,41%	35	0,91%	617
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	365	0,88%	383	9,97%	748
	Quirúrgicos	0	0,00%	59	0,14%	32	0,83%	91
	Transporte Asistencial	0	0,00%	10	0,02%	8	0,21%	18
	Urgencias	0	0,00%	6	0,01%	9	0,23%	15
<b>TOTAL SUR OCCIDENTE</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>	<b>3.816</b>	<b>9,22%</b>	<b>848</b>	<b>22,07%</b>	<b>4.664</b>	
SIN UBICACIÓN	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0	0,00%	2015	4,87%	89	2,32%	2104
	Consulta Externa	1	6,25%	7.787	18,82%	211	5,49%	7.999
	Internación	0	0,00%	88	0,21%	8	0,21%	96
	Otros Servicios	0	0,00%	41	0,10%		0,00%	41
	Procesos	0	0,00%	1657	4,00%	25	0,65%	1682
	Protección Específica y Detección Temprana	0	0,00%	544	1,31%	31	0,81%	575
	Quirúrgicos	0	0,00%	218	0,53%	28	0,73%	246
	Transporte Asistencial	0	0,00%	89	0,22%	3	0,08%	92
	Urgencias	0	0,00%	10	0,02%	1	0,03%	11
<b>TOTAL SIN UBICACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>6,25%</b>	<b>12.449</b>	<b>30,09%</b>	<b>396</b>	<b>10,30%</b>	<b>12.846</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>16</b>	<b>100,00%</b>	<b>41.376</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.843</b>	<b>100,00%</b>	<b>45.235</b>	

(Fuente: REPS. Fecha de consulta: mayo 5/2017)

De la anterior ilustración se desprende que:

-El 49% de los servicios de salud habilitados se encuentran ubicados en la Subred Norte (22.427 servicios), el 10% en la Subred Sur Occidente (4.664 servicios), el 8% en la Subred Centro Oriente (3.567 servicios) y solo un 4% de los servicios se prestan en la Subred Sur (1.731 servicios).

-La distribución en el territorio descrita en las cuatro subredes consolida el 72% de la oferta de servicios de salud, toda vez que el restante 28% lo constituyen el número de servicios habilitados en IPS sin ubicación (12.846 servicios) condición que no hace posible su Georreferenciación.

-El 91% de los servicios de salud habilitados son ofertados a través de la red de IPS de naturaleza privada, y el 8% a través de la red de IPS de naturaleza pública.

-El comportamiento de la participación de la oferta de servicios de salud según la naturaleza del prestador para los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica fue del 90.79% con la red privada, del 9.15% con red pública y del 0.06% con la red mixta.

-En lo que refiere a los servicios de consulta externa la participación de la oferta según la naturaleza del prestador fue del 95.22% con la red privada, del 4.74% con red pública y del 0.03% con la red mixta.

-Los servicios de internación mostraron una participación de la oferta del 68.08% con la red privada y del 31.22% con red pública.

- De otra parte, para los servicios de protección específica y detección temprana la participación de la oferta mostró el 64.33% de estos servicios a través del sector privado y el 35.67% a través del sector público.

- La participación de la oferta en los servicios quirúrgicos correspondieron en un 82.54% con el sector privado y en un 17.46% con el sector público.

-Los servicios de transporte asistencial fueron ofertados en un 76.16% a través de prestadores privados y en un 23.84% a través de prestadores públicos.

- **Georreferenciación de las sedes de prestadores de servicios de salud**

En la tabla 21 se ilustra la distribución geográfica de la totalidad de sedes de prestadores de servicios de salud de Bogotá (14.593 sedes):

*Tabla 21. Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., por localidad. A diciembre de 2016.*

No.	LOCALIDAD	IPS	OBJETO SOCIAL DIFERENTE	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	TRANSPORTE ESPECIAL	TOTAL GENERAL	%
1	USAQUÉN	393	1	2.070		2.464	16,9%
2	CHAPINERO	398	2	2.396		2.796	19,2%
3	SANTAFÉ	69		137		206	1,4%
4	SAN CRISTÓBAL	31		111		142	1,0%
5	USME	23		60		83	0,6%
6	TUNJUELITO	30	1	78		109	0,7%
7	BOSA	45	1	136		182	1,2%
8	KENNEDY	137	2	375		514	3,5%
9	FONTIBÓN	93		125		218	1,5%
10	ENGATIVÁ	135	1	347		483	3,3%
11	SUBA	229		427		656	4,5%
12	BARRIOS UNIDOS	138	3	144		285	2,0%
13	TEUSAQUILLO	205		739		944	6,5%
14	LOS MÁRTIRES	22	2	69		93	0,6%
15	ANTONIO NARIÑO	44		100		144	1,0%
16	PUENTE ARANDA	55		153		208	1,4%
17	CANDELARIA	8		23		31	0,2%
18	RAFAEL URIBE	46		182		228	1,6%
19	CIUDAD BOLÍVAR	30		131		161	1,1%
20	SUMAPAZ	3				3	0,0%
	SIN UBICACIÓN	956	392	3.262	33	4.643	31,8%
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>3.090</b>	<b>405</b>	<b>11.065</b>	<b>33</b>	<b>14.593</b>	<b>100%</b>

(Fuente: REPS. Fecha de consulta: mayo 5/2017)

Para efectos de la georreferenciación, es importante considerar que un porcentaje representativo de los prestadores inscritos en la ciudad (31.8%), corresponden a la categoría sin ubicación, por ende, el análisis por Subredes no tiene alcance a estos prestadores. Con relación a las sedes de prestadores georreferenciadas se encuentra que:

- El 52.4% de los prestadores de servicios de salud de Bogotá se encuentran concentrados en la Subred Norte, con una participación importante en las localidades de Chapinero (19.2%) y Usaquén (16.9%). En las restantes localidades de Teusaquillo, Suba, Engativá y Barrios Unidos pertenecientes a esta Subred, los prestadores de servicios sitúan sus sedes en un 6.5%, 4.5%, 3.3% y 2.0% respectivamente
- El restante 15.8% de prestadores se encuentran distribuidos entre las demás localidades de la ciudad que conforman las Subredes Sur Occidente, Centro Oriente y Sur.
- La Subred Sur Occidente consolida el 7.6% de sedes de prestadores de servicios de salud de la ciudad; siendo más representativas en esta Subred las localidades de Kennedy con el 3.5%, Fontibón con el 1.5% y Puente Aranda con el 1.4%.

- La Subred Centro Oriente consolida el 5.8% de sedes de prestadores de servicios de salud de la ciudad, siendo más representativa en esta Subred la localidad de Rafael Uribe con el 1.6% de sedes. El mapa No. 3 ilustra la participación descrita:
- Por último, la Subred Sur consolida el 2.4% de sedes de prestadores, siendo más representativa en esta Subred la localidad de Ciudad Bolívar con el 1.1% de sedes.
- **CAPACIDAD INSTALADA DE LA OFERTA DE SERVICIOS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN EL REPS.**

La tabla 12 ilustra que la ciudad de Bogotá a diciembre 31 de 2016 contó con la oferta de 17.111 servicios, de los cuales el 72.18% correspondió a prestadores de naturaleza privada, el 20.42% a prestadores de la red pública y el 7.40% a otros prestadores de naturaleza pública no perteneciente a la red distrital. En comparación a la capacidad instalada del año 2015, se identifica en el año 2016 un aumento del 11% en el número de servicios para la ciudad (pasando de 15396 a 17.111 servicios).

**Tabla12. Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en el D.C. según naturaleza jurídica del prestador a 2016.**

SUBRED	Grupo capacidad	Mixta	Privada	Otros públicos	Red Pública Distrital	Total general
Centro Oriente	AMBULANCIAS	0	6	0	31	37
	APOYO TERAPEUTICO	0	191	47	0	238
	CAMAS	0	2044	191	1022	3257
	SALAS	0	82	1	33	116
Norte	AMBULANCIAS	0	143	6	23	172
	APOYO TERAPEUTICO	0	477	0	0	477
	CAMAS	0	5324	748	918	6990
	SALAS	0	439	31	49	519
Sur	AMBULANCIAS	0	0	0	36	36
	APOYO TERAPEUTICO	0	0	0	32	32
	CAMAS	0	0	0	658	658
	SALAS	0	0	0	37	37
Sur Occidente	AMBULANCIAS	0	33	0	29	62
	APOYO TERAPEUTICO	0	70	0	47	117
	CAMAS	0	819	0	544	1363
	SALAS	0	34	0	34	68
Sin Ubicación	AMBULANCIAS	0	324	3	0	327
	APOYO TERAPEUTICO	0	304	11	0	315
	CAMAS	0	1815	208	0	2023
	SALAS	0	246	21	0	267
<b>Total general</b>		<b>0</b>	<b>12351</b>	<b>1267</b>	<b>3493</b>	<b>17111</b>

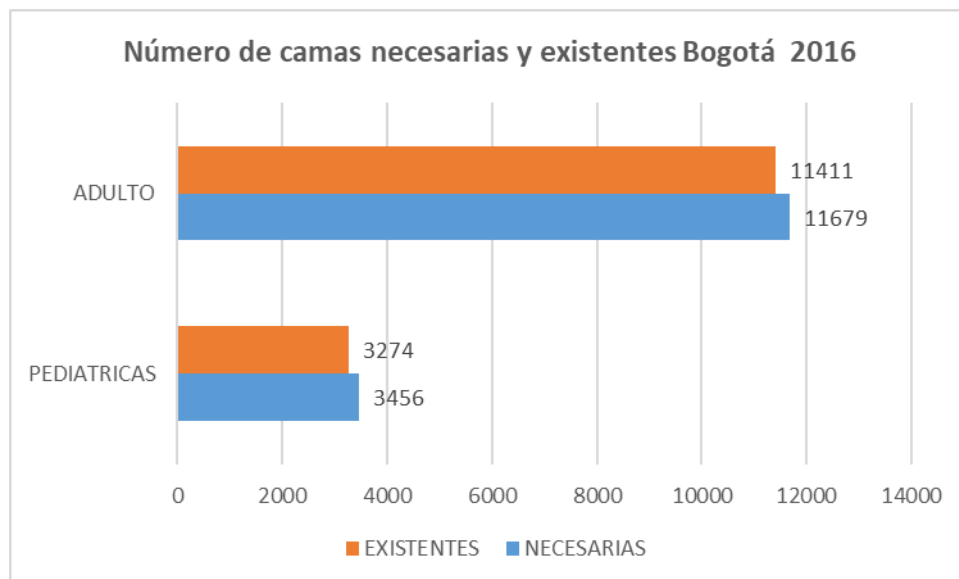
Fuente REPS. Fecha de consulta: mayo 5/2017

Con relación a la distribución de estos servicios en las subredes de servicios de salud, se tiene que el 47.68% de ellos se hallan dispuestos en la subred norte, el 21.32% en la subred centro oriente, el 9.40% en la subred suroccidente y el 4.42% en la subred sur. El 17% de estos servicios inscritos en el REPS se encuentran en la categoría sin ubicación que hace no posible su territorialización.

### **CAMAS HOSPITALARIAS EN EL D.C.**

Según el último documento publicado por la OMS en el año 2015 titulado “Situación de Salud en las Américas Indicadores Básicos 2015 OPS/OMS” que consolida los datos oficiales mundiales de este indicador, al año 2014 el número de camas por cada mil habitantes en la región de las Américas era de 2.3 camas por mil habitantes. En forma desagregada señaló que el número en América del Norte era de

2.8 camas por 1.000 habitantes y que en América Latina y el Caribe era de 2.0 camas por cada 1.000 habitantes. Dicho estudio señaló también que este indicador para Colombia fue de 1.5 por mil habitantes en el mismo periodo (Gráfico 7). Por tratarse este estudio de ser la última fuente oficial publicada sobre número camas en América Latina y el Caribe, tomaremos sus datos como punto de referencia para el análisis del comportamiento año 2016 del Distrito Capital.



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, a diciembre 31 de 2016 y estimaciones de la DPSS.

### **DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA DE BOGOTÁ**

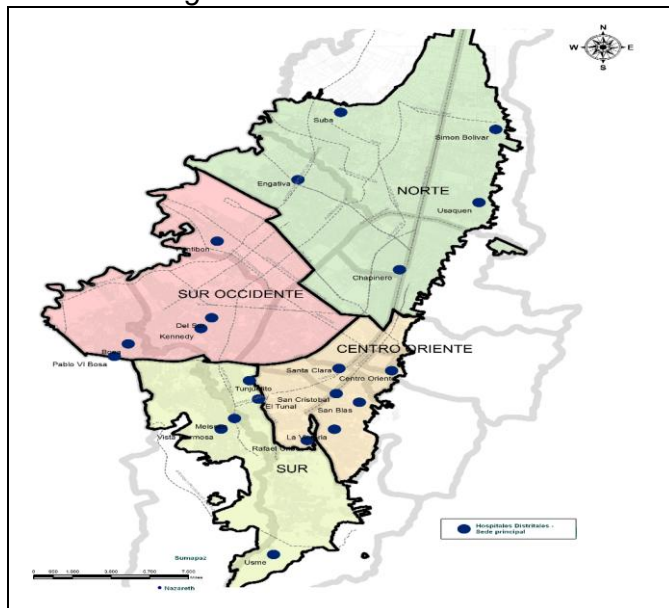
En el marco del “Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud”, que el Ministerio de la Protección Social estipuló en cumplimiento de la Ley 715 del 2001 y del artículo 33 de la Ley 1151 de 2007; y acorde la propuesta de Reorganización de la Red Pública de Servicios de Salud presentada por la Secretaría Distrital de Salud avalada por el Ministerio de Salud el 22/08/2013 , cuyos reajustes formulados fueron igualmente fueron avalados mediante concepto del 13/10/2016, el Distrito Capital mediante el Acuerdo 641 del 6 de abril de 2016 del Concejo de Bogotá, D.C., reorganiza la red adscrita a la Secretaria Distrital de Salud en una Red Integrada de Servicios de Salud, conformada por cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, producto de la fusión de las anteriores Empresas Sociales del Estado, ESE que a partir del Acuerdo se denominan Unidades de Prestación de Servicios de Salud –UPSS-:

- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., conformada por las UPSS Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., conformada por las UPSS Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., conformada por las UPSS Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., conformada por las UPSS Rafael



Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara.

Mapa 1. Subredes Integradas de Servicios de Salud. Acuerdo 641 de 2016 Concejo de Bogotá



La reorganización en cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud permitirá la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, -MIAS- dispuesto por la Política de Atención Integral en Salud – PAIS- mediante la Resolución 0429 de 2016; operativizando en forma integral y continua las rutas integrales de atención en salud –RIAS- y garantizando -con el desarrollo de las acciones primarias individuales y colectivas, acciones de promoción y detección temprana y acciones complementarias resolutivas- la complementariedad entre los portafolios de servicios de las UPSS que conforman cada Subred.

La nueva organización de la red pública de servicios de salud ajustó la tipología de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud así:

-UPSS del componente primario, que integran sedes asistenciales denominadas CAPS -Centros de Atención Prioritaria en Salud-, que desarrollan acciones de atención primaria en salud, adscripción poblacional, atención de consulta prioritaria (general y especializada), y brindan servicios de baja y mediana complejidad, en especialidades básicas.

-UPSS del componente complementario, conformado por los CAPS -Centros de Atención Prioritaria en Salud-, que disponen de especialidades y supra especialidades en salud y por las UMHEs -unidades médicas hospitalarias especializadas-, para atención de urgencias, hospitalización y cirugías de mediana y alta complejidad; incluyen unidades de cuidados críticos y especializados. Incluye también los proyectados a desarrollar como centrales de urgencia o centros de excelencia.

Esta reorganización, en términos de cobertura geográfica de las localidades del Distrito Capital es la siguiente:

*Tabla 31. Cobertura geográfica de las Subredes Integradas de Servicios de Salud localidades del Distrito.*

SUBRE D	LOCALIDADES DE COBERTURA	No. DE LA LOCALIDAD
SUR	USME	5
	SUMAPAZ	20
	CIUDAD BOLÍVAR	19
	TUNJUELITO	6
SUR OCCIDENTE	KENNEDY	8
	PUENTE ARANDA	16
	BOSA	7
NORTE	FONTIBON	9
	USAQUÉN	1
	CHAPINERO	2
	TEUSAQUILLO	13
	BARRIOS UNIDOS	12
	SUBA	11
CENTRO ORIENTE	ENGATIVÁ	10
	RAFAEL URIBE URIBE	18
	ANTONIO NARIÑO	15
	SAN CRISTÓBAL	4
	SANTAFE	3
	LOS MARTIRES	14
	LA CANDELARIA	17

### **CAPACIDAD INSTALADA DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

Respecto a la capacidad instalada de las Subredes Integradas de Servicios de Salud que conforman la Red Integrada de Servicios del Distrito Capital, el aplicativo SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Decreto 2193/04) con corte a diciembre de 2016, frente a la capacidad de camas de hospitalización, camillas de observación, consultorios de consulta externa, consultorios en servicios de urgencias, mesas de partos, unidades de odontología y salas de quirófanos, ilustra la siguiente oferta en los últimos cinco (5) años:

**Tabla 36 Capacidad instalada Red Integrada de Servicios de Salud 2012- 2016**

SUBRED	CONCEPTO	2012	2013	2014	2015	2016	%Var 2012-2016
NORTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	722	775	775	869	863	↑ 16,34%
	CAMILLAS DE OBSERVACIÓN	135	166	171	210	195	↑ 30,77%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	247	235	228	229	281	↑ 12,10%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	31	30	29	31	25	↓ -24,00%
	MESAS DE PARTOS	9	10	9	9	8	↓ -12,50%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	72	66	61	61	62	↓ -16,13%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	18	17	18	18	18	→ 0,00%
SUR	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	672	679	669	690	667	↓ -0,75%
	CAMILLAS DE OBSERVACIÓN	106	106	111	121	127	↑ 16,54%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	259	268	254	249	293	↑ 11,60%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	38	41	39	39	43	↑ 11,63%
	MESAS DE PARTOS	11	10	10	10	10	↓ -10,00%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	76	75	74	73	74	↓ -2,70%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	16	17	17	17	17	↑ 5,88%
SUR OCCIDENTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	537	541	543	539	548	↑ 2,01%
	CAMILLAS DE OBSERVACIÓN	117	127	132	132	190	↑ 38,42%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	211	222	220	223	243	↑ 13,17%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	20	20	24	24	28	↑ 28,57%
	MESAS DE PARTOS	7	7	6	6	6	↓ -16,67%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	75	75	73	75	69	↓ -8,70%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	12	11	12	12	14	↑ 14,29%
CENTRO ORIENTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	899	921	915	937	993	↑ 9,47%
	CAMILLAS DE OBSERVACIÓN	107	100	111	106	165	↑ 35,15%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	233	227	208	216	211	↓ -10,43%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	34	33	31	34	28	↓ -21,43%
	MESAS DE PARTOS	9	8	8	8	6	↓ -50,00%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	56	53	51	43	32	↓ -75,00%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	14	14	14	17	27	↑ 48,15%
TOTAL DISTRITO	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	2.830	2916	2902	3035	3071	↑ 7,85%
	CAMILLAS DE OBSERVACIÓN	465	499	525	569	677	↑ 31,31%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	950	952	910	917	1028	↑ 7,59%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	123	124	123	128	124	↑ 0,81%
	MESAS DE PARTOS	36	35	33	33	30	↓ -20,00%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	279	269	259	252	237	↓ -17,72%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	60	59	61	64	76	↑ 21,05%

Fuente: SIHO - Decreto 2193/04

**-Camas de hospitalización:** Con corte al año 2016, la red pública de servicios de salud contó con 3.071 camas de hospitalización, aumentando en un 7.84% su capacidad durante los cinco años (241 camas). Esta infraestructura se encuentra distribuida entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud, en donde el 32.33% (993 camas) se encuentran en la Subred Centro Oriente, el 28.10% (863 camas) se encuentran en la Subred Norte, el 21.71% (667 camas) en la Subred Sur y el 17.84 (548 camas) en la Subred Sur Occidente. La distribución descrita no se relaciona proporcionalmente con la distribución de puntos de atención de cada Subred, como es el caso de la Subred Sur Occidente que con el mayor número de puntos de atención posee el menor número de camas. Entre los motivos que explican este comportamiento está de una parte que, la mayoría de puntos habilitados en esta Subred son ambulatorios y por otra parte, que los Hospitales de la Subred Sur no tienen el mismo desarrollo que se ha obtenido en Hospitales de las Subredes Centro oriente y Norte. Otro caso es el de la Subred Centro Oriente que cuenta con la mayor oferta de camas y es la Subred con el menor número de puntos de atención. Este mayor número de camas obedece a que es la única Subred que cuenta con dos (2)

hospitales de alta complejidad, no obstante cada uno de ellos tiene un énfasis diferente, siendo la USS Santa Clara un hospital con orientación a la atención de trauma, corazón y tórax, mientras que la USS La Victoria presenta una orientación Materno Infantil.

-Camillas de observación: Con corte al año 2016, la red pública de servicios de salud contó con 677 camillas de observación, aumentando en un 31.31% su capacidad durante los cinco años (212 camillas). Esta infraestructura se encuentra distribuida entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud, en donde el 28.80% (195 camillas) se encuentran en la Subred Norte, el 28.06% (190 camillas) se encuentran en la Subred Sur Occidente, el 24.37% (165 camillas) en la Subred Centro Oriente y el 18.75 (127 camillas) en la Subred Sur.

-Consultorios para atención de consulta externa: Con corte al año 2016, la red pública de servicios de salud contó con 1028 consultorios para la atención de consulta externa, aumentando en un 7.59% su capacidad durante los cinco años (78 consultorios). Esta infraestructura se encuentra distribuida entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud así: el 28.50% en la Subred Sur, el 27.33% en la Subred Norte, el 23.53% en la Subred Sur Occidente y el 20.52% en la Subred Centro Oriente.

-Consultorios de urgencias: Con corte al año 2016, la red pública de servicios de salud contó con 124 consultorios de urgencias, aumentando en un 0.81% su capacidad durante los cinco años (1 consultorio). Esta infraestructura se encuentra distribuida entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud así: el 34.67% en la Subred Sur, el 22.58% en la Subred Sur Occidente, otro 22.58% en la Subred Centro Oriente y el 20.16% en la Subred Norte.

-Mesas de partos: Con corte al año 2016, la red pública de servicios de salud contó con 30 mesas de parto, disminuyendo en un 20% su capacidad durante los cinco años (6 mesas). Esta infraestructura se encuentra distribuida entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud así: el 33.33% en la Subred Sur, el 26.66% en la Subred Norte, un 20% en la Subred Centro Oriente y otro 20% en la Subred Sur Occidente.

-Unidades de odontología: Con corte al año 2016, la red pública de servicios de salud contó con 237 unidades de odontología, disminuyendo en un 17.77% su capacidad durante los cinco años (42 unidades). Esta infraestructura se encuentra distribuida entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud así: el 31.22% en la Subred Sur, el 29.11% en la Subred Sur Occidente, un 26.16% en la Subred Norte y el 13.50% en la Subred Centro Oriente.

-Salas de quirófano: Con corte al año 2016, la red pública de servicios de salud contó con 76 salas de quirófano, aumentando en un 21.05% su capacidad durante los cinco años (16 salas). Esta infraestructura se encuentra distribuida entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud así: el 35.52% en la Subred Centro Oriente, el 23.68% en la Subred Norte, un 22.36% en la Subred Sur y el 18.42% en la Subred Sur Occidente.

En términos generales:

- Se observa una disponibilidad de capacidad instalada en la Red Integrada de Servicios de Salud a través de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, en donde la mayor representatividad se halla en la Subred Centro Oriente con el 27.88% de la capacidad instalada del Distrito, le siguen en su orden la Subred Norte con el 27.69%, la Subred Sur con el 23.47% y la Subred Sur Occidente con el 20.94% de la capacidad instalada Distrital.
- Las unidades de odontología y las salas de parto fueron los servicios que sufrieron mayores ajustes con la reorganización, reduciendo los mismos en cumplimiento de las medidas

propuestas en los programas de saneamiento fiscal y financiero, por su baja rentabilidad y altos costos.

## **EFECTOS SOBRE LA SALUD**

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

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

### **Mortalidad**

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

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

De acuerdo con las estadísticas distritales, en Bogotá D.C. ocurren al año 29 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, se registran 10 muertes en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos y ocurren 19 en menores de 5 años; Igualmente ocurren 16,3 muertes por cada 100.000 menores de 70 años por enfermedades crónicas y se presentan 17.101 partos en adolescentes<sup>32</sup>.

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

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

En la mortalidad asociada a salud sexual y reproductiva se presentan eventos como la mortalidad materna, por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mortalidad perinatal y mortalidad por

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

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

## **Morbilidad**

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

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

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

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

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

Estas afectan a las poblaciones más vulnerables como los menores de cinco años y adultos mayores, así como a grupos de población en condiciones deficientes de calidad de vida. Bogotá D.C. Las

mayores tasas se presentan en las localidades de Chapinero y Teusaquillo

La sífilis congénita se continúa presentando, las localidades con mayores incidencias son Santafé, Ciudad Bolívar, Usme, Mártires, Antonio Nariño, San Cristóbal, Tunjuelito, Barrios Unidos, Chapinero y Rafael Uribe, y requiere de intervención.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La tasa de prevalencia de la morbilidad por enfermedades infecciosas en Bogotá D.C. es de 51,77 por

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

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

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

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

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

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

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

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

- Dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios.
- Baja resolutivez clínica en los servicios básicos.
- Bajo rendimiento en la operación eficiente de la entidad en los aspectos administrativos y financieros que le permitan disminuir progresivamente el déficit y alcanzar un nivel de equilibrio presupuestal, al tiempo que recuperar un flujo de caja positivo para cumplir con sus



obligaciones en los tiempos acordados.

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

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

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

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

### **Gestión Compartida del Riesgo en Salud.**

Incluye el diseño, puesta en marcha y evaluación del Modelo de Atención Integral en salud- MIAS y su implementación en los actores del sistema, en torno al objetivo común de lograr una atención integral, oportuna y de calidad, a unos costos que correspondan con los beneficios obtenidos, utilizando como instrumento central las denominadas Rutas Integrales de Atención en Salud.

### **Fortalecimiento de la EPS Capital Salud.**

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

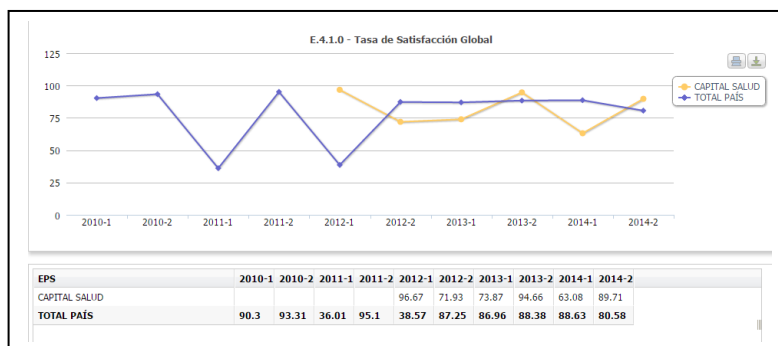
Se presenta una situación de pérdida recurrente y sistemática en las últimas vigencias como se muestra en la tabla.

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

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

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

Sin embargo, con corte a Diciembre de 2016, la insatisfacción presentada en la EPS capital Salud fue del 18%, la cual se mantiene con relación a la línea de base (18%) de insatisfacción para la vigencia 2015.



Desde esta línea de acción se realizarán gestiones tendientes a apoyar el fortalecimiento la operación ordenada y eficiente de la entidad, que contribuya al equilibrio presupuestal y fortalecer su operación. Por todo lo anterior, se requiere de la organización y operación de un nuevo modelo de atención en salud basado en la gestión compartida del riesgo, que incluya organización y operación de las rutas integrales de atención en salud, facilitando el acceso a los servicios de salud que permitan intervenir las causas que originan el problema en cuestión y mitigar las consecuencias del mismo.

La presente modificación del proyecto de inversión 1187 denominado Gestión compartida del riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud, tiene como finalidad realizar un traslado presupuestal del proyecto 1191 denominado Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud, al proyecto 1187 Gestión compartida del riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud por un valor de \$20.000.000.000 millones de pesos. De manera que se contribuya para que la EPS Capital Salud busque la sostenibilidad y realice una gestión que permita alcanzar un equilibrio financiero capaz de responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.

## 5. DESCRIPCIÓN

### Alternativa única

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

El desarrollo de este proyecto tiene como fin último la mejora de los resultados en salud para la población bogotana, para lo cual se plantea la adopción de un nuevo *Modelo de Atención en Salud* integral e incluyente con el que se evidenciará un cambio en la prestación de los servicios de salud para la población del Distrito Capital, reorientando la organización y la prestación de los servicios de salud en redes integrales de prestadores de servicios de Salud que disminuyan las barreras de acceso y las deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios, de tal forma que respondan a las necesidades de salud de la población, con los atributos de calidad: accesibilidad, integralidad, seguridad, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. Esto se materializa en las rutas integrales de atención en salud –RIAS- de promoción y mantenimiento y las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, orientadas al mantenimiento de la salud y la promoción de estilos de vida saludables, donde se fomente la salud, se prevenga y detecte oportunamente la enfermedad y se resuelvan de manera efectiva y oportuna las demandas de atención, tanto en zonas urbanas como rurales.

Adicionalmente, este proyecto se sustenta en estrategias de trabajo coordinado entre los agentes del sistema en la ciudad, tendientes a que se logre la integralidad de los servicios de salud y la continuidad de la atención que requiera la población según las necesidades identificadas, con el concurso y la corresponsabilidad de los agentes sociales de la ciudad, individuos, familias y la comunidad, que conlleven al cambio en los patrones de consumo y al autocuidado de los ciudadanos.

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

Para la implementación del modelo se requiere del fortalecimiento de la rectoría pública y la implementación de las herramientas regulatorias para la aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud; requiere además de incentivos por resultados en salud y de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales y de competencias en el talento

humano responsable del cuidado de la salud y de los procesos de gestión, coordinación y gerencia en la ciudad. De igual manera se requiere del funcionamiento ordenado y armónico del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud, el seguimiento continuo, el análisis integral y el ajuste de la oferta de servicios acorde al comportamiento de la demanda;

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

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

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

## **6. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

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

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Adoptar y adaptar un Modelo de Atención Integral en Salud en Bogotá D.C.
2. Gestionar la sostenibilidad de Capital Salud.

## 6. METAS

### ID 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada

Nombre meta	Unidad de medida	Ejecución física 2016	Ejecución física 2017	Programación física 2018	Programación física 2019	Programación física 2020	Total
Contar con el diseño técnico, operativo, legal y financiero del esquema; poner en marcha y tener una operación completa y consolidada del nuevo esquema de rutas integrales de atención, al finalizar el segundo año de operación (2017) en todas las subredes integradas de servicios de salud.	Porcentaje	12,50%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	100,0%
Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero	Porcentaje	12,50%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	100,0%
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.	Numero	0,2	1	1	1	1	1
Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual a 2020	Tasa	15,16	19,92	19,92	La programación era 18,04(se incrementa en 0,4833 es decir el 3%), <b>sin embargo se programa en 19.92 por lo alcanzado en el 2017</b>	La programación era 18,52(se incrementa en 0,4833 , es decir el 3%), <b>sin embargo se programa en 19.92 por lo alcanzado en el 2017</b>	Meta : 18,5 (incremento del 15%), <b>sin embargo se programa en 19.92 por lo alcanzado en el 2017</b>
Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual a 2020	Tasa	49,9	64,5	64,5	La programación era: 57,14(se incrementa en 1,53 es decir el 3%), <b>sin embargo se</b>	La programación era: 58,67(se incrementa en 1,53 es decir el 3%), <b>sin embargo se programa en</b>	Meta: 58,6(incremento del 15%), <b>sin embargo se programa en 64,5 por lo alcanzado en el 2017</b>

Nombre meta	Unidad de medida	Ejecución física 2016	Ejecución física 2017	Programación física 2018	Programación física 2019	Programación física 2020	Total
					programa en 64,5 por lo alcanzado en el 2017	64,5 por lo alcanzado en el 2017	
Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados	Porcentaje	100,00%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores	Numero	0,47	1	1	1	1	1
A 2020 mejorar en 10% la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad mental y neopsiquiátrica	Porcentaje	2016 se define línea de Base	0,00%	4,0%	6,0%	10,0%	10,0%
A 2020 iniciar en instituciones adscritas o vinculadas procesos de rehabilitación integral en 800 pacientes con adicciones.	Numero	56	328	175	175	66	800
Alcanzar a 2016 el equilibrio operacional y financiero de la EPS Capital Salud y mantenerlo durante el resto de periodo.	Porcentaje	100,0%	-	-	-	-	100,0%
Diseñar un plan y poner en marcha las estrategias para lograr en un plazo máximo de 10 años el saneamiento de las deudas y la capitalización de la EPS Capital Salud	Porcentaje	5,0%	25,0%	30,0%	30,0%	10,0%	100,0%

Nombre meta	Unidad de medida	Ejecución física 2016	Ejecución física 2017	Programación física 2018	Programación física 2019	Programación física 2020	Total
Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital salud a 2020	Porcentaje	18,0%	15,8%	14,0%	13,0%	12,0%	12,0%

## 1. GRUPO OBJETIVO:

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

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Componente Gestión compartida del Riesgo</b>					
Total población de Bogotá	7.980.001	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801
<b>Componente Fortalecimiento de la EPS Capital Salud</b>					
Población susceptible de afiliar al régimen subsidiado	41.376	36.766	33.545	30.607	27.926
Población afiliada al régimen subsidiado	1.166.823	1.178.879	1.182.556	1.185.910	1.188.971
Población Pobre No Asegurada – Vinculada que puede demandar los servicios de salud **	172.681	174.822	176.990	179.185	181.407

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

<b>Constitución Política de Colombia de 1991</b>	Establece en su Artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del
--	---

	Estado...” Artículo 209. El cual señala la función administrativa puede desarrollarse mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones
<b>La Ley 100 de 1993</b>	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, desarrolla el mandato constitucional tanto en pensiones, como en lo referido al sistema general de seguridad social en salud, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social. Define los actores del sistema (reguladores, aseguradores y prestadores) con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e instituye el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad. Simultáneamente, se estableció un sistema de competencias y recursos para financiar los sectores sociales, entre ellos el de salud, con la ley 60 de 1993. En sus artículos 152 a 233 define todo lo relacionado con la vinculación de las personas al sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en salud, la prestación de servicios en salud en el territorio colombiano y la vigilancia y el control
<b>La Ley 715 de 2001</b>	Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, junto con el Acto Legislativo 001 de 2001, en la cual aparte de reestructurar el sistema de transferencias originados en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, también reajusta las competencias de los entes Territoriales en materia de salud y ordena, entre otros aspectos, reorganizar el régimen subsidiado, la reasunción de funciones de salud pública por parte del ente Territorial y la conformación de redes de prestación de servicios, cuya responsabilidad última es también, del ente Territorial. El Artículo 54, establece que “El servicio de salud a nivel Territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta”. Así mismo, en el numeral 43.2.4., se planteó la responsabilidad de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento
<b>La Ley 1122 de 2007</b>	Se realizan nuevos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del sistema de salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
<b>Ley 1438 de 2011</b>	Propende por el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad



	<p>Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, buscando generar condiciones que protejan la salud de los colombianos. Para este propósito se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema. De igual manera establece que las acciones de salud Pública y Promoción y Prevención serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para mejorar el acceso, se consolidaran redes integrales e integradas de Servicios de Salud – RISS que deberán ser habilitadas por la las entidades departamentales o distritales a quienes también se les trasladara las competencias de inspección, vigilancia y control con el ánimo de fortalecer el ejercicio de la rectoría a cargo de estas entidades en el sector salud.</p> <p>En su artículo 60° define las redes integradas de servicios de salud “como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servidos 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. 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</p>
--	--

	de urgencias, articulando la atención prehospitalaria y de urgencias por medio de los Centro reguladores de Urgencias y Emergencias.
<b>Ley 1751 de 2015</b>	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo objetivo es “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, que define el sistema de salud, las obligaciones del estado quien es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece dentro de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud entre otros la Universalidad donde todos los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida
<b>Ley 1753 de 2015</b>	<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>
<b>Resolución 1841 de 2013</b>	Esta resolución adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema

		General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.
<b>Resolución 2003 de 2014</b>		Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios
<b>Resolución 1536 de 2015</b>		En el artículo 40. Las entidades Territoriales departamentales, Distritales y municipales de son las responsables de implementar el Plan Territorial de Talud, teniendo en cuenta lineamientos, herramientas, procedimientos y herramientas operativas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en promoción de la salud, <u>gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.</u>
<b>Resolución 518 de 2015</b>		Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
<b>Resolución 429 del 2016</b>		En el Artículo 2° indica que son cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial y en el Artículo 5°.- indica que tres de los componentes el Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-. Se encuentra la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, redes y rutas integrales de atención en salud.
<b>Resolución 1441 de 2016</b>		Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones. En la cual se adopta el “Manual de Habilidadación de Redes Integrales de Prestación de Servicios
<b>Resolución 00429 de 2016</b>		La cual adopta la Política de Atención Integral en Salud la cual plantea: “Conformar redes integradas de servicios de salud, a partir de las cuales se debe responder a la demanda de servicios de salud. Para ello se asignarán grupos de población a una red de prestadores primarios que incorporarán equipos de salud básicos, encargados de las acciones individuales y colectivas de baja complejidad. La red de prestadores primarios se integrará con la red de prestadores complementarios, los cuales tendrán la responsabilidad del tratamiento y la rehabilitación para problemas de alta complejidad. Lo anterior de acuerdo con las rutas reguladas de atención para las poblaciones y grupos de riesgo definidos, de manera que posibilite el acceso real y efectivo a los servicios de salud con oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez, calidad y suficiencia”.
<b>Resolución 3202 de 2016</b>		Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones
<b>Resolución 240 de 2017</b>		Por la cual se conforma el grupo de representantes de la Dirección Territorial de salud que hará parte del Equipo Territorial para la

	gestión de las Rutas Integrales de Atención en Salud, en el marco del MIAS
<b>Resolución 525 de 2017</b>	Por la cual se adopta la conformación del Equipo Territorial para la gestión de los procesos relacionados con la implementación de las RIAS en el Distrito Capital y se asignan funciones.
<b>Acuerdo Distrital 20 de 1990 del Concejo Distrital de Bogotá D.C.</b>	Establece el "Sistema Distrital de Salud de Bogotá", que comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación en los cuales intervienen diversos factores de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención en salud. Está integrado por personas naturales o jurídicas y por organismos, agencias y dependencias de los subsectores oficial y privado y de otros sectores que realizan actividades que inciden en los factores de riesgo para la salud, dentro de la jurisdicción distrital, de conformidad con los Artículos 4 y 5 de la Ley 10 de 1990. Así mismo designa a la "Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.", como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud, logrando la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C
<b>Decreto Ley 1421 de 1993</b>	Establece el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 322 de la Constitución Política de Colombia de 1991. Por tal motivo, la Ciudad de Santafé de Bogotá, Capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital y goza de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la Ley. El estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Las disposiciones del estatuto prevalecen sobre las normas legales de carácter general vigentes para las demás entidades Territoriales.
<b>Decreto Unico Reglamentario del Sector de Hacienda y Credito Publico 1068 de 2015</b>	"Por medio del cual se expide el Decreto Unico Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público"- En el libro 2, Parte 6, Título 5, Artículo 10, en Artículo 2.6.5.10. <i>Adecuación de la red de prestación de servicios de salud.</i> En los casos en los que proceda la liquidación, supresión o fusión de una Empresa Social del Estado, el Gobernador o Alcalde Distrital, respectivo, deberá presentar a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social para su viabilidad, las adecuaciones a la red de prestación de servicios que se requieran, a efectos de asegurar la continuidad de la prestación de servicios de salud.
<b>Decreto 780 de 2016</b>	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social
<b>Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital</b>	Establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y reglamentó la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá. El Estatuto en su Artículo 4,

	establece que el Plan de Desarrollo estará conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.
<b>Acuerdo 641 de 2016</b>	Tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, determinando la fusión de algunas entidades y la creación de otras.
<b>Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019</b>	El anteproyecto del plan de desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019, Hace referencia al modelo de Atención Integral en Salud (AIS), cuyo tema central es la atención del riesgo es el basado en una atención integral mejorando la calidad de vida de población cuyos indicadores se darán en términos de esperanza de vida, años de vida saludable y esperanza de vida sin discapacidad. Para cumplir la propuesta presenta el proyecto de una red integrada de servicios teniendo en cuenta cuatro Subredes en servicios básicos ambulatorios y hospitalarios complementarios. el primer Pilar "Igualdad de Calidad de Vida", en el cual se propicia la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más pobre con el fin de lograr la reducción de diferenciales de riesgos en salud. De igual forma, se participa de la cuarta estrategia transversal: "Gobierno Legítimo, Eficiencia Administrativa y Fortalecimiento Local", restableciendo condiciones para el buen gobierno de la salud en la ciudad a través del programa "Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud".

<b>NOMBRE</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>Constitución Política de Colombia de 1991</b>	Establece en su Artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado..." Artículo 209. El cual señala la función administrativa puede desarrollarse mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones
<b>La Ley 100 de 1993</b>	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, desarrolla el mandato constitucional tanto en pensiones, como en lo referido al sistema general de seguridad social en salud, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social. Define los actores del sistema (reguladores, aseguradores y prestadores) con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e instituye el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad. Simultáneamente, se estableció un sistema de competencias y recursos para financiar los sectores sociales, entre ellos el de salud, con la ley 60 de 1993. En sus artículos 152 a 233 define todo lo relacionado con la vinculación de las personas al sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en salud, la prestación de servicios en salud en el territorio colombiano y la vigilancia y el control
<b>La Ley 715 de 2001</b>	Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones.

	<p>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</p>
<p><b>La Ley 1122 de 2007</b></p>	<p>Se realizan nuevos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del sistema de salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.</p>
<p><b>Ley 1438 de 2011</b></p>	<p>Propende por el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, buscando generar condiciones que protejan la salud de los colombianos. Para este propósito se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema. De igual manera establece que las acciones de salud Pública y Promoción y Prevención serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para mejorar el acceso, se consolidaran redes integrales e integradas de Servicios de Salud – RISS que deberán ser habilitadas por la las entidades departamentales o distritales a</p>

	<p>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. Artículo 67 contempla la creación de un Sistema de Emergencias Médicas que busca responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, articulando la atención prehospitalaria y de urgencias por medio de los Centro reguladores de Urgencias y Emergencias.</p>
<p><b>Resolución 2003 de 2014</b></p>	<p>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios</p>
<p><b>Resolución 1841 de 2013</b></p>	<p>Esta resolución adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.</p>
<p><b>Ley 1751 de 2015</b></p>	<p>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo objetivo es “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, que define el sistema de salud, las obligaciones del estado quien es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece dentro de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud entre otros la Universalidad donde todos los</p>

	residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida
<b>Ley 1753 de 2015</b>	<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>
<b>Resolución 1536 de 2015</b>	En el artículo 40. Las entidades Territoriales departamentales, Distritales y municipales de son las responsables de implementar el Plan Territorial de Talud, teniendo en cuenta lineamientos, herramientas, procedimientos y herramientas operativas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.
<b>Decreto 780 de 2016</b>	Reglamenta el Sector Salud y Protección Social unificando toda la normatividad del sector salud.
<b>Resolución 429 del 2016</b>	En el Artículo 2° indica que son cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1.Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3.Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial y en el Artículo 5°.- indica que tres de los componentes el Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-. Se encuentra la implementación de la



	gestión integral del riesgo en salud, redes y rutas integrales de atención en salud.
<b>Resolución 1441 de 2016</b>	Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones. En la cual se adopta el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestación de Servicios
<b>Resolución 00429 de 2016</b>	La cual adopta la Política de Atención Integral en Salud la cual plantea: "Conformar redes integradas de servicios de salud, a partir de las cuales se debe responder a la demanda de servicios de salud. Para ello se asignarán grupos de población a una red de prestadores primarios que incorporarán equipos de salud básicos, encargados de las acciones individuales y colectivas de baja complejidad. La red de prestadores primarios se integrará con la red de prestadores complementarios, los cuales tendrán la responsabilidad del tratamiento y la rehabilitación para problemas de alta complejidad. Lo anterior de acuerdo con las rutas reguladas de atención para las poblaciones y grupos de riesgo definidos, de manera que posibilite el acceso real y efectivo a los servicios de salud con oportunidad, continuidad, integralidad, resolutividad, calidad y suficiencia".
<b>Acuerdo Distrital 20 de 1990 del Concejo Distrital de Bogotá D.C.</b>	Establece el "Sistema Distrital de Salud de Bogotá", que comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación en los cuales intervienen diversos factores de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención en salud. Está integrado por personas naturales o jurídicas y por organismos, agencias y dependencias de los subsectores oficial y privado y de otros sectores que realizan actividades que inciden en los factores de riesgo para la salud, dentro de la jurisdicción distrital, de conformidad con los Artículos 4 y 5 de la Ley 10 de 1990. Así mismo designa a la "Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.", como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud, logrando la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C
<b>Decreto Ley 1421 de 1993</b>	Establece el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 322 de la Constitución Política de Colombia de 1991. Por tal motivo, la Ciudad de Santafé de Bogotá, Capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital y goza de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la Ley. El estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Las disposiciones del estatuto prevalecen sobre las normas legales de carácter general vigentes para las demás entidades Territoriales.

<p><b>Decreto Unico Reglamentario del Sector de Hacienda y Credito Publico 1068 de 2015</b></p>	<p>"Por medio del cual se expide el Decreto Unico Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público"- En el libro 2, Parte 6, Titulo 5, Artículo 10, en Artículo 2.6.5.10. <i>Adecuación de la red de prestación de servicios de salud.</i> En los casos en los que proceda la liquidación, supresión o fusión de una Empresa Social del Estado, el Gobernador o Alcalde Distrital, respectivo, deberá presentar a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social para su viabilidad, las adecuaciones a la red de prestación de servicios que se requieran, a efectos de asegurar la continuidad de la prestación de servicios de salud.</p>
<p><b>Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital</b></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>
<p><b>Acuerdo 641 de 2016</b></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><b>Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019</b></p>	<p>El anteproyecto del plan de desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-2019, Hace referencia al modelo de Atención Integral en Salud (AIS), cuyo tema central es la atención del riesgo es el basado en una atención integral mejorando la calidad de vida de población cuyos indicadores se darán en términos de esperanza de vida, años de vida saludable y esperanza de vida sin discapacidad. Para cumplir la propuesta presenta el proyecto de una red integrada de servicios teniendo en cuenta cuatro Subredes en servicios básicos ambulatorios y hospitalarios complementarios. el primer Pilar "Igualdad de Calidad de Vida", en el cual se propicia la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más pobre con el fin de lograr la reducción de diferenciales de riesgos en salud. De igual forma, se participa de la cuarta estrategia transversal: "Gobierno Legítimo, Eficiencia Administrativa y Fortalecimiento Local", restableciendo condiciones para el buen gobierno de la salud en la ciudad a través del programa "Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud".</p>

## 10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
APORTE ORDINARIO	2.552.702.400	4.696.305.638	160.000.000.000	269.827.999.034	2.827.999.034	439.905.006.106
CUENTA MAESTRA	40.000.000.000	30.000.000.000				70.000.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>42.552.702.400</b>	<b>34.696.305.638</b>	<b>160.000.000.000</b>	<b>269.827.999.034</b>	<b>2.827.999.034</b>	<b>509.905.006.106</b>

### 10.1. CONCEPTO DE GASTO

DESCRIPCIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
DOTACIÓN	1.500.000.000	<b>2.455.000.000</b>	6.613.350.000	<b>561.749.881</b>	425.769.807	<b>11.555.869.688</b>
RECURSO HUMANO	1.052.702.400	<b>2.241.305.638</b>	3.386.650.000	<b>2.266.249.153</b>	2.402.229.227	<b>11.349.136.418</b>
SUBSIDIOS Y OPERACIONES FINANCIERAS	40.000.000.000	<b>30.000.000.000</b>	150.000.000.000	<b>267.000.000.000</b>	0	<b>487.000.000.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>42.552.702.400</b>	<b>34.696.305.638</b>	<b>160.000.000.000</b>	<b>269.827.999.034</b>	<b>2.827.999.034</b>	<b>509.905.006.106</b>

## 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						
2. Transferencias en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)						
3. Rentas Cedidas						
4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial (Recursos propios)						
5. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (Municipios)						
6. FOSYGA						
7. Otros Recursos departamentales y/o distritales	2.552.702.400	4.696.305.638	160.000.000.000	269.827.999.034	2.827.999.034	439.905.006.106
8. Cuenta Maestra	40.000.000.000	30.000.000.000				70.000.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>42.552.702.400</b>	<b>34.696.305.638</b>	<b>160.000.000.000</b>	<b>269.827.999.034</b>	<b>2.827.999.034</b>	<b>509.905.006.106</b>

## 12. OBSERVACIONES

El proyecto de Inversión 1187 denominado “Gestión compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital salud”, para la vigencia 2016 inicia con una asignación presupuestal de \$43.000.000.000. Durante dicha vigencia se presentó un traslado presupuestal entre proyectos de inversión por valor de \$342.188.200, quedando una apropiación definitiva, al final de la vigencia de \$42.657.811.800; de estos recursos se ejecutaron \$ 42.552.702.400, es decir el 99.75% de dichos recursos.

Para la vigencia 2017 el proyecto 1187, se le asignó una apropiación presupuestal de \$15.170.000.000

Se presentó una modificación al PAA de Adquisiciones del proyecto de inversión 1187, que tiene como finalidad ajustar cada uno de los requerimientos del componente del gasto de Recurso Humano, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 194 de febrero 13 de 2017, por la cual se actualiza la tabla de honorarios en un valor equivalente al 5,75%, para la contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, correspondiente a la variación anual del índice de Precios al Consumidor según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

Se presentó una modificación para realizar un cambio de fuentes de financiamiento de Aporte Ordinario\_ otros Distrito para comprometer en 2017\_ a Cuenta Maestra, por un valor de 10 mil millones de pesos.

Se presentó una modificación tiene como finalidad utilizar saldos de libre afectación para crear tres requerimientos nuevos en el Fut de Recurso Humano para la contratación por prestación de servicios de talento humano por valor de \$131.141.655.

Se presentó una modificación tiene como finalidad trasladar, al interior del FUT de Dotación, recursos disponibles por valor de \$400.000.000.

Se presentó modificación para trasladar del proyecto de inversión 1187 denominado Gestión compartida del riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud, al proyecto 1189 denominado Redes para la Salud y la Vida, la suma de \$ 441.052.654.

Se presenta este traslado presupuestal del proyecto 1191 al proyecto 1187 por un valor de de \$20.000.000.000 millones de pesos.

La apropiación definitiva del proyecto 1187 para 2017 quedaría por valor de \$ \$34.728.947.346.

El proyecto de Inversión 1187 denominado “Gestión compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital salud”, para la vigencia 2018 inicia con una asignación presupuestal de **\$160.000.000.000.**

### 13. Diligenciamiento:

- Nombre María Fernanda Gómez Monterio.  
Cargo Profesional Especializado (Contratista)  
Dirección de Provisión de Servicios de Salud  
Teléfono: 3649090 Ext 9882
- Tamara Vanin Nieto  
Cargo: Profesional Especializado (contratista)  
Dirección de Provisión de Servicios de Salud  
Teléfono: 3649090 Ext 9874

Fecha: Enero de 2018

### 14. Concepto de Viabilidad

Aspectos Revisar:

- 
- 

S/N

### 14. Concepto y Sustentación

		S/N
<b>Aprobó:</b> Consuelo Peña Aponte Directora Provisión de Servicios de Salud		
<b>Responsable Componente Fortalecimiento de la EPS Capital Salud:</b> MANUEL JOSÉ SÁENZ ARDILA		
<b>Cargo profesional</b> /	Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento (E)	
<b>Entidad SDS</b>	Secretaria Distrital de Salud	
Fecha: Enero de 2018		
<b>Responsable Proyecto :</b>		
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> MANUEL JOSÉ SÁENZ ARDILA		
<b>Cargo profesional</b> /	Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento (E)	
<b>Entidad SDS</b>	Secretaria Distrital de Salud	
Fecha: Enero de 2018		