



Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

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

1. IDENTIFICACIÓN

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

2. CLASIFICACIÓN

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

3. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

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

4. PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN PROBLEMA GENERAL

PROBLEMA CENTRAL

La Ciudad de Bogotá se comporta históricamente como una de las grandes metrópolis del mundo, con un crecimiento importante de su población, que en su gran mayoría migra desde los diferentes territorios del país y de otros países, presentando en el último año como fenómeno, la llegada de una cantidad importante de personas de nuestro país vecino Venezuela¹. Lo anterior contribuye al aumento de la densidad poblacional y así mismo, acarrea la problemática social que esto implica, como son la violencia, accidentalidad, crecimiento desmedido en la carga de la enfermedad, desempleo, pobreza y una gran

¹ <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/multimedia/5199-radiografia-de-venezolanos-en-colombia>



población sin ningún tipo de afiliación a seguridad social que cubra sus gastos de salud. Por tratarse de cuestiones públicas, el Distrito tiene la responsabilidad y la obligación de solucionar dichos problemas a través de las acciones de gobierno. Por lo anterior, se busca establecer un modelo de salud urbana, para modificar los determinantes de salud que afectan a la mayor parte de la población residente en Bogotá y reducir los diferenciales e inequidades de salud presentes entre grupos localidad, bajo un enfoque de gestión del riesgo en salud.

En cuanto a los servicios de Urgencias existentes en el Distrito, en los últimos años se ha observado un aumento importante de la ocupación de los servicios de Urgencias, tanto públicos como privados, constituyéndose como una de las problemáticas más sentidas en el sector salud a nivel país; es importante destacar que esta es una situación que se ha evidenciado y es común en diversos servicios de urgencias de alta complejidad en muchos países latinoamericanos, incluso de países desarrollados, como lo ha reconocido el Ministerio Salud y Protección Social. Otros elementos que agudizan la circunstancia planteada, tales como el inadecuado uso de los servicios de urgencias por parte de un número importante de usuarios, los cuales por diversas razones acuden a los servicios, excesivos trámites para autorizaciones, entrega no oportuna de medicamentos, suministros inoportunos de oxígeno domiciliario, la dificultad para acceder a la consulta externa y el fraccionamiento de la atención en los niveles de atención en salud, también han llevado a un incremento de la demanda por casos no urgentes a los servicios de urgencia. Adicionalmente se quieren destacar las dificultades estructurales que se presentan en el sistema de salud, de responsabilidad inherente a las diversas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, en muy buena parte, por no contar con una amplia red de prestadores de servicios de salud o la compra de los mismos servicios o camas por parte de varias EAPB, que generan serios problemas de atención, referencia y contrarreferencia de pacientes, y adicionalmente, las dificultades y tramitología en las autorizaciones de los diferentes servicios requeridos por los usuarios. El papel de la Secretaría Distrital de Salud en ésta temática, es ejercer la rectoría para la articulación de los diferentes actores para concertar los lineamientos en la gestión de los servicios de Urgencias, con el fin de determinar y desarrollar estrategias conjuntas para el mejoramiento continuo de los mismos.

El Programa de Atención Prehospitalaria que lidera la Secretaría Distrital de Salud, busca dar respuesta a las urgencias y emergencias en salud que se presenten en la ciudad, por parte del Centro Operativo de la Dirección CRUE, para brindar el soporte por medio de la orientación, atención o traslado de víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, accidentes laborales, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, entre otras situaciones, que requieran atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados. La demanda de servicios de APH ha sido similar los últimos años. El Centro Operativo recibe al año un promedio de 700.000 llamadas de la ciudadanía, de las cuales aproximadamente el 73% de éstas realiza una orientación telefónica desde el CRUE, el 15% de las llamadas se atiende al paciente con un vehículo de Emergencias en el lugar del incidente y el 12% restante requiere atención y traslado al Servicio de Urgencias de un centro asistencial. En cuanto a



la tipología de los eventos se encuentra en primer lugar las enfermedades crónicas agudizadas y las enfermedades comunes agudas, principalmente de tipo respiratorio, lo cual representa alrededor de la mitad de los casos atendidos en el programa de APH. En segundo lugar están los accidentes de tránsito, seguido por los accidentes en vía pública. Los demás grupos de patología, como traumas por violencia (HAF, HACP, violencia sexual e intrafamiliar), patologías ginecobstetricias y patología mental se presentan en menor proporción. Los grupos etáreos que más solicitan el servicio son los mayores de 60 años, relacionado con el grupo de patologías crónicas, seguido por el grupo etáreo de 20 a 24 años, asociado a accidentalidad en general, principalmente de tránsito. La oportunidad en la respuesta del Programa de Atención Prehospitalaria, principalmente en el despacho, atención y traslado de pacientes, se ha visto afectada significativamente en los últimos años.

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM) es un modelo general integrado, que está estructurado por unos órganos de direccionamiento, de coordinación no asistencial y operadores asistenciales, con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados, teniendo en cuenta el análisis de situación de salud, los antecedentes de emergencias y desastres y las condiciones geográficas particulares. Como ente rector del Sistema de Salud en el Distrito Capital, es competencia Directa de la Dirección de Urgencias y Emergencias en salud – DUES, la implementación del Sistema de Emergencias Médicas, y así dar cumplimiento a la Resolución 926 de 2017, la cual regula lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011. Para la operación del sistema, la entidad territorial podrá destinar recursos propios, recursos provenientes de regalías y recursos del Sistema General de Participaciones.

Sumado a lo anterior, la ocurrencia e impacto de los fenómenos naturales (lluvias e inundaciones, incendios forestales, alto riesgo sísmico, entre otras) y las amenazas de tipo antrópico como son los atentados terroristas, accidentes de tránsito, los incendios residenciales e industriales, las emergencias en centros de aglomeración de público, emergencias relacionadas con materiales peligrosos y otros eventos impredecibles que pueden ocurrir, sumado a la respuesta inadecuada a estas situaciones que históricamente se ha presentado, el déficit en la dotación de equipos e insumos para capacitación y respuesta a la ocurrencia de un incidente, emergencia o desastre, recursos insuficientes para brindar apoyo a las entidades de socorro y a las instituciones de atención en salud, estas circunstancias persisten a pesar de los procesos de planeación y preparación para dar respuesta a las situaciones de urgencias, emergencias y desastres que se presentan en la ciudad. La Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, en el contexto de lo dispuesto en el Acuerdo 546/2013 que transforma el Sistema Distrital de Emergencias y Desastres al Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y teniendo en cuenta lo consignado en el Plan Decenal de Desarrollo de Salud Pública en lo relacionado con la preparación y respuesta a emergencias.



Las acciones que pretende reforzar el proyecto, redundará en el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, en la atención oportuna y con calidad de las Urgencias, Emergencias y Desastres que ocurran en la Ciudad.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

SUBDIRECCION CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Bogotá, Distrito Capital, constituida por 20 localidades, se ubica como una de las diez ciudades con mayor población en América Latina, ocupa el sexto lugar en el Continente y sigue siendo la ciudad más poblada de Colombia, con un total de 7.980.001 durante el año 2016, la proporción por sexo muestra a las mujeres con el 51,6% y un 48.4% de hombres, la localidades con mayor número de habitantes son Suba, Kennedy y Engativá respectivamente.

Durante el año 2016 en Bogotá, la población menor de 15 años representó el 23% del total de población, en tanto que los mayores de 60 años el 11%, para el año 2015 el cálculo de la esperanza de vida en Bogotá para las mujeres fue de 73.9 años y para los hombres fue de 77.1 años, variando según la localidad. Se observa que las localidades de Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar presentan la menor esperanza de vida en contraste Suba, Usaquén, Teusaquillo y Chapinero alcanzan mayor esperanza de vida.

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

La organización y funcionamiento de las Urgencias Médicas se encuentra regulado por el Acuerdo Distrital No. 16 de 1991, mediante el cual se adoptó como el Sistema de Atención de Urgencias del Distrito. El Artículo 67 de la Ley 1438 de 2011, contempla la creación de un Sistema de Emergencias Médicas que busca responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, articulando la atención prehospitalaria y de urgencias por medio de los Centro Reguladores de Urgencias y Emergencias. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 926 de 2017, reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en Colombia, con el fin de articular las diferentes normas que tienen que ver con la materia y garantizar una respuesta oportuna y efectiva a las situaciones de urgencia que se presente en todo el



territorio nacional, este Sistema de Emergencias Médicas (SEM) es un modelo general integrado, que está estructurado por unos órganos de direccionamiento, de coordinación no asistencial y operadores asistenciales, con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados.

Los incidentes también se clasifican según una tipología que contiene 93 códigos, y un mismo incidente puede tener tipología múltiple. Durante el año 2016 estos códigos se registraron 415.882 veces. Quince de cada 100 códigos registrados fueron del código 942H, correspondiente a “Accidente Tránsito con Heridos/Muertos”; seguido del 910, “Lesiones Personales”, con algo más de 11; y, el 934, “Riña”, con 8, lo que significa que un poco más de la tercera parte de los códigos registrados correspondió a accidentalidad y violencia.

La agrupación de lesiones personales y riñas ocupó el 19,2% de todos los códigos registrados. Su distribución por trimestres mostró un claro pico en el último de ellos. A su vez, el máximo “Accidente Tránsito con Heridos/Muertos” se presentó en el segundo trimestre. El código 613, “Inconsciente/paro cardiorrespiratorio”, estuvo presente en un 9,5% de los registros, y su pico fue en el primer trimestre. La violencia y el maltrato con el 8,7% alcanzando su pico más alto en el primer trimestre.

En cuanto a la retención de las móviles en los centros hospitalarios de la ciudad, las limitaciones en la capacidad resolutive de los servicios de urgencias de la red de prestadores de la ciudad, sean estos públicos o privados, ha venido generando desde hace varios años una creciente retención de móviles en esas instituciones. Este fenómeno también reduce la oportunidad y el volumen de respuesta del programa de APH, por mermar aún más la cantidad de vehículos de emergencia disponibles para atender la demanda poblacional.

El histórico de los casos atendidos entre los años (2012-2016), refleja en el año 2012 el mayor volumen con 888.312 atenciones, para los restantes tres años se presenta un promedio de 780.000 atenciones. Se realizó un promedio de despachos de 273.000 vehículos de emergencia. El 2014 registró el mayor número con 285.638, seguido por el 2015 con 281.140, para el 2016 se realizaron 118.797 atenciones respectivamente.

SUBDIRECCION DE GESTION DE RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

El estado de salud de la población del Distrito Capital reflejado en la persistencia de indicadores de mortalidad y morbilidad de la enfermedad general y las situaciones de emergencia cotidiana, continúa afectado por la desarticulación de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, la segmentación de la población, la debilidad mostrada en la respuesta, atención de los afectados por parte del sector salud ante desastres naturales como los ocurridos en Popayán, Armero, Armenia y los distintos eventos producidos por el hombre por situaciones de atentados terroristas ubicados en los



sectores rural y urbano (Incidente de los 21 ángeles escolares en el sector de Suba) este último que incluye la respuesta a incidentes con múltiples víctimas en accidente de tránsito sin dejar de lado el conflicto social que persisten a pesar de los procesos de planeación, preparación y respuesta para situaciones de urgencias, emergencias y desastres y del trabajo que ha venido liderando el Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático-IDIGER como cabeza del Sistema Distrital de Emergencias y la definición del marco de actuación en situación de emergencia en el contexto de las 16 acciones de respuesta, además de la continuidad de barreras de acceso a los servicios de salud, las deficiencias en la atención y el modelo asistencial centrado en la enfermedad, sumados al cambio de modelo de atención establecido por la entidad rectora Territorial Distrital y Nacional en el contexto de las directrices establecidas por la administración distrital y las condiciones estructurales de la población. En el mismo sentido el Programa de Atención Prehospitalaria, fundado hace 20 años para apoyar la respuesta caótica a incidentes externos al hospital a pesar de las dificultades generadas en los distintos modelos de intervención y teniendo en cuenta la varianza de los recursos disponibles ha venido dando respuesta variable de acuerdo con disponibilidad de recursos a los incidentes cotidianos y excepcionales que se suceden en la ciudad.

La Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, en el contexto de lo dispuesto en el Acuerdo 546/2013 que transforma el Sistema Distrital de Emergencias y Desastres al Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y teniendo en cuenta lo consignado en el Plan Decenal de Desarrollo de Salud Pública en lo relacionado con la preparación y respuesta a emergencias ha venido trabajando en el Fortalecimiento de la capacidad de planeación y respuesta de la entidad, la comunidad de caras a contar con un talento humano que pueda apoyar con los recursos existentes la respuesta a situaciones de emergencia y desastres en el Distrito Capital, tratando de suplir con ellos las debilidades detectadas, en el actuar de las tripulaciones, la comunidad hechos resaltados periódicamente por los medios de comunicación que incrementan la percepción de debilidad del programa.

Ante todo ello y concordancia, con la problemática detectada y la Ley 1523 de 2012 mediante la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Gestión de Riesgo, se establecieron Directrices en el territorio distrital en procura de mejorar la situación.

Dada la ocurrencia e impacto de los fenómenos naturales y las amenazas de tipo antrópico a través de la historia en Colombia y en el Distrito Capital, el impacto social y económico que ocasionan, la falta de acciones con respecto a prevención, equipos e insumos de respuesta insuficientes ante la eventual ocurrencia de un incidente, emergencia o desastre y la débil de preparación de la comunidad misma como primera línea de respuesta, apoyo a las entidades de socorro y de las instituciones de atención en salud.

Tras la avalancha de 1985 por la activación del Volcán Nevado del Ruiz, con más 25.000 víctimas y pérdidas económicas, surgió el Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres - SNPAD direccionado hacia la prevención y atención de desastres en todo el territorio nacional.



A partir de este momento se da inicio a toda la gestión y organización a nivel interinstitucional para la determinación de lineamientos y directrices claros con respecto a la prevención y atención de desastres (Ley 46 de 1988, Decreto Ley 919 de 1989 entre otros), además de las funciones y responsabilidades de cada uno de los actores del sistema, posteriormente se adopta el Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres - PNPAD mediante Decreto 93 de 1998, actualmente la Ley 1523 de 2012 establece el Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

Este plan requiere de acciones prioritarias, elementos tales como el conocimiento, planificación, fortalecimiento institucional y programas de capacitación. De forma inicial la normatividad se encontraba enmarcada en la respuesta a emergencias y desastres, pero en los últimos años se ha ido redireccionando hacia la gestión de riesgo la cual incluye: el conocimiento, la reducción y el manejo.

Los hospitales tienen el riesgo de ser afectados por emergencias y desastres que afecten su funcionalidad, infraestructura generando problemas al Sistema de Emergencias Médicas en la resolución de atención de pacientes, a nivel histórico los eventos de mayor impacto en la infraestructura hospitalaria se mencionan a continuación:

- El terremoto de Popayán 1983 afectó las instalaciones del Hospital Universitario San José (afectación no estructural en fluido eléctrico y suministro de agua potable)
- La avalancha del Volcán Nevado del Ruiz en 1985 provocó el colapso de la red de centros asistenciales de la zona norte del departamento del Tolima tras la destrucción de muchos equipamientos.
- El terremoto del eje Cafetero 1999 ocasionó el colapso de algunas instituciones de Salud especialmente en Armenia y serios problemas sanitarios y sociales.
- Los movimientos en masa en el Municipio de Marmato (Caldas) que obligaron la evacuación del Hospital San Antonio.

Por lo antes mencionado, se hace necesaria la organización del sector salud para la gestión de riesgos, basada en criterios técnicos, con unas funciones, responsabilidades y la organización ante una eventual emergencia o desastre. La Resolución 1802 de 1989 crea los Comités Hospitalarios de Emergencias y se les asigna la responsabilidad de la elaboración y puesta a prueba de los Planes Hospitalarios de Emergencia, posteriormente la Secretaría Distrital de Salud desde el 2007 elaboró los lineamientos para la Gestión del Riesgo en las Instituciones de Salud del Distrito Capital. Actualmente son entonces los Planes Hospitalarios de Emergencias (PHE) necesarios dentro del proceso de preparación del Distrito Capital, ya que permitirán el análisis de las amenazas, la vulnerabilidad y el nivel de riesgo de emergencias y desastres y el establecimiento de planes de respuesta institucional y la articulación con otras entidades y sectores.

Bogotá se encuentra ubicada en el altiplano Cundiboyacense, y desde el punto de vista geológico, en zona de riesgo sísmico intermedio, con límites referenciales y de afectación



de la fallas geológicas activas de Romeral, del Pacífico, de la Cajita y de Manizales, las cuales han afectado a Ciudades importantes ubicadas en cercanía de ellas, tales como Popayán, Armenia, Manizales; esto ha motivado al Sistema Nacional de Gestión del Riesgo a exhortar a las autoridades de las ciudades ubicadas en cercanía de estas fallas, a la formulación, preparación e implementación de Planes de Gestión de Riesgo Institucionales, que procuren el alistamiento de las instituciones y de las comunidades en las zonas de riesgo.

De igual manera, el crecimiento desmesurado de la ciudad y el incumplimiento del Plan de Ordenamiento Territorial ha permitido la urbanización desigual (constructores legales e ilegales) de los Cerros Orientales, tala de árboles e inadecuados sistemas de conducción de aguas residuales, los cuales favorecen el fenómeno de remoción en masa (deslizamiento), uno de los efectos secundarios de los sismos. En cuanto a incendios se identifica la construcción de edificios residenciales sin sistemas de rociadores automáticos, deficientes sistemas de evacuación que conducen a presentación de personas afectadas en salud, en caso de conflagraciones.

Otras consecuencias del incumplimiento del Plan de Ordenamiento Territorial son: la creación de industrias de químicos con riesgos de explosión, MATPEL, incendios, entre otros, en zonas residenciales; adicionalmente la ubicación de locales comerciales con aglomeración de público en sitios no diseñados para ese fin. Se identifica también en Bogotá el riesgo de inundación en la zona sur (Río Tunjuelito) y Occidente (Ronda del Río Bogotá).

Como quiera que el conflicto armado colombiano no ha cesado totalmente y persiste la presencia de grupos generadores de alteraciones del orden público, es pertinente continuar con el sistema de alerta y respuesta interinstitucional, para atender las situaciones derivadas de las explosiones por acciones terroristas, además de las fortuitas producidas en sectores industriales claramente identificados y los ilegales que persisten en la ciudad.

Los efectos del cambio climático, los vientos y la actividad humana irresponsable, tienen afectación sobre la capa vegetal de los Cerros Orientales y de los pastizales ubicados al norte y al sur de la ciudad, los cuales favorecen en situaciones de sequía, la generación de incendios forestales.

Bogotá debe seguir fortaleciendo la capacidad de respuesta a incidentes con múltiples víctimas, derivadas de una accidentalidad en los Ejes Viales, corredor aéreo y en el eje ferroviario y proyectar distintos escenarios de afectación en la medida que nuevos proyectos de transporte masivo se generen.

Por lo anterior, es necesario que la Subdirección Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres realice el acompañamiento a las Subredes Integradas de Servicios de Salud (ESE) e instituciones privadas de salud en la identificación, caracterización y análisis de las amenazas y las vulnerabilidades del sector salud frente a desastres, ya que en las unidades



e instituciones del sector salud de acuerdo a su área de competencia recae la atención de los pacientes.

Así mismo es importante resaltar que a finales de los 80, tras la ocurrencia de incidentes en escenarios públicos y de futbol, se dio inicio a la realización de eventos de aglomeración de público en los cuales se mostraron las primeras pautas de comportamiento masivo y la necesidad de atención desde el sector salud. A partir de esto surge la necesidad de intervención y control desde el Estado con la promulgación de una serie de normatividad que busca finalmente la participación desde diferentes sectores incluido salud desde la Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres de la Secretaria Distrital de Salud.

La falta de capacitación de los diferentes actores del Sistema de Emergencias en Salud (SEM), personal de salud y de comunidad que asiste a este tipo de eventos de aglomeración de público, además de la posibilidad de una emergencia o desastre en sus hogares, lugares de trabajo o de estudio, crean la necesidad de capacitar al personal de salud y comunidad en general en temas específicos ya que se comportan como “Primer Respondiente” ante una emergencia o desastre mientras llegan los equipos de respuesta. Se debe contar con un recurso humano capacitado y entrenado, con equipos e insumos que permitan dar una respuesta oportuna.

La entidad ha identificado actividades que se desarrollan en el Distrito, incidentes, emergencias recurrentes que afectan la funcionalidad de la ciudad y por ende requiere la preparación de sector salud, es por ello que se generan desde la Subdirección de Gestión de Riesgo los planes Sectoriales específicos a un escenario probabilístico con el fin de dar una respuesta eficaz y reducir el riesgo que este escenario presente para el sector, dichos planes incluyen un componente de salud mental, salud pública, acciones antes, durante y después con el fin de que la respuesta sea integral.

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

Causas del Problema:

Identificación de Causas

Causas - Objetivo 1. Propender de manera articulada con los diferentes actores de la red distrital de Urgencias, la concertación y articulación de estrategias y acciones de mejora en la descongestión de los servicios de urgencias del Distrito Capital.

- Inadecuada utilización de los servicios de urgencias
- Excesivos trámites para autorizaciones
- Entrega no oportuna de medicamentos
- Suministro inoportuno de oxígeno domiciliario
- Dificultad para acceder a la consulta externa
- Fraccionamiento de la atención en los niveles de atención en salud



- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB con red insuficiente de prestadores de servicios de salud
- Insuficiencia de camas Hospitalarias
- Ineficiencia en la gestión de los servicios de Urgencias

Causas - Objetivo 2. Dar respuesta oportuna a las situaciones de urgencias, emergencias y desastres con acciones de asesoría, orientación telefónica médica, la atención prehospitalaria y la articulación del sistema de referencia y contrareferencia, desde el Centro Operativo de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

- Aumento de morbilidad y mortalidad prevenibles por ausencia de asesoría y atención oportuna en el ámbito prehospitalario
- Riesgo de aumento de Discapacidad por retraso e inadecuada atención de personal no idóneo
- Desarticulación de las políticas de asesoría, atención e intervención de eventos de Salud Mental, desde los ámbitos de Salud Pública (Salud Mental), Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (Línea de atención Psicológica y Unidad Móvil de Salud Mental), Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres (Intervención en Crisis) e instituciones que realizan actividades en el campo de la Salud Mental
- Reducir la posibilidad de agresiones del personal que integra la Misión Médica
- Reducir los años de vida saludable perdidos
- Reducir costos en la atención y días de estancia hospitalaria
- Respuesta inoportuna de la Agencia Salud ante las llamadas de la línea 123 entrantes al CRUE, por Insuficiencia de Vehículos para respuesta de Emergencias Médicas
- Retención de vehículos de Emergencias por parte de los diferentes Prestadores de Servicios de Salud
- Desarticulación en la activación, respuesta y referencia de los pacientes atendidos por los Vehículos de Emergencias Médicas privados.

Causas - Objetivo 3. Articular de manera intersectorial la preparación y respuesta de las emergencias en salud y posibles desastres, a nivel local, regional, nacional e internacional, así como la integración con el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo.

- Desarticulación de los diferentes actores del Sector Salud en la respuesta a Emergencias y Desastres ocurridos en el Distrito Capital
- Prolongación en el tiempo de respuesta de la Entidades que integran el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo en incidentes con múltiples escenarios y múltiples víctimas
- Falta de capacitación de la ciudadanía como Primer Respondiente en Urgencias y Emergencias
- Incumplimiento a la Norma acerca de la implementación de la Región Administrativa de Planificación Especial- RAPE, Región Central
- No implementación del nuevo modelo de las 16 líneas de respuesta dentro del Marco de actuación, formulado por el Instituto Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático-



IDIGER-CC

- Programación y realización continua de eventos avalados por la Secretaría de Gobierno que aglomeran público, categorizados como Mediana y Alta complejidad, que requieren la implementación de acciones de evaluación, emisión de conceptos técnicos, seguimiento a los Planes de Salud y Primeros Auxilios y la respectiva articulación intersectorial, en el Distrito Capital, de acuerdo con la normatividad vigente y la dinámica existente.
- Falta de Lineamientos que afectan la Planeación y Respuesta desde el Sector Salud a las amenazas identificadas o que surgen en la dinámica Distrital
- Ocurrencia de incidentes complejos o con múltiples Víctimas que requieren intervención inmediata del Sector Salud
- Ocurrencia de incidentes o infracciones que atentan contra la Misión Médica
- Inexistencia de equipos, insumos y suministros que permitan la atención en salud de incidentes con múltiples víctimas.

Causa - Objetivo 4. Implementar y ejercer la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas del Distrito Capital, con el fin de responder de manera integral a las situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

- Debilidad en la Rectoría en el Sistema de Emergencias Médicas en el Distrito
- Desarticulación del Sistema de Emergencias Médicas en el Distrito de acuerdo a lo establecido en la Resolución 926 de 2017, presentando caos en la Respuesta y dificultad en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes
- Traslado de pacientes por parte de recursos móviles de manera autónoma a instituciones de salud que no tienen servicios habilitados o el nivel de complejidad requerido para la atención, de acuerdo con la condición clínica de los pacientes
- No implementación de la Normatividad existente que permite articulación de las empresas privadas que prestan servicio de atención prehospitalaria, en el Sistema de Emergencias Médicas
- Falta de comunicación entre los Vehículos de Emergencias Médicas que operan en el Programa de Atención Prehospitalaria (públicas y privadas) y una Central de Coordinación
- Desarticulación en la comunicación entre los prestadores de Servicios de Salud y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
- Sistemas de información de información y vigilancia epidemiológica poco robustos, para generación de información en los temas de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Insuficiente número de personas capacitadas en temas relacionados con los temas de Urgencias Emergencias y Desastres

Causa - Objetivo 5. Generar espacios de información, conocimiento, educación, investigación y entrenamiento, para la gestión integral de urgencias, emergencias y desastres, en los actores del Sistema de Emergencias Médicas.



- Insuficiente número de personas capacitadas en temas relacionados con los temas de Urgencias Emergencias y Desastres.
- Desarticulación con las entidades de educación formal y no formal en los contenidos relacionados con la respuesta frente a una urgencia, emergencia o desastre que se presente en el Distrito Capital
- Falta de motivación y tiempo para la investigación por parte del Talento Humano de la DUES, en los temas de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Falta de participación en convocatorias de investigación y publicación en revistas, en los temas de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Falta de convenios especiales de investigación y formación entre la Secretaría Distrital de Salud y las instituciones de Educación Formal en los temas de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Escasa formación del Talento Humano en investigación, ni requerimiento explícito de perfil de investigador en el momento de la vinculación laboral del personal del DUES
- Falta de reconocimiento explícito del trabajo científico e investigativo
- Sistemas de información poco robustos para generación de investigación en los temas de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Dedicación del 100% del tiempo laboral a actividades asistenciales que deja a un lado la parte científica de investigación
- Recurso Humano desactualizado por altos costos en los programas de Educación Formal, relacionados en los temas de Urgencias y Emergencias
- Limitación de material didáctico de apoyo a las actividades de capacitación en los temas de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Cancelación y reprogramación de actividades de capacitación, debido a carencia de espacios e instalaciones propias, para el desarrollo de los cursos de formación, acarreado pérdida de la buena imagen del DUES ante la comunidad

Causa - Objetivo 6. Contar con los Planes Hospitalarios de Emergencias formulados e implementados en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

- Falta de preparación de las Entidades Hospitalarias de la Ciudad frente a la probabilidad de ocurrencia de una Emergencia o Desastre
- Falta de socialización e implementación de los Planes Hospitalarios de Emergencias al interior de las instituciones de Salud
- Insuficiente número de personas de las Instituciones de Salud capacitadas para dar respuesta ante una urgencia, emergencia o desastre que se presente en el Distrito Capital, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente
- Falta de uniformidad de conceptos de los brigadistas de las instituciones de Salud, en cuanto a urgencias, emergencias o desastres que se puedan presentar
- Alta Rotación del personal encargado de los Planes Hospitalarios de Emergencia, al interior de las Instituciones de Salud
- Delegación de la responsabilidad de la elaboración del Plan Hospitalario de Emergencias a talento Humano ajeno a las Instituciones de Salud (ARL)



- Caos en la Respuesta de las instituciones de Salud y desarticulación con el Sistema de Emergencias Médicas, dificultad en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, desigualdad en el sistema de respuesta de las subredes y falta de pautas de orientación claras y definidas por el comité hospitalario de emergencias
- Desarticulación de la respuesta de la Subred de acuerdo a lo establecido en el Consejo Territorial de Gestión del Riesgo (Ley 1523 de 2012 y Acuerdo 546 de 2013)
- Delegación a una sola persona de la Institución del Plan Hospitalario de Emergencias, el cual debe estar conformado por 6 personas mínimo (Director de Urgencias, Seguridad y Salud en el Trabajo, Talento Humano, Jefe de Brigada de Emergencias, un Representante de la ARL y un representante de Salud Pública)
- Desarticulación en la comunicación entre los prestadores de Servicios de Salud y el Centro Regulador de Urgencias, en el Marco del Sistema de Emergencias Médicas
- Falta de seguimiento en campo a los Planes Hospitalarios de Emergencias de las subredes.
- Desarmonización frente a la nueva normatividad en donde se contempla la “Gestión del Riesgo de Desastres en el contexto Hospitalario” y el “Marco de Actuación de Bogotá”.

5. DESCRIPCION

Alternativa única

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

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

El desarrollo de este proyecto tiene como fin último la mejora de los resultados en salud para la población bogotana, para lo cual se plantea la adopción de un nuevo Modelo de Atención en Salud sustentado en la Estrategia de Atención Primaria resolutoria y la gestión compartida del riesgo, con gran fortaleza en intervenciones de promoción y prevención y cobertura universal del Aseguramiento, en el marco de la salud. El propósito principal es transformar la estructura de operación del modelo de salud, de gestión, de prestación de servicios y de atención, que permitirá la atención integral e integrada para dar respuesta a las necesidades y expectativas en salud, bajo el reconocimiento de las diferencias del curso de vida, de género, generación, etnia y grupos vulnerables con énfasis en la promoción y protección de



la salud y la gestión de riesgos individuales y colectivos.

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

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

Asimismo, con el desarrollo de las actividades propuestas bajo un modelo de atención en salud integral e incluyente, se evidenciará un cambio en la prestación de los servicios de salud para la población del Distrito Capital, reorientando la organización y la prestación de los servicios de salud en redes integrales de prestadores de servicios de Salud que disminuyan las barreras de acceso y las deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios, de tal forma que respondan a las necesidades de salud de la población, con los atributos de calidad: accesibilidad, integralidad, seguridad, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia. Esto se materializa en las rutas integrales de atención en salud – RIAS-, orientadas al mantenimiento de la salud y la promoción de estilos de vida saludables, donde se fomente la salud, se prevenga y detecte oportunamente la enfermedad y se resuelvan de manera efectiva y oportuna las demandas de atención, tanto en zonas urbanas como rurales, así como la adecuada gestión del riesgo en emergencias y desastres.

El componente de prestación de servicios del modelo tendrá como base para la operación una Red Distrital que se complementará con redes privadas y cuatro Subredes Distritales Integradas de servicios de salud: Sub Red Norte, Sur Red Centro Oriente, Sub Red Sur Occidente, Sub Red Sur y un modelo especial Rural Disperso en Sumapaz; contará con dos tipos de centros de atención, ambulatorias y hospitalarias; con un sistema de información integrado y con el soporte de proyectos de ciencia, tecnología e innovación. Esto ejecutado a través del desarrollo de estrategias para la gestión compartida del riesgo entre los diferentes actores, proyectos comunes, la suscripción de contratos, convenios interadministrativos, convenios de cooperación y de prestación de servicios para apoyar el proceso de adopción y adaptación e implementación del modelo, buscando el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en la ciudad. Además, se contará con una Empresa Distrital de Logística y Servicios compartidos, con una remuneración a la red con incentivos al desempeño.



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

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

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

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

De igual manera implica la articulación intersectorial, que permita superar la débil respuesta estatal en la mitigación y control de los riesgos y en la intervención sobre los determinantes sociales de la salud de la población del Distrito Capital, a través de la Comisión Intersectorial en Salud y del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud.

El modelo incluye la estrategia incremental, a través de la cual el sector salud se aproxima a los espacios de vida cotidiana de las personas en zonas de mayor vulnerabilidad y se orienta hacia la promoción y favorecimiento de condiciones de salud, gestión del riesgo individual y colectivo, con la participación de aseguradores y prestadores de servicios, de



otros sectores y de la comunidad, anticipándose a la atención curativa. Inicia con la aplicación de instrumentos de identificación de riesgos de conglomerados que por su situación de fragilidad social concentran una alta carga de morbilidad y mortalidad.

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

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

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

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

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

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Implementar un nuevo modelo de atención integral en salud que incorpore los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la atención integral en salud con enfoque de salud urbana y rural de la estrategia APS resolutiva, la gestión compartida del riesgo entre aseguradores y prestadores; mediante el diseño y operación de las rutas integrales de atención, la implementación de la red integral e integrada de prestadores de servicios de salud, central de urgencias, con el fin de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud y las condiciones de salud de la población de Bogotá D.C.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Objetivo 1. Propender de manera articulada con los diferentes actores de la red distrital de Urgencias, la concertación y articulación de estrategias y acciones de mejora en la descongestión de los servicios de urgencias del Distrito Capital.
- Objetivo 2. Dar respuesta oportuna a las situaciones de urgencias, emergencias y desastres con acciones de asesoría, orientación telefónica médica, la atención prehospitalaria y la articulación del sistema de referencia y contrareferencia.
- Objetivo 3. Articular de manera intersectorial la preparación y respuesta de las emergencias en salud y posibles desastres, a nivel local, regional, nacional e internacional, así como la integración con el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo.
- Objetivo 4. Implementar y ejercer la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas del Distrito Capital, con el fin de responder de manera integral a las situaciones de urgencias, emergencias y desastres.
- Objetivo 5. Generar espacios de información, conocimiento, educación, investigación y entrenamiento para la gestión integral de urgencias, emergencias y desastres en los actores del Sistema de Emergencias Médicas.
- Objetivo 6. Contar con los Planes Hospitalarios de Emergencias formulados e implementados en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

7. METAS

Detalle de la Meta	Línea de Base	Unidad de Medida
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.	1	Número
A 2020 el 100% de los hospitales-clínicas priorizados de la red distrital tendrán implementados planes para dar respuesta a las urgencias y emergencias de la ciudad.	100%	Porcentaje de Avance
Implementar el Sistema de Emergencias Médicas - SEM.	70%	Porcentaje de Avance

Fuente. Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

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

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.	Número	0,2	1	1			1
A 2020 el 100% de los hospitales-clínicas priorizados de la red distrital tendrán implementados planes para dar respuesta a las urgencias y emergencias de la ciudad.	Porcentaje de Avance	100%	100%	100%			100%
Implementar el Sistema de Emergencias Médicas - SEM.	Porcentaje de Avance	0	0	20%			20%

Fuente. Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud



8. GRUPO OBJETIVO:

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

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	1	2	3	4
Garantía de la Atención Prehospitalaria (APH) y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C.	2016	2017	2018	2019	2020
Total población de Bogotá	7.980.001	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801
Línea de población a atender en el programa de Atención Pre-hospitalaria*	802.460	826.533	778.378	802.460.	826.533

*Atención prehospitalaria

Fuente. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

9. ESTUDIOS, POLITICAS Y NORMAS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES

ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES	
Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030	<p>El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 fue aprobado en la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción del Riesgo de Desastres, celebrada del 14 al 18 de marzo de 2015 en Sendai, Miyagi (Japón).</p> <p>Se adoptó en la tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas, donde se expresa lo siguiente: La necesidad de comprender mejor el riesgo de desastres en todas sus dimensiones relativas a la exposición, la vulnerabilidad y características de las amenazas, el fortalecimiento de la gobernanza del riesgo de desastres, incluidas las plataformas nacionales, la rendición de cuentas en la gestión del riesgo de desastres, la necesidad de prepararse para “reconstruir mejor”, el reconocimiento de las partes interesadas y sus funciones, la movilización de inversiones que tengan en cuenta los riesgos a fin de impedir la aparición de nuevos riesgos, la resiliencia de la infraestructura sanitaria, del patrimonio cultural y de los lugares de trabajo, el fortalecimiento de la cooperación internacional y las alianzas de trabajo mundiales y la elaboración de políticas de los donantes y programas que tengan en cuenta los riesgos, incluidos los préstamos y el apoyo financiero brindados por las instituciones financieras internacionales.</p>
Objetivos de Desarrollo sostenible del 2015 al 2030	<p>Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible — aprobada por los dirigentes mundiales en septiembre de 2015 en una cumbre histórica de las Naciones Unidas — entraron en vigor oficialmente el 1 de enero de 2016. Con estos nuevos Objetivos de aplicación universal, en los próximos 15 años los países intensificarán los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático</p>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

	garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás.
Agenda de Salud para las Américas 2008–2017	El 3 de junio del 2007, se firma en la Ciudad de Panamá por los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas, la Declaratoria en la que se presenta a la comunidad internacional la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017.
60ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (Mayo de 2007)	Apoyo técnico para reforzar los sistemas de asistencia pre hospitalaria y traumatológica a las víctimas de lesiones causadas por el tráfico rodado e insta a los estados miembros, entre otros a: 1. Que evalúen de forma integral el contexto de la atención prehospitalaria y de emergencia. 2. Que idee instrumentos y técnicas estandarizadas para evaluar la necesidad de capacidad prehospitalaria y hospitalaria de atención traumatológica y de emergencias.
Resolución CSP27 R14 OPS/OMS (Octubre de 2007)	Así mismo con la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización panamericana de la Salud OPS/OMS mediante la Resolución CSP27,R14, que insta a los Estados Miembros al intercambio y la aplicación de las mejores prácticas para lograr progresos prácticos e importantes de la iniciativa sobre hospitales seguros a nivel país.
Reglamento Sanitario Internacional OMS 2005	Comprende el conjunto de normas y procedimientos acordados por 193 países para limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública, activa acciones de prevención, control y resolución de aquellos incidentes denominados: emergencias de interés internacional en salud pública- ESPII- así como la instalación de un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública.



REFERENTE NORMATIVO NACIONAL

Constitución Política de Colombia de 1991	<p>En su Artículo 2 ha señalado: “Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución...las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”.</p> <p>En el Artículo 11, dispone que el derecho a la vida es inviolable y no habrá pena de muerte. Así mismo el artículo 44 determina que los derechos fundamentales de los niños son la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.</p> <p>Con relación a la salud la Constitución trae los siguientes artículos: “Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.”</p> <p>“Artículo 49. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.”</p> <p>“Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia”.</p>
LEYES	
Ley 9 de 1979	Se dictan medidas sanitarias, en su título VIII Desastres, artículo 491, establece normas para prevenir, si fuere posible los desastres o para atenuar sus efectos.
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, en su artículo 9 funciones, literal I: organizar la participación solidaria de las entidades e instituciones del sector, en caso de desastre o calamidades públicas, sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto Extraordinario número 919 de 1989.



Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, desarrolla el mandato constitucional tanto en pensiones, como en lo referido al sistema general de seguridad social en salud, combinando los principios de eficiencia, privatización, libre escogencia y competencia, con los de universalidad, compensación y solidaridad social. Define los actores del sistema (reguladores, aseguradores y prestadores) con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e instituye el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad. Simultáneamente, se estableció un sistema de competencias y recursos para financiar los sectores sociales, entre ellos el de salud, con la ley 60 de 1993. En sus artículos 152 a 233 define todo lo relacionado con la vinculación de las personas al sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en salud, la prestación de servicios en salud en el territorio colombiano y la vigilancia y el control.
Decreto Ley 1421 de 1993	Establece el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 322 de la Constitución Política de Colombia de 1991. Por tal motivo, la Ciudad de Santafé de Bogotá, Capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital y goza de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la Ley. El estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Las disposiciones del estatuto prevalecen sobre las normas legales de carácter general vigentes para las demás entidades Territoriales.
Ley 400 de 1997	Por el cual se adoptan normas sobre construcciones sismo resistente.
Ley 715 de 2001	Mediante la cual se adopta el Sistema General de Participaciones. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, junto con el Acto Legislativo 001 de 2001, en la cual aparte de reestructurar el sistema de transferencias originados en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, también reajusta las competencias de los entes Territoriales en materia de salud y ordena, entre otros aspectos, reorganizar el régimen subsidiado, la reasunción de funciones de salud pública por parte del ente Territorial y la conformación de redes de prestación de servicios, cuya responsabilidad última es también, del ente Territorial. El Artículo 54, establece que "El servicio de salud a nivel Territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta". Asimismo, en el numeral 43.2.4., se planteó la responsabilidad de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.
Ley 1122 de 2007	Se realizan nuevos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del sistema de salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Ley 316 de 2009	Por medio de la cual se reforma parcialmente la ley 361 de 1997, se reconoce un espacio en los espectáculos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 2011	<p>Propende por el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, buscando generar condiciones que protejan la salud de los colombianos. Para este propósito se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema. De igual manera establece que las acciones de salud Pública y Promoción y Prevención serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para mejorar el acceso, se consolidaran redes integrales e integradas de Servicios de Salud – RISS que deberán ser habilitadas por la las entidades departamentales o distritales a quienes también se les trasladara las competencias de inspección, vigilancia y control con el ánimo de fortalecer el ejercicio de la rectoría a cargo de estas entidades en el sector salud.</p> <p>En su artículo 60° define las redes integradas de servicios de salud “como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar 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</p>





	<p>salud ubicadas en un espacio poblacional determinado y en su artículo 62, dispone que las entidades Territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red. Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.</p> <p>Artículo 67 contempla la creación de un Sistema de Emergencias Médicas que busca responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, articulando la atención prehospitalaria y de urgencias por medio de los Centro reguladores de Urgencias y Emergencias.</p>
Ley 1493 de 2011	Por la cual se toman medidas para formalizar el sector del espectáculo público de las artes escénicas, se otorgan competencias de inspección, vigilancia y control sobre las sociedades de gestión colectiva y se dictan otras disposiciones.
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo objetivo es “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, que define el sistema de salud, las obligaciones del estado quien es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece dentro de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud entre otros la Universalidad donde todos los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
Ley 1753 de 2015	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



	<p>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>
Ley 1831 de 2017	Por medio de la cual se reglamenta el uso del desfibrilador externo automático (DEA), en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.
DECRETOS	
Decreto 412 de 1992	Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.
Decreto 969 de 1995	Se organiza y reglamente la red nacional de centros de reserva para la atención de reservas.
Decreto 2190 de 1995	Plan Nacional de contingencia contra derrames de hidrocarburos.
Decreto 93 de 1998	Adopta Plan Nacional para prevención y atención de emergencias.
Decreto 3888 de 2007	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público y se conforma la Comisión Nacional Asesora de Programas Masivos y se dictan otras disposiciones.



Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Dispone en su artículo 17, que el proceso de referencia y contrarreferencia, a través del cual se garantiza la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, se hará en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago, pudiendo esta última apoyarse, para la operación de dicho proceso, en los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUE; el artículo 18 del mismo Decreto, establece que sin perjuicio de las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado de Salud, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los Prestadores de Servicios de Salud, le corresponde a las Direcciones Territoriales de Salud regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia.
Decreto 3174 de 2008	Por medio del cual se promulga el "Convenio de Tampere sobre el Suministro de Recursos de Telecomunicaciones para la Mitigación de Catástrofes y las Operaciones de Socorro en Casos de Catástrofe", hecho en Tampere, Finlandia a los 18 días del mes de junio de 1998.
Decreto 056 de 2015	Se establecen reglas para el funcionamiento de subcuenta de seguros de riesgos ECAT.
Decreto 1082 de 2015	Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional.
Decreto 298 de 2016	Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres. Establece la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Cambio Climático y se dictan otras disposiciones.
Decreto 780 de 2016	Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, corresponde a las Direcciones Territoriales de Salud regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia, así mismo señala, que el "Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres (CRUE)".
Decreto 602 DE 2017	Gestión del riesgo de desastres en el sector transporte.
RESOLUCIONES	
Resolución 7550 de 1994	Regula las actuaciones del Sistema educativo Nacional en prevención y desastres.



Resolución 1201 de 2004	Frecuencias de uso libre para el Sistema Nacional de Emergencia Ciudadana.
Resolución 425 de 2008	Por la cual se define el plan de salud territorial y plan de intervenciones colectivas. En su artículo 6: Ejes programáticos. Numeral 6. Emergencias y desastres y el artículo 15: Acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del Plan de Salud Territorial, en eje programático de emergencias y desastres. Comprende las siguientes áreas sub-programáticas: a) Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres; b) Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres; c) Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres; d) Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.
Resolución 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
Resolución 1220 de 2010	Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE.
Resolución 1570 de 2010	Modifica parcialmente la Resolución 1447 del 11 de mayo de 2009.
Resolución 4481 de 2012	Por el cual se adopta el manual de misión médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema.
Resolución 4538 de 2013	Por la cual se modifica la desagregación interna en el Presupuesto de Gastos de Inversión de la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), proyecto Mejoramiento de la Red Nacional de Urgencia y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito - Subcuenta de ECAT-Fosyga, para la vigencia fiscal 2013, efectuada mediante la Resolución número 0192 modificada por la Resolución número 3464 de 2013.
Resolución 5381 de 2013	Por medio de la cual se modifica el plazo para las acciones de reforzamiento estructural.



Resolución 1841 de 2013	Mediante el cual adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones. Además en el numeral 9.3 establece que se deben adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el plan decenal de salud pública PDSP. Es así que dentro del Plan Decenal, se fija como objetivo para estos efectos, el fortalecer los sistemas de respuesta a emergencias y desastres, implementando estrategias de atención, reconstrucción y recuperación, así mismo fijándose como metas: a. A 2021, se logra que el 100% de las entidades territoriales respondan con eficacia ante las emergencias y desastres que enfrenten. b. A 2021, se logra implementar el Sistema de Emergencias Médicas en el 50% de los municipios del país.
Resolución 1345 de 2014	Por la cual se crea y conforma comisión técnica nacional asesora para la gestión del Riesgo.
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios.
Resolución 1536 de 2015	En el artículo 40. Las entidades Territoriales departamentales, Distritales y municipales de son las responsables de implementar el Plan Territorial de Salud, teniendo en cuenta lineamientos, herramientas, procedimientos y herramientas operativas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.
Resolución 5592 de 2015	Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5596 de 2015	Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".
Resolución 603 de 2015	Por la cual se adopta la Estrategia Institucional de Respuesta del Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER.



<p>Resolución 00429 de 2016</p>	<p>La cual adopta la Política de Atención Integral en Salud la cual plantea: “Conformar redes integradas de servicios de salud, a partir de las cuales se debe responder a la demanda de servicios de salud. Para ello se asignarán grupos de población a una red de prestadores primarios que incorporarán equipos de salud básicos, encargados de las acciones individuales y colectivas de baja complejidad. La red de prestadores primarios se integrará con la red de prestadores complementarios, los cuales tendrán la responsabilidad del tratamiento y la rehabilitación para problemas de alta complejidad. Lo anterior de acuerdo con las rutas reguladas de atención para las poblaciones y grupos de riesgo definidos, de manera que posibilite el acceso real y efectivo a los servicios de salud con oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez, calidad y suficiencia”.</p> <p>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.</p>
<p>Resolución 974 de 2016</p>	<p>Tiene como objeto adoptar el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual es aplicable a las Entidades Obligadas a Compensar-EOC, Entidades Promotoras de Salud-EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, a los empleadores y otros aportantes, entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional y de oficio, a las entidades Territoriales, a las personas y a los afiliados cuando deban registrar la afiliación o reportar novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta tanto entre en plena operación el Sistema de Afiliación Transaccional.</p>
<p>Resolución 1441 de 2016</p>	<p>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 articulo 4 numeral 4.2. Estándar de operación de las redes integradas de servicios de salud RIPS. Son los mecanismos que utilizará e implementará cada EPS, para desarrollar la gestión de la prestación de los servicios de salud garantizando procesos para la articulación de acciones del PIC y el POS, la disponibilidad de información como soporte del componente asistencial, administrativo y logístico de la red y la actualización continua del talento humano, así como, para la planeación, organización, ejecución y control de las RIPSS conformadas.</p>



Resolución 926 de 2017	Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas SEM. En el componente Nro. 3 hace referencia a la Atención pre-hospitalaria y traslado de pacientes, garantizando el acceso a la comunidad a dicho servicio, mediante la respuesta a las solicitudes remitidas por medio de la línea de emergencia 123.
CIRCULARES	
DIRECTIVA PRESIDENCIAL 33 DE 1990	Edificaciones públicas y lugares de afluencia masiva deberán tener plan frente a desastres
MANUALES	
Manual de planeamiento hospitalario para emergencias- 2007	Grupo Atención de Emergencias y Desastres

10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO [\$]

Horizonte Real del Proyecto						
Concepto	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Total Proyecto	23.163.436.836	34.915.972.633	31.015.000.000	0	0	89.094.409.469

11. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Años Calendario	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
2. Transferencias en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	0	0	0			0
4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial (Recursos propios)	15.000.000	861.874.784	15.000.000			891.874.784
7. Otros Recursos departamentales y/o distritales - EJECUTADO O COMPROMETIDO	23.148.436.836	34.054.097.849	31.000.000.000			88.202.534.685
Total Financiación	23.163.436.836	34.915.972.633	31.015.000.000	0	0	89.094.409.469

CONCEPTO DE GASTO	2016	2017	2018	TOTAL
DOTACION	22.622.855.231	30.212.745.409	23.781.067.000	76.616.667.640
RRHH	540.581.605	4.703.227.224	7.233.933.000	12.477.741.829
TOTAL	23.163.436.836	34.915.972.633	31.015.000.000	89.094.409.469

12. OBSERVACIONES

El proyecto 1188 inicia en la vigencia **2016** \$23.909.820.426, se realiza reducción presupuestal por valor de \$400.000.000,00 de la fuente de financiación Otras Transferencias de la Nación, se traslada al Proyecto 1189. "Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas", \$226.483.213. Al finalizar la vigencia se apropiaron recursos por valor de \$23.283.337.213, distribuidos en cada una de las metas del proyecto y se ejecutó \$23.163.436.836, representado en un 99.49%.



Para la vigencia 2017, es asignado al proyecto 1188 un presupuesto de \$24.642.275.000. Se realizó modificación de los montos entre los conceptos del Gasto Dotación 784 y Recurso Humano 327 por valor de \$4.600.000.000. Se realizó traslado presupuestal al rubro de gasto 334 Pasivos exigibles por valor de \$9.863.316. Se realizó traslado presupuestal entre conceptos del gasto 02-Dotación y 812- Conciliaciones y sentencias, fuente de financiación por valor de \$110.657.550. El proyecto 1186 traslada \$12.926.998.754. La Secretaría de Hacienda emite: *“...En relación con el traslado para cancelar un Pasivo exigible por \$9.863.316 que no fue presupuestado, no se emite concepto ya que se debe proceder a efectuar un traslado presupuestal acreditando el rubro “Pasivos exigibles”, inversión y contracreditando el proyecto de inversión que dio origen al compromiso inicial o su homólogo, cuando el mismo no existe. (Subrayado fuera de texto original)...”*

Al realizarse el respectivo traslado presupuestal, el proyecto 1188 apropia recursos por valor de \$37.559.410.438. Se realizó reducción presupuestal al proyecto 1188 por valor de \$374.400.000 que corresponde a la fuente de financiación 03-31 Otras Transferencias de la Nación. Al finalizar la vigencia 2017 se apropiaron recursos por valor \$37.185.010.438 y se ejecutaron \$34.915.972.633, representado en un 94%.

Para la vigencia 2018, es asignado al proyecto 1188 un presupuesto de TREINTA Y UN MIL QUINCE MILLONES DE PESOS MCTE (\$31.015.000.000).

13. DILIGENCIAMIENTO:

Nombre Claudia Martín Naizaque – Referente técnica y financiera
Cargo Profesional Especializado - Dirección de urgencias y Emergencias en Salud
Teléfono: 3649090 Ext 9696

14. CONCEPTO DE VIABILIDAD

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

15. CONCEPTO Y SUSTENTACIÓN

	S/N
Aprobó: Ing. Carlos Mario Peña Jaramillo - Dirección Urgencias y Emergencias	
Responsable: Dr - Manuel José Sáenz Ardila	
Cargo profesional /	Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento (e)
Entidad SDS	Secretaría Distrital de Salud
Fecha: Enero de 2018	