



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Balance Social 2012

Bogotá D.C., Enero de 2013

Tabla de Contenido

		Página
	Introducción	3
1	Problema Social 1. Débil respuesta Estatal frente a la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito familiar en Bogotá D.C.	4
2	Problema Social 2. Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito escolar en Bogotá D.C.	16
3	Problema Social 3. Débil respuesta Estatal frente a la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito institucional en donde se acogen y protegen poblaciones muy vulnerables en Bogotá D.C.	23
4	Problema Social 4. Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito comunitario en Bogotá D.C.	31
5	Problema Social 5. Prevalencia de Enfermedades Inmunoprevenibles en población infantil, adolescente y adulta en Bogotá D.C.	41
6	Problema Social 6. . Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito laboral en Bogotá D.C.	51
7	Problema Social 7. Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en los territorios del Distrito Capital acorde con la política pública de Bogotá Humana 2012-2016.	63
8	Problema Social 8. . Generación de conocimiento en salud y en calidad de vida en Bogotá D.C. desarticulado e incipiente.	83
9	Problema Social No. 9: Barreras de acceso económicas para acceder a los servicios de salud.	91
10	Problema no. 10. Población pobre y vulnerable sin protección en salud no asegurada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	106
11	Problema Social No. 11 Fragmentación en la prestación de los servicios de salud y entre actores del sistema de seguridad Social en Salud.	128
12	Problema Social No. 12: Deficiente calidad en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas por incumplimiento de condiciones reguladas en la Ley.	151
13	Problema Social No. 13 Precarias condiciones físicas para la prestación de los servicios de salud en la Red Pública Distrital Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.	160
14	Problema Social No. 14: Alta prevalencia de urgencias en la Ciudad por enfermedades crónicas agudizadas, lesiones de causa externa y traumas severos que requieren de una respuesta inmediata por parte del sector salud y de los diferentes actores de la Ciudad.	184
15	Problema Social No. 15. Déficit en garantía de suficiencia en sangre, células madre, tejidos y órganos para trasplante que pone en riesgo la salud de la población	201
16	Problema Social No. 16: Sistema de información en salud fragmentado y desactualizado frente a los desarrollos científicos y tecnológicos mundiales.	212
17	Problema Social No. 17: Presencia de factores sanitarios y ambientales nocivos para la salud humana en Bogotá D.C.	222
18	Problema Social No. 18: Débil empoderamiento ciudadano en torno a la salud de la población y frente a la exigencia del derecho fundamental a la salud.	232

Introducción

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., en cumplimiento de lo establecido en las leyes y normas reguladoras de la función de control del Estado¹, pone a consideración de la Contraloría de Bogotá D.C. y de la Ciudad misma, el informe de Balance Social 2012, el cual fue elaborado con base en la metodología establecida en el documento **“Lineamientos Metodológicos Para la Presentación del Informe de Balance Social por Parte de las Entidades Distritales”**², como parte de la Cuenta Anual del Fondo Financiero Distrital de Salud para la vigencia fiscal de 2012, y en armonía a lo estipulado en la Resolución Reglamentaria 034 de 2009.

En este sentido y bajo en contexto de un análisis lógico, el presente informe incorpora la reconstrucción de los problemas sociales, los instrumentos operativos para la atención de los mismos y los resultados en las transformaciones sociales, como ejes centrales. Todo se enmarca y armoniza con la convergencia en 2012 de los Planes de Desarrollo: “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008 - 2012, de enero 1 a mayo 31 y “Bogotá Humana” 2012-2016, de junio 1 a diciembre 31 de 2012, armonizados con el Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. para el mismo periodo, tal y como quedara reglamentado en la Ley 1122 de 2007, en el Decreto 3039 de 2007, en la Resolución Reglamentaria 425 de 2008 y en la Circular 5 de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas reglamentarias.

El documento se estructura en dos partes. La primera contiene una breve introducción. La segunda incorpora intervenciones llevadas a cabo por la Entidad y el Sector en el marco de los Planes de Desarrollo anteriormente mencionados, como respuesta a los principales problemas sociales que aquejan a la población de la ciudad. De manera específica, se aborda el examen sobre las labores adelantadas en los ámbitos escolar, familiar, laboral, institucional, comunitario y territorial; la gestión realizada para la prevención y erradicación de las enfermedades inmuno prevenibles; las labores realizadas para incidir en las barreras de acceso a servicios de salud y los avances para atender las urgencias de la Ciudad.

De igual forma, reúne el reporte de las intervenciones llevadas a cabo para la organización en red de los prestadores públicos y privados de servicios de salud; la indagación sobre las intervenciones adelantadas por el Hemocentro Distrital y en el Banco de Órganos y Tejidos; los resultados en inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C. públicos y privados; el estado de la participación social y los servicios al ciudadano; los avances registrados en el sistema de información en salud; las labores en los servicios de urgencias y el desarrollo de la infraestructura hospitalaria de la red pública distrital de prestadores de servicios de salud.

¹ Dentro del marco normativo cabe destacar lo contemplado en la Constitución Política de Colombia de 1991 en sus artículos 119, 350, 365 y 366, el Decreto Ley 1421 de 1993, Decreto 714 de 1996; la Ley 42 de 1993 y lo reglamentado en el Acuerdo Distrital 361 de 2009.

² Contraloría de Bogotá D.C., Dirección de Economía y Finanzas Distritales, Subdirección de Plan de Desarrollo y Balance Social. “Lineamientos Metodológicos Para la Presentación del Informe de Balance Social por Parte de las Entidades Distritales. Bogotá D.C., enero de 2007. 11 páginas.

1. Problema Social 1. Débil respuesta Estatal frente a la promoción de la salud e intervención en determinantes en el Ámbito Familiar

1.1. Reconstrucción del problema social

Las familias con particularidades en los territorios urbanos y rurales inmersas en contextos socioculturales, económicos, políticos, jurídicos, ambientales y tecnológicos, viven situaciones y relaciones internas y externas, que limitan el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos, la democracia en las relaciones de poder entre género y generaciones, el reconocimiento de su diversidad, el desarrollo de sus capacidades y autonomía, la realización de proyectos de vida familiar, la participación, la convivencia social y el desarrollo de la ciudad.

Dicha problemática surge principalmente de las limitaciones en el desarrollo de la protección social, que está relacionada con acciones fragmentadas del Estado y que no garantizan el ejercicio de los derechos de los y las ciudadanos y ciudadanas, así como de la persistencia de situaciones de violencia al interior de las familias, que son generadas por múltiples factores. La seguridad económica relacionada con la falta de oportunidades hace parte de las limitaciones que dificulta la realización de los proyectos de vida de las familias en Bogotá D.C.

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2007 (ECV-2007), en el Distrito Capital hay 1.978.528 hogares, de los cuales 1.317.104 poseen jefatura masculina y 661.424 jefatura femenina, de estos últimos el 83% son hogares con jefatura de mujeres sin cónyuge. De ellos, el 38% tienen niñas/niños menores de 18 años. Aunque la inversión social de los últimos años a través de los proyectos y programas ejecutados por entidades distritales, del nivel nacional y del tercer sector, ha contribuido a disminuir los efectos negativos de la situación económica y social de las familias en la ciudad, las cifras de la ECV-2007 y el Programa Nacional de Desarrollo Humano, señalan que la población por debajo de la línea de pobreza en 2003 era el 32% y en el 2007 se redujo al 22,8%; el número de hogares pobres con una o más necesidades básicas insatisfechas fue de 112.223 en el 2003 y se redujo a 98.276 hogares en el 2007; la esperanza de vida, pasó de 73.23 a 74.46 entre el 2003 y el 2006.

En materia de acumulación de capital humano, pese a los avances de atención en salud y cobertura en educación, aún persisten graves problemas para los grupos poblacionales más frágiles de la ciudad. La observación sobre distribución por edades registra como grupo más crítico en cuanto a población por fuera del sistema escolar, el rango comprendido entre los 16 y 17 años, que según la ECV-2007 llega a niveles cercanos al 24%. La deserción escolar aunque bajó sustancialmente todavía es de 3.5% y con respecto a la seguridad social, la población no afiliada al sistema de salud es del 12% de las personas de Bogotá.

Con respecto a la acumulación de capital físico de las familias en Bogotá, la vivienda y su habitabilidad señala bajos niveles de calidad de vida, pues según los datos del Programa de Naciones Unidas para el Hábitat, en la ciudad de Bogotá se estima un déficit cuantitativo de 175.899 viviendas y de orden cualitativo de 149.896, que requiere tanto de la generación de vivienda nueva para solucionar el déficit cuantitativo como de intervenciones en mejoramiento de vivienda, en reforzamiento estructural y condiciones de habitabilidad.

Por otra parte, las acciones de violencia intrafamiliar y sexual son problemas que afectan la convivencia pacífica de los-las ciudadanas-os y vulneran sus derechos fundamentales, especialmente de niñas, niños, adolescentes y mujeres. Sin embargo, aunque la ECV- 2007 señala que el 20% de las mujeres han sido víctima de algún tipo de violencia física y 35% violencia verbal; son comunes las amenazas por parte de sus cónyuges como quitarle los hijos/as (22%), abandonarla (22%) y retirarle el apoyo económico (18%). La violencia en mujeres, se concentra en el rango de edad de los 18 - 22 años, que corresponde al 67.9% de los casos identificados en Comisarías de Familia. Adicionalmente, señala que el maltrato proviene de sus familiares más cercanos como su padre, hermano, cuñado u otros familiares civiles o consanguíneos, eventos que involucra tanto a la víctima como a los otros miembros de la familia como el anciano, el discapacitado y los enfermos graves o con enfermedades terminales.

En igual sentido, la Ciudad enfrenta la problemática de los niños y niñas víctimas de explotación sexual, a través de escenarios como la prostitución, la pornografía, el turismo sexual y el tráfico y venta de niños y niñas. Si bien no se dispone de datos precisos sobre estas problemáticas, Bogotá D.C. presentó el 21.3% del total de los casos de violencia sexual registrados en el país, de éstos el mayor número de casos corresponde a niñas y niños con edades entre 10 y 14 años.

La complejidad que caracteriza estas problemáticas obliga a la potencializar los recursos y acciones hacía la búsqueda de integralidad, continuidad, longitudinalidad y accesibilidad en la Respuesta Estatal³ y, como tal, en las acciones interinstitucionales para la garantía del derecho a la salud visto como parte integral e interdependiente de los demás derechos, superando la débil respuesta Estatal en promoción de la salud e intervención en los determinantes en el ámbito familiar.

1.1.1. Identificación de las causas y efectos del problema

Dentro de las causas se identifican la falta de reconocimiento de la heterogeneidad y pluralidad cultural de las familias, de sus identidades colectivas y las oportunidades para habitar y construir ciudadanía, inequidades dadas por desigualdad de oportunidades en lo relacionado con temas de género, relaciones de poder y roles social. Falta de apropiación institucional y Estatal de la perspectiva familiar para la construcción de salud como eje del desarrollo. Modelo asistencialista de salud, es decir centrado en la recuperación de la enfermedad, y como tal, en la atención de los ya enfermos. Patrones culturales débiles en cuanto a la importancia y necesidad de llevar a cabo acciones para promocionar y prevenir la enfermedad y/o procesos motivacionales que interfieren en el bienestar de sus integrantes o limitan sus actuaciones e inclusión social. Capacidades disminuidas de la familia para la modificación de entornos sociales adversos que motiven al desarrollo de potencialidades de sus integrantes al ejercicio de la ciudadanía. Como causas del problema, relacionadas con los ciclos vitales están:

En infancia: Diversas y marcadas expresiones de violencia contra los niños y las niñas que ponen en riesgo su salud física y emocional y determinan su desempeño en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. Condiciones socioeconómicas desfavorables que llevan a la falta de acceso, disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos afectando la seguridad

3 La atención familiar y comunitaria se fundamenta en principios que contribuyen al desarrollo de la APS y del modo promocional. Estos son: la accesibilidad, tanto geográfica como económica, cultural y organizacional, a los medios y servicios de salud según la necesidad de las familias, grupos sociales y comunidades; la integralidad, tanto de las personas, como de las necesidades y los procesos de atención, pues la vida, la enfermedad y la muerte ocurren en la síntesis de la cotidianidad y no en las partes de los procesos administrativos; la continuidad, en la medida en que las soluciones a los problemas de salud requieren seguimiento y permanencia hasta su superación completa; la longitudinalidad de la atención, entendida como la permanencia en el tiempo de la relación entre los equipos de atención, las personas y las comunidades, para garantizar la resolución de los problemas y una mejor calidad de vida; la corresponsabilidad social, en la medida en que los resultados en salud son productos sociales y no solamente derivados de la acción estatal.

alimentaria y nutricional de los niños, niñas y gestantes. Patrones culturales, condiciones socioeconómicas y escenarios físicos inseguros e inapropiados que limitan la inversión adecuada del tiempo libre y el desarrollo integral de los niños y niñas de Bogotá D.C. deteriorando su calidad de vida y salud. Modelo de atención y barreras de acceso en salud que generan exclusión e inequidad en la atención de niños, niñas y gestantes

En Juventud: Dificultad en la accesibilidad a los servicios de salud y desconocimiento por parte de los y las jóvenes de sus derechos en salud. Ausencia de condiciones laborales dignas y acordes a las capacidades y habilidades ocupacionales de los y las jóvenes, dificultando las oportunidades para la construcción de un proyecto de vida. Exposición temprana de los jóvenes a eventos (explotación sexual, la explotación comercial, la trata de personas, trabajo informal, desempleo, etc.)

En Adulthood: Inequidad en el acceso del adulto a bienes y servicios, por diferencias de contratación en el mercado laboral aunado a la falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional que afectan la calidad de vida y la salud de los adultos y las adultas. Precarias e inseguras condiciones de empleo y trabajo determinada por Políticas y legislaciones Nacionales e Internacionales que generan condiciones de empleo desfavorables.

En envejecimiento: Débil reconocimiento de los adultos (as) como sujetos y sujetas de derechos, por desconocimiento de esta etapa y por factores externos alienantes condicionados por el género, la etnia, el desplazamiento y la discapacidad que limitan su desarrollo integral y el de su entorno, restringiendo las posibilidades de un envejecimiento activo. Escasas redes sociales operando para legitimar derechos y hacerlos efectivos. Respuesta Social inadecuada que manifieste las necesidades del envejecimiento.

Como efectos del problema, se destacan por su importancia la inequidad respecto al acceso a servicios de salud y sociales de los niños y las niñas, lo que genera una mayor probabilidad de enfermar y morir principalmente por EDA y neumonía, así como también aumentan la probabilidad de que estén más expuestos a brotes por enfermedades inmunoprevenibles, al abuso sexual y otras formas de maltrato, así como a la ocurrencia de lesiones por causa externa y los eventos que afectan la salud oral entre otras circunstancias que afectan predominantemente al grupo poblacional infantil. En las gestantes se genera mayor probabilidad de morbilidad y un mayor riesgo de presencia de mortalidad materna y perinatal, mayor presencia de bajo peso al nacer en los hijos de las madres que habitan las zonas más vulnerables.

La falta de acceso a información y medidas preventivas del sector salud y sector social por parte de adolescentes: Esta situación los expone a mayores condiciones de fragilidad social como al embarazo en adolescentes, a ser víctimas de todas las formas de violencia y explotación, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, de eventos de salud mental como la conducta suicida, entre otros. El acceso a información, medidas promocionales y de prevención del sector salud y sector social por parte de los adultos que hace que se presenten prematuramente o en mayor frecuencia las enfermedades crónicas y degenerativas, el cáncer de cuello uterino, afecciones agudas de aparato respiratorio, digestivo, reproductivo y urinario entre otras enfermedades de este grupo poblacional.

El acceso a información, a medidas promocionales y de prevención del sector salud y sector social así como a servicios de asistencia por parte de las personas mayores que hace que en este grupo se presenten complicaciones a las enfermedades crónicas, que si fueren controladas a tiempo generarían un envejecimiento más activo y con mayor capacidad para estas personas, también esta inequidad genera segregación y aislamiento para este grupo poblacional. También se tornan más críticas las condiciones de las personas en condición de discapacidad que habita estos sectores vulnerables, ya que por barreras geográfica, culturales, y económicas muchas veces permanece en el desconocimiento de sus derechos y sin asistencia alguna. Igual situación presentan las personas que presentan adicciones y demás eventos relacionados con la salud mental, situaciones que afectan en forma colateral a toda la familia de la persona que las padece.

Por encontrarnos en las zonas marginales de la ciudad, como fenómeno de metrópoli se aprecia de manera constante y creciente el efecto del desplazamiento forzado, mediante asentamientos que tienen como ciudad receptora a Bogotá; este fenómeno afecta directamente la calidad de vida de las familias y sus integrantes, por cuanto las enfrenta al desarraigo de la tierra, de los bienes, de la cultura y de las tradiciones; se expone radicalmente a las familias al desamparo y a cambios repentinos, que exigen un altísimo grado de adaptación para su supervivencia, así como al abrupto e imperativo intercambio cultural y en los casos más intensos, a la desaparición de su etnia.

1.1.2. Focalización de la población afectada directa e indirectamente

El programa Salud a su Casa está dirigido a las familias de 19 de las 20 localidades, en los 447 microrrotorios de 611.000 familias de la zona urbana y rural del Distrito Capital, que habitan en los sectores ubicados en territorios sociales priorizados en las 35 UPZ y algunas otras zonas, que por su condición de alta vulnerabilidad son prioritariamente seleccionados para ser abordadas por salud a su Casa. En cuanto a la distribución por sexos la población tiene un predominio de mujeres en 52.90% y el 47.10% restante corresponde a hombres.

La unidad operativa para el desarrollo del proyecto “Salud a su Casa” es el Micro territorio, el cual se configuraba hasta el año 2011 como el conglomerado de 1.200 familias, las cuales comparten un espacio geográfico, condiciones socioeconómicas y de entorno (en zona rural un número de familias varía de acuerdo a la dispersión geográfica y distribución de las viviendas); dichas familias para su abordaje y seguimiento en salud estarán a cargo de un equipo de salud conformado por un médico, una enfermera, y dos promotores o gestores de salud, los problemas de la unidad micro territorio son abordados con el apoyo de los profesionales y técnicos de saneamiento de los equipos de entorno cada uno de los cuales tiene bajo su responsabilidad 10 micro territorios.

Los micro territorios se seleccionan para ser abordados a partir de las zonas más críticas de condiciones de vida y salud; se da prioridad a los lugares donde se concentre población estrato 1 y 2 y aquellos que con base en criterios de emergencia social, planeación local, priorización de programas distritales y de la comunidad sean de especial relevancia, como punto de partida en 2004 se tomaron las Zonas de Condiciones de Vida y Salud (ZCVS) establecidas en los Diagnósticos Locales efectuados en 2003-2004.

Las familias que son incluidas en el programa corresponden a aquellas que habitan los sectores más críticos de la ciudad, lo cual implica la inclusión de los cinturones de miseria, típicos de las grandes metrópolis, en cuya configuración se encuentran frecuentemente las zonas ilegales o en vía de legalización, habitadas mediante asentamientos urbanos progresivos en zonas de expansión o mediante mecanismos de invasión, sin la debida planeación, en donde las familias llegadas o migradas, han ido levantando con escasos recursos y sin el apoyo técnico necesario sus viviendas en zonas de alto riesgo, también en los territorios encontramos otros tipos de riesgos pues abordamos los sectores que se ubican en las riveras de los tres ríos que cruzan la ciudad, Juan Amarillo, Hucha y Tunjuelito, los cuales presentan condiciones ambientales sépticas en toda su longitud y hasta su desembocadura en el río Bogotá, configurando la población de las cuencas ribereñas con problemáticas ambientales específicas, todo lo cual que incide en la calidad de vida y el estado de salud de las familias que allí habitan.

Para su abordaje y seguimiento en salud las familias están a cargo de un equipo de salud conformado por un médico, una enfermera, y dos promotores o gestores de salud, los problemas de la unidad micro territorio son abordados con el apoyo de los profesionales y técnicos de saneamiento de los equipos de entorno, cada uno de los cuales tiene bajo su responsabilidad 10 micro territorios.

1.1.3 Los actores que intervienen en el problema

Los actores a nivel Distrital: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., Secretaria Distrital de Integración Social, Secretaria Distrital de Educación, Registraduría Nacional, Comisarías de Familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Empresa de Acueducto y Alcantarillado, Aseo Capital, Organizaciones No Gubernamentales, Sena, Centros de Formación Secretaría del Hábitat – Metro vivienda y Caja de Vivienda Popular. A nivel Local: Red hospitalaria adscrita (ESE de Nivel I y II fusionadas), EPS Régimen subsidiado y las EPS Régimen contributivo, Alcaldías locales, Universidades, Comunidad. A nivel Institucional: Empresas Sociales del Estado ESE., IPS.

1.2. Instrumentos operativos para la atención de los problemas

1.2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008-2012, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante: Ciudad de Derechos, con sus propósitos y estrategias del Programa Bogotá Sana. Las acciones de Salud a su Casa responden a las líneas de política del Plan Nacional de Salud, acorde al eje programático para Salud Pública, que incluye las acciones de promoción de la salud y calidad de vida en la familia, acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios), acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento y acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional a nivel de la estrategia. Todo esto, dentro del eje de Salud pública – Plan de Intervenciones Colectivas y en respuesta al objetivo 2 del Plan territorial de Salud del Distrito Capital: “Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital”.

1.2.2 A nivel de la Entidad

Se formuló, inscribió y registró ante el Banco de Programas y Proyectos del Distrito, el proyecto No. 623 "Salud a su Casa". Con el objetivo general de **"...Mejorar la calidad de vida de las familias mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos..."**. Como objetivos específicos, se plantearon los de **"...Identificar las problemáticas de las familias a partir de una lectura compleja de necesidades con perspectiva de ciclo individual y familiar para diseñar respuestas integrales. Promover la participación de las familias en los procesos propios del ámbito para fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades y el mejoramiento de su entorno, avanzando en la afectación positiva de los factores determinantes y favoreciendo el ejercicio de los derechos. Promover en la familia una cultura de valores que favorezcan relaciones dinámicas, funcionales y armónicas..."**

1.2.3. Metas formuladas en los proyectos o acciones

- Cubrir 425 micro territorios con la estrategia Salud a su Casa.
- Lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizadas en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores, reducir la tasa de suicidio 3.0 por cada 100.000 habitantes e implementar la política de salud ambiental en el 100% de las localidades del Distrito Capital.

Además se le aporta de manera indirecta a las siguientes metas:

- Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer
- A 2011 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad
- Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual).
- Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años

Las acciones que aportan a las metas descritas están organizadas en actividades, que incluyen intervenciones que buscan satisfacer las necesidades en salud de las familias, atendiendo la integralidad, continuidad y el respeto por la diferencia, haciendo énfasis en acciones de promoción y prevención de salud.

- Generar espacios de participación y discusión que permitan sensibilizar a padres, educadores, cuidadores, trabajadores de la salud y adolescentes, sobre las problemáticas asociadas al embarazo en este grupo poblacional.
- Diseñar e implementar estrategias intersectoriales que permitan la identificación, realización y consolidación del proyecto de vida en el grupo de adolescentes de la ciudad para incidir positivamente en la disminución de embarazos en esta etapa.
- Hacer seguimiento y mantenimiento a los micro territorios antiguos.
- Desarrollar intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano en las familias.
- Promocionar los derechos y la calidad de vida todas las familias en situación de discapacidad.

- Generar entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional con enfoque diferencial de género.
- Desarrollar promoción de la Salud Oral en los micro territorios de Salud a su Casa
- Desarrollar la estrategia de entornos saludables
- Desarrollar la estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años (AIEPI)
- Desarrollar la estrategia Extramural de PAI en micro territorios de Salud a su Casa
- Gestionar el mejoramiento de las condiciones para la SAN en micro territorios
- Hacer acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante
- Ejecutar acciones para la garantía del derecho en necesidades urgentes relacionadas con hipotiroidismo congénito, sífilis y VIH gestacional, casos de mujeres gestantes, incluyendo a quienes se les da casa por cárcel
- Asesorar a familias en situación de discapacidad
- Desarrollar intervención Psicosocial a familias con eventos en salud mental
- Fortalecer relaciones intrafamiliares en familias desplazadas
- Dar continuidad a la asesoría y seguimiento a familias en las cuales alguno de sus miembros presento conducta suicida
- Diseñar e implementar el programa Distrital para la promoción, protección y defensa de la lactancia materna y la alimentación saludable en los niños y niñas menores de cinco años en el marco de la coordinación intersectorial.

1.2.4 Presupuesto Asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, para este proyecto de inversión se asignaron \$25.526 millones.

1.2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención

Durante el primer semestre del año 2012, se programó la implementación de la estrategia de Salud su Casa a través de 447 micros territorios y la focalización de las acciones en 611.200 familias.

1.3. Resultados de la transformación de los problemas

1.3.1. Niveles de cumplimiento

Conformar 447 micro territorios de Salud a su Casa [SASC] en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad; mediante los procesos y procedimientos del programa se caracterizaron y adscribieron y se les realizó seguimiento a 611.200 familias, por parte de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria- EBSFC y los equipos de apoyo conformados por Profesionales y Técnicos.

De esta forma al comparar el proceso de territorialización alcanzado hasta junio de 2012 se presenta un incremento del 17% con respecto al año 2011. Este crecimiento en el número de micro territorios del programa se corresponde con un incremento en la cobertura a familias e individuos, cuyo comportamiento en las localidades ha sido diferencial ya que en las localidades

de Suba, Bosa, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Ciudad Bolívar están en mayor crecimiento, mientras que Chapinero, Puente Aranda, Candelaria, Santafé y Mártires.

De acuerdo con la distribución por ciclo vital se presenta un mayor porcentaje de población adulta población por ciclo vital se presenta mayor proporción de sujetos en el ciclo de adultez con el 38.4% seguido del ciclo de infancia con el 25.2%, la juventud aporta el 23,6% de la población del programa y en la vejez está el 10.4% de la población.

Cuadro 1. Distribución por grupo de edad de los individuos con seguimientos activos de Salud a su Casa, 2012.

LOCALIDAD	Total 0 - 5 años	Total 14 - 17 años	Total 18 - 26 años	Total 27 - 59 años	Total 6 - 13 años	Total Mayores de 59 años
ANTONIO NARIÑO	378	350	763	2,174	492	978
BARRIOS UNIDOS	146	92	186	554	137	354
BOSA	6,778	4,890	9,303	25,411	8,619	2,919
CANDELARIA	223	171	538	1,530	258	663
CHAPINERO	75	26	106	140	65	17
CIUDAD BOLIVAR	3,840	2,129	4,645	9,662	3,705	2,568
ENGATIVA	750	359	1,030	2,021	631	424
FONTIBON	2,913	2,014	4,896	15,027	3,587	4,208
KENNEDY	1,615	1,066	2,485	5,551	1,915	1,126
MARTIRES	514	224	829	2,343	481	862
PUENTE ARANDA	304	247	629	1,856	417	823
RAFAEL URIBE	1,948	1,280	3,238	7,275	2,179	2,159
SAN CRISTOBAL	1,331	617	1,774	3,057	1,185	879
SANTA FE	487	255	854	1,851	533	545
SUBA	1,388	710	1,822	4,004	1,285	867
SUMAPAZ	12		13	12	5	
TUNJUELITO	1,729	1,730	3,835	11,760	2,794	3,332
USAQUEN	1,392	1,081	2,605	7,035	1,828	2,653
USME	2,765	1,425	3,678	7,460	2,897	1,561
TOTAL	28,588.00	18,666.00	43,229.00	108,723.00	33,013.00	26,938.00

Fuente: SDS - APS en línea. 31 de Diciembre de 2012

Respecto a la distribución poblacional intervenida en algún momento por el programa por localidad se encuentra que Suba, Bosa, Ciudad Bolívar y Rafael Uribe concentran el mayor porcentaje de familias activas que ha sido atendidas por SASC, cuadro 2.

Cuadro 2. Distribuciones de familias e individuos por localidad, SASC Primer semestre.

LOCALIDAD	FAMILIAS ACUMULADAS	FAMILIAS ACTIVAS	FAMILIAS ACTIVAS CON SEGUIMIENTO
USAQUEN	29,633	22,790	23,664
CHAPINERO	4,192	3,328	2,921
SANTA FE	22,125	13,872	13,072
SAN CRISTOBAL	54,759	37,112	29,693
USME	62,692	40,805	39,781
TUNDUELITO	32,226	25,038	20,973
BOSA	105,129	97,967	128,515
KENNEDY	66,277	46,787	32,807
FONIBON	44,921	33,971	44,534
ENGATIVA	41,791	30,680	17,243
SUBA	105,992	85,130	44,096
BARRIOS UNIDOS	2,930	2,326	2,846
TEUSAQUILLO	-	-	-
MARTIRES	16,099	10,272	12,244
ANTONIO NARIÑO	11,066	8,937	10,807
PUENTE ARANDA	10,256	8,265	5,813
CANDELARIA	6,492	4,522	5,474
RAFAEL URIBE	76,158	52,217	48,349
CIUDAD BOLIVAR	77,145	56,772	67,902
SUMAPAZ	789	695	2,140
TOTAL	611,200	427,277	256,161

Fuente: SDS - APS en línea. Junio de 2012

1.3.2. Indicadores

- No de microterritorios con la estrategia de salud a su casa

1.3.3. Limitaciones del proyecto

Para el mes de junio se presentan dificultades en la consolidación de la información relacionada con las intervenciones de los Proyectos de Desarrollo de la Autonomía y Transversalidades que operan en el territorio, además de un retraso importante de la digitación de la información del seguimiento a familias antiguas y la caracterización de familias nuevas por parte de las ESE en el APS en Línea. A la fecha se han diseñado formatos únicos para la captura de información sobre la población intervenida en todos los ámbitos de vida cotidiana y se está trabajando en el desarrollo el diseño de aplicativos para su consolidación desde el nivel central, de otro lado se aumentó el número de digitadores para el mes de enero lo que permitirá mejorar el reporte.

Los reportes de APS con corte al 31 de diciembre que hacen parte de este informe son preliminares. A la fecha de elaboración del informe se cuenta con 764 microterritorios, 770. 672 familias caracterizadas. 581.486 familias activas, en el APS en Línea se ha registrado seguimiento efectivo a 332.891 familias; de estas 241.050 fueron visitadas durante los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2012 (datos preliminares).

1.3.4. Presupuesto ejecutado

Con cargo a los recursos de este proyecto de inversión se ejecutaron \$25.526 millones y se giraron \$20.184 millones.

1.3.5. Efectos del problema o acciones

Según la fuente del programa APS en línea a Junio de 2012, en desarrollo de las intervenciones del programa se identificaron los siguientes efectos:

Caracterización de 611.200 familias, con 427.277 familias activas y con seguimiento 256.151. Permanecieron activas 9.370 familias en situación o condición de desplazamiento. De este total, el 41.3% de estas familias fueron visitadas por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa para el desarrollo de visitas de seguimiento o intervención Psicosocial.

A través de la Intervención Psicosocial en eventos que afectan la salud mental y calidad de vida de las familias, se incluyeron un total de 9.858 familias nuevas. Teniendo en cuenta que la Intervención Psicosocial es un proceso de apoyo Psicológico en el domicilio de las familias, del total de familias incluidas, se logró que 8.688 (93.62%), terminaran el proceso. De las familias que terminaron el proceso, 7.906 (91%) generaron un cambio positivo en su dinámica familiar frente al evento de salud mental presentado. Por otra parte, dado que la Intervención Psicosocial, se constituyó en una respuesta a los eventos de conducta suicida que se identificaron en la ciudad; durante este período se brindó apoyo Psicológico en el domicilio a 1.519 familias en las cuales alguno de sus integrantes presentó ideación, amenaza, intento o suicidio consumado.

Permanecieron activas 4.813 familias con diferencia étnica que habitan en los territorios. De este total, el 60.6%% de estas familias fueron visitadas por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa para el desarrollo de visitas regulares de seguimiento o atención diferencial. Dicha intervención se lleva a cabo a partir de este año y busca la restitución de los derechos de la familia étnica.

Desde el inicio del programa se ha dado prioridad a las acciones con la familia gestante es por ello que durante el periodo 2004 a 2012 se han identificado 63.492 familias con mujeres en gestación e identificando al 7.8% de estas familias en primer semestre del 2012. Las localidades con mayor número de familias con mujeres en gestación identificadas son Ciudad Bolívar, Suba, San Cristóbal y Rafael Uribe.

Permanecieron activas este periodo, 90.269 familias en donde alguno de sus integrantes tenía Hipertensión Arterial e interviniendo al 74% de estas familias con visitas domiciliarias por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa, para el desarrollo de visitas de información, educación, comunicación y seguimiento para identificar su asistencia al control de enfermedades crónicas. Permanecieron activas 23.939 familias donde alguno de sus integrantes tenía diabetes. De este total, el 73% de estas familias fueron visitadas regularmente por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa, para el desarrollo de visitas de información, educación, comunicación y seguimiento para identificar su asistencia al control de enfermedades crónicas.

1.3.6. Población o unidades de focalización atendidas

Conformación, seguimiento y mantenimiento de 447 Micro territorios de Salud a su Casa (SASC) en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad; mediante los procesos y procedimientos del programa se caracterizaron y adscribieron y se les ha realizado seguimiento a 611.200 familias.

1.3.7. Población o unidades de focalización sin atender

De la población focalizada en el ámbito familiar no se dejó sin atender ninguna prioridad dentro de los tres niveles de priorización: alta, media y baja la cual se reflejara en el tiempo de la respuesta. Nivel prioritario 1: se canaliza desde la identificación, allí se priorizaran las situaciones que requieren una respuesta urgente desde los actores del territorio. Nivel Prioritario 2: Hace referencia a aquellas situaciones encontradas tanto en la identificación como en la caracterización que si bien son importantes pueden ser abordadas de forma inmediata desde los actores del territorio. Nivel Prioritario 3: Hace referencia a aquellas situaciones identificadas en la fase de respuesta a necesidades que requieren una respuesta prioritaria desde los actores del territorio.

1.3.8. Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

Para Junio del 2012, conformación, seguimiento y mantenimiento de 447 Micro territorios de Salud a su Casa (SASC) en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad; mediante los procesos y procedimientos del programa se caracterizaron y adscribieron y se les ha realizado seguimiento a 611.200 familias.

1.3.9. Otras acciones

- Promoción de espacios y relaciones de coordinación inter-institucional e inter-sectorial para posicionar las necesidades en salud del ámbito familiar en el mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes de las familias en el Distrito..
- Fortalecimiento de la capacidad técnica y formación del talento humano que adelanta intervenciones relacionadas con la salud en el espacio de vida cotidiana familiar a través de la capacitación y desarrollo de habilidades.
- Gestión y abogacía para la canalización efectiva de la población desde el espacio de vida cotidiano familiar dentro del Sistema General de Seguridad Social, así como a otros sectores diferentes a de salud, con el objeto de dar cobertura integral al entrono familiar.
- Análisis de situación del entorno familiar para el enfoque de prioridades ajustadas con el modelo de atención y las metas distritales.
- Fortalecimiento y continuidad de la operación de la Mesa Distrital para dar apoyo desde lo distrital a lo local.
- Gestión para promover la construcción de conocimiento en torno a la familia como determinante social de la salud mediante el desarrollo e implementación de proyectos de investigación y análisis de la información obtenida en los sistemas de información y vigilancia en el Distrito Capital.
- Se debe habilitar el servicio de atención domiciliaria, de acuerdo a lo normado en la Resolución 1043 de 2006.
- La atención extramural /domiciliaria que realice el personal de enfermería o el personal médico debe cumplir unos criterios de inclusión, que simultáneamente permite precisar que miembro de los equipos de salud (Equipo de Respuesta Inicial/Equipo de respuesta complementario) debe realizar la asistencia y en qué tiempo, dichos criterios están detallados en los lineamientos de atención de los diferentes grupos evolutivos y programas publicados por la DSP de la SDS.

- Se recomienda que la ESE programe consulta médica ambulatoria para aquellos afiliados del Régimen Subsidiado que estén capitados con la ESE y la población vinculada. Es deseable que la consulta ambulatoria la realice el mismo médico que realiza la atención extramural y domiciliaria.
- La atención extramural y domiciliaria realizada en principio por médicos y enfermeras, será complementada con una modalidad de atención para la caracterización y el seguimiento de riesgos, de individuos, familias y colectivos, que será desarrollada en forma habitual por el trabajador comunitario (promotor de salud / Auxiliar de Salud pública) de los Equipos de salud de Respuesta Inicial, siendo en la práctica el miembro del equipo que en mayor medida debe estar en contacto directo con las familias y la comunidad.

1.3.10 Diagnostico final del problema

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en cumplimiento de lo establecido en la política Pública del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-1016, hizo transición de la intervención en ámbitos de vida cotidiana, sin dejar de lado dichas intervenciones, hacia un modelo más integral incluyente y equitativo, organizado alrededor de territorios y de microterritorios Saludables, fundamentados, entre otros aspectos, en la atención domiciliaria y extramural, que dialogue y complemente las acciones de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y de las redes sociales. De otra parte el modelo de atención requiere integrar las respuestas del sector salud con las de otros sectores que tienen competencia en la afectación de determinantes sociales de la salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El nuevo modelo de salud requiere un abordaje territorial de las respuestas en salud, por lo que es de gran importancia la modalidad de atención extramural y domiciliaria que consiste en un conjunto de actividades, en los aspectos social, sanitario, familiar y comunitario, que se realiza por parte de los miembros del Equipo de Respuesta Inicial –ERI- en el domicilio de las personas o en los ámbitos de vida cotidiana familiar – equipamientos del respectivo territorio (micro-territorio) asignado para dicho equipo, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del individuo, a la familia y las colectividades, potenciando su autonomía y mejorando la calidad de vida.

El Equipo de Respuesta Inicial –ERI- está conformado por un médico, una enfermera y dos técnicos en salud (promotores), quienes recorrerán y caracterizarán a las familias y el territorio donde habitan, garantizando, en términos generales: Caracterización y notificación de eventos de Salud Pública, Intervenciones de Resolución de problemas de salud-enfermedad y Gestión transectorial.

Esta práctica de abordaje territorial de la salud – enfermedad, por micro-territorios bajo el esquema extramural y de servicios de atención domiciliaria, permite que el personal del ERI este en contacto con el entorno del usuario, lo cual posibilita la obtención de una información directa así como interactuar de una manera más cercana con la familia, sus miembros y con los diferentes colectivos que habitan dicho micro-territorio (en barrios, veredas, comunas, UPZ o localidades).

En búsqueda de un modelo de atención integral e integrado, por territorios saludables, las acciones del ERI se deben complementar y potencializar con profesionales de salud y de otras disciplinas¹⁴, se conforme un equipo territorial de salud, denominado Equipo de Respuesta Complementaria ERC, que realizará acciones de salud individual y colectivas (intra-murales y extramurales). La operación territorial de los ERI y los ERC requieren la coordinación por localidad - UPZ, para lo cual se prevé el funcionamiento de un equipo de coordinación territorial, constituido en principio por talento humano de carácter administrativo, analistas de ASIS y digitadores, además de gestores intersectoriales, que tendrán como referencia los Centros de Salud y Desarrollo Humano (CSDH).

La integración de respuestas del Equipo de salud (ERI y ERC) por territorios tiene como fin la abordar la problemática de salud enfermedad desde la promoción y la prevención, con un enfoque territorial y poblacional, por ciclo evolutivo.

Con este modelo de atención en salud con abordaje territorial, familiar y comunitario bajo la modalidad de atención extramural y domiciliaria, a través de los ERI y los REC, se logró:

- Valorar la situación de las familias, los individuos y de la población, en los aspectos relacionados con el domicilio y/o de su entorno cotidiano, así como en la identificación de los aspectos de relaciones sociales del núcleo familiar y su funcionalidad.
- Mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención de la salud de las familias - colectividades y las acciones intersectoriales.
- Facilitar el apoyo y formación de los cuidadores implicados en la atención de población en condiciones de vulnerabilidad.
- Realizar la atención a domicilio y en los ámbitos de vida cotidiana, de los ciudadanos que cumplan los criterios de inclusión.

2. Problema Social 2. Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito escolar en Bogotá D.C.

2.1 Reconstrucción del problema social

2.1.1 Identificación del problema

Las instituciones educativas del Distrito presentan problemáticas relacionadas con la salud que afectan los procesos pedagógicos y la posibilidad de que los estudiantes terminen con éxito esta etapa de su proceso de crecimiento como individuos y como ciudadanos. Estas problemáticas han sido históricamente abordadas desde una perspectiva casi exclusivamente asistencial, es decir de atención a población escolarizada enferma, debido a ausencia en el diseño de respuestas integrales, que tengan en cuenta a los miembros de las comunidades educativas, así como los procesos pedagógicos y de producción cultural propios del ámbito escolar como agentes constructores e impulsores de salud y de calidad de vida.

El modelo de escuelas promotoras de calidad de vida, que sirve como fundamento al Programa Salud al Colegio, pretende incidir sobre las condiciones de salud en las instituciones educativas mediante la acción interinstitucional, superando las propuestas de intervención basadas en la

asistencia, es decir en recuperación de la enfermedad. En consecuencia con esta orientación, se han identificado estas problemáticas y sus consecuencias en varios niveles.

En un primer nivel, existen problemas sociales que afectan la salud pública dentro de las instituciones educativas, por ejemplo, la violencia en sus múltiples expresiones, el consumo abusivo de sustancias tóxicas, el deterioro del medio ambiente, la falta de respuestas efectivas para la población discapacitada o que está en situación de exclusión social como los desplazados, las minorías étnicas y culturales, la existencia de inequidades de género, las expresiones culturales juveniles, entre otras.

En segundo lugar, se consideran los problemas sobre los cuales el sector salud interviene de manera más directa y que generalmente son el resultado de las malas condiciones de vida de los miembros de la comunidad educativa, los relacionados con desarreglos en la salud mental, la salud oral, la salud sexual y reproductiva, o la desnutrición, para mencionar sólo algunos.

De otra parte, tenemos las problemáticas leídas, desde las etapas del ciclo vital, que marcan, también, el tipo de institución educativa a que se pertenece y el tipo de respuestas que se requiere atendiendo a las necesidades de la población de los jardines infantiles, de los niños, niñas y adolescentes que asisten a las escuelas y colegios, y también de los adolescentes y jóvenes de las universidades y otras instituciones de educación superior.

2.1.2 Identificar sus causas y efectos

Desde la perspectiva de las escuelas promotoras de calidad de vida, se toman en consideración las causas de la limitación en el enfrentamiento y respuesta de los problemas de salud escolar en el contexto de las instituciones educativas, que afectan el trabajo interinstitucional e impiden el cumplimiento del objetivo estructural de hacer que los actores educativos transformen sus relaciones personales, aumenten la autoestima, adquieran hábitos de autocuidado y habilidades favorables a la calidad de vida y la salud. Algunas de estas causas limitantes son:

- Abordaje fragmentario de las necesidades y problemas sociales de las comunidades educativas (tanto en su lectura-comprensión, como en las respuestas) lo cual tiene como efecto la falta de procesos articulados intersectorialmente de manera sostenida.
- Las acciones se desarrollan frecuentemente como actividades esporádicas y desconectadas (charlas, campañas, controles de salud) al margen de las lógicas escolares, los tiempos institucionales y las prioridades/oportunidades que existen en la escuela.
- Brecha entre la magnitud de los problemas y el alcance de las respuestas. Ante realidades complejas se realizan respuestas simples, de escasa posibilidad de incidencia en los determinantes de aquellos problemas complejos.
- Escasa integración de las acciones de salud pública con las realizadas por otras dependencias de la ESE y de otras instituciones, de manera que se reduce el potencial de las acciones para generar procesos que incidan sobre los determinantes de la salud y calidad de vida.
- Un papel de las comunidades educativas que se caracteriza por el desplazamiento-suplantación del docente por el trabajador de la salud lo cual impide la apropiación de los temas de promoción de salud y calidad de vida por parte de las comunidades educativas,

cuya participación es muy importante debido al papel de la escuela de productor de cultura.

- Alta dependencia de las acciones externas realizadas por el sector salud, lo que repercute en la baja sostenibilidad de los procesos una vez se disminuye el trabajo del sector salud.

Como efectos de los problemas planteados se tienen deserción escolar, embarazos en adolescentes, proyectos de vida débiles e improvisados, con incidencias nocivas a lo largo de la vida en los diferentes tópicos del desarrollo y alcances en el campo laboral, económico, emocional, afectivo, entre otros; perfiles de morbilidad y de mortalidad en deterioro en todos los ciclos de la vida, no sólo de población infantil, entre otros, debido a la falta de intervenciones en los primeros años.

2.1.3 Focalización

- Niños y niñas menores de 18 años de 546 sedes de Instituciones Educativas Distritales de Bogotá: 580.851 niños, niñas y adolescentes en el año 2012.
- Niños y niñas menores de 5 años de 240 jardines infantiles del distrito capital. 28.899 niños y niñas en el año 2012.
- Jóvenes mayores de 16 años ubicados en 12 instituciones de educación superior: 800 Adolescentes y jóvenes en el año 2012.

2.1.4 Actores que intervienen en el problema

Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Secretaria Distrital de Educación, Secretaria Distrital de Integración Social, Instituto Distrital de Recreación y Deporte.

Nivel Local: Direcciones Locales de Educación, Referentes locales del programa Salud al Colegio de la Secretaría Distrital de Educación, Alcaldías Locales, Equipos Ámbito Escolar de las Empresas Sociales del Estado.

Nivel Institucional: Rectores, orientadoras, referentes temáticos del programa Salud al Colegio de la Empresas Sociales del Estado, docentes, cuidadores, niños y niñas de jardines infantiles estudiantes, padres y madres de familia y comunidad.

2.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas:

2.2.1 A nivel de la Administración

- Constitución Política de Colombia 1991
- Plan Nacional de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano.
- Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008 – 2012.
- Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano
- Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Decreto 3039 de 2007, en que se prioriza la atención a la infancia.

2.2.2 A nivel de la Entidad

- Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Bogotá 2008 - 2012. Quiéreme bien, Quiéreme hoy. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Política Pública de Juventud 2006 - 2016. Decreto 482 de 2006. Bogotá, 2006 Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Proyecto de inversión No. 624 “Salud al Colegio”.

2.2.3 Metas formuladas

- A 2012, cubrir 734 sedes de colegios, 310 jardines y 8 Universidades o IES cubiertos por el Programa Ámbito escolar. Línea de Base 2008: 310 sedes de Instituciones Educativas Distritales, 110 Jardines, 8 IES

2.2.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, para este proyecto de inversión se asignaron \$9.920 millones.

2.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Niños y niñas menores de 18 años de 546 sedes de Instituciones Educativas Distritales de Bogotá: 580.851 niños, niñas y adolescentes en el año 2012.

Niños y niñas menores de 5 años de 240 jardines infantiles del distrito capital. 28.899 niños y niñas en el año 2012.

Jóvenes mayores de 16 años ubicados en 12 instituciones de educación superior: 800 Adolescentes y jóvenes en el año 2012.

Población atendida en el 2012: De acuerdo a los propósitos de cada intervención, se atiende un número distinto de población, pero como programa, de manera integral, se cubrió toda la población focalizada: 610.550 Niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Niños y niñas menores de 18 años de las instituciones educativas de Bogota Total de población de las instituciones educativas afectada por el problema: 1.066.486 (Fuente: Secretaria de Educación. Estadísticas Matriculas 2009)

Niños y niñas menores de 5 años de jardines infantiles del distrito capital Total de población de jardines afectada por el problema: 563.541 (Fuente: DANE 2005)

Jóvenes mayores de 16 años ubicados en 8 instituciones de educación superior Total de población de las instituciones de educación superior afectada por el problema: 431.197 (Fuente: MEN – Sistema Nacional de Información de la Educación Superior, 2008)

2.3 Resultados de la transformación de los problemas

2.3.1 Niveles de cumplimiento

Brindar atención a 580.851 niños(as) menores de 18 años de 546 sedes de Instituciones Educativas Distritales de Bogotá.

Brindar atención a 28.899 niños(as) menores de 5 años de 240 jardines infantiles del distrito capital.

Brindar atención a 800 Jóvenes mayores de 16 años en 12 instituciones de educación superior.

2.3.2 Indicadores

- Porcentaje de incremento de la cobertura para sellantes, fluor, control de placa y detartraje
- Porcentaje de sectores y actores estratégicos convocados para formulación, ejecución y evaluación del Plan Distrital de Salud
- Porcentaje de ámbitos de vida cotidiana con procesos con participación social generados
- Porcentaje de reducción de los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)
- Reducción de los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años
- Porcentaje de avance en la adaptación, adopción e implementación del plan distrital de la política nacional de salud mental
- Número de sedes cubiertas
- Número de horas de operación de la Línea Amiga de Niños, Niñas de Adolescentes
- Número de sedes educativas con el programa de promoción de actividad física en el ámbito escolar los jóvenes de 13 a 17 años.
- Porcentaje de avance para la implementación en las ESE de las estrategias de la atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI infantil AIEPI, IAMI y IAFI.
- Porcentaje de localidades con Política de salud ambiental implementada en el del D.C.
- Porcentaje de avance en la implementación de la política de Discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables
- Porcentaje de procesos que permiten monitorear la reducción global de niños menores de 5 años
- Tasa de bajo peso al nacer
- Incremento en el tiempo de lactancia materna exclusiva
- Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes.
- Porcentaje de aumento en la denuncia de casos violencia intrafamiliar y violencia sexual

2.3.3 Limitaciones del proyecto

La realización de 15 modificaciones al proyecto de inversión, producto de los diferentes traslados y modificaciones adelantadas, alteraron el normal desarrollo de las actividades del programa para dar cumplimiento a los acuerdos intersectoriales y al desarrollo de acciones que dan respuesta a las necesidades de la población escolarizada.

Es necesario ajustar los sistemas de información de la entidad, con el fin de dar mayor confiabilidad a la información del programa.

2.3.4 Presupuesto ejecutado

Con cargo con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, se ejecutaron \$9.920 millones y se giraron \$8.561 millones.

2.3.5 Efectos del problema o acciones

El programa salud al colegio desarrolla sus procesos, en esta fase de empalme, organizado en la respuesta integradora de Mejoramiento del Entorno Social de la Escuela que tiene el propósito de fortalecer la convivencia escolar y favorecer la inclusión de las poblaciones especiales mediante la formación en habilidades para la vida y en competencias para la acción como marco que orienta las relaciones en la escuela.

Resultados:

Salud Oral

Abordar 58720 pre-escolares y escolares participantes, de los cuales el 48% (28.057) son mujeres y el 52% (36.630) son hombres, que participan en 258 sedes de colegios, 156 jardines infantiles y 1 casa vecinal. Del total de la población participante se registra que el 88% está implementando prácticas de salud oral.

Población atendida: 58.720 escolares, 1.865 docentes, padres y madres de familia: 10.627

Seguridad alimentaria y nutricional

Continuación de las acciones de promoción de las prácticas de cuidado dirigidas a la población infantil. 240 jardines 58 territorios. En las 546 sedes se abordaron 865 docentes, 2226 estudiantes y 428 padres de familia en las intervenciones realizadas con las adolescentes gestantes y lactantes.

Grupos gestores de Salud Sexual y Reproductivos, Salud Mental (SPA, Prevención de la conducta suicida, violencias)

Abordar 6255 docentes, 10014 estudiantes y 3488 padres de familia en las intervenciones realizadas por salud sexual y reproductiva. Mediante la acción integrada con Salud Mental de grupos gestores se logro dinamizar temáticas de salud sexual y reproductiva en 350 grupos gestores, con una población cubierta de 7185 niños, niñas y adolescentes.

Lograr que las IED prioricen la salud mental como línea de trabajo bajo la modalidad de grupos gestores en el escenario escolar. Se logra que salud mental se articule bajo una sola estrategia "grupos gestores" desde los cual se promueve la Línea 106, para adaptarse a la operación por territorios. Desde el nivel central de la Línea 106 se realizaron 2418 intervenciones, el rango de edad que mas utilizó fue entre 9 y 13 años. Del total de intervenciones realizadas se logro identificar que el 13,6% fueron intervenciones realizadas a niños(as), y adolescentes de la ciudad cubiertos por el programa SAC.

Actividad Física

Las Acciones realizadas para dar cumplimiento a esta meta fueron: Acciones Colectivas y estrategias de integración curricular de Actividad Física en 220 sedes, en 216 sedes los equipos de gestión territorial de las ESE realizaron actividades de información y de gestión. Adicionalmente, como resultado del trabajo intersectorial se publicó la cartilla de "Promoción de la actividad física en la organización curricular por ciclos educativos (aportes para la formación escolar en alimentación saludable y actividad física)". La magnitud de la meta lograda con estas actividades es del 80%.

Estrategia de AIEPI

Implementar acciones de la estrategia AIEPI en los jardines infantiles y se reactivaron los comités de salud con capacitaciones para el manejo del esquema regular de vacunación, Alimentación Infantil Saludable y Enfermedad Respiratoria Aguda; se capacitan docentes y padres de familia como Agentes Comunitarios en Salud con la participación de 1699 docentes, 4629 estudiantes y 2692 padres y madres de familia.

Ambiente

El acumulado de población abordada por acciones de salud ambiental fue de 17.951 niños, niñas y adolescentes, 3541 docentes y 1129 padres de familias.

2.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Cubrir 580.851 niños y niñas menores de 18 años de 546 sedes de Instituciones Educativas Distritales de Bogotá: 580.851 niños, niñas y adolescentes en el año 2012.

Cubrir 28.899 niños y niñas menores de 5 años de 240 jardines infantiles del distrito capital. 28.899 niños y niñas en el año 2012.

Cubrir 800 Jóvenes mayores de 16 años ubicados en 12 instituciones de educación superior.

2.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Unidad de Trabajo	Beneficiados	Universo	Población sin cubrir
IED	580.851	1.066.486	485.635
Jardines	25.209	563.541	538.332
IES	3.418	431.197	427.779
Total	609.478	2.061.224	1.451.746

2.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

Unidad de Trabajo	Beneficiados	Universo	Población sin cubrir
IED	580.851	1.066.486	485.635
Jardines	28.899	563.541	534.642
IES	3.418	431.197	427.779
Total	613.168	2.061.224	1.448.056

2.3.9 Otras acciones

Algunas de las acciones desarrolladas por el programa en el marco de la alianza intersectorial con la Secretaría Distrital de Educación son:

Mejoramiento de la capacidad operativa para el desarrollo de campañas masivas de salud pública.

Los equipos locales del programa salud al colegio han facilitado el trabajo de gestión, de intervención pedagógica y de logística necesarios para el cumplimiento de las coberturas útiles de vacunación contra el sarampión y la rubéola, así como el inicio de la campaña de vacunación de niñas contra el VPH, para la prevención efectiva del cáncer cérvico uterino. En cuanto a la estrategia de prevención de mortalidades de menores de 5 años por Enfermedad Respiratoria Aguda el programa es la columna vertebral de las acciones en los 240 jardines que cubre actualmente.

Aplicativos para el monitoreo de casos

La alianza intersectorial ha permitido adicionalmente el desarrollo de procedimientos de notificación y monitoreo de casos de embarazo en adolescentes, consumo de psicoactivos, casos de accidentalidad escolar, eventos de violencia escolar con los que es posible tener el registro detallado de la localidad, el colegio, la sede y la jornada en donde sucede cada evento, haciendo más estricto su seguimiento y permitiendo tener información precisa del comportamiento de estos eventos en cada una de 546 sedes de las Instituciones Educativas Distritales adscritas al programa. Para la materialización de este proceso la Secretaría de Educación montó un aplicativo en su red de sistemas (Red P) y los promotores de salud de las ESE de primer nivel, son los responsables del seguimiento, monitoreo y respuesta de los casos notificados.

2.3.10 Diagnóstico final del problema

El proyecto No. 624 “Salud al Colegio”, opero hasta junio de 2012 y para continuar el desarrollo de las acciones en ámbito escolar se formulo el proyecto de inversión No. 869 Salud para el Buen Vivir” y las acciones orientadas a comunidades educativas están asociadas a la meta: Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes de instituciones educativas distritales, con acciones de promoción de la salud y prevención.

3. Problema 3. Débil respuesta Estatal frente a la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito institucional en donde se acogen y protegen poblaciones muy vulnerables en Bogotá D.C.

3.1. Reconstrucción del problema social

3.1.1 Identificar el problema

Las personas que acuden a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del Distrito Capital, presentan problemáticas de barreras de acceso en términos geográficos, de oportunidad y de calidad en la atención, incurriendo en el NO logro de la atención universal, integral y

equitativa que garantice la atención a toda la población de la ciudad, especialmente aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad económica y social.

3.1.2 Identificar sus causas y efectos

1. El actual sistema de aseguramiento en salud, genera exclusión e inequidad. La contratación de servicios por capitación de gestantes niños(as) menores de un año favorece las barreras de acceso en términos geográficos, de oportunidad y calidad de la atención.
2. Inadecuado alcance de la política pública para el logro en la atención universal, integral y equitativa que garantice la atención a toda la población del Distrito Capital especialmente a aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad económica y social.
3. Fallas en la calidad de la atención relacionada con el déficit en la capacidad instalada para la adecuada respuesta a las necesidades en salud, que afecta las competencias del talento humano, la disponibilidad de insumos y tiempos de consulta.
4. Bajas coberturas en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad especialmente en el régimen subsidiado
5. Captura tardía y dificultades en canalización de población a riesgo.
6. Fragmentación en la prestación de los servicios de salud; el modelo de salud refleja una perspectiva reduccionista y mecanicista de los servicios asistenciales.
7. No hay articulación entre las actividades de promoción, prevención y detección con las de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
8. Desarticulación al interior de los aseguradores y prestadores, tanto públicos y privados.
9. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud no se encuentran en un 100% habilitadas, se evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano.
10. Sistema de contratación de servicios de salud está centrado en el daño, castigando el mantener personas sanas, con el fortalecimiento de las actividades centradas en lo individual y no en lo colectivo.
11. En poblaciones especiales como en la población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal.
12. Servicios y programas fragmentados que responden a una visión fragmentada de la realidad de la persona y no da respuesta a la complejidad de sus necesidades.
13. Imaginarios culturales y representaciones sociales que invisibilizan a las personas en el transcurso del ciclo vital, como sujeto de derechos.

3.1.3 Focalización

La población afectada por el problema se ubica en Bogotá D.C., de los estratos 1, 2 y 3, en su gran mayoría corresponde a niños(as) y adolescentes en instituciones de protección bajo la rectoría del ICBF, población adulta en centros de reclusión, población de personas mayores bajo la modalidad de institucionalizados y todos las personas que solicitan servicios de salud en las IPS públicas de Bogotá.

3.1.4 Actores que intervienen en el problema

La Secretaria Distrital de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar- ICBF, las Alcaldías Locales y los Equipos Ámbito Institucional y del ámbito IPS de las Empresas Sociales del Estado.

3.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

3.2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008-2012, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana. De manera específica en el contexto del Objetivo se propone: **“...Hacer sostenible el pleno ejercicio de los derechos en función del mejoramiento de la calidad de vida...”**, principio éste que, armonizado con la estrategia de gestión social también planteada allí: **“...gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios...”**, soportan las intervenciones promocionales de calidad de vida, llevadas a cabo desde el sector salud, en el ámbito institucional y el ámbito IPS. En este mismo sentido, los planteamientos del Programa Bogotá Sana de: **“...Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas...”**, de igual forma, sirven de sustento a dichas intervenciones. En este mismo sentido, existen en el Distrito Capital las Políticas de infancia y de juventud: **“Quiéreme Bien, Quiéreme Hoy”** y la Política Pública de Juventud 2006 – 2016, adoptada mediante Decreto 482 de 2006.

En el ámbito administrativo de la nación, sirven de soporte los planteamientos de la Constitución Política de Colombia 1991; del Plan Nacional de Salud Pública, en el cual se integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano y Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública.

3.2.2 A nivel de la Entidad

Dentro de este contexto, la entidad formuló, registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Distrital, y viene ejecutando el Proyecto de Inversión 626 Instituciones Saludables y Amigables. El Objetivo general del mismo es **“Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital”**.

Para el cumplimiento del objetivo general, se plantearon los siguientes tres objetivos específicos: 1) Impactar en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito Capital con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital. 2) Promover la gestión en salud pública realizada por las IPS de la red pública y privada, que permita el posicionamiento y fortalecimiento de los procesos,

estrategias, planes, programas y proyectos, haciendo partícipes a los prestadores, la comunidad, la ESE y otros sectores, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y salud de los ciudadanos en general y 3) Contribuir en la afectación positiva de los determinantes en salud de los niños, niñas, adolescentes, personas adultas, personas mayores privadas de la libertad como de los ciudadanos habitantes de calle institucionalizado y de las personas mayores que se encuentran en los centros de protección social mediante la implementación de las Estrategias Materno Infantiles, la Estrategia en Rehabilitación Basada en comunidad y otras acciones de salud pública que apunten a la protección, promoción de la autonomía y a la restitución de sus derechos en salud.

3.2.3 Metas formuladas

1. A 2012 cubrir 602 instituciones especiales de protección social que atienden a personas mayores institucionalizadas a los centros de reclusión, instituciones de habitante de calle con la estrategia de gestión y acción en Salud Pública.
2. A 2012 cubrir 68 instituciones especiales con menores en protección con la estrategia de gestión y acción en salud pública.
3. A 2012 cubrir 144 instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas cubiertas con la estrategia de gestión y acción en Salud Pública.
4. A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 23,7 por diez mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 26,2 por diez mil. Fuente: DANE).
5. A 2011: Reducir la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a un 1 caso por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 2,0 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
6. A 2012: Reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 15,9 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
7. A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 9,9 por 1.000 nacidos vivos (Línea de base año 2006: 13,5 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE).
8. A 2012 tener implementada en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS las estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI, IAFI y ERA.
9. Fortalecer la línea amiga de niños, niñas y de adolescentes 106 (Atención 24 horas).
10. Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer (Línea de Base 12.1% 2006 Fuente: Sistema de Vigilancia Estadísticas Vitales SDS).
11. A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad (mandato del plan de desarrollo aprobado por acuerdo - concejo).
12. A 2012: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos.
13. A 30 de junio de 2012, reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal (Línea de base 2005: 19,8 por mil nacidos vivos. Fuente: Estadísticas Vitales).
14. Incrementar la cobertura de terapia antirretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).
15. A 2012: Controlar la prevalencia de infección por VIH en población gestante no asegurada (Línea de Base: 0,19 % Centinela Viral seroprevalencia 2007).
16. Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual).
17. Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años.
18. Aumentar en un 40% la cobertura de Citología Vaginal en mujeres entre 25 y 69 años.

19. A 2012 atender el 100% los casos de lepra y tuberculosis remitidos o diagnosticados en el distrito capital.
20. A 2012 aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70% (línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).
21. A 2012 aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más (Línea de base 63%. Fuente: MPS 2004).
22. A 30 de junio de 2012, atender el 100% de los casos de malaria y dengue remitidos al D.C. (Línea de base en construcción).
23. A 30 de junio de 2012, lograr y mantener las coberturas de vacunación con Influenza (Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI) por encima del 70% para la población de 60 años y más.
24. A 30 de junio de 2012, inclusión de nuevos biológicos para el PAI de la ciudad: Neumo 23 para la población de 60 años y más.
25. A 2012: Incrementar en un 25% la cobertura del Programa de Salud Oral (fluor, sellantes, control de placa y detartraje) en la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo.
26. A 2012 lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizada en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores (Línea de base: 5%. Fuente: DANE 2005).
27. A 2012 adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas.
28. Desarrollar una estrategia de comunidad saludable en cada una de las 20 localidades del Distrito Capital.

3.2.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, para este proyecto de inversión se asignaron \$4.585 millones.

3.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población objeto de atención corresponde a 144 instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, 602 instituciones especiales de protección social, centros de reclusión, instituciones de habitante de calle y 68 instituciones especiales con menores en protección.

3.3 Resultados de la transformación de los problemas

3.3.1 Niveles de cumplimiento

El cumplimiento del 100% de las 3 metas directas para los ámbitos Institucional e IPS, se realizaron actividades de Salud Pública:

- Desde el fortaleciendo la gestión y organización de los planes, programas y proyectos de Salud Pública, en las instituciones de protección de niños, niñas y adolescentes, se ha contribuido a la unificación en el manejo y aplicación de procesos de atención así como la

implementación de los mismos bajo parámetros de calidad con el fin de afectar de manera positiva los determinantes en salud de estos que se encuentran en las instituciones de protección, a su vez promover la autonomía y restitución de sus derechos.

- Articulación y fortalecimiento de las acciones intersectoriales que propenden por la calidad de vida y salud de niños, niñas y adolescentes en protección y medida de restablecimiento de derechos, ubicados en medio institucional bajo rectoría del ICBF Regional Bogotá, garantizando condiciones que posibiliten su desarrollo humano integral.
- Hacer visible para la Salud Pública la población de los niños, niñas, adolescentes institucionalizados en situación de amenaza o vulneración de derechos.
- Aportar al desarrollo del Convenio No. 8087 de 2008 SDS / ICBF – Regional Bogotá.
- Posicionamiento sectorial e interinstitucional de las Intervenciones de los ámbitos Institucional e IPS.
- Inducción a la demanda: Fortalecimiento de la atención primaria en salud a través de acciones de promoción y prevención con participación de las instituciones, niños, niñas y adolescentes institucionalizados para mejorar su calidad de vida y salud.
- Generación de espacios de sana convivencia entre la comunidad institucional a partir del reconocimiento de las diversidades culturales, étnicas, de género, de orientación sexual y otras condiciones individuales que promuevan el ejercicio de la autonomía.
- Promoción de espacios intersectoriales con el fin de conocer las necesidades en salud de niños, niñas y adolescentes institucionalizados para construir participativamente un plan de acción que responda a sus necesidades en salud, y propenda por la recuperación de las condiciones biopsicosociales esenciales para su proyecto de vida y desarrollo humano integral.
- Implementación de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad con el fin de vincular a las instituciones de protección, centros de atención especializada, las instituciones que ofertan servicios de protección y de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al “Programa de Instituciones Amigas de la Inclusión en condición de discapacidad como de sus familias y cuidadores”.
- Continuar con la implementación de las Estrategias materno infantiles y su fortalecimiento en las instituciones de protección, centros de atención especializada de los niños, niñas, adolescentes que están bajo la rectoría del ICBF y en IPS públicas y privadas.
- Generación constante de procesos de articulación con la Oficina de Comunicaciones de la Secretaría Distrital de Salud para procesos de divulgación en medios de comunicación y la participación en eventos Distritales.
- Fortalecimiento de la Gestión Distrital para posicionar la línea 106: Participación en mesas distritales de prevención de las violencias; prevención de la explotación sexual comercial.

Para el 2012 se programaron las metas: **“...144 instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, 602 instituciones especiales de protección social, centros de reclusión, instituciones de habitante de calle y 68 instituciones especiales con menores en protección con la estrategia de gestión y acción en salud pública implementadas...”**. En total en el 2012, se cumplieron las 3 metas de interés directo de los ámbitos Institucional e IPS en un 100% en las instituciones planeadas.

IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud): Se intervinieron 144 instituciones tanto públicas como privadas con la estrategia de gestión y acción en salud pública, las acciones se

encaminaron al abordaje de las necesidades identificadas en la población, con el acompañamiento de los equipos locales.

INSTITUCIONES DE PROTECCION DE PERSONA MAYOR: Se cubrieron 602 instituciones de protección de persona mayor institucionalizada, en 18 localidades del D.C., con un total de beneficiados de 9.857 personas mayores institucionalizadas. Por lo tanto se ha dado cumplimiento de la meta del 100%.

INSTITUCIONES DE PROTECCION PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: Se cubrieron 68 instituciones de protección de niños, niñas y adolescentes en modalidad de internado, en 15 localidades del D.C. con un total de beneficiados de 5.738 niños, niña y adolescente. Por lo tanto se ha dado cumplimiento de la meta del 100%.

3.3.2 Indicadores

- Tasa de mortalidad en menores de 1 año x 1000 nacidos vivos
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 10.000 menores de 5 años
- Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años x 100.000 menores de 5 años
- Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años x 100.000 menores de 5 años
- Cobertura de terapia antiretroviral
- "Número de casos detectados
- Numero de ASINTOMÁTICOS"
- Porcentaje de incremento de la cobertura para sellantes, fluor, control de placa y detartraje
- Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos
- Tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos
- Tasa de curación de casos de TBC
- Porcentaje de atención de casos de malaria y dengue
- Porcentaje de reducción de los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)
- Reducción de los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años
- Coberturas de vacunación para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI en niños y niñas en menores de 1 año
- Coberturas de vacunación para los nuevos biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI (población de 12 a 23 meses - Rotavirus de la población de 2 a 6 meses de edad - Neumo 23 para la población de 60 años y más)
- Porcentaje de avance en la adaptación, adopción e implementación del plan distrital de la política nacional de salud mental
- Porcentaje de casos de lepra atendidos por remisión ó diagnóstico
- Número de horas de operación de la Línea Amiga de Niños, Niñas de Adolescentes
- Número de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas cubiertas con la estrategia de gestión y acción en salud pública.
- Número de instituciones especiales que atienden a personas mayores con la estrategia de gestión y acción en salud pública
- Número de instituciones especiales con menores en protección con la estrategia de gestión y acción en salud pública.

- Número de localidades con estrategias de comunidad saludable
- Porcentaje de avance para la implementación en las ESE de las estrategias de la atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI infantil AIEPI, IAMI y IAFI.
- Porcentaje de incremento de cobertura de Citología Vaginal en mujeres entre 25 y 69 años.
- Porcentaje de avance en la implementación de la política de Discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables
- Tasa de bajo peso al nacer
- Prevalencia de infección por VIH en población gestante no asegurada
- Incremento en el tiempo de lactancia materna exclusiva

3.3.3 Limitaciones del proyecto

Falta de capacitación y/o fortalecimiento técnico al talento humano de los hospitales de la red pública.

La legislación laboral y las condiciones de contratación del sector desestimulan el sentido de pertenencia y compromiso del talento humano a nivel de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

La falta y/o ausencia de un sistema de información en tiempo real para manejo de barreras de acceso de la población con las EPS subsidias y contributivas no permitió que se diera una pronta respuesta.

3.3.4 Presupuesto ejecutado

Con cargo a los recursos de este proyecto de inversión se ejecutaron \$4.585 millones y se giraron \$4.130 millones.

3.3.5 Efectos del problema o acciones

Se trabajó articuladamente con las EPS del subsidiado y del contributivo de manera directa logrando en algunos eventos canalizados en temas de interés en salud pública una respuesta o solución a la barrera encontrada y mejorando la demanda inducida por parte de estas.

3.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Para el 2012 se programaron las metas: **“...144 instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, 602 instituciones especiales de protección social, centros de reclusión, instituciones de habitante de calle y 68 instituciones especiales con menores en protección con la estrategia de gestión y acción en salud pública implementadas...”**. En total en el 2012, se cumplieron las metas en un 100% en las instituciones planeadas en estas.

3.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Cumplimiento de las metas al 100%, por lo tanto no se dejaron de atender instituciones no programadas.

3.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

Por tratarse de acciones de salud pública, realizadas en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, cuyo énfasis es la promoción de la salud, se debe aclarar que estas acciones se realizan hasta terminar la actual vigencia del 2012.

3.3.9 Otras acciones

Asesoría y acompañamiento técnico a las Instituciones, profesionales y demás talento humano que labora en las IPS de la red pública e IPS privadas, instituciones de protección de niños, niñas y adolescentes e instituciones de persona mayor, en procesos de capacitación y sensibilización en las diferentes planes, programas y estrategias que se encuentran al interior del ámbito Institucional e IPS como son: Salud Mental, Salud Oral, Enfermedades Transmisibles, Poblaciones Diferenciales, Estrategias Materno Infantiles, Condiciones Crónicas, Salud Sexual y Reproductiva, Discapacidad, Salud Respiratoria y Ambiente. En este proceso se beneficiaron 14 Empresas Sociales del Estado (ESE) contratadas de primer nivel de atención, 130 IPS privadas, evidenciándose una disminución en las barreras de acceso al servicio de salud, 602 instituciones especiales de protección social, centros de reclusión, instituciones de habitante de calle y 68 instituciones especiales con menores en protección.

Este acompañamiento se realizó a través de las respuestas integradoras que se desarrollaron tanto en el ámbito Institucional con el ámbito IPS. El desarrollo de estas respuestas integradoras la conforman estrategias promocionales de salud y calidad de vida con enfoque de derechos a partir del trabajo focalizado con grupos priorizados en las instituciones teniendo en cuenta su alto nivel de vulnerabilidad y las necesidades identificadas por los profesionales de cada uno de los ámbitos.

3.3.10 Diagnostico final del problema

Tanto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las instituciones de protección ocupan un lugar específico para la materialización de muchos de los valores, principios y elementos centrales de la Atención Primaria en Salud, ya que como dispositivos estructurales y funcionales del sistema, no solamente deben asegurar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud y garantizar una puerta de entrada al mismo, lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia, sino que además, deben proveer servicios integrales e integrados, participativos, planeados desde el reconocimiento de las necesidades de la población, y provistos a través de un talento humano calificado, que integren la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en cualquier etapa del ciclo vital; igualmente busca promover la garantía de los derechos de las personas en situación de amenaza o vulneración de los derechos cuando estas se encuentran en la modalidad de institucionalizadas.

4. Problema Social 4. Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito comunitario en Bogotá D.C.

4.1 Reconstrucción del problema social

4.1.1 Identificación del problema

La población del Distrito Capital, en el escenario comunitario presenta procesos y dinámicas organizativas débiles, ya que no se evidencia potencialidad, orientación ni interés en la transformación positiva de las realidades locales en salud. Lo anterior a partir de un enfoque integral y participativo que promueva la reflexión crítica y la acción efectiva de los sujetos y sus colectividades para la exigibilidad del Derecho a la Salud y el mejoramiento de su propia calidad de vida.

4.1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

La debilidad en el tejido social, la baja respuesta social, el desconocimiento de los derechos en la ciudadanía, la baja pertinencia de la respuesta institucional en pro del fortalecimiento del tejido social, son factores que dificultan la exigibilidad del derecho a la salud por parte de las comunidades.

Adicionalmente los procesos organizativos presentan débiles habilidades y competencias para la reflexión crítica y la acción sobre sus propias realidades en salud, las expresiones organizativas en salud (grupos, organizaciones y redes sociales) se encuentran fragmentadas y no logran una incidencia efectiva en ninguno de los niveles de la determinación social de la calidad de vida y salud, y se evidencia una falta de dinámicas que potencien la acción de los sujetos y las colectividades frente a la exigibilidad de los derechos en este caso fundamental el Derecho a la Salud, particularmente frente a la prestación de la atención en salud.

Sobre este último punto, se considera fundamental el reconocimiento de la existencia de barreras de acceso sociales (Ej. Débiles redes entre la comunidad y las instituciones) y culturales (Ej. Representaciones sociales de una población específica por parte de servidores y servidoras de la salud), que aumentan las brechas de inequidad de las poblaciones particulares que se encuentran en condiciones de fragilidad social.

4.1.3 Focalización

Las acciones dispuestas para el escenario Comunitario se desarrollan con hombres y mujeres de cada etapa de ciclo vital, condición o situación e identidad, en contextos urbanos y rurales, que estén vinculados con procesos organizativos (grupos, organizaciones, redes sociales) orientados o interesados en el análisis y la acción sobre las realidades locales en salud en las veinte (20) localidades del Distrito Capital, con especial énfasis en la población de los estratos 1, 2 y 3.

De manera particular, también se desarrollan acciones con poblaciones especiales como población LGBT, poblaciones Étnicas, población en condición de discapacidad, víctimas de conflicto, habitantes de calle, mujeres y hombres en situación de prostitución, así como con niños(as), adolescentes y jóvenes que pertenecen a Barras futboleras.

4.1.4 Actores que intervienen en el problema

Se relacionan con la problemática planteada, principalmente los Grupos, organizaciones, redes sociales de base comunitaria en las veinte localidades, IDPAC, Secretaría de Integración Social, Secretaría de Gobierno, ICBF, Alcaldías Locales, Ministerio de la Protección Social, Organizaciones No Gubernamentales (ONG): Fundación Procrear, Fundación Fénix y los hospitales de la red

pública con especial participación de los equipos del Ámbito Comunitario y la direcciones de participación social de las Empresas Sociales del Estado.

4.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

4.2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana. De manera específica en el contexto del Objetivo se propone: “...Hacer sostenible el pleno ejercicio de los derechos en función del mejoramiento de la calidad de vida...”, principio éste que, armonizado con la estrategia de gestión social también planteada allí: “...gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios...”, soportan las intervenciones promocionales de calidad de vida, llevadas a cabo desde el sector salud, en el ámbito comunitario.

En este mismo sentido, los planteamientos del Programa Bogotá Sana de: “...Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas...”, de igual forma, sirven de sustento a dichas intervenciones. En este mismo sentido, existen en el Distrito Capital las Políticas de infancia y de juventud: “Quiéreme Bien, Quiéreme Hoy” y la Política Pública de Juventud 2006 – 2016, adoptada mediante Decreto 482 de 2006.

Adicionalmente: Constitución Política de Colombia 1991, Plan Nacional de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano, Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano, Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Decreto 3039 de 2007, en que se prioriza la atención a la infancia, y Ley 691 de 1991.

4.2.2. A nivel de la Entidad

Proyecto 627-Comunidades Saludables.

Dentro de este contexto, la entidad formuló, registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Distrital, y viene ejecutando el Proyecto de Inversión 624 Salud al Colegio. El Objetivo general del mismo es “...**Fomentar la inclusión social en salud y la construcción de entornos saludables a partir del reconocimiento y fortalecimiento de las dinámicas de organización comunitaria, con un enfoque poblacional y territorial, por medio de acciones de promoción, protección y/o restitución de la autonomía...**”.

4.2.3 Metas formuladas

- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos
- Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)
- Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años
- Desarrollar una estrategia de comunidad saludable en cada una de las 20 localidades del Distrito Capital.
- A 2012 tener cero casos de rabia humana autóctona.
- A 2012 lograr coberturas de vacunación canina por encima del 70% en población susceptible de vacunar.
- A 2012 incrementar la cobertura de actividades de promoción de actividad física en adultos entre 18 a 64 años.
- A 2012 tener implementada en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS las estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI infantil AIEPI, IAMI y IAFI.
- A 2012 implementar la política de salud ambiental en el 100% de las localidades del Distrito Capital.
- A 2012 tener diseñada, implementada y desarrollada la estrategia de prevención de accidentes domésticos.
- A 2011 lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizadas en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promov
- Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer.
- A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad (Mandato del plan de desarrollo aprobado por acuerdo - Concejo)
- Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes. (meta del acuerdo por el cual se aprueba el plan de desarrollo)

Actividades:

1. Revisar los avances conceptuales, metodológicos y operativos que se han alcanzado en el desarrollo del ámbito comunitario, para el diseño e implementación de la estrategia de comunidad saludable.
2. Realizar el seguimiento y evaluación de la estrategia de comunidad saludable.
3. Gestión de la Estrategia de comunidad saludable.
4. Desarrollar habilidades y competencias de los grupos y organizaciones (nacientes o conformadas, redes, líderes etc.) que promuevan y faciliten la movilización y el fortalecimiento del tejido social, en torno a los derechos humanos con especial énfasis en el derecho a la salud, reconociendo las diferencias especialmente las de género, etnia y clase en lo local.
5. Desarrollar habilidades y competencias de los grupos y organizaciones (nacientes o conformadas, redes, líderes etc.) que promuevan y faciliten la movilización y el fortalecimiento del tejido social, en torno a los derechos humanos con especial énfasis en el derecho a la salud, reconociendo las diferencias especialmente las de género, etnia y clase, desde el nivel central.

6. Revisar y ajustar los desarrollos generados en las localidades en el avance de una propuesta para la construcción de las diferentes rutas promocionales y restituidas de calidad de vida y salud.
7. Implementación y seguimiento al proceso metodológico para la construcción de las rutas que se puedan validar en lo local.
8. Desarrollar respuestas articuladas para el abordaje de eventos en salud pública en los territorios donde se desarrolla la estrategia de comunidad saludable, teniendo en cuenta los diferentes Proyectos de Desarrollo de Autonomía y Transversalidades.
9. Consulta, concertación e implementación de acciones afirmativas en salud para la comunidad Étnica del Distrito (afro - Indígena - Rom).
10. Identificar y facilitar procesos sociales por espacios libres de humo y actividad física para el Mejoramiento de la Calidad De Vida y la salud en lo local.
11. Desarrollar e Implementar procesos pedagógicos que promuevan prácticas favorables para la salud oral para el Distrito, dentro de la estrategia de comunidad saludable.
12. Consolidar a partir de proceso de acompañamiento y capacitación las redes sociales identificadas.
13. Implementar, monitorear y fortalecer acciones interinstitucionales para la promoción de espacios seguros dentro de la estrategia de comunidad saludable para el Distrito Capital.

4.2.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud se asignaron \$7.119 millones.

4.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población a intervenir en 2012 corresponde a la programación de metas para cada prioridad según necesidad de la población atendida por cada ESE:

META PRIORIZADA	TOTAL PROGRAMADO
Formación y fortalecimiento a red social materno infantil	20
Estrategias de comunidad saludable en territorios sociales	20
Acompañamiento a 1190 organizaciones de base comunitaria	562
Grupos con Estrategias AEIPI	20
Núcleos de gestión- Cabildos comunitarios articulados a planeación participativa territorial	2.028
Número de grupos - Tu Vales	64
Número de grupos - Muévete Comunidad	48
Centros de Escucha	20
Número de grupos - Etnias	7

4.3 Resultados de la transformación de los problemas

4.3.1 Niveles de cumplimiento

La estrategia promueve un enfoque integral y participativo para la exigibilidad del Derecho a la Salud y el mejoramiento de la calidad de vida y salud de las comunidades. En este sentido la estrategia fortaleció las expresiones organizativas en salud (grupos, organizaciones y redes

sociales) para lograr una incidencia efectiva en niveles de la determinación social de la calidad de vida y salud y potenciar la acción de los sujetos y las colectividades frente a la exigibilidad **del Derecho a la Salud. Se fortalecieron iniciativas comunitarias en las 20 localidades del Distrito Capital para la búsqueda y transformación de sus realidades locales en salud ampliando la movilización y participación social con incidencia local.**

La articulación con sectores y deferentes acciones del sector salud se priorizo como acción fundamental para el logro de los objetivos propuestos por la estrategia, estableciendo un ejercicio de complementariedad para posicionar el nivel de gestión comunitario con el nivel de la gestión local procurando de incidir en las decisiones locales, adicionalmente dinamizando procesos y estrategias que permitan trascender la acciones de lo comunitario.

Durante el periodo la estrategia comunidades saludables en sus diferentes acciones reorganiza las mismas para el desarrollo del nuevo plan territorial de salud y el modelo de operación de la salud pública en territorios del distrito capital, a partir de la evaluación y seguimiento de las acciones y teniendo en cuenta aquellas propuestas que tuvieron mayor impacto en las localidades, para aquellas propuestas que presentaron menor incidencia en la estrategia comunidades saludables re reorientaron y ajustaron en el nuevo modelo. La estrategia se modifica en dos nuevas líneas o ámbitos de acción 1. Fortalecimiento a la participación social 2. **Ámbito espacio público y estrategia de servicios de salud colectiva.**

Acciones concretas:

112 grupos comunitarios para la promoción de la actividad física. 64 desarrollando el programa Tu Vales y 48 participando de la estrategia Muévete Comunidad.

44 grupos u organizaciones de población desplazada víctima del conflicto.

66 grupos de gestores comunitarios.

64 grupos de monitores ambientales - Organizaciones de Base Comunitaria con temáticas de ambiente.

564 organizaciones de base comunitaria acompañadas - Grupos y Organizaciones de base comunitaria.

20 redes en formación y fortalecimiento materno infantil.

20 grupos con implementación de estrategia AIEPI.

20 centros de escucha. Canalizando las acciones de mitigación del riesgo. (Discapacidad – Desplazados – Habitante de Calle – Salud Mental – jóvenes).

19 grupos étnicos.

Ampliación de algunas acciones:

DESPLAZADOS: LOCALIDAD ENTRO ORIENTE: Intervención con acciones de salud en articulación con Fundación Vida (vacunación y toma de muestras) y posicionamiento de la ESE con la población, inclusión en centros de escucha e inclusión de la población en actividades de capacitación y trabajo en articulación con el SENA. SUBA: Establecimientos de procesos donde se realizaron lectura de necesidades y construcción del Plan de Acción, así mismo se realizó la conformación de centros de Escucha a través de la identificación de espacios en coordinación con las directivas de la Unidad de Atención y Orientación de la Localidad, en el marco de dichos Centros de escucha se realizaron diferentes convocatorias a la comunidad y se efectuaron encuentros semanales en donde participó población diversa. ENGATIVÁ: Se avanza en el proceso

de formación para la movilización y exigibilidad de derechos en salud mediante los encuentros de saberes programados con la población. USME: Realización de acciones con los grupos de población desplazada de los comedores de Villa Alemania y la Fiscala, frente a temas como la participación y el aprovechamiento del tiempo libre

Realización de acciones con el grupo de población desplazada de Tocaimita con población Afro, en al marco de la resolución 5424-5425 de 2009 del Ministerio de Protección Social y Acercamiento con etnias indígenas. Realización de acciones con el grupo de población desplazada en la fundación Sainville, frente a la formación de líderes y lideresas con población Pepaso como fortalecimiento de la Red Social de Jóvenes en el marco de la resolución 5069 de 2009 en articulación con territorios efectivos.

GRUPOS GESTORES COMUNITARIOS: De acuerdo con el avance desarrollado en el periodo anterior para la formación de Grupos Gestores Comunitarios, quienes realizan iniciativas comunitarias en las 20 localidades del Distrito Capital para la transformación de sus realidades locales en salud.

ETNIAS: Se realiza proceso de concertación y formulación de planes de acción locales a partir de los cuales durante el periodo se avanza en: SANTAFÉ: Logros fundamentales se evidencia el total apoyo al proceso que se viene realizando desde el componente Etnias, 0 casos de ira dentro de la población infantil y de la tercera edad, el acompañamiento constante de los líderes tradicionales en las dinámicas propuestas por el referente etnias del territorio Santafé Candelaria.

SUBA: Se llevó a cabo la conformación del grupo con población Afro descendiente en el territorio de la Gaitana. Para tal fin, se hizo acercamiento, construcción del plan de Acción y la lectura de necesidades. USME: Acercamiento e identificación de grupos, teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la comunidad étnica indígena con el fin de implementar acciones de acuerdo a los lineamientos para la orientación desde el enfoque diferencial y de salud. Grupos afrodescendientes: Se continúa con el proceso y dándole cumplimiento a los planes de acción y cronogramas desarrollando con los grupos temáticas como: El auto 005, cultura, la convivencia ciudadana, los derechos de los ciudadanos y actividades orientadas a conversar el medio ambiente y los recursos naturales. Por otro lado alguno de los grupos ha requerido mayor presencia de la intervención en la cual se ha brindado apoyo con el fin de aportar al fortalecimiento del grupo. VISTA HERMOSA: Identificación y consolidación de los diferentes grupos.

MONITORES AMBIENTALES: Se encuentra como acción importante de respuestas articuladas el proceso de formación de Monitores Ambientales Comunitarios el cual con base en los planes de acción concertados con los grupos en todas las localidades inicia acciones de formación. Se desarrolla en el marco de las sesiones de formación con los Monitores Ambientales énfasis en los temas de Basura Cero.

ACTIVIDAD FÍSICA: La implementación del programa Muévete se visibilizó en las localidades de Santa Fe, Mártires, Engativá, Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos, Suba, Bosa, Puente Aranda, Kennedy San Cristóbal, Tunjuelito, Rafael Uribe y Usme. Las ESE Los avances se centralizaron en el proceso de caracterización de los grupos, lectura de necesidades y elaboración del Plan de Trabajo.

4.3.2 Indicadores

- Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos
- Porcentaje de reducción de los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)
- Reducción de los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años
- Número de localidades con estrategias de comunidad saludable
- Número de casos de rabia humana autóctona en el Distrito Capital.
- Cobertura de vacunación canina por encima en población susceptible de vacunar.
- Número de grupos dedicados a incrementar la cobertura de actividades de promoción de actividad física
- Porcentaje de avance para la implementación en las ESE de las estrategias de la atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI infantil AIEPI, IAMI y IAFI.
- Porcentaje de localidades con Política de salud ambiental implementada en el del D.C.
- Porcentaje de avance en el diseño, implementación y desarrollo la estrategia de prevención de accidentes domésticos
- Porcentaje de avance en la implementación de la política de Discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables
- Tasa de bajo peso al nacer
- Incremento en el tiempo de lactancia materna exclusiva
- Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes.

4.3.3 Limitaciones del proyecto

Dificultades en la contratación del talento humano por parte de los Hospitales, así como su alta rotación, para la implementación del proyecto durante el periodo.

Coyuntura de empalme, armonización, ajuste y desarrollo entre planes territoriales de salud, modelo de operación de las acciones en salud pública y planes de desarrollo.

4.3.4 Presupuesto ejecutado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, para este proyecto de inversión se ejecutaron \$7.119 millones y se giraron \$6.296 millones.

4.3.5 Efectos del problema o acciones

Como estrategia "Comunidades Saludables" aportó y desarrolló sus acciones con un enfoque de gestión social integral de forma tal que se generar, direccionar y dinamizar procesos de fortalecimiento de las expresiones organizativas (grupos, organizaciones, redes sociales) que tengan potencialidad, orientación e interés en la transformación positiva de las realidades locales en salud. La articulación con sectores y deferentes acciones del sector salud se priorizo como acción fundamental para el logro de los objetivos propuestos por la estrategia, estableciendo un ejercicio de complementariedad para posicionar el nivel de gestión comunitario con el nivel de la gestión local procurando de incidir en las decisiones locales, adicionalmente dinamizando procesos y estrategias que permitan trascender la acciones de lo comunitario.

PROBLEMÁTICA	PDA O TRANSVERSALIDAD QUE INTERVIENE	RESPUESTA
<p>La población del Distrito Capital, en el escenario comunitario presenta procesos y dinámicas organizativas débiles, ya que no se evidencia potencialidad, orientación ni interés en la transformación positiva de las realidades locales en salud.</p> <p>Sujetos –como punto inicial de los procesos organizativos- tienen débiles habilidades y competencias para la reflexión crítica y la acción sobre sus propias realidades en salud.</p> <p>Expresiones organizativas en salud (grupos, organizaciones y redes sociales) se encuentran fragmentadas y no logran una incidencia efectiva en ninguno de los niveles de la determinación social de la calidad de vida y salud.</p> <p>Carencia de dinámicas que potencien la acción de los sujetos y las colectividades frente a la exigibilidad del Derecho a la Salud, particularmente frente a la prestación de la atención en salud. Para este último, es fundamental el reconocimiento de la existencia de barreras de acceso sociales y culturales, que aumentan las brechas de inequidad de las poblaciones particulares que se encuentran en condiciones de fragilidad social.</p>	Salud Sexual y Reproductiva, prostitución y género	Formación y capacitación en salud, canalización a servicios de salud. Restitución de derechos, promoción del libre desarrollo de la personalidad, autonomía y prevención de situaciones violentas de géneros y fobias por identidades sexuales.
	Atención Integral a las Enfermedades Prevalente de la Infancia - AIEPI	Garantizar la lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses, y promover el cuidado de niños y niñas.
	Etnias	Promoción para la inclusión social, el ejercicio de la ciudadanía y el reconocimiento de la población étnica que habita en el distrito capital, que participa de espacios colectivos y toma decisiones. Empoderamiento por el derecho a la salud de la población de comunidades étnicas sobre las rutas de acceso a los servicios de salud y estructura normativa que lo soporta.
	Desplazamiento	Procesos de empoderamiento frente al derecho a la salud.
	Salud Sexual y Reproductiva – Red Social Materno Infantil	Garantizar los derechos de las mujeres gestantes, acciones de movilización social para convocar responsabilidades y voluntades, circuitos de reconocimiento que favorecen la disminución de barreras de acceso geográfico, cultural y de aseguramiento a los servicios de sociales y de salud, identificación de necesidades y subjetividades de la mujer gestante para el cuidado de la salud y procesos de formación para el cuidado, derechos, señales de alarma y responsabilidades. Grupos de apoyo que contribuyen en el fortalecimiento del tejido social.
	Actividad física	Apropiación de espacios públicos y exigibilidad de derecho a la salud
	Grupos gestores Comunitarios	Fortalecimiento de competencias sociales de personas y organizaciones comunitarias. Fortalecimiento del tejido social.

4.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

- 112 grupos comunitarios para la promoción de la actividad física. 64 desarrollando el programa Tu Vales y 48 participando de la estrategia Muévete Comunidad.
- 44 grupos u organizaciones de población desplazada víctima del conflicto.
- 66 grupos de gestores comunitarios.
- 64 grupos de monitores ambientales - Organizaciones de Base Comunitaria con temáticas de ambiente.
- 564 organizaciones de base comunitaria acompañadas - Grupos y Organizaciones de base comunitaria.

- 20 redes en formación y fortalecimiento materno infantil.
- 20 grupos con implementación de estrategia AIEPI.
- 20 centros de escucha. canalizando las acciones de mitigación del riesgo. (Discapacidad – Desplazados – Habitante de Calle – Salud Mental – jóvenes).
- 19 grupos étnicos.

4.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

De la población focalizada no se dejó sin atender ninguna prioridad.

4.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

Las acciones propuestas por la Estrategia Comunidades saludables a partir del 2do semestre 2012 continúan su ejecución a través del proyecto No. 869 “Salud para El Buen Vivir”, en el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2012, y de acuerdo al modelo de atención en salud de la Secretaria Distrital de Salud.

4.3.9 Otras acciones

Dar continuidad durante el proceso aquellos convenios o proyectos especiales complementarios a las estrategia comunidades saludables, como el caso de: "Échele cabeza intervención de reducción de riesgos, análisis de sustancias y alertas tempranas", "Estrategias para la comunidad del proyecto Zonas de Rumba Seguras", "Promoción de la salud mental y buen ocio", "Educación continua en mejoramiento de salud mental", "Fortalecimiento estrategias ZOU", entre otros.

Adicionalmente se participa en articulación con los procesos de planeación participativa territorial y local en la realización de 2.028 CABILDOS COMUNITARIOS DE SALUD en el Distrito Capital.

4.3.10 Diagnóstico final del problema

La puesta en marcha de una estrategia en salud en busca de fomentar la inclusión social en salud y la construcción de entornos saludables a partir del reconocimiento y fortalecimiento de las dinámicas de organización comunitaria, por medio de acciones de promoción, protección y/o restitución de la autonomía, expresadas en intervenciones promotoras de calidad de vida y salud en los territorios sociales. Permitió avanzar, con esfuerzos conjuntos (instituciones – comunidad) por la disminución de la brecha de inequidad y por la restitución del derecho a la salud de la población generado una mayor visibilización de la utilidad de fortalecer los procesos de organización comunitaria para avanzar en la cualificación de un tejido social favorable a la calidad de vida y salud de las comunidades.

La estrategia comunidades saludables en las diferentes localidades del distrito, apporto desde sus diferentes acciones brindando información y conocimiento a las diferentes comunidades del distrito capital en el reconocimiento del sistema de seguridad social y mecanismos de exigibilidad de los derechos en salud. La estrategia comprende que esa transformación requiere de la consolidación de procesos de empoderamiento comunitario, siendo éste el proceso por medio del cual se fomenta en los sujetos y en sus colectividades ejercicios de reflexión crítica que

dinamicen su acción para la transformación positiva de los territorios sociales, la disminución de inequidades y la inclusión social.

Sin embargo, estos procesos evidencian resultados en el largo plazo, razón por la cual exigen que la institucionalidad trabaje de manera articulada entre todos los sectores, buscando respuestas mucho más coherentes con la integralidad y particularidad de la vida de las personas. A su vez, exige que la comunidad participe activamente en estos procesos de agencia ciudadana desde una lógica diferencial orientada a los resultados pero proyectada a cambios sustanciales que exigen procesos de largo plazo.

5. Problema Social 5. Prevalencia de Enfermedades Inmunoprevenibles en población infantil, adolescente y adulta en Bogotá D.C.

5.1 Reconstrucción del problema social

5.1.1 Identificación del problema

La población Infantil de cero a cinco años de edad del Distrito Capital presenta un riesgo alto de enfermar o morir por eventos prevenibles con la vacunación. La aparición de enfermedades en la población como la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, la rubéola, la influenza y las paperas se constituyen en uno de los principales problemas de salud pública, debido a las consecuencias nefastas que tienen sobre la población, en términos de enfermedad, discapacidad y muerte. Las causas de su aparición son divergentes y obedecen, ante todo, a la mutación de agentes y de vectores patógenos nocivos para la salud humana, para los cuales, la comunidad científica internacional ha desarrollado biológicos para la prevención de su aparición. Su rápida propagación entre la población da origen a lo que los científicos denominan “epidemia”.

La epidemia, del griego epi, por sobre y demos, pueblo, es una descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado. Para evitar el sensacionalismo que conlleva esta palabra en ocasiones se utiliza el sinónimo de brote epidémico o brote. En la actualidad el concepto es una relación entre una línea de base de una enfermedad, que puede ser la prevalencia o incidencia normales, y el número de casos que se detectan en un momento dado. En este sentido si una comunidad se encuentra libre de determinada enfermedad, un solo caso constituye una epidemia. En otras palabras, es un incremento significativamente elevado en el número de casos de una enfermedad con respecto al número de casos esperados. En caso de que la epidemia se extendiera por varias regiones geográficas extensas de varios continentes o incluso de todo el mundo se trataría de pandemia. En caso de enfermedades que afectan en una zona mantenida en el tiempo se trataría de endemia.

5.1.2 Identificación de sus causas y efectos

Tal y como se mencionó antes, las causas por las cuales aparecen las enfermedades inmuno prevenibles, se deben ante todo, a la mutación de agentes patógenos, sobre los cuales se han hecho investigaciones, logrando su control a través de la vacunación. De no llevarse a cabo la vacunación en forma adecuada, como consecuencias pueden ser eminentes las epidemias y las pandemias en la población. Por esta razón, la vacunación se constituye en una de las prioridades en salud pública, dado su carácter universal, equitativo y costo efectivo, y por su alcance para

proteger la salud y la vida de la población contra enfermedades prevenibles por vacunación como poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, haemophilus influenzae, rubéola, paperas, hepatitis A, hepatitis B, rotavirus y neumococo, a través de estrategias de erradicación, eliminación o control, con el objetivo final de disminuir la morbilidad y mortalidad. Cualquier esfuerzo de la autoridad sanitaria para alcanzar coberturas de vacunación tiene un valor incalculable frente a los efectos en términos de salud y de bienestar de la población.

En este sentido, el éxito del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI depende en gran parte de la posibilidad de captar y vacunar a los niños durante su primer año de vida, sin embargo en los últimos cinco años éste propósito se ha visto afectado por diferentes razones entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Debilidad en la respuesta a la articulación del sector y de otros actores para mantener las coberturas de vacunación por encima del 95% en todos los biológicos, lo cual imposibilita el trabajo intersectorial donde la respuesta de todos concurre para mantener las coberturas del programa.
- La comunidad en general especialmente los padres y cuidadores no responden de manera continua y oportuna al cumplimiento del esquema de vacunación, aumentando la susceptibilidad de padecer enfermedades inmuno prevenibles, afectando de manera directa el logro de los objetivos del programa.
- No se cuenta con estrategia de comunicación permanente para informar y movilizar a la población objeto del programa incidiendo en la baja sensibilización de padres y cuidadores frente a los beneficios del cumplimiento en el esquema de vacunación.
- No disponer del 100% de la información en el aplicativo PAI de niños y niñas menores de cinco años vacunados oportunamente y con calidad, lo que no facilita el seguimiento efectivo de los niños y niñas para la aplicación oportuna de los biológicos del programa.
- El desconocimiento de los derechos de los padres y cuidadores, falta de seguimiento del asegurador a su población afiliada, desconocimiento del personal de salud de las enfermedades inmunoprevenibles y el esquema de vacunación, barreras de acceso a los diversos servicios, sobreestimación de las proyecciones poblacionales asignadas por el DANE – censo año 2005, desplazamiento de la población, falta de empoderamiento de padres y cuidadores a la protección de la infancia a través de la vacunación, falta de reconocimiento de las estrategias de vacunación por la comunidad como estrategia de prevención de las enfermedades.

Los efectos, como se mencionó antes, al no atacar el problema de los virus y al no lograr coberturas ideales de vacunación, se generan enfermedades como la poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, haemophilus influenzae, rubéola, paperas, hepatitis A, hepatitis B, rotavirus y neumococo, aumentando de manera considerable la morbilidad y mortalidad, debido a su rápida propagación, dando lugar a epidemias y pandemias dadas por el incremento significativamente elevado en el número de casos.

5.1.3 Focalización

Las veinte localidades del Distrito capital presentan el mismo riesgo por presentar coberturas de vacunación no óptimas, siendo: Barrios Unidos, Suba, Mártires, San Cristóbal, Engativá y Rafael

Uribe las que presentan menores coberturas y mayor acumulo de susceptibles, lo que coloca en riesgo a la población en general del D.C.

5.1.4 Actores que intervienen en el problema

1. EAPB
2. IPS vacunadoras
3. Personal de Salud
4. Padres, cuidadores y comunidad en general

5.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

5.2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor", se destacan los planteamientos del Objetivo Niñez Bienvenida y Protegida, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana.

De manera específica en el contexto del Objetivo se propone: "...Adoptar medidas tendientes a garantizar la cobertura en vacunación...", El Decreto 85 de 2003 Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar la cobertura efectiva del Programa Ampliado de inmunizaciones en el Distrito Capital, la cual expresa entre otros aspectos, que es responsabilidad del Distrito Capital adoptar e implementar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC en el Distrito, propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de la situación de salud pública de la población y promover la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial. De igual forma señala que una de las acciones prioritarias en materia de salud pública es la vacunación de los menores de edad y la protección a toda la población en general y especialmente a los niños y niñas, de posibles epidemias generadas por la falta de coberturas óptimas de vacunación.

5.2.2 A nivel de la Entidad

Proyecto No. 628 Niñez Bienvenida y Protegida

Programa: BOGOTA SANA

Objetivo estructurante: Ciudad de Derechos

Objetivo general: Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital.

Objetivos Específicos:

1. Impactar en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito Capital con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital.
2. Contribuir a la eliminación, erradicación, y control de las enfermedades inmunoprevenibles a través del programa Ampliado de Inmunizaciones.

Dentro de este contexto, la entidad formuló y registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión de la Secretaría Distrital de Planeación, y viene ejecutando el Proyecto de Inversión 628 Niñez Bienvenida y Protegida el cual propende la disminución del riesgo de enfermar o morir por eventos prevenibles con la vacunación.

5.2.3 Metas formuladas

- Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI por encima del 95% en niños y niñas menores de un año y de un año.
- Incluir nuevos biológicos para el PAI de la ciudad así: Hepatitis A en población de 12 a 23 meses, rotavirus para la población de 2 a 6 meses de edad.
- Garantizar 20.000 vacunas anuales contra en el neumococo para recién nacidos de sisben 1 y 2.

5.2.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud se asignaron \$5.193 millones.

5.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Niños y niñas menores de un año y de un año.

Niños y niñas de 12 a 23 meses vacunación contra la Hepatitis A

Niños y niñas de 2 a 6 meses de edad vacunación contra el Rotavirus

Niños y niñas menores de un año de edad sisben 1 y 2 contra en el neumococo

5.3 Resultados de la transformación de los problemas

5.3.1 Niveles de cumplimiento

En la tabla No. 1 se presentan las coberturas de vacunación alcanzadas durante el primer semestre de 2012 en el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor 2008-2012, discriminado por localidad para cada uno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones, en población de un año y menores de un año.

Tabla No. 1

LOCALIDADES	POBLACION MENOR 1 AÑO	MENORES DE UN AÑO			POBLACION DE 1 AÑO	1 AÑO			
		ANTIPOLIO	PENTAVALENTE	ROTAVIRUS		TRIPLE VIRAL	NEUMOCO CO	FIEBRE AMARILLA	HEPATITIS A
		%	%	%		%	%	%	%
USAQUEN	8700	57,4	57,5	58,7	8960	55,8	55,6	49,2	59,7
CHAPINERO	8581	48,6	48,5	50,3	8122	51,9	50,6	44,5	54,9
SANTAFE	1299	52,5	52,5	47,9	1300	51,8	52,5	46,6	53,5
SAN CRISTOBAL	6120	47,6	47,6	46,5	6000	51,1	51,4	47,8	52,0
USME	6000	55,3	55,3	50,8	6150	52,8	53,2	40,2	54,2
TUNJUELITO	3483	52,2	52,2	49,4	3400	52,7	53,3	48,7	54,6
BOSA	8960	52,9	52,9	50,8	9712	53,2	54,0	44,1	55,1
KENNEDY	14446	53,1	53,1	51,2	13925	54,9	56,2	46,1	56,9
FONTIBON	6159	50,6	50,6	49,7	6394	50,5	50,0	48,1	53,0
ENGATIVA	8610	49,9	49,8	47,6	8680	52,4	53,3	45,7	55,3
SUBA	11000	47,1	47,4	45,7	10750	49,8	51,1	42,3	51,6
BARRIOS UNIDOS	4664	46,1	46,1	51,1	4560	41,9	42,7	37,6	44,3
TEUSAQUILLO	2544	60,8	61,0	63,4	2877	46,2	46,3	44,7	49,7
MARTIRES	1096	47,9	47,9	46,6	1050	53,6	54,9	51,1	55,8
ANTONIO NARINO	3568	52,8	52,8	52,9	3829	46,4	46,4	38,5	47,4
PUENTE ARANDA	6044	50,2	50,2	51,8	5741	52,3	53,2	41,5	54,5
CANDELARIA	139	51,1	51,1	53,2	154	62,3	64,3	61,7	62,3
RAFAEL URIBE	7048	49,9	49,8	49,1	6300	54,3	54,9	44,0	55,2
CIUDAD BOLIVAR	11963	52,5	52,5	49,8	12100	50,9	51,9	44,9	52,6
SUMAPAZ	58	58,6	58,6	58,6	60	63,3	63,3	61,7	63,3
TOTAL	120482	51,4	51,4	50,5	120064	51,8	52,4	44,7	53,9

Fuente Informe mensual SIS 151 SDS

5.3.2 Indicadores

- Coberturas de vacunación para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI en niños y niñas en menores de 1 año
- Coberturas de vacunación para los nuevos biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI (población de 12 a 23 meses - Rotavirus de la población de 2 a 6 meses de edad - Neumo 23 para la población de 60 años y más)
- Número vacunas contra neumococo para recién nacidos de sisben 1 y 2 garantizadas al año.

5.3.3 Limitaciones del proyecto

Dificultades en la contratación del talento humano por parte de los Hospitales, así como su alta rotación, para la implementación del proyecto durante el periodo.

Coyuntura de empalme, armonización, ajuste y desarrollo entre planes territoriales de salud, modelo de operación de las acciones en salud pública y planes de desarrollo.

5.3.4 Presupuesto ejecutado

Con cargo a los recursos de este proyecto de inversión, se ejecutaron el 100% del presupuesto asignado o sea \$5.193 millones y se giraron \$4.711 millones, que equivalen a 90.72% del valor ejecutado.

5.3.5 Efectos del problema o acciones

Se complementan acciones y estrategias con los diversos actores y sectores en la construcción de nuevas estrategias de intervención por componentes, con el objeto de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos:

- Gestión del talento humano
- Sistema de Información
- Cadena de Frío, suministro e Insumos
- Estrategias
- Vigilancia a las Inmunoprevenibles

1. Talento Humano

Para el manejo integral del programa, se cuenta talento humano fortalecido e idóneo necesario y suficiente para dar respuesta a las necesidades de Asistencia Técnica, Seguimiento y Evaluación a nivel Local.

Adicionalmente se contrata a través de las ESE talento humano auxiliar y profesional que desarrollan la estrategia extramural del programa permanente y Jornadas Distritales de Vacunación, Seguimiento a cohortes y no vacunados.

En las IPS privadas se cuenta con personal idóneo para realizar las actividades de vacunación y referentes de Promoción y prevención en el fortalecimiento de la inducción a la demanda.

2. Sistemas de Información

Bogotá cuenta desde el año 2005 con un sistema de información nominal en la web, del cual forman parte todas las IPS del distrito. A partir de esta información se realiza la estrategia de seguimiento a cohortes de nacidos vivos con el fin de aplicar los esquemas de manera oportuna y hacer seguimiento a los niños y niñas no vacunados.

Actualmente se cuenta con la versión 2.0, la cual permite a través de un cubo de datos obtener información diaria de lo vacunado en cada uno de los puntos de la ciudad con una confiabilidad del 98%.

3. Cadena de Frío y Suministros

Se cuenta con centro de acopio distrital con capacidad suficiente que soporta la introducción de nuevas vacunas, 14 centros de acopio uno por cada ESE y dos en las EAPB con mayor volumen de

vacunación (grupo Saludcoop y Compensar), Sanitas distribuye las vacunas a sus puntos el mismo día que hace la solicitud a la Secretaría.

Para controlar la calidad de las vacunas se realiza monitoreo centinela de la temperatura de los centros de acopio las 24 horas del día, centralizado desde la Secretaría Distrital de Salud.

De igual manera se ha fortalecido la cadena de frío para almacenamiento, transporte y conservación de los productos biológicos en los puntos intra y extramurales.

4. Estrategias

VACUNACION INTRAMURAL: garantiza la vacunación del programa permanente con horarios habituales, horarios extendidos, vacunación a viajeros, vacunación a recién nacidos

VACUNACIÓN EXTRAMURAL: se realiza a través de varias modalidades vacunación en instituciones educativas, jardines, casa a casa, seguimiento a cohortes, bloqueo y concentración

HORARIOS EXTENDIDOS: para dar mayor cobertura y facilidad a los padres, se dispone de 105 IPS que implementaron la modalidad de horarios extendidos hasta las 7 de la noche y fines de semana

VACUNACIÓN DEL RECIEN NACIDO: las IPS que atienden partos son la puerta de entrada al programa de vacunación

VACUNACION A VIAJEROS CONTRA FIEBRE AMARILLA: se ampliaron los horarios en los puntos de vacunación UPA Candelaria y CAMI Suba y se mantienen en los terminales aéreo, terrestre y la UPA Lorencita Villegas.

EQUIPOS TERRITORIALES RESPUESTA INICIAL Y RESPUESTA COMPLEMENTARIA, conformados por médicos, enfermeras y auxiliares de salud pública, los cuales canalizan, identifican y solucionan el estado vacunal de la población objeto PAI especialmente el contacto abordado las familias de los estratos 1, 2 y 3.

JORNADAS MASIVAS DE VACUNACIÓN: Se realizan cinco jornadas al año, siendo la de mayor impacto la del mes de enero que capta el mayor número de niños y niñas pendientes.

TOMAS DE LOCALIDADES DISTRITALES Y LOCALES: Con la participación de equipos vacunadores y registradores del distrito organizados por localidades bajo cronograma previo concertado con estrategia de vacunación casa a casa en la recuperación de población no vacunada y cohortes atrasadas.

5. Comunicación

CALL CENTER: búsqueda telefónica de menores de cinco años que tienen pendiente dosis en el esquema de vacunación, durante la llamada se informa el punto de vacunación más cercano al lugar de residencia, se verifica la dosis previa y se agenda la siguiente

GRUPO DE TEATRO: Mano de obra en la movilización a padres, cuidadores y personal de salud hacia la importancia de la vacunación

CAMPAÑAS TELEVISIVAS Y RADIALES: “Si estoy en la cuna me toca vacuna”, con el fin de lograr posicionamiento en la población e impacto positivo de movilización hacia los puntos de vacunación

ALIANZA ESTRATEGICA ALMACENES ÉXITO: Vincular estrategia del Programa Ampliado de Inmunizaciones con los usuarios del almacén de cadena (éxito, Pomona, Carulla, Surtimax) con puntos de vacunación en horarios no habituales y extendidos; incluyendo fines de semana y festivos

PERIFONEO: Estrategia urbana de información, movilización y educación de la importancia de iniciar y completar los esquemas de vacunación con mayor énfasis durante las jornadas distritales de vacunación

EUCOLES Y ROMPETRAFICO TRANSMILENIO: Mensajes institucionales masivos resaltando las enfermedades que se previenen cuando se inicia y completan los esquemas vacunales.

CORREOS ELECTRONICOS: Masivamente se emite mensajes alusivos a las jornadas de vacunación, tomas de localidades, a través de la red.

6. Vigilancia a las Inmunoprevenibles

Es un componente que permite medir el impacto de las estrategias de vacunación ante la presencia o ausencia de eventos en control, eliminación y erradicación prevenibles con la vacunación

5.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Asignación de metas en las 20 Localidades del Distrito capital:

	LOCALIDADES	POBLACION MENOR 1 AÑO	POBLACION DE 1 AÑO
1	USAQUEN	8700	8960
2	CHAPINERO	8581	8122
3	SANTAFE	1299	1300
4	SAN CRISTOBAL	6120	6000
5	USME	6000	6150
6	TUNJUELITO	3483	3400
7	BOSA	8960	9712
8	KENNEDY	14446	13925
9	FONTIBON	6159	6394
10	ENGATIVA	8610	8680
11	SUBA	11000	10750
12	BARRIOS UNIDOS	4664	4560
13	TEUSAQUILLO	2544	2877
14	MARTIRES	1096	1050
15	ANTONIO NARINO	3568	3829
16	PUNTE ARANDA	6044	5741
17	CANDELARIA	139	154
18	RAFAEL URIBE	7048	6300
19	CIUDAD BOLIVAR	11963	12100
20	SUMAPAZ	58	60
	TOTAL	120482	120064

FUENTE : SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION
FUENTE POBLACION: Proyecciones de Población DANE censo 2005, distribución Localidades por DAPD

5.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

LOCALIDADES		POBLACION MENOR DE UN AÑO	POBLACION DE UN AÑO
1	USAQUEN	77	228
2	CHAPINERO	836	524
3	SANTAFE	76	84
4	SAN CRISTOBAL	654	436
5	USME	183	342
6	TUNJUELITO	215	191
7	BOSA	486	498
8	KENNEDY	750	480
9	FONTIBON	478	502
10	ENGATIVA	725	516
11	SUBA	1235	913
12	BARRIOS UNIDOS	571	751
13	TEUSAQUILLO	-62	350
14	MARTIRES	114	50
15	ANTONIO NARINO	197	459
16	PUENTE ARANDA	489	345
17	CANDELARIA	10	-6
18	RAFAEL URIBE	597	253
19	CIUDAD BOLIVAR	700	894
20	SUMAPAZ	0	-3
TOTAL		8329	7806

FUENTE : SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION
FUENTE POBLACION: Proyecciones de Población DANE censo 2005.
distribución Localidades por DAPD

5.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia

LOCALIDADES		POBLACION MENOR DE UN AÑO	POBLACION DE UN AÑO
1	USAQUEN	77	228
2	CHAPINERO	836	524
3	SANTAFE	76	84
4	SAN CRISTOBAL	654	436
5	USME	183	342
6	TUNJUELITO	215	191
7	BOSA	486	498
8	KENNEDY	750	480
9	FONTIBON	478	502
10	ENGATIVA	725	516
11	SUBA	1235	913
12	BARRIOS UNIDOS	571	751
13	TEUSAQUILLO	-62	350
14	MARTIRES	114	50
15	ANTONIO NARINO	197	459
16	PUENTE ARANDA	489	345
17	CANDELARIA	10	-6
18	RAFAEL URIBE	597	253
19	CIUDAD BOLIVAR	700	894
20	SUMAPAZ	0	-3
TOTAL		8329	7806

FUENTE : SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION
FUENTE POBLACION: Proyecciones de Población DANE censo 2005.
distribución Localidades por DAPD

5.3.9 Otras acciones

Dar continuidad durante el proceso aquellos convenios o proyectos especiales como estrategias complementarias, alianzas estratégicas en el fortalecimiento del programa. Durante los últimos años se ha fortalecido el trabajo en equipo entre las EPAB, y las Empresas Sociales del Estado, logrando empoderamiento y participación activa de las EPSc para el cumplimiento de las metas de vacunación y la construcción de lineamientos del programa, de esta manera las se implementan la política y estrategias del programa de la misma manera que las IPS del sector público, así como convenios de cooperación que integran y fortalecen la estrategia vacunación sin barreras.

La unificación de criterios en el sector público y privado favorece los resultados del programa como ciudad en cuanto a sistema de información, cadena de frío y coberturas de vacunación. A continuación se relaciona el aporte de las EPS Contributivas para los biológicos trazadores (Terceras dosis de polio y Triple Viral) en los últimos años lo que evidencia un mayor aporte a la cobertura del Distrito.

Implementación del Comité Intersectorial cuyo objetivo es Establecer en las instituciones educativas y de protección infantil oficiales y privadas del Distrito la información y las herramientas necesarias para planear y ejecutar acciones que garanticen la vacunación infantil gratuita, con el fin de promover y favorecer el derecho de los niños y niñas al esquema de vacunación adecuado para la edad según el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Implementación de estrategia PAZ y SALVO de Vacunas requisito pre y durante los procesos de matrícula. Así mismo la integralidad en la obtención de bases de datos para la intervención a cohortes según esquemas vacunales: Sarampión/Rubeola y VPH.

Este comité cuenta con la participación activa de Secretaria Distrital de Educación, Secretaria Distrital de Salud, Instituto colombiano de Bienestar Familiar, Secretaria Distrital de Integración Social, representantes de ESE y EPS, se encuentra formalizado mediante resolución número 692 del 23 de junio del 2011.

Liderazgo Político, Administrativo y Gerencial del PAI en toda la red del Distrito Capital, a partir de la socialización de avances e impacto semanal en coberturas vacunales con la puesta en marcha de planes estratégicos de mejoramiento, experiencias exitosas, liderados por el Secretario de Salud Distrital

5.3.10 Diagnóstico final del problema

ANALISIS GENERAL DE LOS RESULTADOS Y AVANCES EN EL PAI AÑO 2012

1. Sobre-estimación de la población PAI ; Censo DANE 2005
2. El 70% de la población se encuentra afiliada al SGSSS
3. El 60% de los pediatras vacunadores de la ciudad no tienen la cultura de reporte de dosis aplicadas
4. Fortalecimiento de do la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con equipos de respuesta domiciliaria que identifica y resuelve el estado vacunal de la población objeto
5. Desarrollo de la estrategia integrada de barridos documentados con tomas de localidades en la verificación de los estados de vacunación.

CONCLUSIONES:

- La vacunación, es el pilar básico de la medicina preventiva, ha demostrado su utilidad a lo largo de la historia disminuyendo morbilidad y mortalidad por enfermedades Inmunoprevenibles en la población objeto del programa.
- El apoyo político y el compromiso directivo y operativo del sector público y privado han sido fundamentales para el fortalecimiento del programa.
- El empoderamiento y posicionamiento del Programa con el liderazgo del Secretario Distrital de Salud , Gerentes de las ESE y EPS Contributivas y Subsidiadas
- Diseño e Implementación de acuerdos con Entes Administrativos de las áreas de Educación, ICBF e Integración Social del Distrito
- Trabajo en equipo con Directores de Bienestar Universitario en Instituciones de Educación Superior
- Liderazgo en la socialización de Guías Técnicas, Normas y Lineamientos al interior de las Sociedades Científicas: Pediatría, Perinatología y Ginecología y Academias de Pediatría
- Alianzas estratégicas de cooperación con almacenes de cadena
- Fortalecimiento de la cadena de frío y la vigilancia centinela 24 horas diarias del comportamiento de los equipos para almacenamiento y conservación de las vacunas
- El sistema de información en web permite actualizar el carné de vacunación y realizar seguimiento continuo a la cobertura de cada IPS pública y privada, permitiendo toma de decisiones oportunas y la reorientación de estrategias.
- El trabajo con líderes comunitarios facilita el acceso a zonas de las localidades con alto índice de inseguridad, teniendo como resultado la ubicación y captación de población infantil susceptible.

6. Problema Social 6. Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en el ámbito laboral en Bogotá D.C.

6.1 Reconstrucción del problema social

6.1.1 Identificación del problema

El programa salud al trabajo reconoció su planeación estratégica a partir del reconocimiento de tres problemas estructurantes, que generan un efecto importante en la relación salud y trabajo de la población habitante en la ciudad de Bogotá D.C.:

Los bajos niveles educativos de los y las trabajadoras en la economía informal, derivado de la falta de equidad en las oportunidades para el acceso a los servicios sociales, asociados a factores culturales donde los oficios son heredados en la realización de actividades económicas inmersas en ambientes pocos saludables, acompañadas de largas jornadas que afectan la calidad de vida y salud de los y las trabajadoras.

Los factores sociales, económicos, culturales, institucionales y familiares que promueven la vinculación temprana de los niños, niñas y adolescentes al trabajo en condiciones precarias que vulneran el derecho a la salud, afectan su asistencia y permanencia en el sistema educativo.

6.1.2 Identificación de las causas y efectos

A continuación se presentan las causas y efectos para cada uno de los problemas:

Causas

- Baja demanda de empleo formal
- Nuevas formas de trabajo
- Déficit de redes sociales
- Ausencia de políticas que aseguren la retribución salarial acorde a las necesidades de los individuos.
- No garantiza para el acceso equitativo de los y las trabajadoras a los beneficios de seguridad social del Estado.
- Barreras de acceso de los y las trabajadoras en la Economía Informal al Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Ausencia de información sobre los eventos en salud relacionados con el trabajo de los y las trabajadoras en la Economía Informal.
- Oferta laboral que no tiene en cuenta la diversidad étnica, cultural y social de las poblaciones.
- Desempleo de los adultos de familias u hogares de niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil
- Oferta de empleo en la economía informal con baja remuneración para los adultos de familias u hogares de niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil
- Precocidad de la maternidad y paternidad de jóvenes que salen a vincularse al trabajo.
- Limitaciones para la permanencia y promoción de los niños y niñas en la escuela, que motiva su salida de ella y los pone en riesgo de vincularse al trabajo infantil.
- Lejanía entre los centros educativos y las viviendas de niños y niñas en riesgo o vinculados al trabajo infantil.
- Violencia intrafamiliar física y psicológica sobre niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil.
- Desplazamiento forzado de familias de niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil
- Alteración de los roles familiares.

Efectos

- Afectación en la salud y calidad de vida de los y las trabajadores en la Economía Informal.
- No acceso de los y las trabajadoras en la Economía Informal a programas de promoción y prevención en el trabajo.
- No cubrimiento de las contingencias ni asistenciales ni económicas derivadas de los eventos en salud relacionados con el trabajo de los y las trabajadoras en la Economía Informal.
- Cubrimiento de eventos en salud de manera equitativa de los y las trabajadoras en la Economía Informal a cargo del régimen subsidiado en salud y los fondos territoriales.
- Vulneración de los derechos del niño y la niña, principalmente los derechos a la supervivencia y desarrollo, libertad, salud, educación, recreación, descanso y actividades culturales

- Desescolarización prematura de los niños y niñas lo que genera perpetuación de la pobreza.
- Afectación en la salud de los niños y niñas por su exposición a condiciones de trabajo peligrosas.
- Vinculación de los niños y niñas a peores formas de trabajo infantil.

6.1.3 Focalización

Las poblaciones en las cuales se centra el programa, fueron seleccionadas teniendo en cuenta variables como: ingresos socioeconómicos limitados, dificultades para el acceso a programas y servicios y condiciones de vulnerabilidad asociadas, tales como el desplazamiento, el género, la discapacidad y la pertenencia a un grupo étnico. A continuación se especifica más detalladamente la población a la cual se dirigieron las intervenciones:

- Población trabajadora no asegurada al Sistema General de Riesgos Profesionales (informal) o que se encuentre vinculadas a nivel local en proyectos productivos del Instituto para la Economía Social – IPES o que se encuentren en condiciones de trabajo precarias y/o tienen dificultades en el acceso a los servicios de salud.
- Jóvenes, Adultos y personas mayores desplazadas que estén desarrollando un proceso productivo en la economía informal, especialmente, aquellos que lo están desarrollando con el Instituto para la Economía Social.
- Trabajadores pertenecientes a los cuatro grupos étnicos del Distrito y que laboran en la Economía Informal, así como los niños, niñas y adolescentes trabajadores pertenecientes a grupos étnicos.
- Empresarios formalizados de cualquier actividad económica que tengan disposición de participar en el proceso de Sensibilización para la inclusión socio laboral de personas en situación de discapacidad (primer semestre de 2012)
- Niños y niñas trabajadoras menores de quince años Adolescentes entre 15 y 18 años trabajadores.

Población total: 7.408.000· (DANE Sep. 2010), Población en edad de trabajar (80.6%): 5.974.000· (DANE, Sep. 2010), Población económicamente activa (70.2%): 4.193.000, Población ocupada: 4.078.000·(DANE, Nov. 2012), Trabajadores formales: 2.132.000 (52.3%) (DANE, Nov. 2012), trabajadores informales: 1.946.000 (47.7.8%) (DANE Nov. 2012), Población desempleada: 9.2% (DANE Nov. 2012), Número de unidades de trabajo informal: 350.000 (IPES: 2007), Número de unidades de trabajo informal DANE: 650.000, Tasa de trabajo infantil en Bogotá: 8.0 (125.000) (DANE, 2012) Y Tasa de trabajo infantil ampliada en Bogotá: 11.3 (177.000) (DANE, 2012)

6.1.4 Actores que intervienen en el problema

- Comité Local de Salud Ocupacional: Orienta el desarrollo de programas y proyectos dirigidos al mejoramiento de las condiciones de trabajo y salud de los y las trabajadoras en la ciudad.
- Instituto Distrital para la Economía Social – IPES, Secretaria Distrital de Desarrollo Económico, Secretaria Distrital de Planeación - Políticas Poblacionales y Política de Mujer y Género.

- En la orientación técnica y metodológica del programa: La Universidad Nacional de Colombia: Facultad de Medicina y Artes.
- Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP, con quienes se debe dar cumplimiento al plan de acción del Plan Distrital de Salud.
- Actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y en Riesgos Profesionales para el diseño e implementación del Sistema de Vigilancia de Salud de los Trabajadores del Distrito.
- Con los actores locales, comunitarios, organizaciones sociales, e instituciones que conforman la Red de salud y trabajo en cada localidad, con quienes se discuten y concretan las acciones locales.
- Comités de productividad, coordinados por la Secretaría Local de Planeación para la búsqueda de respuestas integrales a las necesidades de los y las trabajadoras.
- Con los gremios empresariales para el ingreso a empresas formales de forma estratégica y organizada.
- Consejos locales y distritales de discapacidad responsables del direccionamiento de la Política Pública de Discapacidad.
- Mesa Distrital para la Erradicación del Trabajo Infantil en donde participan de manera activa la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Educación, el ICBF regional Bogotá, el Ministerio de la Protección Social Dirección Territorial, la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos. Este espacio orienta el desarrollo y seguimiento de acciones Distritales articuladas para la prevención y erradicación del trabajo infantil.
- Organización Internacional del Trabajo para el apoyo técnico y metodológico.

6.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

6.2.1 A nivel de la Administración

La Política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Bogotá adoptada mediante la Resolución 1312 de 2011 de la Secretaría Distrital de Salud define como líneas de acción: La promoción del trabajo decente, el fortalecimiento institucional y la prevención y erradicación del trabajo infantil.

El Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Positiva: Para vivir mejor 2008 – 2012: En el artículo 33, ciudad de derechos: Bogotá Sana, se establece como metas para del programa salud al trabajo: El cubrimiento de 10.000 empresas formales para la inclusión sociolaboral de personas en situación de discapacidad, la vinculación de 20.000 niños y niñas menores de 15 años trabajadores y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial y la generación de condiciones de trabajo protegido a 5190 jóvenes entre 15 y 18 años escolarizados y 3480 jóvenes desescolarizados.

En el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012 al 2016, se propone terminar con la segregación social, profundizar la democracia dando poder real a los ciudadanos para decidir sobre el futuro de la ciudad y volver incluyente el proceso de crecimiento económico.

Para el sector salud esto se traduce en el reconocimiento de la salud como derecho fundamental y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria. Uno de los proyectos que aportara a este propósito es el programa de Territorios Saludables y Red para la salud y la vida. En el marco de

este programa y con el fin de aportar al cumplimiento del propósito antes mencionado se definieron para la Dirección de Salud Pública los proyectos “Salud para el Buen Vivir” y “Salud ambiental” que a su vez son recogidos operativamente el Plan de Intervenciones Colectiva para la ciudad.

El Decreto 470 del 2007: “Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital”: Define en el capítulo 1 artículo 12 el derecho a la productividad de la población en situación de discapacidad

La política Distrital de Infancia y Adolescencia 2004 -2008 (ratificada en el 2008) ha establecido la explotación laboral infantil, como uno de los intolerables sociales a transformar mediante la acción conjunta del Gobierno Distrital, las entidades, organizaciones gubernamentales nacionales y no gubernamentales y las demás organizaciones de la sociedad civil. En este sentido, la Política plantea que todos los intolerables sociales tienen causas evitables, con lo cual se pone la mira directamente sobre el camino de la Prevención, como aquel que permite desarrollar alternativas diferentes frente a las condiciones de vida de la población, en particular, sobre los niños-as, jóvenes en riesgo o en condición de explotación laboral y sus familias.

6.2.2 A nivel de la Entidad

El proyecto de inversión 830 Salud al Trabajo, con sus metas y actividades programadas para garantizar el cumplimiento de los compromisos que tiene la entidad en el marco del Plan de Desarrollo de la Ciudad.

6.2.3 Metas formuladas

- Al 2012, se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las unidades productivas informales del distrito capital.
- A 2012 promover que en el 100% de las Administradoras de Riesgos Profesionales que operan en el distrito capital implementen la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en sus empresas.
- A 2012 promover la implementación de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en el 25% de las unidades productivas afiliadas a los gremios empresariales
- A 2012, evaluar el impacto de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en términos de indicadores de salud y calidad de vida.
- A 2012, se contará con un plan de acción que respondan a las necesidades de salud de la población trabajadora.
- Al 2012, se habrán identificado 20.000 niñas y niños trabajadores, para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo.
- Al 2012, se habrán identificado 8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido.
- Concertación con empleadores para la generación de condiciones de trabajo protegido de jóvenes entre 15 y 18 años y seguimiento a los acuerdos.
- Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.
- 2000 Trabajadores y trabajadoras en la economía informal formados en salud y seguridad social

- Desarrollo de una estrategia informativa a Trabajadores y trabajadoras vinculados a la economía informal en salud y seguridad social
- Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 jóvenes trabajadores, entre los 15 y 17 años, al 2016.

Actividades

- Realizar el diagnóstico de condiciones de trabajo y salud a las UTI y trabajadores informales
- Asesorar y prestar asistencia técnica para la elaboración y ejecución de planes para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de las UTIS y trabajadores informales.
- Diseñar e implementar en las Unidades de trabajo informal el plan de emergencias y capacitar la brigada de emergencias.
- Promoción de entornos de trabajo saludables para población en situación de desplazamiento vinculada a la economía informal
- Promoción del trabajo decente en población trabajadora de los grupos étnicos
- Convocatoria para el establecimiento de acuerdos con las ARP para concertación de la estrategia de entornos de trabajo saludables.
- Participar y cumplir el plan de acción del Comité Distrital de Salud Ocupacional.
- Concertación de la estrategia de entornos de trabajo saludables con los gremios empresariales, trabajadores y grupos de interés
- Concertación con la ARP para la implementación de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludable en la SDS y las ESE adscritas.
- Diseño, implementación y seguimiento al plan de acción de entornos de trabajo saludables.
- Construcción de líneas de base de accidentes de trabajo y enfermedad profesional en el distrito y prevalencia de factores de riesgo.
- Identificar las necesidades de la población trabajadora en situación de vulnerabilidad en las 20 localidades.
- Formación de líderes en salud y trabajo.
- Diseño articulado y seguimiento a planes de respuestas integrales con actores locales estratégicos.
- Caracterización, atención y seguimiento de niños, niñas menores de 15 años trabajadores escolarizados y desescolarizados
- Sensibilización para la prevención del trabajo infantil en espacios distintos a la escuela
- Promoción de la salud mental y prevención de la vinculación a peores formas de trabajo infantil con niños, niñas y jóvenes trabajadores escolarizados y desescolarizados.
- Realizar una investigación del diagnóstico de las condiciones de salud de los niños y niñas trabajadoras.
- Contribuir a la Erradicación del trabajo infantil. (Línea de Base: 2.8 - Tasa de ocupación en menores de 18 años - Fuente DANE 2009) Articulación intersectorial para la prevención y erradicación el trabajo infantil.
- Unidades de trabajo informal con proceso de asistencia para el mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y calidad de vida de trabajadores y trabajadoras en unidades de trabajo vinculadas a la economía informal.
- Identificar y canalizar a servicios de salud y a servicios sociales a 20.000 niños y niñas trabajadoras para su desvinculación del trabajo, al 2016. Implementar la ruta de atención de niños y niñas trabajadores de 5 a 14 años.

- Implementar la ruta de atención de adolescentes trabajadores de 15 a 17 años.

6.2.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, se asignaron \$3.586 millones.

6.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población beneficiada por el programa en la vigencia 2012 fue:

POBLACION BENEFICIADA	PROYECTO		TOTAL
	630	869	
Trabajadores informales urbanos y rurales (incluye poblaciones especiales)	8346	6832	15.178
Niños y niñas trabajadores menores de 15 años	2120	1652	3.772
Jóvenes trabajadores entre 15 y 18 años	1472	482	1.952
Empresarios formales	638	0	638
Personas en situación de desplazamiento en unidades de trabajo informal	192	Sin dato a la fecha	192
Personas pertenecientes a grupos étnicos en unidades de trabajo informal	81	Sin dato a la fecha	81

6.3 Resultados de la transformación de los problemas

6.3.1 Niveles de cumplimiento

Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008 -2012

META	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN
A 2012 promover que en el 100% de las Administradoras de Riesgos Profesionales que operan en el distrito capital implementen la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en sus empresas.	17%	14,20%
A 2012 promover la implementación de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en el 25% de las unidades productivas afiliadas a los gremios empresariales	25%	20,80%
A 2012 evaluar el impacto de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en términos de indicadores de salud y calidad de vida.	25%	50%
A 2012, se contará con un plan de acción que respondan a las necesidades de salud de la población trabajadora.	100%	100%
A 2012 se contara con un proyecto por localidad para el mejoramiento de las condiciones de trabajo auto gestionado por las redes de trabajadores.	4	4
A 2012 10.000 empresas del sector formal habrán sido sensibilizadas para la inclusión socio laboral de población en condición de discapacidad.	6082	472

A 2012 se habrán identificado 20.000 niñas y niños trabajadores, para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo	3455	2120
A 2012 se habrán identificado 8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido	2610	1472
Contribuir a la Erradicación del trabajo infantil	2,80%	8%**
Al 2012, se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las unidades productivas informales del distrito capital.	2,20%	2,18% (4.602 UTI con mejoramiento) 99.24%

Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016

META	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN
Identificar y canalizar a servicios de salud y a servicios sociales a 20.000 niños y niñas trabajadoras para su desvinculación del trabajo, al 2016.	2000	1652**
Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 jóvenes trabajadores, entre los 15 y 17 años, al 2016.	500	482**
Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.	4.000 unidades de trabajo informal con mejoramiento de sus condiciones	3.759** unidades de trabajo informal con mejoramiento de sus condiciones de salud y trabajo (93,97%)
Disminuir el trabajo infantil a menos del 1,5% en el Distrito Capital, en coordinación y apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	2,69%	8%**

** Datos parciales, con la tendencia a ser una cifra menor por no lograr tener cierre de acciones establecidas para la meta a diciembre de 2012 sino a febrero de 2013 según contratación con los hospitales.

6.3.2 Indicadores

- Número de Empresas formales asesoradas para la promoción de la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad, el cual fue 638 de febrero a julio de 2012.
- Tasa de ocupación en menores de 18 años, el cual para el periodo fue de 2,8, y cuya línea base era 3,4.
- Proporción de UTIS con implementación de la Estrategia de Entornos de trabajo saludable, el cual fue de 4602 de febrero a julio.
- Número de niños y niñas trabajadores identificados y canalizados a programas y servicios, el cual fue de 2120 en el primer semestre del 2012.
- Número de adolescentes intervenidos, que corresponde a 1472
- Tasa de trabajo infantil
- Número de niños y niñas canalizados a programas y servicios de salud
- Número de adolescentes y jóvenes vinculados a la estrategia de trabajo protegido.
- Cobertura de unidades de trabajo informal con implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludable.
- Número de trabajadores y trabajadoras formadas en salud y seguridad social.

6.3.3 Limitaciones del proyecto

La ejecución del proyecto presentó dificultades que se ven reflejadas en el no cumplimiento de algunas de las metas, dentro de los factores determinantes para esta situación se destacan:

- No se contó con recursos suficientes para poder establecer el adecuado cumplimiento de las metas proyectadas, por ende no se logrará el cumplimiento de lo proyectado, sumado a que las ESE tuvieron un cambio de operación del PIC para el primer semestre de 2012, lo cual hizo que las mismas priorizaran otras metas y acciones y se disminuyera el cumplimiento.
- La operación con el nuevo modelo de atención integral con enfoque territorial, requirió de un ejercicio de planeación y capacitación a los equipos territoriales, que retardó la definición de metas, presupuesto y contratación de personal a nivel de los hospitales del distrito, afectando directamente el cumplimiento de las metas proyectadas.
- El tema salud y trabajo no es prioritario en la agenda local, motivo por el cual, a pesar que se realiza una adecuada proyección de propuestas en respuesta a necesidades concretas locales, no se cuenta con la disponibilidad de los hospitales para ejecutar lo proyectado desde el nivel central.

6.3.4 Presupuesto ejecutado

El presupuesto ejecutado fue de \$3.586 millones, que equivalen al 100% del presupuesto total disponible y se giraron \$3.157 millones, o sea el 88.06% de los compromisos.

6.3.5 Efectos del problema o acciones

- 7.283 unidades de trabajo informal, 820 viviendas que comparten uso productivo con el habitacional, 154 unidades de trabajo informal de población en situación de desplazamiento y 104 unidades de trabajo informal de población étnica con evaluación de sus condiciones de salud y trabajo, para un total de 8361.
- 8.361 unidades de trabajo informal con diseño y concertación de planes de mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo, prevención de emergencias y desastres y con asistencia técnica para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo.
- 15704 trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal canalizados a programas y servicios de salud, de los cuales 1967 ya han recibido atención efectiva.
- 2.170 trabajadores y sus familias que lograron aseguramiento en salud.
- La Estrategia de Entornos Trabajo Saludable también ha desarrollado a través de acciones grupales con 65 grupos de 709 trabajadores/as de la economía informal conformados donde se contribuye con el mejoramiento de sus condiciones de trabajo a través de la promoción de estilos de vida saludable.
- Desarrollar talleres de sensibilización para la prevención de limitaciones evitables, derechos y deberes de personas en condición de discapacidad en 1478 unidades de trabajo informal en las cuales han participado 2608 trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal.
- Avanzar en los procesos de mejoramiento de condiciones de salud y trabajo con 104 unidades de trabajo informal pertenecientes a población étnica.

- 56 UTIS de población LGBTI están desarrollando proceso de mejoramiento de condiciones de salud y trabajo y 31 trabajadores (as) de la Economía Informal pertenecientes a los sectores LGBTI se les realizó el diagnóstico de condiciones de salud y trabajo.
- 59 planes de acción territorial para la ejecución de metas del programa salud al trabajo con cubrimiento para las veinte localidades del Distrito.
- 638 empresas formales con proceso de sensibilización para la inclusión socio laboral de personas en condición de discapacidad finalizado.
- Identificar 34 puestos de trabajo para una posible vinculación laboral.
- 4 trabajadores(as) en situación de discapacidad han logrado un proceso de vinculación laboral efectiva.
- 3.389 niños(as) trabajadores escolarizados y 167 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizado a programas y servicios de salud y otros proyectos locales.
- 191 niños(as) y sus familias identificados a los cuales se les está realizando gestión para el aseguramiento en salud de los cuales 95 ya tuvieron respuesta efectiva.
- 8 niños(as) canalizados al ICBF por encontrarse en una situación inminente de vulneración de derechos de los cuales ya obtuvieron respuesta positiva 1.
- 527 niños(as) trabajadores canalizados a proyectos locales de promoción de la desvinculación laboral de los cuales ya fueron recibidos 176.
- 623 niños(as) identificados en una peor forma de trabajo infantil canalizados a proyectos de desvinculación, de los cuales ya han recibido atención efectiva 71.
- 689 niños y niñas desvinculados del trabajo.
- Realizar 563 actividades de sensibilización colectiva en espacios locales para la prevención y erradicación del trabajo infantil en las cuales se han sensibilizado 7492 personas.
- 607 niños(as) han sido atendidos en el programa y servicio de salud al cual fueron canalizados.
- 761 niños(as) canalizados a la SDIS, de los cuales ya fueron incluidos 13
- 356 niños(as) canalizados al CADEL para gestión de cupo escolar, de los cuales 22 ya obtuvieron cupo.
- 1.485 niños(as) trabajadores han recibido la intervención complementaria de salud mental.
- 1578 jóvenes trabajadores escolarizados y 336 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizados a programas y servicios.
- 279 adolescentes desvinculados de su actividad laboral por encontrarse en una actividad prohibida y 358 adolescentes con condiciones de trabajo protegido.
- 689 niños(as) trabajadoras menores de quince años desvinculados del trabajo por el proceso de articulación intersectorial.
- 279 adolescentes entre 15 y 18 años desvinculados de la actividad laboral por encontrarse en una actividad prohibida para menores de 18 años de acuerdo a la resolución 1677 de 2008.

6.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	PROYECTADA 2012	BENEFICIADA 2012
Trabajadores informales urbanos y rurales	19.000	15.178
Niños y niñas trabajadores menores de 15 años	5.455	3.772
Jóvenes trabajadores entre 15 y 18 años	3.110	1.952
Empresarios formales	6.082	638
Personas en situación de desplazamiento vinculada a proyectos productivos.	300	192
Personas pertenecientes a grupos étnicos.	149	81

6.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

- 276 unidades de trabajo informal.
- 1.683 niños, niñas menores de quince años en situación de trabajo.
- 1.158 adolescentes entre los 15 y 17 años trabajadores.
- 5.444 empresas del sector formal y sus empresarios.

6.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

De acuerdo a datos oficiales entregados por el DANE en el mes de noviembre del 2012, la proporción de trabajadores y trabajadoras que desempeñan sus actividades laborales en la Economía Informal corresponde a un 47.7% (1.946.000 trabajadores y trabajadoras). El programa salud al trabajo, durante la vigencia 2012 llegó a 15.178 trabajadores y trabajadoras que corresponden al 0.77% del total.

A sí mismo, con base a los datos presentados por el DANE en el año 2012, la tasa de trabajo infantil para la ciudad es del 8.0% que corresponde aproximadamente a un total de 125.000 niños, niñas y adolescentes vinculados de manera prematura al trabajo. El programa salud al trabajo durante la vigencia 2012 cubrió un total de 3.772 niños y niñas y 1.952 adolescentes entre 15 y 18 años trabajadores; es decir, el 4.57% del total.

6.3.9 Otras acciones

Adicionalmente, el programa requirió el despliegue de otras acciones Distritales para el adecuado funcionamiento del mismo, estas fueron:

- Promoción de espacios y relaciones de coordinación inter-institucional e inter-sectorial para posicionar las necesidades en salud y trabajo y mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores en el Distrito en cumplimiento del plan de acción de la Política Distrital para la salud de los trabajadores, plan de acción ajustado en el 2011-2015.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica y formación del talento humano que adelanta intervenciones relacionadas con la salud y el trabajo a través de convenios con Universidades.
- Gestión y abogacía para la ampliación de la cobertura de los trabajadores informales al Sistema General de Seguridad Social

- Participación en el Comité Distrital de Salud Ocupacional y apoyo al desarrollo del plan de acción del mismo.
- Definición de mecanismos de articulación con las Administradoras de Riesgos Profesionales para la concertación y puesta en marcha de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables.
- Fortalecimiento y continuidad de la operación de la Mesa Distrital para la prevención y erradicación del trabajo infantil y conformación de 19 mesas locales.
- Gestión para promover la construcción de conocimiento en torno al trabajo como determinante social de la salud mediante el desarrollo e implementación de proyectos de investigación y análisis de la información obtenida en los sistemas de información y vigilancia en el distrito.
- La Universidad Nacional realizó una evaluación cualitativa de la Estrategia de Entornos de trabajo saludable. En el marco de este convenio, la Universidad aportó elementos metodológicos para el fortalecimiento del mismo.

6.3.10 Diagnostico final del problema

El sector de la economía informal evidencia una tendencia creciente en la ciudad, debido a factores socio económico, en los que encontramos el nivel educativo y la oferta de empleo en el mercado laboral de la ciudad, entre otros factores que aportan a que la economía informal aumente, por ello el programa de trabajo saludable responde a la situación que viven los trabajadores vinculados a este tipo de economía, dando la posibilidad de reflejar las condiciones de salud y trabajo que vive la población trabajadora. Una manera de mostrar este contexto es a través de los resultados del programa en cuanto número de trabajadores intervenidos, el registro de condiciones peligrosas presentes en las unidades de trabajo informal y los eventos en salud que han permitido reconocer mejor la situación, dando como propuesta principal disminuir las barreras de acceso al sistema de aseguramiento en riesgos profesionales, y por supuesto al sistema integral de seguridad social, la cual debe ser coordinada y ejecutada con diferentes entidades nacionales.

El programa de trabajo saludable aporta, con acciones promocionales en las unidades de trabajo informal, a reconocer e indicar como disminuir las condiciones peligrosas presentes en sus lugares de trabajo por medio de la asistencia técnica directamente en sus unidades de trabajo, de igual manera el proceso permite dar a conocer e incentivar a los trabajadores a realizar ejercicios de organización y movilización social por la garantía del derecho a la salud en el trabajo.

El trabajo infantil es reflejo también de condiciones socio- económicas de la ciudad, donde los niños, niñas y adolescentes deben participar en el mundo del trabajo, y por tanto deben exponerse a temprana edad a las condiciones poco saludables, generando un impacto generalmente negativo sobre la salud general, mental y el desarrollo de la personalidad. El número de NNA que trabajan se evidencia en la tasa de trabajo infantil, que en último dato DANE es 8,0 para la ciudad y 11,3 teniendo en cuenta el trabajo infantil ampliado, el dato anterior a este periodo es 2.8 (DANE, 2009), aparentemente significa un aumento de la tasa, sin embargo el Ministerio del Trabajo al analizar este dato, aclara que el cambio de debe a un cambio en la metodología de la definición de la tasa, sin embargo para el momento en que la meta 2012- 2016 se definió la línea base era 2.8. Los datos 2009 y 2011 no son completamente comparables,

debido a que la recolección de la información por la encuesta cambio en algunos ítems, por ello no se puede afirmar que la tasa haya aumentado o disminuido.

Sin embargo, las dos intervenciones que desde el sector salud se generan para activar la ruta de atención de NNA con el fin de disminuir el trabajo infantil y fortalecer el trabajo protegido en mayores de 15 años, han aportado a la desvinculación laboral de niños y niñas y en algunos casos de adolescentes que tenían condiciones peligrosas para su salud, y por otro lado a mejorar condiciones de trabajo para adolescentes que trabajan en actividades que no son riesgosas para su salud.

Sin embargo, la existencia de fenómenos como el desplazamiento y las situaciones socioeconómicas de las familias continúan llevando un importante número de niños, niñas y adolescentes a vincularse de manera prematura al trabajo y el impacto negativo de esta situación en el estado de salud y el desarrollo integral de los niños y niñas es evidente. El tema del trabajo infantil, también requiere de la intervención articulada de diferentes sectores que se comprometan con una intervención articulada que de un impacto mayor en la desvinculación de los niños y niñas trabajadores.

7. Problema Social 7. Débil respuesta Estatal para la promoción de la salud e intervención en determinantes en los territorios del Distrito Capital acorde con la política pública de Bogotá Humana 2012-2016.

7.1 Reconstrucción del problema social

7.1.1 Identificación del problema

Desigualdades injustas y evitables en salud y calidad de vida en Bogotá: En el D.C. existen dificultades de acceso a los servicios generales de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) relacionados con la inequidad y la persistencia de situaciones de exclusión y riesgos ambientales que afectan principalmente a las poblaciones vulnerables y de mayor fragilidad social: población materno infantil, menores de 1 a 5 años de edad y poblaciones en condiciones especiales (indígenas, raizales, ROM, afrodescendientes y personas en condiciones diferenciales de discapacidad y desplazamiento).

Se hace necesario elevar las condiciones de bienestar de la ciudadanía y sentar las bases de un cambio con enfoque en la acción pública en salud en articulación con otros sectores, para lo cual a su vez se requiere en primer lugar de la identificación, análisis y problematización de las realidades de las poblaciones en los territorios, que permitan reconocer las condiciones, situaciones, exposiciones protectoras y deteriorantes como los daños y las consecuencias, y a través del procesos de problematización y de priorización abordar los principales factores para la acción en sinergia de la gestión pública, la comunidad y el sector privado.

Con base en la existencia de la problemática anterior, se busca a través de un modelo de atención integral en salud desde la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque promocional de Equidad en Calidad de Vida incidir en las condiciones de segregación e inequidad identificadas en la situación de salud.

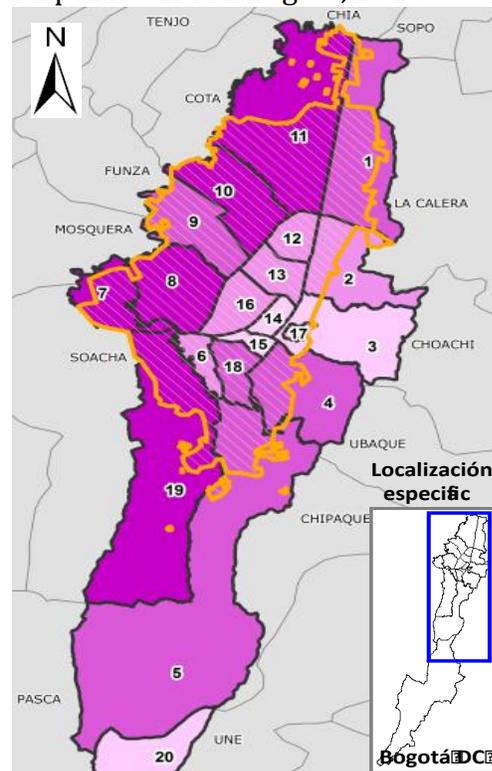
Antecedentes:

En el año 2011 Bogotá conforma la ciudad más poblada del país con un total de 7.363.782 habitantes; de ellos 7.347.795 (99,8%) habitan el área metropolitana con una densidad poblacional de aprox. 4.146 habitantes por kilómetro cuadrado; el 47,8% de la población está compuesto por hombres y el 52,2% restante por mujeres; la mediana de edad ha ido en incremento a través de los años, en el año 2005 era de 27,6, en el año 2010 es de 29,5 y se proyecta que para el año 2015 sea de 31,4. En esta ciudad vive aproximadamente el 165 de total de la población de Colombia.

Geográficamente la ciudad de Bogotá se encuentra distribuida en 20 localidades que a su vez están divididas en 112 Unidades de Planeación Zonal (UPZ); las localidades de Suba, Kennedy, Engativá y Ciudad Bolívar son las localidades más pobladas de la ciudad mientras que las que menor número de habitantes tienen son Sumapaz y Candelaria. La tendencia de crecimiento poblacional no es homogénea entre las localidades, esto es consecuencia de la heterogeneidad de los indicadores demográficos y de las modelaciones de crecimiento estimado. Las proyecciones de comportamiento del crecimiento poblacional en Bogotá desarrolladas por el DANE y la SDP para los años 2005, 2010 y 2015 muestran que las localidades de Usme, Bosa, Suba, Fontibón y Ciudad Bolívar, entre los años 2010 y 2015 tendrán un alto porcentaje de variación; mientras tanto, las localidades de Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe decrecerán de manera promedio; adicionalmente, se estima que por cada 1.000 habitantes habrán 15,9 nacimientos y 4,5 defunciones, dado que los nacimientos superan a las muertes, la tasa de crecimiento natural toma un valor alto indicando que la población aumentara en un 11,4%. (Mapa 1).

Mapa 1. Distribución poblacional por localidad. Bogotá, 2010

Código localidad	Localidad	Población total	Población mujeres	Población hombres
1	Usaquén	469,635	252,633	217,002
2	Chapinero	132,271	71,105	61,166
3	Santa Fe	110,049	54,805	55,244
4	San Cristóbal	410,148	210,346	199,802
5	Usme	363,707	184,446	179,261
6	Tunjuelito	202,010	102,434	99,576
7	Bosa	569,093	290,714	278,379
8	Kennedy	1,009,527	518,783	490,744
9	Fontibón	338,198	178,089	160,109
10	Engativá	836,124	437,411	398,713
11	Suba	1,044,006	550,109	493,897
12	Barios Unidos	232,802	121,020	111,782
13	Teusaquillo	145,157	78,077	67,080
14	Martires	97,611	48,931	48,680
15	Antonio Nariño	108,150	55,877	52,273
16	Puente Aranda	258,751	132,350	126,401
17	Candelaria	24,117	11,476	12,641
18	Rafael Uribe	377,836	192,894	184,942
19	Ciudad Bolívar	628,366	320,582	307,784
20	Sumapaz	6,224	2,987	3,237
Total		7,363,782	3,815,069	3,548,713



Fuente: DANE. Proyecciones de Población Bogotá 2010. SDS. Dirección de Salud Pública y Dirección de Planeación y Sistemas. Elaboro Equipo ASIS-SDS

La tendencia de la tasa global de fecundidad expresa que entre los años 2010 y 2015, una mujer a lo largo de su período fértil (15 a 49 años), tendrá 1,9 hijos o hijas; esta tasa no proyecta cambio con respecto al periodo 2005-2010. Para el periodo 2010-2015 el número tiende a disminuir a 56,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil. Las localidades que mayores tasas de fecundidad alcanzaron entre 2005 y 2010 fueron Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Bosa.

La tendencia de los nacimientos en Bogotá ha tenido un comportamiento decreciente, entre 2008 y 2010 disminuyeron un 6,4%. Las localidades de Kennedy, y Suba presentaron el mayor número de nacimientos durante el año 2010 generando un 14,3% y un 13,3% del total de nacimientos respectivamente. Las tasas de natalidad más altas entre los años 2005 y 2010 se encontraron en las localidades de Usme (21,7), Ciudad Bolívar (21,3) y Bosa (19,8) y estima que entre los años 2010 y 2015 sigan siendo las localidades con tasas de natalidad más altas.

La esperanza de vida al nacer de la población de Bogotá ha tenido un incremento constante. Entre los años 2005 a 2010 se ha incrementado en 1,6 años y se proyecta que para el año 2015 aumente 1,2 años más; este indicador tiende a crecer más rápidamente entre las mujeres que entre los hombres, entre 2005 y 2010 aumento en 0,8 y 0,3 años respectivamente. La esperanza de vida al nacer de los bogotanos es más alta que el promedio nacional. Se proyecta que entre 2010 y 2015 el incremento sea mayor a nivel nacional que a nivel distrital aunque esto no lograra que el orden del indicador cambie. Las localidades que tienen mayor esperanza de vida son las que pertenecen a la región del norte. Se evidencia que a medida que son las localidades se alejan del norte de la ciudad la esperanza de vida también empieza a disminuir y esto sucede tanto para las mujeres, como para los hombres. En cuanto al perfil epidemiológico de la población en la ciudad se encuentra el siguiente comportamiento por localidades

Tabla 1. Principales Indicadores de Morbimortalidad en Bogotá. 2010

localidad	Tasa de mortalidad infantil por 1,000 NV ³	Tasa de mortalidad perinatal x 1,000 NV ³	Tasa de mortalidad en < de 5 años por 10.000 ³	Razón de mortalidad materna por 100.000 NV ³	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100.000 hab. 2009 ³
1. Usaquén	7,1	14,5	17,4	15,8	4,9
2. Chapinero	3,7	10,8	17,9	0,0	4,0
3. Santa Fé	11,8	17,0	28,0	0,0	15,4
4. San Cristobal	11,5	19,5	25,2	40,7	12,9
5. usme	10,3	20,6	20,7	49,2	8,8
6. Tunjuelito	10,1	14,3	23,3	0,0	20,1
7. Bosa	12,2	16,9	26,2	47,0	15,6
8. Kennedy	10,9	15,7	21,3	44,6	10,0
9. Fontibon	11,4	22,8	22,5	64,5	10,2
10. Engativa	10,1	18,5	19,7	37,9	8,1
11. Suba	11,9	17,4	23,7	47,7	6,8
12. Barrios Unidos	14,9	24,4	23,2	0,0	11,1
13. Teusaquillo	7,3	17,0	18,6	0,0	5,5
14. Martires	16,7	25,4	38,2	79,4	19,3
15. Antonio Nariño	12,4	20,3	22,3	0,0	8,9
16. Puente Aranda	10,8	13,4	22,1	31,8	13,0
17. Candelaria	7,8	18,2	30,6	0,0	0,0
18. Rafael Uribe Uribe	12,4	17,1	27,8	16,1	12,6
19. Ciudad bolivar	11,9	14,9	23,0	26,9	15,4
20. Sumapaz	28,6	0,0	17,3	0,0	ND

Fuente: Diagnósticos Distrital 2010. Grupo Técnico ASIS. Dirección de Salud Pública

Tabla 2. Principales Indicadores de Morbimortalidad en Bogotá. 2010.

localidad	Tasa de suicidio por 100,000 hab, 2009 ⁴	Prevalencia consumo de alcohol ²	% personas consumo de OH de riesgo ²	% personas que abusan del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas ²	% personas consumen tabaco ultimo mes
1. Usaquén	2,6	41,03	10,69	2,49	20,58
2. Chapinero	4,6	38,03	8,05	1,49	25,84
3. Santa Fé	6,4	36,79	14,67	4,44	24,86
4. San Cristobal	3,9	33,95	12,54	1,57	25,80
5. usme	4,0	28,99	10,08	0,68	18,31
6. Tunjuelito	4,0	35,49	11,91	1,46	21,36
7. Bosa	3,1	38,30	11,33	1,31	20,41
8. Kennedy	2,5	38,30	11,33	1,31	20,41
9. Fontibon	4,2	34,49	11,40	1,41	24,26
10. Engativa	2,7	34,49	11,40	1,41	24,26
11. Suba	2,7	42,26	14,16	1,19	24,36
12. Barrios Unidos	2,2	38,03	8,05	1,49	25,84
13. Teusaquillo	3,5	38,03	8,05	1,49	25,84
14. Martires	2,1	36,79	14,67	4,44	24,86
15. Antonio Nariño	0,9	33,95	12,54	1,57	25,80
16. Puente Aranda	3,1	38,30	11,33	1,31	20,41
17. Candelaria	4,2	36,79	14,67	4,44	24,86
18. Rafael Uribe Uribe	4,8	33,95	12,54	1,57	25,80
19. Ciudad bolivar	4,4	31,16	11,78	1,01	21,20
20. Sumapaz	0,0	28,99	10,08	0,68	18,31

Fuente: Diagnósticos Distrital 2010. Grupo Técnico ASIS. Dirección de Salud Pública

Tabla 3. Principales Indicadores de Morbimortalidad en Bogotá. 2010

localidad	DN aguda (menores 5 años) ¹	DN global (menores 5 años) ¹	DN crónica (menores 5 años) ¹	sobrepeso y obesidad (menores 5 años) ¹	mediana de lactancia materna ¹ (meses)	% bajo peso al nacer ³
1. Usaquén	1,9	5,6	19,40	1,60	3,10	11,1
2. Chapinero	1,60	5,9	19,60	1,3	3,00	13,0
3. Santa Fé	1,2	6,5	25,40	1,5	3,3	12,9
4. San Cristobal	1,9	7,1	24,80	1,60	3,10	13,4
5. usme	1,4	5,9	23,10	1,70	3,20	13,5
6. Tunjuelito	1,8	5,3	17,70	1,80	2,50	12
7. Bosa	2,2	5	18,70	1,70	2,80	12,8
8. Kennedy	1,50	4,3	15,9	1,4	3,00	11,7
9. Fontibon	1,70	4,6	15	2,30	3,20	10,5
10. Engativa	1,50	4,6	15,6	1,4	2,60	11,7
11. Suba	1,70	4,7	17,80	1,60	2,70	11,5
12. Barrios Unidos	1,3	5	15,6	2,00	2,80	13,0
13. Teusaquillo	1,70	5,1	15,1	1,4	2,65	12,6
14. Martires	1,60	5,7	17,90	0,9	2,90	13,7
15. Antonio Nariño	1,3	5,4	18,10	1,80	2,60	11,2
16. Puente Aranda	1,2	3,7	14,1	1,5	2,90	11,4
17. Candelaria	1	5,6	18,6	1,2	2,50	13,9
18. Rafael Uribe Uribe	1,9	6,5	21,30	1,7	2,40	12,2
19. Ciudad bolivar	1,1	5,5	24,60	1,3	3,7	12
20. Sumapaz	2,1	4,7	22,20	3,00	2,30	13,3

Fuente: Diagnósticos Distrital 2010. Grupo Técnico ASIS. Dirección de Salud Pública

El comportamiento de los principales indicadores de morbi-mortalidad por localidad de la ciudad, donde se evidencian diferencias importantes, evidencia que las zonas centro oriente, sur-occidente y sur tienen las localidades con la situación más crítica de salud, y coinciden con las condiciones socio- económicas de mayor brecha de inequidad de la ciudad.

7.1.2 Identificación de las causas y efectos

Se ha evidenciado que Bogotá es una ciudad con índices de desarrollo social que revelan la enorme desigualdad entre los grupos de mayores ingresos y el resto de la población, en materia de acceso a la infraestructura urbana, los servicios educativos, de salud y la capacidad de pago en servicios públicos. Es reconocido que las situaciones de desigualdad son parte esencial del sustrato en el que se desarrollan las enfermedades que se miden en términos de morbilidad y mortalidad. La segregación progresiva de la ciudad se evidencia en grupos poblacionales con mayor exclusión social, económica, cultural y política en territorios sociales específicos de la ciudad. Estas desigualdades se expresan en severas inequidades en la situación de salud de la población bogotana. Si bien los indicadores de mortalidad evitable han mejorado, no ha sido igual para todos.

Es evidente por las distintas estadísticas nacionales que Bogotá tiene unas condiciones superiores de calidad de vida que el resto del país, y estos indicadores han mostrando importante mejora en los últimos ocho años, aún existen profundas desigualdades entre las localidades y la poblaciones de esta ciudad.

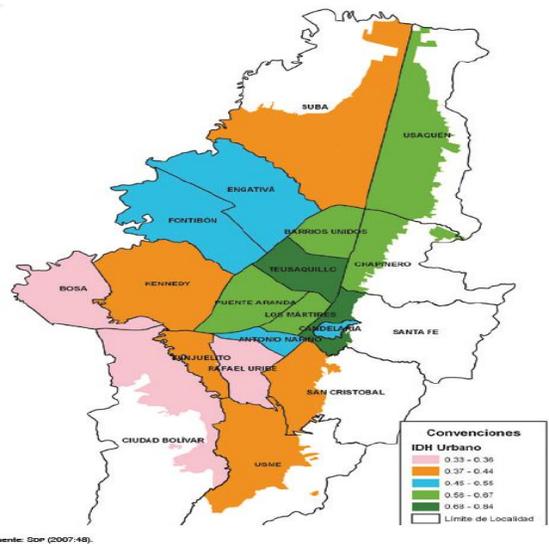
Sin embargo, ha aumentado el número de familias que no pueden pagar el costo creciente de esos servicios básicos, como tampoco logran acceder a otros servicios más complejos como los de salud y educación. En las localidades más pobres de Bogotá, cerca del 11,7% de los jefes de hogar o sus cónyuges informaron haber empeorado sus condiciones de alimentación, principalmente por razones que tienen que ver con el aumento de los precios, como lo muestra la Encuesta de Calidad de Vida (ECV-2007) Esto significa que se ha incrementado la pobreza, pero la medida de NBI no logra captar el fenómeno. Sólo si se mide por línea de pobreza (LP), es decir, por los ingresos familiares en contraste con el costo de la canasta básica de bienes y servicios.

Un marco de comprensión sobre el desarrollo humano en la ciudad se analiza desde los resultados del Índice de Desarrollo Humano en Bogotá del año 2007 entre las localidades se evidencian desigualdades importantes entre ellas. Se evidencia desigualdades de condiciones y oportunidades territoriales y poblacionales, manifestando la segregación socio-económica de la ciudad, a pesar de la mejora de indicadores sociales en la ciudad aún no se logra condiciones que favorezcan la igualdad y la equidad.

Se evidencia en la comparación de este Índice que la segregación social-económica de la ciudad se expresa en su periferia donde hay mayor concentración poblacional y menor dotación, equipamiento y bienes y servicios. El aumento de la precariedad ha sido desigual. La

segmentación progresiva de la ciudad ha ubicado a los pobres en unas localidades, que se evidencia en el mapa y tabla siguiente:

Mapa2. Distribución de IDH en Bogotá



	INDICE DE INGRESO DISPONIBLE (LYDAC)	INDICE DE EDUCACION (IED)	INDICE DE SOBREVIVENCIA DE LA NIÑEZ (ISN)	INDICE URBANO (IU)	INDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDHU) 2007
TESUAQUILLO	0,977	0,912	0,989	0,84	0,93
CHAPINERO	0,995	0,886	0,99	0,65	0,88
SANTA FE	0,884	0,827	0,985	0,78	0,869
BARRIOS UNIDOS	0,928	0,877	0,981	0,67	0,864
USAQUEN	0,934	0,893	0,986	0,61	0,856
MARTIRES	0,864	0,853	0,982	0,6	0,825
PUENTE ARANDA	0,865	0,867	0,986	0,61	0,824
FONTIBON	0,907	0,884	0,989	0,51	0,822
ENGATIVA	0,86	0,872	0,987	0,55	0,817
CANDELARIA	0,897	0,862	0,974	0,5	0,806
SUBA	0,917	0,881	0,986	0,44	0,806
ANTONIO NARINO	0,867	0,864	0,991	0,5	0,806
KENNEDY	0,825	0,86	0,986	0,41	0,77
TUNJUELITO	0,792	0,858	0,986	0,41	0,77
SAN CRISTOBAL	0,761	0,849	0,98	0,41	0,75
RAFAEL URIBE URIBE	0,753	0,844	0,98	0,36	0,734
USME	0,706	0,83	0,981	0,33	0,714
BOSA	0,752	0,851	0,986	0,33	0,73
CIUDAD BOLIVAR	0,714	0,83	0,981	0,33	0,714
PERCENTIL DE 0 A 33	menores de 0,8118	menores de 0,8522	menores de 0,9816	menores de 0,41	menores de 0,77
PERCENTIL DE 33 A 66	0,8119-0,899	0,8522-0,8730	0,9816-0,986	0,41-0,602	0,77-0,8242
PERCENTIL DE 66 A 100	Mayores de 0,899	,8730	Mayores de 0,986	Mayores de 0,602	mayores de 0,8242

Fuente: Informe Desarrollo Humano Bogotá. 2007. PNUD- Colombia. Cálculo y diseño: Naranjo, C, y Benavides, J. 2012. Dirección de Salud Pública- Secretaría Distrital de Salud

Las desigualdades socio-económicas descritas se expresan en severas inequidades en la situación de salud de la población bogotana. Si bien los indicadores de mortalidad evitable han mejorado, la velocidad de cambio es lenta y no ha sido igual para todos. A pesar de la disminución de estas tasas, la mayoría de los indicadores de salud muestran diferencias entre las localidades que resultan, a todas luces, injustas y evitables. En cuanto al perfil de morbilidad, Bogotá muestra una combinación compleja. Aparece cada vez más el peso de las enfermedades crónicas, relacionado con el acumulado de formas de vida deletéreas en una población que vive más tiempo.

En cuanto a la respuesta en salud en Bogotá el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha tenido un buen desarrollo, con una mayoritaria participación del Régimen Contributivo y menor del régimen subsidiado, pero aún se presenta un número importante de población no afiliada cercano al medio millón de habitantes que por razones de desplazamiento forzado por violencia, emergencia y desastres, desempleo, entre otros motivos no logran estar asegurados por su alta movilidad.

De otro lado la oferta de servicios ha aumentado, pero se concentra en las zonas de mayor densidad población y de menor demanda. Cerca del 80 % de esta oferta se ubica en la zona norte de la ciudad; esta distribución ha respondido a la dinámica del mercado de servicios, siguiendo las preferencias de los oferentes más que las necesidades de atención de la población, situación que hoy se reconoce como una seria barrera para el acceso a los servicios de los más pobres. Según la naturaleza jurídica, predomina el sector privado con el 76,60%, el 8,46% es de carácter público y 14,90% son fundaciones sin ánimo de lucro y hay una 0,05% mixta. (SDS-DSS, 2010).

A pesar de los avances del desarrollo del Sistema, existen serios problemas en la respuesta institucional y social a los problemas de salud en Bogotá. El más importante es la fragmentación. En diferentes escenarios y estudios se reconoce que el sistema de salud está fragmentado en varios sentidos: en la acción de los agentes involucrados, sean prestadores, aseguradores, moduladores o usuarios; en la disposición de los servicios, pues existen diferentes planes de beneficios según la capacidad de pago de las personas.

También está dividido en las competencias de los entes territoriales y la Nación, lo que dificulta el ejercicio de la rectoría territorial del sistema. En la actualidad, no es posible saber a ciencia cierta cuál es el perfil de morbilidad de la población bogotana. La Secretaria Distrital de Salud no obtiene información sobre la atención de la población en el régimen contributivo, parcialmente del régimen subsidiado. Esta situación se debe a la decisión de centralizar esta información en el Ministerio de Salud a través de varios mecanismos no unificados, sin que los entes territoriales puedan utilizarla para la toma de decisiones. De manera que no existe un sistema de información suficiente para ejercer la rectoría del sistema en los territorios concretos y ésta se reduce a las labores de inspección, vigilancia y control en los aspectos señalados por las normas.

Otro problema grave es la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable. Por ejemplo, cuando las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados o establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos, se generan barreras inaceptables que ponen en peligro la vida de las personas. Las cuotas moderadoras se han convertido en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres y más aún el copago y las cuotas de recuperación de los hospitales públicos. La atención de urgencias tiene restricciones económicas y trámites administrativos injustos que la reducen a las intervenciones mínimas e insuficientes. Hoy se calcula que cerca del 30% de la población no es suficientemente pobre para recibir el subsidio del Estado, pero tampoco tiene los ingresos suficientes para sostener su afiliación al régimen contributivo. Esta población va en aumento, si se tiene en cuenta la situación de desempleo, subempleo e informalización laboral creciente.

En el marco del aseguramiento y en un modo de atención centrado en la enfermedad, el énfasis se ha puesto en los servicios de atención curativa individual y se ha debilitado la capacidad preventiva. La inversión en acciones preventivas por parte de las aseguradoras no alcanza los montos establecidos en la ley. Esto se expresa en una capacidad muy limitada para prevenir e intervenir sobre los problemas prioritarios de salud pública de la ciudad.

7.1.3 Focalización

Las poblaciones en las cuales se centra el programa, fueron seleccionadas teniendo en cuenta variables como: ingresos socioeconómicos limitados, dificultades para el acceso a programas y servicios y condiciones de vulnerabilidad asociadas, de manera general la cobertura de poblacional será sobre las familias en condición socio-económica de estratos 1 y 2 y sectores estrato 3 de mayor vulnerabilidad, y se realizará énfasis en las acciones en condiciones o situaciones como el desplazamiento, el género, la discapacidad y la pertenencia a un grupo étnico,. A continuación se especifica la cobertura en la vigencia 2012:

TOTAL FAMILIAS AL 31 DE DICIEMBRE	
LOCALIDAD	# DE FAMILIAS
ANTONIO NARIÑO	11,066
BARRIOS UNIDOS	2,930
BOSA	105,129
CANDELARIA	6,492
CHAPINERO	4,192
CIUDAD BOLIVAR	77,145
ENGATIVA	41,791
FONTIBON	44,921
KENNEDY	66,277
MARTIRES	16,099
PUENTE ARANDA	10,256
RAFAEL URIBE	76,158
SAN CRISTOBAL	54,759
SANTA FE	22,125
SUBA	105,992
SUMAPAZ	789
TUNJUELITO	32,226
USAQUEN	29,633
USME	62,692
TOTAL	770,672

7.1.4 Actores que intervienen en el problema

Secretaría Distrital de Salud, Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EPS, Red Prestadora de Servicios de Salud Privadas, Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, Secretaría Distrital de Educación, Secretaría Distrital de Hábitat, Secretaría Distrital de Ambiente, Secretaría Distrital de Cultura Recreación y Deporte, Secretaría Distrital de Gobierno, Secretaría Distrital de Planeación, Instituto Distrital para la Participación Social, Organizaciones Sociales y Comunitarias, Población en general.

7.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas:

7.2.1 A nivel de Administración

El Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos” 2010-2014, Plan Decenal de Salud Pública, Plan Nacional de Salud Pública, Plan Territorial de Salud Pública y El Plan de Desarrollo “Bogotá Humana 2012-2016.

7.2.2 A nivel de Administración

Proyecto de Inversión No. 869 “Salud para el Buen Vivir”

Estrategias:

1. Desarrollo de un modelo de atención de salud humanizada basado en: APS, gestión intersectorial y de redes integradas de servicios.
2. Implementación de Modelo de Atención con base en la APS
3. Fortalecimiento de la atención en salud pública a través de los hospitales de la RED.

7.1.3 Metas formuladas

1. Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.
2. Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.
3. Ajustar, implementar y seguir el 100% de las políticas de salud pública, con enfoque poblacional, diferencial y de género, desde la diversidad, mediante procesos participativos, al 2016.
4. Garantizar la atención integral en salud al 100% de la población víctima del conflicto armado interno, determinada en la ley 1448 de 2011, en el marco de la reparación y restitución de los derechos en salud, al 2016.
5. Garantizar el acceso a los servicios de salud, bajo un modelo de atención con enfoque poblacional desde las diversidades al 100% de los grupos étnicos: raizales, gitanos, indígenas, afro descendientes, al 2016.
6. Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% a personas en condición de discapacidad al 2016.
7. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las mujeres que participan en las acciones colectivas, al 2016.
8. Garantizar atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, en el 100% de los servicios de salud del Distrito, al 2016.
9. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de las personas de 60 años y más que participan en las acciones colectivas, al 2016.
10. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de los jóvenes que participan en las acciones colectivas, al 2016.
11. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los habitantes de calle que participan en las acciones colectivas, al 2016.
12. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016.
13. Incrementar a 100.000 personas en situación de discapacidad en procesos de inclusión social por medio de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad, al 2016.
14. Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil, en coordinación con los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.

15. Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación con los sectores de la Administración Distrital, al 2016.
16. Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años, en el Distrito capital, al 2016.
17. Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016.
18. Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica, al 2016.
19. Garantizar la atención en salud al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud en coordinación con los demás sectores de la administración distrital, y de manera transversal la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos, al 2016.
20. Lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a 2016.
21. Disminuir en 5%, las muertes evitables por condiciones crónicas en personas menores de setenta años, a 2016.
22. Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016.
23. Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH, al 2016
24. Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, al 2016.
25. Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.
26. Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.
27. Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
28. Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
29. Reducir a 1.5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.
30. Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
31. Incrementar a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los niños y niñas menores de 6 meses, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
32. Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la Cero Tolerancia.
33. Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.
34. Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016.
35. Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016.

36. Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%, al 2016.
37. Atender el 100% de las personas con lepra remitidos o diagnosticados en el Distrito Capital, al 2016.
38. Desarrollar estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, Seguridad Alimentaria y Nutricional, trabajo saludable y prácticas saludables en el 100% de los territorios de salud, con coordinación intersectorial, a 2016.
39. Poner en marcha estrategias de detección y tratamiento de la obesidad en niños, niñas y adolescentes.
40. Identificar, caracterizar, medir y atender los casos de bulimia y anorexia en la red de salud mental del régimen subsidiado, al 2016.
41. Generar un programa de detección temprana del trastorno por déficit de atención e hiperactividad que permita la identificación, diagnóstico, atención y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que lo padecen, 2016.
42. Incrementar a 110.000 la cobertura de las intervenciones de la Línea 106 en promoción de salud mental y protección frente a eventos adversos en niños, niñas y adolescentes, al 2016.
43. Reducir en un 4% la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en menores de cinco años en el Distrito Capital, a 2016.
44. Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes matriculados en Instituciones Educativas Distritales, con acciones de promoción de la salud y prevención, en un trabajo coordinado de la Secretaría Distrital de Educación y la Secretaria Distrital de Salud, al 2016.
45. Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de veinticinco años, en coordinación con las instituciones que hacen parte del Consejo Distrital de Estupefacientes, al 2016.
46. Diseñar, implementar y evaluar un programa de salud mental comunitaria, coherente con el modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud en el Distrito Capital, al 2016.
47. Implementar la estrategia de entornos saludables en las 20 localidades del Distrito Capital, al 2016.
48. Implementar un modelo de atención integral a través de redes integradas de servicios de salud, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, al 2016.
49. Cubrir a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud y desarrollo humano con enfoque diferencial, a través de 1000 equipos territoriales que incluyen el ámbito familiar, escolar, trabajo informal, institucional y comunitario, al 2016.
50. Canalizar a los servicios de salud preventivos y curativos, el 100% las personas detectadas en los territorios de salud, con necesidades en salud oral
51. Desarrollar el sistema de vigilancia en salud pública poblacional, comunitaria y de la totalidad de los eventos, que dé respuesta oportuna y efectiva a las necesidades en salud pública del Distrito y los territorios, al 2016.
52. Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, integrado al Reglamento Sanitario Internacional, en el sector y otros sectores, al 2016.
53. Ejecutar el 100% de las acciones del Laboratorio de Salud Pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del conocimiento, a 2016.
54. Disminuir el trabajo infantil a menos del 1,5% (cambia para llegar a menos de 7% con la nueva metodología del DANE) en el Distrito Capital, en coordinación y apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.

55. Identificar y canalizar a servicios de salud y a servicios sociales a 20.000 niños y niñas trabajadoras para su desvinculación del trabajo, al 2016.
56. Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 jóvenes trabajadores, entre los 15 y 17 años, al 2016.
57. Mantener en operación el sistema de registro de enfermedad profesional y accidentes de trabajo del sector informal, al 2016.
58. Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.
59. Trabajadores y trabajadoras en la economía informal formados en salud y seguridad social

7.1.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del fondo Financiero Distrital de Salud se asignaron 121.439 millones.

7.1.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

770.672 familias; con un registro total de 332.891 familias con visita de seguimiento efectivo, a través de los equipos territoriales de APS; en 764 microterritorios.

7.2 Resultados de la transformación de los problemas

7.3.1 Niveles de cumplimiento

Elevar las condiciones de bienestar de la ciudadanía y sentar las bases de un cambio de enfoque de la acción pública en salud en articulación con otros sectores, se requiere en primer lugar de la identificación, análisis y problematización de las realidades de las poblaciones en los territorios que permitan reconocer las condiciones, situaciones, exposiciones protectoras y deteriorantes como los daños y las consecuencias, y a través de procesos de problematización y de priorización abordar los factores prioritarios para la acción en sinergia la gestión pública, la comunidad y el sector privado.

A través de un modelo de atención integral en salud desde la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque promocional de Equidad en Calidad de Vida se busca incidir en las condiciones de segregación e inequidad relacionados con las capacidades de las personas, la persistencia de situaciones de exclusión y riesgos ambientales y la apuesta por el fortalecimiento de la gestión pública para orientar y apoyar las aspiraciones colectivas de las ciudadanías bogotanas.

Reconocer el desarrollo humano para Bogotá y que sea sostenible requiere de manera indispensable que los procesos de mejoramiento de la calidad de vida de la población no solo sea de la ciudad sino en una perspectiva ciudad- región, reconociendo la necesidad de este mejoramiento en los municipios cercanos a Bogotá.

Avanzar en el desarrollo humano debe estar acompañado de la reducción de la pobreza y una reducción de la desigualdad favoreciendo la equidad poblacional y territorial. Ello implica que la ciudad logre desarrollos equitativos en espacio público para su mejoramiento y usos, movilidad, cobertura de servicios públicos domiciliarios, en su dimensión social, se debe avanzar en la

universalización de salud y la educación con mayor acceso y calidad de servicios de salud, provisión de condiciones de seguridad y transformación y fortalecimiento de la cultura política.

En el cuadro siguiente se presenta el nivel de cumplimiento de cada una de las metas:

META	CUMPLIMIENTO
Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.	22.5 por 1000 nacidos vivos
Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.	39.2 por 100.000 nacidos vivos
Ajustar, implementar y seguir el 100% de las políticas de salud pública, con enfoque poblacional, diferencial y de género, desde la diversidad, mediante procesos participativos, al 2016.	13 políticas actualizadas
Garantizar la atención integral en salud al 100% de la población víctima del conflicto armado interno, determinada en la ley 1448 de 2011, en el marco de la reparación y restitución de los derechos en salud, al 2016.	17.044 (22%)
Garantizar el acceso a los servicios de salud, bajo un modelo de atención con enfoque poblacional desde las diversidades al 100% de los grupos étnicos: raizales, gitanos, indígenas, afro descendientes, al 2016.	10%
Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% a personas en condición de discapacidad al 2016.	14%
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las mujeres que participan en las acciones colectivas, al 2016.	72.2 % canalización mujeres
Garantizar atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, en el 100% de los servicios de salud del Distrito, al 2016.	100%
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de las personas de 60 años y más que participan en las acciones colectivas, al 2016.	28.777 adultos (as) mayores canalizados a SS.
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de los jóvenes que participan en las acciones colectivas, al 2016.	180.635 jóvenes canalizados a SS
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los habitantes de calle que participan en las acciones colectivas, al 2016.	Canalizaron 2.100 habitantes de calle
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016.	Pendiente línea de base
Incrementar a 100.000 personas en situación de discapacidad en procesos de inclusión social por medio de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad, al 2016.	3.740 personas incluidas a la estrategia de RBC alianzas y prácticas inclusivas). Preliminar
Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil, en coordinación con los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	10.9 por 1.000 nacidos vivo
Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación con los sectores de la Administración Distrital, al 2016.	21.5 por 10.000 menores de cinco años
Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años, en el Distrito capital, al 2016.	10.36 por 10.000 menores de cinco años
Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016.	3.2
Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica, al 2016.	0.8
Garantizar la atención en salud al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud en coordinación con los demás sectores de la administración distrital, y de manera transversal la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos, al 2016.	64.5 NNA
	68.2 mujeres
Lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a 2016.	1) Niños vacunados con Polio: 104.087, 86.4%
	2) Niños vacunados con BCG:115.382, 95.8%

	3) Niños vacunados con DPT: 103.997, 86.3%
	4) Niños vacunados con Hepatitis B: 103.785, 86.1%
	5) Niños vacunados con Hib: 103.997 86.3%
	6) Niños vacunados con Triple Viral: 106.857, 89.0%
	7) Niños vacunados con Fiebre Amarilla: 99.442 82.8%
	8) Niños vacunados con HA: 110.865, 92.3%
	9) Niños vacunados con Neumococo: 107.630, 89.6%
	10) Niños vacunados contra el Rotavirus: 103.258, 85.7%
Disminuir en 5%, las muertes evitables por condiciones crónicas en personas menores de setenta años, a 2016.	El proceso de intervención y prevención de las muertes por enfermedades crónicas en menores de 70 años (evitables) se inicia diseño en 2013 y operación en el 2013
Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016.	48.694 primeras dosis.
	41.869 segundas dosis
	(acumulado)
Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH, al 2016	0,04 X 1.000 nacidos vivos
Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, al 2016.	Protocolo evaluado en 1 IPS.
Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.	20.202 pruebas realizadas
Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.	Revisión de las estrategias de comunicación para diseñar la estrategia de comunicación
Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	5.1%
Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	18.2%
Reducir a 1.5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.	0.3 por 100.000 menores de 5 años (dato preliminar hay 2 casos en estudio en medicina legal)
Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	12.8%
Incrementar a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los niños y niñas menores de 6 meses, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	3.0
Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la Cero Tolerancia.	486 nacimientos
Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.	19.123
Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016.	2,4 X 1.000 nacidos vivos
Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016.	45%
Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%, al 2016.	67%

Atender el 100% de las personas con lepra remitidos o diagnosticados en el Distrito Capital, al 2016.	100%
Desarrollar estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, Seguridad Alimentaria y Nutricional, trabajo saludable y prácticas saludables en el 100% de los territorios de salud, con coordinación intersectorial, a 2016.	66 territorios con implementación de estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, Seguridad Alimentaria y Nutricional, trabajo saludable y prácticas saludables
Poner en marcha estrategias de detección y tratamiento de la obesidad en niños, niñas y adolescentes.	26%
Identificar, caracterizar, medir y atender los casos de bulimia y anorexia en la red de salud mental del régimen subsidiado, al 2016.	Se inicia proceso de detección y captación en el 2013
Incrementar a 110.000 la cobertura de las intervenciones de la Línea 106 en promoción de salud mental y protección frente a eventos adversos en niños, niñas y adolescentes, al 2016.	23.214
Reducir en un 4% la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en menores de cinco años en el Distrito Capital, a 2016.	52 X 1.000 menores de 5 años
Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes matriculados en Instituciones Educativas Distritales, con acciones de promoción de la salud y prevención, en un trabajo coordinado de la Secretaría Distrital de Educación y la Secretaria Distrital de Salud, al 2016.	449.183
Diseñar, implementar y evaluar un programa de salud mental comunitaria, coherente con el modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud en el Distrito Capital, al 2016.	Se inicia proceso para definir programa en el 2013
Implementar la estrategia de entornos saludables en las 20 localidades del Distrito Capital, al 2016.	66 territorios de salud con al estrategia operando con el 50% de sus componentes.
Implementar un modelo de atención integral a través de redes integradas de servicios de salud, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, al 2016.	25% de la estrategia de redes implementada
Cubrir a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud y desarrollo humano con enfoque diferencial, a través de 1000 equipos territoriales que incluyen el ámbito familiar, escolar, trabajo informal, institucional y comunitario, al 2016.	770,672 Familias en 764 micro territorios
Canalizar a los servicios de salud preventivos y curativos, el 100% las personas detectadas en los territorios de salud, con necesidades en salud oral	100% (62.136)
Desarrollar el sistema de vigilancia en salud pública poblacional, comunitaria y de la totalidad de los eventos, que dé respuesta oportuna y efectiva a las necesidades en salud pública del Distrito y los territorios, al 2016.	80%
Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, integrado al Reglamento Sanitario Internacional, en el sector y otros sectores, al 2016.	100%
Ejecutar el 100% de las acciones del Laboratorio de Salud Pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del conocimiento, a 2016.	100%
Disminuir el trabajo infantil a menos del 1,5% en el Distrito Capital, en coordinación y apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	8%
Identificar y canalizar a servicios de salud y a servicios sociales a 20.000 niños y niñas trabajadoras para su desvinculación del trabajo, al 2016.	3.772 NN
Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 jóvenes trabajadores, entre los 15 y 17 años, al 2016.	1.952 jóvenes intervenidos
Mantener en operación el sistema de registro de enfermedad profesional y accidentes de trabajo del sector informal, al 2016.	1 Sistema en operación en 4 ESES (1 por red)
Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.	8.361 idades de Trabajo Informal intervenidas

7.3.2 Indicadores

- Tasa de mortalidad perinatal
- Razón de mortalidad materna

- % de ajuste, implementación y seguimiento a políticas de salud pública
- % de población víctima del conflicto armado interno con garantía del acceso a los servicios de salud
- Cobertura de atención en salud de grupos étnicos: raizales, gitanos, indígenas, afro descendientes
- % de atención integral en salud a personas en condición de discapacidad
- % de mujeres canalizadas efectivamente a los servicios sociales identificados en los territorios
- Cobertura de atención de la población lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales, LGBTI
- % de las personas de 60 años y más canalizadas efectivamente a los servicios sociales identificados en los territorios
- % de los jóvenes canalizadas efectivamente a los servicios sociales identificados en los territorios
- % de los habitantes de calle canalizadas efectivamente a los servicios sociales identificados en los territorios
- % de las personas en ejercicio de trabajo sexual canalizadas efectivamente a los servicios sociales identificados en los territorios
- Número de personas con discapacidad participando en la estrategia de rehabilitación basada en discapacidad.
- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad en niñas y niños menores de cinco años
- Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años
- Tasa de suicidio por 100.000 habitantes
- Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda
- Cobertura de atención en niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato.
- Número de niños, niñas y adolescentes atendidos en salud víctimas de maltrato/Total de niños, niñas y adolescentes notificados
- Cobertura de atención de las mujeres víctimas de violencias
- Número de mujeres atendidos en salud víctimas de maltrato/Total de mujeres notificados
- Cobertura de vacunación por biológico:
- % de disminución de muertes evitables por condiciones crónicas en personas menores de 70 años
- % de niñas y adolescentes entre 10 años vacunadas contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en las 20 localidades del Distrito Capital
- Tasa de transmisión materno perinatal de VIH por 100.000 nacidos vivos.
- % de pruebas de tamizaje voluntario para detección de VIH
- Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años
- Prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años
- Tasa de mortalidad por desnutrición por 100.000 menores de cinco años
- % de reducción en la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas
- Mediana de la duración de Lactancia Materna exclusiva
- Número de niñas menores de 15 años embarazadas o que han sido madres identificadas y caracterizadas.
- % de reducción en los embarazos en las adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años
- Tasa de Incidencia de Sífilis Congénita

- Tasa de curación de los casos de tuberculosis
- % de personas detectadas como sintomático respiratorio
- % de personas con lepra remitidos o diagnosticados, atendidos
- Número de casos de bulimia y anorexia canalizados efectivamente
- Número de intervenciones de la Línea 106, dirigidas a niños, niñas y adolescentes.
- Tasa de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menores de 5 años
- Número de niños, niñas y adolescentes cubiertos con acciones de promoción y prevención en colegios públicos y privados
- % de disminución de las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de 25 años.
- % de estrategia de entornos saludables implementada en las localidades
- % de redes de servicios de salud con modelo implementado
- Número de redes con modelo implementado/Número de redes definidas para el Distrito.
- Número de familias con acciones de salud pública en los microterritorios.
- % de población con necesidades en salud oral referida a servicios de salud
- Total de niños niñas y adolescentes ocupados / población entre 5 y 17 años de edad:
- Tasa de trabajo infantil en el Distrito Capital
- Número de niños y niñas canalizados a programas y servicios de salud
- Número de niños - niñas trabajadores atendidos en los servicios de salud/Total de niños - niñas trabajadores intervenidos"
- Número de adolescentes y jóvenes vinculados a la estrategia de trabajo protegido "
- Número de unidades de trabajo saludables del sector informal con la estrategia de entornos saludables implementada
- Número de trabajadores y trabajadoras formados en salud y seguridad social

7.3.3 Limitaciones del proyecto

Para el mes de diciembre se presentan dificultades en la consolidación de la información relacionada con las intervenciones de los Proyectos de Desarrollo de la Autonomía y Transversalidades que operan en el territorio, además de un retraso importante de la digitación de la información del seguimiento a familias antiguas y la caracterización de familias nuevas por parte de las ESE en el APS en Línea. A la fecha se han diseñado formatos únicos para la captura de información sobre la población intervenida en todos los ámbitos de vida cotidiana y se está trabajando en el desarrollo el diseño de aplicativos para su consolidación desde el nivel central, de otro lado se aumentó el número de digitadores para el mes de enero lo que permitirá mejorar el reporte.

Los reportes de APS con corte al 31 de diciembre que hacen parte de este informe son preliminares, dado que hay un subregistro de 2 meses, se cuenta con 764 microterritorios, 770.672 familias caracterizadas. 581.486 familias activas, en el APS en Línea se ha registrado seguimiento efectivo a 332.891 familias; de estas 241.050 fueron visitadas durante los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2012 (datos preliminares).

7.3.4 Presupuesto ejecutado

El presupuesto ejecutado fue de 98.80% que equivalen \$119.981 millones y se giraron el 45.06% o sea \$54.726 millones.

7.3.5 Efectos del problema o acciones

Se realizaron ajustes a los lineamientos dentro del proceso de implementación con la participación de la ESE y la SDS, requiriendo mesas de trabajo hasta finales de noviembre de 2012, los que afectaron el desarrollo de actividades dentro del proyecto de inversión; el tiempo en la realización de mesas de trabajo y las modificaciones solicitadas por las ESE, se vio reflejado en el cambio al desarrollo de las acciones programa para los grupos ERI, dentro de los acuerdos intersectoriales de la SDS y las ESE, para dar respuesta a las necesidades de la población dentro del ámbito familiar.

Es necesario ajustar los sistemas de información de la Dirección de Salud Pública, con el fin de dar mayor confiabilidad a la información del programa, para lo cual se está trabajando en el mes de enero de 2013.

7.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Cuantificación de la población	2.550.000 familias
Identificación de la población priorizada	800.000 familias
Identificación de la población Atendida	600.000 familias

7.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

200.000 familias identificadas como la población sin atender

7.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia

Identificación de la población priorizada	800.000 familias
Identificación de la población Atendida	600.000 familias
Identificación de la población por atender	200.000 familias

7.3.9 Otras acciones

- Promoción de espacios y relaciones de coordinación inter-institucional e inter-sectorial para posicionar las necesidades en salud del ámbito familiar en el mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes de las familias en el Distrito en cumplimiento del plan de acción de la Política Distrital para la salud dentro del proyecto Salud para el Buen Vivir 2012-2016.

- Fortalecimiento de la capacidad técnica y formación del talento humano que adelanta intervenciones relacionadas con la salud en el espacio de vida cotidiana familiar a través de la capacitación y desarrollo de habilidades.
- Gestión y abogacía para la canalización efectiva de la población desde el espacio de vida cotidiano familiar dentro del Sistema General de Seguridad Social, así como a otros sectores diferentes a de salud, con el objeto de dar cobertura integral al entrono familiar.
- Análisis de situación del entorno familiar para el enfoque de prioridades ajustadas con el modelo de atención y las metas distritales.
- Fortalecimiento y continuidad de la operación de la Mesa Distrital para dar apoyo desde lo distrital a lo local.
- Gestión para promover la construcción de conocimiento en torno a la familia como determinante social de la salud mediante el desarrollo e implementación de proyectos de investigación y análisis de la información obtenida en los sistemas de información y vigilancia en el Distrito Capital.
- Se debe habilitar el servicio de atención domiciliaria, de acuerdo a lo normado en la Resolución 1043 de 2006.
- La atención extramural /domiciliaria que realice el personal de enfermería o el personal médico debe cumplir unos criterios de inclusión, que simultáneamente permite precisar que miembro de los equipos de salud (Equipo de Respuesta Inicial / Equipo de respuesta complementario debe realizar la asistencia y en qué tiempo, dichos criterios están detallados en los lineamientos de atención de los diferentes grupos evolutivos y programas publicados por la DSP de la SDS.
- Se recomienda que la ESE programe consulta médica ambulatoria para aquellos afiliados del Régimen Subsidiado que estén capitados con la ESE y la población vinculada. Es deseable que la consulta ambulatoria la realice el mismo médico que realiza la atención extramural y domiciliaria.
- La atención extramural y domiciliaria realizada en principio por médicos y enfermeras, será complementada con una modalidad de atención para la caracterización y el seguimiento de riesgos, de individuos, familias y colectivos, que será desarrollada en forma habitual por el trabajador comunitario (promotor de salud / Auxiliar de Salud pública) de los Equipos de salud de Respuesta Inicial, siendo en la practica el miembro del equipo que en mayor medida debe estar en contacto directo con las familias y la comunidad.

7.3.10 Diagnostico final del problema

La Dirección de Salud Pública de la SDS, busca aportar en la concreción del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá, a través del diseño, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de programas de acciones individuales y colectivas para la vida, denominado TERRITORIOS SALUDABLES, que se fundamenta, entre otros aspectos, en la atención domiciliaria y extramural, que dialogue y complemente las acciones de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y de las redes sociales. De otra parte el modelo de atención requiere integrar las respuestas del sector salud con las de otros sectores que tienen competencia en la afectación de determinantes sociales de la salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El nuevo modelo de salud requiere un abordaje territorial de las respuestas en salud, por lo que es de gran importancia la modalidad de atención extramural y domiciliaria que consiste en un conjunto de actividades, en los aspectos social, sanitario, familiar y comunitario, que se realiza por parte de los miembros del Equipo de Respuesta Inicial –ERI- en el domicilio de las personas o en los ámbitos de vida cotidiana familiar – equipamientos del respectivo territorio (micro-territorio) asignado para dicho equipo, que en lo fundamental corresponde a 800 familias, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del individuo, a la familia y las colectividades, potenciando su autonomía y mejorando la calidad de vida.

El Equipo de Respuesta Inicial –ERI- está conformado por un médico, una enfermera y dos técnicos en salud (promotores), quienes recorrerán y caracterizarán a las familias y el territorio donde habitan, garantizando, en términos generales: Caracterización y notificación de eventos de Salud Pública, Intervenciones de Resolución de problemas de salud-enfermedad y Gestión transectorial.

Esta práctica de abordaje territorial de la salud – enfermedad, por micro-territorios bajo el esquema extramural y de servicios de atención domiciliaria, permite que el personal del ERI este en contacto con el entorno del usuario, lo cual posibilita la obtención de una información directa así como interactuar de una manera más cercana con la familia, sus miembros y con los diferentes colectivos que habitan dicho micro-territorio (en barrios, veredas, comunas, UPZ o localidades).

En búsqueda de un modelo de atención integral e integrado, por territorios saludables, las acciones del ERI se deben complementar y potencializar con profesionales de salud y de otras disciplinas¹⁴, para ello se definió que por cada doce micro-territorios (cada uno de 800 familias), se conforme un equipo territorial de salud, denominado Equipo de Respuesta Complementaria ERC, que realizará acciones de salud individual y colectivas (intra-murales y extramurales), destinadas a las 9.600 familias que resultan de agrupar los doce micro-territorios, anteriormente enunciados.

La operación territorial de los ERI y los ERC requieren la coordinación por localidad - UPZ, para lo cual se prevé el funcionamiento de un equipo de coordinación territorial, constituido en principio por talento humano de carácter administrativo, analistas de ASIS y digitadores, además de gestores intersectoriales, que tendrán como referencia los Centros de Salud y Desarrollo Humano –CSDH-

La Atención Primaria en Salud APS, implica garantizar en su operación, además del abordaje territorial, familiar y comunitario, mecanismos para la intersectorialidad, ello exige que los diferentes equipos territoriales de salud cuenten con estrategias, tales como los CENTROS DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO –CSDH-, con el fin de acercar los servicios de baja complejidad a la población. En estos CSDH se realizarán acciones asistenciales relacionadas con promoción de salud y prevención de enfermedades, integrando las acciones individuales y las colectivas de los diferentes planes de beneficios del sistema y articulándolas con las respuestas de otros sectores en un ejercicio de transectorialidad.

La integración de respuestas del Equipo de salud (ERI y ERC) por territorios de 9.600 familias (40.000 ciudadanos), tiene como fin la ejecución del programa de acciones individuales y

colectivas para la vida “Territorios Saludables”, que aborda la problemática de salud enfermedad desde la promoción y la prevención, con un enfoque territorial y poblacional, por ciclo evolutivo.

Al ampliar la cobertura de equipos territoriales en salud en los dos niveles: “Equipos de Respuesta Inicial” que operan en los micro-territorios de la estrategia de APS (en promedio de 800 familias), que además de la población por ciclo vital afecte sus ámbitos, y los “Equipos de Respuesta Complementaria” que operarán a nivel de doce micro-territorios agrupando a 9.600 familias en promedio, hará posible y efectivo que estos equipos territoriales de salud sean el primer contacto y la puerta de entrada de la población con los servicios de salud, para lo cual identificarán las necesidades y organizarán las respuestas que deban brindarse a la población, integrando las del sector salud como las de otros sectores sociales.

Con este modelo de atención en salud con abordaje territorial, familiar y comunitario bajo la modalidad de atención extramural y domiciliaria, a través de los ERI y los REC, se busca lograr:

1. Valorar la situación de las familias, los individuos y de la población cautiva (colectividades), especialmente en los aspectos relacionados con el domicilio y/o de su entorno cotidiano, así como en la identificación de los aspectos de relaciones sociales del núcleo familiar y su funcionalidad así como también el entorno inmediato de los diferentes ámbitos de vida cotidiana.
2. Mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención de la salud de las familias - colectividades y las acciones intersectoriales.
3. Facilitar el apoyo y formación de los cuidadores implicados en la atención de población en condiciones de vulnerabilidad.
4. Realizar la atención a domicilio y en los ámbitos de vida cotidiana, de los ciudadanos que cumplan los criterios de inclusión.

8. Problema Social 8. Generación de Conocimiento en Salud y en Calidad de Vida en Bogotá D.C. Desarticulado e Incipiente.

8.1 Reconstrucción del Problema Social

8.1.1 Identificar el problema

El problema identificado en la generación de conocimiento para la Salud en Bogotá D.C., es la desarticulación de los diversos actores institucionales, empresariales, académicos y sociales, tanto de los sectores públicos y privados, frente a la generación de conocimiento que propenda por el fortalecimiento de capacidades en Ciencia, Tecnología e Innovación en salud para potenciar la generación de conocimiento y el desarrollo humano de la población de la ciudad.

8.1.2 Identificación de causas y efectos

En el actual contexto globalizado, el modelo neoliberal como inspirador de las políticas públicas y del funcionamiento de la vida social ha encontrado un nuevo “nicho de mercado” en el área de la salud humana. De tal manera que el potencial benéfico que pudiese tener el desarrollo científico y tecnológico contemporáneo aplicado al bienestar humano, se ha visto relegado por los

imperativos de la rentabilidad económica. La investigación científica, médica y biológica, como es bien sabido, no escapa a estas tendencias contemporáneas.

La experiencia de América Latina en utilizar la política científica y tecnológica como instrumento de desarrollo, pese a ciertos logros en el plano académico, no puede ser considerada como un éxito, debido a que la transferencia en CTI desarrollada en la región se hizo siguiendo los lineamientos de los países desplegados y no atendiendo las necesidades propias de la región, lo que conllevó a la escasa demanda de conocimiento científico y tecnológico por parte del sector productivo. Además, la inexistencia o la extrema fragilidad de los vínculos e influencias recíprocas entre el Estado, la sociedad y la comunidad científica. Frente a lo anterior, se propuso como modelo orientador de las estrategias de desarrollo, un "triángulo de interacciones" entre los vértices correspondientes al gobierno, el sector productivo y las instituciones científicas y académicas.

En Colombia, particularmente, hay un problema fundamental que se hace más notorio en el contexto actual de la "sociedad de la información y del conocimiento", es el atraso en la investigación científica y médica, el subdesarrollo en la tecnología de la información y la comunicación, lo que evidencia una infraestructura física y humana deficiente.

En el caso de una ciudad como Bogotá identificamos puntualmente las siguientes causas:

- Falta de rectoría institucional para la investigación en CTI en salud en Bogotá, D.C.
- Inexistencia de una política pública distrital en CTI en salud.
- Debilidad en el desarrollo de capacidades científicas y tecnológicas del sector salud en el Distrito Capital.
- Discontinuidad de espacios de debate público sobre inequidades en salud, calidad de vida y desarrollo humano.
- Inexistencia de centros de excelencia en ciencia, tecnología e innovación en salud.
- Inexistencia y/o precariedad de alianzas estratégicas que canalicen asistencia técnica, tecnológica y de innovación para el fortalecimiento del sector salud y de la ciudad.
- Falta de recursos para las estrategias comunicativas que socialicen los desarrollos investigativos y la apropiación social del conocimiento, para incentivar la movilización social en Ciencia Tecnología e Innovación en Salud.
- Falta de recursos para el fortalecimiento de los portales de conocimiento de la entidad, para la socialización y difusión de los resultados de investigaciones y el fomento del desarrollo de la ciudad.
- Discontinuidad en los procesos de cooperación nacional e internacional en CTI en salud.
- Complejidad en los procedimientos para la elaboración de convenios, consecución de recursos, y alianzas inter institucionales para los procesos de investigación en CTI en salud.

8.1.2.1 Identificación de las principales consecuencias:

- El no disponer de una Política Pública en CTI en salud, hace que Bogotá siendo el centro político, económico, administrativo y socio cultural de mayor impacto en el país, no cuente con lineamientos en CTI en Salud.

- En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud se investiga lo que es rentable.
- Las investigaciones en salud, han estado enmarcadas en el SGSS dejando de lado el desarrollo de otras líneas de investigación que fortalezcan la Salud Pública.
- Empoderamiento de actores dominantes en escenarios de mercado con baja efectividad y regulación estatal.
- La política pública en salud, si bien es cierto ha estado fundamentada en los determinantes sociales, su repuesta institucional apunta a resolver situaciones de coyuntura y no los factores estructurales en los procesos de salud y enfermedad.
- La inestabilidad laboral dentro del sistema, dificulta el fortalecimiento de capacidades del talento humano y la continuidad en los programas y proyectos.
- El poder dominante de la ciencia occidental que se expresa en el área de la salud con la prevalencia del enfoque en medicina biomédica, ha descalificado todo el conocimiento y las tradiciones ancestrales, desconociendo la diversidad cultural.
- La falta de democratización del conocimiento, conlleva a que el diseño de políticas públicas en salud desconozca las realidades de la población.
- El conocimiento que se produce en las investigaciones de las Universidades no ha tenido el impacto esperado en la resolución de los problemas o de las necesidades de Salud de la población de la ciudad.
- La dispersión de los actores en la investigación en salud, aunada a los intereses particulares, dificulta y fragmentan la apropiación del conocimiento para la Salud.

8.1.3 Focalizar

La población focalizada en este proyecto está ubicada en las 20 localidades del Distrito capital y priorizada por grupos de investigación en salud de la Secretaria Distrital de Salud, las Empresas Sociales del Estado, la academia y del sector privado en salud, profesionales del sector de la salud, usuarios del SGSS y organizaciones civiles de la capital, con los que a través de alianzas se logren realizar proyectos de investigación que apunten a la solución de los problemas de salud de la población.

8.1.4 Actores que intervienen en el problema

Los actores que intervienen son Colciencias, SENA, Acción Social, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio de Salud, Instituto de evaluación tecnológica INVIMA. Del orden regional y distrital el Comité Empresa-Academia- Estado; el Comité regional de competitividad, Comité distrital CTI, otras secretarías del D.C., institutos de investigación, Universidades, Complejo productivo en salud (Insumos y dispositivos, tecnología de equipos, prestación de servicios, Farmacéutico y biotecnología). De la sociedad Civil tienen relación directa con el problema planteado las asociaciones de usuarios, Organizaciones No Gubernamentales, asociaciones científicas y asociaciones Gremiales, entre otras.

8.2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas

8.2.1 A Nivel de la Administración

En el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012- 2016, en desarrollo de este proyecto de inversión tiene entre sus objetivos, “Ampliar las capacidades que permitan a la ciudadanía la apropiación de saberes. Estimular la producción y apropiación social de ciencia, tecnología, la creación e innovación para el desarrollo del conocimiento científico, mediante la investigación básica y su aplicación en procesos de innovación social, creativa y productiva que permitan fortalecer las capacidades endógenas”.

Así mismo, se plantea “El fortalecimiento de la ciencia, la tecnología y la innovación, contribuyendo a la articulación institucional entre los actores públicos y privados de Bogotá y Cundinamarca, para maximizar recursos y capacidades que permitan apoyar al sector empresarial, el tejido académico y de investigación y a las organizaciones sociales del territorio. Igualmente se debe promover la investigación y la innovación social para profundizar el conocimiento sobre las dinámicas sociales, la innovación en el diseño de política pública, la gestión de la convivencia y el desarrollo humano integral”.

En el plan territorial de salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016 se concibe “La salud como derecho fundamental de los Ciudadanos, es responsabilidad del Estado y como tal, el gobierno distrital la asume de manera consciente, dado que mediante el reconocimiento, respeto, defensa y garantía de dicho derecho, es la mejor forma para que la ciudadanía que vive, labore y transite en la Ciudad, logre desarrollar plenamente su potencial vital.” Por ello, el conocimiento como bien público, debe ser factor fundamental para el plan de salud hacia el 2016 que configure a la SDS como el ente rector distrital y uno de los primeros de Latinoamérica en Ciencia, Tecnología e Innovación en salud para lo cual las intervenciones regionales integrales serán una prioridad en esta Administración.

8.2.2 A Nivel de la Institución

La Secretaría Distrital de Salud, como institución rectora en la ciudad, ha venido institucionalizando, desde el año de 1997, el desarrollo del componente de investigación en salud en la entidad. Acorde con el estudio “La Investigación en Salud en la Secretaria Distrital de Salud”, (ASSALUD, 2008. Anexos P. 4), a través del grupo funcional de Investigaciones el monto destinado para CTI, entre los años 1998 y 2006, correspondió a 462 millones de pesos aproximadamente. Por su parte, en el marco del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud, en el periodo 2006 – 2012, se han destinado alrededor de \$1.150 millones.

Actualmente, a través del proyecto “Conocimiento para la Salud”, da cumplimiento a una de las funciones rectoras contenidas en el Decreto 122 del -2007 de “ Dirigir, coordinar, monitorear y evaluar el desarrollo administrativo, científico y tecnológico del sector salud, mediante el fortalecimiento del proceso investigativo, la formación académica, capacitación, asesorías, oferta de información y la cooperación entre actores para la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud en Bogotá” dentro del conjunto de normas que regulan el desarrollo del SGSS, así como con los compromisos asumidos dentro de la Política y el Plan Distrital de

Ciencia Tecnología e Innovación y define tres componentes de actuación: diseño, formulación e implementación del Plan de CTI; movilización y del conocimiento y gestión del conocimiento.

8.2.3 Metas formuladas

Formular e implementar la Política Pública de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud para el Distrito Capital, a 2016.

8.2.4 Presupuesto asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	613	Gestión del Conocimiento y la Innovación en Salud	\$142.223.000
Bogotá Humana 2012-2016	872	Conocimiento para la Salud	\$285.102.000
TOTAL			\$427.325.000

Con el presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, se asignaron \$427 millones que están financiados con aporte ordinario.

8.2.5 Población o unidades de atención de focalización objeto de atención

Directivos y asesores de la Secretaría Distrital de Salud, Otros públicos y directivos de EPS, IPS privadas y otras instituciones del D.C. Personal técnico del sector salud (Aproximación a Bogotá de estudio de TH salud: Ministerio Salud 2000, programa de apoyo a la reforma). Personal de bibliotecas de las ESE y SDS. Integrantes de Grupos de Investigación de la ciudad (Según plataforma SCienti de Colciencias, 2012), Organizaciones sociales de participación comunitaria en la red pública distrital y Comités de ética de la red pública.

8.3 Resultados en la Transformación de los Problemas

8.3.1 Niveles de Cumplimiento

La Secretaria Distrital de Salud con base a los tres (3) ejes del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, y con la firme intención de generar bienestar de forma equitativa, avanza en:

- La formulación de la propuesta del Plan de Ciencia, tecnología e innovación para la salud de los Bogotanos.
- La construcción de una propuesta de Agenda de investigaciones en salud para Bogotá.
- Finalizar el desarrollo de cuatro investigaciones sobre equidad denominadas:
- Análisis de las tendencias de la equidad en salud y su relación con la calidad de vida (2003-2011).
- Mortalidad Materna y Mortalidad Infantil por causas evitables en el periodo 2005-2011.
- Gratuidad y acceso a servicios en poblaciones prioritarias definidas en el programa de gratuidad en hospitales públicos.
- Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital.

- Entregar 7 boletines y un libro con los resultados de las investigaciones. Presentación institucional del Observatorio en el marco del Encuentro internacional Observatorios y archivo digital del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá actualizado.
- Contar con la publicación de la revista No. 13 en sus dos volúmenes. Se cuenta con 21 artículos nuevos para el próximo número de la revista.
- Actualizar la agenda de cooperación con el proyecto CAMAD como experiencia significativa en el distrito.
- Coordinar, asistir y participar en la reunión convocada por la Agencia Presidencial para la Cooperación –APC- para involucrar a la SDS y la ESE La Victoria a un convenio de cooperación internacional para tratar el tema de Madres Canguro y Bancos de Leche Materna.
- Traducción y envío del portafolio de cooperación a la Embajada de la India para continuar el cronograma propuesto y poder identificar actores cooperantes en dicho país a través de ellos.
- Adjudicación de 1 Punto Vive Digital para la SDS
- Financiamiento del consultor experto internacional en el Sistema de Salud Sueco para el Foro Internacional de Sistemas de Salud Comparados
- Alianzas con las representaciones diplomáticas acreditadas en el país (Brasil, Cuba, Suecia, Costa Rica, España y Reino Unido) para identificación de expertos en cada uno de esos países en materia de sistemas de salud.
- Fortalecimiento de alianzas con el Jardín Botánico (cumbre de Bogotá: Ciudades y Cambio Climático: espacio gratuito para stand de la SDS para enseñanza a niños sobre salud y cambio climático).
- Identificación de 9 experiencias exitosas de alto impacto en las ESE.
- En el marco de la Alianza por la Salud Pública: Durante el 2012 se desarrolló la Cátedra itinerante con los temas de Atención Primaria en Salud con 106 participantes y Posición frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud con 173 asistentes. Actualización en temas de Salud Pública: TBC y Lepra (30 asistentes), Política en Salud Ambiental (40 asistentes), Vigilancia en Salud Pública (137) asistentes, Salud Mental (150 asistentes) Salud Materna y Perinatal (150 asistentes). Desarrollo del evento anual sobre "Responsabilidad Social y Salud Pública" 25 y 26 de octubre de 2012, con 273 participantes.
- Diseñar cerca de 80 piezas de difusión, además se crearon dos estrategias de comunicación para la divulgación de los resultados de las investigaciones del Observatorio de para la Equidad en calidad de vida y salud.
- Crear el espacio de difusión "Investigaciones Habla" y realizar 3 jornadas. Revisar y corregir textos para su publicación.
- En el Portal del conocimiento se contó con un acumulado de 2047 usuarios internos y externos atendidos en la biblioteca.
- En el marco del Convenio 1821-2011 en el desarrollo del estudio de factibilidad de un parque de CT+I en Salud, se entregó el producto del III componente del estudio, denominado "Desarrollo de prototipos de nuevas tecnologías en salud para la SDS y la Red Pública", continua la ejecución de los componentes I y II.
- Construcción de una base de datos, donde se registran las investigaciones ofertadas. Actualmente se cuenta con 10 títulos.

Para la vigencia del 2012 se programó la meta de **“Formular e implementar la Política Pública de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud para el Distrito Capital, a 2016”** para el cumplimiento de un porcentaje del 12.5%. Al finalizar la vigencia se logró el cumplimiento del 11.2% teniendo en cuenta que se formuló el Plan de CTI para la salud de Bogotá el cual es un insumo importante para la formulación de la política, sin embargo dentro de las acciones propuestas no se cumplió con actividad de Gestión del conocimiento a través del desarrollo de una investigación para este periodo.

8.3.2 Indicadores

- Porcentaje de sectores y actores estratégicos convocados para formulación, ejecución y evaluación del Plan Distrital de Salud
- Porcentaje de ámbitos de vida cotidiana con procesos con participación social generados
- Porcentaje de ámbito de vida cotidiana con Evaluación de impacto de las acciones implementadas en salud
- Porcentaje de localidades del D.C. en las cuales se habrá implementado el plan de intervenciones colectivas.
- Porcentaje de cumplimiento de las acciones requeridas en la Gestión de la Dirección de Salud Pública
- Número de Políticas publicas construidas con participación de la comunidad
- Porcentaje de Políticas Publicas de Salud Pública, revisadas, actualizadas y ajustadas.
- Porcentaje de políticas publicas de salud pública divulgadas en espacios interinstitucionales, intrainstitucionales, intersectoriales y comunitarios.
- Formulación de diagnostico situacional por localidades del Distrito Capital
- Planes de acción de intervenciones colectivas elaborados y ejecutados con participación comunitaria por localidades del Distrito Capital
- Porcentaje de avance para la inclusión de temas estratégicos en la agenda pública
- Número de redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud conformadas y funcionando.
- Número de redes sociales existentes fortalecidas.
- Porcentaje de Avance en los mecanismos de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios
- No. De localidades con red para la promoción de la calidad de vida y salud de los y las trabajadoras.
- No. De proyectos locales gestionados por las redes de salud de los trabajadores
- Porcentaje de avance en la actualización anual del Diagnostico de la situación de salud en el Distrito Capital, como base para la toma de decisiones y ajuste de las acciones.
- Número de diagnósticos locales participación social en las localidades del distrito capital elaborados y actualizados
- Porcentaje de avance en el diseño, implementación y seguimiento del Plan de Salud Distrital
- Porcentaje de avance en la generación del espacio de análisis, debate y decisión de determinantes sociales de calidad de vida y salud

8.3.3 Limitaciones del proyecto

En las actividades proyectadas para el cumplimiento de la meta propuesta se evidenciaron dificultades en el proceso de contratación por lo cual no se cumplió con la actividad referida al desarrollo de una investigación.

8.3.4 Presupuesto Ejecutado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		EJECUTADO	GIROS
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	613	Gestión del Conocimiento y la Innovación en Salud	\$142.223.000	\$139.922.333
Bogotá Humana 2012-2016	872	Conocimiento para la Salud	\$260.102.000	\$109.952.568
TOTAL			\$402.325.000	\$249.874.901

Con cargo a los recursos de este proyecto de inversión, se ejecutaron \$402 millones y se giraron \$250 millones.

8.3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Como producto del trabajo intersectorial realizado a través del convenio 1239 de 2012 se construyó participativamente el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud de Bogotá y la agenda de investigaciones en salud, insumos básicos para la formulación de la Política de CTI en salud para Bogotá. En este proceso se logró la participación de diferentes actores a nivel distrital y nacional.

8.3.6 Población o Unidades de Focalización Atendidas

Toda la población del Distrito.

8.3.7 Población o Unidades de Focalización sin atender

Ninguna

8.3.8 Población o Unidades de Focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia

Directivos y asesores de la Secretaría Distrital de Salud, Otros públicos y directivos de EPS, IPS privadas y otras instituciones del D.C. Personal técnico del sector salud (Aproximación a Bogotá de estudio de TH salud: Ministerio Salud 2000, programa de apoyo a la reforma). Personal de bibliotecas de las ESE y SDS. Integrantes de Grupos de Investigación de la ciudad (Según plataforma SCienti de Colciencias, 2012), Organizaciones sociales de participación comunitaria en la red pública distrital y Comités de ética de la red pública.

8.3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

A través de las respuestas integradoras, entre otras acciones se realizaron las siguientes:

En el marco del diseño, formulación e implementación de la Política Distrital de ciencia, tecnología e Innovación en Salud se recibe y se revisa el informe final del convenio 1239 del

2011, celebrado con Maloka para la construcción del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, con base en éste proceso de revisión se lleva a cabo el proceso administrativo y técnico requerido para realizar el último pago a Maloka.

Realizar los ajustes sugeridos a la encuesta que se ubicará en la página web para continuar con el proceso de realimentación del Plan de CTI para la Salud y consolidar de acuerdo a las observaciones recibidas.

En el marco del diseño, formulación e implementación de la Política Distrital de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, se realiza reunión con la Secretaría Distrital de Planeación con el fin de coordinar un trabajo intersectorial para la formulación de la Política de CTI en Salud. En este mismo sentido se participa de reunión convocada por la Dirección de Políticas Sectoriales de la Secretaría Distrital de Planeación Distrital para revisar cómo se ha venido trabajando el tema de regalías en el Distrito y establecer acuerdos de trabajo para continuar con el proceso.

Así mismo, se llevo a cabo la revisión y análisis de los procedimientos a las Políticas en salud y el ajuste de los procesos de investigaciones y cooperación.

Participar en reunión llevada a cabo con la Universidad Nacional, y la Dirección de Desarrollo de Servicios, donde la Universidad Nacional presenta el modelo de atención en salud por parte del Dr Mauricio Calderón. Se analiza en tema como marco para el desarrollo de los diferentes procesos de investigación en salud.

8.3.10 Diagnostico final del problema

En el marco del diseño, formulación e implementación de la política Distrital de ciencia, tecnología e Innovación en Salud y teniendo en cuenta que hasta el 26 de octubre del 2012 se encontraba vigente el convenio 1239 del 2011, para la construcción del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, se realizaron para su desarrollo varios talleres y mesas de trabajo, con diferentes actores del Sistema de Salud, la academia y la industria con el fin de poner a discusión los temas relacionados con el proceso de construcción del Plan. Los resultados de las mesas de trabajo y talleres sirvieron de insumo para la formulación final del Plan. A diciembre del 2012 se cuenta con un Plan de Ciencia Tecnología e Innovación para la Salud y la Agenda de Salud.

El proceso debe continuar hacia la definición de guía y lineamientos de todos y cada uno de los procesos definidos.

9. Problema Social No. 9. Barreras de acceso económicas para acceder a los servicios de salud.

9.1 Reconstrucción del problema social

Existen limitantes para que el goce efectivo del derecho a la salud sea alcanzado por la totalidad de la población del distrito Capital.

9.1.1 Identificación del problema

La gran fragmentación y asimetría del conocimiento generada por la complejidad del sistema de salud hace que aún con el trabajo sostenido que en materia de salud se ha adelantado en el Distrito Capital en las últimas dos décadas, los habitantes de la capital (personas, familias) hagan uso de su derecho alcanzando la equidad en salud, bien sea para la vinculación formal a alguno de los dos regímenes del sistema o para obtener los beneficios de los servicios de salud en forma adecuada. y que por otra parte los actores (incluyendo a los ciudadanos y la comunidad) incumplan de manera reiterada con sus responsabilidades dentro del sistema.

La situación de inequidad se complejiza todavía más, cuando se analizan los riesgos y efectos que se expresan en desigualdades territoriales en la ocurrencia de eventos como, la mortalidad por homicidios, la enfermedad diarreica aguda, la mortalidad infantil y el cáncer de cuello uterino, los cuales presentan una mayor ocurrencia en sectores poblacionales más vulnerables y por tanto una distribución inequitativa de la carga de enfermedad en los diferentes territorios de la ciudad

9.1.2 Identificación de sus causas y efectos

9.1.1.1 Causas Directas

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS], se fundamenta en mecanismo del seguro de salud como la principal forma para garantizar la provisión de los servicios de salud de la población, esto, en el marco de la común interpretación de los ciudadanos se concreta en tener asignada una EPS y tener un carnet, lo cual por sí mismo no garantiza el derecho ni el acceso efectivo a los servicios de salud.
- La complejidad del sistema con múltiples actores, diversidad en funciones y competencias, hace que el ciudadano no comprenda los mecanismos para hacer efectivo su derecho, existiendo un gran asimetría en el conocimiento del sistema y encontrándose como individuo ante una franca desventaja frente a las instituciones aseguradoras y prestadoras.
- El Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS], no ha logrado las metas de universalización de la salud para toda la población, tanto a nivel nacional como distrital, lo que genera segmentos poblacionales marginados que no acceden al sistema voluntariamente o por desconocimiento.
- La población susceptible de pertenecer al Régimen Subsidiado (tiene aplicada la encuesta SISBEN Metodología III con puntaje inferior a 54,86 puntos, o pertenece a los Listados Censales de las Poblaciones Especiales) no tiene la percepción clara que las normas en Salud conminan a que cada ciudadano se encuentre dentro del sistema en alguno de los dos regímenes (Contributivo , Subsidiado) y el ciudadano persiste en su conducta de no hacer uso de la libre elección seleccionar la EPS-S de su preferencia.
- Persisten desigualdades en los grupos poblacionales de la ciudad, aunque en las últimas décadas los indicadores de salud de la población bogotana han mejorado de manera global.

- Gran debilidad del trabajo intersectorial para abordar la problemática de salud Distrital; teniendo en cuenta que la expresión del estado de salud de una población tiene a la base un conjunto de elementos que se configuran en los determinantes sociales de la salud, entre los cuales los elementos estructurales tienen un gran peso, estos determinantes no son del sector salud por tanto las respuestas que se requieren deben construirse entre varios sectores a través de un trabajo armónico de todos los responsables, esto no ha sido del todo exitoso en el Distrito Capital.
- Los diferentes actores no asumen ni implementan a cabalidad las políticas públicas, evidenciándose desarticulación de agentes técnicos, sociales y políticos, lo cual ha generado que muchas de las intervenciones sean dispersas y atomizadas y no generen los resultados y finalmente el impacto que se esperaba.
- No contar con un Sistema de información integrado y en línea a nivel Distrital y Nacional que permita todos los procedimientos administrativos del aseguramiento así como los procesos de atención en salud, de monitoria y evaluación así como la vigilancia en salud pública, la inspección y vigilancia de las entidades correspondiente, información que sirve de insumo para ejercer un adecuado control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud-SNS.

9.1.1.2 Causas Indirectas

- El ejercicio de rectoría de la Secretaria Distrital de Salud, en la última década, ha sido incipiente y tiene un alcance limitado, tanto por la normatividad vigente (inspección y auditoría), todavía carecemos de las competencias de control; como por la no articulación de los niveles jerárquicos para el ejercicio de la misma, encontrando que ante las situaciones problemáticas se da traslado a los entes de control de mayor jerarquía, según nivel correspondiente, y en muchos casos la actuación esperada resulta insuficiente o tardía.
- Las relaciones contractuales de Aseguradores y Prestadores son autónomas de estos actores y la Entidad Territorial no puede intervenir directamente en las formas de contratación ni en el contenido de los contratos, esto limita la capacidad de ejercer la coordinación efectiva del aseguramiento como fundamento del funcionamiento del SGSSS.
- La Capacidad instalada de las redes (infraestructura, dotación y tecnología) contratada por los aseguradores muchas veces y especialmente en momentos de crisis resulta insuficiente para garantizar la oportunidad y la calidad requerida en la prestación de los servicios de salud, lo que genera que las respuestas requeridas por la población afiliada a cada aseguradora se ve limitada por la insuficiencia y disponibilidad de la Red y las dificultades oferta y demanda.
- Falta articulación entre las diferentes dependencias de la SDS para abogacía, rectoría y asesoría y asistencia, a los aseguradores especialmente los del Régimen Contributivo

9.1.1.3 Efectos Directos

- La no vinculación total y formal al SGSSS al 100% de la población capitalina, a pesar de que existen los recursos para ello y de que el Ministerio de Salud ya expidió certificación de la universalización al Distrito Capital, por alcanzar el 95% de la población, la población de ese margen del 5%, es muy difícil de ubicar y sensibilizar y el lograr esta cobertura sobrepasa el alcance y la capacidad de rectoría de la entidad territorial, no obstante es de anotar que a esta población cuando lo solicita se le brinda la atención como población pobre no afiliada a través de la Red Pública Distrital.
- Los menores de edad sufren la consecuencia (en términos de morbilidad y mortalidad) de no ser incluidos en el régimen subsidiado por descuido o negligencia de sus padres, quienes no realizan los trámites administrativos correspondientes.
- La inequidad en el acceso a servicios de salud y sociales de los grupos poblacionales más vulnerables (niños y las niñas, gestantes, personas con discapacidad, desplazados entre otros) lo que genera una mayor probabilidad de enfermar, tener complicaciones de salud e incluso y morir en estas poblaciones.
- Ante la debilidad en el ejercicio de rectoría y del de seguimiento y cruce de la información registrada en las diferentes bases implantadas para la operación de régimen subsidiado que no permite una actualización oportuna y eficiente.
- Un grupo poblacional importante cercano a los 300 mil, quedaron por fuera del régimen subsidiado, al no haber realizado el trámite de afiliación en el término en que se encontraron en Base de Datos de libre elección, al cambiar la normatividad en agosto de 2011 (Resolución 3778/2011), perdieron ese derecho.
- Por encontrarnos en las zonas marginales de la ciudad, como fenómeno de metrópoli se aprecia de manera constante y creciente el efecto del desplazamiento forzado, mediante asentamientos que tienen como ciudad receptora Bogotá: este fenómeno afecta directamente la calidad de vida de las familias y sus integrantes, por cuanto las enfrenta al desarraigo de la tierra, de los bienes, de la cultura y de las tradiciones; expone radicalmente a las familias al desamparo y a cambios repentinos, que exigen un altísimo grado de adaptación para su supervivencia, así como al abrupto e imperativo intercambio cultural y en los casos más intensos, a la desaparición de su etnia.

9.1.1.4 Efectos Indirectos

- La inequidad en el acceso a información, a medidas promocionales y medidas de prevención del sector salud y sector social así como a servicios de asistencia por parte de las personas con menor instrucción y con mayor déficit de información en derechos y deberes en salud, hace que presenten mayor probabilidad de presentar enfermedades y complicaciones que si fueren controladas a tiempo generarían un mejor estado de salud y de calidad de vida.
-

- Las Barreras de Acceso a los servicios son negadas o veladas por los actores responsables (aseguradores, prestadores) así como por los actores políticos y sociales según conveniencia, de esta manera se evade frecuentemente la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud a la población en general y especialmente a los grupos mas vulnerables.
- La medición más real de las consecuencias de las deficiencias en la prestación de los servicios expresada finalmente en la reducción en la calidad de vida y de salud de la población general o de los grupos vulnerables no son de fácil medición y trazabilidad, lo que hace que sea aún mas difícil su seguimiento.
-
- Por carecer de un sistema integrado de información encontramos que situaciones como el desplazamiento forzado, el desempleo, la irregularidad en el registro e identificación de los ciudadanos, generan un problema social de difícil abordaje mediante los lineamientos actuales de los órganos de dirección del sistema, pues las problemáticas sociales se concentran y maximizan con fenómeno de metrópoli que se aprecia de manera constante y creciente en Bogotá como ciudad receptora.

9.1.3 Focalización

La población a focalizar en la ciudad, se estima 7.571.345 de habitantes, distribuidos así: 1.251.930 corresponde a la población afiliada al régimen subsidiado, 5.428.483 del régimen contributivo, 264.997 régimen especial, 850.879 personas son población pobre no asegurada o vinculados. En la tabla siguiente se presenta la distribución de la población por localidades y nivel de sisben que son objeto de atención.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA ENCUESTA SISBEN POR LOCALIDAD AÑO 2012

LOCALIDAD	Nivel 1	Nivel 2	Punt.superior 54,86	Total
	2012	2012	2012	
USAQUEN	36.543	9.230	23.621	69.394
CHAPINERO	11.428	2.868	5.970	20.266
SANTA FE	37.066	6.266	15.495	58.827
SAN CRISTOBAL	144.940	39.411	115.255	299.606
USME	138.144	41.377	106.380	285.901
TUNJUELITO	55.423	12.483	46.088	113.994
BOSA	174.753	62.755	205.286	442.794
KENNEDY	193.284	66.527	291.631	551.442
FONTIBON	36.668	12.795	55.135	104.598
ENGATIVA	95.432	33.685	143.588	272.705
SUBA	142.373	44.865	154.465	341.703
BARRIOS UNIDOS	13.888	2.902	9.978	26.768
TEUSAQUILLO	1.073	299	765	2.137
LOS MARTIRES	16.895	3.241	11.627	31.763
ANTONIO NARIÑO	11.553	3.957	19.693	35.203

PUENTE ARANDA	23.784	8.157	41.929	73.870
LA CANDELARIA	4.750	749	1.945	7.444
RAFAEL URIBE URIBE	123.058	31.360	103.615	258.033
CIUDAD BOLIVAR	255.182	64.380	171.924	491.486
SUMAPAZ	1.722	65	89	1.876
TOTAL	1.517.959	447.372	1.524.479	3.489.810

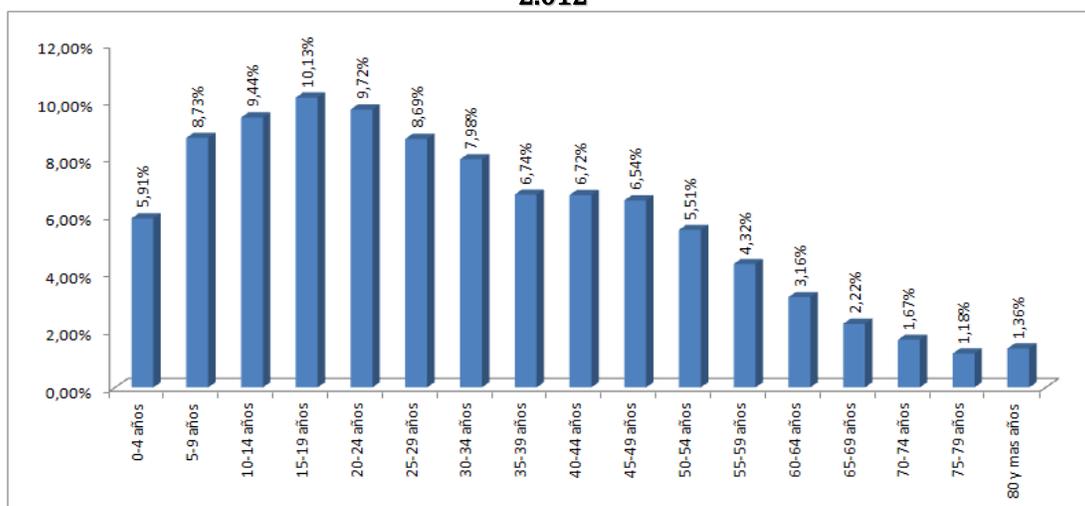
Fuente: Año 2011 - Base de datos SISBEN avalada por DNP, corte Junio 2011
Año

2012 - Base de datos SISBEN avalada por DNP, corte Mayo 2012 (vigente a Diciembre 2012)

En el gráfico No. 1 se presenta la distribución de la población susceptible de atención por ciclo vital, donde el 57% de la demanda se encuentra concentrada entre los 0 y 29 años de edad, donde los pre-adolescentes y adolescentes entre 10 y 19 años representan los grupos etáreos más grandes, y altamente sensible y vulnerable.

GRÁFICO No. 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL SEGÚN LA ENCUESTA SISBEN POR NIVELES Y GRUPOS DE EDAD - AÑO 2.012



Fuente: Base de datos SISBEN (Metodología III) avalada por DNP, corte Mayo 2012 (vigente a Diciembre 2012)

9.1.4 Actores que intervienen en el problema

La Secretaria Distrital de Planeación – Secretaria Distrital de Integración Social – SIS, Instituciones del orden nacional: Ministerio de la Protección Social, Consejo de Regulación en Salud – CRES, Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Cabildos Indígenas, Ministerio del Interior y de Justicia, entre otros.

9.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

9.2.1 A Nivel de la Administración

Desde hace más de ocho años la Secretaría Distrital de Salud, incorporó en su política pública, la orientación hacia la garantía del derecho a la salud, y la construcción de *un modelo de atención en salud* fundamentado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) En este contexto

durante el primer semestre de 2012 se finaliza el Plan Distrital de Salud de la anterior administración “Bogotá Positiva” el cual adelantó acciones orientadas principalmente a la superación de la pobreza, de la inequidad y la exclusión; esto como la estrategia fundamental para su realización; basada en la integralidad de la atención según las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción comunitaria.

A partir del segundo semestre se da inicio al plan de desarrollo “Bogotá Humana 2012-2016”, el cual orienta el quehacer del gobierno Distrital durante los próximos cuatro años a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, a crear mecanismos que permitan que cada vez más personas participen de manera real del desarrollo económico y a garantizar que éste revierta en desarrollo humano; que sea por excelencia escenario de inclusión, respeto por la diferencia, convivencia, reconciliación, paz y construcción de lo público.

Estos son requisitos para lograr que nuestra Capital, no sólo, mejore la calidad y condiciones de vida de los habitantes; sino que, además, se incorpore plenamente a la globalización, atendiendo a la sustentabilidad de la Ciudad y de la región, orientada por las premisas del Programa de Gobierno Bogotá Humana 2012-2016, de “No Depredar”, “No Segregar” y “No robar”, constituyéndose, la eliminación de la segregación, la preservación, y recuperación de lo público y de la esencia del Estado y el rescate de las fuentes de vida que representan todos y cada uno de los recursos naturales, siendo la más importante el agua como requisito esencial para la preservación de la vida de la actual y de las futuras generaciones, en los tres ejes fundamentales de la gestión del sector, de todos y cada uno de los actores y organizaciones que lo integran.

Con el actual Plan de Desarrollo de la ciudad, se pasa entonces del mero enunciado de “garantía del derecho a la salud”, por la de efectiva defensa de este derecho; rol que, a diferencia de otras administraciones y en armonía con el enfoque de determinantes, se asume de manera más directa e integral desde la administración central y, obviamente, desde la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., sus entidades adscritas y organismos concurrentes como el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, la Empresa Promotora de Salud [EPS] Capital Salud y la red de empresas sociales del Estado, entre otras, quienes bajo el liderazgo de la Alcaldía Mayor, trabajaran de manera unificada para lograr la solución de problemas que afectan a la población, en un modelo de salud, de gestión y de atención integral. El enfoque de derechos está orientado a avanzar en el reconocimiento, restablecimiento y garantía de los derechos individuales y colectivos. El enfoque poblacional y de género responde a la diversidad y la inclusión. Reconoce las diferencias entre unos y otras en virtud del ciclo vital; el sexo, la identidad de género y la orientación sexual; la etnia; y la condición particular de vulnerabilidad o riesgo; a fin de promover y ejecutar acciones diferenciales que buscan, además, preservar la heterogeneidad.

En la medida en que la salud es un derecho fundamental y para su concreción la participación social es esencial, en la Administración de Bogotá Humana se buscará de forma incesante la apropiación y empoderamiento de la ciudadanía en todo el proceso de toma de decisiones, con participación ciudadana, vistos como mecanismos en los cuales los ciudadanos y ciudadanas que habitan en un territorio, tienen la posibilidad de decidir sobre la orientación y ejecución del presupuesto de su localidad y de su territorio, junto con la correspondiente rendición de cuentas por parte de los funcionarios públicos sobre el manejo transparente de los recursos de la salud.

9.2.2 A nivel de la Entidad

En cumplimiento de lo contemplado en el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008 - 2012 y “Bogotá Humana” 2012 – 2016, la entidad formulo los proyectos de inversión No. 618 “Promoción y Afiliación al Régimen Subsidiado y Contributivo” y No. 874 “Acceso Universal Efectivo a la Salud “que apuntan a garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre y/o vulnerables y contribuir a mejorar la calidad de vida.

Por tanto se definieron las estrategias y metas orientadoras del proceso “Asegurar Salud”, asumiendo la responsabilidad de gestionar el acceso y fomento a la afiliación para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado y de grupos especiales, como los ROM, los Indígenas, los Desplazadas, etc.).

9.2.3 Metas Formuladas

- Afiliar a 189.583 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, por ampliación de cobertura y/o por reemplazos.
- Garantizar la continuidad de 1.306.892 afiliados al Régimen Subsidiado.
- Promover la afiliación de 2.500 nuevas personas al Régimen Contributivo.
- Garantizar a 1.678.622 habitantes de Bogotá, Distrito Capital, el acceso efectivo al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Fortalecer el carácter público de la EPS Capital
- Inspeccionar y vigilar al 100% de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio autorizadas para operar en Bogotá, frente al cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y tomar las medidas correspondientes en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, al 2016.
- Desarrollar un sistema de seguimiento de resultados en salud al total de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que operan en Bogotá.
- Incrementar al 25% la atención de primera vez en salud oral de los niños, niñas y jóvenes menores de 19 años en el Distrito Capital, al 2016.

9.2.4 Presupuesto Asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	618	Promoción y Afiliación al Régimen Subsidiado y Contributivo	253.479.585.349
Bogotá Humana 2012-2016	874	Acceso Universal Efectivo a la Salud	415.846.239.617
TOTAL			669.325.824.966

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, a diciembre 31 de 2012 se asignaron \$669.326 millones

9.2.5 Población o Unidades de Focalización Objeto de Atención

La población está asociada a la meta garantizar a 1.278.622 ciudadanos el acceso efectivo al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como población objeto para el año 2012 (junio – diciembre).

9.3 Resultados en la Transformación de los problemas

9.3.1 Niveles de cumplimiento

- Afiliar a 24.333 nuevos ciudadanos afiliados al Régimen Subsidiado del Distrito Capital, a través de las novedades de nacimientos, libre elección y tutelas, de acuerdo a la BDUA reportada por el Ministerio de la Protección Social con corte 18 de junio de 2012.
- Promover la afiliación de 15.000 personas trabajadoras independientes.
- Garantizar a 1.251.930 personas de la ciudad, el acceso efectivo al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Inspeccionar y vigilar al 100% de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios para garantizar la cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

9.3.2 Indicadores

Los indicadores establecidos para medir el cumplimiento de las metas, son los siguientes:

- Número de personas afiliadas en régimen subsidiado (unificadas)/total población susceptible de ser afiliada al régimen subsidiado en el D.C.
- Porcentaje de Empresas Administradoras de Planes de beneficio (EAPB) inspeccionadas y vigiladas con plan de mejoramiento implementado
- Número de EAPB inspeccionadas y vigiladas/ Total EAPB de Bogotá
- Porcentaje de avance en el desarrollo del sistema de seguimiento de resultados en salud
- Actividades ejecutadas para el desarrollo del sistema de seguimiento de resultados en salud/actividades planeadas para el desarrollo del sistema de seguimiento de resultados en salud.

9.3.3 Limitaciones del proyecto

Normativo

Ley 1438 de 19 Enero de 2011. Estableció en su artículo 29, el giro directo por parte de la nación de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Adicionalmente, derogó la competencia de las Entidades Territoriales de firmar contratos para la administración de recursos del régimen subsidiado con las EPS. Dichos contratos fueron reemplazados por el instrumento jurídico determinado por el Gobierno Nacional.

Igualmente, en el párrafo transitorio del artículo 29 de esta misma norma, estableció la oportunidad para que las Entidades Territoriales de más de cien mil habitantes (100.000) continuaran administrando los recursos del Régimen Subsidiado.

Decreto No. 971 de 31 de Marzo de 2011. Reglamentó el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011. Definió el mecanismo jurídico el instrumento técnico para efectuar el giro directo de la Nación a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado.

En cumplimiento del Artículo 7 del Decreto 971 de 2011, el Ministerio de la Protección Social generó la liquidación mensual de afiliados con fundamento en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales. La Liquidación Mensual de Afiliados determina el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

El inciso 2 del artículo 14 del Decreto 971 de 2011, establece que la vigilancia de la Entidades Territoriales a las EPS S incluye el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado.

Para el periodo Abril – Diciembre de 2011 la normatividad definió dos formas de realizar el giro: Las Entidades Territoriales que administran los Recursos del Régimen Subsidiado y que NO administran Recursos del Régimen Subsidiado. Cuya reglamentación que de la siguiente manera:

- Entidades Territoriales que administran recursos del Régimen Subsidiado Abril – Diciembre 2011

Decreto 971 de 2011: El Fondo Financiero Distrital de Salud expidió el Acto Administrativo Resolución No. 404 de 2011 con el cual se comprometieron los recursos para la vigencia abril – diciembre de 2011 por \$390.072 millones, de los cuales se liberaron \$73.492 millones, dado que a diciembre de 2011 ya se había pagado la totalidad de los periodos liquidados.

Para dar aplicación al párrafo transitorio del artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, la ciudad. entregó una certificación firmada por el Alcalde Mayor con fecha 14 de marzo de 2011, en la cual informaba al Ministerio de Salud y Protección Social que el Bogotá continuaba administrando los Recursos del Régimen Subsidiado.

Resolución No. 1238 de 2011: “Por la cual se dictan disposiciones referentes al pago de los servicios de salud por parte de las Entidades Territoriales de más de cien mil (100.000) habitantes y las Entidades Promotoras de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud” estableció en su artículo 2, el mecanismo de “Acuerdo” entre la Entidad Territorial y las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas – EPS S para realizar los giros directos a los prestadores de servicios.

El Fondo Financiero el 10 de mayo de 2011 creó como instrumento técnico un “Acuerdo de Giro” con cada EPS S habilitada en el Distrito Capital, en el cual se establecieron los lineamientos para realizar el giro directo.

- Entidades Territoriales que no administraron recursos del Regimen subsidiado Abril – Diciembre 2011

Decreto 971 de 2011: El artículo 4 definió el mecanismo jurídico que reemplaza el contrato de administración de recursos y un instrumento técnico (Resolución 2320 del 4182 del 2011 respectivamente) para efectuar el giro directo de la Nación a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado.

El Ministerio de Salud y Protección Social realizó el Giro Directo a las EPS S e IPS de los municipios de menos de 100 mil habitantes y de aquellos municipios de más de 100 habitantes que quisieron entregar la administración de dichos recursos.

Ley No. 1485 del 14 de diciembre de 2011 (Ley de Presupuesto 2012). El artículo 72 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud o a las Instituciones Prestadoras de Salud de los distritos y los municipios de más de cien mil habitantes (100.000) a partir del primero (1) de enero de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido en artículo 29 de la Ley 1438 de 2011.

Por tanto, la normatividad a aplicar a partir del 1 de enero de 2012, será la vigente para las Entidades Territoriales que no administran Recursos del Régimen Subsidiado.

Decreto 4962 del 30 de diciembre de 2011 del Ministerio de Salud y la Protección Social (reglamentación del artículo 31 de la ley 1438 de 2011). Artículo 1. Los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado de Salud, dada la finalidad de los mismos, se recaudarán a través del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA...

Parágrafo 1 del literal 5 del artículo 1.... Los recursos de esfuerzo propio que las Entidades Territoriales deban destinar para la financiación del Régimen Subsidiado podrán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expidan los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

Información publicada en la página del Ministerio.... Informa que no ha emitido el mecanismo de recaudo para los recursos de ETESA Y ESFUERZO PROPIO y que por eso debemos girar estos recursos mientras hace dicho mecanismo.

“Por otra parte y para garantizar un flujo óptimo de los recursos que financian el régimen subsidiado, el Ministerio insta a los municipios y distritos al giro oportuno a las aseguradoras y/o prestadores de servicios de salud de los recursos de ETESA y los demás del Esfuerzo Propio municipal y departamental establecidos en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011, desde la cuenta maestra del régimen subsidiado, hasta tanto los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público, reglamenten el recaudo de estos recursos al FOSYGA de conformidad con lo señalado en el Decreto 4962 de 2011.”

Se procede a realizar el giro con situación de fondos (esfuerzo propio) y sin situación de fondos (Fosyga – SGP) para el mes de enero de 2012.

- Los continuos cambios normativos que afectan el cumplimiento de las metas inicialmente establecidas en el proyecto.

- La población objeto inicial no corresponde a la estipulada durante los cambios surgidos en el la vigencia del 2011 (anteriormente se hablaba de cupos y ahora se habla de usuarios activos en la BDU (Base Única de Afiliados)
- Dificultad en la consolidación de un solo sistema de información en línea que permita tener un mejor control de la información.
- Inoportunidad en el envío de la información e inconsistencias en la misma de poblaciones especiales (listados censales) por parte de las Entidades encargadas, que no permiten tener datos reales de dicha población...
- El manejo de los períodos de transición que se sugieren por los cambios normativos y que afectan la atención y afiliación del usuario final.
- Desactualización de las bases de datos del SISBEN, lo que no permite tener un dato real de las proyecciones establecidas para la universalización del aseguramiento en salud de la población del Distrito Capital

9.3.4 Presupuesto Ejecutado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		EJECUTADO	GIROS
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	618	Promoción y Afiliación al Régimen Subsidiado y Contributivo	250.823.565.670	250.795.673.669
Bogotá Humana 2012-2016	874	Acceso Universal Efectivo a la Salud	313.783.841.390	308.099.898.715
TOTAL			564.607.407.060	558.895.572.384

El presupuesto ejecutado fue de \$564.607 millones y se giraron \$558.896 millones.

9.3.5 Efectos del proyecto o acciones

Los proyectos permitieron establecer estrategias para la promoción y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fortalecimiento de los mecanismos de divulgación de los procedimientos a través de los cuales la población objeto puede acceder a la afiliación al régimen subsidiado y a la prestación de servicios según sus necesidades de salud. De la misma forma se impulsó el desarrollo institucional a través de acciones de mejoramiento donde se optimizaron los diferentes procesos de cargue, cruce, validación y presentación de información reduciendo los tiempos en la actualización y reporte de información a los diferentes Actores del SGSSS y la respectiva actualización del Comprobador de Derechos de la SDS.

Garantizar la continuidad de la afiliación y los recursos de la población perteneciente al régimen subsidiado en salud, durante el periodo 2012. Se realiza la gestión y procesos de auditoría para la garantizar la calidad en la prestación de los servicios por parte de los aseguradores del régimen subsidiado en salud, propendiendo por la disminución de las barreras de acceso y el ejercicio pleno de los derechos de la población.

Dar inicio al diseño de un proceso de seguimiento al desempeño de las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficio), con el cual se pretende ejercer funciones de rectoría como Entidad Territorial para que los Actores del SGSSS cumplan sus responsabilidades y competencias y beneficien con acciones afirmativas el estado de salud de la población a cargo.

9.3.6 Población o Unidades de Focalización Atendidas

1.251.930 personas afiliadas al régimen subsidiado.

DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN AFILIADA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ACTIVOS BDUA) POR NIVEL DE SISBEN Y LOCALIDAD, AÑO 2012

LOCALIDAD	NIVEL1	NIVEL2	NIVEL3	NIVEL4	POBLACIONES ESPECIALES	SIN INFORMACION	TOTAL
USAQUÉN	18.067	11.551	2.403	0	1.519	21	33.561
CHAPINERO	4.287	3.558	279	0	998	7	9.129
SANTA FÉ	18.240	15.064	554	1	1.873	6	35.738
SAN CRISTÓBAL	50.330	54.405	1.911	0	8.468	35	115.149
USME	66.010	39.715	541	0	5.347	48	111.661
TUNJUELITO	22.354	17.572	1.132	0	1.954	19	43.031
BOSA	48.251	76.114	1.575	0	8.997	62	134.999
KENNEDY	48.774	66.341	8.931	0	9.257	30	133.333
FONTIBÓN	11.609	7.613	5.232	0	1.106	6	25.566
ENGATIVA	29.899	27.096	9.482	0	3.440	19	69.936
SUBA	28.571	49.624	4.885	0	5.248	32	88.360
BARRIOS UNIDOS	7.382	1.456	3.278	0	1.142	2	13.260
TEUSAQUILLO	736	212	247	1	220	0	1.416
LOS MARTIRES	8.978	2.245	1.754	0	1.402	2	14.381
ANTONIO NARIÑO	4.765	1.796	1.773	0	449	0	8.783
PUENTE ARANDA	8.900	2.102	4.931	0	925	1	16.859
LA CANDELARIA	2.757	2.052	84	0	327	2	5.222
RAFAEL URIBE URIBE	50.579	35.577	4.732	0	4.126	31	95.045
CIUDAD BOLIVAR	137.443	41.936	1.085	0	14.357	79	194.900
SUMAPAZ	711	711	27	0	26	0	1.475
FUERA DE BOGOTÁ	0	0	0	0	0	0	0
SIN INFORMACIÓN	53.117	27.105	3.838	0	16.048	18	100.126
TOTAL	621.760	483.845	58.674	2	87.229	420	1.251.930

Fuente 1: Base de datos BDUA-FOSYGA corte 31 de diciembre de 2012.

Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 31 de diciembre de 2012. Dirección de Aseguramiento SDS.

DISTRIBUCION DE LAS POBLACIONES ESPECIALES AFILIADAS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ((ACTIVOS EN BDUA) POR LOCALIDAD, AÑO 2012.

LOCALIDAD	Desplazados	Menores en protección de ICBF	Ciudadano Habitante de la Calle	Desmovilizados	Otras Poblaciones	Total
USAQUÉN	1.201	147	417	28	31768	33.561
CHAPINERO	486	513	64	85	7.981	9.129
SANTA FE	1.501	348	384	21	33.484	35.738
SAN CRISTOBAL	5.907	1.355	1.312	1.042	105.533	115.149
USME	5.940	505	140	90	104.986	111.661

TUNJUELITO	2.171	149	96	44	40.571	43.031
BOSA	9.934	400	202	210	124.253	134.999
KENNEDY	10.247	390	169	114	122.413	133.333
FONTIBON	1.067	109	128	18	24.244	25.566
ENGATIVA	2.814	592	349	47	66.134	69.936
SUBA	4.029	495	161	168	83.507	88.360
BARRIOS UNIDOS	550	106	279	273	12.052	13.260
TEUSAQUILLO	97	101	30	13	1.175	1.416
LOS MARTIRES	1.154	146	296	19	12.766	14.381
ANTONIO NARIÑO	469	18	42	5	8.249	8.783
PUENTE ARANDA	813	50	232	15	15.749	16.859
LA CANDELARIA	299	50	82	4	4.787	5.222
RAFAEL URIBE URIBE	4.414	379	222	116	89.914	95.045
CIUDAD BOLIVAR	15.606	1.117	352	200	177.625	194.900
SUMAPAZ	31	1	3	0	1.440	1.475
FUERA DE BOGOTÁ	0	0	0	0	0	0
SIN INFORMACION	12.687	1.411	1.159	1.233	83.636	100.126
TOTAL	81.417	8.382	6.119	3.745	1.120.499	1.251.930

Fuente 1: Base de datos BDUA-FOSYGA - 31 de diciembre 2012.

Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 31 de Diciembre de 2012. Dirección de Aseguramiento SDS

El grupo que concentra mayor población en la distribución de la población por grupo de edad corresponde a los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de edad cada uno con el 12%, seguido del grupo de edad de 5 a 9 años con un 9 % y el grupo de 0 a 4 años con un 7%

POBLACIÓN AFILIADA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ACTIVOS EN BDUA) POR NIVEL DE SISBEN Y GRUPO ETAREO AÑO 2012.

GRUPO ETAREO	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	POBLACIONES ESPECIALES	SIN INFORMACION	TOTAL	%
0 a 4 Años	47.399	24.696	1.777	1	7.078	2	80.953	6%
5 a 9 Años	58.709	34.965	2.683	0	9.239	45	105.641	8%
10 a 14 Años	69.505	51.918	4.565	1	11.983	68	138.040	11%
15 a 19 Años	71.552	57.459	5.798	0	11.829	68	146.706	12%
20 a 24 Años	49.022	39.937	4.733	0	7.825	56	101.573	8%
25 a 29 Años	39.341	30.099	3.155	0	6.709	33	79.337	6%
30 a 34 Años	37.435	27.331	3.046	0	5.890	32	73.734	6%
35 a 39 Años	35.124	27.853	2.938	0	5.200	15	71.130	6%
40 a 44 Años	37.850	32.561	4.044	0	4.979	19	79.453	6%
45 a 49 Años	39.818	35.623	5.327	0	4.443	18	85.229	7%
50 a 54 Años	36.586	32.568	5.561	0	3.375	18	78.108	6%
55 a 59 Años	29.434	26.065	4.364	0	2.674	18	62.555	5%
60 a 64 Años	21.499	18.497	3.208	0	1.943	14	45.161	4%
65 a 69 Años	15.645	13.723	2.174	0	1.417	4	32.963	3%
70 a 74 Años	13.086	11.600	1.761	0	1.046	6	27.499	2%
75 a 79 Años	9.417	8.633	1.489	0	720	2	20.261	2%

80 años o más	10.338	10.317	2.051	0	879	2	23.587	2%
Sin Información	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL	621.760	483.845	58.674	2	87.229	420	1.251.930	100%

Fuente 1: Base de datos BDUA-FOSYGA – 31 de Diciembre de 2012.

Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades al 31 de Diciembre de 2012. Dirección de Aseguramiento SDS.

Con respecto a los usuarios con subsidio pleno corresponde a los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de edad cada uno con el 11% y 12% respectivamente, seguido del grupo de edad de 5 a 9 años y de 20 a 24 años con un 9% y 8% respectivamente (Tabla 10).

La distribución de la población con subsidio parcial de acuerdo al grupo de edad el mayor corresponde a los grupos de edad de 15 a 19 años con el 10%, seguido por el grupo de de 45 a 49 años de edad y de 50 a 54 años cada uno con el 9%.

POBLACIÓN AFILIADA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ACTIVOS EN BDUA) NIVEL DE SISBEN Y GRUPO ETAREO AÑO 2012.

Grupo Etareo	Nivel 1		Nivel 2		Subsidio Total	%	Nivel 3		Subsidio Parcial	%
	2.010	2.011	2.010	2.011			2.010	2.011		
0 a 4 Años	45.954	46.508	30.699	29.421	75.929	7%	2.273	2.465	2.466	4%
5 a 9 Años	61.526	58.842	46.744	40.425	99.267	9%	3.718	3.482	3.482	5%
10 a 14 Años	72.122	70.687	63.241	58.210	128.897	11%	5.504	5.641	5.642	8%
15 a 19 Años	69.604	70.617	66.006	62.979	133.596	12%	6.343	6.947	6.947	10%
20 a 24 Años	49.319	48.301	48.275	44.418	92.719	8%	4.997	5.120	5.120	8%
25 a 29 Años	39.304	37.836	33.782	31.569	69.405	6%	3.422	3.463	3.463	5%
30 a 34 Años	35.276	34.899	30.816	28.785	63.684	6%	3.228	3.338	3.338	5%
35 a 39 Años	34.560	33.954	32.361	30.043	63.997	6%	3.383	3.503	3.503	5%
40 a 44 Años	37.191	36.455	37.521	35.120	71.575	6%	4.639	4.749	4.749	7%
45 a 49 Años	37.696	38.482	38.770	37.654	76.136	7%	5.620	6.220	6.220	9%
50 a 54 Años	32.296	34.071	32.996	33.449	67.520	6%	5.110	5.992	5.992	9%
55 a 59 Años	24.778	26.971	25.113	26.083	53.054	5%	4.004	4.749	4.749	7%
60 a 64 Años	17.922	19.285	17.716	18.420	37.705	3%	2.873	3.329	3.329	5%
65 a 69 Años	13.200	14.253	13.317	13.899	28.152	3%	2.237	2.394	2.394	4%
70 a 74 Años	10.884	11.840	11.024	11.480	23.320	2%	2.029	1.980	1.980	3%
75 a 79 Años	7.330	8.322	8.165	8.605	16.927	2%	1.596	1.686	1.686	3%
80 años o más	7.811	8.950	9.301	10.018	18.968	2%	2.125	2.242	2.242	3%
Sin Información	52	0	61	0	0	0%	3	0	0	0%
TOTAL	596.825	600.273	545.908	520.578	1.120.851	100%	63.104	67.300	67.302	100%

Fuente 1: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 28 de Diciembre de 2011.

Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 31 de Diciembre de 2011. Dirección de Aseguramiento SDS.

El número total de nuevos ciudadanos afiliados al régimen subsidiado durante el 2012 fue de 47.150 personas, que equivalen al 5% de las afiliaciones se realizaron a través del proceso de asignación directa.

9.3.7 Población o Unidades de Focalización sin Atender

26.092 personas, que no se lograron afilar al régimen subsidiado.

9.3.8 Población o Unidades de Focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia

1.278.622 personas afiliadas al régimen subsidiado.

9.3.9 Diagnóstico final del problema

El 13 de agosto de 2012 el Ministerio de Salud y de Protección Social expide la certificación mediante la resolución 2017 de 2012, informa que la cobertura de Bogotá D.C con corte a 31/diciembre de 2011 se encuentra en el 100%, lo cual corresponde a la universalización, aunque Las metas inicialmente estructuradas dentro de los proyectos han sufrido alteraciones que guardan relación con los cambios que la normatividad vigente, lo cual exige un trabajo continuo e intenso, para ubicar y cubrir el margen poblacional que se encuentra pendiente, debido a fluctuación demográfica por migración o cambios en el estado de afiliación de alguno de los regimenes de salud (subsidiado / contributivo), esta situación se ve reflejada en las incongruencias de los datos del nivel nacional con los del nivel distrital, y a la imposibilidad de acceso de la información correspondiente al régimen contributivo, que es manejada desde el nivel nacional y no es competencia del Ente territorial.

Para mejorar esta situación la Secretaria de Salud Distrital continúa generando espacios de diálogo con el nivel nacional, diseño de procesos para el fortalecimiento de los mecanismos operativos para la afiliación y la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud por parte de toda la población del Distrito Capital y para el mejoramiento de su calidad de vida.

10. Problema Social No. 10. Población Pobre y Vulnerable sin Protección en Salud no Asegurada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

10.1 Reconstrucción del problema social

10.1.1 Identificación del problema

Fragmentación de los servicios de salud, la cual se ha manifestado fundamentalmente como falta de acceso a los servicios y de oportunidad en la atención; pérdida de continuidad de los servicios asistenciales; falta de consistencia de los servicios con necesidades y expectativas de la población; falta de coordinación entre los diferentes niveles y puntos de atención; duplicación de servicios e infraestructura que conlleva a subutilización de capacidad instalada o sobre utilización de recursos, en otros casos; distribución inequitativa de puntos de atención; débil capacidad resolutoria del primer nivel de atención; no contra referencia de los niveles superiores al primero y uso de servicios de urgencia para la atención de medicina general y especializada sin utilizar consulta ambulatoria.

De igual manera, la segmentación de la población y de los actores, el modelo de atención centrado en la enfermedad y la separación de los diferentes planes de beneficios⁴, así como las diferentes fuentes de financiamiento, han contribuido a dicha fragmentación. Barreras de acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable no asegurada al sistema y de aquella afiliada al régimen subsidiado, por eventos No POSS y No POS, (pese a la igualación del POS,

⁴ Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado, Plan de Intervenciones Colectivas, Enfermedad Profesional y Accidentes de Trabajo

Acuerdo 032 de 2012), de tipo geográfico, económico o administrativo, que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos.

En el marco del aseguramiento y prestación de servicios de salud a la población no asegurada, las acciones realizadas para no han sido suficientes; no se han establecido claramente las competencias del ente territorial en cuanto a las acciones de vigilancia, inspección y control sobre los regímenes de excepción y del contributivo. Igualmente se deben optimizar los sistemas de información que contribuyen a reconocer, identificar y caracterizar las personas en condición de vulnerabilidad sin capacidad de pago y que igualmente permitan contar con la información necesaria para la toma de decisiones, lograr el acceso de la población a la atención integral en salud con calidad, eliminando las barreras de acceso: económicas, geográficas, administrativas

Referente Normatividad Nacional:

Constitución Política de Colombia de 1991: Establece en su Artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado...", quien debe garantizar a todas las personas del territorio nacional, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ley 100 de 1993 Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, que incluye: el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios. Plantea los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Define los actores del sistema, reguladores, aseguradores y prestadores, con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios, el modelo de financiación a través del aseguramiento e introduce el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad.

Ley 715 de 2001 Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento del Acto Legislativo 001 de 2001, mediante la reestructuración del 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.

Ley 1122 de 2007, Realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del Sistema de Salud y el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Fortalece los temas de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, y ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 1438 de 2011, Fortalece el 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 de Atención Primaria en Salud, promoviendo la integración del gobierno con las instituciones y la sociedad, consolidando las redes integradas de servicios de salud, a fin de desarrollar una propuesta a nivel

territorial que afecte los determinantes sociales expresados de forma diferencial en el proceso salud enfermedad de la población.

Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, definiendo responsabilidades para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras normas.

10.1.2 Identificar sus causas y efectos

10.1.2.1 Causas Directas

1. Las principales barreras de acceso se encuentra referido a las de tipo administrativo, mientras que por atributos de calidad se encuentran dentro de los principales motivos los de continuidad, accesibilidad y oportunidad en la atención.
2. En cuanto a barreras económicas, aun es insuficiente el esfuerzo realizado por el Distrito Capital durante los últimos años encaminado a garantizar gratuidad a grupos especiales de población de niveles 1 y 2 y 3 del sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN), con el cual se cubre a un limitado número de pobladores, quedando excluido una gran mayoría, quienes tienen que interrumpir sus tratamientos en razón de las dificultades económicas para cubrir desplazamientos y copagos por los servicios.
3. La vulneración en la garantía del derecho fundamental a la salud por barreras de acceso administrativas, económicas, culturales y geográficas, viene afectando en alguna medida a toda la población del Distrito Capital, estimada para 2012 en 7.571.3454 habitantes,

10.1.2.2 Causas Indirectas

1. Las administradoras de planes de beneficios (EPS) creadas con la Ley 100 de 1993 registran desde hace varios años una deuda acumulada para con la Ciudad y para con sus habitantes por las reiteradas barreras e acceso de todo orden, acompañadas de la débil resolutivez y operatividad en el modelo de prestación de servicios asistencialista que han venido gestionando para la atención de la población de Bogotá D.C. en lo que respecta a los servicios del plan obligatorio de salud.
2. Evidentes problemas para garantizar la integralidad de la atención en salud por parte de Aseguradores y Prestadores, como efecto de las formas de contratación y el contenido mismo de los planes de beneficios.
3. La lectura de necesidades de la población distrital se hace de manera fragmentada por diferentes temas de salud: salud oral, nutrición, salud mental, etc.
4. La infraestructura, dotación y tecnología que se necesita para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud no esta acorde con la respuesta requerida.

10.1.2.3 Efectos Directos

- Incidencias en los diferentes ciclos y etapas de la vida, en la medida en que la prestación actual de los servicios de salud para Bogotá D.C. y para el resto del país, está determinada por la afiliación de toda la población al Régimen de Seguridad Social en Salud constituido con la ley 100 de 1993, el cual fue diseñado para cumplir los principios de integralidad, universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, a través de un régimen de aseguramiento universal con el cual se debe cubrir al 100% de los habitantes del territorio, de acuerdo con lo instituido de manera posterior en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.
- Los usuarios acuden a la figura de defensor del usuario, al derecho de petición, a la instauración de tutelas y a demandas, para reclamar los servicios a los cuales tiene derecho.
- Problemas de acceso, dilación y baja calidad en la prestación de los servicios de salud a la población del Distrito Capital.
- Inequidad y exclusión de la población más pobre y vulnerable.

10.1.2.4 Efectos Indirectos

- 4 Se ha cuestionado la efectividad de las aseguradoras en salud como mecanismo para garantizar el derecho a la salud en cuanto al acceso oportuno, seguro, confiable y eficaz a los servicios de salud en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- 4 Reducción en la calidad de vida y de salud de la población del Distrito Capital, medida por los indicadores directos e indirectos de salud, como efecto de la imposibilidad de aunar esfuerzos a nivel intra e inter sectorial.

10.1.3 Focalización

La población afectada por el problema, se ubica en Bogotá, D.C., de manera primordial habita en las zonas marginadas de la ciudad en los estratos 1, 2 y 3 caracterizada e incluida aquella potencial para eventos No POSS y No POS, así:

Para el año 2011, el 92% de las personas se encontraban afiliadas a algún régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el régimen contributivo se encontraba el mayor peso porcentual de la población de la ciudad (72,3%), seguido del subsidiado (23,9%), y el 7,6% de la población no se encontraba afiliada al sistema. Los estratos 1 y 2 presentaron mayor proporción de no afiliados (19,9%), es decir, una de cada cinco personas de estos dos estratos no estaban afiliadas al sistema de salud (Cuadro No.1).

CUADRO NO. 1.
Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud,
según estrato socioeconómico. Bogotá, 2011

ESTRATO	Total		No afiliadas		Afiliadas		Contributivo		Regímenes especiales		Subsidiado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	679.957	9,1	78.929	11,6	597.258	87,8	283.475	47,5	7.953	1,3	304.740	51
2	3.008.857	40,4	249.027	8,3	2.750.397	91,4	1.741.428	63,3	64.492	2,3	936.596	34,1
3	2.660.570	35,7	202.359	7,6	2.451.171	92,1	1.976.852	80,6	118.610	4,8	349.559	14,3
4	667.169	9	21.754	3,3	641.940	96,2	590.830	92	39.921	6,2	10.593	1,7
5	190.141	2,6	4.440	2,3	184.291	96,9	176.427	95,7	6.083	3,3	1.455	0,8
6	137.128	1,8	3.004	2,2	132.654	96,7	124.357	93,7	5.028	3,8	2.323	1,8
Sin Información	107.409	1,4	10.253	9,5	97.156	90,5	63.370	65,2	1.364	1,4	32.422	33,4
Bogotá	7.451.231	100	569.765	7,6	6.854.866	92	4.956.739	72,3	243.450	3,6	1.637.687	23,9

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Nota 1: Las cifras resaltadas en negrilla deben ser usadas con precaución pues tienen errores muestrales superiores al 15% lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada. Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados. Nota 3: No incluye la localidad de Sumapaz.

El 23% de la población que corresponde a afiliados al Régimen Subsidiado, es población objeto del proyecto 875: Atención a la población Vinculada; toda vez que en principio a junio de 2012 se estaba garantizando la prestación de aquellos servicios de salud no POSS, a través de las IPS de la Red complementaria, para aquellos procedimientos deficitarios o carentes en la red pública y hospitales ESE de la red adscrita. Es decir que 327.527 usuarios, que corresponden al 20%, afiliados al régimen subsidiado son potencialmente beneficiarios de servicios de salud no POSS.

Sin embargo a partir del primero de Julio de 2012 se unifica el POS y POSS, mediante Acuerdo 032 de 2012, pasando esta población a ser atendida totalmente con subsidio a la demanda.

CUADRO No. 2
ENCUESTADOS SISBEN NO AFILIADOS POR LOCALIDAD NIVEL

LOCALIDAD	LIBRE ELECCION		PUNTAJE SUPERIOR A 54,86	TOTAL
	NIVEL 1	NIVEL 2		
1 USAQUEN	10.422	2.406	6.771	19.599
2 CHAPINERO	2.751	686	1.533	4.970
3 SANTA FE	8.529	1.431	4.010	13.970
4 SAN CRISTOBAL	31.624	8.448	28.113	68.185
5 USME	27.834	8.081	22.993	58.908
6 TUNJUELITO	13.501	3.030	12.863	29.394
7 BOSA	39.290	13.448	48.324	101.062
8 KENNEDY	50.941	16.747	80.357	148.045
9 FONTIBON	9.586	3.227	14.420	27.233
10 ENGATIVA	27.998	9.137	41.510	78.645
11 SUBA	40.449	11.980	43.452	95.881
12 BARRIOS UNIDOS	4.129	832	3.118	8.079
13 TEUSAQUILLO	365	78	265	708
14 LOS MARTIRES	5.165	906	3.625	9.696
15 ANTONIO NARIÑO	3.431	1.081	5.657	10.169

16	PUENTE ARANDA	7.728	2.419	13.106	23.253
17	LA CANDELARIA	1.170	187	530	1.887
18	RAFAEL URIBE URIBE	28.874	7.224	26.648	62.746
19	CIUDAD BOLIVAR	55.271	13.384	40.434	109.089
20	SUMAPAZ	604	21	30	655
TOTAL		369.662	104.753	397.759	872.174

Fuente: Base de datos SISBÉN certificada DNP, mayo 2012 (vigente a diciembre 2012).

La localidad que presenta el mayor incremento de personas identificadas en SISBEN no afiliados, para libre elección y por nivel SISBEN I y II, está en la Localidad de Ciudad Bolívar, con 68.655, seguido de Localidad Kennedy con: 67.688; Localidad de Suba con: 52.429; Localidad de Bosa con: 52.738; Localidad San Cristóbal con: 40.072; Usme con: 35.915; ver cuadro No. 2 comportamiento de la población potencial a ser atendida por subsidio a la oferta.

CUADRO No. 3
ENCUESTADOS SISBEN NO AFILIADOS POR LOCALIDAD Y RANGO DE EDAD

LOCALIDAD		Menor de 1 AÑO	1 A 5 AÑOS	6 A 13 AÑOS	14 A 17 AÑOS	18 A 26 AÑOS	27 A 59 AÑOS	60 AÑOS O MAS	TOTAL
1	USAQUEN	101	1.883	2.673	1.406	4.337	7.855	1.344	19.599
2	CHAPINERO	7	383	696	315	1.133	2.074	362	4.970
3	SANTA FE	25	1.179	2.000	960	3.015	5.620	1.171	13.970
4	SAN CRISTOBAL	145	5.532	10.192	5.119	15.369	26.944	4.884	68.185
5	USME	170	5.430	9.349	4.253	13.804	22.688	3.214	58.908
6	TUNJUELITO	86	2.299	3.877	1.971	6.309	12.335	2.517	29.394
7	BOSA	278	8.480	15.516	7.702	22.748	40.703	5.635	101.062
8	KENNEDY	391	11.586	20.345	10.258	30.768	62.611	12.086	148.045
9	FONTIBON	86	1.969	3.714	1.914	5.666	11.785	2.099	27.233
10	ENGATIVA	252	5.302	9.760	5.242	15.784	34.271	8.034	78.645
11	SUBA	339	8.194	13.386	6.713	21.330	39.595	6.324	95.881
12	BARRIOS UNIDOS	25	542	835	485	1.652	3.554	986	8.079
13	TEUSAQUILLO	3	58	63	34	134	315	101	708
14	LOS MARTIRES	28	765	1.182	629	2.050	4.141	901	9.696
15	ANTONIO NARIÑO	22	672	1.093	666	2.045	4.446	1.225	10.169
16	PUENTE ARANDA	89	1.511	2.673	1.472	4.510	10.063	2.935	23.253
17	LA CANDELARIA	5	134	203	100	363	865	217	1.887
18	RAFAEL URIBE URIBE	142	4.910	8.950	4.605	13.514	25.698	4.927	62.746
19	CIUDAD BOLIVAR	309	10.001	17.339	8.323	24.581	42.443	6.093	109.089
20	SUMAPAZ	7	62	118	71	96	253	48	655
TOTAL		2.510	70.892	123.964	62.238	189.208	358.259	65.103	872.174

Fuente 1: Base de datos BDU A FOSYGA – 17 de febrero de 2012. Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 29 de febrero de 2012. Dirección de Aseguramiento SDS.

Cuadro No. 4
Afiliación al régimen subsidiado en el Distrito Capital. 2011

EPS-S	MENOR DE 1 AÑO	1 A 5 AÑOS	6 A 13 AÑOS	14 A 17 AÑOS	18 A 26 AÑOS	27 A 59 AÑOS	60 A 64 AÑOS	65 AÑOS O MAS	TOTAL
SALUD TOTAL	3.608	29.974	57.039	34.147	52.739	144.430	12.401	29.263	363.601
HUMANA VIVIR	2.258	24.410	55.102	33.379	48.496	124.178	10.135	23.192	321.150
COLSUBSIDIO	1.778	14.126	28.612	17.247	28.211	75.467	6.596	14.359	186.396
SOLSALUD	966	9.436	24.017	15.263	25.510	63.885	6.014	14.621	159.712
UNICAJAS	668	5.231	15.305	10.187	14.794	30.589	2.934	6.734	86.442
CAPRECOM	508	6.324	12.081	7.054	10.674	24.437	2.019	4.405	67.502
ECOOPSOS	433	3.725	8.687	5.289	8.031	19.039	1.752	4.194	51.150
SALUD CONDOR	147	2.662	7.083	4.317	6.620	16.606	1.455	3.557	42.447
TOTAL	10.366	95.888	207.926	126.883	195.075	498.631	43.306	100.325	1.278.400

Fuente 1: Base de datos BDU A FOSYGA – 17 de febrero de 2012. Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 29 de febrero de 2012. Dirección de Aseguramiento SDS.

La distribución de población afiliada al régimen subsidiado de salud por las empresas administradoras de planes de beneficios y grupos de edad, registran el mayor número de afiliados en Salud Total y Humana Vivir, con el 50% del total. Por grupo de edad, los afiliados de 27 a 59 años representan el 39% del total de asegurados al régimen subsidiado de salud en Bogotá (Cuadro No. 4)

Como se observa en la tabla No.3, la población identificada por SISBEN, en los diferentes niveles, no afiliada al régimen subsidiado es de 872.174 personas potenciales beneficiarias, a ser afiliadas al régimen subsidiado e igualmente potenciales beneficiarias a recibir el subsidio en salud con presupuesto a la oferta, sin tener en cuenta las novedades que se den durante la vigencia 2011.

10.1.4 Actores que intervienen en el problema

Secretaria Distrital de Salud, Secretaria Distrital de Planeación, Secretaria Distrital de Integración Social, Ministerio de la Protección Social, Consejo de Regulación en Salud –CRES, Registraduría Nacional del Estado Civil, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Agencia presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Cabildos Indígenas, Ministerio del Interior:

10.2 instrumentos operativos para la atención de los problemas

10.2.1 A nivel de la administración

La Administración Distrital dando continuidad en la implementación y desarrollo del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008 – 2012 y la armonización del mismo con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012- 2016 que establece las prioridades Distritales, como la “Atención Primaria en Salud” estrategia que centra su propuesta en la participación social, el trabajo intersectorial y la organización de redes de servicios de salud. El enfoque renovado es visto como una condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que se concibe la salud como un derecho y se centra en las causas fundamentales de la misma.

La Atención Primaria de Salud Renovada (APSR) “...ha sido considerada una estrategia efectiva

para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales, aporta a la reducción de las inequidades en salud, se realiza a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria.

Para mejorar y mantener la salud, se debe ir más allá de la garantía del acceso a los servicios propios del sector, integrando los servicios de otros sectores, tales como educación, cultura, hábitat, recreación y deporte, ambiente, integración social, desarrollo económico, entre otros, que tienen competencia en la resolución de las necesidades que afectan la salud de la población y su calidad de vida, generando condiciones que garanticen generación de oportunidades y mejoramiento de capacidades, para lo cual se crearán los Centros de Salud y Desarrollo Humano, como principal puerta de entrada a la red de servicios de salud y de otros sectores sociales.

El ejercicio de la rectoría como función esencial en salud pública, contempla los componentes de: conducción, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, funciones esenciales salud pública, y la armonización de la provisión de los servicios.

La modulación del financiamiento, incluye la garantía, vigilancia y modulación de la complementariedad de los recursos de diversas fuentes, para asegurar un acceso equitativo de la población a los servicios de salud. Para el desarrollo de este aspecto, el ente rector, debe formular políticas que disminuyan desviaciones y permitan vigilar el financiamiento del sector, y la redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado, la regulación y el control del cumplimiento de los planes de beneficios, bajo estándares de prestación verificables. De igual manera, vigilar la liquidez y solvencia financiera de las aseguradoras.

En el ejercicio de la rectoría, se debe garantizar el aseguramiento de la población al sistema de salud y definir un conjunto de servicios para todos los habitantes, cubiertos estos, por las aseguradoras a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el marco de la normatividad vigente.

Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012 - 2016:

Eje estratégico *“Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”, programa “Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”.*

- Componente Aseguramiento.
- Componente Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud.

Eje estratégico *“Una Bogotá que defiende y fortalece lo público”, Programa “Bogotá decide y protege el derecho fundamental a la salud de los intereses del mercado y la corrupción”.*

- Componente Gobernanza y Rectoría.

Eje 1. Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.

Tiene como propósito mejorar las condiciones sociales, económicas y culturales que generan procesos de discriminación o de segregación económica, social, espacial y cultural de la ciudadanía cultural. Incluye acciones para eliminar barreras de acceso a los servicios de salud y a las oportunidades para el desarrollo de las capacidades de las personas, independientemente de su identidad de género, orientación sexual, condición étnica, condiciones o situaciones específicas, de su etapa de vida o de sus preferencias políticas, religiosas, culturales o estéticas.

En este eje estratégico, el sector salud contribuye con el programa Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde las Diversidades, con el cual se propone asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, modificando positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida, a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios, con altos niveles de calidad, transparencia, innovación, sostenibilidad.

Para dar cumplimiento al programa, Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde las Diversidades el Proyecto No. 875 Atención a la Población Pobre no asegurada aporta al programa, entre otros.

10.2.2 A nivel de la entidad

En desarrollo del Plan, la Secretaría Distrital de Salud – Dirección de Aseguramiento en Salud, definió las estrategias y las metas orientadoras del proceso “Asegurar Salud”, asumiendo la responsabilidad de gestionar el acceso a la afiliación y a la prestación de los servicios de salud para la población pobre y vulnerable, general y de grupos especiales, como los ROM, los Indígenas, los Desplazados, etc.), afiliados al régimen subsidiado; mediante la contratación para la administración de recursos del régimen subsidiado con los operadores del subsidio a la demanda o EPS-S; así como de la población pobre y vulnerable general y de grupos especiales (ROM, Indígenas, Desplazados, etc.), no asegurada, mediante la administración de los recursos de subsidio a la oferta para la contratación de la red adscrita y complementaria.

Componente de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud: Función Básica.

Garantizar a la población de Bogotá Distrito Capital la prestación de servicios de salud humanizados, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, con atributos de calidad y calidez, acorde a sus necesidades y expectativas, a través de la organización de redes territoriales, integradas e integrales, que permita el fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria, la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico, en infraestructuras humanizadas, en el marco de un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, con participación social y transectorialidad.

10.2.3 Metas formuladas

- Garantizar la atención en salud al 100% de la población del distrito capital de acuerdo a su condición en el sistema general de seguridad social en salud y regímenes de excepción.
- Mantener la cobertura en servicios de salud para la población pobre no asegurada y para los servicios no pos s para población afiliada al régimen subsidiado.
- Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado.
- Garantizar al 2012 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población menor de 5 años, mayores de 65 años y a población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y estén clasificadas en niveles 1 y 2 de sisben
- Mantener la cobertura con servicios de salud, a la población pobre y vulnerable, no asegurada, del D.C.

La Secretaría Distrital de Salud, desarrolla estrategias, mecanismos e instrumentos, que permiten garantizar la prestación de servicios de salud a saber:

- La estrategia de gratuidad en salud.
- Línea 195 Central Única de Referencia y Contra referencia: CURYC
- Electivas, herramienta que facilita la autorización de servicios de salud No POSS y No POS, (No POSS hasta junio 30 de 2012, por igualación de los planes de beneficios)
- Sistema de Quejas y Reclamos: SQS, herramienta que facilita la gestión para garantizar la atención en salud y prestación de los servicios de salud, mediante la recepción, seguimiento y tramite, logrando así disminuir y/o eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud
- Gestión en el proceso de: conciliaciones. Fallos de tutela y Urgencias con IPS sin relación contractual.
- Convenio Escolar, para atención de niños y niñas, por accidentes escolares.
- Gestión y seguimiento para la garantía en la prestación de servicios de salud a poblaciones especiales: desplazados, reinsertados, habitantes de la calle, indígenas, afro descendientes
- Interventoria y auditoria a la facturación presentada por las ESE e IPS de la red complementaria, técnica, financiera y de calidad, en el contexto de los contratos suscritos por el Fondo Financiero Distrital de Salud y las ESE e IPS red complementaria.

10.2.4 Presupuesto asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	620	Atención a la Población Vinculada	147.862.534.545
Bogotá Humana 2012-2016	875	Atención Población Pobre no Asegurada	137.741.594.098
TOTAL			285.604.128.643

Con los recursos del presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, se asignaron \$285.604 millones.

10.2.5 Población o Unidades de focalización objeto de atención

306.486 personas pobres no aseguradas

10.3 Resultados de la transformación de los problemas

10.3.1 Niveles de cumplimiento

- Brindar 2.582.3394 atenciones a 284.189 personas, 167.843 vinculados atendidos, 103.489 individuos atendidos por eventos no POSS con 733.433 atenciones prestadas, 13.407 desplazados atendidos con 147.076 atenciones.
- Recibir 6.628 llamadas a través de la línea 195, con un total de llamadas contestadas en tiempo real de 7.873, para un total de llamadas en trámite diferido 8.682, para solucionar barreras de acceso.
- Recibir 2.824 solicitudes de autorización de servicios, se aprobaron 1.854 y fueron negadas 1.058.
- Realizar visitas a las EPS: Ecoopsos, Coolsubsidio, Caprecom, Solsalud, Capital Salud, Salud Condor. Humana Vivir, para evaluar el Programa para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud PAMEC.
- Tramitar 698 acciones de tutela que fueron interpuestas contra EPS del régimen subsidiado, y contributivo.
- Brindar 7.503 atenciones a población menor de 1 a 5 años, 25.672 a población mayor de 65 años y 20.549 atenciones a población con discapacidad severa, a través de la red adscrita y complementaria.
- Dar respuesta a 6.963 solicitudes por correo electrónico, tramitar 10.259 solicitudes por anexo 3, elaborar 1.106 que corresponden a 2.568 pacientes, 650 derechos de petición; relacionados con las barreras de acceso.

Del 100% de usuarios atendidos en el periodo, el 4.8% correspondió a población desplazada, es decir 13.407 usuarios que solicitaron servicios de salud espontáneamente. El 36.1% de usuarios se atendieron por procedimientos No POSS y No POS. El 59.1% de los usuarios se atendieron como vinculados a través de las ESE e IPS de la red complementaria. El 93% de las atenciones en salud fueron prestadas por los hospitales de I,II y III nivel de atención adscritos a la Secretaria Distrital de Salud y el 7% con las IPS de la red complementaria. (Ver Cuadros: 8, 9 y 10).

La contratación de servicios de salud con las ESE, adscritas a la Secretaria Distrital de Salud y su permanencia en el tiempo, asegura la disponibilidad de los mismos, en los diferentes niveles de complejidad y puntos de atención de la ciudad, para que la población no cubierta por subsidio a la demanda acceda a los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de acuerdo al plan de beneficios definido para la población no cubierta por subsidios a la demanda en el D.C., destacándose en este aspecto que para la contratación de servicios de salud de esta vigencia, donde se ajusto las tarifas calculadas a PFGP con la misma tendencia de ajuste del tarifario SOAT, tomando como valor de partida el correspondiente al año 2007, obteniéndose incrementos importantes en las AF (Actividad Final), en general.

Además, se viene impulsando la complementariedad de los planes de beneficios (individuales y colectivos) con los servicios de ellos excluidos y cubiertos por recursos de la oferta, a través del análisis y aprobación de solicitudes de tales servicios, presentadas a Electivas y discutidas en Comité de Controversias, desde un abordaje técnico, científico y normativo. Igualmente, en

aplicación del principio y criterio de integralidad, con los mismos recursos se viene autorizando la cobertura de los suministros, materiales e insumos asociados a las actividades, procedimientos e intervenciones aprobados para ser financiados con cargo a la oferta.

Es importante mencionar, que la contratación con la red complementaria se hace previa aprobación del Ministerio de Salud, en el contexto de lo estipulado en el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, teniendo en cuenta además las necesidades de la población objeto, por servicios de salud deficitarios y/o carentes; garantizando así la prestación efectiva de los procedimientos con oportunidad, complementariedad y pertinencia.

Dentro de las especialidades y sub especialidades brindadas a la población pobre no asegurada se encuentran: Salud Mental para Paciente Institucionalizado, Farmacodependencia, Subespecialidades de Pediatría, Procedimientos de Dermatología, secuelas de patologías crónicas para paciente habitante de calle certificado por la Secretaría Distrital de Integración Social, Trasplante Cardíaco, Trasplante Hepático, Imágenes diagnósticas (Resonancia Nuclear Magnética/ Medicina Nuclear / Gammagrafías), rehabilitación del adulto ciego, urgencias y eventos NO POS, entrega de Medicamentos NO POS, entre otros.

En el cuadro siguiente se presenta la caracterización del registro telefónico de las llamadas recibidas a diciembre 31 de 2012

Caracterización de registro telefónico Enero a Diciembre de 2012

CLASIFICACION	PORCENTAJE
Dificultades en la Atención en los servicios de salud, siendo Participante Vinculado, teniendo su carta del SISBEN	1%
N.A Otro Ente territorial	2%
Barreras de acceso a los servicios de salud por dificultades Interadministrativas (Incumplimientos Contractuales) entre las EPSS y los Hospitales, públicos o privados	2%
Dificultades en la Identificación en el estado de Afiliación al SGSSS y por lo tanto le han negado la atención en servicios de salud	4%
Negación o inoportuna prestación en los servicios de salud por parte de una IPS, privada	6%
Negación o inoportuna prestación en los servicios de salud por parte de una IPS, pública	9%
Información en servicios de salud	14%
Negación o inoportuna prestación de una Autorización en servicios de salud incluidos en el POS, por parte de EPS C	16%
Negación o inoportuna prestación de una Autorización en servicios de salud incluidos en el POSS, por parte de EPSS	45%

Fuente: SDS / CURYC Aseguramiento Enero a Diciembre de 2012.

El 45% de los registros por barreras de acceso, corresponde a la Negación o inoportuna prestación de una Autorización en servicios de salud incluidos en el POSS, por parte de EPSS; que equivalen a 7.438 llamadas; el 16% corresponde a la barrera de acceso: Negación o inoportuna prestación de una Autorización en servicios de salud incluidos en el POS, por parte de EPSC; el 14% la barrera de

acceso: Falta de información en servicios de salud; al final de este periodo se evidencia una leve disminución en la Negación o inoportuna de prestación en los servicios de salud por parte de una IPS pública con un 9%.

La gestión realizada por parte de los profesionales de la Línea 195 del derecho a la Salud es técnica, especializada, efectiva y oportuna con un tiempo de respuesta no mayor a 5 días hábiles.

Se priorizan los casos que presenta barreras de acceso en grupos poblacionales vulnerables como son Menores de 5 años, mayores de 65 años, discapacidad severa, alto costo, gestantes, paciente infecciones respiratorias agudas , población en condición de desplazamiento, re-insertado y usuario con medidas cautelares.

La gestión de la línea busca contribuir a la reducción de la mortalidad en menores de 5 años y en gestantes garantizando el acceso a los servicios de salud para lo cual la línea 195 apoya y gestiona los casos referidos. A si mismo Se ha realizado un trabajo articulado con el área de atención al ciudadano (SQS) CRUE, Electivas, para todo lo que tiene que ver con barreras de acceso en el proceso de referencia y contra referencia, pacientes vinculados y eventos no incluidos en el POSS (electivos). En cumplimiento de la normatividad vigente el decreto 4747 de 2009 y la resolución 3047 de 2007.

Es evidente que como consecuencia de la articulación e intervención con las EPSS-C e IPS públicas y privadas, por parte de la Línea 195 del derecho a la salud, se han disminuido el número potencial de Derechos de Petición, Tutelas y demás acciones legales.El porcentaje de participación por EPSS sin ajuste de tasa, en barreras de acceso por Negación o inoportuna de una Autorización en servicios de salud incluidos en el POSS, por parte de EPSS, para el periodo comprendido entre Enero a Diciembre de 2012, representado por ranking de EPSS es :Primer lugar Capital Salud 28%, segundo humana vivir 25% , en tercer lugar Colsubsidio con un 15%,cuarto solsalud con 10%,quinto Caprecom con 7% ,sexto Ecoopsos con 6%, séptimo Unicajas con 5% y por ultimo salud cóndor con 4%.

Como resultado se tiene, las primeras EPSS, que encabezan las barreras acceso a los servicio de salud son: Salud cóndor, Unicajas, Ecoopsos, Caprecom, Solsalud, Colsubsidio, Humana vivir y Capital Salud.

Los motivos por lo que más llaman los usuario son: Las EPSS dilatan el tiempo de autorización de servicios, niegan eventos incluidos en el POSS, falta de red contratada, (inconveniente de presupuesto) inadecuados direccionamientos, negación de medicamentos incluidos en el POSS, inoportuna en procesos de referencia y contra referencia.

A través del área de electivas se generaron 25.129 acciones que garantizaron la atención en salud a igual número de pacientes discriminados de la siguiente manera:

- 6.963 respuestas por correo electrónico.
- 10.259 solicitudes por Anexo 3 como continuidad de la urgencia en la Plataforma SIRC.

- 2.568 pacientes quienes realizaron la solicitud por correo certificado, (Que corresponden a 1106 oficios)
- 650 derechos de petición,
- Apoyo al grupo de tutelas 65 Pacientes,
- 792 respuestas a IPS por el correo sdsanexo3@gmail.com como continuidad de la urgencia
- Recibir 3250 llamadas de asesorías, direccionamiento a las ESES usuarios en temas referentes a seguridad social, barreras de acceso.
- 120 asesorías presenciales a funcionarios de la Secretaria Distrital de Salud, de la Red Pública y la Red adscrita contratada y no contratada en el tema relacionado con Seguridad Social y barreras de acceso.
- Atención presencial a 241 usuarios que buscaban una respuesta oportuna a sus diferentes necesidades en Salud,
- Ubicación o referencia 321 Pacientes. Todas estas acciones requirieron 18.978 comprobaciones de derechos

Mediante el Sistema Distrital de Quejas y Soluciones que es un sistema diseñado para recibir, tramitar, administrar y responder los requerimientos ciudadanos para cualquier entidad en el Distrito, se tramitaron 4.382 requerimientos que ingresaron a través del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Con el fin de:

Disminuir barreras de acceso a los servicios de salud

1. Promover la exigibilidad del derecho a la salud
2. Afectar los determinantes del proceso salud enfermedad para mejorar la calidad de vida y la salud de la población de Bogotá D.C.
3. Garantizar el desarrollo institucional, tanto en la entidad como en la red de prestadores y aseguradores de servicios de salud, con gestión de calidad.

Es así como del total de requerimientos 2.681 correspondiente al 61% fueron reclamos, seguido de Peticiones de Interés Particular con 1.582 requerimientos correspondiente a 36%, Solicitudes de Información 68 requerimientos que corresponden al 1.5, Quejas 30 requerimientos (0.6%) el otro 1% (corresponde a Felicitaciones, Peticiones de Interés General, y Solicitud de Copia.

Tipos de requerimientos: Reclamos: 2.681, (con el 61% de participación); peticiones de interés particular: 1.582, (36%); solicitud de información: 68, (1.5%); quejas: 30, (0.6%); Felicitaciones, (0.3%); peticiones interés general: 6, (0.1%); para un total de 4.382 requerimientos.

El 81% de los requerimientos se interponen en forma escrita; el 11% se hace mediante canal teléfono; el 5% a través de canal presencial; el 2% a través de la página WEB y el restante 1% a través del Buzón y correo electrónico.

Las barreras de acceso más relevantes que se tramitaron fueron:

- Dificultades para prestación servicios P O S; con 28% aprox. (1.245 casos).

- Aseguramiento- Autorización de servicios P O S- S y No P O S – S, con 15 % aprox. (653 casos).
- Aseguramiento- Libre Elección E P S - R S -Traslados E P S - R S / I P S - Novedades, con 13 % aprox. (548 casos)
- Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios ó de alto costo ó tutelas, con 8 % aprox. (245 casos).
- Dificultad acceso a servicios por información ingresada en Comprobador Derechos y por normatividad, con 7% aprox. (324 casos).
- Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios ó de alto costo ó tutelas-E S E- E P S-S, con 5% aprox. (238 casos)
- Dificultades para prestación servicios POS, POS-S, NO POS-S(ESE o IPS Priv.-EPS-S), con 5 % aprox. (122 Casos)
- Aseguramiento-Afiliación-retiro del Sistema-Afiliado E P S - R S, con 4% aprox. (194 casos).
- Aseguramiento-Solicitud Institucionalización de Salud Mental y Limitados Físicos entre otros, con 2% aprox. (80 Casos).
- No oportunidad en el suministro de medicamentos P O S, con 2% (80 Casos).

Es importante mencionar que los casos en donde las entidades involucradas son las E.S.E. y las EPSS desde el Grupo SQS una vez cerrados los casos por el aplicativo de la alcaldía, los mismos son objeto de seguimiento tanto telefónico como escrito hasta lograr una respuesta definitiva y una solución de fondo a la situación planteada por los usuarios.

Es importante resaltar que los requerimientos presentados, obedece a la dinámica que ha tenido la normatividad vigente, así como el periodo de inicio en la aplicación (transición), conceptos Acuerdos de CRES, no cumplimiento por parte de la EPSS Capital Salud de los lineamientos emitidos por la Secretaría Distrital de Salud, con relación al procedimiento para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población afiliada, así como la entrega de medicamentos y realización de procedimientos No POS; junto a la salida del mercado de las EPS-S (Salud Cóndor, Ecoopsos y Colsubsidio).

10.3.2 Indicadores

- Número de personas pobres no asegurada atendidas
- Número de personas pobres no aseguradas
- N° de personas afiliadas al Subsidiado que requirieron procedimientos no POS-S
- Número de personas afiliadas al Subsidiado "
- Número total de aseguradores
- Número de prestadores Inspeccionados y vigilados
- Número total de prestadores"
- % de niños de 1 a 5 años del régimen subsidiado atendidos gratuitamente
- % de mayores de 65 años del régimen subsidiado atendidos gratuitamente
- % de población en condición de discapacidad severa del régimen subsidiado atendidos gratuitamente"
- % de población pobre no asegurada del D.C., cubierta con servicios de salud

10.3.3 Limitaciones del proyecto

Las grandes dificultades que se han presentado en la ejecución del proyecto son las siguientes:

Las reiteradas negaciones presentadas para la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), generando barreras de acceso por parte de las EPS-S, (principalmente de Capital Salud) evidenciadas en el incumplimiento del mecanismo de homologación, aprobación por el CTC del Asegurador y el posterior recobro al Ente Territorial, claramente establecido por las normas en Salud (Acuerdo 029/11 en su Artículo 50, Resolución 3099/08, en especial los Artículos 7 y 26, y la Jurisprudencia expedida por la Corte Constitucional); reiteradas a su vez por la “Directriz para la garantía en la efectiva prestación de los Servicios de Salud dentro del ámbito de la unificación del Plan Obligatorio de Salud”, (emitida por la Secretaría bajo el radicado 96959 del 28/06/2012), que busca garantizar la cobertura de los servicios no incluidos en los Anexos 1 y 2 del Acuerdo 029/11, negaciones que pusieron en peligro la salud y la vida de 251 ciudadanos del Distrito Capital durante los meses Octubre a Diciembre de 2012.

En aras de superar los obstáculos, se reitero el cumplimiento de la Directriz para la garantía en la efectiva prestación de los Servicios de Salud dentro del ámbito de la unificación del Plan Obligatorio de Salud”, en 197 casos dirigidos a la EPS-S Capital Salud.

Autorizar 43 eventos No POS de conformidad con el Artículo 287 de la Constitución Política de Colombia: el cual expresa: "las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses y dentro de los límites de la Constitución y la ley", garantizando la realización o entrega de la tecnología prescrita por fuera del POS.

Exigir a la EPS-S Capital Salud dar cumplimiento a la normatividad vigente para 11 casos de eventos POS cuya responsabilidad es única y exclusiva de dicha Aseguradora.

Ante la crisis por la que atraviesa el sistema de salud en Bogotá y la salida de EPSS como: Salud Cóndor, Colsubsidio y Ecoopsos y otras EPSS con medidas cautelares, se presentó un aumento considerable de casos por barreras de acceso de tipo administrativo la acción adelantada fue intensificar el seguimiento y auditoría telefónica por parte del grupo de profesionales especializados de línea 195, se sugiere para 2013 fortalecer las auditorías de tipo concurrente para las EPSS que notifiquen la terminación de su actividad en el Distrito Capital aumentado nuestra rectoría y evitando a si mayores negociación de servicios POSS.

Existe renuencia por parte de las EPSS a la unificación del POS por cuanto se hace una interpretación restrictiva al mismo, sin tener en cuenta que con esa posición se afecta el derecho a la salud, ante esta situación, la Secretaría Distrital de Salud a través de la Dirección de Aseguramiento en Salud convocó a las EPSS acatar la normatividad vigente en pro de los usuarios del SGSSS, igualmente las EPSS o los hospitales a pesar de nuestros requerimientos incumplen la decisión judicial.

Las EPSS en particular CAPITAL SALUD ha asumido una actitud negligente ante los eventos NO POS, porque se resiste a autorizarlos y recobrarlos al FFDS como lo establece la normatividad, atentando no solo contra el derecho a la salud de los usuarios sino también afecta la calidad de

vida de ellos. Así mismo nos encontramos ante una inminente sanción por parte del juez al no acatar las decisiones judiciales los hospitales y las EPSS a pesar de nuestros requerimientos, igualmente se pone en riesgo la salud de los pacientes al no autorizar las EPSS o los hospitales los servicios requeridos

- Las EPS al tener conocimiento sobre el convenio escolar se resisten a asumir su responsabilidad en el cumplimiento de pagos de eventos POS inclusive si la atención está siendo prestada en una ESE.
- Si la atención es prestada en una IPS de la EPS que no hace parte de la Red Adscrita las IPS generan barreras para la devolución de los valores pagados por los familiares de los NNA accidentados.
- Los colegios manejan información de pólizas escolares lo que hace que se mal interprete el objeto del convenio y se niegan a autorizar servicios de salud por tener un “seguro escolar”.
- Los NNA afiliados al régimen contributivo al ingresar a una ESE, se les presta solo los servicios de urgencias y los remiten a su EPS para que les garantice la continuidad del tratamiento/rehabilitación que requiera producto del accidente escolar. Al ingresar a la EPS esta genera barreras ya que al intuir que fue un accidente que debía cubrir un seguro niegan servicios y las ESE no los asumen por evitar que las EPS no paguen estos costos, por ser eventos POS.
- En los territorios el personal de la SDE no hace seguimiento directo con las ESE de los casos que se reportan de accidente escolar, lo que hace que en la Dirección de Aseguramiento se genere desgaste administrativo por el seguimiento caso a caso de todos los casos que se reportan en el distrito.
- La alta rotación de funcionarios en las ESE origina que no se de la orientación adecuada a los padres de familia sobre los alcances y vigencia del convenio, creando malestar y por ende incremento de derechos de petición por negación de servicios.
- La no definición de lo que significa un accidente escolar amplia la cobertura de prestación de servicios a los accidentes escolares, incluyendo la atención por producto de
- apuñalamientos por estar los menores de edad en actividades extracurriculares y consumiendo bebidas alcohólicas, accidentes o traumatismos generados por paseos o
- salidas familiares fuera de la ciudad, accidentes automovilísticos donde se supera el valor del SOAT, accidentes presentados en fines de semana producto de juegos que realizan los niños cerca o fuera de su casa.
- El no tener un periodo de tiempo definido para cubrir el accidente escolar provoca que los padres año tras año sigan solicitando autorizaciones para la total rehabilitación de las situaciones que genera el accidente escolar.
- No existe una ruta clara y fiable de realizar seguimiento financiero de los valores ejecutados por el convenio ni por el monto tope que se paga por evento por NNA ya que puede ser atendido en varias ESE e IPS.
- No hay una claridad respecto a los estudiantes que son vinculados qué montos son facturados al FFDS y cuales al Convenio Escolar.
- Falta de conocimiento del referente del convenio de SDE, los docentes y personal directivo sobre el SGSSS, generando expectativas no acordes con la realidad de aseguramiento.
- No siempre la atención inicial de urgencias se presta en las ESE lo que crea barreras de acceso y confusión al ser atendidos por las IPS de las EPS a las cuales se encuentran

afiliados los estudiantes, al momento de solicitar devolución de los dineros que cubre el convenio éstas se niegan argumentando que no tenían conocimiento sobre el “seguro escolar” o que están cumpliendo con la normatividad vigente al no exonerar de las cuotas de recuperación y copagos a los usuarios.

- Los padres que tienen niños vinculados se acomodan a que el seguro escolar les paga todos los servicios y no sienten la responsabilidad de realizar los trámites pertinentes para la correspondiente afiliación al SGSSS.
- La rotación del personal que ha estado a cargo del Convenio dificulta el seguimiento y buena organización frente a las cuentas, facturas y demás temas relacionados con el mismo.
- Las ESE no reportan oportunamente los RIPS de escolares para poder cruzar con las facturas presentadas y presentar oportunamente el informe.
- No hay un consolidado de los valores facturados al convenio escolar. No hay una fuente veraz de la información financiera por parte de la firma Auditora y de las facturas ingresadas en Financiera de la SDS.

En cuanto a las barreras de acceso se coordina y establece comunicación permanente con la SDE, ESE; IPS, Colegios Distritales y padres de familia, gestionando y haciendo seguimiento individualizado de los casos y emitiendo desde esta Secretaria las correspondientes autorizaciones de pagos como de devolución de dineros facturados a los acudientes así mismo se envían las autorizaciones de prestación de servicios NO POS a los Hospitales de la Red con el objeto de dar cumplimiento al objeto del convenio.

En cuanto a las dificultades en la prestación de servicios de salud a la población Especial, se encuentran las siguientes.

- El usuario es proveniente de otro ente territorial o se encuentra afiliado a una EPS que no tiene contrato con nuestra red hospitalaria.
- El MSPS envía autorizaciones sin tener en cuenta el estado de afiliación de la población víctima e inimputables en el Sistema General de Seguridad social.
- No se ha contratado una persona con obligaciones contractuales relacionadas con la ejecución de tareas relacionadas con las poblaciones especiales. Sin poderse hacer supervisión a los contratos de inimputables y de población en protección de SDIS.
- Dificultades en el proceso de contratación con la Dirección jurídica, sin poderse ejecutar los recursos para la población víctima certificada por el Departamento de la Prosperidad Social.

A través de la Red Adscrita y la Red Complementaria se han garantizado los servicios requeridos y solicitados por la población especial con cargo al Fondo Financiero Distrital.

Tanto de la población matriculada en los colegios distritales como de las poblaciones especiales certificadas mediante listados censales se identifican las personas que no cuentan a la fecha con afiliación al SGSSS motivando y promoviendo la afiliación si cuentan con las características para dichos subsidios.

10.3.4 Presupuesto ejecutado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		EJECUTADO	GIROS
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	620	Atención a la Población Vinculada	147.862.534.545	145.412.996.752
Bogotá Humana 2012-2016	875	Atención Población Pobre no Asegurada	116.561.519.175	61.216.344.515
TOTAL			264.424.053.720	206.629.341.267

El presupuesto ejecutado fue de \$264.424 millones y se giraron \$206.629 millones

10.3.5 Efectos del problema o acciones

Del 100% de usuarios atendidos en el periodo, el 4.8% correspondió a población desplazada, es decir 13.407 usuarios que solicitaron servicios de salud espontáneamente. El 36.1% de usuarios se atendieron por procedimientos No POSS y No POS. El 59.1% de los usuarios se atendieron como vinculados a través de las ESE e IPS de la red complementaria. El 93% de las atenciones en salud fueron prestadas por los hospitales de I,II y III nivel de atención adscritos a la Secretaría Distrital de Salud y el 7% con las IPS de la red complementaria.

Se viene impulsando la complementariedad de los planes de beneficios (individuales y colectivos) con los servicios de ellos excluidos y cubiertos por recursos de la oferta, a través del análisis y aprobación de solicitudes de tales servicios, presentadas a Electivas y discutidas en Comité de Controversias, desde un abordaje técnico, científico y normativo. Igualmente, en aplicación del principio y criterio de integralidad, con los mismos recursos se viene autorizando la cobertura de los suministros, materiales e insumos asociados a las actividades, procedimientos e intervenciones aprobados para ser financiados con cargo a la oferta.

En principio es importante mencionar que la contratación con la Red Complementaria se hace previa aprobación del Ministerio de Salud, en el contexto de lo estipulado en el artículo 20 de la Ley 1122/2007, teniendo en cuenta además las necesidades de la población objeto, por servicios de salud deficitarios y/o carentes; garantizando así la prestación efectiva de los procedimientos con oportunidad, complementariedad y pertinencia.

Se han continua realizando las sesiones de análisis de situaciones controversiales en el Comité de Controversias, relacionadas fundamentalmente con la cobertura de servicios de salud por los aseguradores, de lo cual se han emitido conceptos técnicos, sobre los que la Secretaría Distrital de Salud ha asumido posiciones en cuanto a su responsabilidad en la complementariedad del plan de beneficios del régimen subsidiado.

También durante estas sesiones se realiza la actualización normativa de los funcionarios que intervienen en la garantía del acceso efectivo a servicios de salud, a la población distrital.

Se ha venido incrementando progresivamente la autorización en línea de servicios no contratados con los prestadores de salud, solicitados por estos en el anexo 3 establecido por la norma vigente en salud, a través del Sistema de Información de Referencia y Contrarreferencia implementado en la ciudad por la Secretaría Distrital de Salud. Esto ha mejorado ostensiblemente la oportunidad en el análisis y autorización de servicios de salud, reforzando la garantía del

acceso efectivo a la atención y permitiendo diferencias competencias en la cobertura.

La igualación de los planes de beneficios de los dos regímenes, establecida como efectiva desde el 01 de julio de 2012 por el Acuerdo 032 del mismo año, ha implicado el afinamiento del análisis durante la toma de decisiones sobre cobertura de servicios de salud. Esto ha demandado un permanente asesoramiento a los funcionarios que participan en la autorización de servicios de salud electivos y por tutela, así como el control de las decisiones que en el proceso se generen.

Por cuanto en la garantía del acceso efectivo de la población a servicios de salud participan funcionarios de diferentes direcciones, áreas y grupos funcionales, la convocatoria a las sesiones de las distintas instancias de análisis de la Dirección de Aseguramiento en Salud, tales como el Comité de Controversias y el jurídico

10.3.6 Población o Unidades de focalización atendidas

284.189 personas pobre no aseguradas fueron atendidas

10.3.7 Población o Unidades de focalización sin atender

Ninguna porque se atiende por demanda

10.3.8 Población o Unidades de focalización que requieren el bien o servicio al fina de vigencia

284.189 personas pobre no aseguradas fueron atendidas

10.3.9 Otras acciones

10.3.10 Diagnostico final del problema

La Secretaría Distrital de Salud ha venido fortaleciendo su participación en otros espacios de discusión y toma de decisiones de la Secretaría, aportando la perspectiva del aseguramiento como modelo y sistema.

La Administración Distrital, ante la posibilidad de asumir directamente la administración del régimen subsidiado, ha venido desarrollando la propuesta de un modelo de gestión que facilite tal asunción. Para ello realizó un estudio de cálculo y suficiencia de una Unidad Por Capitación (UPC), sobre la base de la determinación de la estructura de demanda de servicios de la población no afiliada durante el año 2011.

La terminación de contratos con la red privada hacia finales de año, dificultó las relaciones comerciales con las Entidades o IPS, ya que el carecer de un contrato implica que, si bien es cierto, los servicios considerados como urgencia se paguen a través de resolución directamente en la SDS, también es cierto que los servicios NO POS se tengan que conciliar ante la Procuraduría o la Superintendencia, lo que conlleva a que los tiempos para el pago total de los servicios de prolongue.

El tiempo que demoran las entidades en revisar estudios previos y anexos de nueva contratación también retrasan tiempos valiosos, sin contar las entidades en las que se logra avanzar en todos los procesos precontractuales pero que al final deciden no contratar con el FFDS.

El área de Electivas género 25.129 acciones que garantizaron la atención en salud a dicho número de pacientes. A través del mecanismo de autorizaciones generando respuesta rápida y oportuna a los Hospitales de la Red Pública con un tiempo de respuesta en cuanto a lo establecido como norma para Ambulatorios 72 horas y para Hospitalizados 24 Horas y durante el año la respuesta se mantuvo en promedio de 24 horas para ambas solicitudes que correspondieron a 6963 respuestas por correo electrónico.

Se estableció un seguimiento de la respuesta generada por el área de Vinculados en cabeza del área de Electivas a 250 solicitudes, realizando las acciones necesarias y pertinentes que garantizaran el derecho a la salud contemplado en cada solicitud.

Se desarrollo, instalo un modulo en la plataforma SIRC para dar respuesta a la solicitud Posterior a la Urgencia denominada por la norma como Anexo 3 para la solicitud por parte de IPS y Anexo 4 para la respuesta por parte del pagador; que permitió mejorar la oportunidad a través de este Software, que además de amigable permite dar agilidad al trámite y generar datos estadísticos para la toma de decisiones y consolidación de información.

En concordancia con lo estipulado en el plan de desarrollo viene atendiendo los casos que por barreras de acceso de tipo asistencial y/o administrativo presentan la población pobre no asegurada(vinculados), régimen subsidiado y la población vulnerable del Distrito Capital se tiene como directriz la priorización de casos en grupos poblacionales vulnerables como: Menores de 5 años, mayores de 65 años, discapacidad severa, alto costo, gestantes, , población en condición de desplazamiento, re-insertado y usuario con medidas cautelares.

Con la Línea 195 se viene adelantando una articulación y trabajo coordinado con los puntos del derecho a la salud estrategia de la actual administración buscando ahondar esfuerzos en la garantía del derecho a la salud, el acceso al servicio de salud disminuyendo las barreras en un 40% en el Régimen Subsidiado meta de la actual administración.

En el contexto de la participación ciudadana, la estrategia de la participación y empoderamiento de la ciudadanía, se desarrolla en las 20 localidades de Bogotá de forma que los ciudadanos accedan a través de una llamada gratuita a la línea 195 (Call center Américas) y pueda así exigir su derecho a la salud. Sin embargo dicha estrategia ha ampliado su campo de acción a otros entes territoriales, esta estrategia se ha dado a conocer a los ciudadanos a través de los medios masivos de comunicación con acciones adelantadas conjuntamente con la Dirección de Aseguramiento y el área de comunicaciones de la Secretaria Distrital de Salud.

A través de acciones como: Artículos de prensa en los diarios MIO, ADN y EL TIEMPO; Nota de línea 195 del derecho a la salud en el informativo City TV del día 6 de diciembre en la emisión de medio día donde se dio a conocer los objetivos de la línea 195, la población objeto de esta estrategia y la gestión realizada en el año 2012; Boletín de prensa en el mes de diciembre de 2012; Con las anteriores acciones se busca que el usuario conozca, utilice más la línea 195 y

replique los beneficios. en cuanto a gestión efectiva y oportuna lograda por los profesionales que la componen.

Respecto a las acciones de tutelas, la Secretaría Distrital de Salud como ente rector adoptó políticas en beneficio de los usuarios del SGSSS, al realizar auditorías ante las EPSS y hospitales, con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, se compulsaron copias a la Superintendencia Nacional de Salud ante la negación de las EPSS de autorizar servicios POS o al no realizar los Comités Técnicos Científicos para determinar la viabilidad de los eventos NO POS.

Se realizan auditorias frecuentes ante las EPSS, requerimientos a los hospitales y EPSS, en aras de garantizar el derecho a la salud de los usuarios del SGSSS. Igualmente se elaboran oficios de cumplimiento y seguimiento a los fallos de tutelas y medidas provisionales ante las EPSS y hospitales para garantizar la atención en salud requerida por los usuarios del SGSSS y ordenadas por los jueces de tutelas.

A través de los requerimientos que nos efectúan, al interponer acciones de tutelas, nos permiten ejercer acciones de rectoría ante los hospitales y EPSS, en protección del derecho a la salud que les asiste

Con la unificación del POS que beneficia a las personas entre 19 y 59 años de edad mediante el Acuerdo 032 de mayo 2012, se logró un trato equitativo para los afiliados al régimen subsidiado y de esta forma se les garantiza acceder a los servicios en salud en forma ágil y oportuna.

A través de la Red Adscrita y la Red Complementaria se han garantizado los servicios requeridos y solicitados por la población especial con cargo al Fondo Financiero Distrital. Tanto de la población matriculada en los colegios distritales como de las poblaciones especiales certificadas mediante listados censales se identifican las personas que no cuentan a la fecha con afiliación al SGSSS motivando y promoviendo la afiliación si cuentan con las características para dichos subsidios.

Con el presupuesto ejecutado a diciembre 31 de 2012 se garantiza la prestación de los servicios de salud a la población vinculada, desplazada y eventos NO POSS hasta el 31 de marzo de 2013.

Dentro de las principales situaciones con las ESE o red adscrita del proyecto se dio cierre para la vigencia 2012 de acuerdo a los siguientes aspectos:

- Actualmente la Red Adscrita con Hospitales de I, II, y III Nivel se encuentran prorrogados y financiados hasta el 31 de marzo de 2013. Ejecutándose un 85% del total presupuestado para la vigencia
- Se tiene proyectado realizar adiciones por el concepto de gratuidad para la vigencia 2013.
- Se solicitó traslado para pago de pasivos exigibles por alrededor de 1.200 millones en el mes de noviembre pero al no ser autorizado dichos recursos no fueron posibles el pago de las acreencias requeridas.

De la red complementaria, al cierre de la vigencia 2012 se encuentran vigentes 8 IPS, la mayoría hasta el 31 de marzo de 2013

Actualmente, se está proyectando el plan de contratación para la vigencia 2013 de la red complementaria para garantizar y ampliar la red de prestadores para la población pobre no asegurada en lo relacionado con eventos no incluidos en el plan de beneficios.

Durante la vigencia de 2012 se presentaron inconvenientes para la contratación con la red complementaria por diferencias conceptuales, en consecuencia se terminaron 20 contratos que venían prestando los servicios de salud a la población pobre y vulnerable.

IPS RED COMPLEMENTARIA CONTRATADAS VIGENTE

IPS	Contrato No.	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE	1627 -2011	Procedimientos de Dermatología (Fotoquimioterapia UVB , Banda estrecha y cámara de PUVA.	26/01/2012	31/03/2013
FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	2107 - 2012	Subespecialidades de Pediatría	11/12/2012	10/04/2013
INIMPUTABLES				
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	1428 - 2011	Salud Mental (Inimputables) para hombres.	13/10/2011	31/03/2013
CLINICA SANTO TOMAS	1421 - 2011	Salud Mental (Inimputables) para mujeres.	28/09/2011	31/03/2013
IPS	Contrato No.	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
CONTRATO MARCO 1346/2009				
IPS	1346-2009	CONTRATO MARCO DE ADHESIÓN PARA SERVICIOS DE URGENCIAS Y EVENTOS NO POS-S		
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	134616-2009	Urgencias y Eventos NO POS-S	30/11/2011	31/03/2013
FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	134617-2009	Urgencias y Eventos NO POS-S	28/11/2011	31/03/2013
EUSALUD	134619-2009	Urgencias y Eventos NO POS-S	26/01/2012	31/03/2013

Fuente: Servicios al Vinculado – Aseguramiento, Diciembre 31 de 2012

11. Problema Social No. 11. Fragmentación en la prestación de los servicios de Salud y entre actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11.1 Reconstrucción del Problema Social

11.1.1 Identificación del problema

El actual sistema general de seguridad social en salud, se caracteriza por una gran fragmentación y segmentación dadas por la coexistencia de múltiples actores y sistemas públicos y privados, que actúan de manera desarticulada, cada uno de acuerdo a sus intereses particulares, sin una concepción clara de la salud como derecho fundamental de todas las personas. Adicionalmente, el sistema está basado en el aseguramiento selectivo de la población y ofrece diferentes planes de beneficios, según criterios financieros, sin considerar las necesidades de servicios de salud en la población.

De esta manera, se evidencian serias barreras e inequidades en el acceso a los servicios de salud,

escasa resolutivez, desintegración de servicios de salud, fallas en la calidad (oportunitad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) y altos gastos de bolsillo para la población.

Por otro lado, las normas existentes han puesto a competir en condiciones de mercado a prestadores públicos y privados, estando los primeros en franca desventaja por la rigidez de las normas relativas a manejo de talento humano, contratación, presupuesto, supervisión de entes de control y otras, lo que atenta en forma grave contra la sostenibilidad de los hospitales públicos.

Los problemas de gestión de las EPS ha generado desde hace tiempo problemas graves de iliquidez y carteras importantes con los prestadores públicos y privados, lo cual a su vez origina condiciones indignas de trabajo para los trabajadores del sector salud (contratación informal, baja remuneración, jornadas exhaustivas de trabajo, pago a destajo, etc).

En el caso específico de las ESE adscritas a la SDS, tienen graves problemas financieros y de gestión, que han producido rezago en temas fundamentales como la actualización y modernización de tecnología, infraestructura física y capacidad resolutivez, aunado a la pérdida de competitividad en el sector.

Adicionalmente se evidencian fallas en la función rectora de la autoridad sanitaria a nivel Nacional y Distrital, la cual se ha centrado básicamente en garantizar la financiación del aseguramiento de la población y el no cierre de los hospitales públicos, la mayoría de ellos con graves problemas de gestión y financieros, que impiden el cumplimiento de su objetivo misional y el desempeño de su importante rol dentro del SGSSS en la ciudad. Esta falta de regulación ha incentivado una importante participación del sector privado tanto en la administración de los recursos, como también, en la prestación de los servicios de salud, generando procesos de integración vertical orientados exclusivamente hacia la contención de costos y la rentabilidad económica para los aseguradores, en detrimento de las condiciones de vida y salud de la población

Se evidencia un déficit en los donantes de órganos para trasplante lo cual es una de las principales dificultades que experimentan las personas que se encuentran en las listas de espera de órganos como: riñón, hígado, corazón, reflejando los bajos niveles en el número de donantes de órganos con fines de trasplante, por lo que se hace necesario fortalecer acciones en salud que garantice el incremento en el número de donantes de órganos y tejidos con fines de trasplante.

Colombia ha presentado incremento en la tasa de donación, pasando de 4 donantes d.p.m.p. en 1997 a 18,74 d.p.m.p. para el 2010. Por el contrario en el Distrito Capital, el comportamiento histórico de tasa de donación ha ido en descenso, obteniéndose las siguientes tasas por d.p.m.p. entre los años 2007 al 2012 de 24.25, 22.8, 23.83, 18.74, 17.27 y 14,92 respectivamente.

Con relación al tema de sangre, el no disponer de una política y normatividad nacional actualizada, que involucre las estrategias, los desarrollos tecnológicos en el campo de la medicina transfusional y a los nuevos actores del sector privado que están dominando sobre el sector público en la captación, manejo y uso de la sangre, dificulta robustecer el trabajo en Red con los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea de la ciudad.

11.1.2 Identificación de las causas y efectos

La problemática descrita tiene como causas fundamentales:

- La segmentación de la población con planes de beneficios diferenciales (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y Contributivo, Plan de Intervenciones Colectivas, Enfermedad Profesional y Accidentes de Trabajo), que no reconocen las diferencias en los grupos de población y género; el modelo de atención netamente asistencialista e incompleto, que no permite garantizar el derecho a la salud;
- Deficiencias en el ejercicio de rectoría; débil posicionamiento político de la salud en los sectores gubernamentales y sociales; déficit en el financiamiento público de la salud; dificultades en la eficiencia en el gasto.
- La falta de precisión en las normas sobre las competencias de los entes territoriales en el ejercicio de la rectoría en salud y en especial lo relativo a la conformación, integración, operación, habilitación y seguimiento a las redes de servicios de salud; la débil capacidad de la autoridad sanitaria nacional y territorial, para realizar sus funciones;
- La no existencia de un sistema integrado de información en salud;
- La distribución inequitativa respecto a cantidad y complejidad y vulnerabilidad de los equipamientos en salud, en detrimento de las zonas más vulnerables por la falta de una política territorial frente a la distribución de los equipamientos de salud en la ciudad;
- La oferta y disponibilidad de servicios que no se corresponde con las necesidades y expectativas de la población.
- Baja cultura de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en la ciudad y el incremento en la negativa familiar a la donación.
- Deficit de procesos administrativos en las ESE alrededor del tema de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante

Lo anterior trae como consecuencia:

- Una inadecuada organización y prestación de servicios,
- debilidades en la estructuración y operación de las redes de prestación de servicios de salud,
- No integración de los beneficios individuales y colectivos con otros programas de protección social;
- Pérdida de oportunidad y continuidad de la atención;
- Existencia de barreras de acceso a servicios de salud -administrativas, geográficas, económicas, culturales, institucionales-;
- Baja implementación de estrategias de atención primaria en salud;
- Insuficiente desarrollo de estrategias de promoción de la salud;
- baja integración clínica que garantice la atención de eventos de interés en salud pública.
- Incremento de pacientes en lista de espera durante los últimos tres años.

Todo esto impacta negativamente la salud de la población del Distrito capital, evidenciándose el deterioro de los indicadores de mortalidad evitable y morbilidad en la ciudad, incremento en la demanda de servicios asistenciales y de alto costo; la ineficiencia y aumento del gasto en salud, la crítica situación de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, el alto riesgo a la sostenibilidad y viabilidad de los hospitales públicos, las redes de servicios desintegradas y

fragmentadas, con numerosas y grandes barreras de acceso a servicios de salud; la insatisfacción con la prestación de servicios por parte de usuarios y el abordaje no integral de las necesidades de salud de la población.

11.1.3 Focalización

En el año 2012 la población de Bogotá era de 7.571.345 personas, de acuerdo a Las proyecciones de la encuesta de Calidad de Vida para el año 2016 serán de 7.980.001 personas

Aunque el problema afecta a toda la población en general, algunas intervenciones se focalizan hacia la población más pobre y vulnerable, es decir, los afiliados al régimen subsidiado y la población pobre no asegurada, que representa la población objeto de atención por parte de los hospitales públicos; el otro criterio de focalización usado es de vulnerabilidad por ciclo vital, es decir maternas, infancia, juventud y adultos mayores.

Para prestar servicios a la población pobre y vulnerable, la red adscrita a la SDS se ha organizado en cuatro (4) redes territoriales, que prestan servicios en los tres niveles de atención y distintos grados de complejidad, con el propósito de implementar el modelo de atención en salud orientado por la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Se constituyen de igual forma en población objeto de este proyecto, las 22 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, conformadas en 4 redes territoriales (Norte, sur, suroccidente y Centrooriente).

Los servicios ofertados por las ESE según el nivel de complejidad son:

Primer Nivel: caracterizadas por la atención básica prestada por hospitales de baja complejidad (Centros de Atención Médica Inmediata – CAMI, Unidades Básicas de Atención - UPA, y Unidades Básicas de Atención - UBA), unidades móviles, los cuales cuentan con servicios de promoción y prevención, consulta externa, urgencias y hospitalización; En esta red se prestan servicios ambulatorios básicos, de Medicina general, Odontología general, complementación terapéutica: nutrición, trabajo social, enfermería y servicios farmacéuticos, apoyo diagnóstico básico bajo la atención de médicos generales; atención de parto de baja complejidad y laboratorio clínico. Adicionalmente, realizan las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

En el primer nivel se desarrolla la APS como puerta de entrada, que permite y garantiza el acceso a los demás servicios. Es el punto de encuentro con las redes familiares, sociales e intersectoriales. Los principales programas que se desarrollan en estos servicios son: AIEPI, Salas ERA, Salud mental, Rehabilitación basada en comunidad, Salud a su casa, Salud al colegio. Estos servicios se encuentran soportados en los Hospitales de Usaquén, Chapinero, Pablo VI Bosa, Del Sur, Vista Hermosa, Usme, Nazareth, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe.

Segundo Nivel: caracterizadas por atención de mediana complejidad, ambulatoria, brindada por médicos generales y de especialidades básicas como: Medicina interna, cirugía gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, ortopedia, traumatología y fisioterapia; así como la atención de partos de bajo y mediano riesgo, urgencias, consulta externa, odontología, cirugía ambulatoria. Servicios ambulatorios de mediana complejidad (medicina especializada,

odontología especializada, hospitalización, complementación terapéutica, apoyo diagnóstico, servicios farmacéuticos).

En la actualidad los hospitales de Engativá, Centro Oriente, Tunjuelito, Suba y Fontibón desarrollan actividades de primero y segundo nivel de complejidad. Meissen, San Blas y Bosa se han desarrollado como hospitales especializados de II nivel de atención.

Tercer Nivel: caracterizados por la atención especializada y subespecializada en servicios tales como: Cardiología, cirugía, neurología, medicina interna, neurocirugía, ortopedia, oftalmología, dermatología, gastroenterología, urología, cirugía oral, entre otros; presta atención por médicos y odontólogos especialistas y subespecialistas, apoyados por tecnología biomédica de alta complejidad. Estos servicios se encuentran organizados en los Hospitales de Occidente de Kennedy, Tunal, La Victoria, Santa Clara y Simón Bolívar.

Adicional a lo anterior para las redes prioritarias red de donación y trasplantes El proyecto está beneficiando directamente a la población Distrito capital y zona influencia, de la coordinación Regional N1, a posibles donantes y posibles receptores de órganos y/o tejidos humanos, a bancos de tejidos e IPS que realizan trasplantes o implantes.

Respecto a la Red Distrital de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea, el proyecto beneficiará principalmente a los pacientes que requieren de terapia transfusional para mantener su vida, a los 16 bancos de sangre y 70 servicios transfusionales que hacen parte de la Red y en general a toda la población del Distrito Capital que no está exenta que en algún momento requiera una transfusión sanguínea..

11.1.4 Los actores que intervienen en el problema

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema planteado, ó que tienen bajo su responsabilidad la identificación de la población afectada, se encuentran los siguientes:

1. Ministerio de la Protección Social, Ente encargado de la priorización del problema en la agenda política, asignación de recursos, definición de políticas y normas. en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el Invima.
2. La Alcaldía Mayor de Bogotá a través de las Secretarías de Despacho, por la priorización del problema en la agenda política, inclusión en el plan de desarrollo distrital, asignación de recursos.
3. El Concejo de Bogotá, por medio de la priorización del problema en la agenda política, control político, abogacía para priorización de problemas e intervenciones;
4. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., mediante el ejercicio de la rectoría del sistema de salud en la ciudad, inclusión del problema en el plan distrital de salud pública y en el respectivo proyecto de inversión, sensibilización de actores políticos, gubernamentales, prestadores de servicios de salud, comunidad, aseguradores y otros actores sobre la importancia del problema, ejecución y seguimiento al proyecto de inversión, generación de espacios de construcción conjunta, definición e

- implementación de normas, políticas, estrategias, evaluación y seguimiento a las mismas, construcción participativa de una cultura de la salud que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Bogotá.
5. Las Empresas Sociales del Estado a través de la voluntad, compromiso e interés en su fortalecimiento mediante la sinergia que ofrece el trabajo en red, cumplimiento de normas y lineamientos., fortalecimiento de competencias, aumento de competitividad y la potenciación de oportunidades y fortalezas, mitigación de riesgos y debilidades., asignación de recursos.
 6. Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, a través de la voluntad política, compromiso e interés en el mejoramiento de la salud de la población, sensibilización a directivos y equipos técnicos, integración a los equipos de trabajo con la Entidad, fortalecimiento de competencias de los equipos, participación en espacios de construcción conjunta, cumplimiento de normas y lineamientos.
 7. Los bancos de sangre públicos y privados, los cuales tienen la responsabilidad de la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre humana segura destinada a la transfusión.
 8. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado: voluntad política, compromiso e interés en el mejoramiento de la salud de la población, sensibilización de directivos y equipos técnicos, integración a los equipos de trabajo con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., a través del fortalecimiento de competencias de los equipos, participación en espacios de construcción conjunta, cumplimiento de normas y lineamientos.
 9. La comunidad y usuarios, mediante la participación activa y el ejercicio del control social, directos beneficiarios de las intervenciones.
 10. La industria de tecnología en salud, mediante la voluntad política, compromiso e interés en el mejoramiento de la salud de la población, participación en el mercado de la salud, posicionamiento y competitividad en el mercado.
 11. Las entidades de vigilancia: Superintendencia Nacional de Salud, contraloría, veeduría a través del control y seguimiento a la gestión e inversión
 12. Universidades para formación de talento humano en salud y instituciones para el trabajo y el desarrollo humano en salud.
 13. Asociaciones Científicas, para su aporte técnico científico, definición de estrategias e intervenciones de salud costo efectivas y de alto impacto
 14. Otros Entes Territoriales, aportando su experiencia en la prestación de los servicios de salud en el marco de la construcción de las redes integradas de servicios de salud y modelo de atención.
 15. La secretaria de Educación para la elaboración del Modelo Pedagógico de las Aulas Hospitalarias
 16. Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con Ministerio de Salud y Protección Social para el acompañamiento a las ESE en la elaboración de Planes de desempeño institucional, fiscal y financiero
 17. Alta consejería de TIC de la Alcaldía mayor de Bogotá para la implementación de las Aulas Virtuales.
 18. Empresa Telefonos de Bogota , con el fin de adjudicar el Puntos Vive Digital en las ESE
 19. Fundaciones y Asociaciones de Pacientes Trasplantados, para apoyar al fortalecimiento de la cultura de la donación y empoderamiento de la ciudadanía en los derechos de los usuarios

20. Gestores de la consecución de donantes (médicos coordinadores operativos) de las IPS trasplantadoras de órganos y bancos de tejidos), para detección de potenciales donantes, selección, entrevista familiar, mantenimiento del donante, logística del transporte del componente anatómico.

11. 2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

11.2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”: 2012-2016, en el Objetivo “Reducir la desigualdad y la discriminación social, económica y cultural. Modificar las condiciones que restringen la formación de las personas, el acceso a las condiciones de salud y nutrición adecuada para su desarrollo integral... ..”.

De igual forma, en el Programa Territorios Saludables y red de salud para la Vida y Diversidad este programa tiene el propósito de asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria y las redes integradas de servicios con altos niveles de Calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.

El Plan Maestro de Equipamientos en Salud PMES, adoptado mediante Decreto 318 de 2006, se concibe como el instrumento de planificación sectorial con el cual se pretende equilibrar la oferta de servicios de salud con relación a la complejidad y uso de los mismos; en armonía con su influencia local, zonal y regional, para lo cual se deberán promover acciones selectivas que prioricen las inversiones del sector, faciliten el uso de la infraestructura existente y se oriente la construcción de nueva infraestructura en zonas deficitarias

11.2.2 A nivel de la Entidad

La Política de Provisión de servicios de la salud para Bogotá, D.C., tiene como objetivo definir el curso de acción de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., como ente rector del sistema general de seguridad social en salud SGSSS en la ciudad, en lo relativo al direccionamiento, regulación, planeación, vigilancia y control de los diferentes actores que intervienen en la prestación de servicios de salud. Pretende mejorar el acceso de los habitantes de la ciudad a servicios de salud, mejorar la calidad de las atenciones que se prestan en los servicios de salud en la ciudad, fomentar la eficiencia en la prestación de servicios del país, fortalecer la sostenibilidad financiera de las empresas sociales del Estado ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

En este sentido, el desarrollo de la política se basa en las siguientes estrategias: accesibilidad, calidad y eficiencia, la estrategia de accesibilidad y responsabilidad territorial de la salud de las poblaciones se pretende fortalecer y dar un uso racional de la infraestructura física y tecnología biomédica existente.

Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016, el cual tiene como objetivo “Consolidar e implementar un modelo de atención integral humanizado, participativo,

intersectorial e incluyente, que permita afectar positivamente los determinantes de la calidad de vida y la salud de la población de Bogotá y que garantice el acceso en condiciones de universalidad, equidad, calidad y calidez.

A través del Eje “Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”, programa “Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”, en el Componente Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud, el cual tiene como función básica: Garantizar a la población de Bogotá Distrito Capital la prestación de servicios de salud humanizados, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, con atributos de calidad y calidez, acorde a sus necesidades y expectativas, a través de la organización de redes territoriales, integradas e integrales, que permita el fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria, la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico, en infraestructuras humanizadas, en el marco de un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, con participación social y transectorialidad.

Para solucionar el problema identificado, la entidad formuló, registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Distrital, y viene ejecutando el Proyecto de Inversión “876 Redes para la Salud y la Vida”, que tiene como objetivo: Orientar, regular, organizar y fortalecer los servicios de salud del Distrito Capital para la conformación y operación en redes integradas de servicios de salud en el marco del modelo de Atención Primaria en Salud que responda a las necesidades y expectativas de la población.

Para alcanzar este objetivo general, se persigue: conformar y operar las redes integradas de servicios de salud, fortalecer las redes de eventos de interés en salud pública (Salud Mental, Rehabilitación, Maternoperinatal) y otros eventos (salud oral, crónicas, VIH, atención domiciliaria, medicina alternativa, aulas hospitalarias, interrupción voluntaria del embarazo, red de sangre y de trasplantes entre otros), formular la Política territorial, de medicamentos y dispositivos médicos, negociaciones conjuntas para lograr economías de escala, diseño y desarrollo del Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE.

11.2.3 Metas formuladas

- A 2012 se habrán reorientado y estructurado las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESE adscritas a la SDS, en su componente ambulatorio, urgencias y hospitalización.
- A 2012 tener organizada y operando redes de servicios prioritarios y por eventos de interés en salud pública incluyendo las especificidades del ciclo vital
- Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.
- Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud.
- A 2012 asesorar al 100% de las Empresas Sociales del Estado de la Red Adscrita con interés y vocación docente para que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad vigente y para hospitales formadores del talento humano
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos

- A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos
- A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios
- Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluyan la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.
- Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- Reducir la tasa de mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, a 2016.
- Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016.
- Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006, al 2016.
- Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016.
- Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016.
- Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.
- Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.
- Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente, al 2016.
- Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.
- Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.
- Aumentar la Tasa de Donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos x 1.000.000 de habitantes en Bogotá D.C, A 2016.
- Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.

11.2.4 Presupuesto asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
"Bogotá Positiva: Para vivir Mejor" 2008-2012	632	Redes Sociales y de Servicios	\$3.962.515.567
"Bogotá Humana" 2012-2016	876	Redes para la Salud y la Vida	\$206.945.766.218
TOTAL			\$210.908.281.785

El valor total del presupuesto asignado con cargo a los recursos de inversión directa asciende a \$210.908 millones.

11.2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención

La población objeto de atención es la Población total de Bogotá o sea 7.571.345 personas, residentes en las 20 localidades de la ciudad.

11.3 Resultados en la transformación de los Problemas

11.3.1 Niveles de cumplimiento

En el siguiente cuadro se presentan los niveles de cumplimiento alcanzados en 2012, para todas y cada una de las metas planteadas.

DESCRIPCION DE LA META	PROGRAMADO	EJECUTADO
Meta 1. Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluyan la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.	12,50%	12,50%
Meta 2. Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.	37	41 muertes maternas sivigila
Meta 3. Reducir la razón de mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, a 2016.	17	2.238 muertes corte noviembre SIVIGILA
Meta 4. Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016.	5%	5,00%
Meta 5. Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006, al 2016.	100,00%	100%
Meta 6. Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016.	5%	5,00%
Meta 7. Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016.	5%	4,50%
Meta 8. Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.	5%	5,00%
Meta 9. Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.	5%	5,00%
Meta 10. Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas .	5%	5,00%
Meta 11.Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente, al 2016.	12,50%	12,50%
Meta 12. Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.	5%	5,00%
Meta 13. Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.	16%	16,20%
Meta 14. Aumentar la Tasa de Donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos x 1.000.000 de habitantes en Bogotá D.C, A 2016.	18	14,92
Meta 15 Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.	5%	5,00%

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Análisis y Políticas de la Oferta, SEGPLAN seguimiento diciembre 2012.

En el siguiente cuadro se precisan los niveles de cumplimiento alcanzados en 2012, para todas y cada una de las actividades planteadas.

11.3.2 Indicadores

- Porcentaje de avance para la conformación de una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital
- Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos
- Razón de Mortalidad Perinatal por 1000 nacidos vivos
- Porcentaje de avance en la formulación de la Política Territorial de Equipamientos en Salud.
- Porcentaje de interrupción voluntaria del embarazo - IVE realizadas
- Porcentaje de avance en la implementación y seguimiento a la Política Distrital de Medicamentos.
- Porcentaje de avance en el diseño implementación y seguimiento a la Política de dispositivos médicos.
- Porcentaje de avance en el diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas.
- Porcentaje de avance en el diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental.
- Porcentaje de avance en el Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad
- Porcentaje de avance en el rediseño reorganización e integración funcional de la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
- Porcentaje de avance en la gestión de las condiciones económicas para el funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado
- Porcentaje de donantes voluntarios habituales de sangre.
- Tasa de Donación de donantes efectivos de órganos y tejidos por 1.000.000 habitantes
- Porcentaje de avance en el desarrollo de un programa de donación de órganos y tejidos en las ESE

11.3.3 Limitaciones y problemas del proyecto:

El logro de los objetivos y metas propuestas se dificulta por la alta rotación del recurso humano en los hospitales y en la Secretaria Distrital de Salud, lo cual genera reprocesos y pérdida de continuidad en algunas actividades.

El Ministerio de Salud a la fecha no ha entregado los lineamientos definitivos para la organización e implementación de las redes de servicios de salud

11.3.4 Presupuesto Ejecutado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		EJECUTADO	GIROS
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	632	Redes Sociales y de Servicios	3.962.515.567	3.872.338.067
Bogotá Humana 2012-2016	876	Redes para la Salud y la Vida	205.487.048.525	191.722.823.658
TOTAL			209.449.564.092	195.595.161.725

Del presupuesto total asignado se ejecutaron \$209.450 millones y se giraron \$195.595 millones.

11.3 5. Efectos del problema o acciones

A continuación se referencia las acciones adelantadas en 2012, por todas y cada una de las metas planteadas:

Conformación de una red integrada de servicios de salud

Dentro de los avances y logros alcanzados para la conformación de la red integrada de servicios de salud se resalta:

Red Integrada De Servicios De Salud

- Conformación de las cuatro (4) Redes Territoriales de carácter público, en respuesta a las necesidades en salud de la población, así como al mejoramiento de la calidad de los mismos.
- Elaboración de documentos que fijan la línea política y técnica para el trabajo de las redes territoriales. Definir portafolios de servicios en red que incluyen los centros de excelencia e institutos, plataformas estratégicas en red, procesos y procedimientos unificados para el Sistema Integral de referencia y contra referencia, negociaciones en red, y propuestas de articulación intersectorial.

Sistema De Referencia Y Contrareferencia

- Establecer acuerdos de trabajo en Red para el mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia, con la unificación del Manual y los Procesos y Procedimientos de SIRC en cada red territorial, incluyendo las Rutas de atención priorizadas: Gestantes, Menores de 5 años, Discapacidad, Pacientes Crónicos y Salud mental y el manejo del Transporte y comunicaciones en la Red Territorial.
- Realizar 40 visitas de asistencia técnica a 17 ESE (La Victoria, Santa Clara, San Blas, Centro Oriente, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Tunal, Tunjuelito, Usme, Vista Hermosa, Nazareth, Suba, Simon Bolívar, Engativá, Usaquén, Chapinero, Ese del Sur y Meissen), para seguimiento de SIRC, evaluando los Procesos de Referencia y Contrareferenci.

Sistema De Información CIP (Capacidad Instalada Y Produccion De servicios de las ESE),

- Se cuenta con información (capacidad instalada y producción de servicios) de las 22 ESE, con el cual se obtiene información actualizada y validada sobre la infraestructura física) periodo 2009 - 2012. Implementación de la nueva funcionalidad de Oportunidad en los servicio de Consulta Externa, Urgencias, Odontología, Apoyo Dx y Laboratorio Clinico

Tecnología Biomédica

- Realizar estudio de uso, ingreso y rentabilidad de las tecnologías biomédicas en las 22 ESEs adscritas, como insumo para establecer las necesidades de tecnología biomédica en las ESE adscritas.
- 73 personas capacitadas de 8 ESE (Vista Hermosa, Usme, Usaquen, Fontibon, Engativa, Pablo VI Bosa, Rafael Uribe, del Sur), en el propósito, ventajas y uso del aplicativo de telemedicina

Proyectos De Inversión

- Brindar asesoría y acompañamiento técnico a las Empresas Sociales del Estado en el proceso de formulación y ajustes a los proyectos de inversión para el fortalecimiento de la infraestructura física o tecnológica de las ESE;

Asesorar los proyectos de inversión en infraestructura y dotación de 20 Empresas Sociales del Estado, en lo relacionado a la formulación y ajustes desde la perspectiva del análisis de oferta y demanda de servicios de salud, lo cual incluye coherencia con los aspectos y lineamientos del Plan Maestro de Equipamientos en Salud y necesidades de tecnología biomédica.

Durante el año se emitieron un total de 59 conceptos favorables de los siguientes proyectos de inversión de las ESE:

Hospital Vista Hermosa (Proyecto Ampliación de la UPA La Estrella),

Hospital Tunjuelito (Proyecto Adecuación de la Unidad de Cuidados Neonatales en la Unidad Materno Infantil El Carmen),

Hospital del Sur: Fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud de la Localidad de Kennedy. Componente: "Adecuación de infraestructura para los centros de salud de la Localidad de Kennedy.

Proyecto "Construcción y dotación Hospital Patio Bonito – El Tintal),

Usme: (Construcción y dotación del Hospital de II Nivel para ampliar la cobertura de servicios de salud de la localidad 5 Usme y el D.C.

Construcción y dotación de un centro de atención en Danubio, para fortalecer la atención primaria en salud en la localidad quinta de Usme.

Bosa: (Construcción nueva sede Hospital de Bosa II Nivel E.S.E.

Santa Clara: (Proyecto "Reforzamiento estructural, reordenamiento físico funcional, ampliación y plan de contingencia),

Pablo VI Bosa: (Dotación Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE

Adecuación y dotación de la sede del Hospital en el barrio Las Delicias con el fin de implementar un programa de rehabilitación integral en drogodependencia – modalidad ambulatoria (Localidad 7 de Bosa - Actualización 2012);

Centros de salud y desarrollo humano localidad 7 de Bosa); Fortalecimiento del programa Ruta de la Salud Red Sur Occidente. Actualización 2012),

Rafael Uribe Uribe: (Proyecto de interconexión de redes).

Occidente de Kennedy: (Adquisición de equipos y elementos de dotación general para las instalaciones del hospital Occidente de Kennedy 2008-2012.

Otros Eventos de Interés

VIH SIDA

- Liderar la Red Distrital de VIH SIDA, que se establece mediante el Acuerdo 143 de 2005, Red en la cual además de la participación pública se convoca la integración del sector privado para fortalecer la atención y el Derecho a la asesoría y tamizaje para el diagnóstico de VIH, se realizó seguimiento al cumplimiento del Modelo de Gestión Programático de VIH sida en IPS, EPS, ESE, se asesoro y asistió técnicamente en la Red Pública y Privada que contribuye a la calidad de la atención en salud, mediante la generación de acciones de mejoramiento según aspectos identificados en la asistencia técnica en los componentes de promoción, prevención, detección, diagnóstico, atención en programa ambulatorio, el seguimiento y sistema de información en los términos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Ruta de la Salud

- Fortalecer la operación de la Ruta Saludable, pasando de 21 a 33 vehículos, con una capacidad máxima de 402 usuarios sentados y 66 sillas de ruedas debidamente acondicionados con rampa, que trasladan adultos mayores, gestantes, menores de 5 años y personas en condición de discapacidad, con sus respectivos acompañantes, entre las ESE para acceder a servicios especializados de salud.
- Realizar 193.319 traslados a los 163 puntos de atención de la red adscrita mejorando el acceso a la prestación de los servicios (con corte octubre de 2012), dato preliminar sin información estadística de las ESE Suba, Rafael Uribe y Nazareth, por ajustes en las Bases de datos y porque no han iniciado operación de la ruta. Entre los años 2006 y 2011 hemos realizado 717.614 traslados, para un total de traslados entre el 2006 y noviembre de 2012 de 909.933 traslados, adicionalmente se realizaron 1.758 traslados (con corte a noviembre) traslados de interconexión por parte de las rutas coordinadas por las ESE Rafael Uribe y Vista Hermosa y Pablo Sexto Bosa .

Aulas Hospitalarias

- Avanzar en el 90% en el Modelo pedagógico de aula hospitalaria, el cual se está adelantando por parte de la Secretaria Distrital de Educación con participación de la Secretaria Distrital de Salud.
- Brindar atención a cerca de 7.000 pacientes estudiantiles en las aulas Hospitalarias (Dato preliminar), de los hospitales Kennedy, Simón Bolívar, La Victoria, Santa Clara, Tunal, Meissen y Suba.

Salud Oral

- Presentar a los referentes de salud oral de las ESE, el modelo de atención en salud oral con la estrategia de APS y el programa de labio y paladar hendido como un programa que puede ser referencia en la red sur y a nivel distrital.

- Elaborar propuesta de red integrada de servicios de salud oral para la Red pública que cuenta con los criterios de red, capacidad instalada, estudio de oferta y demanda y talento humano.

Atención Domiciliaria

- Realizar el monitoreo de los estándares de calidad en lo referente a satisfacción de usuarios en las ESE; avanzar en la socialización de la guía de cuidado de enfermería al cuidador familiar de la persona con enfermedad crónica en atención domiciliaria a los Equipos de Atención Domiciliaria de las ESE.

Infancia

- Presentar propuesta de modificación de la resolución 1636 de 2011, por la cual se establece la protección de niños y adolescentes y realizar visitas a los servicios amigables de la ESE Pablo VI Bosa, que corresponde a 15 centros de atención de adolescentes del hospital; construcción del Instrumento para la caracterización de los servicios pediátricos en el Distrito Capital

Salud Mental

- Brindar asesoría y asistencia técnica al equipo de la ESE Usme, con el fin de orientar las posibles alternativas respecto a la ampliación de la oferta de servicios en salud mental de la ESE. Realizar seguimiento a la operativización de los CAMAD de las ESE Centroriente y Sur

Medicina Alternativa

- Puesta en marcha de la implementación de los servicios de Medicina Alternativa en las ESE de Tunjuelito, San Cristobal, Usaquen, Pablo VI Bosa, Suba, Sur.
- Avanzar en la actualización del diagnóstico de los servicios de medicina alternativa en las IPS privadas,

Dolor

- Fortalecimiento de la atención de pacientes con dolor en la red adscrita, mediante la implementación de la unidad para manejo de pacientes con dolor en la ESE Tunjuelito y mediante la elaboración de las rutas clínicas para manejo de dolor lumbar, cefalea, dolor agudo, dolor oncológico y dolor pélvico. .

MORTALIDAD MATERNA

A la fecha de cierre de este informe no se cuenta con la razón de mortalidad materna sin embargo con corte al 31 de diciembre de 2012 se registraron 41 muertes maternas (reporte entregado por la Dirección de Salud Pública- SIVIGILA).

Dentro de los avances y logros alcanzados para la disminución de la mortalidad materna se resaltan:

- Brindar asesoría y asistencia técnica para fortalecer y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las gestantes tanto en las IPS públicas y privadas, y en las EAPB, para mejorar la atención de los servicios materno perinatales y reducir la mortalidad materna.
- Fortalecer las competencias del talento humano para la atención de las gestantes en el Distrito Capital mediante jornadas de inducción en tema materno perinatal a 409 profesionales de servicio social obligatorio (médicos y Enfermeras, bacteriólogos y odontólogos) que iniciaran Servicio Social Obligatorio (79 profesionales en el primer semestre y 330 en el segundo semestre de 2012)
- Fortalecimiento de la atención y calidad en la prestación de los servicios a las gestantes mediante la evaluación del Control prenatal, regulación de la fecundidad, control parto y posparto.
- En el seguimiento al indicador muestran una disminución importante de las muertes maternas en el 2011 comparado con el periodo 2008 – 2010; en el 2008 hubo 44 casos, en el 2009 (58) y en el 2010 (41), en el 2011 (39), con un aumento para el 2012 de 2 casos, 41 casos.

MORTALIDAD PERINATAL

A la fecha no se cuenta con la Tasa de mortalidad Perinatal, sin embargo con corte al 31 de noviembre de 2012 se registraron 2228 muertes perinatales (reporte entregado por la Dirección de Salud Pública- RUAF).

Dentro de los avances y logros alcanzados para la disminución de la mortalidad perinatal se resaltan:

- Visitar 15 Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, 26 Unidades de adaptación neonatal de IPS públicas y privadas, y asesorar a 8 Programa Madre Canguro en IPS públicas.
- Fortalecimiento de las competencias del talento humano para la atención de los neonatos, mediante capacitaciones a: 370 profesionales del Servicio Social Obligatorio, a 212 profesionales del área de la salud en temas materno perinatales, en sífilis gestacional, control prenatal e infección de vías urinarias, adaptación neonatal.
- Analizar 62 casos de muertes maternas (definiéndose los hallazgos por demoras, destacándose falencias en la primera demora que es el reconocimiento del problema (deficiencia en las estrategias de demanda inducida) y en la cuarta demora de Calidad (Falta de adherencia a las guías de atención).
- Establecer el uso de fortificadores de leche materna para el uso intrahospitalario y ambulatorio ante coordinadores de las unidades de recién nacidos, integrantes de los programa madre canguro y nutricionistas de los hospitales de la red pública que cuentan con unidad de recién nacidos y programas madre canguros.

INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Con relación a la meta de garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el marco de la Sentencia C-355 de 2006, se arrancó con una línea de base de (656 mujeres atendidas con IVE, año 2011), para la vigencia 2012 Se atendieron Se atendieron entre Julio y diciembre 3.277 mujeres con la aplicación de la sentencia, se programó un porcentaje de interrupción voluntaria del 100% el cual se ejecutó al 100%,

Avances y logros alcanzados:

- En cumplimiento a lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional frente a la obligación de atención para la práctica de aborto en los casos despenalizados (Sentencia C355 de 2006), en el 2012 se brindó asesoría y asistencia técnica a las ESE, IPS y EAPB en el cumplimiento de la Sentencia lo cual contribuye a la garantía del ejercicio de los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, mediante la ejecución de planes de mejoramiento, producto de los aspectos asistidos con las instituciones prestadoras de servicios de salud y se establecieron los lineamientos para la interrupción voluntaria del embarazo en el Distrito capital, se estableció el lineamiento Distrital para la atención del aborto e interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados por la Sentencia C-355/06, que orienta a las EAPB e IPS el modelo de atención de la Sentencia y el sistema de información, con el objeto de garantizar la mejor atención a las mujeres en el Distrito Capital, En el marco de la Sentencia C355 de 2006 y tutela 841 de 2011, para la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer se capacitó a 145 profesionales de ESE y EAPB. Se estableció por parte de la Seretaria Distrital de Salud la circular 043 de 2012 de 30 de noviembre de 2012 para que los prestadores públicos y privados se apropien el Documento de la línea técnica para la atención de la Interrupción voluntaria del embarazo.

POLITICA DE MEDICAMENTOS

Con relación a la meta de ajustar, implementar y seguir la Política de Medicamentos, para la vigencia 2012 se programó avanzar en un 5% indicador que fue ejecutado al 100%.

Avances y logros alcanzados:

- Avanzar en la implementación de la Política Distrital de Medicamentos en sus tres estrategias: negociaciones conjuntas de medicamentos, red de servicios farmacéuticos y gestión de calidad de los servicios farmacéuticos.
- Se realizó evaluación de la gestión de los servicios farmacéuticos en las 22 ESE y se brindó asesoría y acompañamiento para la formulación e implementación de acciones de mejoramiento.
- Avanzar en las estrategias de implementación de la política pública de medicamentos para garantizar el acceso uso y calidad de los medicamentos para los pacientes atendidos en las ESE
- Continuar con la Gestión Distrital de la red de distribución de oseltamivir, que en la actualidad cuenta con más de 90 puntos de dispensación en la ciudad en instituciones Públicas y Privadas.

POLITICA DE DISPOSITIVOS MEDICOS

Con relación a la meta de diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, para la vigencia 2012 se programó avanzar en un 5% indicador que fue ejecutado al 90%.

Avances y logros alcanzados:

- Adelantar la revisión bibliográfica de experiencias internacionales y de Políticas de Dispositivos médicos, que permiten orientar el enfoque de la misma, se avanzó en el planteamiento de propuesta preliminar de codificación para dispositivos médicos en las ESE adscrita se recepcionó el listado de precios de compra de dispositivos médicos a las 22 ESE, con el fin de realizar la asesoría y asistencia técnica respectiva.

RED DISTRITAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Con relación a la meta de Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas, para la vigencia 2012 se programó avanzar en un 5% indicador que fue ejecutado al 100%.

Avances y logros alcanzados:

- Fortalecer la atención de las enfermedades crónicas y del cáncer en el Distrito Capital, mediante la suscripción de convenio interadministrativo con las ESE Fontibón y Occidente de Kennedy respectivamente, en el marco de las redes integradas de servicios de salud,

RED DISTRITAL DE SALUD MENTAL

Con relación a la meta de diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, para la vigencia 2012 se programó avanzar en el diseño e implementación de la red de Salud Mental en un 5%, indicador que fue ejecutado al 100%.

Avances y logros alcanzados:

- Brindar asistencia técnica para la apertura y fortalecimiento de los servicios de Salud mental en las ESE (Usme, Simón Bolívar, Centro Oriente, Chapinero y Sur), con énfasis a la ESE Usme para el proyecto de inversión de la Ciudadela de salud mental y para la operación del Centro de Atención a la Drogadicción ambulatorios.
- Implementar la I Fase de los CAMAD con atención 2.100 personas atendidas (corte a 17 de diciembre de 2012) a cargo de las ESE (Sur y Centro Oriente en los sectores del Brons y Corabastos),
- Fortalecer la atención en Salud Mental, con la suscripción del convenio interadministrativo con la ESE Simón Bolívar.
- Se adelantó una metodología para la definición y formulación de rutas de atención en salud mental así como el diseño preliminar de tres rutas de salud mental para Bogotá,

dirigidas a la atención de eventos de trastornos mentales, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas.

- Brindar asesoría y asistencia técnica en el mejoramiento de la calidad del servicio ambulatorio "Atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, maltrato a la mujer y delitos sexuales, prestado en la UPA Juan XXIII del Hospital Chapinero I Nivel ESE, y del servicio de hospitalización psiquiátrica de la ESE Simón Bolívar, asesoría técnica en alternativas de solución a la insuficiencia de oferta frente a la demanda de atención a paciente psiquiátrico en el hospital San Blas II Nivel ESE.

RED DISTRITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Con relación a la meta de diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad, se programó avanzar en el diseño e implementación de la red de rehabilitación en un 5% indicador que fue ejecutado al 100%.

Avances y logros alcanzados:

- En la red de rehabilitación, se elaboró propuesta metodológica de monitoreo a la calidad de la prestación de los servicios de rehabilitación de las ESE acorde a la reorganización de la red integrada Basada en Comunidad (RBC),
- Suscribir convenio con la ESE Simón Bolívar con el objeto de fortalecer la atención integral a las personas con discapacidad permanente y transitoria sus familias, cuidadores y cuidadoras.
- Establecer lineamientos para el monitoreo a la calidad de la prestación de los servicios de rehabilitación, incluyendo salas ERA y terapia respiratoria y las propuestas para que sea un proceso sistemático.
- Realizar 71 visitas a Instituciones públicas y privadas, con el fin de verificar y acompañar en la implementación de los planes de contingencia para dar respuesta al pico ERA.
- Fortalecimiento del talento humano que da respuesta clínica a la ERA mediante la realización de capacitaciones con las ESE Chapinero, Usaquén, Vista Hermosa, Usme, Pablo VI Bosa, San Cristóbal y Centro Oriente con una participación total de 247 profesionales; se incluyó el tema dentro de la inducción a profesionales de Servicio Social Obligatorio con 39 participantes y se desarrolló sensibilización frente al protocolo, guía y reporte de la ERA a 80 referentes de IPS, ESE, universidades y organizaciones.

REDISEÑO, REORGANIZACION E INTEGRACION FUNCIONAL DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA,

Con relación a la meta de rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, para la vigencia 2012 se programó avanzar en el rediseño, reorganización e integración funcional de red pública adscrita en un 12,5% indicador que fue ejecutado al 100%.

Avances y logros alcanzados:

- Posicionamiento y liderazgo de la SDS en el tema de los convenios docencia servicio ante universidades y ESE a nivel distrital y ante Ministerio de Salud y Protección Social, para

fomentar la creación o fortalecimiento de programas educativos en salud con enfoque de red, acorde a las necesidades de la población.

- Iniciar el Piloto para el trabajo en red entre el Hospital de Suba y la Universidad de la Sabana, con el fin de formar a los estudiantes en el enfoque de Atención Primaria en salud. Se cuenta con información actualizada de capacidad instalada, caracterización de procesos de docencia, inventario de práctica formativa en las 22 ESE y procedimientos para que las ESE se estandaricen y trabajen en red el desarrollo de los convenios docencia de servicios.

NEGOCIACIONES CONJUNTAS ASOCIACION PÚBLICA COOPERATIVA DE ESE

Con relación a la meta de Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado. Se arrancó con una línea de base de (0, año 2011), para la vigencia 2012 se programó un porcentaje de avance del 5% el cual se ejecutó al 100%.

- Con el fin de generar economías de escala en las ESE, se avanzó en el tema de negociaciones conjuntas de medicamentos, concertándose con los equipos de trabajo de las redes territoriales Sur Occidente, Sur, Norte y Centro Oriente, la metodología y listado de insumos a negociar en forma conjunta, así como la revisión por parte de las Oficinas Jurídicas de las propuestas elaboradas de términos de referencia y los manuales de contratación de las ESE, con el objetivo de posibilitar el acceso de las ESE a economías de escala, para cada subred, en la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos. Se acompañó la realización de los procesos de negociación conjunta en las redes territoriales (Centro Oriente, Sur y Sur Occidente), estos procesos buscan fortalecer la capacidad de negociación y posibilitar el acceso de las ESE a economías de escala, con mejores precios de compra de medicamentos y dispositivos médicos, priorizados por los equipos de trabajo de las ESE. Se suscribió convenio interadministrativo para promover la adquisición de medicamentos con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, con el apoyo de la Administradora Pública Cooperativa Salud Bogotá.

AUMENTAR LA TASA DE DONANTES HABITUALES DE SANGRE

Con relación a la meta de aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales. Se arrancó con una línea de base de (14,5% voluntarios habituales, año 2011), para la vigencia 2012 se programó un porcentaje de 16,2% voluntarios habituales de sangre, meta que tuvo un cumplimiento del 100% .

Avances y logros alcanzados:

- Brindar asesoría y asistencia técnica a los 16 bancos de sangre, para el buen desempeño en inmunoserología e inmunohematología.
- Seguimiento, evaluación y cierre del Plan de contingencia como respuesta a la medida sanitaria aplicada por el INVIMA al banco de sangre Fundación Hematológica Colombia
- Instalación y puesta en funcionamiento del curso virtual “Curso Básico de Medicina Transfusional”, en la plataforma SICAP y socialización a todos los actores de la Red Distrital de Sangre, dirigido a médicos, enfermeras y bacteriólogos de los 16 bancos de

sangre y servicios de transfusión sanguínea de la ciudad, del sector público y privado, se realizó el primer curso con un total de 205 médicos inscritos.

- Capacitación a 182 profesionales de los Bancos de Sangre y Servicio de Trasfusión de sangre de Bogotá en diferentes temas relacionados con Inmunoserología, Inmunoematología, Hemovigilancia, seguridad del paciente y Gestión de la Calidad
- Resultados del estudio exploratorio “Caracterización mecanismos de abastecimiento de sangre, creencias, percepciones y actitudes del personal de salud en 14 STS de Bogotá D.C., 2012” en coordinación con consultora de OPS, lo cual permite planificar plan de trabajo con los servicios de transfusión sanguínea y el desempeño y competencias del personal de enfermería en la práctica transfusional.
- Colectar 222.735 unidades de sangre (215.336 de sangre total y 10.368 de doble rojo) para un índice de donación en la ciudad de 29,4 unidades por 1000 habitantes, 0,6 puntos por debajo de la meta planteada que era 30 unidades por 1000 habitantes; por tanto, el cumplimiento de esta meta para el año 2012 fue de 98,1%. El total de donantes efectivos (que realizaron donación de sangre total) fueron 209.329 (no incluye datos de diciembre del Hemocentro).
- Registrar 34.303 donantes voluntarios habituales atendidos en la ciudad, lo cual representa 16,2% de donantes voluntarios habituales, cumpliéndose en 100,7% la meta de donantes voluntarios inscrita en plan de gobierno para el año 2012.

AUMENTAR LA TASA DONANTES EFECTIVOS DE ORGANOS Y TEJIDOS

Con relación a la meta aumentar la Tasa de Donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos x 1.000.000 de habitantes en Bogotá, para la vigencia 2012 se programó una tasa de 18 donante efectivos de organos y tejidos, meta que no se logro alcanzar finalizando para el 2012 una tasa de 14,92 donantes efectivos de órganos y tejidos.

Avances y logros alcanzados:

- Brindar asesoría y asistencia técnica sobre el proceso donación- trasplantes de 113 Donantes, realizada en los hospitales: Kennedy, Fundación Cardioinfantil, Hospital Mayor Mederi, Clínica Partenón, Hospital Simón Bolívar, Santa Clara, Candelaria, Hospiucis, Clínica Colombia, Hospital Mederi. Clínica del Country, Clínica fundadores, Hospital de la misericordia, Fundación About Shaio, Hospital San Ignacio, Clínica el Bosque, Policlínico del Olaya, Clínica San Rafael, Fundación Santa fe, hospital Tunal, Clínica de Occidente Hospital San José Infantil Clínica Ciosad, Videmedica y Clínica Medico Quirúrgica de la 100.
- Atender 795 alertas de potenciales donantes, obteniéndose 113 donantes efectivos con los cuales se benefició con trasplante a 321 pacientes, así: 222 recibieron trasplante de riñón, 72 trasplante de hígado, 21 trasplante de corazón y 6 pacientes recibieron trasplante combinado de hígado y riñón.
- Para aumentar la tasa de donantes efectivos se realizaron diferentes estrategias obteniendo en las IPS Generadoras en Bogotá 57 y 56 donantes efectivos de Órganos y tejidos durante el primer y segundo semestre de 2012 respectivamente.
- en el I Semestre de 2012 se rescataron tejidos en las IPS generadoras, así: 48 corneas; 9 Donantes de Piel; 17 Donantes de Hueso; 5 donantes de válvulas cardiaca. En el II semestre de 2012 se rescataron tejidos en las IPS generadoras, así: 50 corneas; 5

Donantes de Piel; 19 Donantes de Hueso y 0 donantes de válvulas cardíacas. Para un total de tejidos rescatados de 98 córneas; 14 donantes de piel; 36 donantes de hueso y 5 donantes de válvulas cardíacas.

- Los trasplantes de componentes anatómicos de órganos se distribuyeron de la siguiente manera: En el I semestre se beneficiaron 169 pacientes trasplantados de órganos (111 trasplantes de riñón, 39 de Hígado; 5 de combinado Hígado Riñón y 14 de Corazón de donante cadavérico. Para el segundo semestre se beneficiaron 152 pacientes trasplantados de órganos (111 trasplantes de riñón, 33 de Hígado; 1 combinado de Hígado Riñón y 7 de Corazón de donante cadavérico (Información validada en la segunda semana del mes de enero de 2013)

Con las jornadas de educación, información y comunicación y asesoría y asistencia técnica respectiva se fortalece la cultura de donar órganos y tejidos con fines de trasplantes de igual manera para colocar en la agenda pública el tema en todos los actores y sectores socioeconómicos de Bogotá, la asesoría y asistencia técnica en el proceso de gestión operativa impacta en la lista de espera de las personas para atender la demanda de pacientes que se encuentran en la lista de espera, como resultado de dichas jornadas se evidenció un incremento en las alertas de donantes potenciales y con ello un aumento de donantes potenciales efectivos, favoreciendo así un mayor número de receptores en la lista de espera por el incremento de los órganos rescatados y ofertados.

- Con relación a la promoción de trasplante con respecto a las jornadas de información tenemos en el I semestre que se realizaron 58 y 80 en el II semestre; para un total de 138 jornadas dirigidas a diferentes actores de la red Para un total de 2.779 personas informadas y 4.494 en el I y II Sem Respectivamente con un gran total de 7.773 personas informadas en el 2012.
- Se realizaron 131 asesorías y asistencia técnica en el I (60) y II semestre (71) del 2012 r; por recurso humano institucional, relacionadas con promoción de la donación dirigida a IPS Generadoras.
- Se han realizado (35) Jornadas de capacitación con previa asesoría y asistencia técnica en Educación promoción de la donación.
- Se realizó publicación mensual sobre el proceso de donación de trasplante en el marco del fortalecimiento de la cultura ciudadana, en la revista SOHO como parte del tema de responsabilidad Social Dona Bogotá.

11.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

La población atendida con las intervenciones es la Población Total de Bogotá, con énfasis en la población más pobre y vulnerable de la ciudad, usuaria de las 22 ESE, según focalización ya mencionada.

11.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

No aplica debido a que las acciones son permanentes y continuas para el total de la Población en Bogotá, con énfasis en la población Potencial de las ESE.

11.3.8 Población o unidades de focalización que requieren al bien o servicio al final de la vigencia

Dado que la atención integral en salud es un derecho de las personas que se debe mantener y fortalecer en el tiempo a lo largo de todo su ciclo vital, toda la población beneficiada o focalizada seguirá requiriendo los servicios de salud de manera indefinida.

11.3.9 Diagnostico final del problema

Como parte de la respuesta a las necesidades y las expectativas en salud identificadas, los hospitales públicos adscritos a la SDS, se organizaron en redes territoriales (Red Territorial Norte, Sur, Centroriente y Suroccidente), de acuerdo a lo establecido en la resolución 1505 de 2011 y resolución 690 de 2012, para el desarrollo del modelo de atención en salud. Conformación que ha sido el resultado de estudios y análisis para la reorganización de la red pública, avanzando en el cumplimiento de la ley 1438 que ordena la operación del modelo de atención a través de redes integradas de servicios de salud.

La conformación de las Redes Territoriales de Hospitales Públicos tiene como propósito mejorar la accesibilidad a los servicios; aumentar la capacidad resolutive; mejorar la integralidad y la continuidad en la atención; optimizar la utilización de la capacidad instalada de las ESE; adecuar la oferta de servicios acorde a las necesidades y demandas de la población del territorio; captar la población en el lugar más cercano a la residencia o lugar de trabajo; y servir como puerta de entrada a los servicios, desde el primer nivel de atención, a través de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, tanto individuales como colectivas.

Por lo anterior se adelanto un trabajo al interior de la SDS con participación de las direcciones de Financiera, Planeación y Sistemas, Talento Humano, Desarrollo de Servicios, Salud Pública y Aseguramiento, para desarrollar la conformación de Redes Territoriales de Hospitales Públicos, con la implementación de los 13 criterios de red definidos en la Ley 1438, como estrategia para disminuir inequidades en el acceso a los servicios y permitir una atención universal con integralidad y calidad para proveer servicios preventivos, de diagnóstico, de recuperación de la salud y de rehabilitación, a la población del Distrito Capital. De igual forma los servicios de salud se han venido organizando entre los diferentes niveles de atención, por grados de complejidad, con el propósito de asegurar la complementariedad y suficiencia de los servicios en las diferentes zonas de la ciudad.

Se habilitó un espacio de trabajo con el Ministerio de la Protección Social para la establecer la propuesta de conformación y operación de las redes integradas de servicios de salud en el D.C, en el marco de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 , como una apuesta por garantizar el derecho a la salud con criterio de universalidad y eliminar inequidades en salud que persisten y constituyen elementos reproductores de inequidades sociales, garantice la integralidad de los servicios de los diferentes niveles de complejidad.

Las estrategias y políticas implantadas en la ciudad, han garantizado la prestación de servicios de salud en los hospitales públicos adscritos a la SDS, para la población más pobre y vulnerable de la ciudad. Sin embargo, persisten debilidades relativas a la accesibilidad, calidad, integralidad, seguridad, oportunidad, continuidad y suficiencia de los servicios que recibe esta población;

existen barreras de acceso, geográficas, administrativas, económicas, culturales y sociales que impiden a la población tener contacto con los servicios de salud y recibir una atención adecuada a su necesidad.

A la fecha se ha elaborado documento actualizado a septiembre de 2012, con la propuesta de Conformación de la red prestadora de servicios de salud de hospitales publicos - Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría de Salud acorde con los lineamientos del MPS, con el fin de iniciar su implementación. Se cuenta con información validada y oportuna sobre la producción y capacidad instalada y caracterización de las redes de servicios y de la ESE en forma individual, lo que permite tomar decisiones y priorizaciones con base en ella y hacer una planeación adecuada del desarrollo de la oferta pública, según las necesidades y expectativas de la población.

Durante el 2012 se suscribieron convenios con las 22 ESE adscritas, para apoyar la formulación e implementación de los planeas de saneamiento fiscal y financiero según lineamientos impartidos por Ministerio de Salud y protección Social según la definición y categorización del riesgo de los hospitales públicos en el marco del programa de reorganización, rediseño y modernización de la red hospitalarias, con el fin de garantizar sus sostenibilidad en el tiempo.

Durante el periodo se fortaleció el trabajo de las redes de eventos de interés en Salud Publica (Red materno perinatal, red de Salud mental y rehabilitación y de otros eventos trazadores como son: Salud Oral, VIH, atención domiciliaria, Medicina Alternativa y Terapias Complementarias, Crónicas, entre otras, mejorando la gestión y la calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el distrito Capital, avanzando en el mejoramiento de la atención de la población.

En el proceso de Donación y Trasplantes se ha instaurado, en la red de Donación y trasplantes, el programa de garantía de la calidad en Donación y trasplantes para las 22 ESE que incluye las fases de Diagnóstico, elaboración de procesos y procedimientos e implementación de los lineamientos institucionales con la ejecución de acciones tales como: promoción, auditoría, sistema de información, Gestión Operativa de la Donación, Gestión Administrativa en trabajo conjunto con profesionales y diferentes actores que conforman la red de donación y trasplante; con el animo de fortalecer la detección, selección, mantenimiento, diagnóstico de muerte encefálica; consecución de donantes de organos y tejidos a fin de incrementar la tasa de donación y coadyuvar en la disminución de los pacientes en lista de espera, sin embargo se mantiene el incremento de pacientes en lista de espera, sin satisfacer sus necesidades para mejorar la calidad de vida de esta población.

12. Problema Social No. 12 Deficiente calidad en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas por incumplimiento de las condiciones reguladas en la Ley.

12.1 Reconstrucción del Problema Social

12.1.1 Identificación del problema

En el distrito capital se concentra el mayor número de prestadores de servicios de salud del país, que brindan atención en diferentes ámbitos (ambulatorio, hospitalario, extramural, etc) y en

todos los niveles de complejidad; se han identificado problemas en la calidad en la prestación del servicio ya que no garantiza en todos los casos la seguridad, la efectividad clínica y en general la calidad que espera el usuario por parte de los prestadores de servicios de salud.

12.1.2 Identificación de las causas y efectos

Causas que originan el problema:

1. El desconocimiento de la normatividad vigente por parte de los prestadores
2. La situación actual del sector salud a nivel nacional presenta dificultades financieras.
3. El desconocimiento por parte del usuario de sus derechos y deberes,
4. Personal no idóneo que oferta servicios de salud (empíricos)
5. Fallas en la no calidad de prestación de servicios
6. Deshumanización del servicio

Efectos que producen en la población:

1. Incumplimiento de las condiciones mínimas establecidas para la prestación de los servicios de salud
2. Dificultades económicas para la prestación de los servicios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas y privadas.
3. Impedimento del empoderamiento de los usuarios de servicios de salud, para contribuir a la seguridad de la prestación de los mismos.
4. Altos niveles de riesgo y fallas en la pertinencia, seguridad y demás atributos de calidad en prestación de los servicios que afectan la el riesgo de sufrir mortalidad, discapacidad, incapacidad entre otras.
5. reproceso, garantías, indemnizaciones etc. Que generan incremento en los costos para las instituciones.
6. No respeto de los derechos del paciente e insatisfacción del mismo

12.1.3 Focalización

La ciudad tiene actualmente 7.363.782 habitantes, de esta población que está afiliada al régimen subsidiado y contributivo tiene derecho a recibir atención en salud, a través de red adscrita y complementaria, así como la población pobre no asegurada.

La población vulnerable se encuentra en la periferia con estratos socio-económicos 1, 2 y 3 y estas personas son atendidas por los Hospitales Distritales.

Los Prestadores de servicios de salud, de carácter privado, dependiendo de su ubicación geográfica en la ciudad y los contratos que hayan suscritos con Empresas Administradoras de Planes de Beneficio E.A.P.B., del régimen subsidiado o contributivo, pueden atender a la población de los diferentes estratos socio-económicos.

Debido a la necesidad de garantizar la igualdad en la atención a los pacientes, sin importar el estrato socio-económico, las estrategias de capacitación y asistencia técnica en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, se brindan a todos los

prestadores en forma continua, equitativa para lograr que estos aumenten sus conocimientos sobre la normatividad vigente y así mismo logren su implementación para minimizar los riesgos de la prestación de estos servicios, lograr la satisfacción del usuario e impactar en la Salud y Calidad de vida de los ciudadanos.

Sin embargo, debido a la responsabilidad social que tiene la Secretaría Distrital de Salud con las Empresas Sociales del Estado adscritas, se priorizan las estrategias de asistencia técnica y acompañamiento a estas instituciones

Unidades afectadas por el problema

Teniendo en cuenta las funciones de Vigilancia y Control de la Oferta, la población objeto a intervenir directamente, corresponde a 20.376 Prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud en el Distrito Capital, tanto Públicos como Privados.

Dentro de estos se encuentra la red de instituciones públicas adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, conformada por las 22 Empresas Sociales del Estado; dichas instituciones se agrupan en tres niveles de acuerdo a la atención que prestan:

- Primer nivel: cuenta con 10 hospitales que ofrecen atención básica.
- Segundo nivel: cuenta con 7 hospitales, los cuales aparte de los servicios del primero ofrecen además atención en especialidades básicas.
- Tercer nivel: cuenta con 5 hospitales, los cuales prestan adicionalmente servicios de subespecialidades.

El usuario sobre el cual no se garantice en todos los casos la seguridad, la efectividad clínica y en general la calidad que espera por parte de los prestadores de servicios de salud. Dentro del Distrito Capital se cuenta con una Población de 7'363.782 habitantes.

12.1 4 Actores que intervienen en el problema

Ministerio de Salud y Protección Social: Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

Superintendencia Nacional de Salud: Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

Entidades Departamentales y Distritales de Salud: En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en la normatividad vigente.

Prestadores de Servicios de Salud: Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad, pertinencia y accesibilidad en los procesos de atención a los usuarios.

12.2. Instrumentos operativos para la Atención de los problemas

12.2.1 A nivel de la Administración

En el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016 del eje: “Una ciudad que reduce la segregación social y la discriminación”, a través del programa: “Territorios saludables y red pública de salud para la vida”, el instrumento operativo para la atención de los problemas está asociado a la certificación de los prestadores de servicios de salud en el Sistema Único de Habilitación, garantizando la prestación de servicios de salud con atributos de calidad, para responder integralmente a las necesidades de salud por ciclo vital, de la población del Distrito Capital, promover niveles superiores de calidad en la prestación de servicios integrales de salud, mediante el fomento de la acreditación en IPS con énfasis de las Empresas Sociales del Estado.

11.2.2 A nivel de la Entidad

Mediante el proyecto No. 877 Calidad en los Servicios de Salud en Bogotá, D.C., la Secretaría Distrital al de Salud realiza las siguientes acciones:

1. Visitas a los prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, para verificar el cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Único de Habilitación.
2. Visitas en las localidades con mayor riesgo, para la búsqueda de personal no idóneo que presta servicios de salud, como también profesionales que lo están prestando sin encontrarse debidamente autorizados para ello.
3. Analizar las quejas presentadas por los usuarios y se realizan las visitas para verificar los contenidos de las mismas y se adelantan las investigaciones administrativas a que haya lugar contra prestadores de servicios de salud por presuntas fallas de la calidad de la atención en salud.
4. Visitas de oficio como apoyo a las actividades de inspección, vigilancia y control.
5. Emitir conceptos técnicos, como apoyo a las investigaciones administrativas.
6. Tramitar las solicitudes de licencias de Salud Ocupacional, a personas naturales y personas jurídicas previa visita de verificación.
7. Expedir licencias de Radiaciones Ionizantes, solicitadas por los prestadores de servicios de salud.
8. Dar trámite a las diferentes solicitudes que permita legitimar al recurso humano de la salud (Inscripción de Profesionales de la Salud, Servicio Social Obligatorio, entre otros) y

los prestadores de servicios de salud, (personerías Jurídicas), proceso de inhumaciones y exhumaciones que se realiza los 365 días del año.

9. Brindar asesoría y asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado en el proceso de acreditación.
10. Capacitar a las IPS en temas relacionados con niveles superiores de calidad.
11. Capacitaciones, asesorías y asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud en temas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para que aplicaran de manera asertiva estos conocimientos en las instituciones y mejoraran la calidad en la prestación de los servicios de salud.
12. Intensificar la difusión para la implementación de la política de seguridad del paciente trabajando con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (Con énfasis en las que firmaron el pacto) los pacientes y sus familias, como actores del mismo, para establecer mecanismos participativos que garanticen adecuados procesos que disminuyan la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos en los usuarios de servicios de salud.
13. Sensibilización y diagnóstico de estado actual en tema de hospitales verdes de las Empresas Sociales del Estado.

Lo anterior con el fin de promover en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, el mejoramiento continuo de la calidad y seguridad en la atención, mediante la realización de acciones de inspección, vigilancia y control de la oferta de servicios de salud en el D.C., alcanzar niveles superiores de calidad en la prestación de servicios integrales de salud, mediante el fomento de la acreditación en IPS con énfasis de las Empresas Sociales del Estado.

12.2.3 Metas formuladas

- Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.
- A 2012 tener 6.000 Prestadoras de Servicios de Salud certificados en el Sistema Único de Habilitación.
- A 2012 Asesorar y apoyar a 8 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaria Distrital de Salud acreditadas.
- Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado.
- Asistir en el proceso de acreditación en salud al 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.
- Formular, implementar y seguir la Política de Seguridad del Paciente en el Distrito Capital, a 2016
- Asistir en el proceso de implementación de prácticas seguras, comprometidas con el ambiente en el 100% de las Empresas Sociales del Estado a 2016 (futuros hospitales verdes).
- Certificar 6.000 prestadores de Servicios de Salud a 2016.
- Incrementar a 500 las plazas de Servicio Social Obligatorio en las ESE para los profesionales de las ciencias de la salud a 2016.

12.2.4 Presupuesto asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	637	Desarrollo del Sistema de Rectoría en Salud	3.448.368.700
Bogotá Humana 2012-2016	877	Redes para la Salud y la Vida	6.279.726.380
TOTAL			9.278.095.080

Con cargo a los recursos de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, para la ejecución del proyecto de inversión se apropiaron \$9.278 millones que provienen del aporte ordinario.

12.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Las actividades de inspección, vigilancia y control en los prestadores de servicios de salud programados para el año 2012 fueron:

META	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE LA MAGNITUD
1) Asistir en el proceso de acreditación en salud al 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, a 2016.	Porcentaje de E.S.E. asistidas.	100%
2) Formular, implementar y seguir la Política de Seguridad del Paciente en el Distrito Capital, a 2016	Porcentaje de Formulación, implementación y seguimiento de la Política de seguridad del paciente.	100%
3) Asistir en el proceso de implementación de prácticas seguras, comprometidas con el ambiente en el 100% de las Empresas Sociales del Estado a 2016 (futuros hospitales verdes).	Porcentaje de E.S.E. asistidas.	100%
4) Certificar 6.000 prestadores de Servicios de Salud a 2016	Prestadores Certificados en el Periodo	300
5) Incrementar a 500 las plazas de Servicio Social Obligatorio en las ESE para los profesionales de las ciencias de la salud a 2016.	Plazas de servicio social obligatorio nuevas aprobadas en el periodo.	345

12.3 Resultados en la transformación de los problemas

12.3.1 Niveles de cumplimiento

A continuación se presenta el nivel de cumplimiento de las metas programadas:

- A 2012 tener 6.000 Prestadoras de Servicios de Salud certificados en el Sistema Único de Habilitación.

Certificar a 368 prestadores de servicios de salud, en el sistema único de habilitación.

- A 2012 Asesorar y apoyar a 8 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud acreditadas.

Brindar asesoría a las Empresas Sociales del Estado: Tunal, Fontibón, Santa Clara, Simón Bolívar, Usaquen, Centro Oriente, Rafael Uiorbe Uribe, y Tunjuelito; en el proceso de acreditación.

- Asistir en el proceso de acreditación en salud al 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.

Brindar asistencia en el proceso de acreditación en salud al 100% de las Empresas Sociales del Estado.

- Formular, implementar y seguir la Política de Seguridad del Paciente en el Distrito Capital, a 2016

Lograr un avance del 5% con el desarrollo de las siguientes herramientas:

1. Medición de impacto de la política de seguridad del paciente a través de auditoría de aplicación de prácticas seguras y observación en lugar de trabajo.
 2. Para pacientes y familias medición de impacto a través de pregunta trazadora en encuesta de satisfacción del usuario.
 3. Se definen cronogramas de implementación y seguimiento de tareas para las IPS dinámica, colcan, Hospital del Sur, Hospital de san Cristóbal, Meissen, Clínica Barraquer, Clínica Policarpa, Finsema, Clínica Palermo, clínica corpas, Mederi, Barrios Unidos. de acuerdo al estado de desarrollo de programa institucional de seguridad del paciente encontrado en cada institución.
 4. Elaboración del documento técnico con el contenido de la cartilla educativa en seguridad del paciente dirigida a los usuarios con el cual los usuarios tendrán recomendaciones prácticas para obtener una atención segura cuando lo requieran.
 5. Publicación para la contratación por concurso de meritos de la Política de calidad y Seguridad del Paciente y resolución de apertura del proceso.
 6. Grabación de material soporte para la realización de videos (3) cuya finalidad es educar sobre Seguridad del Paciente a IPS y usuarios en el Distrito capital.
- Asistir en el proceso de implementación de prácticas seguras, comprometidas con el ambiente en el 100% de las Empresas Sociales del Estado a 2016 (futuros hospitales verdes).

Realizar la sensibilización y diagnostico del estado actual en tema de hospitales verdes de las Empresas Sociales del Estado.

- Certificar 6.000 prestadores de Servicios de Salud a 2016.

Certificar el 66% (1.183) de los Prestadores de Servicios de Salud visitados a través de la asistencia técnica y acompañamiento brindado de manera permanente.

- Incrementar a 500 las plazas de Servicio Social Obligatorio en las ESE para los profesionales de las ciencias de la salud a 2016.

Lograr aprobar 419 plazas de servicio social obligatorio, para implementar el plan de intervenciones colectivas y fortalecer el conocimiento de las patologías de interés para la salud pública a través de la investigación.

12.3.2 Indicadores

Porcentaje de vance en el diseño e implementación de los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud

- Número de Prestadoras de Servicios de Salud certificados en el Sistema Único de Habilitación
- Número de Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaria Distrital asesoradas y apoyadas.
- Proporción de prestadores de servicios de salud vigilados y controlados
- Número total de Prestadores de servicios de salud certificados en el Sistema Único de Habilitación: determina el número de Prestadores certificados por el cumplimiento de los requisitos como el porcentaje de certificados con relación a los verificados.

12.3.3 Limitaciones del proyecto

El porcentaje de prestadores verificados se vio afectado en un 12% que no se logro frente al 88% de cumplimiento por:

1. No se contó con transporte para el traslado de las comisiones durante diez (10) meses del año, dificultando la optimización del tiempo para la realización de las visitas.
2. Cuatro (4) meses sin contratación de recurso humano para la realización de las visitas de verificación del cumplimiento de los estándares de Sistema Único de Habilitación.

12.3.4 Presupuesto Ejecutado

El presupuesto programado y girado durante la vigencia se presenta en el siguiente cuadro:

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		EJECUTADO	GIROS
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	637	Desarrollo del Sistema de Rectoría en Salud	3.448.368.700	3.315.254.066
Bogotá Humana 2012-2016	877	Redes para la Salud y la Vida	5.356.296.058	1.562.618.141
TOTAL			8.804.664.758	4.877.872.207

Fuente: SDS/FFDS – Dirección Financiera

Del presupuesto total asignado se ejecutaron \$8.805 millones y se giraron \$4.878 millones.

12.3.5 Efectos del problema y/o acciones

Para fortalecer a los prestadores de servicios de salud en el Distrito Capital, se toma como referente la seguridad de los pacientes como atributo de calidad de la atención en salud, que además responda a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social.

Impulsar tanto para las instituciones como para el usuario, una cultura para la seguridad del paciente, que privilegie la confidencialidad de las fallas, incidentes y eventos adversos para así realizar un claro análisis causal que identifique los factores que están bajo su control y optimicen las estrategias para reducir el riesgo de ocurrencia

Avances en cuanto a consciencia y mayor responsabilidad en la reducción de la huella ecológica en el desarrollo de sus actividades de atención en salud, con la promoción de sistemas más seguros, resilientes, verdes y saludables en pro de la conservación ambiental

Fortalecer y acompañar el proceso de Acreditación en Salud a las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, desde el compromiso de directivos y equipos que lideran el proceso de Acreditación, en el ciclo de Preparación o ciclo de mejoramiento, con la confrontación de los estándares en el proceso de mejoramiento continuo, con miras a la Acreditación.

Mediante el otorgamiento de la certificación dada por Vigilancia y Control de la Oferta a los Prestadores de Servicios de Salud, se establece el cumplimiento de los requisitos mínimos por parte de los prestadores visitados e inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Tomar medidas de seguridad consistentes en suspensión de servicios, en visitas realizadas de control donde se encontró personal no idóneo que prestaba servicios de salud así como en profesionales que se encontraban prestando sin estar debidamente autorizados para ello.

El seguimiento a las quejas recibidas por los usuarios por fallas en los procesos de atención empodera al Ente Territorial como rector para la vigilancia y el control de los prestadores generando confianza en los usuarios y obliga al cumplimiento de los requisitos por parte de los prestadores.

Las investigaciones administrativas adelantadas contra los prestadores de servicios de salud que fueron sancionados por fallas de calidad en los procesos de atención se espera que generen el propósito de mejorar a través de acciones correctivas.

La legitimidad del recurso humano permite a la ciudad garantizar el ejercicio idóneo del recurso humano evitando o disminuyendo riesgos y posible eventos adversos así como la .restricción en la prestación a personal no idóneo.

Fortalecer el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad en los prestadores de servicios de salud a través de capacitaciones, asesorías y asistencia técnica las cuales son brindadas en forma permanente.

12.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

NO APLICA.

12.3.7 Población o unidades sin atender

No aplica para las metas y actividades desarrolladas por vigilancia y control.

12.3.8 Población o unidades de focalización que requieren al bien o servicio el final de la vigencia

No aplica para las metas y actividades desarrolladas por vigilancia y control.

12.3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Ninguna.

12.3.10 Diagnostico final del problema

Fortalecer el desarrollo de las condiciones para la prestación de servicios de salud en el Distrito Capital, situación reflejada en los prestadores de servicios de salud certificados, en cumplimiento de totalidad de los estándares establecidos en la normatividad vigente., sin embargo se requiere continuar con la asesoría y asistencia técnica debido a la dinámica de la Oferta, donde diariamente se evidencia el ingreso de nuevos Prestadores de servicios de Salud en Bogotá.

Acercamiento por parte de Vigilancia y Control de la Oferta a los Prestadores de Servicios de Salud a través de fortalecimiento de actividades paralelas a las visitas, lo que conlleva a un cambio de percepción, para lo cual es importante dar continuidad en cuanto a seguridad del paciente, implementación de prácticas de mejora continua con miras a la Acreditación de las instituciones y a la creación de Hospitales verdes.

13. Problema Social No. 13 Precarias condiciones físicas para la prestación de los Servicios de Salud en la Red Pública Distrital Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

13.1 Reconstrucción del Problema Social

13.1.1 Identificación del problema

La red pública hospitalaria adscrita a la Secretaria Distrital de Salud está conformada por 22 instituciones prestadoras de servicios de salud, transformadas en Empresas Sociales del Estado, distribuidas de la siguiente manera: Cinco [5] corresponden al tercer nivel de atención, Ocho (8) instituciones de segundo Nivel de atención y Nueve (9) instituciones de primer nivel de atención.

El principal problema que presentan estas instituciones está dado por las precarias condiciones físicas en las que se prestan los servicios de salud, con fallas en el mantenimiento y en la adecuación de espacios físicos para la prestación del servicio. Adicionalmente a esto, se presentan infraestructuras con mas de 30 años de antigüedad, que cumplen parcialmente con la normativa existente y la capacidad instalada no responde a la demanda de servicios requerida.

Revisadas las citadas consideraciones se observa que ellas implican necesariamente una afectación en las edificaciones objeto de intervención, modificando la funcionalidad de edificaciones que han venido prestando atención en servicios de salud con anterioridad a la entrada en vigencia del Plan de Ordenamiento Territorial, incluso propiciando la factibilidad de

reposición inmobiliaria cuando la afectación es mayor. Algunas de las instalaciones aunque cumplen a la fecha con la norma que rige el sector salud, su vida útil ha sido superada y presentan problemas de hacinamiento, ventilación e iluminación, requiriendo para la prestación de servicios de ampliaciones, remodelaciones, adecuaciones y en algunos casos en que se presenta un alto deterioro de reposición. El tiempo de construcción de las edificaciones: La mayoría de las instituciones ya cumplieron con su vida útil, se evidencia que es necesario realizar intervenciones importantes en los sistemas vitales como son: redes hidrosanitarias, eléctricas, reforzamiento estructural, entre otro y siendo necesario dar estricto cumplimiento con la Norma Colombiana de Diseño y Construcción Sismo Resistente- NSR/2010.

En dotación y reposición de equipos médicos, la desactualización tecnológica; se genera continuamente a medida que se desarrollan actualizaciones de equipos por parte de los productores y que hace que salgan del mercado tecnologías que aunque no sean muy antiguas, si son menos rentables, las firmas productoras ya no producen los repuestos que permitan mantener los equipos en operación; adicionalmente los equipos existentes con el transcurso del tiempo incrementan su nivel de obsolescencia y deterioro físico con el consecuente detrimento en la calidad y oportunidad de los servicios, por lo que se hace necesario proyectar su reposición para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente la Secretaría Distrital de Salud administra el funcionamiento del Centro Zoonosis, Hemocentro Distrital, Laboratorio de Salud Pública, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y el Centro Administrativo, los cuales en la actualidad se encuentran en operación, pero dada su antigüedad actual, superior a los 10 años de uso, se requieren actividades de reordenamiento y mantenimiento de la infraestructura física con el fin de mejorar las condiciones de operación y servicios a la comunidad. Se hace necesario realizar obras específicas en cada uno de estos centros dependiendo de su función.

El nuevo esquema de planeación territorial, adoptado por la ley 1469 de 2011 y 388 de 1997 (Desarrollo Territorial) así como las normas sectoriales Resolución Distrital 1505 de 2011 referente a la Reorganización de Redes de Servicios de Salud en el Distrito Capital, implican la necesidad de articular dos instrumentos básicos de planeación de la ciudad: el POT y el Plan de Desarrollo -PDD-. El POT define a largo y mediano plazo el modelo de ocupación del territorio Distrital, señalando su estructura básica y las acciones territoriales necesarias para su adecuada organización, la cual estará vigente mientras no sea modificado o sustituido. La importancia de la relación salud-territorio se hizo explícita en el Decreto 619 de 2000, mediante el cual se adoptó por primera vez, el POT para el D.C. Esta norma estableció la obligatoriedad por parte del sector salud de diseñar el Plan Maestro de Equipamientos, el cual se constituyó en una herramienta para la gestión y planificación de la oferta de servicios de salud, tanto pública como privada en Bogotá, desarrollando nuevos instrumentos de ordenamiento, que buscan generar una distribución más equitativa y equilibrada sobre el territorio de la infraestructura disponible para la prestación de este tipo de servicios. Esta disposición fue refrendada en La Revisión POT decreto 469 Diciembre de 2003, y por último en el Decreto No. 190 de Junio de 2004, por medio del cual se compilan todas las disposiciones del Plan de Ordenamiento Territorial para Bogotá.

Actualmente la administración comprende la necesidad de avanzar en mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas. Se buscará que en Bogotá se reduzcan todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio

del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.

A su vez, el plan de desarrollo contribuirá al ordenamiento del territorio alrededor del agua, minimizando las vulnerabilidades futuras derivadas del cambio climático y protegiendo en forma prioritaria la estructura ecológica principal de la ciudad, como base de un nuevo modelo de crecimiento urbano basado en la sostenibilidad ambiental, que incluye la revitalización de los espacios urbanos y rurales como expresión del uso democrático del suelo, y la promoción de un sistema de transporte multimodal.

El Plan de Desarrollo Distrital - Bogotá Humana, también fortalecerá lo público como principio del Estado social de derecho, mediante el fomento de la participación y decisión de la ciudadanía, la eficacia y eficiencia administrativa, la transparencia y lucha contra la corrupción y la seguridad ciudadana como baluarte de la convivencia.

Dicho instrumento, propone de forma complementaria al desarrollo de los proyectos de infraestructura hospitalaria incluidos en el Plan Maestro de Equipamientos en Salud, el desarrollo de una serie de institutos y entidades de carácter específico, que permitan dar un marco de operación a redes prioritarias, lideren la representación de problemáticas particulares, y permitan aumentar la gestión de recursos y capital entre otros. Se determinan como metas particulares la gestión y creación de los siguientes institutos y redes:

- **Instituto Oncológico Distrital**

En Colombia los tumores malignos para el año 2000 se ubicaron en tercer lugar luego de las enfermedades cardiovasculares y las lesiones por causa externa y representaron el 14,7% de todas las defunciones. Los más relevantes por la mortalidad que producen son en su orden: 1. para hombres y mujeres el de estómago; 2. para hombres, siguen en importancia los de pulmón y próstata; 3. para mujeres mama, cérvix y pulmón; 4. finalmente el colorectal para los dos sexos. La mortalidad mencionada refleja a su vez la incidencia, en la cual se observa como principales tipos de cáncer los de estómago y piel en ambos sexos, próstata y pulmón en hombres y cuello uterino y mama en mujeres.

Una de cada 6 personas que fallece tiene como causa un cáncer, siendo esta cifra mayor en las mujeres con el 20% de muertes para el año 2005. La proporción de muertes por cáncer que pueden atribuirse a condiciones de riesgo conocidas muestra un mayor peso para el tabaco y la alimentación donde se supone que cada uno de ellos aportan el 30% respectivamente.

En Bogotá en el año 2007 murieron 5.566 personas por tumores malignos (21,10%) de un total de 26.367 fallecimientos.

A pesar de no contar en la ciudad con registro poblacional de cáncer, en los informes de los registros institucionales se evidencia el predominio de cáncer de mama y cérvix como las neoplasias más frecuentes, no obstante de contar con pruebas de tamizaje consolidadas en el tiempo

Tomando la información consignada en los RIPS se observa que el tipo de cáncer más frecuente como causa de diagnóstico en población pobre no asegurada mayor de 15 años de Bogotá, es el

tumor maligno de mama, seguido del tumor maligno de los órganos digestivos que afecta en mayor proporción a población masculina; en tercer lugar de frecuencia en diagnóstico se observan los tumores malignos de los órganos genitales femeninos, y en cuarta y quinta instancia se diagnostican los tumores malignos del tejido linfático y los malignos de piel.

Frente a las necesidades identificadas no es fácil conocer con certeza si la oferta disponible en el D.C. es suficiente o no, pero se proyecta realizar estimaciones que permitan una aproximación de escenarios de análisis de oferta demanda y estimación de déficit o superávit de dichos servicios.

Con respecto a la distribución geográfica de la IPS que brindan servicios oncológicos en la ciudad, se observa que la mayoría de ellas se encuentran ubicadas en las zonas centro oriente y norte del D.C, constituyéndose en una barrera de acceso geográfico para la población. Adicionalmente, la contratación para la atención de población pobre no asegurada en el D.C. se ha venido prestando históricamente a través del INC y recientemente de la IPS Oncocare, aunado a la expectativa de contratación de servicios con red pública – Hospitales Occidente de Kennedy y El Tunal. En lo anterior se observa una dificultad para el acceso geográfico de las personas con cáncer a los servicios de atención integral en cáncer, dada la concentración de la atención de la población pobre no asegurada en el INC centro de referencia nacional en su calidad de prestador de servicios, afectando esta situación además la oportunidad de la atención de estas personas.

De otra parte, es necesario tener en cuenta que en la ciudad han surgido instituciones que no logran una calidad satisfactoria en la atención de esta patología que implica tecnología dura, infraestructura especializada y recurso humano calificado. En este sentido, el recurso humano necesario para un manejo idóneo del cáncer exige altos estándares de calidad, pues en general se trata de supraespecialidades que han ameritado un tiempo de formación y capacitación intensivo.

En el marco de la creación de una red de oncología distrital, la propuesta de la creación del Instituto Oncológico Distrital se orienta a la implementación de un ente que lidere la prestación continua e integral de los servicios de salud oncológicos con el fin de disminuir los factores de riesgo, preservar, recuperar y/o mejorar la salud de las personas con cáncer en el Distrito Capital.

- **Instituto Pediátrico Distrital**

La morbilidad y la mortalidad asociada al deterioro ambiental, afectan particularmente a las poblaciones más vulnerables, niños y niñas menores de 5 años y adultos mayores. El deterioro ambiental incrementa la demanda de los servicios de salud. Con el menoscabo del ambiente urbano y la concentración de contaminantes en agua, suelo, aire, alimentos, se incrementan las posibilidades de que se afecte la población expuesta. Eventos como la Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA] y la Enfermedad Diarreica Aguda [EDA] se relaciona fuertemente con condiciones ambientales. La ERA es la primera causa de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años. Anualmente, en la red pública se atienden aproximadamente 36.000 menores. La atención por EDA, alcanzó en 2010 un total de 78.868 casos en población no asegurada, a desplazados y por atenciones no POS. De otra parte las Enfermedades Transmitidas por Alimentos [ETA] notificadas, en 2010 afectaron a los grupos de edad de 15 a 44 años donde se presentaron 1.521 casos [57%], seguido de niños entre 5 y 14 años con 753 casos [28%].

La Mortalidad evitable es entendida como aquella que se presenta particularmente en las gestantes, del recién nacido y en los menores de 5 años. La mayor proporción de estos fallecimientos se presenta en las localidades de Fontibón y Mártires; en los menores de 5 años, en las localidades de Chapinero, Santa Fe, Mártires, San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar.

De la población mayor de 18 años, el 14,5% presenta hipertensión y el 3,5% tienen diabetes mellitus. La prevalencia de población con discapacidad es del 5,6%, y las condiciones crónicas son causas del 43% de ésta discapacidad. La Mortalidad prematura, en menores de 60 años, por condiciones crónicas es del 19,2%. Se estima que cada año se presentan 12.000 nuevos casos de cáncer.

En Bogotá, en los últimos veinte años, las enfermedades crónicas representan la principal carga de morbilidad y de mortalidad. Son en su conjunto, la primera causa de muerte la cual ha venido en incremento y tienen en común condiciones previas de exposición que anteceden al daño. Se destacan entre ellas: sedentarismo, patrones de consumo alimentarios inadecuados, consumo de tabaco y excesivo consumo de alcohol. También están las vivencias de la sexualidad, con satisfacción inadecuada de necesidades de afecto y exposición a riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas y la exposición ambiental u ocupacional a sustancias potencialmente tóxicas, entre otras. ; en 1983 la frecuencia relativa fue de 56%, en 1998 aumento al 65,87% y en 2009 llegó al 71,55%. Indicadores de actividad física y sus efectos, muestran que del total de la población del Distrito Capital, el 86% es inactiva físicamente, el 34% se encuentra en sobrepeso; el 11,5% son obesos y el 32% son fumadores

En población infantil, el perfil de morbilidad por eventos prioritarios en salud pública se caracteriza por presencia de sífilis congénita [245 casos en 2009], difteria [941 casos en 2010], rubeola [1.100 casos en 2010] infección respiratoria aguda [600.000 casos en 2010].

La primera causa de mortalidad infantil durante los años 2006 a 2010 fueron las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, seguidas de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, causas que son modificables con estrategias de prevención como atención preconcepcional, adecuada nutrición durante el embarazo, detección, tratamiento y prevención de infecciones, control de enfermedades crónicas, evaluación de antecedentes familiares, diagnóstico y tratamiento in útero y fortalecimiento de la calidad en la atención del parto.

Con relación a la Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, La mortalidad infantil aporta aproximadamente el 87% del total de muertes en menores de cinco años. El comportamiento de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se ve afectado por la dificultad de bajar las tasas de la mortalidad perinatal; por enfermedades congénitas y por neumonía. Cada año fallecen en Bogotá 24.5 menores por cada diez mil habitantes de este grupo de edad.

Aunque en el Distrito Capital, la mortalidad infantil se redujo, de una tasa de 18,5 por mil nacidos vivos en el 2000 a 11,7 en el 2010, es decir, una disminución relativa de 49,34%, aún persisten causas reductibles. Se requieren intervenciones sistemáticas y articuladas con la participación de los demás sectores de la Administración Distrital y de la comunidad

Partiendo del compromiso Distrital, acorde con el nivel Nacional y los objetivos del milenio se revisa el comportamiento de estos indicadores para el quinquenio 2004 - 2008 evidenciándose

que las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte entre mujeres en edad reproductiva.

Basados en la propuesta de redes generales, los servicios de salud materna y perinatal estarán organizados como UNIDADES DE RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL (I, II y III NIVEL) donde se involucren e integren todas las intervenciones que se desarrollan con los individuos y colectividades; es decir que organice las acciones que van desde la caracterización, captación temprana, inducción a la demanda, canalización, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y recuperación y que todas éstas se ofrezcan a la familia gestante desde los diferentes ámbitos e instituciones bajo los principios de complementariedad y calidad con todos sus atributos: accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y participación social entre otros. En el marco de esta red, se propone la creación del Instituto Pediátrico Distrital, como espacio de referencia distrital para el fortalecimiento en la prestación de servicios materno perinatal, así como institución líder en el desarrollo de procesos de garantía con énfasis en población de este ciclo de vida.

- **Instituto de Enfermedades Crónicas**

Si bien es cierto que en Bogotá D.C. durante los últimos años mejoraron los indicadores de mortalidad evitable y en todos los grupos de edad, al comparar dichos resultados con estándares internacionales o con países que han logrado mejorar la calidad de vida de manera más equitativa, la ciudad dista mucho de niveles óptimos.

En cuanto al perfil de morbilidad, Bogotá muestra una combinación compleja. Aparece cada vez más el peso de las enfermedades crónicas, relacionado con el acumulado de formas de vida deletéreas en una población que vive más tiempo, pero

al mismo tiempo, persisten las enfermedades infecciosas, emergentes y re emergentes, y aumentan las lesiones y muertes relacionadas con el trauma y la violencia, en especial de los jóvenes. En los últimos veinte años, las enfermedades crónicas representan la principal carga de morbilidad y de mortalidad. Son en su conjunto, la primera causa de muerte la cual ha venido en incremento; en 1983 la frecuencia relativa fue de 56%, en 1998 aumento al 65,87% y en 2009 llegó al 71,55%.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], el 80% de la mortalidad general se deriva de las condiciones crónicas en países no desarrollados, situación que genera muertes prematuras con carga social y económica significativa. "...Es el reto de atención de salud en este siglo...". Esta tendencia está generando aumento sin precedentes en la demanda de servicios de salud. Para este mismo organismo, este grupo de patologías incluye padecimientos y enfermedades que a pesar de tener manifestaciones clínicas diversas, comparten características básicas comunes, como persistencia, manejo durante años o decenios y desafío serio de la capacidad de los servicios de salud. Se caracterizan por tener estructuras causales complejas mediadas por múltiples condiciones de exposición, periodos de latencia largos, evolución prolongada, relativa incurabilidad y carácter degenerativo que, sin manejo adecuado, llevan a discapacidad o alteración funcional, con pérdida de autonomía de los sujetos afectados.

La presencia de condiciones crónicas se concibe como un proceso social con características distintas en los grupos humanos según forma en que se concretan modos de vida,

particularidades del territorio, de clase social, de condiciones de trabajo y de la manera como se expresan las prácticas sociales a través de las construcciones culturales.

Las crónicas condiciones son consecuencia de la forma como se satisfacen necesidades humanas de alimentación, recreación, transporte, manejo del estrés, trabajo, afecto, interacción con el ambiente, educación, vivienda y comunicación. Hoy es claro que no son una consecuencia irreversible del tránsito de los sujetos a través de las diferentes etapas del ciclo vital cuyos orígenes y causas, en muchos de los casos, se presentan desde mucho antes de la gestación. Es decir, el envejecimiento por sí mismo no causa la enfermedad.

En Colombia, durante los últimos veinte años se han constituido en la principal carga de morbilidad y mortalidad. De manera específica, ocho condiciones aportaron 39% al total de defunciones (10.294 del total de 26.397). Para el caso de Bogotá D.C., la situación no es diferente. Registran una tendencia de constante aumento, en total se presentaron 15.867 muertes en 2000 y 19.148 en 2008; constituyen la primera causa de mortalidad y discapacidad; aportaron en 56% al total de muertes en 1983, 65,87% en 1998 y 77,39% en 2007; siendo en promedio responsables del 71.5% de las muertes ocurridas en el D.C. durante el período 1998-2010.

Como resultado de la revisión de la carga de la mortalidad causada por condiciones crónicas, se concluye que para Bogotá D.C. los retos frente a este tema son grandes, están relacionados con la intervención en los factores determinantes de las mismas, con el fin de atenuar la tendencia evidenciada en un persistente incremento de la carga de la mortalidad prematura registrada en menores de 60 años por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos; la alta prevalencia de personas con condiciones crónicas; el alto pronóstico de discapacidad en niños y niñas con malformaciones congénitas; el incremento de condiciones crónicas en adultos jóvenes; el aumento de discapacidad por condiciones crónicas en población adulta; el incremento de personas con condiciones crónicas inadecuadamente atendidas y controladas; el incremento en gastos de salud innecesarios por incremento de eventos de alto costo; el aumento de personas y familias con calidad de vida deteriorada y envejecimientos no saludables; el impacto económico negativo por pérdida de capacidad productiva de quienes las padecen; la alta carga económica familiar y social en familias con personas en condición crónica; la atención inoportuna de las personas con condiciones crónicas; el exceso de hospitalizaciones de alta complejidad por condiciones crónicas inadecuadamente atendidas y controladas; la baja oportunidad de participación de las personas con condiciones crónicas en diversos escenarios comunitarios y la baja percepción personal, familiar, social, institucional del problema, entre otros

.A pesar de la disminución de estas tasas, la alta incidencia y prevalencia de condiciones crónicas, aunada a la baja cobertura de las acciones de promoción y prevención, afecta la prestación de servicios debido al alto costo del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, lo cual sumado a que la mayoría de los indicadores de salud muestran diferencias entre las localidades que resultan, injustas y evitables, se hace necesario dar cumplimiento a lo propuesto por el Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014 que en su Capítulo VI: Igualdad de oportunidades para la prosperidad social, propone:

“Deberá relevarse la importancia de los factores y determinantes que contribuyan a la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en los diferentes grupos de población, del ciclo vital y los enfoques diferenciales referidos”.

Como respuesta sectorial a la problemática descrita, se hace necesaria dar cumplimiento al Decreto Nacional 3039 de 2007. Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que establece como una de sus prioridades el “Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades”, y es así como se determina el diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas), y como parte de la misma se debe Conformar el Instituto de Enfermedades Crónicas, al 2016 como espacio de referencia distrital para el afrontar la dinámica de esta mortalidad particular.

- **Centro Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad**

Según el DANE el 5% de la población de Bogotá presenta esta condición, lo que corresponde a aproximadamente a 378.567 personas . Se han logrado caracterizar 185.447 personas con discapacidad en todo el Distrito Capital hasta el año 2011 , llegando al 48% de la población estimada.

A partir del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad de Bogotá, se identifica que la situación de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores presentan escaso acceso a espacios y oportunidades de desarrollo y participación. Esto relacionado con la existencia de barreras actitudinales, físicas, ideológicas, económicas y políticas que restringen su inclusión en entornos de participación familiar, social, política económica y cultural, restricción en el ejercicio de sus derechos en salud y empobrecimiento en su calidad de vida de vida.

La población con discapacidad en Bogotá D.C., en su mayoría se encuentra en las etapas de ciclo de vida de vejez representando el 45 % y adultez con el 40%. Esta población es de predominio femenino, representando el 60% del total de la población registrada; comportamiento que se invierte con la edad, pues durante la infancia y la adolescencia es mayor el número de hombres con discapacidad, el grupo de edad donde se concentra la mayoría de esta población es el de los 65 a 69 años, en ambos sexos. Lo anterior sugiere que el aumento en la edad se puede constituir como un posible factor de riesgo asociado con la presentación de la discapacidad y que por ende es necesario establecer acciones que desde la niñez favorezcan la individualidad y fortalezcan la autonomía con proyección hacia una vida adulta.

Las localidades de Kennedy, Rafael Uribe y Bosa, en su orden son las que presentan más personas con discapacidad registradas; no obstante y de acuerdo con la población total de cada localidad esta condición es más representativa en las localidades de Sumapaz, Rafael Uribe y Candelaria.

El 99% es de etnia mestiza, el 47% pertenece al estrato 2, el 1,2% (1987 personas con discapacidad) se encuentran en situación de desplazamiento, de las cuales el 17% viven en la localidad de Bosa, el 16% en la localidad de Kennedy. De acuerdo con el régimen de afiliación en salud se observa que 39,5% pertenece al régimen contributivo, el 35,5% al subsidiado, el 13,7% al vinculado y el 7,4% manifestó no pertenecer a ningún régimen de afiliación.

Adicionalmente, el 31% de esta población requiere ayuda permanente de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria; en estos casos lo más frecuente es que el cuidador sea una mujer y que ésta sea miembro del hogar; trayendo como consecuencia la afectación del proyecto de vida autonomía e inclusión social de la personas con discapacidad y del cuidador o cuidadora, así como la condición socioeconómica del núcleo familiar.

En cumplimiento a lo propuesto por el Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014 que en su Capítulo VI: Igualdad de oportunidades para la prosperidad social, se hace necesario “fortalecer el Sistema Nacional de Discapacidad (SND) en el desarrollo de los compromisos adquiridos en la Convención de Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad, adecuando la política y los planes de acción, considerando, entre otros, los siguientes aspectos: (1) la formación de redes sociales territoriales y comunitarias; (2) la evaluación de la pertinencia, el alcance y el aporte de la gestión de las diferentes instituciones que hacen parte del SND; (3) la definición y avances en la atención integral a personas en condición de discapacidad; la actualización del registro nacional de discapacidad; y (4) la formalización de la valoración y medición de la condición de discapacidad”.

Es así, como el Distrito Capital se propone diseñar e implementar la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad, 2016, que permita garantizar los derechos de las personas con discapacidad sus familias, cuidadores y cuidadoras, así como para prevenir las limitaciones evitables, promocionar la autonomía personal, social y política de las personas con discapacidad y su inclusión social. Dicha propuesta, determina así mismo la puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas, como centro de referencia distrital para la red e institución prestadora de servicios de salud que encabece las acciones en la habilitación y rehabilitación de la población del distrito y que tenga en su misión el trascender a la promoción de la salud, la prevención y detección temprana de deficiencias y limitaciones y la integración en las redes sociales de apoyo.

- **Red Distrital de Salud Mental**

Habitualmente se habla de "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que solamente el funcionamiento orgánico y físico del individuo, pues los diferentes conceptos de salud mental incluyen y resaltan principalmente elementos como el bienestar subjetivo, la autonomía, la proactividad y la capacidad de enfrentamiento, entre otros.

En respuesta al “deber ser” y a la realidad manifiesta en materia de salud mental en Colombia y en armonía con la Constitución Política Nacional (artículo 47), el Ministerio de la Protección Social en el año 1998 formulo una Política Nacional en Salud Mental cuyos lineamientos requirieron ser actualizados en el 2005, los cuales para el 2007 definieron una nueva Política con un abordaje y mirada más amplia de lo que en el país, cultural y socialmente se considera “salud mental” y “enfermedad mental”. Así mismo, varias décadas atrás paulatinamente se ha ido desarrollando un marco legislativo y normativo no solo a nivel nacional, sino distrital que ha permitido intervenir en diversos eventos que afectan directa e indirectamente en la salud mental individual y colectiva de la sociedad.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, el cual forma parte de La Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 40,1% de la población, es decir 8 de cada 20 colombianos reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos psiquiátricos, el 16,0% (3 personas de cada 20 de la muestra) evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4% 1 persona de cada 20 presentó alguno en los últimos treinta días. Los trastornos más frecuentemente reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%) tal como lo muestra la tabla N° 21. El 4,9% de la población

estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3% lo ha intentado en los últimos treinta días.

De acuerdo a la misma fuente, el uso más alto de drogas se presenta en el ciclo juventud (18-29 años) con un 15%, y es la etapa en la cual las mujeres presentan el uso más alto de estas con un 8%, mientras que en los hombres el uso más frecuente de drogas se presenta en el ciclo de adultez (45-59 años) con un 29.7%, aunque con un promedio de consumo equivalente en las anteriores etapas de su ciclo vital.

Bogotá como Distrito Capital, que cuenta con una de las más altas poblaciones del país, así como de prevalencia en materia de enfermedades mentales y problemáticas psicosociales, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud en el 2004 concibe la Política Distrital de Salud Mental- PDSM como una estrategia soportada en el esfuerzo del Estado, la participación activa de la sociedad, el desarrollo de intervenciones transectoriales y sectoriales, de enfoque promocional y de carácter integral, que constituyan una respuesta social efectiva, equitativa, solidaria y sostenible, a las necesidades de las personas, las comunidades y la ciudad

La constitución de red de salud mental debe dar cuenta tanto de las necesidades de diversos grupos poblaciones, en sus distintas etapas del ciclo vital, considerando sus particularidades de estado mental, salud física, identidad de género, ideología, prácticas, etnia, condiciones socio-culturales y judiciales etc., como de la efectividad y calidad de su respuesta a nivel individual y colectivo; en el marco de un portafolio institucional de servicios que esté acorde a esas necesidades y perfil epidemiológico de la población sujeto de atención localizada en la zona geográfica de intervención. Sin embargo, en consideración a las prevalencias antes expuestas, se diseñar e implementar la Red Distrital de Salud Mental con énfasis en la atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.

De igual manera, se plantea el desarrollo de dos instituciones, como referentes para el desarrollo de las acciones requeridas:

- Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción, vinculada al Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud.

- Ciudadela de Salud Mental: como institución referente del Distrito Capital, destinada a la prevención y atención de los eventos prioritarios en salud mental identificados como conducta suicida, enfermedad mental, consumo de psicoactivos y violencias (física, emocional, sexual, económica, negligencia, abandono) que esté en capacidad de ofrecer tratamientos integrales terapéuticos, farmacológicos y psicosociales, para pacientes en ciclos vitales juveniles, adultos y adultos mayores, población habitante de calle con adicciones severas sin o con morbilidad psiquiátrica (patología dual) que tengan o no una red social con capacidad de apoyo y contención.

Si bien los procesos de desconcentración han operado en Bogotá, sus desarrollos aún son escasos y persisten serias desigualdades en el uso del territorio y en las dotacionales disponibles para los ciudadanos entre localidades, lo que genera una ciudad segregada. Actualmente, una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud en la ciudad es la geográfica; barrera que se mantiene a pesar de que sin duda, la oferta de servicios de salud en el Distrito Capital ha aumentado.

De acuerdo a la última verificación de distribución geográfica de prestadores de servicios de salud, estos se ubican de la siguiente manera: El 50% de los prestadores se ubican en la zona norte, el 20 %, en las zona sur occidente, el 18% centro oriente y el 12% al sur de la ciudad, y de acuerdo a cifras establecidas por la Secretaria de Planeación Distrital, el 95% de los prestadores de servicios son privados, y atienden régimen contributivo, mientras que solo el 5% corresponde a la Red Pública, demostrando así, el precario estado tanto de la cobertura universal de salud, así como las deficiencias en la prestación de servicios de salud públicos, referido a infraestructura. Esta distribución ha respondido a la dinámica de la prestación de servicios de salud, siguiendo las preferencias de los oferentes más que las necesidades y las expectativas de atención de la población, situación que hoy se reconoce como una seria barrera para el acceso a los servicios de los más pobres, es importante observar la menor presencia en dos áreas geográficas de la ciudad identificadas con bajas condiciones en la calidad de vida de la población que son la zonas sur y centro oriente.

La oferta de servicios de salud en Bogotá Distrito Capital está dada por profesionales independientes, Instituciones con objeto social diferente que prestan servicios de salud, transporte especial e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las cuales se clasifican según su naturaleza jurídica en IPS públicas y privadas con ánimo de lucro y privadas sin ánimo de lucro.

La distribución por clase de prestador en la ciudad es la siguiente:

CLASE DE PRESTADOR	TOTAL	%
IPS	3.340	20,60%
OBJETO SOCIAL DIFERENTE	360	2,20%
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	12.395	76,60%
TRANSPORTE ESPECIAL	90	0,60%
TOTAL	16.185	100%

De la distribución anterior se concluye:

- El 58.5 % de las IPS se concentran en cuatro localidades: Usaquén, 20%, Chapinero 19%, Suba 9,7% y Teusaquillo 9,6%.
- El 57% de los profesionales independientes se concentra en dos localidades: Usaquén 26% y Chapinero 30%.
- Según su naturaleza, 3.151 puntos de atención son de carácter privado y mixto y 189 son de carácter público.

La inequitativa distribución implica una barrera de acceso a los servicios para la población de la ciudad que requiere decisiones de regulación de la oferta de servicios de Salud, para lo cual, la reformulación e implementación del Plan Maestro de Equipamientos en Salud constituye una herramienta de singular importancia.

Por otra parte, el Diagnostico para las IPS privadas y no adscritas ha permitido identificar una serie de impactos de carácter urbanístico y en la movilidad que afectan la prestación de servicios de salud para los grupos de población más vulnerables de la ciudad. Con base a lo anterior y de acuerdo a agenda establecida con la Dirección de Planes Maestros y Complementarios de la

Secretaria Distrital de Planeación, se hizo necesario presentar una propuesta de modificación y armonización del Decreto 318 de 2006.

Sin embargo el alcance de la modificación que actualmente busca ser adoptada, se limita a ajustar las normas y estándares urbanos y arquitectónicos que permitan adelantar el trámite de licencias, formular planes de regularización e implantación, como parte del objetivo de alcanzar calidad y seguridad en los equipamientos, así como la modificación de algunos aspectos de la normatividad urbana para equipamientos de Salud, y la inclusión de componentes faltantes para el correcto desarrollo del plan.

Se hace necesario adelantar una propuesta modificatoria del PMES de carácter estructural, que incorpore políticas, estrategias y norma urbana que permitan facilitar el acceso de la población en general a los servicios de salud en Bogotá D.C. respondiendo a la consolidación de las centralidades y garantizando la coherencia con el POT, en el modelo territorial propuesto para ciudad.

13.1.2 Identificación de las causas y efectos

Las causas presentadas dentro de la infraestructura Física de las Empresas Sociales del estado así como en la adquisición de equipos médicos presentan problemas de Infraestructura física inadecuada e insuficiente, incumplimiento de condiciones básicas para la prestación de servicios, incumplimiento de la normatividad sismo resistente, aparición de centros poblados no legalizados, insuficiencia de redes de servicios, Desconocimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia del auto cuidado de la salud, infraestructura improvisada, carente de espacios para programación, desarrollo y evaluación de actividades de promoción, prevención y habilitación, accesibilidad inadecuada de los usuarios a los servicios de salud.

Como efectos se tienen, la oportunidad menor a la requerida; la adaptación de espacios y alquiler de casas, el desplazamiento de los usuarios a otros centros de atención más lejanos que prestan servicios complementarios; el bajo Impacto en las actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad; la imposibilidad de inversión en mejoramiento de infraestructura actual, porque el predio actual es de uso público; problemas de salud en el embarazo, así como de enfermedades como infecciones respiratorias agudas [IRAs] y enfermedades diarreicas agudas, además de los bajos niveles de prevención de la enfermedad por hábitos inapropiados de cuidado de la enfermedad; Desunión familiar, maltrato y violencia intrafamiliar, embarazos no deseados y aumento de la maternidad precoz; Insatisfacción con el servicio e inversiones en infraestructura inadecuadas para la atención.

13.1.2.1 Problema principal

La red hospitalaria adscrita presenta grandes deficiencias en su infraestructura y capacidad instalada, originada en el aumento constante de la demanda de servicios, la obsolescencia y desactualización de espacios y equipos biomédicos, y la necesidad de hacer reforzamientos y reubicaciones para mitigar la vulnerabilidad física de las instituciones prestadoras de salud.

13.1.2.2 Identificación de las principales causas del problema o necesidad

- Necesidad de cumplimiento del Decreto 318/2006 en lo que refiere a la ejecución de obras e intervenciones proyectadas para el periodo de gobierno 2012- 2016

- Obras inconclusas de la pasada administración que necesitan ser entregadas y puestas en servicio para la ciudad.
- Actualización periódica del Plan Maestro de Equipamientos de acuerdo con las necesidades en salud de los habitantes de la ciudad, en armonía con otros instrumentos de ordenamiento.
- Mejoramiento y desarrollo de acciones de contingencia para servicios de carácter prioritario, así como las necesidades originadas por picos (ERA- IRA –maternidad – salud mental)
- El Tiempo de construcción de las edificaciones: (aprox. 20 años), indica que alguna de las instituciones ya cumplieron con su vida útil, se evidencia que es necesario realizar intervenciones importantes en los sistemas vitales como son: redes hidrosanitarias, eléctricas, reforzamiento estructural y siendo necesario dar estricto cumplimiento con la Norma Colombiana de Diseño y Construcción Sismo Resistente- NSR10
- La desactualización tecnológica y de dotación, que por su nivel de obsolescencia y deterioro físico con el consecuente detrimento en la calidad y oportunidad de los servicios, requiere su reposición para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.
- El ejercicio de la rectoría y como autoridad sanitaria requiere obras específicas en cada uno de estos centros adscritos al ente, dependiendo de su función.

13.1.2.3 Identificación de las principales consecuencias del problema o necesidad

- De no ser actualizado el PMES, se presentarían conflictos en la aplicación de la norma, y en particular si los instrumentos de mayor jerarquía establecen parámetros normativos y de localización (entro otros), contradictorios o de difícil interpretación, lo cual impediría el desarrollo de obras de infraestructura tanto de la red pública como de la privada.
- De no ser adecuadas y terminadas las obras inconclusas de la pasada administración de tendría se incurriría en detrimento patrimonial, ya que no se pondrían en funcionamiento obras necesarias y estimadas en el PMES.
- La no actualización y mejoramiento de dotación, imposibilitaría una adecuada prestación de servicios de salud, así como llevaría eventualmente a un alto grado de obsolescencia, que obligaría a una reposición más extensa y costosa.

13.1.3 Focalización

Los habitantes directamente afectados es el Distrito Capital sin embargo se acentúa mas en la población pobre y vulnerable usuaria de los servicios de las Empresas Sociales del Estado, que se encuentran en las veinte [20] localidades en las que está distribuida Bogotá, aunque la salud es un derecho adquirido para por toda la comunidad, el desarrollo del proyecto se ha centrado en la población que pertenece a las localidades con necesidades básicas insatisfechas.

En diferentes estudios adelantados se ha demostrado cómo en la zona norte del Distrito Capital, se localizan más de las tres cuartas partes del total de la oferta de servicios de salud; el 76%, particularmente en las localidades de Chapinero, Usaquén y Teusaquillo, mientras que en la zona sur solamente se ubica el 9%. Este desequilibrio persiste aun después de ajustarla por población, encontrándose una concentración de 38,7 prestadores por cada 10. 000 habitantes en la zona

norte y de 4.1 por 10.000 habitantes en la zona sur, siendo para el total de la ciudad, la concentración de 18,3 por cada 10.000 habitantes.

Aunque persiste mayor homogeneidad en la distribución de los puntos de atención que conforman la red de prestadores públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., compensando en cierta forma el desequilibrio existente en la distribución del total de instituciones prestadoras de servicios de salud en el Distrito Capital, persisten deficiencias al interior del 98.61 %, [142 puntos de atención].

La proyección de distribución de población del Distrito Capital se orienta a las UPZ periféricas, en particular en las localidades de Suba, Fontibón, Kennedy, Bosa, Ciudad Bolívar y Usme. Sin embargo, y como se observara de manera constante en otras variables, la red privada de prestadores se concentra en localidades contrarias a la tendencia (en particular en las localidades de Chapinero, Teusaquillo y Usaquén). De manera contraria, la red pública tiende a tener una alta relación con los sectores de mayor proyección, aunque aún hay áreas geográficas con bajo nivel de prestadores en las UPZ de Engativá, Rincón, Gran Britalia, Bosa Occidental, Ismael Perdomo y Lucero.

- **Primer Nivel:** (9 ESE), caracterizadas por la atención básica prestada por hospitales de baja complejidad (Centros de Atención Médica Inmediata – CAMI, Unidades Básicas de Atención - UPA, y Unidades Básicas de Atención - UBA), unidades móviles. Adicionalmente, realizan las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Estos servicios son brindados en los Hospitales de Usaquén, Chapinero, Pablo VI Bosa, Del Sur, Vista Hermosa, Usme, Nazareth, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe.
- **Segundo Nivel:** (8 ESE), caracterizadas por atención de mediana complejidad, ambulatoria y hospitalaria. En la actualidad los hospitales de Engativá, Centro Oriente, Tunjuelito, Suba y Fontibón desarrollan actividades de primero y segundo nivel de complejidad. Meissen, San Blas y Bosa se han desarrollado como hospitales especializados de II nivel de atención.
- **Tercer Nivel:** (5 ESE), caracterizadas por la atención especializada y subespecializada de alta complejidad. Estos servicios se encuentran organizados en los Hospitales de Occidente de Kennedy, Tunal, La Victoria, Santa Clara y Simón Bolívar.

Las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud se organizan, en cuatro (4) redes territoriales, que prestan servicios en los tres niveles de atención y distintos grados de complejidad, con el propósito de implementar el modelo de atención en salud orientado por la estrategia de Atención Primaria en Salud.

La distribución actual de las de las redes territoriales se establece de la siguiente forma:

- **RED SUR:** Incluye las Localidades de Ciudad Bolívar, Sumapaz, Usme y Tunjuelito y está conformada por los Hospitales Usme, Nazareth, Tunjuelito, Meissen Vista Hermosa y El Tunal.
- **RED SUR OCCIDENTE:** Incluye las Localidades de Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón, a las cuales prestan sus servicios los hospitales de Fontibón, Bosa, Del Sur, Pablo VI y Occidente de Kennedy.

- **RED NORTE:** Incluye las Localidades de Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo, Suba y Engativá a las cuales prestarán sus servicios los hospitales de Usaquén, Chapinero, Engativá, Suba y Simón Bolívar.
- **RED CENTRO ORIENTE:** Incluye las Localidades de Santafé, Candelaria, Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal y Antonio Nariño y conformada por los Hospitales de Santa Clara, Rafael Uribe, Centro Oriente, La Victoria, San Blas y San Cristóbal.

13.1.4 Actores que intervienen en el problema

La Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Red Pública Hospitalaria de Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, Organizaciones Comunitarias, Secretaría de Hacienda de Bogotá y Banco Mundial y Entidades encargadas de tramitar y emitir los permisos y licencias necesarias para la ejecución de las obras.

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema planteado, o que tienen bajo su responsabilidad la identificación de la población afectada, se encuentran:

- Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector de carácter nacional sobre el sistema de salud
- Alcaldía Mayor de Bogotá, que hace aprobación de la modificación del Decreto modificatorio del Plan Maestro de Equipamientos en Salud
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, encargado de la actualización, ejecución y evaluación del plan maestro, y de las obras de infraestructura hospitalaria del Distrito Capital
- Secretaría Distrital de Planeación y demás secretarías de despacho e institutos, que tienen roles de gestión conjunta, así como viabilizan instrumentos y conceptos técnicos para el desarrollo de proyectos
- Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público, que como administrador del patrimonio del distrito, interviene en la consecución de suelo para el desarrollo de proyectos
- Alcaldías locales que pueden participar y cofinanciar, entre otros, fases de los proyectos.
- Curadurías Urbanas, que hacen aprobación de licencias y permisos para el desarrollo de los proyectos.
- Empresas Sociales del Estado, encargados del desarrollo, gestión y determinación de los proyectos a desarrollar
- Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas,
- El sector descentralizado (IDU, Fondo para la prevención y atención de emergencias, empresas de servicios públicos de la ciudad) debe interactuar con la SDS en la definición de acciones complementarias y derivadas del PMES, tanto por la función que desempeñan en la ciudad, como por la relación de esta función con objetivos específicos del Plan.
- Los organismos de control que evalúan la gestión de la SDS y demás actores en cumplimiento del desarrollo del proyecto.
- Los usuarios del sistema distrital de salud, como beneficiarios de sus políticas públicas, deben vigilar por el cumplimiento de los proyectos formulados y el logro de las metas

definidas en torno a la puesta en marcha del Plan Maestro de Equipamiento en Salud. Son directos beneficiados en términos de cobertura, accesibilidad, efectividad, calidad y equidad de los servicios.

13.2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas

13.2.1 A nivel de la administración

- **Ley 400 de 1997** “*Por el cual se adoptan normas sobre construcciones sismo resistentes*”.
- **Ley 715 de 2001:** El artículo 54 parágrafo 2 dice: “*Defínase un plazo de cuatro (4) años después de la vigencia de la presente ley para la evaluación de la vulnerabilidad sísmica de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Una vez culminada la evaluación cada entidad contará con cuatro (4) años para ejecutar las acciones de intervención o reforzamiento estructural que se requieran de acuerdo a las normas que regulan la materia.*”
- **Ley 100 de 1993,** en el artículo 189 expresa: “*Los hospitales Públicos y los Privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las Entidades Territoriales, represente más del 30% de sus ingresos totales, deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria*”.
- **Resolución Nacional No. 9279 de 1993 del Ministerio de Salud:** “Por la cual se adopta el manual de Normatización del Competente traslado para la Red Nacional de Urgencias y se dictan otras disposiciones. “
- **Resolución Nacional 5261 de 1994 del Ministerio de Salud:** “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se definen los grados de complejidad de las Instituciones de Salud para la adecuada prestación de los servicios
- **Decreto Nacional 1876 de 1994 de Ministerio de Salud:** “Por el cual se reglamentan los artículos 194, 195, y 197 de la Ley 100 de 1993, en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.”
- **Resolución Nacional No. 5039 de 1994 de Ministerio de Salud:** Reglamenta el Art. 88 del D. 1298 de 1994, sobre la evaluación de la tecnología biomédica y se establece la metodología y requisitos para la evaluación de tecnología que permitan la adecuada incorporación de tecnología biomédica para garantizar la calidad de la atención en salud.
- **Resolución Nacional 4445 de 1996 expedida por el Ministerio de Salud:** en la que se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.
- **Resolución No. 5042 de 1996, del Ministerio de Salud:** “*Los proyectos para obras de construcción, ampliación o remodelación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, donde se trate de inversión pública con valor superior a los mil (1000) salarios mínimos legales mensuales, deberán contar con el concepto técnico del Ministerio de Salud; cuando dicho valor sea inferior, el concepto lo emitirán las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud, correspondiente al área de su influencia.*”
- **Resolución No. 2753 de 1997 del Ministerio de Salud:** *Dicta normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial las relacionadas con diseño y calidad de los servicios.*

- **Ley 361 de 1997** *“Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones relacionadas con la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad, las comunicaciones y disposiciones varias”.*
- **Circular 29 de 1997 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud** *“Inspección, vigilancia y control en la asignación y ejecución de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario y elaboración y aplicación de los planes de mantenimiento hospitalario de las IPS”.*
- **Resolución 434 de 2001 y anexo técnico, expedida por el Ministerio de Salud** *“Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se define las de importación controlada y se dictan otras disposiciones, a ser aplicada a todas las entidades públicas y privadas, personas naturales y jurídicas que conformen el sector salud”.*
- **Resolución 0293 de 2004, expedida por el Ministerio de Salud** *“Por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración del Catastro Físico Hospitalario de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención del Sector Público”.*
- **Resolución 1043 de 2006** *“Establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”.*
- **Resolución Número 5123 de diciembre 27 de 2006** *“Reglamenta los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud”.*
- **Decreto Nacional 1469 del 30 de Abril de 2010** *“Por el cual se reglamentan las disposiciones relativas a las licencias urbanísticas; al reconocimiento de edificaciones; a la función pública que desempeñan los curadores urbanos y se expiden otras disposiciones”.*
- **Acuerdo 489 de 2012** *“Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 - Bogotá Humana”.*
- **Decreto Distrital 475 de 1998** *“Reglamenta acerca de los parámetros Físico Químicos, Bacteriológicos y calidad del Agua Potable”.*
- **Decreto Distrital 1011 de abril 3 de 2006** *“Define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.*
- **Decreto Distrital 904 de 2001** *“Por el cual se reglamenta el artículo 460 del Decreto 619 de 2000, mediante la definición del procedimiento para el estudio y aprobación de los Planes de Regularización y Manejo”.*
- **Resolución 14707 de diciembre 5 de 1991** *“Organiza el registro especial de las personas que prestan Servicios de Salud, de conformidad con lo ordenado en la ley 10 de 1990 y el decreto 1039 de 1991 y se definen los niveles de complejidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.*
- **Decreto Distrital 318 del 15 de Agosto de 2006** *“Por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamientos de Salud para el Distrito Capital”.*
- **Decreto Distrital 553 de 2012** *“Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto Distrital 318 de 2006 - Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital-, y se dictan otras disposiciones”.*
- **Resolución No. 110 de 1995 de la Secretaría Distrital de Salud** *“Adopta condiciones mínimas para el funcionamiento de los establecimientos que ofrecen algún tipo de atención a los ancianos en el Distrito Capital”.*

- **Decreto Distrital 2240 de 1996** *“Reglamenta la condición higiénica y sanitaria que deben cumplir los establecimientos prestadores de servicios de salud, y en especial las instalaciones de ingeniería de las IPS”.*
- **Resolución No. 686 de Julio 29 de 1998 de la Secretaría Distrital de Salud** *“Reglamenta los procedimientos institucionales en diseño, construcción de obras y mantenimiento de las instalaciones físicas de las instituciones públicas del orden distrital prestadoras de servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.*
- **Decreto Distrital 430 de Noviembre 25 de 2005** *“Por el cual se reglamenta el artículo 430 del Decreto 190 de 2004, mediante la definición del procedimiento para el estudio y aprobación de los planes de regularización y manejo y se dictan otras disposiciones”.*
- **Decreto Distrital 1119 de Diciembre 28 de 2000** *“Por el cual se reglamentan los procedimientos para el estudio y aprobación de planes de implantación”.*
- **Resolución Distrital 4001 de 2010, expedida por la Secretaría Distrital de Ambiente** *“Por la cual se actualiza la Resolución 924 de 2006 que establece el contenido y el procedimiento de los conceptos ambientales de los planes de implantación”.*
- **Resolución 686 de 1996** *“Por la cual se determina el procedimiento de proyectos de inversión y diseños arquitectónicos”.*

Actualmente la administración comprende la necesidad de avanzar en mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas.

Por tanto en cumplimiento de lo contemplado en el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, la administración distrital busca reducir todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.

A su vez, el plan de desarrollo contribuirá al ordenamiento del territorio alrededor del agua, minimizando las vulnerabilidades futuras derivadas del cambio climático y protegiendo en forma prioritaria la estructura ecológica principal de la ciudad, como base de un nuevo modelo de crecimiento urbano basado en la sostenibilidad ambiental, que incluye la revitalización de los espacios urbanos y rurales como expresión del uso democrático del suelo, y la promoción de un sistema de transporte multimodal.

El Plan de Desarrollo Distrital, también fortalecerá lo público como principio del Estado social de derecho, mediante el fomento de la participación y decisión de la ciudadanía, la eficacia y eficiencia administrativa, la transparencia y lucha contra la corrupción y la seguridad ciudadana.

13.2.2 A Nivel de la entidad

La entidad fija como medio de intervención principal para la solución del problema principal el proyecto No. 880 “Modernización e Infraestructura de Salud”, con el fin de que al ejecutarlo se pueda atender cada uno de los problemas identificados y que permiten dar operatividad a la política y en pro del beneficio de lo social.

13.2.3 Metas formuladas

- Ejecutar el 40% de las obras del plan maestro de equipamiento en salud y realizar seguimiento al 100% de los mismos
- Dotar el 100% de las infraestructuras nuevas de la red pública adscrita a la SDS.
- Renovar el 5% de los equipos de tecnología biomédica de las ESE para servicios críticos priorizados.
- Ejecutar obras y suministrar dotación para la Secretaría Distrital de Salud
- Actualizar el Plan Maestro de Equipamientos en Salud, acorde al modelo de atención definido y a la red integrada, al 2016
- Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.
- Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.
- Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- Creación del Instituto Distrital de Oncología
- Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias
- Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón, al 2016
- Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamiento en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el periodo de gobierno 2012 – 2016.
- Poner en marcha 83 Centro de Salud, y Desarrollo Humano al 2016.
- Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital.
- Propender por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.
- Crear una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción, al 2016. (Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud).

Las metas están enfocadas a apoyar a los hospitales de la red adscrita para suplir las necesidades de dotación de equipos biomédicos y reposición de equipos en razón a su obsolescencia tecnológica y cumplimiento de vida útil; al fortalecimiento de las políticas intersectoriales en salud y ambiente, realizar estudios, ejecutar obras de reposición, adecuación, reforzamiento estructural y construcción nueva.

13.2.4 Presupuesto asignado

PLAN DE DESARROLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	633	Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria 20.553.368.442	\$1.111.240.517
Bogotá Humana 2012-2016	880	Modernización e Infraestructura de Salud	\$64.174.720.800
TOTAL			\$65.285.961.317

Con cargo a la presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud se asignaron \$65.286 millones.

13.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población objeto de atención es de 7.571.345 habitantes, sin embargo se acentúa en la población pobre y vulnerable usuaria de los servicios de las ESE, que se encuentran en las veinte [20] localidades en las que está distribuida Bogotá, aunque la salud es un derecho adquirido para por toda la comunidad, el desarrollo del proyecto se ha centrado en la población que pertenece a las localidades con necesidades básicas insatisfechas.

13.3 Resultados en la transformación de los Problemas

13.3.1 Niveles de cumplimiento

- Firmar el convenio No. 2549 de 2012 con el Hospital de Usme, para la contratación de los estudios y diseños del proyecto de la ciudadela de salud mental.
- Firma del convenio No 907 de 2012 con el Hospital Simón Bolívar para la para la puesta en marcha del proyecto de salud mental de la clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias y del Instituto Distrital de Tórax y Corazón.
- Puesta en funcionamiento de tres (3) centros de desarrollo humano en el barrio Paraíso, Recreo y Santafé ubicados en la localidad de Bosa, a cargo del hospital Pablo VI Bosa.
- Realizar el convenio No. 2485 y 2587 de 2012 con el Hospital Centro Oriente y Engativa para puesta en funcionamiento del centro de desarrollo humano.
- Realizar el convenio No. 2475 y 2550 de 2012 con el Hospital de Fontibón para puesta en funcionamiento marcha del centro de desarrollo humano y adquisición de la dotación hospitalaria
- Realizar el convenio No. 2596 y 2597 de 2012 Hospital de Suba, para la puesta en funcionamiento del centro de salud y desarrollo humano Rincón I y Gaitana.
- Realizar el convenio No. 2593 de 2012 Hospital Chapinero, para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la puesta en funcionamiento de centros de salud y desarrollo humano Gran Estación.
- Realizar el convenio No. 2564 de 2012 Hospital Nazareth, para la puesta en funcionamiento del centro de salud y desarrollo humano Betania
- Realizar el convenio No. 2616, 2627 y 2628 de 2012 Hospital Pablo VI Bosa, para la puesta en funcionamiento de los centros de salud y desarrollo humano.
- Realizar el convenio No. 2570 de 2012 Hospital San Cristóbal, para la adquisición de la dotación hospitalaria del centro de salud y desarrollo Humano Juan Rey.
- Realizar el convenio No. 2553, 2592 y 2600 de 2012 Hospital Tunjuelito, Usaquen y Usme, para la puesta en funcionamiento del centro de salud y desarrollo humano.
- Realizar el convenio No. 2640 de 2012 Hospital Vista Hermosa, para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la puesta en funcionamiento del centro de salud y desarrollo humano.

13.3.2 Indicadores

- % de actualización del plan maestro de equipamientos en salud

- % de avance en el diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas.
- % de avance en el diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental.
- % de avance en el Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad
- % de avance de la formalización y legalización del instituto Distrital de Oncología
- % de avance desarrollo de la primera fase de creación del instituto Distrital de Neurociencias
- % de avance de la formalización y legalización del instituto Distrital de Tórax y Corazón.
- % de avance en la implementación del Plan Maestro de Equipamientos en salud para el periodo de gobierno 2012-2016
- Número de Centros de Salud y Desarrollo Humano en funcionamiento
- % de avance de la formalización y legalización del instituto Distrital Pediátrico (
- % de acciones administrativas para conformar una ESE como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón
- % de avance de una unidad de atención drogodependiente o de desintoxicación creada para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción.

13.3.3 Limitaciones del proyecto

Dentro de las dificultades que se encuentran para el desarrollo de la Infraestructura Física se destacan las siguientes:

- **Proceso de legalización de predios:** Se encuentran situaciones que han impedido cumplir con los cronogramas establecidos para los Puntos de Atención definidos para implementar el Reforzamiento Estructural. Se hace necesario fortalecer los sistemas de información y las interrelaciones con entidades, para agilizar los proceso de evaluación preliminar de los inmuebles a intervenir
- **Legalización Jurídica:** Los predios en donde funcionan los distintos puntos de atención de la Red Pública Hospitalaria cuentan con las siguientes características de titularidad:
 - Propiedad de Distrito Capital
 - Propiedad de la Lotería de Bogotá
 - Propiedad de los Hospitales
 - Propiedad del Ente Territorial
 - Predios sin titularidad
 - Propiedad de particulares
- **Legalización Urbanística:** Corresponde aquellas actividades que garanticen la incorporación del plano topográfico del predio a los planos de la ciudad y que cada uno de ellos cuente con la normativa urbanística que permita intervenirlo, construirlo, ampliarlo y destinarlo para el uso en salud.
- **Áreas:** Las normas relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y específicamente las de habilitación 2309/02 y 1439/02, contemplaron que para

diciembre de 2003 las IPS debían cumplir con los requerimientos de la norma; los hospitales apoyados por la Secretaría Distrital de Salud en un alto porcentaje adelantaron su habilitación, sin embargo algunas instalaciones aunque cumplen a la fecha con esta norma, han llegado al límite de su vida útil y presentan problemas de hacinamiento, ventilación e iluminación, requiriendo para la prestación de servicios de ampliaciones, remodelaciones y , adecuaciones sin embargo, en el marco de lo solicitado por el PMES, se plantean intervenciones integrales que permitan el mejoramiento, en un horizonte superior a 10 años.

- **Tiempo de construcción de las edificaciones:** (aprox. 20 años) , este periodo indica que alguna de las instituciones ya cumplieron con su vida útil, se evidencia que es necesario realizar intervenciones importantes en los sistemas vitales como son: redes hidrosanitarias, eléctricas, reforzamiento estructural y siendo necesario dar estricto cumplimiento con la Norma Colombiana de Diseño y Construcción Sismo Resistente- NSR10, que, que las construcciones existentes que por su uso se les clasifique como construcciones indispensables y de atención a la comunidad, que es el caso de los Hospitales de la Red Adscrita se les debe evaluar su vulnerabilidad sísmica y deben ser reforzadas para llevarlas a un nivel de seguridad sísmica equivalente a la de una edificación nueva diseñada y construida de acuerdo con los parámetros de esta Norma, es así como el PMES solicita la priorización de este tipo de intervención para equipamientos que presten servicios de hospitalización y urgencias entre otros.
- **Dotación y reposición de equipos médicos:** La desactualización tecnológica se ocasiona de manera progresiva a medida que se desarrollan nuevas mejoras por parte de proveedores, situando en posición desfavorable a las actuales, ofreciendo ventajas en precio, calidad, espacio y efectividad, lo cual es aún más afectado en la medida que se reduce la oferta de repuestos para los equipos de mayor antigüedad. El aumento en el nivel de obsolescencia y deterioro físico va en detrimento en la calidad y oportunidad de los servicios, por lo que se hace necesario proyectar su reposición para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, la Secretaría Distrital de Salud administra el funcionamiento de infraestructuras que hacen parte del ejercicio de rectoría, regulación y autoridad sanitaria como son el Centro Zoonosis, Hemocentro Distrital, Laboratorio de Salud Pública, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y el Centro administrativo, los cuales en la actualidad se encuentran terminados y en operación. Con el fin de mejorar las condiciones de operación y servicios a la comunidad se hace necesario realizar obras específicas en cada uno de estos centros dependiendo de su función, entre ellas mantenimientos preventivos y correctivos, adecuaciones para el mejoramiento, ampliaciones y reparaciones, entre otros.

En cumplimiento de la misión institucional, la Dirección de Desarrollo de Servicios tiene como funciones diseñar las políticas que garanticen la eficiencia de los procesos de Infraestructura Hospitalaria y la supervisión de todos y cada uno de los convenios o contratos que se hayan derivado o se deriven del proyecto de inversión de Desarrollo de Infraestructura Hospitalaria.

13.3.4 Presupuesto ejecutado

El valor total del presupuesto ejecutado asciende a \$47.975 millones y se giraron \$2.522 millones.

PLAN DE DESARROLLO		PROYECTO	EJECUTADO	GIROS
Bogotá Positiva para vivir Mejor 2008-2012	633	Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria	\$1.111.240.517	\$611.560.386
Bogotá Humana 2012-2016	880	Modernización e Infraestructura de Salud	\$46.864.245.561	\$1.910.814.963
TOTAL			\$47.975.486.078	\$2.522.375.349

13.3.5 Efectos problema y/o acciones

Impactos en población generados (directos)

- Aumento de la capacidad instalada para la atención de servicios de salud, así como la construcción de espacios para el desarrollo de políticas distritales que impactan determinantes sociales (atención primaria, primera infancia, discapacidad entre otros)
- Reducción en la tasa de morbilidad por enfermedades transmisibles, materno perinatales y nutrición, por no transmisibles y por lesiones de causa externa: por población y por localidad.
- Reducción en la Tasa de mortalidad por las diez primeras causas: por población y por localidad
- Afectación positiva en las actividades diarias debido a aumento de la calidad de la salud y del estado de salud en general.

Impactos en población generados (indirectos)

- Aumento en los grados de satisfacción con la salud, de satisfacción en las relaciones familiares y de satisfacción de las relaciones con la comunidad
- Aumento en el bienestar subjetivo de la población: satisfacción con el nivel de vida, la satisfacción con las condiciones económicas, percepción sobre seguridad humana, percepción sobre la seguridad futura y satisfacción con los logros en la vida.

13.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Los 7.571.345 de habitantes de Bogotá D.C.

13.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Ninguna

13.3.8 Población o unidades de focalización que requieren al bien o servicio al final de la vigencia

La población que requiere el bien o servicio es de 7.571.345 de habitantes, en las 20 localidades de Bogotá D.C.

13.3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Coordinar y asistir a las reuniones interinstitucionales para dar solución a los trámites sobre los permisos y licencias de construcción requisitos previos para la ejecución de las obras. Se convocó y asistió con los diferentes actores involucrados en el proyecto con el fin de dar respuestas y las inquietudes técnicas, resultantes de las consultorías.

13.3.10 Diagnostico final del problema

El desarrollo del proyecto pretende resolver los inconvenientes de infraestructura física y dotación que presentan actualmente las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud y las instalaciones que están a cargo de la entidad. Se hace necesario el desarrollo del desarrollo de las intervenciones determinadas por el Decreto 318 de 2006 (o la norma que le modifique o sustituya), así como el desarrollo de los institutos, redes y sus infraestructuras, que permitan una actuación integral que le permita al distrito Capital garantizar un acceso eficiente y equitativo a los servicios de salud.

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las prioridades definidas para el Distrito Capital y con los recursos disponibles, este proyecto incluye la actualización del Plan Maestro de Equipamientos de Salud, a las acciones en gestión, planeación, ejecución y puesta en funcionamiento y dotación de proyectos integrales de infraestructura y dotación de las instituciones públicas pertenecientes al sector salud, así como el desarrollo de equipamientos que fortalezcan específicamente políticas institucionales tales como son los Centros de Desarrollo Humano y los institutos para redes prioritarias.

El Plan Maestro de Equipamientos de Salud constituye el instrumento urbanístico guía (que complementado por la norma sectorial y específica), plantea un equilibrio de los objetivos, políticas y estrategias relacionadas con el desarrollo de las infraestructuras, dotación y servicios de salud, con la norma urbana, instrumentos y proyectos que son necesarios para lograr una mejor distribución territorial de la oferta de servicios de salud en el Distrito Capital.

Se hace necesario realizar su actualización, armonización y articulación con una política territorial de equipamientos a formular, y como respuesta a las variaciones presentadas en las dinámicas de funcionamiento del sector salud, al desarrollo de infraestructuras, planes, programas y proyecciones de la ciudad, y en particular, a la necesidad de complemento y armonización con el modelo de prestación de servicios de salud y al modelo de atención primaria en salud, que, a través de equipamientos específicos como son los Centros de Salud y Desarrollo Humano, fortalecen la presencia institucional en los territorios de la ciudad, buscando integrar actividades individuales, colectivas e intersectoriales, y brindan el soporte para el desarrollo de actividades que afecten positivamente determinantes, superando barreras de acceso a servicios de salud y servicios sociales de toda índole para la población

En este orden de ideas, se hace necesario el fortalecimiento en la infraestructura física en sus componentes de obras y dotación para garantizar que la entidad desarrolle con éxito el modelo de atención primaria en salud que está orientado hacia la garantía del derecho a la salud y apoyada con la APS como la estrategia fundamental para su realización, así mismo se basa en el principio de la equidad como orientador de la acción comunitaria.

La actuación descrita permitirá a la Secretaría Distrital de Salud avanzar en la garantía del derecho a la salud de los habitantes de Bogotá, disminuyendo las desigualdades injustas y evitables en este campo entendiéndose la salud como un bien público.

14. Problema Social No. 14 Alta prevalencia de Urgencias en la Ciudad por enfermedades crónicas agudizadas, lesiones de causa externa y traumas severos que requieren de una respuesta inmediata por parte del sector salud y de los diferentes actores de la Ciudad.

14.1 Reconstrucción del Problema Social

14.1.1 Identificación del problema

Diariamente la línea de emergencias 123 recibe al rededor de 2.200 llamadas para la atención de situaciones de urgencias por enfermedades crónicas agudizadas o por trauma y situaciones de emergencias, que requieren de una respuesta inmediata en el lugar del incidente por parte del sector salud, no logrando una respuesta efectiva y oportuna en el 100% de los pacientes críticos.

14.1.2 Identificación de las causas y efectos

14.1.2.1 Causas

La normatividad vigente no es clara si el Plan Obligatorio de Salud contempla dentro del servicio de urgencias la atención Pre hospitalaria, dificultando la articulación del sector salud privado con el público.

El ente territorial no desarrolló las competencias para ejercer las funciones de rectoría con capacidad de regulación y de control del Sistema de Emergencias Médicas que permita fijar las políticas, planear, invertir, financiar, y ejercer la inspección, vigilancia y control.

Los programas de Atención Primaria en Salud presentan debilidades en la articulación para las patologías relacionadas con la urgencia y la emergencia.

La contratación de servicios de salud, no se realiza teniendo en cuenta los estudios de oferta y demanda de la población, identificación de necesidades, y perspectiva territorial, con el fin de brindar a la población un plan integral de servicios de salud individual y familiar, articulando las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan Obligatorio de Salud.

Las redes de servicios de urgencias no se han implementado para integrar las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud pública y privada, favoreciendo la prestación del servicio con calidad y racionalidad generando:

- El fraccionamiento de los servicios, la subutilización de los primeros niveles de atención y sobreocupación de los terceros y cuartos niveles de atención, afectando la integralidad de la prestación del servicio de salud.
- Desarticulación intersectorial (público y privado) para dar respuesta ante situaciones de urgencias y emergencias y posibles desastres.

- Deficiente desarrollo de programas a nivel local para fortalecer la respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y posibles desastres.
- Déficit de competencias del recurso humano del Programa de Atención Pre Hospitalaria, al igual que desconocimiento y cultura ciudadana frente al buen uso de la Línea de Emergencias.
- Incremento de la agudización de patologías de urgencias por falta de control en los programas de Atención Primaria en Salud.

14.1.2.2 Efecto

1. Aumento de las barreras de acceso de la población del Distrito al servicio de Atención Pre hospitalaria, por ser asumido únicamente por el ente territorial, llevando a una sobrecarga en la gestión administrativa y financiera en el Distrito Capital.
2. Débil preparación de las instituciones de los diferentes sectores y la comunidad a nivel local para dar respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y eventuales desastres.
3. Fallas en la calidad de la prestación del servicio del Programa Atención Prehospitalaria generando un mayor riesgo en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes.
4. Incremento de atención de pacientes no críticos, disminuyendo la posibilidad de atención de pacientes críticos, por el mal uso de la Línea de Emergencias 123 por parte de la comunidad y fallas en la Regulación Médica.
5. Mayor riesgo y vulnerabilidad para la población frente a situaciones de emergencias o posibles desastres.

14.1.3 Focalización

La Población potencialmente focalizada asciende a 370.953 y es toda aquella que solicite un servicio a la línea de emergencia 123 de información, asesoría, intervención y atención Prehospitalaria con o sin traslado, independientemente de su seguridad social, sitio de ocurrencia del incidente (vía pública o domicilio), edad, género o raza entre otros.

14.1.4 Actores que intervienen en el problema

Para el desarrollo del proyecto de inversión, se realiza articulación con los diferentes sectores y actores, como son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Administradoras de Riesgos Profesionales, Ministerio de Protección Social.

El Sector científico representado por la Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología [SCOT], la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación [SCARE], la Asociación Colombiana de Neurología, Asociación Colombiana de Trauma, Sociedad Colombiana de Pediatría, Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria, Asociación Colombiana de Medicina de Emergencias.

En el Sector Educativo están la Secretaría de Educación, el Servicio Nacional de Aprendizaje [SENA], Universidad INCCA, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia,

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Universidad de los Andes, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad Pontificia Javeriana.

Otros sectores: Fondo de Prevención y Atención de Emergencias, Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá D.C. [UAECOBB], Defensa Civil Colombiana, Secretarías de Movilidad, Cruz Roja Colombiana, Policía Nacional [MEBOG], Secretaria de Hacienda, Secretaria de Gobierno, Fondo de Vigilancia y Seguridad, Secretaria de Integración Social.

14.2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas

14.2.1 A nivel de la Administración

El Plan de Desarrollo Nacional 2006 – 2010 propone la política “Mejoramiento del acceso general” la cual tiene como objetivo avanzar en la protección de la población no solo desde la perspectiva de cobertura, sino en términos del mejoramiento del acceso en la prestación de los servicios de salud, en condiciones de calidad y oportunidad.

Dentro del Plan de Nacional de Salud 2007-2010, se encuentra el eje programático Emergencias y Desastres con cuatro áreas sub programáticas:

- Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.
- Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres.
- Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.

El Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008-2012, está estructurado en siete objetivos estructurantes y la Secretaria Distrital de Salud participa en cinco: Ciudad de Derechos, Ciudad Global, Participación y Gestión Pública Efectiva y Transparente. Dentro del objetivo Ciudad de Derechos se encuentra el programa “Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud” que busca optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del sistema.

Así mismo frente al proceso de armonización con el nuevo Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, tiene como objetivo general mejorar el desarrollo humano de los habitantes de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con un enfoque diferencial en todas sus políticas, adicionalmente tiende a reducir todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, el acceso equitativo al disfrute de la ciudad, mediante el desarrollo de sus tres ejes estratégicos como son:

- Propender por una ciudad que reduce la segregación y la discriminación y en donde el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.
- Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua.
- Una Bogotá en defensa y fortalecimiento de lo público.

Con el primer eje en cuanto a salud se pretende remover barreras de acceso a los servicios de salud que le impiden a las personas a acceder a unos servicios médicos de calidad, en este eje esta el programa Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad , este programa tiene el propósito de asegurar la calidad de vida y salud de la población Bogotana por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria en Salud – APS y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.

14.2.2 A nivel de la Entidad

El Plan de Salud Distrital está articulado con el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, el primero está organizado en cinco objetivos estructurantes, materializado en proyectos de Inversión. El proyecto “634 Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre Hospitalaria” se encuentra alineado con la estrategia Redes Sociales y de Prestación de Servicios de Salud y la línea de acción “Modelo de Salud Integral e Incluyente”. El cual busca como objetivo la reorganización de los servicios de salud en el Distrito Capital bajo un modelo de prestación de servicios que responda con accesibilidad, calidad y eficiencia.

En el proceso de armonización del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Humana”, y el Plan Territorial de Salud Distrital, estructurado en siete componentes estableciéndose en el numeral siete el de Urgencias , Emergencias y Desastres, operativizado en el proyectos “881 Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre Hospitalaria”, el cual busca garantizar a la población del Distrito Capital la atención con calidad y eficiencia en los escenarios de urgencias, emergencias y eventuales desastres, mediante acciones de rectoría, coordinación y asesoría a los actores del Sistema de Emergencias Médicas en los ejes de promoción, prevención y atención para afectar determinantes y mejorar la calidad de vida.

14.2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

- A 2012 avanzar en un 9% en la actualización e implementación de los planes de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres en los niveles distrital, local e institucional, con participación de la comunidad.
- A 2012 avanzar en un 7 % concertado e implementado con el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres previamente validada con la comunidad.
- A 2012 capacitar a 6.000 gestores comunitarios como multiplicadores que promuevan el desarrollo de planes específicos para diferentes escenarios (oficinas, edificios, barrios, colegios, etc.).
- A 2012 se habrá avanzado en un 26% en la revisión, ajuste y puesta en marcha el Sistema de Emergencias Médicas para el Distrito Capital en el contexto del modelo de salud.
- Mejorar en 1.31 minutos los tiempos de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria.
- A 2012 avanzar en un 9.30% con un sistema de identificación de riesgos actualizado para el distrito capital.
- Implementación del 40% de los subsistemas del Sistema de Emergencias Médicas a nivel Distrital, al 2012

- Contar con 6 sub-zonas de atención prehospitalaria debidamente regionalizadas y mapeadas, al 2012.
- Atender al 100% de los incidentes de salud tipificados como críticos, que ingresan a través de la Línea de Emergencias 123, al 2016.
- Articular y Gestionar el 100% de las acciones de los Planes Distritales de Preparación y Respuesta del sector salud en sus tres fases (antes, durante y despues), al 2016.
- Diseñar e implementar el Plan de Preparación y Respuesta a Incidentes de Gran Magnitud, de responsabilidad del sector, articulado al Plan de Emergencias de Bogotá, al 2016, con un avance del 8%.
- Capacitar a 5.000 personas vinculadas a los sectores Salud, Educación y a líderes comunales en el tema de primer respondiente en situaciones de emergencia urgencia al 2012.
- Garantizar que el 55% de Empresas Sociales del Estado cuenten con Planes Hospitalarios de Emergencias formulados y actualizados

14.2.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, se asignaron \$58.933 millones.

PLAN DE DESARROLLO	NOMBRE DEL PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	634	Ampliación y Mejoramiento de la Atención	\$27.396.168.842
Bogotá Humana 2012-2016	881	Prehospitalaria	\$31.536.358.592
TOTAL			\$58.932.527.434

Fuente: SDS / FFDS - Dirección Financiera

14.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Población objeto de atención es de 370.953 personas, pero el servicio de atención pre hospitalaria se presta a demanda, sin embargo se encuentra localidades o zonas geográficas en las cuales se focalizan ciertas patologías como son accidentes de tránsito los cuales en la georreferenciación se encuentra concentrados en las grandes vías arteriales; las heridas por arma de fuego y corto punzantes las cuales por georreferenciación se encuentran más frecuentemente en localidades como: Suba Engativa y Ciudad Bolívar; los problemas de salud mental se concentran más en localidades como: Ciudad Bolívar, Suba y Tunal.

Igualmente este servicio lo solicitan más la población de sexo femenino con una diferencia no significativa, los grupos etáreos que más requieren de este servicio son los mayores de 64 años y las patologías que más se atienden son las enfermedades crónicas agudizadas entre los que se encuentran los problemas respiratorios y cardio vasculares.

Los traumas (accidentes de tránsito, caseros, en vía pública, heridas por arma de fuego-HAF, heridas por arma corto punzante- HACP), se presentan alrededor en un tercio de los casos) la población más afectada en los de transito son la población joven y en los casero los mayores de 64 años.

14.3 Resultados de la transformación de los Problemas

14.3.1 Niveles de Cumplimiento

Meta 1. A 2012 avanzar en un 9% en la actualización e implementación de los planes de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres en los niveles distrital, local e institucional, con participación de la comunidad.

Cumplimiento de la meta 35%.

En conjunto con el Sistema de Distrital de Atención de Emergencias, se logro la actualización e implementación del 100% de los Planes de Preparación y Respuesta del Sector Salud como son: Plan Oleada Invernal, Plan Día Sin Carro , Plan Éxodo y Retorno y Plan Semana Mayor, permitiendo generar acciones de coordinación al interior de la Secretaria Distrital de Salud para el desarrollo de las fases de preparación y respuesta ante emergencias, aglomeraciones de público y eventos de interés en salud pública.

La revisión del 100% de los planes de aglomeraciones y planes anuales de contingencia radicados ante la SDS y en el SUGA, permitió prevenir o mitigar los riesgos en las aglomeraciones y determinar si las instituciones cuentan con las medidas de prevención frente a situaciones de urgencias y emergencias respectivamente, realizándose la revisión de 477 planes de eventos de aglomeraciones en el componente salud y asistiéndose a 175 puestos de mando unificados con el fin de coordinar interinstitucionalmente las acciones de preparación y respuesta ante situaciones de emergencias en eventos de aglomeraciones de público.

Brindar asesoría y asistencia técnica al 36% de ESE de III, II y I nivel y en Plan de Emergencias Hospitalarios, con el objeto de conocer el grado de implementación y los planes de contingencia que tiene definido las ESE para dar respuesta a situaciones de emergencias y desastres, como son: H. Vistahermosa, H. Meissen, H. San Blas, H. Usaqué, H. Sur, H. Fontibón y H. La Victoria. San Cristóbal.

Meta 2. “...A 2012 se habrán concertado e implementado con el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres previamente validada con la comunidad...”. Cumplimiento: 100%.

Llevar a cabo la articulación de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres de la DCRUE con FOPAE en la difusión de la estrategia "Con los pies en la tierra", con una intervención a 2.873 personas en el curso Primer Respondiente.

Meta 3. “...A 2012 capacitar a 6.000 gestores comunitarios como multiplicadores que promuevan el desarrollo de planes específicos para diferentes escenarios (oficinas, edificios, barrios, colegios, etc.)”.

Cumplimiento de la meta 61%

Capacitar y formar a 3.654 personas de la ciudad “Dar respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y eventuales desastres”, logrando una cobertura en el primer semestre de 2012 de 3.654 personas capacitadas, con un cumplimiento del 61% de acuerdo a población programada. (Ver tabla No. 1)

Tabla 1

PROGRAMAS DE FORMACION		COBERTURA
CURSOS DE URGENCIAS BASICOS	Primer Respondiente Esencial	2.873
	Primer Respondiente Desastre	570
	Primer Respondiente Salud Mental	25
CURSOS DE URGENCIAS AVANZADO	Soporte Vital Modulado en Trauma	15
	Curso Línea de Emergencias	106
	Curso Trauma Craneoencefálico	47
CURSOS DE EMERGENCIAS	Sistema Comando de Incidentes Básico	18
TOTAL		3.654

**Meta 4. “...A 2012 se habrá avanzado en un 26% en la revisión, ajuste y puesta en marcha del Sistema de Emergencias Médicas para el Distrito Capital en el contexto del modelo de salud...”.
Cumplimiento 49%.**

Realizar el proceso de fortalecimiento de los componentes del Sistema de Emergencias Médicas así:

Rectoría

Continuar con la construcción del Plan de Salud Territorial en lo concerniente al Eje Emergencias y Desastres estableciendo objetivos, metas y estrategias que fortalezcan la prestación de los servicios de urgencias, en el marco del Plan de Desarrollo Humana Ya.

Calidad

Diseño y ejecución del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Dirección CRUE, para garantizar la mejora de los procesos, a través del seguimiento a los controles de los procedimientos así como la identificación e implementación de oportunidades de mejoramiento con un cumplimiento del 100% en el diseño y 91% en la implementación con los siguientes resultados:

- Seguimiento al 100% de las obligaciones contractuales frente a dotación y funcionamiento de equipos, dispositivos e insumos médicos de las móviles del Programa Atención Prehospitalaria vinculados a través de la Unión Temporal Transporte Medico Ambulatorio de Bogotá.
- Cumplimiento de 92% en lo relacionado con el procedimiento de Regulación de la Urgencia Medica evaluando la adherencia a la actividad establecida en el procedimiento y calidad del dato para mejorar la atención brindada por el Centro Operativo a la comunidad que realiza una solicitud a la Línea de Emergencias 123.

Transporte

Continuidad en el programa atención pre hospitalaria con 134 vehículos de emergencias incrementados, para mejorar la cobertura territorial y poblacional del programa y propender por la disminución del tiempo de respuesta.

Así mismo se adelantó la gestión y trámite pertinente para la Renovación de treinta y seis 36 Vehículos de Emergencia de las Empresas Sociales del Estado, para el fortalecimiento de los Servicios de Atención Prehospitalaria en el Distrito Capital, para las Empresas Sociales del Estado: H. Tunal, H. Meissen; H. Usaquén ; H. Suba; H. Fontibón, H. Pablo Sexto; H. Vista Hermosa; H. Engativá, H. Chapinero, H. San Cristóbal, con adelanto de la fase precontractual para la compra de los vehículos a través de la bolsa de valores.

Meta 5. Mejorar en 1.31 minutos los tiempos de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria.

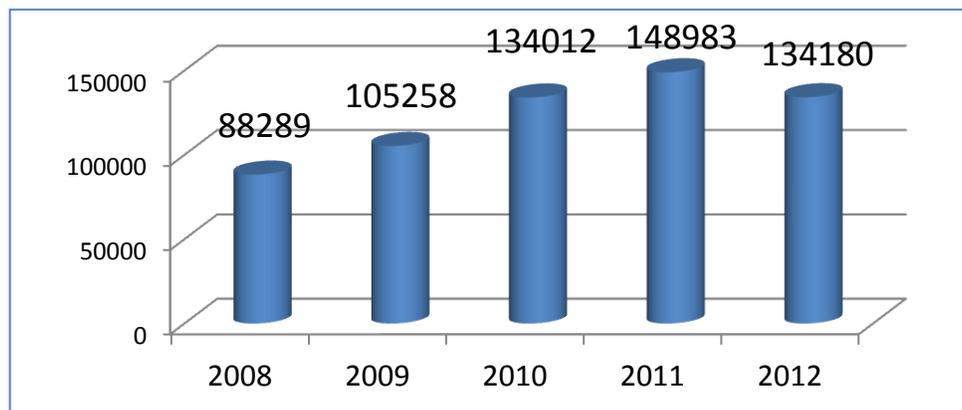
Cumplimiento: Tiempo de Respuesta: 15 minutos y 30 segundos

El tiempo de respuesta a junio de 2012 fue de 15 minutos 39 segundos estuvo por encima del cierre del mismo periodo de junio del 2011 con 14 minutos 26 segundos medido en mediana para los casos clasificados como triage rojo, con un incremento de más de un minuto.

Del total de llamadas efectivamente atendidas en el primer semestre de 2012, se realizaron 134.180 despachos de vehículos de emergencias que comparados con el mismo periodo (primer semestre) se observa una disminución de aproximadamente un 10% de despachos, posiblemente por ajustes en el proceso de la regulación médica y menor disponibilidad de vehículos de emergencias para la atención pre hospitalaria.

En el gráfico No 2 se observa el histórico de despachos comparativo del primer semestre entre los años 2008-2012.

Gráfico No. 2 Comparativo de despacho de vehículos de emergencias, 1er semestre de 2008-2012

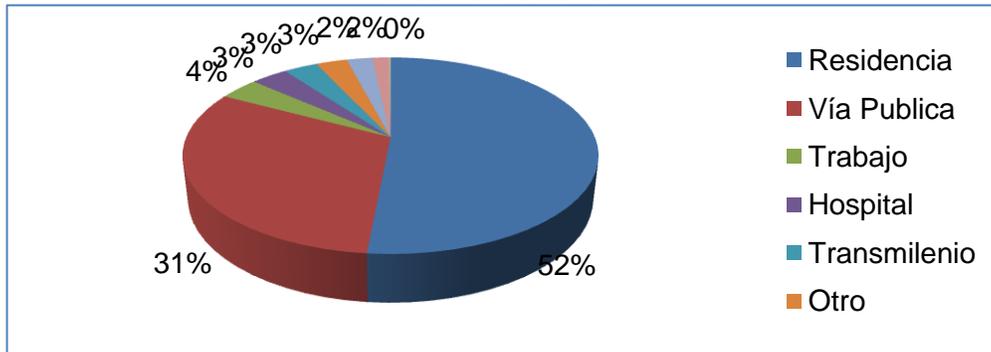


Fuente: BD Procad- NUSE 123

De los despachos de vehículos de emergencias realizados, el 51.9% son solicitudes provenientes de los domicilios, dato que ha presentado un crecimiento continuo, es así como en el 2008 el 38% de las solicitudes para el servicio de atención prehospitalaria provenían de los domicilios, en el 2011 llegó a 48.5% y actualmente en el primer semestre de 2012 más de la mitad de las solicitudes son provenientes de los domicilio (51.9%).

En segundo lugar están los incidentes en la vía pública con una tercera parte de los casos, las solicitudes de apoyo interinstitucional (traslados secundarios) se ha mantenido constante en los últimos años con 3%.

Gráfico No. 3 Proporción de despachos, según sitio de solicitud, 1er semestre de 2012

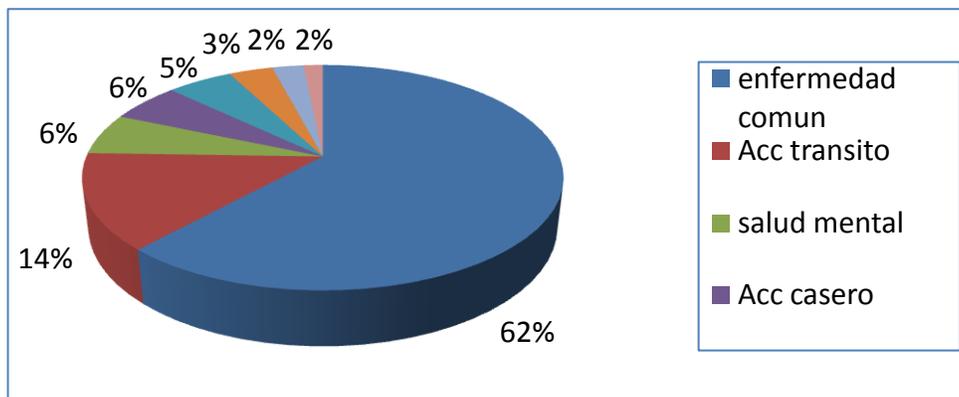


Fuente: BD APH- SIDCRUE

Los grupos de patologías que más frecuentemente se atendieron durante el primer semestre de 2012 fueron las relacionadas con la enfermedad común, patologías que han permanecido en el primer lugar desde hace años. En segundo lugar los accidentes de tránsito con un 14%, la patología mental ha aumentado pasando de un 3% y al 6%.

El gráfico No. 4 muestra las proporciones de los grupos de patología que se atienden en el programa de atención pre hospitalaria.

Gráfico No. 4 Proporción de despachos de emergencias, según grupo de patología 1er semestre de 2008-2012



Fuente: BD APH- SIDCRUE

Las patologías enmarcadas en el grupo de enfermedad común, la patología mental y los accidentes caseros se presentaron más frecuentemente en el sexo femenino con un 54.6%, 52.2% y 54.1% respectivamente en relación con el sexo masculino.

En el sexo masculino predominan los accidentes de tránsito y accidentes en vía pública con 65% y 62.1%, respectivamente, con una diferencia significativa, entre sexos se observa en los accidentes de trabajo y el trauma por violencia que tienen un alto predominio en el sexo masculino 78.8% y 76.9% respectivamente, lo que corresponde a tres hombres atendidos por una mujer.

El mayor número de atenciones prehospitalaria se realizan a personas mayores de 64 años por patología relacionada con enfermedades crónicas, seguidos de pacientes entre 20 a 24 y de 25 a 29 años relacionado con accidentes de tránsito, vía pública y del trabajo.

Del total de atenciones que tienen registrada la variable localidad en la Base de datos del SIDCRUE (568.479), se encontró que las localidades que más solicitaron el servicio de APH fueron en su orden: Bosa con 13.3%, Suba con 10%, Engativa (9.7%), Kennedy (7.9%) y Usaquén (7.4%), en estas 5 localidades se concentra casi la mitad de las solicitudes y casos efectivamente atendidos (48.3%), hay que tener en cuenta que estas son las cinco localidades más densamente pobladas.

Con relación a la referencia de pacientes se logro un cumplimiento de la oportunidad del 96.7 % de las solicitudes de ubicación de maternas en los servicios de urgencias en traslados secundarios equivalente a 320 pacientes, y un 90% en la ubicación de pacientes críticos de 1.341 solicitudes que ingresaron al Centro Operativo durante la vigencia.

Respuesta al 100% de las emergencias en salud presentadas en el distrito capital en el año 2012, con 622 emergencias y atención de 3643 pacientes alrededor del 60 % de las emergencias corresponden a accidentes de tránsito con múltiples víctimas (más de tres).

Meta 6. “A 2012 avanzar en un 9.40% en el sistema de identificación de riesgos actualizado para el distrito capital.”

Cumplimiento 71%

Mantenimiento de la sala situacional de urgencias y emergencias a través de la captura, análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones, con publicación en boletines epidemiológicos y estadísticos como Boletín Epidemiológico de la Dirección CRUE de cierre del primer semestre del 2012

Elaboración de mapas de localización de los vehículos de emergencia, georreferenciación de los tipos de incidentes por grupo de patología (enfermedad común, accidentes de tránsito, accidentes en vía pública, heridas por arma de fuego, arma corto punzante y las emergencias atendidas en el Distrito, entre otros con el propósito de realizar el análisis de riesgos relacionados a los incidentes y establecer así la concentración de incidentes por localidad.

Mantenimiento del Sistema de Información de la Dirección CRUE, con veintitrés (23) módulos permitiendo mejorar la celeridad, oportunidad y calidad de la información de la Dirección CRUE.

Meta 8 Implementación del 40% de los subsistemas del Sistema de Emergencias Médicas a nivel Distrital, al 2012

Cumplimiento 100%

SUBSISTEMA DE TRANSPORTE

Con el fin de dar respuesta en el sitio del incidente a las urgencias presentadas en Bogotá se dio continuidad en la prestación del servicio del Programa APH a través del fortalecimiento del parque automotor de vehículos de



emergencia que a corte diciembre se contaba con 137 recursos:

Ambulancias: 121

- Vehículos de Respuesta Rápida (motos): 15
- Vehículo Equipo Comando: 1

La tipología de las 121 ambulancias son:

- Traslado Asistencial Básico (TAB): 92
- Traslado Asistencial Básico de Salud Mental (TAB-SM): 2
- Traslado Asistencial Medicalizado (TAM): 22
- Traslado Asistencial Medicalizado Neonatal (TAMN): 5

De los 15 Vehículos de Respuesta Rápida, se distribuyen así:

- Vehículos de Respuesta Rápida medicalizada 10
- Vehículos de Respuesta Rápida por tecnólogo 5

Adelantar la gestión administrativa para la renovación de cincuenta y dos (52) vehículos de emergencia de las Empresas Sociales del Estado, con el fin de fortalecer los servicios de atención prehospitalaria de la ciudad a través de los hospitales: Tunal, Meissen, Usaquén, Suba, Fontibón, Pablo Sexto, Vista Hermosa, Engativa, Chapinero, San Cristóbal, con adelanto de la fase precontractual para la compra de los vehículos a través de la bolsa de valores, (45) ambulancias (treinta y uno -31- de transporte asistencial básico y catorce -14- de transporte asistencial medicalizada) y cinco (5) Vehículos de Respuesta Rápida de las ESE, que por su modelo, tipo de carrocería y terreno o área geográfica donde prestan sus servicios, no cumplen con su objetivo principal en el Programa APH debido a sus mantenimientos correctivos que disminuyen el tiempo efectivo de los mismos para prestar sus servicios al igual que generan incremento en sus costos de funcionamiento.

De igual manera, adquirir dos (2) cuatrimotos de alta montaña, para implementar un programa de atención y traslado de pacientes en la zona rural de la Localidad de Nazaret (fortalecer con nueva tecnología nuevos vehículos con características adecuadas para la zona rural,) debido a las difíciles condiciones de la zona, los desplazamientos que debe realizar la población y que en la mayoría de ocasiones el terreno no permite el acceso de las ambulancias que se encuentran en la localidad.

Lo anterior, en aras de mejorar el tiempo efectivo de los vehículos que prestan los servicios al Programa de Atención Prehospitalaria para aumentar la cantidad de atenciones y traslados realizados con base en las solicitudes que llegan a través de la Línea de Emergencias 123.

Lograr la adjudicación de 10 ambulancias básicas 4X2 asignadas a las siguientes hospitales: Usaquén, Engativa, Pablo VI Bosa, Fontibón, Suba, Meissen, Kennedy, La Victoria, Tunjuelito y Santa Clara.

Establecer el Plan de Contingencia y Continuidad para garantizar la prestación del servicio del Programa Atención Prehospitalaria a la población de la ciudad.

SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

Mantenimiento de la Sala Situacional liderada por la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, permitiéndose conocer el comportamiento epidemiológico y estadístico del Programa de Atención Prehospitalaria, realizándose las siguientes publicaciones:

- Boletín Epidemiológico numero 34 generado en el mes de octubre.
- Boletín ERA primer semestre de 2012
- Boletín Accidente Casero
- Boletín Estadístico 2011 articulado con la Dirección de Planeación y Sistemas
- Informe de Violencia por Heridas por arma de fuego.

SUBSISTEMA DE CALIDAD

Continuar con el desarrollo de las actividades dirigidas a fortalecer y mantener las condiciones de seguridad del Programa Atención Prehospitalaria a través del seguimiento de las obligaciones contractuales técnicas y de calidad al 100% de los prestadores de servicios de salud vinculados al programa.

Diseño y desarrollo de un Plan de Gestión de la Calidad dirigido al Centro Operativo de la Dirección Centro Regulador de Urgencias con el fin de mejorar la calidad en la Regulación de la Urgencia Médica en los incidentes que ingresan a través de la Línea de Emergencias 123, mediante la evaluación a la adherencia aleatoria y el desarrollo de actividades de fortalecimiento de las competencias del personal que labora en el Centro Operativo con nueve (9) actividades realizadas y un promedio de asistencia de 59 personas por actividad.

Meta 9. Contar con 6 sub-zonas de atención prehospitalaria debidamente regionalizadas y mapeadas, al 2012.

Cumplimiento 100%

La distribución en seis subzonas permite garantizar desde el Centro Operativo un alcance de control de los vehículos de emergencia y de la ciudad, sin embargo el comportamiento del Programa Atención Prehospitalaria y los estándares internacionales que propenden por una atención integral hace necesario zonificar la ciudad en 19 sub zonas con un cubrimiento de los vehículos de emergencias en áreas geográficas más pequeñas con un radio de acción en promedio de 1.8 a 3 Kms, lo que permitirá una respuesta con énfasis en la calidad del Programa.

Meta 10. Atender al 100% de los incidentes de salud tipificados como críticos, que ingresan a través de la Línea de Emergencias 123, al 2016.

Teniendo en cuenta, que no se tenía línea de base del porcentaje de incidentes de salud tipificados como críticos atendidos, que ingresan a través de la Línea de Emergencias 123, se realizó un muestreo al azar del 1 al 10 de julio del 2012, tiempo en el cual se recibieron 23.160 llamadas y de estos 7.720 despachos.

Del total de llamadas (23.160), se encontró que 2.379 incidentes (10.2%) tenían dentro de sus logs o notas con información que fueron agrupadas como "ocupación total" encontrándose que en

el 10% de los incidentes revisados consignan en texto el dato de falta de recursos, a 1365 casos no se le envían recursos en el mismo momento de la solicitud quedando 572 casos a los cuales no se le envía recurso definitivamente, 168 casos son de prioridad alta, 185 de media y 219 de baja., al proyectar los datos se infiere que en el mes de julio no se envió recursos a 1.773 incidentes de los que se le envía recurso 621 se hace antes de los 30 minutos, 142 entre 30 y 60 minutos y mayor de una hora 147 minutos.

Se calcula que la demanda insatisfecha por no envío de ambulancia de forma oportuna está entre el 7 y el 15%.

Meta 11. Articular y Gestionar el 100% de las acciones de los Planes Distritales de Preparación y Respuesta del sector salud en sus tres fases (antes, durante y después), al 2016.

Cumplimiento: 80%

Frente a la implementación de los Planes de Preparación y Respuesta del sector salud a situaciones de emergencia se estableció como línea base un cumplimiento del 80% en la implementación de las acciones definidas en las fases antes, durante y después, se evidencia que el mayor cumplimiento del 92% se presenta en las acciones durante la emergencia o evento distrital.

Al revisar el 100% de los planes de aglomeraciones y planes anuales de contingencia radicados ante la Secretaría Distrital de Salud y en el SUGA, permitió prevenir o mitigar los riesgos en las aglomeraciones y determinar si las instituciones cuentan con las medidas de prevención frente a situaciones de urgencias y emergencias respectivamente, realizándose la revisión de 495 planes de eventos de aglomeraciones en el componente salud y asistiéndose a 165 puestos de mando unificados con el fin de coordinar interinstitucionalmente las acciones de preparación y respuesta ante situaciones de emergencias en eventos de aglomeraciones de público.

Meta 12. Diseñar e implementar el Plan de Preparación y Respuesta a Incidentes de Gran Magnitud, de responsabilidad del sector, articulado al Plan de Emergencias de Bogotá, al 2016, con un avance del 8%.

Cumplimiento: 12.5%

Frente a la implementación de los Planes de Preparación y Respuesta del sector salud a situaciones de emergencia se estableció como línea base un cumplimiento del 80% en la implementación de las acciones definidas en las fases antes, durante y después, se evidencia que el mayor cumplimiento del 92% se presenta en las acciones durante la emergencia o evento distrital.

Se realizó la revisión del 100% de los planes de aglomeraciones y planes anuales de contingencia radicados ante la SDS y en el SUGA, permitió prevenir o mitigar los riesgos en las aglomeraciones y determinar si las instituciones cuentan con las medidas de prevención frente a situaciones de urgencias y emergencias respectivamente, realizándose la revisión de 495 planes de eventos de aglomeraciones en el componente salud y asistiéndose a 165 puestos de mando unificados con el fin de coordinar interinstitucionalmente las acciones de preparación y respuesta ante situaciones de emergencias en eventos de aglomeraciones de público.

Meta 13. Capacitar a 5.000 personas vinculadas a los sectores Salud, Educación y a líderes comunales en el tema de primer respondiente en situaciones de emergencia urgencia al 2012.

Cumplimiento. 147%

Capacitar a 6.650 ciudadanos y personas del sector salud de la ciudad, en el curso de respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y eventuales desastres. Ver tabla No. 2.

Tabla 2

Programa de Capacitación	Cobertura
Curso Primer Respondiente Básico	6202 personas
Curso Primer Respondiente en Desastres	169 personas
Curso Primer Respondiente en Salud Mental	51 personas
Curso de promoción de la salud y prevención de patologías relacionadas con urgencias.	134 personas
Entrenamiento en los cursos especializados para dar respuesta a la Urgencia Médica y Emergencias	448 personas

Meta 14. Garantizar que el 55% de Empresas Sociales del Estado cuenten con Planes Hospitalarios de Emergencias formulados y actualizados

Cumplimiento 27%

Brindar asesoría y asistencia técnica en la evaluación de los Planes Hospitalarios de Emergencias de 21 prestadores de servicios de salud, con un cumplimiento de implementación de 27%, así: III Nivel (Hospital Simón Bolívar: 31%, Hospital El Tunal 35%, Hospital Santa Clara 12%, Hospital La Victoria 11%, Hospital Occidente de Kennedy 38%, II Nivel: (Hospital de Suba 30%, Hospital de Engativa 62%, Hospital de Fontibón 18%, Hospital San Blas 19%, Hospital de Meissen 26%, Hospital Bosa II Nivel 23%, Hospital Tunjuelito 58%, I Nivel: Hospital Usaquén: 3% Hospital Chapinero 1%, Hospital Rafael Uribe Uribe 24%, Hospital Centro Orienté 36%, Hospital Pablo VI Bosa 94%, Hospital Vista Hermosa 43%, Hospital Nazaret 1%, Hospital San Cristóbal 28%, Hospital del Sur 5% y Hospital de Usme 1%

Dentro de las debilidades encontradas se refleja en los componentes no son definidos en el Plan Hospitalario de Emergencias como son:

- Organización para emergencias
- Análisis de AVR (amenaza, vulnerabilidad, riesgo)
- Preparación para la Respuesta
- Capacitación, publicación y difusión del PHE
- Simulaciones y Simulacro
- Seguimiento y Auditoria

14.3.2 Indicadores

- Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación del Sistema de Emergencias Médicas-SEM

- Porcentaje de avance en la implementación de los planes operativos de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres programados
- Porcentaje de avance en la implementación de una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres
- Total de gestores comunitarios capacitados
- Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación del Sistema de Emergencias Médicas.
- Número de minutos disminuido en la respuesta de la Atención Pre Hospitalaria.
- Porcentaje de avance en la identificación y actualización del Sistema de identificación de riesgos
- Porcentaje de avance e implementación de los subsistemas del SEM .
- Porcentaje de incidentes de salud críticos atendidos que ingresaron por la Línea de Emergencias 123
- Porcentaje de cumplimiento de la articulación y gestión de los Planes Distritales de Preparación y Respuesta del sector salud en sus tres fases (antes, durante y después)
- Porcentaje de diseño e implementación del Plan de Preparación y Respuesta de Incidentes de Gran Magnitud del sector salud.
- Número de personas entrenadas para dar respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y desastres.
- Porcentaje de implementación de los Planes Hospitalarios de Emergencias en la red pública

14.3.3 Limitaciones y problemas del proyecto

Normativas

- El funcionamiento del actual Sistema de Atención de Urgencias Médicas se encuentra regulado por el Acuerdo Distrital No. 16 de 1991, normatividad que responde a los criterios científicos, técnicos, administrativos, sociales y políticos propios de la conjunción de modelos y sistemas adoptados en la década de los años 90.
- Vacío normativo frente a las responsabilidades de las EAPB en lo concerniente en la Atención Prehospitalaria, Planes de Preparación y respuesta ante una emergencia.
- No inclusión del servicio Atención Prehospitalaria en el plan de beneficio del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y Contributivo

Técnica, tecnológica, científica y de administración

- Desarticulación y desactualización del Sistema de Radiocomunicaciones que no garantiza la optima respuesta del sector salud pública y privada en situaciones de emergencias y desastres.
- Ausencia del Programa de Seguridad del Paciente para la atención prehospitalaria.
- Falta de cultura ciudadana y ética con lo público en el uso adecuado de la línea de emergencias 123 y al paso de las ambulancias

- Debilidad en las red privada en la elaboración e implementación de los Planes Hospitalarios de Emergencias, con una asistencia técnica limitada a las ESE por parte del equipo técnico de la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
- Falta acompañamiento por parte de la ESE en los eventos de aglomeración de público para desarrollar las acciones de alimentos sanos y seguros, calidad de agua y manejo de residuos.
- Tiempos prolongados para la contratación de persona natural que desarrolla el proyecto inversión para la Ampliación y Fortalecimiento del Programa APH.
- Desarticulación en la utilización de herramientas tecnológicas por parte las entidades del sistema de prevención y atención de emergencias no permitiendo un reporte oportuno y veraz para hacer la identificación de riesgos (SIREB).
- Inoportunidad en el reporte a la Red de Urgencias Distrital por parte de las ESE e IPS de los servicios ofertados y la disponibilidad de cama.

Recurso Humano

- Alta rotación de personal médico y paramédico por falta de garantías económicas y laborales y debilidades en las competencias de los mismos.
- Contratación de la prestación del servicio APH a través de 27 IPS entre públicas y privadas lo que genera dificultad en la unificación de las condiciones de los trabajadores del programa de APH.
- Equipo limitado de instructores médicos especialistas para la formación de los cursos avanzados de urgencias y emergencias.

14.3. 4Presupuesto Ejecutado

Del presupuesto total asignado se ejecutaron \$58.455 millones y se giraron \$34.291 millones..

PLAN DE DESARROLLO	NOMBRE DEL PROYECTO		EJECUTADO	GIROS
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	634	Ampliación y Mejoramiento de la Atención Prehospitalaria	\$27.396.168.842	\$23.632.171.169
Bogotá Humana 2012-2016	881		\$31.059.093.747	\$10.658.627.059
TOTAL			\$58.455.262.589	\$34.290.798.228

14.3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

El programa de atención pre hospitalaria tiene un efecto positivo sobre la accesibilidad de la Población a los servicios de salud ante una urgencia o emergencia debido a que se ha brindado el servicio de APH con 258.450 atenciones directas y más de 350 llamadas efectivas lo cual ha mejorado las barreras de acceso a los servicios de urgencias .

Fortalecer el Sistema de Emergencias Médicas a través del desarrollo e implementación de los subsistemas: Rectoría, Prestación de Servicios (Atención Pre hospitalaria – Servicios Hospitalarios de Urgencias y Sistema de Referencia y Contrarreferencia) Transporte, Comunicaciones, Gestión del Riesgo e Información, lo cual ha permitido una mayor preparación del sector salud y de la comunidad para la atención de las urgencias y emergencias que se

presentan en el Distrito a través de las acciones adelantadas por la Secretaria de Salud - Dirección Centro Regulador de Urgencias

Aumentar la cobertura poblacional y geográfica del programa de atención Pre hospitalaria con el fortalecimiento del parque automotor y la implementación del Programa de Respuesta Rural Equina que permite la atención en áreas de difícil acceso geográfico en la localidad 20 de Supamaz.

Inclusión de nuevos programas para mejorar la cobertura del servicio de Atención pre hospitalario como son: Respuesta Rural Equina, - Vehículo de Apoyo en Psicología, con el propósito de articular las acciones intersectoriales en situaciones de maltrato y abuso en población vulnerable.

Preparar al sector salud para dar respuesta a situaciones de emergencias y desastres a través de: Planes de emergencia hospitalaria y los planes de preparación y respuesta de emergencias.

Mayor cubrimiento en los Puesto de Mando Unificado de las aglomeraciones de público complejas disminuyendo y mitigando los riesgos que se presentan en este tipo de eventos.

Personal del sector salud y de la comunidad preparados a través de los programas de educación virtual y presencial.

14.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

La población atendida, son todas personas a quienes se les presta cualquier tipo de servicio a través del programa de Atención Prehospitalaria, asesoría, intervención, valoración pre hospitalario con o sin traslado por una afección súbita de salud individual (urgencias) o colectivo (emergencias o desastres), que asciende a 333.858 personas atendidas .

14.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Es aquella población que solicita el servicio pero finalmente no se le presta por que en la mayoría de las veces es trasladado por sus propios medios o por otros vehículos de emergencias o la policía o por no contar en el momento del incidente con recursos (vehículos de emergencia) lo que constituye la demanda insatisfecha que según el cálculo realizado va desde el 7 al 15% que equivale a 37.095 personas.

14.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia

La población beneficiaria objeto del proyecto Ampliación del Programa Atención Pre hospitalaria, corresponde a todas las personas que requieren –cualquier tipo de servicio de urgencias y/o emergencias.

14.3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Realización de convenios de cooperación con instituciones educativas como la Universidad INCCA, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, para la preparación del talento humano en la respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

Realización de convenios de cooperación con la Unidad Especial Cuerpo Oficial de Bomberos, para mejorar la respuesta frente a situaciones y escenarios de emergencias [complejas, múltiples víctimas, entre otros] y desastres [naturales o antrópicas], en colapsos estructurales. Convenios de cooperación con instituciones educativas Universidad INCCA, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, para la preparación del talento humano en la respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

Realizar la articulación con la Dirección Desarrollo de Servicios para la reorganización de la Redes de Servicios del Distrito en el componente Urgencias y para la revisión y propuesta de modelo de prestación de servicios de Salud.

14.3.10 Diagnóstico final del problema

Continua la utilización de la línea de emergencia de forma creciente, aunque se observa una estabilización en la frecuencia de uso para la atención de situaciones de urgencias por enfermedades crónicas agudizadas o por trauma y situaciones de emergencias, lo que requiere de una respuesta inmediata en el lugar del incidente por parte del sector salud, apoyados por la población la cual debe hacer buen uso de la línea de emergencia.

Las urgencias y las emergencias que se presentan en el Distrito capital han venido en un crecimiento debido a varios factores como el aumento de la población, el aumento del parque automotor lo que aumenta el riesgo y probabilidad de que se presente incidentes por accidentes de tránsito y traumas por violencia.

Aunque se ha presentado avances en la preparación intra e intersectorial para la atención de emergencias y posibles eventos del gran magnitud, aun falta preparación y articulación para la respuesta y la mitigación de los riesgos.

Con los cursos de primer respondiente se han venido preparando a la ciudadanía en general y a grupos especiales del sector salud como los equipos básicos de salud pública en la adquisición de habilidades y competencias para auxiliar a las personas ante una urgencia. Se ha fortalecido las competencias del personal médico y paramédico de la Atención Pre Hospitalaria, a través de cursos presenciales y a través de la web.

Se estandarizaron los procedimientos y guías de la Atención Pre Hospitalaria.

Se dio inicio al ejercicio de rectoría con las auditorías al Programa de APH, Central de Regulación, encuestas de satisfacción, prueba de competencias entre otras.

15. Problema Social No. 15 Déficit en garantía de suficiencia en sangre, células madre, tejidos y órganos para trasplante que pone en riesgo la salud de la población.

15.1 Reconstrucción del problema social

15.1.1 Identificación del problema

El desarrollo de los servicios y productos ofrecidos por el Hemocentro Distrital desde el año 2001 ha sido importante, sin embargo, la cantidad de componentes sanguíneos y tejidos humanos aún no es suficiente para satisfacer la demanda de los servicios de salud que los requieren en el tratamiento de diversas patologías y atención de urgencias. Además, los servicios de banco de células madre de cordón umbilical no están operando pese a que se cuenta con las instalaciones, la mayor parte de los equipos y recurso humano.

Adicionalmente, las necesidades de componentes sanguíneos por parte de nuestros hospitales e IPS adscritas superan la capacidad de respuesta de acuerdo con los informes de gestión de los últimos años, cuando las solicitudes tanto de componentes sanguíneos como de tejidos han sido superiores en más de un 30% a lo que se ha despachado.

De otra parte, es necesario desarrollar los programas de formación de talento humano en bancos de sangre, tejidos y células, así como la investigación aplicada en medicina transfusional y medicina regenerativa, la biotecnología y la innovación, permitiendo el fortalecimiento del Hemocentro Distrital como aporte a la generación de conocimiento.

Como una de las situaciones problemáticas adicionales que se presentan está la necesidad de disponer de Hemoderivados por el aprovechamiento del plasma no utilizado en el Hemocentro y realizar el fraccionamiento industrial de plasma por encargo y en los compromisos para este cuatrienio se espera poder realizar ese convenio que daría solución a la falta de hemoderivados para nuestra población.

Descripción del problema o necesidad

Actualmente, el Hemocentro Distrital funciona como dependencia de la Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Desarrollo de Servicios, para la regulación de la sangre, células y tejidos, buscando garantizar la suficiencia de tejidos, células y componentes sanguíneos en la red adscrita del Hemocentro Distrital y desarrollar estrategias para aumentar la donación voluntaria de sangre y hemocomponentes en la población de Bogotá. Para su operación ha sido necesario contar con el apoyo administrativo de un Hospital que actualmente es el Hospital Meissen E.S.E.

A la fecha, el Banco de tejidos cuenta con la certificación de cumplimiento de condiciones sanitarias, concedida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA y ofrece piel y corneas a las IPS habilitadas que lo solicitan. Adicionalmente, cuenta con inscripción y aprobación de la Regional No.1 de la Red de Donación y Trasplantes de la Secretaria Distrital de Salud y autorización, mediante Resolución, para el rescate de tejidos en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El Hemocentro Distrital, además de ser banco de sangre de referencia para Bogotá y el único banco público de tejidos humanos, próximamente ofrecerá los servicios de células madre de cordón umbilical; además, es el organismo asesor en medicina transfusional y apoya la gestión de la Coordinación de la red de bancos de sangre y servicios de transfusión de Bogotá.

A partir del inicio de operaciones en el año 2001, el Banco de sangre ha evolucionado en cuanto a crecimiento de servicios y garantía de calidad por la seguridad sanguínea, pero también ha

atravesado por periodos de inestabilidad administrativa, operativa y logística que han puesto en riesgo la normal operación y la eficiencia de los servicios.

Ante las crecientes necesidades de desarrollo tecnológico en el sistema transfusional así como los avances en la terapéutica con células y tejidos en el mundo, y por la falta de acceso a servicios de alta tecnología para la población vulnerable, el Hemocentro ha buscado intervenir en la solución de esta problemática y se ha proyectado más allá del simple manejo del banco de sangre, células y tejidos, hacia la constitución de un único Instituto de carácter público, que funcione de manera independiente en un Centro o instituto científico y Biotecnológico, apoyando el desarrollo de la ciencia y tecnología, en el área de la salud humana.

En el año 2011, según el informe de gestión 2011 del Instituto Nacional de Salud, 247.696 pacientes recibieron transfusiones sanguíneas y se colectaron 710.825 unidades de sangre de 913.636 donantes atendidos. Por su parte, el Hemocentro Distrital, colectó 37.044 unidades de sangre, de estos, el 94% fueron donantes voluntarios. El banco de sangre en el año 2010 despachó 65.901 componentes sanguíneos, supliendo la demanda en un 88,8%, lo cual disminuyó para el 2011 ya que se despacharon 57.921 componentes sanguíneos con un cumplimiento del 75%.

En el Banco de Tejidos, para el 2011, se rescataron, procesaron, preservaron y almacenaron 208 corneas y aproximadamente 26.000 cm² de piel (este cálculo no tiene en cuenta la cantidad de piel rescatada en los meses que no se reportó el indicador por estar en periodo de validaciones y pruebas). Se distribuyeron 52 corneas para trasplante y 7372 cm² de piel para implante como se presenta en la siguiente tabla, en la cual se muestra que hay insuficiencia de tejidos para suplir la demanda.

En término de número de necesidad de tejidos, en Colombia existe lista de espera de acuerdo a los tejidos requeridos. En el caso de tejidos, a septiembre de 2011 se encontraban 472 receptores en lista de espera para trasplante de córnea. Para piel aun no se conocen cifras de la demanda específica. Sin embargo, durante el año 2010 se realizaron trasplantes, en el caso de las corneas, se entiende que la información registrada como distribución correlaciona el trasplante como tal, dada la necesidad presentada anteriormente. En el caso de los tejidos como la piel, no se conoce registro consolidado aún por la Red Nacional de trasplantes, de los pacientes beneficiarios de este apósito natural, ni de los tratamientos realizados a los mismos.

Así, también existe insuficiencia en la provisión de tejidos humanos para las instituciones prestadoras de servicios de salud que realizan implantes y trasplantes y necesitan tejidos humanos, ya sea corneas, piel, huesos, membrana amniótica, entre otros.

15.1.2 Identificación de las causas y efectos

15.1.2.1 Causas

A nivel nacional falta gestión para establecer los lineamientos normativos, el desarrollo de procesos y la destinación de recursos encaminados al fortalecimiento del Programa Nacional de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual en Colombia.

- La insuficiencia de componentes sanguíneos en el Hemocentro Distrital, es una problemática a nivel Nacional y Distrital, generada por principalmente por la falta de estrategias efectivas y a largo plazo, que permitan que la población adquiriera una cultura de donación voluntaria de sangre, de manera habitual y altruista, aumentando así las existencias de componentes sanguíneos para la transfusión en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Específicamente en el Hemocentro distrital, la colecta de sangre no ha aumentado significativamente en los últimos años porque no ha estado apoyada por programas nacionales ni distritales de Promoción de la donación y la inversión para este propósito ha sido insuficiente, el recurso humano no ha sido estable y no se ha contado con recursos informáticos y de comunicaciones que faciliten el desarrollo de estrategias para fortalecer la cultura de donación voluntaria de sangre.
- En el Hemocentro Distrital no se ha dado el proceso de actualización y reposición necesaria de equipos de alta tecnología y no se han implementado procedimientos y técnicas ya utilizadas por otros bancos de sangre que realizan aféresis y manejan componentes sanguíneos modificados.
- Existen limitaciones administrativas y técnicas para apoyar como banco de sangre de referencia la capacitación a los servicios de transfusión a los cuales el Hemocentro les provee productos y servicios, así como otras IPS, en el uso adecuado de los componentes sanguíneos para aplicación de terapia transfusional y manejo de inventarios de componentes sanguíneos.
- Estas condiciones están relacionadas con las limitaciones administrativas y financieras en la gestión, originadas en el modelo de operación que hasta ahora ha sido apoyado por Hospitales ESES adscrito a la SDS en contraposición con las necesidades de desarrollo tecnológico y humano para la efectividad en los servicios.
- En cuanto al desarrollo tecnológico, faltan metodologías y hay insuficiencia de recursos para el diseño y estructuración del banco de células madre de cordón umbilical y laboratorio de Histocompatibilidad aplicada a trasplantes.
- En la ciudad ni el país se cuenta con planta fraccionadora de plasma para producción de hemoderivados y no es costo efectivo ni adecuado montar una, pero existe la posibilidad de realizar convenios y/o contratos con plantas extranjeras para cubrir esa necesidad de la población.
- Por otra parte, referente a la necesidad de contar con el Banco Público Distrital de Células Madre de Cordón Umbilical y el Laboratorio de HLA aplicada a Trasplantes, está dada porque nuestra población afectada por diversas patologías no tiene acceso a terapias celulares puesto que Bogotá no cuenta con un banco de esta naturaleza y aunque existen algunos privados, tienen ánimo de lucro, baja capacidad de almacenamiento y a diferencia de los bancos públicos, las células almacenadas son de destinación única para el mismo donante.
- Por último, ante la problemática por la falta de espacios de entrenamiento, formación y generación de conocimiento en áreas de medicina transfusional, terapia regenerativa,

tisular y celular, se encuentra relacionada con la falta de espacios adecuados para su desarrollo así como las limitaciones técnicas, administrativas y estructurales, para acceder a recursos destinados a estos fines y desarrollar programas y planes de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en ciencia y tecnología.

15.1.2.2 Efectos

Se presentan riesgos para la prestación eficiente de los servicios de salud, especialmente la Red Pública de Bogotá, para el mejoramiento de la salud y la vida de sus pacientes. De no recibirlos de manera suficiente, oportuna y de calidad, no tendrían como responder a las necesidades de sus usuarios para atender patologías específicas con la mejor alternativa terapéutica, aumentando los riesgos para la salud y la vida en la población.

- La Secretaria Distrital de Salud podría incurrir en incumpliendo de responsabilidades como: Asegurar la suficiencia, oportunidad y seguridad de la sangre, así como de ofrecer a la población las mejores alternativas terapéuticas en la atención en salud.

El impacto por la gestión ineficiente de los recursos sería negativo y los costos financieros y sociales continuarían aumentándose.

- La insuficiencia y altos costos de los hemoderivados, considerados medicamentos a los que no tienen fácil acceso los pacientes con diversas patologías, entre ellos, los que tienen Hemofilia y no están recibiendo su terapia preventiva ni el tratamiento adecuado según guías y protocolos de atención para este tipo de pacientes, se tornarían en atenciones más costosas para el Sistema de Salud.
- La falta de gestión para el desarrollo de la investigación e innovación tecnológica aplicada a salud, específicamente en terapia transfusional, tisular, celular y regenerativa, implica un atraso en el conocimiento y aplicación de nuevas alternativas terapéuticas que ya están siendo utilizadas en el mundo y a las cuales nuestros pacientes continuarían sin acceso.
- Los excedentes importantes de plasma son desechados, perdiendo la oportunidad de aprovecharlos para la obtención de Hemoderivados a menor precio para los usuarios y que benefician la salud y la vida de los pacientes.

15.1.3 Focalización

El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento y afectación a las veinte localidades en las zonas urbana y rural, para el 100% de la población de la ciudad y la región capital.

Las acciones del Hemocentro Distrital están dirigidas a suplir necesidades de células, sangre y tejidos a la Red Pública de la ciudad y prioritariamente a la población usuaria de la misma.

15.1.4 Actores que intervienen en el problema

Intervienen en el problema:

- Secretaria Distrital de Salud
- Empresas Sociales del Estado
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- Entidades públicas y privadas que apoyan la donación de sangre, tejidos y células
- Instituciones académicas
- Otras instituciones y sectores con grupos de investigación y biotecnología

15.2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

15.2.1 A nivel de la administración

El problema es atendido por la administración distrital con la ejecución del Plan de desarrollo económico, social y de obras públicas 2008 -2012 “Bogotá positiva”, en el cual se realiza el siguiente planteamiento:

Eje: “Ciudad de derechos”, programa: “fortalecimiento de servicios de salud y en congruencia en el Plan Distrital de salud pública de Bogotá” que pretenden entre otros, contribuir a reducir la falta de acceso a los servicios de salud e influir para el logro de los objetivos del milenio en sus metas de reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes y optar al desarrollo del país proporcionando acceso a los medicamentos y aprovechamiento de los beneficios de nuevas tecnologías en países más desarrollados.

De igual forma, a través del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016”, en el cual se realiza el siguiente planteamiento:

Dentro de su Eje 1: *“Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”*, programa: *“Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde las Diversidades”*, cuyo objetivo estructurante: *“Incentivar y desarrollar investigación, gestión del conocimiento e innovación en la provisión y prestación de los servicios de salud”*, tiene el compromiso de contribuir a reducir la falta de acceso a los servicios de salud e influir para el logro de los objetivos del milenio en sus metas de reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes y optar al desarrollo del país proporcionando acceso a los medicamentos y aprovechamiento de los beneficios de nuevas tecnologías en países más desarrollados.

15.2.2 A nivel de la entidad

La solución del problema se realiza mediante el proyecto No. 631 “Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos” y No. 882 “Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana”, cuyo fin común es contribuir a satisfacer las necesidades de sangre, células, y tejidos humanos, propendiendo por el mejor estado de salud de la población y para el desarrollo de la hemoterapia, medicina transfusional y el proceso de donación de tejidos con fines de trasplante, además de incentivar la generación del conocimiento mediante la investigación, y formación del recurso humano.

15.2.3 Metas formuladas

- A 2012 aumentar la tasa de donación de sangre a 30 unidades por cada 1.000 habitantes

- A 2012 poner al servicio de la comunidad el primer banco público de tejidos y células del país.
- A 2012 aumentar la tasa de donación de órganos y tejidos a 28 por cada 1.000.000 de habitantes
- Garantizar por lo menos el 90% en la distribución de hemocomponentes y tejidos humanos, solicitados al Centro y el 40% de células madre solicitadas con propósito de trasplante alogénico no relacionado, al 2016
- Colectar y procesar 200.000 unidades de sangre en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- Disponer de 80.000 litros de plasma para ser procesado en una planta extranjera, en la producción de hemoderivados mediante fraccionamiento industrial de plasma
- Disponer de 168.000 cm² de piel procesada en el banco de tejidos humanos del centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana
- Disponer de 1500 córneas para trasplante, en el banco de tejidos humanos del centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- Realizar 100 rescates de tejidos osteoarticulares, en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana
- Realizar 100 rescates de homoinjertos, en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana
- Colectar, procesar y disponer de 3000 unidades de sangre de cordón umbilical para trasplante.

15.2.4 Presupuesto asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	631	Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos	\$1.635.913.400
Bogotá Humana 2012-2016	882	Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana	\$5.834.396.560
TOTAL			\$7.470.309.960

Con cargo a los recursos de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, el presupuesto asignado para la vigencia 2012 fue de \$7.470 millones.

15.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población objeto de atención son los habitantes de Bogotá en las 20 localidades, la región y el país. Siendo la sangre un bien público, no es posible escoger a quien distribuirlo a no ser por los criterios de distribución propios de la institución como el caso del Hemocentro Distrital con prioridad a las Empresas Sociales del Estado

Distribuye formalmente componentes sanguíneos a 12 Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud y a 11 PS privadas, quienes tienen relación contractual para provisión de sangre, con el Hospital de Meissen.

En sangre, contaríamos con 4.5 millones de potenciales donantes en la ciudad de Bogotá, de los cuales al menos 30 sean donantes necesarios por cada 1000 habitantes.

Para el caso del banco distrital de células madre y cordón umbilical, aún no se tiene caracterizada la población beneficiada indirectamente ya que el servicio aún no está disponible pero se cuenta con un análisis de necesidades de trasplante de células madre según estadísticas históricas de instituciones prestadoras de servicios de salud. La población directa son las IPS que realizan trasplante de medula ósea y células progenitoras hematopoyéticas., lo cual se describe en el siguiente párrafo.

15.3 Resultados en la transformación de los problemas

15.3.1 niveles de cumplimiento

Banco de Sangre

Lograr suplir la demanda a los servicios Transfuncionales de los hospitales de la red pública y privada de la ciudad de Bogotá en un 76%, distribuyendo 58.047 componentes sanguíneos, Así: I Semestre 28.820, II Semestre 29.227.

Colectar 36.334 unidades de sangre, alcanzando un cumplimiento de 90.5%. Se recibieron en I Semestre 18.229 y II Semestre 18.105 donantes, de los cuales el 96% fueron donantes voluntarios y 4% donantes por reposición, aumentando la calidad y seguridad de los componentes sanguíneos distribuidos.

Banco Multitejidos

Para el primer semestre del 2012, teniendo en cuenta que aún se trabajaba con la problemática y las metas planteadas en el proyecto 631 del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008 – 2012, se tenía establecido poner al servicio de la comunidad el primer banco público de tejidos y células del país. Como parte de esta meta para el primer semestre del 2012 se debían cumplir con todas las actividades para operar el banco de tejidos y procesar 120 corneas y 20.000 cm² de piel.

Durante este periodo de tiempo se procesaron 99 corneas de las 120 programadas y 26.713 cm² de piel de los 20.000 cm² programados.

Así mismo, todas las actividades necesarias para operar el banco se cumplieron. Estas actividades incluyen: búsqueda y selección de donantes, rescate y procesamiento de tejidos, control de calidad de tejidos, almacenamiento y distribución de tejidos, lavado y esterilización de instrumental, gestión del transporte de personal, tejidos y muestras, gestión de insumos (control de calidad e inventario), mantenimiento de equipos, limpieza y desinfección de laboratorios, aseguramiento de la calidad (gestión documental, manejo de hallazgos, atención de quejas, reclamos y requerimientos), entre otras.

Para el segundo semestre del 2012, se inició la medición del cumplimiento de las metas planteadas en el proyecto 882 del plan de desarrollo 2012 – 2016 Bogotá Humana. El banco de tejidos recató y procesó aproximadamente 10.389 cm² de piel (este valor es aproximado ya que no se ha terminado el procesamiento de los donantes obtenidos en agosto y septiembre) de los 10.000 cm² programados. Así mismo se rescataron y procesaron 22 corneas de las 96

programadas. El nivel de cumplimiento en cuanto a distribución de tejidos fue del 52.5% para corneas, ya que se recibieron 40 solicitudes y se despacharon 21 corneas. Para piel hubo un cumplimiento de 71% ya que de 7 solicitudes recibidas se atendieron 5. Con esta distribución de beneficiaron 21 pacientes que requerían implante de cornea, uno de ellos en urgencia cero y no menos de 10 pacientes que requerían piel para tratamiento de quemaduras y úlceras.

De igual forma se llevaron a cabo actividades enfocadas a la implementación del banco de tejido osteo articular.

Así mismo, como parte de la gestión de calidad del banco de tejidos y de la preparación para la visita de buenas prácticas también se llevaron a cabo actividades de revisión y actualización de la documentación operativa y de apoyo, medición de la satisfacción de los clientes (IPS implantadoras de tejidos), auditorías internas para la mejora de los procesos, auditorías a proveedores de servicios, capacitaciones, gestión de insumos, mantenimiento de equipos.

Banco de células madre de cordón e investigación

El nivel de cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia del año 2012 fue del 100%. Se continuó con la implementación del primer Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical proyectando la disposición de tres mil unidades de sangre de cordón umbilical para el año 2016. El número de unidades que quedan disponibles es limitado a aquellas que cumplen los más altos estándares de calidad, sugeridos por las redes internacionales que regulan el funcionamiento de bancos públicos. Por tanto, la implementación del Banco en el año 2012 incluye la infraestructura, equipos, personal y procedimientos que garantizarán esta calidad.

En cuanto al procesamiento de la sangre de cordón umbilical, se avanzó con la adquisición de equipos de última tecnología que no sólo permitirán realizar los análisis requeridos para que estas unidades cumplan con criterios de calidad, sino también implementar nuevas estrategias de investigación y desarrollo como polo de desarrollo dentro del Banco.

Por último, pero de gran importancia para los efectos del programa, se redactó la propuesta de investigación para iniciar las colectas de sangre de cordón umbilical en el Hospital Occidente de Kennedy. Se gestionó su inicio directamente con la gerencia del Hospital además de la contratación de una enfermera profesional que iniciará con estas labores en compañía de un Gineco-obstetra del Hospital, como encargado médico. Este equipo clínico estará encargado no solo de las colectas sino de la capacitación y divulgación del programa.

15.3.2 Indicadores

- % de suficiencia de hemocomponentes, tejidos humanos, respecto a los solicitados por las entidades adscritas al centro.
- Número de unidades de sangre colectadas.
- Numero de litros de plasma humano disponible para fraccionamiento industrial.
- Cantidad de córneas disponibles para trasplante en las IPS con servicio de trasplante de córnea.
- Cantidad de rescate de tejidos osteo musculares para el banco de tejidos.
- Número de rescates de homoinjertos realizados.

- Cantidad de unidades de sangre de cordón umbilical disponibles.

15.3.3 Limitaciones y problemas del proyecto

Las limitaciones y problemas se deben principalmente a cambios en la normatividad relacionada con operación Banco Tejidos, dificultades internas en la ejecución de los recursos; como la demora en la adición de recursos, dificultades en la dinámica de operación de la Red de órganos y tejidos, y dificultades internas de orden administrativo.

15.3.4 Presupuesto ejecutado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		EJECUTADO	GIRADO
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	631	Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos	\$1.635.913.400	\$1.635.913.400
Bogotá Humana 2012-2016	882	Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana	\$5.797.500.564	\$4.900.645.160
TOTAL			\$7.433.413.964	\$6.536.558.560

La ejecución presupuestal de los recursos fue de \$7.433 millones y se giraron \$6.537 millones.

15.3.5 efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Referente a las acciones sobre el problema se decidió realizar cambio de hospital operador de Hospital Meissen a Hospital pablo VI de Bosa con el fin de mejorar la administración de recursos y por ende la oportunidad del servicio.

Se realizo cambio de algunos insumos en colecta de sangre con el fin de mejorar la calidad de los hemocomponentes distribuidos.

Se realizaron visitas a las unidades Transfuncionales identificando deficiencias y necesidades. Implementando acciones para su mejora. La contratación de profesionales altamente especializados (maestría y/o doctorado), permitió no sólo implementar los procedimientos estándares requeridos en cada fase del procesamiento, sino proponer estrategias que involucran conocimiento actual y de frontera para mejorar las propuestas existentes. Se realizaron las acciones tendientes para capacitar personal existente y continuar con la elaboración y mejoramiento de los documentos involucrados en la recolección, procesamiento, realización de pruebas de laboratorio, preservación, almacenamiento, búsqueda, selección, reserva, liberación y distribución de las unidades de sangre de cordón umbilical. De igual manera, se realizó la contratación de ingenieros expertos en gases que han participado en el diseño de una propuesta de implementación del sistema de dispensa de nitrógeno líquido para la preservación de las unidades en este medio de acuerdo con las necesidades del banco.

15.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Instituciones Prestadoras de Salud de la red distrital con servicios Transfuncionales habilitados en la ciudad de Bogotá y servicios Transfuncionales privados de la ciudad y el país.

El Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical atenderá las necesidades de las Empresas Sociales del Estado, así como las Empresas prestadoras de servicios que requieran de unidades de células hematopoyéticas, con Unidades de Trasplante Hematopoyético. Los receptores finales de estos trasplantes serán pacientes de la población infantil y adulta con enfermedades susceptibles de tratamiento con trasplante de progenitores hematopoyéticos que no tengan un donante de médula ósea. En el año 2012 no se proyectó concretar en este sentido, sin embargo, se están evaluando los grupos de trasplante alogénico hematopoyético de diferentes instituciones para realizar análisis sobre sus necesidades más específicas.

15.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Ninguna porque las acciones que se adelantan son permanentes.

15.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

El número total de habitantes de Bogotá, o sea 7.571.345 personas.

15.3.9 Otras acciones

Realizar la propuesta para la creación del “Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana”, la cual propone dar autonomía administrativa y financiera al actual Hemocentro Distrital.

Gestionar la consolidación del grupo de investigación GRUPO GIMTTYC – SDS, cuyo fin es el de fortalecer el proceso de investigaciones en el Hemocentro Distrital.

Conformar la Red de Terapias Celulares basada en Células Madre (Universidades, Nacional, Javeriana, El Bosque, y grupo GIMTTYC – SDS).

15.3.10 Diagnóstico final del problema

Se realizaron importantes acciones para aumentar la colecta de sangre de manera voluntaria, encaminados a garantizar la seguridad a los pacientes transfundidos y la calidad del producto distribuido. Igualmente se contribuyó a satisfacer la demanda de componentes sanguíneos y tejidos, mediante la distribución a las diferentes IPS en la ciudad y en el país, lo que contribuyó a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de Bogotá, por ende la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud.

Con la implementación realizada del Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical se garantizará el acceso de los servicios de trasplante hematológico a unidades de sangre de cordón umbilical, que habitualmente, de requerir estas unidades, las solicitan a Bancos Públicos en el exterior a costos elevados.

Para la población colombiana, se estima que se realicen alrededor de 100 trasplantes de cordón umbilical en un año (Dra. Mónica Estupiñán, Hospital de la Misericordia, comunicación personal), si se logra aumentar el acceso a las células, se mejoran los procesos de búsqueda y se ajustan las

indicaciones en las patologías en las cuales el trasplante ha demostrado aumentar la sobrevivencia de los pacientes.

16. Problema Social No. 16 Sistema de Información en Salud fragmentado y desactualizado frente a los desarrollos científicos y tecnológicos mundiales.

16.1 Reconstrucción del Problema Social

16.1.1 Identificación del problema

Pese a los avances alcanzados en las diferentes iteraciones en cada uno de los niveles de integración de los sistemas de información de la Secretaría Distrital de Salud, persiste el problema principal fundamentado en la falta de información integrada, oportuna, confiable, consistente, segura, actualizada y en línea que soporte la toma de decisiones para planear, implementar, monitorear, controlar y optimizar el modelo de atención en salud.

16.1.2 Identificación de las causas y efectos

El problema identificado se debe a diversas causas, entre las cuales se identifican las siguientes:

- Desarrollo desigual de los sistemas de información en la SDS y las ESE, en cuanto al nivel de automatización, arquitecturas, metodologías en los desarrollos y en general en la calidad de software.
- Es de mencionar que en la red pública adscrita constituida por 22 ESE en los diferentes niveles de atención, todas tienen sistemas de información administrativo, pero solo 11 tienen sistemas de información clínico-asistenciales, con diferentes tecnologías y proveedores; no siendo interoperables, es decir, que no tienen la capacidad de intercambiar datos clínicos entre las diferentes instituciones. En conclusión, la red pública de la SDS no cuenta con un sistema integrado de gestión de información clínica-administrativa que permita el registro adecuado e interoperabilidad de datos clínicos pertinentes para la atención.
- Así mismo en la SDS, existen 61 Sistemas de Información, de los cuales 6 son externos y 55 internos, con diversas tecnologías y los cuales han seguido procesos diferentes de desarrollo.
- Falta recurso humano suficiente, capacitado y asignado de forma permanente a procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evolución de los diferentes proyectos de sistemas de información. La dispersión y desintegración del talento humano no siguiendo políticas, procedimientos y metodologías de manera conjunta, genera desarrollos desiguales y sistemas de información débilmente acoplados. En el caso de la SDS, se tiene un personal de sistemas de 90 personas distribuidos por toda la institución, de los cuales solo 35 están adscritos a la Dirección de Planeación y Sistemas, lo que evidencia dicha problemática.
- Falta de compromiso por la alta dirección para el desarrollo de los proyectos con componente de TIC.
- Falta de directrices en materia de TIC desde la Secretaría Distrital de Salud como cabeza de sector.

- Deficiencia en Infraestructura de TIC, representada en la SDS en 44 equipos servidores con serias limitaciones en cuanto a especificaciones técnicas, de los cuales solo 2 tienen garantía y soporte vigente y algunos con más de 10 años de vida útil. Por otra parte, se cuenta con 1.300 puntos de red con más de 12 años sin un mantenimiento preventivo y 1.100 computadores PC de los cuales el 70% tiene menos de 2GB de RAM.
- En cuanto a las Empresas Sociales del Estado, existen así mismo, limitaciones de infraestructura tecnológica, dado que no se cuenta con centros de cómputo dotados con las configuraciones de seguridad requeridas, suficiencia y rendimiento en equipos PC, impresoras y otros dispositivos, sumado a deficiencias en las redes de comunicación de datos al interior con la SDS y entre ellas.
- Con respecto a las deficiencias en el acceso y oferta de servicios, los cuales pueden ser potenciados a través de sistemas de Telesalud, encontramos que en la actualidad en el Distrito no existe implementado este tipo de soluciones y lo poco que se había avanzado en materia de telepediatría y teleradiología no tuvo continuidad por dificultades financieras.

El problema identificado, genera efectos entre los cuales se pueden señalar:

- Pérdida de control sobre procesos esenciales y carencia de información significativa para la toma de decisiones, en los niveles locales y distritales.
- Limitaciones en el seguimiento de las acciones desarrolladas sobre las poblaciones en los territorios, con una importante limitación en la integración de información entre la Empresas Sociales del Estado (ESE) y de éstas con la SDS.
- Desintegración, dispersión y fragmentación de la información, que genera dificultad en obtener información que permita tomar decisiones en salud del distrito capital, con enfoque diferencial de la población.
- Baja calidad de los datos, aún los que hacen parte de procesos transaccionales.
- Escasa apropiación y alineación de tecnología en los procesos.
- Falta de oportunidad, veracidad y consistencia de la información.
- Debilidad en el enfoque territorial de los sistemas de información.
- Limitación en los sistemas de información para el seguimiento de las acciones de promoción y prevención, lo que limita el enfoque resolutivo del modelo de salud.
- Déficits significativos de oferta de servicios de salud frente a la demanda real de prestación por parte de los usuarios.

16.1.3 Focalización

Corresponde a todas las personas que están afiliadas al régimen subsidiado y la población pobre no asegurada.

La **población objetivo del proyecto** se puede identificar en dos niveles: en primer término se encuentran todos los funcionarios y colaboradores de las veintidós (22) ESE adscritas al DC y de la Secretaria Distrital de Salud como usuarios del Sistema Integrado de Información en los

componentes definidos para este proyecto. En segundo término, se encuentran los prestadores privados de la prestación de servicios de salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y finalmente el 100% de la población habitante del Distrito Capital que eventualmente es cubierto por los beneficios y servicios de los componentes del proyecto de forma directa o indirecta según se trate de usuarios de servicios individuales o colectivos en atención en salud, o de acciones y políticas determinadas por el ente territorial para la gestión de servicios de salud en el DC.

Para el componente de HCEU, la población objetivo del proyecto es el 100% de usuarios de los servicios de las ESE adscritas del DC hasta la fase tres y a partir de la fase cuatro podría beneficiar eventualmente al 100% de la población habitante del Distrito Capital en la medida en que estaría operando en entidades públicas y privadas de prestación de servicios de salud.

En lo correspondiente a red de servicios de Telesalud la población objetivo del proyecto corresponde al 100% de usuarios de los servicios de las ESE adscritas del DC en la medida en que sus acciones están orientadas al fortalecimiento de la prestación de los usuarios atendidos directamente por estas entidades hospitalarias, a partir de la fase cuatro podría beneficiar eventualmente al 100% de la población habitante del Distrito Capital en la medida en que estaría operando en entidades públicas y privadas de prestación de servicios de salud.

La **población beneficiaria** para el componente de Historia Clínica Electrónica Unificada, dependerá de la fase, siendo para la fase tres el total de población subsidiada y vinculada con cargo a recursos de SDS y para fase cuatro toda la población del DC, igual que para Telesalud.

16.1.4 Actores que intervienen en el problema

- Secretaría Distrital de Salud
- Empresas Sociales del Estado y su red adscrita
- Prestadores de servicios de salud del Distrito Capital
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Organismos de Control.
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

16.2 Instrumentos Operativos Para la Atención del Problema

16.2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008-2012, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana. De manera específica en el contexto del Objetivo se propone: “...Hacer sostenible el pleno ejercicio de los derechos en función del mejoramiento de la calidad de vida...”, principio éste que, armonizado con la estrategia de gestión social también planteada allí: “...gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios...”, soportan las intervenciones promocionales de

calidad de vida, llevadas a cabo desde el sector salud, en el ámbito escolar. En este mismo sentido, los planteamientos del Programa Bogotá Sana de: "...Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas...", de igual forma, sirven de sustento a dichas intervenciones. En este mismo sentido, existen en el Distrito Capital las Políticas de infancia y de juventud: "Quiéreme Bien, Quiéreme Hoy" y la Política Pública de Juventud 2006 – 2016, adoptada mediante Decreto 482 de 2006.

En el ámbito administrativo de la nación, sirven de soporte los planteamientos de la Constitución Política de Colombia 1991; del Plan Nacional de Salud Pública, en el cual se integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano y Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública, en el cual se prioriza la atención a la infancia.

16.2.2 A nivel de la Entidad

El proyecto se soporta en su concepción holística en las apuestas políticas generales en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y los lineamientos técnicos definidos por el Plan Nacional de Salud Pública; así como los contemplado en el Plan de Desarrollo de la Ciudad y el Plan Territorial de Salud..

El Plan Territorial de Salud se organiza en componentes que recogen lo que en la Resolución 425 de 2008, se denominan ejes. La Secretaría Distrital de Salud, incluye el componente de Gobernanza y Rectoría. De esta forma los componentes programáticos que se van a desarrollar en el Plan Territorial de Salud son los siguientes:

Componente Aseguramiento.

Componente Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud.

Componente Salud Pública.

Componente Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.

Componente Emergencias y Desastres.

El Plan de Desarrollo de la Ciudad, posicionará al ser humano como el referente central de la política pública y promueve el desarrollo de sus capacidades, potencialidades y libertades ciudadanas, en condiciones de seguridad, sin ningún tipo de segregación por: condición, situación, género, identidad de género y orientaciones sexuales, cultura, aspectos sociales, económicos o de territorio.

Considerando que la promoción del potencial del ser humano, comienza desde el principio de la vida, el Plan garantizará la atención en salud, nutrición y educación a toda la población, con especial énfasis en los niños y niñas de 0 a 5 años.

La Administración Distrital busca mejorar las capacidades de sus habitantes al garantizar la atención integral en salud, educación pública con calidad; incrementará el acceso a la educación superior de las y los jóvenes; apoyará el desarrollo de la economía popular y aliviará la carga del gasto de los sectores más pobres, a través de intervenciones en servicios donde tiene injerencia

el Estado. A su vez, el Plan contribuirá al ordenamiento del territorio alrededor del agua, minimizando las vulnerabilidades futuras derivadas del cambio climático. La población podrá acceder a las oportunidades económicas, culturales, de servicios y habitabilidad a través de la oferta de vivienda de interés prioritario en el centro ampliado de la ciudad y la movilidad se hará más limpia, privilegiando el transporte masivo sobre el transporte particular. La ciudad recuperará el sentido de orgullo y una concepción ética de lo público, fortalecida por la participación ciudadana.

Para alcanzar este propósito, la Administración realizará su gestión alrededor de tres ejes estratégicos:

-Una Ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.

-Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua.

-Una Bogotá en defensa y fortalecimiento de lo público.

El eje “una ciudad que supera la segregación y la discriminación” es donde se ubica la mayoría del desarrollo programático y estratégico del sector para la ciudad, el sector salud contribuye con el programa Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde las Diversidades, con el que se propone asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, modificando positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida, a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios, con altos niveles de calidad, transparencia, innovación, sostenibilidad.

Tiene como propósito fortalecer la promoción de la salud, la detección para favorecer la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, incorporar enfoques diferenciales para la atención integral de víctimas del conflicto armado y reconocer las prácticas de los grupos étnicos.

Igualmente, garantiza la atención universal de salud, al hacer énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Aportará desde este programa al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluyendo metas de reducción de mortalidad infantil, materna y perinatal, reducción de embarazos en adolescentes, reducción de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA, y aporte al fortalecimiento de la equidad de género.

Incluyen estrategias articuladas al interior del sector para eliminar las brechas de inequidad de diferentes grupos en condición de vulnerabilidad, tales como población infantil, personas mayores, indígenas, afro descendientes, gitanos, raizales, en condición de discapacidad, población LGBTI, en situación de trabajo sexual y habitantes de calle, entre otros.

El modelo fortalece la promoción de la salud, la detección precoz, la prevención de la enfermedad, la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, la atención integral, integrada y universal de la población y la promoción de entornos ambientalmente saludables.

El proyecto “SALUD EN LINEA” se enmarca dentro del programa de territorios saludables y busca mejorar la oportunidad, veracidad y consistencia de la información con enfoque diferencial para la toma de decisiones en salud del distrito capital, facilitar los flujos de información y comunicación, en los niveles intersectoriales, intersectoriales y favorecer la incorporación de la tecnología a los procesos de salud en los territorios con énfasis en la promoción de la salud y la detección y prevención de la enfermedad

Así mismo en el plan de Desarrollo Bogotá Humana se encuentra el programa TIC gobierno digital ciudad del conocimiento y sociedad inteligente el cual se propone mejorar el uso y apropiación de la tecnología, disminuir la brecha digital, aumentar la eficiencia de la gestión pública, disponer de información permanente, veraz, oportuna y accesible en los procesos de toma de decisiones este programa se desarrolla a través de cuatro proyectos: Bogotá hacia un gobierno digital y una ciudad inteligente, Bogotá las TIC dinamizados del conocimiento y el emprendimiento; fortalecimiento de los medios comunitarios y promover la utilización de software libre.

16.2.3 Meta formuladas

- A 2012 se habrá creado e implementado un sistema de información en salud integrado, articulado y actualizado con acceso a nivel intersectorial y en línea con las localidades del distrito.
- A diciembre del 2011 Implementar 15 puntos de Tele salud, ajustados a la demanda, en ubicaciones remotas del Distrito Capital.
- A diciembre del 2011 Formular y operar un sistema Informático que permita gestionar de forma única la historia clínica de los usuarios del Sistema Distrital de Salud.
- Implantar un sistema integrado de información para la gestión de la salud en los territorios, incorporando las tecnologías para la información y comunicación, TIC, necesarias, integrándolo en los casos que se acuerde al sistema distrital de información, al 2016.

16.2.4 Presupuesto asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	616	Sistemas de Información en Salud Automatizado en línea para Bogotá	\$3.186.008.000
Bogotá Humana 2012-2016	883	Salud en Línea	\$12.032.925.700
TOTAL			\$15.218.933.700

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud se asignaron \$15.219 millones.

16.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La **población afectada** indirectamente por el problema principalmente expuesto, corresponde a la población que demanda servicios de salud en el Distrito Capital, toda vez que en algún momento esa población puede tener contacto con las Empresas Sociales del Estado o con la Secretaría Distrital de Salud.

16.3 Resultados en la Transformación de los Problemas

16.3.1 Niveles de cumplimiento

Implantar un sistema integrado de información para la gestión de la salud en los territorios, incorporando las tecnologías para la información y comunicación, TIC, necesarias, integrándolo en los casos que se acuerde al sistema distrital de información, al 2016. La cual se cumplió en 10% de lo programado o sea se logro el 100% y se obtuvieron los siguientes resultados

HIS (sistema de información Hospitalaria)

- Diagnóstico situación actual
- Sondeo de mercado
- Propuesta técnica a: Comité Directivo, Secretario, alta consejería de TIC y ESE
- Formulación de especificaciones técnicas para estudio de mercado.
- Modelo de operación para la HCEU

Sistemas de Información para salud en los Territorios

- Diseño del modelo de integración.
- Desarrollo de formatos integrales de captura de datos
- Armonización conceptual de gestores de los sistemas de información objeto de integración
- Pilotaje de operación del sistema con uso de dispositivos móviles de captura en territorios

Telesalud

- Definición del Modelo de operación y sostenibilidad financiera
- Línea base y tablero de control
- Protocolo de mejores prácticas
- Manual de procesos y procedimientos

SIRC

- Implementación de autorizaciones de servicios de salud con la red privada a nivel nacional
- Producción en línea de los anexos resolución 3047:1.inconsistencia de base de datos 2.Atención Inicial de urgencia 3. Solicitud de Servicios.
- Operación del registro de usuarios remitidos
- Desarrollo y capacitación del Módulo de trasplantes.
- Capacitación de 623 funcionarios de ESE.
- Articulación entre CRUE-Aseguramiento- Desarrollo de Servicios – Electivas para la funcionalidad y operación del SIRC

Línea 195

- Citas e Información Hospitales: 2.337.190 (2012)
- Barreras de Acceso: 51.651 (Agosto 2012)
- CURYC Eventos Referencia y Contrarreferencia 461.582
- 11 Hospitales agendando citas

Si capital

- Consolidación de requerimientos
- Elaboración del cronograma del proyecto
- Gestión de transferencia tecnológica con secretaria de Hacienda
- Licitación terminada para implementar fase II

Implementación Aplicativos

- PAI
- Sistema información investigaciones administrativas SIA.
- Puntos por derechos a la salud.
- Sistema integrado de información de aseguramiento.
- Residuos hospitalarios.
- Tutelas
- Biblioteca virtual
- Sicap
- Sivigila
- SIRC
- Mantenimiento de Aplicativos que están en Producción.
- Conformación mesa técnica para evaluación de proyectos de sistema de información.
- Actualización de procedimiento de Desarrollo de soluciones informáticas.

Infraestructura

- Actualización licenciamiento de software de base.
- Compra de computadores, impresoras, servidores, almacenamiento, copias de respaldo para SDS.
- Compra de computadores e impresoras para ESE.
- Divulgación de políticas TIC.

16.3.2 Indicadores

- % de avance en la implantación del sistema integrado de Información para la gestión de la salud en los territorios.

16.3.3 Limitaciones del proyecto

- Falta de infraestructura tecnológica para el desarrollo del proyecto.
- Falta de Talento Humano en las Direcciones Administrativa y Financiera para los módulos en paralelo en producción.
- Falta de recurso humano - técnico, para cumplir en menor tiempo la implementación de requerimientos y solución de no conformidades

- Falta de infraestructura tecnológica
- Administración descentralizada de aplicativos
- Escasa gobernanza sobre los sistemas de información
- Demora en la estabilización de procesos para definición de modelo de negocio que soporta el sistema de información
- Infraestructura de soporte limitada para desarrollos requeridos
- Escaso talento humano para los procesos de diseño, desarrollo, administración e integración
- Demora en los proceso contractuales

Línea 195

- Falta de herramienta agendas centralizadas
- Infraestructura Tecnológica
- Sistema de Información Hospitales

ERP Si Capital

- Talento Humano Capacitado
- Infraestructura Tecnológica y Espacios Físicos Insuficientes
- Disponibilidad de Tiempo de los Funcionarios de las Direcciones

16.3.4 Presupuesto Ejecutado

PLAN DE DESARROLLO		PROYECTO	EJECUTADO	GIRADO
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	616	Sistemas de Información en Salud Automatizado en línea para Bogotá	\$3.186.008.000	\$3.068.508.850
Bogotá Humana 2012-2016	883	Salud en Línea	\$11.923.782.188	\$2.359.515.747
TOTAL			\$15.109.790.188	\$5.428.024.597

El presupuesto total ejecutado fue de \$15.110 millones y se giraron \$5.428 millones.

16.3.5 Efectos del proyecto y/o acciones

Se inicio con los estudios de implementación de una estrategia de eSalud (Salud electrónica) para el Distrito Capital. (Sistemas de Información para salud en los Territorios, Historia Clínica Electrónica Unificada - HCEU, Redes Telesalud, Factura Electrónica)

Se ha venido avanzando en el diseño del sistema integrado de información para la gestión de la salud en los territorios (SIRC, SIREP, SIVIGILA, PAI). Se cuenta con Desarrollo de prototipo de integración de gestantes, Revisión del cubo para salida de información de APS, Documento de revisión del modelo de operación de territorios y el sistema de información que lo acompaña. Actualización del modelo de correlación de información de individuos en territorios

En cuanto a la Historia clínica se cuenta con el documento preliminar para estudio de mercado. Proyectos de HIS(sistema de información hospitalaria) presentados a la alta consejería TIC sustentados en detalle. Apoyo de la alta Consejería Distrital de TIC, con la visión de la SDS para la implementación de HIS en la red adscrita.

En lo relacionado con Telemedicina se cuenta con una propuesta del Plan de trabajo para la implementación por fases de la Telemedicina en el distrito y la información del estado actual de la Telemedicina/Telesalud en el distrito y de la propuesta inicial para el desarrollo por fases de la Telemedicina

En lo relacionado con la integración de Sistemas de Información para la Gestión Corporativa de la Secretaría Distrital de Salud, se realizó la Licitación y Adjudicación Licitación LP_001_2012 que permite continuar con el proyecto Si capital que facilitará la integración de los sistemas administrativos de la SDS

Igualmente se realizaron las compras de recursos TIC a través de la BMC(Bolsa Mercantil de Colombia), lo cual beneficia a la entidad en el mejoramiento de la plataforma tecnológica y mejora los procesos de la entidad. Se realizó la administración de la seguridad y administración de los recursos actuales de Tc de la SDS. Se ha venido avanzando en desarrollo de sistemas para la gestión de la Entidad.

16.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

La población atendida directamente corresponde principalmente a los usuarios que pertenecen al régimen subsidiado y vinculados del Distrito Capital.

16.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

El proyecto Salud en Línea está diseñado para fortalecer los servicios y potencializarlos, la población o unidades de focalización sin atender están pendientes, dado que el proyecto se encuentra en etapa de diseño e implementación.

16.3.8 Población o unidades de focalización que requieren al bien o servicio al final de la vigencia

Corresponde a toda la población que demanda servicios de salud en el Distrito Capital, toda vez que en algún momento esa población puede tener contacto con las Empresas Sociales del Estado o con la Secretaría Distrital de Salud.

16.3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas:

Ninguna

16.3.10 Diagnostico final del problema

El planteamiento inicial de problema permanece en la medida en que no ha entrado el proyecto en su fase de operación. Sin embargo dentro de los avances más significativos se cuenta con el diseño y desarrollo de un modelo de integración e interoperabilidad de cinco sistemas de información relacionados con la gestación (APS, PAI, SIDBA, ASEGURAMIENTO Y SIVIGILA). En cuanto a Historia clínica se cuenta con un documento preliminar para estudio de mercado. Proyectos de HIS presentados a la alta consejería TIC sustentados en detalle. Apoyo de la alta

Consejería Distrital de TIC, con la visión de la SDS para la implementación de HIS en la red adscrita.

17. Problema Social No. 17 Presencia de factores sanitarios y ambientales nocivos para la salud humana en Bogotá D.C.

La Salud Ambiental se entiende como el campo de acción de la salud pública, enmarcado en la interacción del ambiente y la salud, y en los efectos que las condiciones del ambiente tienen sobre la salud individual y colectiva. Las condiciones ambientales se abordan como un determinante que genera un perfil de protección o deterioro de la salud humana.

Durante el año 2012, las acciones de salud ambiental se ejecutaron a través de los proyectos de inversión No. 623 Salud a su Casa, No. 625 Instituciones Saludables y Amigables, No. 627 “Comunidades Saludables” y No. 629 Fortalecimiento de la Gestión Distrital en Salud, que están asociados a los compromisos del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008-2012 el cual finalizó el 31 de mayo del 2012.

Luego en el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana 2012-2016, las acciones continuaron a través del Proyecto No. 885 Salud Ambiental.

Por otra parte, la política pública de la salud ambiental se ha venido desarrollando por medio de las siguientes líneas de intervención:

1. Alimentos sanos y seguros
2. Seguridad química
3. Calidad del agua y saneamiento básico
4. Medicamentos seguros
5. Eventos transmisibles de origen zoonótico
6. Aire, ruido y radiación electromagnética
7. Cambio climático

Teniendo en cuenta lo mencionado, en el marco de salud ambiental se presentan una serie de factores de riesgo que favorecen la presencia de eventos mórbidos y mortales en las personas habitantes o visitantes del Distrito Capital, tal como se presentan por línea de intervención:

17.1 Reconstrucción del problema social

En el Distrito Capital se evidencia como problemáticas relacionadas con la salud ambiental las siguientes:

- Manipulación inadecuada de alimentos.
- Exposición a las sustancias químicas durante las actividades desarrolladas en establecimientos industriales, comerciales o de servicios
- Deterioro del recurso hídrico (calidad y cantidad)

- Dificultad en el abastecimiento de agua para consumo humano en condiciones apropiadas en pobladores de zonas rurales y de asentamientos fuera del área de cobertura de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá
- Deficiente gestión integral de los residuos sólidos que pueden generar daños a la salud y deterioro del ambiente
- Inadecuadas condiciones higiénico sanitarias en viviendas y establecimientos comerciales, institucionales e industriales
- Inadecuadas prácticas en el manejo y consumo de medicamentos.
- Presencia de vectores que ocasionan mordeduras o picaduras, contaminación de alimentos y fuentes hídricas
- Presencia de enfermedades zoonóticas como la rabia que se transmite principalmente mediante el contacto de una herida con la saliva de un animal infectado
- Alta presencia de animales callejeros con antecedentes desconocidos de vacunación
- Contaminación ambiental generada por contaminación del aire y por ruido
- Cambio climático que compromete la sostenibilidad del desarrollo humano en el planeta y amenaza los sistemas ecológicos

17.1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

La manipulación inadecuada de alimentos se debe entre otros factores a: proliferación de ventas ambulantes; proliferación de expendios minoristas que no cumplen las condiciones higiénico sanitarias; ingreso de alimentos en condiciones inadecuadas de transporte; establecimientos clandestinos e ilegales destinados a la preparación y expendios de alimentos; comercialización de alimentos y bebidas, adulterados y alterados; creencias culturales relacionadas con inadecuados hábitos alimenticios.

En relación a las sustancias químicas, se resalta que el desarrollo de actividades productivas pueden generar beneficio económico y social, pero si se favorece el uso intensivo de sustancias químicas y materiales peligrosos asociado con algunas de ellas puede ocasionar problemas de salud, lo que despierta la preocupación de las autoridades sanitarias y ambientales, la comunidad científica y las organizaciones comunitarias. Más aún, de acuerdo con datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la morbilidad derivada del uso intensivo de sustancias químicas, las enfermedades degenerativas tienen que ver con cerca de 440.000 de las 2 millones de muertes laborales que tienen lugar cada año en el mundo.

La calidad del agua y el saneamiento básico se afecta por factores como la presencia de vertimientos de aguas residuales y afectación de los ecosistemas en las fuentes abastecedoras e igualmente la presencia de asentamientos humanos en zonas donde no se cuenta con

abastecimiento de agua potable y que adicionalmente favorece el inadecuado manejo y disposición final de residuos sólidos.

En relación al manejo inadecuado de medicamentos, se evidencian aspectos como los determinantes sociales, culturales y económicos, sumados a las barreras de acceso a los servicios de salud y la proliferación de publicidad por distintos medios que conlleva a prácticas como la automedicación irresponsable y la autoprescripción.

La contaminación del aire por material particulado (PM10 y PM2.5) es uno de los fenómenos que se asocia a la enfermedad respiratoria aguda [Guilliland F, Berhane K, Rappaport EB. The effects of ambient air pollution on school absentees due to respiratory illness, *Epidemiology* 2001, 12: 43-54].

La interacción de niveles elevados de material particulado con otros factores de riesgo (personales: hábito de fumar, condiciones genéticas, edad, sexo, estado nutricional, coexistencia de enfermedad pulmonar, estilos de vida, estados alérgicos, historia familiar y ocupacional; ambientales: polvo casero, presencia de animales domésticos, moho en las paredes, infestación por cucarachas, tabaquismo ambiental, exposición al humo de la cocina, cocinar con biomasa, aero-alérgenos y el condiciones meteorológicas adversas-lluvia, baja temperatura) facilitan la aparición de enfermedades respiratorias agudas como la infección respiratoria y el asma, entre otros [Jaakkola J, Jaakkola M. Effects of respiratory tobacco smoke on the respiratory health of children. *Scand J Work Environmental Health* 2002, 28 Suppl 2: 71-83; McCormack MC, Breyse PN, Matsui EC, Hansel NN, Williams D, Curtin-Brosnan J, Eggleston P, Diette GB. In-home particle concentrations and childhood asthma morbidity. *Environ Health Perspect.* 2009;117(1):294-8].

El ruido se define como un sonido no deseado y es uno de los contaminantes ambientales con un mayor impacto en la salud de la población. Entre los efectos neuro psicológicos en población general se incluyen: sensación de molestia, irritabilidad, alteraciones del sueño y disminución en la productividad. Una de las poblaciones más vulnerables son los niños, por la baja percepción del riesgo y porque los efectos adquiridos en la infancia pueden ser irreversibles en la edad adulta [Jones K Environmental noise and health: a review. *Environmental Research and Consultancy Department* Feb 2010].

Por último, los efectos directos en la salud generados por variabilidad y cambio climático son entre otros: olas de calor más frecuentes y más intensas, con efectos mortales (islas de calor en el distrito), mayor frecuencia de catástrofes naturales como inundaciones, terremotos o tornados, que no sólo tendrían un impacto inmediato por las víctimas directas que provocarían, sino que también afectarían a las viviendas, suministros de agua potable y comida, etc. aumento de la polución ambiental en las ciudades, generando problemas respiratorios y mayores dificultades alérgicas y radiación ultravioleta.

Como efectos indirectos se encuentran: enfermedades transmitidas por alimentos, enfermedades infecciosas, grandes desplazamientos de población consecuencia de estas catástrofes naturales, que complicarían aún más las condiciones sanitarias de ciudades masificadas y zonas sin servicios adecuados, alta variabilidad climática que generarían malnutrición y enfermedades asociadas, a menos que las prácticas agrícolas se adaptaran a los cambios en las temperaturas, las lluvias y la humedad de la tierra, entre otros.

Dentro de los efectos se encuentran:

- Morbilidad:
- Intoxicaciones e infecciones, malformaciones congénitas, Interrupción del embarazo, Eventos adversos en el caso de medicamentos (daño no intencionado en el uso del producto, que no tiene necesariamente relación causal)
- Mortalidad
- Aumento de los costos para el Estado, la sociedad y el sistema general de seguridad social en salud (consultas médicas y hospitalización).

17.1.3 Focalización

El problema general de salud ambiental planteado anteriormente se ubica geográficamente en todas las localidades del Distrito Capital, las unidades de focalización corresponden a:

Establecimientos comerciales, industriales e institucionales objeto de la vigilancia sanitaria. Actualmente no es posible cuantificar su número por cuanto no se dispone de un censo actualizado de establecimientos usuarios de sustancias químicas en el Distrito Capital. Mascotas (caninos y felinos) y Vectores (insectos y roedores)

En relación a la calidad del aire, se menciona que más de la mitad de la contaminación del aire en Bogotá se debe al aporte de las fuentes móviles. Las vías de más alto flujo vehicular -en particular donde hay una mayor distribución modal de la flota de Transporte Público Colectivo (TPC) -son la Carrera 10, la calle 13, la Calle 26 y la avenida 68. Las localidades de Kennedy, Puente Aranda y Fontibón están consideradas como áreas fuente de contaminación y tienen una prevalencia promedio de sibilancias en menores de 5 años asociadas a material particulado de 37% durante los últimos 4 años.

Sin embargo, las otras localidades de Bogotá no son ajenas esta problemática y presentan también un alto impacto de enfermedades respiratorias, en especial los barrios que están cerca de fuentes fijas industriales, malla vial en mal estado o edificaciones en construcción.

Por último, la exposición a los efectos por variabilidad y cambio climático se ve reflejada en toda la población que habita el D.C., no obstante las localidades que presentan un mayor número de casos relacionados con enfermedades sensibles al clima (ESI – IRAG) son Kennedy, Usaquén, San Cristóbal y Suba; de acuerdo a los eventos climáticos extremos, las localidades que presentan una mayor vulnerabilidad asociadas a condiciones de pobreza son:

- Inundaciones: Zonas aledañas a cuerpos de agua como Suba, Engativá, Kennedy, Bosa y Tunjuelito.
- Incendios forestales: San Cristóbal, Usme, Rafael Uribe Uribe, Chapinero y Usaquén.
- Fenómenos de remoción en masa: Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Santafé, Candelaria.

17.1.4 Actores que intervienen en el problema

Nivel Nacional: Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Agricultura, Instituto Nacional de Salud (INS), Instituto para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), Federación Nacional de Comerciantes

(FENALCO), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Ministerio del Medio Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT), Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO), Instituto Colombiano de Geología y Minería (INGEOMINAS), Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Centro de Información de Seguridad Sobre Productos Químicos (CISPROQUIM), Corporaciones Autónomas Regionales CAR, Unidad administrativa especial Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), Fiscalía General de la Nación (FGN), Policía Nacional de Colombia (Ponal), Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLYCF) Consejo Profesional de Medicina Veterinaria y Zootecnia de Colombia – COMVEZCOL. Ministerio de Tecnologías Informáticas y de Telecomunicaciones, Agencia Nacional del Espectro, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales –IDEAM

Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), Fondo para la Prevención y Atención de Emergencias (FOPAE), Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP), Secretaría Distrital de Planeación Distrital (SDP), Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), Secretaría Distrital de Hábitat (SDHT), Secretaría de Educación del Distrito (SED), Secretaría de Gobierno de Bogotá, Concejo de Bogotá D.C, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Educación, Instituto para la Economía Social IPES, Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Alcaldía Mayor, Empresas Sociales del Estado, Gremios y Asociaciones privadas, Empresa de Acueducto y Alcantarillado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), Policía Ambiental de Bogotá, Defensoras y proteccionistas de animales, Secretaría de la Movilidad, Empresa de Energía Eléctrica, CODENSA, Gas Natural, Jardín Botánico, Instituto de Desarrollo Urbano-IDU, Instituto de Investigación de Recursos Biológicos.

17.1.5 Justificación de las soluciones propuestas y su relación con la Política

A través de las acciones de salud ambiental que a continuación se mencionan, se busca mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población:

- Vigilancia sanitaria de establecimientos comerciales, industriales e institucionales
- Educación en legislación sanitaria y manipulación higiénica de alimentos
- Vigilancia Epidemiológica de los eventos mórbidos o mortales relacionados con factores de riesgo ambientales.
- Proyectos de Vigilancia Intensificada
- Investigaciones
- Articulación con los diferentes ámbitos de vida cotidiana y territorios logrando así una intervención más sistemática, integral y oportuna
- Diseño e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica para evidenciar los efectos en salud ocasionados por factores de riesgo ambientales
- Adquisición y distribución de tratamiento antirrábico humano
- Vacunación antirrábica canina y felina:
- Ejecución del Manejo integral del accidente por agresión animal (seguimiento al animal agresor)
- Realización de Operativos de recolección canina callejera
- Realización de esterilización a hembras caninas y felinas
- Control de vectores (insectos y roedores)

17.2. Instrumentos Operativos para la atención de los problemas

17.2.1 A Nivel Administración

El problema identificado se ubica dentro de los siguientes instrumentos operativos a nivel de la Administración:

- Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C. 2011 – 2023.
- Plan Nacional de Salud Pública
- Documento CONPES 3550 de 2008, 'Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental'
- Documento CONPES 3700 DE 2011, "Estrategia Institucional para la articulación de Políticas y acciones en materia de Cambio Climático en Colombia"
- Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012 -2016
- Decreto 023 de 2011 mediante el cual se reglamentan las Comisiones Intersectoriales del Distrito Capital"

17.2.2 A nivel de la entidad

El problema identificado se ubica dentro de los siguientes instrumentos operativos a nivel de la entidad:

- Plan de Intervenciones Colectivas PIC
- Proyecto de Inversión 625 Vigilancia en Salud Pública, componente vigilancia sanitaria y ambiental (Enero – junio de 2012)
- Proyecto de Inversión 885 Salud Ambiental (Julio – Diciembre de 2012)
- Guías Operativas de las diferentes líneas

Adicional a lo anterior, las labores de salud ambiental se concentran principalmente en cinco subsistemas: 1. Subsistema de vigilancia epidemiológica sanitaria y ambiental (SISVEA); 2. Vigilancia de la calidad de los medicamentos (SILAPS del Laboratorio de Salud Pública) 3. Farmacovigilancia 4. Tecnovigilancia 5. Vigilancia Epidemiológica de eventos mórbidos y mortales (SIVIGILA).

17.2.3 Metas formuladas

- 2.441 actividades educativas sobre la promoción y prevención de factores relacionados con la salud ambiental.
- 59.776 establecimientos comerciales, industriales e institucionales a intervenir.
- Desarrollo del 100% de las actividades propuestas en los Proyectos de Vigilancia Intensificada
- Realización de Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) del 100% de eventos mórbidos y mortales notificados
- Monitoreo de la calidad del agua en 4 plantas de tratamiento, 168 puntos de monitoreo en red de distribución y almacenamiento de la Empresa Acueducto y Alcantarillado (EAAB) de Bogotá y 74 acueductos comunitarios.

- Adquisición de insumos para tratamiento antirrábico humano: Se proyectó adquirir para el año 2012 4500 dosis de vacuna y 300 frascos de suero
- Vacunación de 241.000 animales
- 2.634 visitas de seguimiento al animal agresor
- 136 operativos de recolección
- Realizar 29.035 esterilizaciones a hembras caninas y felinas
- Realización de 502.588 Mts2 de control de vectores
- Diseño e implementación del sistema de vigilancia epidemiológica ambiental (metales pesados, calidad aire, ruido, radiación electromagnética y cambio climático)
- Implementar ocho (8) planes de acción correspondiente a las líneas de la Política Distrital de Salud Ambiental.
- Realizar la gestión para garantizar las acciones de Salud Ambiental previstas en las normas vigentes en las 20 localidades del Distrito Capital.

17.2.4 Presupuesto asignado

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud se asignaron \$32.242 millones.

17.2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención

Establecimientos comerciales, industriales e institucionales; animales (caninos y felinos); vectores (insectos y roedores), cuyas metas fueron informadas anteriormente. Se aclara que no se cuenta con censo de establecimientos existentes en la ciudad; en relación a los caninos y felinos, actualmente se adelanta un estudio poblacional cuyo resultado se encuentra previsto para el mes de marzo.

17.3 Resultados de la transformación de los problemas

17.3.1 Niveles de Cumplimiento

- 2.345 actividades educativas sobre la promoción y prevención de factores relacionados con la salud ambiental. con la asistencia de 35.819 personas
- 65.068 Establecimientos vigilados y controlados
- 2.948 medidas sanitarias de seguridad aplicadas en los establecimientos
- Realización de Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) del 100% de los eventos reportados
- Desarrollo del 100% de las actividades propuestas en los Proyectos de Vigilancia Intensificada
- Cumplir el objetivo de llegar al 10% de conformación de la red de farmacovigilancia, integrada por prestadores de servicios de salud y establecimientos farmacéuticos.
- Atención del 100% de las solicitudes recibidas por diferentes medios, como son: requerimientos del sistema distrital de quejas y soluciones, derechos de petición, tutelas, proposiciones del concejo, quejas, asistencia técnica y solicitudes de intervención de vigilancia y control.
- 1.398 establecimientos vigilados, con un cumplimiento del 112%
- Adquisición de 6450 dosis de vacuna y 800 frascos de suero antirrábico humano.

- Vacunación de 371.725 animales en el Distrito, incluyendo la proyección de vacunaciones realizadas por particulares.
- Realización de 1.392 visitas para realizar la investigación respectiva ante accidentes ocasionados por agresión animal.
- Realización de 85 operativos y se recolectaron 2.209 caninos.
- Realización de 27.134 esterilizaciones
- Desinsectación en 760.008 mts² y desratización en 520.964 mts².
- Publicación de 11 boletines informativos en donde se detalla la relación clima – salud en la ciudad de Bogotá.
- Avanzar (85%) en la consolidación del documento relacionado con la vulnerabilidad de la población de Bogotá a los eventos extremos relacionados y enfermedades sensibles al clima periodo 2007 – 2011.
- Desarrollo del protocolo de vigilancia epidemiológica y ambiental de los eventos en salud asociados a variabilidad y cambio climático (40%).
- Realizar el análisis retrospectivo de los eventos en salud asociados a la variabilidad climática periodo 2007 – 2011 para la priorización de intervenciones en salud pública.
- Elaboración del plan de acción de la Política Distrital de Salud Ambiental 2012 – 2023, en conjunto con las demás instituciones distritales.
- Participación en la mesa interinstitucional liderada por la SDA para la formulación del Plan de adaptación y mitigación al cambio climático.
- Implementar la Vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria del impacto en salud por exposición a contaminación del aire en 14 localidades (Usaquén, Santa Fe, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Los Mártires, Puente Aranda, Antonio Nariño, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar), interviniendo por medio de la aplicación de encuestas de síntomas respiratorios y factores asociados a contaminación del aire a 4066 personas menores de 14 años y adultos mayores de 60 años. De la misma manera se capacitaron 2682 personas en temas relacionados con la contaminación del aire y enfermedad respiratoria y se lograron canalizar a servicios asistenciales a 125 menores de 5 años.
- Implementar la Vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria del impacto en salud por exposición a ruido en 2 localidades (Kennedy y Fontibón), interviniendo por medio de la aplicación de encuestas de afectación de calidad del sueño y factores asociados a contaminación por ruido en personas mayores de edad. De la misma manera se capacitaron 982 personas en temas relacionados con la contaminación por ruido y efectos auditivos y extraauditivos a través de 80 capacitaciones en el Distrito. También se atendieron un total de 11 quejas relacionadas con afectación por ruido de inmisión en las localidades de Chapinero, Barrios Unidos, Los Mártires, Santa Fe, Tunjuelito, Kennedy, Engativá y Fontibón.
- 90% de cumplimiento de la meta sobre implementación de ocho (8) planes de acción correspondiente a las líneas de la Política Distrital de Salud Ambiental.
- 98% de cumplimiento de la meta de realizar la gestión para garantizar las acciones de Salud Ambiental previstas en las normas vigentes en las 20 localidades del Distrito Capital.

17.3.2 Indicadores

- Número de establecimientos vigilados y controlados / Número de establecimientos programados para vigilar * 100
- Número de establecimientos vigilados y controlados / Número de establecimientos programados para vigilar * 100
- No de acueductos vigilados/No de acueductos identificados en el Distrito Capital *100
- N° empresas usuarias de materiales peligrosos vigiladas por Localidad
- N° Empresas vigiladas que cuentan con un Plan de Emergencias / N°Total de Empresas Vigiladas Usuarias de Sustancias Químicas Peligrosas * 100
- Cantidad (Kg) almacenada de sustancias químicas peligrosas / N° habitantes * Localidad
- Número de establecimientos vigilados y controlados con concepto favorable / Número de establecimientos vigilados * 100 Trimestral: Número de visitas con concepto sanitario favorable / Número total de vistas realizadas * 100
- Número de establecimientos vigilados y controlados con concepto pendiente / Número de establecimientos vigilados * 100 Trimestral: Número de visitas con concepto sanitario pendiente / Número total de vistas realizadas * 100
- Número de establecimientos vigilados y controlados con concepto desfavorable / Número de establecimientos vigilados * 100 Trimestral: Número de visitas con concepto sanitario desfavorable / Número total de vistas realizadas * 100
- Número de medidas sanitarias aplicadas según tipo, (congelación, decomiso, clausura, suspensiones) / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
- Número de medidas sanitarias aplicadas por punto crítico (supermercados, droguerías, etc) o producto (leche, medicamentos, agua, sustancias químicas, etc / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
- Número de medidas sanitarias aplicadas según causas generales, (Infraestructura, personal, documentación / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
- Número de medidas sanitarias aplicadas por producto (leche, medicamentos, agua, sustancias químicas, etc) según causas generales (físico químico, microbiológico, rotulado, etc) / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
- Número de muestras aceptables / Número total de muestras analizadas por el LSP * 100
- Número de muestras no aceptables / Número total de muestras analizadas por el LSP * 100
- Número de focos de vectores (Insectos, roedores) controlados / Número de focos intervenidos * 100
- Número de animales vacunados (caninos y felinos) / Número total de animales
- Número de caninos callejeros recogidos / Número total de caninos callejeros existentes * 100
- Número de animales observados, según especie / Número total de animales causantes de accidentes por agresión animal, según especie * 100
- Número de hembras caninas y felinas esterilizadas / Número de hembras caninas y felinas programadas para esterilizar * 100
- Número de actividades educativas realizadas por línea de intervención / Número de actividades educativas programadas por línea de intervención * 100
- Número de personas capacitadas por línea de intervención / Número de personas a capacitar por línea de Intervención * 100

- Por localidad, por UPZ, por línea de intervención, (Alimentos sanos y seguros, medicamentos seguros, eventos transmisibles de origen zoonótico, seguridad química, calidad del agua y saneamiento básico, Aire, ruido y radiación electromagnética, cambio climático) y por tipo de evento mórbido y mortal.

17.3.3 Limitaciones del proyecto

- Escaso presupuesto para intervenir todos los establecimientos existentes en la ciudad
- Debilidad en las fuentes de información utilizadas (datos SIVIGILA, RIPS, Red Monitoreo Calidad Aire, IDEAM, Metales pesados, Red de Ruido) en cuanto a cobertura, acceso y calidad de los datos.
- Escasa sensibilización en la comunidad sobre las problemáticas ambientales.

17.3.4 Presupuesto ejecutado

El valor total del presupuesto ejecutado fue de \$31.683 millones y se giraron \$21.331 millones.

17.3.5 Efectos del proyecto o acciones

Lograr el mejoramiento de las condiciones sanitarias de los establecimientos comerciales, industriales e institucionales.

Realizar la sensibilización de las personas sobre la prevención de los factores de riesgo, tanto sanitarios y ambientales.

Avanzar en la Estandarización de intervenciones en salud ambiental a nivel distrital.

Lograr el reconocimiento institucional y comunitarios sobre las acciones adelantadas en salud ambiental.

17.3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Se presenta en el cumplimiento de metas

17.3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Establecimientos comerciales, industriales e institucionales no intervenidos, cuyo número se desconoce dado que no existe un censo distrital

En relación a los animales (caninos y felinos) se contará con el denominador una vez finalice el estudio poblacional.

17.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

17.3.9 Otras acciones

- Asesoría y asistencia técnica a nivel institucional y comunitaria

- Elaboración y publicación de boletines sobre salud ambiental
- Diseño e implementación del observatorio de salud ambiental
- Realización de procesos sancionatorios a establecimientos que no cumplen con las normas vigentes
- Gestión intersectorial y comunitaria para prevenir y controlar factores de riesgo ambientales

17.310 Diagnóstico final del problema

La Secretaría Distrital de Salud ha adelantando una labor planificada y organizada en el marco de la salud ambiental en el Distrito Capital a través de la vigilancia sanitaria y ambiental, la gestión y la promoción de entornos saludables. Sin embargo es necesario continuar aunando esfuerzos con otras entidades y con la comunidad en general para que con base en las competencias y responsabilidades sociales se continúen previniendo y controlando los factores de riesgo ambientales y sanitarios

18. Problema Social No. 18 Débil empoderamiento ciudadano en torno a la salud de la población y frente a la exigencia del derecho fundamental a la salud.

18.1 Reconstrucción del Problema Social

18.1.1 Identificación del Problema

Se identifica que siguen existiendo falencias que impiden el ejercicio de la participación como sujeto social y político, por lo cual continúa la vulneración del derecho a la salud, al afectarse el acceso a los servicios de salud, incidiendo negativamente en los indicadores de morbi-mortalidad y el cumplimiento de políticas públicas sectoriales para la calidad de vida”.

19.1.2. Identificación de las causas y efectos

Entre las principales causas identificadas se encuentran:

1. La prevalencia del interés particular sobre el general, que afecta las posibilidades reales de construcción de lo público.
2. No se reconocen con claridad los nexos entre lo social y lo político, y esto lleva a que exista una tensión y fractura entre la participación social y la representación política.
3. La instrumentalización de la participación, en donde se convoca a la comunidad y se esgrime su participación para legitimar decisiones que la institucionalidad ya ha tomado, sin contar efectivamente con la opinión de las comunidades lo que las margina de gran parte de los actores sociales.
4. Los lineamientos, e incluso la normatividad vigente, no satisfacen las necesidades de los ciudadanos en la prestación del servicio, lo que genera tensiones entre el área de servicio al ciudadano y la ciudadanía, utilizándola como espacio de contención y no como la vía para recepcionar y gestionar al interior de la institucionalidad, las diversas formas de dar respuesta al derecho a la salud, que permitan prevenir, garantizar o reparar los actos violatorios al derecho a la salud, ubicando los procedimientos y actores responsables.

5. Las inequidades en el acceso efectivo al derecho a la salud, que se expresan como desigualdades en la prestación de los servicios de salud, manifestadas en barreras de acceso a los servicios de salud de tipo administrativas, geográficas, económicas, técnicas y culturales, que vienen generando la insatisfacción general que se vive en el país con el sistema de salud actual, en las múltiples quejas, tutelas, reclamos y movilizaciones de la comunidad por problemas de acceso y calidad de servicios, muchas relacionadas, entre otras, con las diferentes mecanismos administrativos puestos en marcha en el sector para la contención de costos y el logro de un mayor beneficio económico.

Los efectos más relevantes del problema son:

1. Este problema tiene implicaciones para los usuarios de los servicios, pues al no contar con la garantía de acceso, aplazan sus demandas de servicio con lo cual los procesos mórbidos se tornan más complejos, costosos, son persistentes los indicadores diferenciales y brechas de morbilidad y mortalidad entre regímenes y población vinculada.
2. Los espacios de participación comunitaria no funcionan adecuadamente, y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es precaria, su debilidad organizativa se ve expresada en un desempeño, básicamente en el ámbito barrial y zonal sin constituirse en actores locales y distritales.
3. Reducida capacidad de gestión de la ciudadanía que le posibilite adelantar autónomamente proyectos y canalizar recursos.
4. Poca credibilidad en la instancias del Estado, lo que obedece en muchas ocasiones a la falta de reconocimiento, de la voz de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones públicas.
5. Mayores costos de respuesta, sobre la problemática en salud, al estar la gestión limitada o focalizada sobre lo institucional. En este marco crece la gestión de respuesta a la enfermedad (carácter resolutivo), desprotegiendo o no potencializando la gestión de promoción y prevención, en donde se hace muy necesario el compromiso y labor activa de los ciudadanos y las comunidades.
6. Limitado aporte de la gestión en salud, en el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas del Distrito Capital. El modelo de atención tradicional, ha demostrado no ser suficientemente eficaz en bajar las cargas de enfermedad que nuestra población, al limitar la participación en salud, a la gestión exclusivamente institucional o sin promocionar los procesos de autogestión social y comunitaria, no se genera dinámica social para dar respuesta a las necesidades sociales y no se genera un actuar de forma comprometida, en los condicionantes de salud y enfermedad que existe en las diferentes localidades de Bogotá.
7. Incumplimiento reiterativo de los aseguradores y prestadores y cada vez más gravosos para la integridad personal de la ciudadanía, que en muchas ocasiones no tiene el acceso real a los servicios de salud a los que tiene derecho, en sus componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social en cada ciclo vital; que conllevan a vulneraciones y barreras frente al derecho efectivo a la salud, a la fragmentación y no solución de continuidad en el proceso requerido para que cada ciudadano confíe en la resolutiveidad del sistema para sus necesidades.

18.1.3 Focalización

Con la problemática identificada, se ven afectados de manera indirecta todos los habitantes de Bogotá D.C., equivalentes a 7.571.345, de acuerdo con las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. De igual forma, se ven afectados 272.743 usuarios atendidos, organizaciones sociales de territorios y ciudadanos beneficiados con la gestión de las formas de participación.

La población directamente afectada con el problema está conformada por ciudadanía vulnerada en el derecho a la salud que acude a los Puntos por el Derecho a la Salud, miembros de organizaciones sociales, líderes comunitarios, población organizada en los mecanismos y espacios de participación social en salud, población de mujeres, jóvenes, afrodescendientes, en condición de discapacidad, desplazamiento, ciudadanos-as que acuden a los servicios de atención al usuario de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., red Cade y Supercade.

18.1.4 Actores que Intervienen en el Problema

Secretaría Distrital de Salud, Concejo de de Bogotá D.C., Empresas Sociales del Estado, Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo, Copacos y Asociaciones de Usuarios, Organismos de Control y la ciudadanía..

18.2 Instrumentos Operativos para la solución de los Problemas Sociales.

18.2.1. A nivel de la Administración:

Los instrumentos formulados y ejecutados por la administración, para atender la problemática expuesta corresponden a objetivos y políticas establecidos desde los Planes de Desarrollo de Bogotá: Para Vivir Mejor 2008-2012 y Bogotá Humana 2012-2016, la Política Pública de Participación Social y Servicio al Ciudadano.

18.2.2. A Nivel de la Entidad:

Para la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, las metas planteadas en el Plan de Desarrollo Para Vivir Mejor, se encuentran armonizadas en Bogotá Humana en el eje tres “Una Bogotá que defiende y fortalece lo público”, Programa “Bogotá Decide y Protege el Derecho Fundamental a la Salud Pública” y Proyecto “Bogotá Decide en Salud N° 887.

Los objetivos del proyecto dispuestos para la solución del problema son:

Objetivo General

Generar condiciones que favorezcan el empoderamiento ciudadano, control social y la incidencia en el conjunto de las decisiones públicas, para la promoción, protección, exigibilidad del derecho a la salud y la transformación de las condiciones de vida y salud, a partir del reconocimiento de sus realidades territoriales y diversidades poblacionales, en la construcción de una Bogotá más humana, incluyente y equitativa.

Objetivos Específicos

1. Promover la participación social para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud, a partir del reconocimiento de las realidades territoriales y el enfoque poblacional, con acciones de información, educación, comunicación, gestión intra e interinstitucional y la utilización de mecanismos de exigibilidad jurídica, política y social del derecho a la salud.
2. Fortalecer la rectoría y la defensa de lo público, mediante la construcción de una agenda de control social a la gestión en salud, para contribuir a la reducción de la segregación e inequidades en la garantía del derecho a la salud.
3. Consolidar un Servicio de Atención a la Ciudadanía, como vía para la promoción y protección del derecho a la salud de los ciudadanos y ciudadanas del Distrito Capital.

18.2.3. Metas formuladas

- A 2012 tener incluidos en la agenda pública temas estratégicos de promoción social.
- A 2012 estarán conformadas y funcionando 20 redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud.
- A 2012 fortalecer las redes sociales existentes en Bogotá.
- 2012 estará conformado y funcionando el Comité Distrital de Participación en el contexto de la Política sectorial y el Sistema Distrital de Participación
- A 2012 fortalecer las formas de participación social instituidos legalmente.
- A 2012 fortalecer en el 100% de las localidades las organizaciones sociales y comunitarias.
- A 2012 Crear en el 100% de las localidades mecanismos de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública.
- A 2012 contar con políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada.
- Formular 4 políticas relacionadas con la salud con participación ciudadana
- Formular 80 proyectos de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida.
- A 2012 implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano.
- A 2012 se habrá diseñado e implementado un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud, dirigido a las ciudadanía, grupos organizados y servidores.
- Atender anualmente el 100% de las peticiones, quejas y demandas ciudadanas e identificar las barreras de acceso a los servicios de salud, para proponer planes de mejoramiento con el fin de alcanzar mayores estándares de calidad de los servicios de salud y la organización del sistema de salud en la ciudad.
- Incorporar 300.000 ciudadanos y ciudadanas a procesos de planeación local, control social de resultados y exigibilidad jurídica y social del derecho a la salud, con enfoque poblacional a 2016.

- Incrementar en un 100% la base social de las formas de participación en salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, considerando la diversidad poblacional, a 2016.
- Desarrollar con enfoque poblacional los procesos participativos en salud de las organizaciones autónomas, en el 100% de la implementación de los planes de acción de grupos étnicos, población en situación de desplazamiento, en condición de discapacidad y por etapas de ciclo vital, al 2016.
- Realizar procesos de Control Social al 100% de los proyectos prioritarios del programa Territorios Saludables y Red Pública de Salud Para la Vida, desde las Diversidades, al 2016
- Orientar a 864.000 ciudadanos y ciudadanas del Distrito Capital, para el acceso y exigibilidad del derecho público de la salud, disponiendo diferentes canales de atención ciudadana, al 2016.
- Gestionar 41.652 requerimientos y derechos de petición, a través del Sistema de Quejas y Soluciones de Secretaría Distrital de Salud, en la protección y defensoría ciudadana frente a necesidades y vulneraciones del derecho público de la salud, al 2016.
- Incrementar al 90% la proporción de quejas resueltas antes de 14 días, ingresadas al Sistema Distrital de Quejas y Soluciones de la Secretaría Distrital de Salud, al 2016.
- Incrementar al 90% la satisfacción y percepción con la calidad y humanización del Servicio al Ciudadano de Secretaría Distrital de Salud, al 2016.
- Unidad de medida: Porcentaje de satisfacción general.
- Monitorear la tasa de incidencia de casos intervenidos de barreras de acceso por 10.000 ciudadanos y ciudadanas a través de los sistemas de exigibilidad, SIDBA "Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso" y SQS "Sistema Distrital de Quejas y Soluciones" de la Secretaría Distrital de Salud, en la vía de rectoría y exigencia ciudadana, al 2016.
- Reducir en un 40% los casos de barreras de acceso a salud del régimen subsidiado, al 2016.

18.2.4 Presupuesto Asignado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		ASIGNADO
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	617	Participación Social por el Derecho a la Salud	\$1.477.132.000
Bogotá Humana 2012-2016	887	Bogotá Decide en Salud	\$3.442.868.000
TOTAL			\$4.920.000.000

Con cargo al presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud se asignaron \$4.920 millones.

18.2.5 Población o Unidades de focalización objeto de atención

La población directamente beneficiada con el proyecto está conformada por ciudadanía vulnerable en el derecho a la salud que acude a los Puntos por el Derecho a la Salud, miembros de organizaciones sociales, líderes comunitarios, población organizada en los mecanismos y espacios de participación social en salud, población de mujeres, jóvenes, afrodescendientes, en condición de discapacidad, desplazamiento, ciudadanos-as que acuden a los servicios de atención al ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., red Cade y Supercade.

18.3 Resultados en la transformación de los problemas

18.3.1 Niveles de Cumplimiento

A continuación se describen los niveles de cumplimiento de las metas programadas:

- Incorporar 10.000 ciudadanos y ciudadanas a procesos de planeación local, control social de resultados y exigibilidad jurídica y social del derecho a la salud, con enfoque poblacional. Lograr incorporar 25.380 personas.

Con el ejercicio realizado en los Puntos por el Derecho a la Salud de las localidades Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito y Suba se ha cumplido el 253,80% de la meta propuesta para el año 2012, dado que la meta era de 10.000 ciudadanos y ha superado al mes de diciembre/12 con un total de 25380 a partir del trabajo de los gestores desarrollado en el territorio, se abordó y se sensibilizó a los ciudadanos, ciudadanas, y organizaciones sociales generando una respuesta positiva y de aceptación de la estrategia, por lo que se logró superar la meta.

- Incrementar en un 55% la base social de las formas de participación en salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, considerando la diversidad poblacional. Lograe ejecutar el 58.59 % ejecutado.

22 ESE y 22 EAPB con acciones de supervisión y acompañamiento para el mejoramiento de los procesos de participación social en salud, a saber: Usaquén, Chapinero, Suba, Fontibón, Pablo VI, Del Sur, San Cristóbal, Centro Oriente, Rafael Uribe Uribe, Usme, San Blas, Engativa, Bosa II Nivel, Simón Bolívar, Occidente de Kennedy, La Victoria, Meissen, Tunal, Tunjuelito, Nazareth, Vista Hermosa y Santa Clara; y las EAPB de Famisanar, Nueva EPS, Alianzasalud, Humana Vivir C, Salud Total, Coommeva, SOS, Sanitas, Compensar, Solsalud, Saludcoop, Colpatria, Golden Group, Saludvida, Caprecom, Humana Vivir S, Solsalud, Unicajas, Salud Cóndor y Capital Salud, respectivamente.

A partir del acompañamiento y asesoría a las instituciones y a las formas, se amplió la base social de los COPACOS y Asociaciones de Usuarios de ESE y EAPB a 44 integrantes nuevos en este mes, para un acumulado de 329 personas nuevas y porcentaje acumulado de cumplimiento del 107.5 % de la meta programada para el 2012.

- Desarrollar con enfoque poblacional 12 procesos participativos en salud de las organizaciones autónomas, en el 100% de la implementación de los planes de acción de grupos étnicos, población en situación de desplazamiento, en condición de discapacidad y por etapas de ciclo vital. Lograr 15 procesos participativos.

Desarrollar 15 procesos participativos con enfoque poblacional y temático a través de las actividades de buzón itinerante (12) y red social territorial (3) integrando a la red social un total de 23 organizaciones sociales.

- Realizar procesos de Control Social al 14% de los proyectos prioritarios del programa Territorios Saludables y Red Pública de Salud Para la Vida, desde las Diversidades. Lograr ejecutar el 14%.

Los dos proyectos prioritarios de “Salud para el Buen Vivir” y (Plan de Intervenciones Colectivas) y “Red Pública de Salud para la Vida”, con control social a través de conformación de un grupo de siete veedores desde el nivel central, cuyo objetivo es que se especialicen en el seguimiento a la gestión que realizan las ESE, de manera articulada con el Despacho y la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano.

Proclamación de los 98 veedores que hacen parte de los comités de seguimiento a los pactos de transparencia y contra la corrupción, firmados por los gerentes de las ESE. Con la asistencia de 285 personas al evento

Articulación con los Entes de control, como son Contraloría, Personería, Veeduría Distrital, y Entidades como el Ministerio del Interior, Super Salud, Ministerio de salud, para coordinar y articular acciones en el tema del ejercicio del control social

Realización del Primer Encuentro de Control Social y Contra la Corrupción en Salud en el Distrito, con la participación de mil (1000), personas que realizan, el ejercicio del control social.

Trabajo articulado con funcionarios y comunidad para iniciar el ejercicio pedagógico en el tema del control social.

El grupo de veedores conformados realizaron el proyecto dirigido a la formación de líderes y líderes que multiplican y articulan el ejercicio de control social

Articulación con salud pública para el encuentro de veedores proyectado para el 11 de Diciembre de 2012.

Acompañamiento en el alistamiento de documentos para presentación de la experiencia de control social en el sector salud por uno de los veedores de la localidad de Suba.

Realización de la audiencia pública el 11 de Diciembre con la participación de 285 veedores y voceros comunitarios.

Articulación y coordinación con el área de transplantes de la Dirección de Desarrollo de Servicios para la construcción de la mesa temática del mismo nombre que hará parte de la red anticorrupción de control social a nivel Distrital.

Articulación y coordinación con el centro de zoonosis, para la realización del ejercicio de control ciudadano con énfasis en veeduría para el año 2013.

- Orientar a 108.000 ciudadanos y ciudadanas del Distrito Capital, para el acceso y exigibilidad del derecho público de la salud, disponiendo diferentes canales de atención ciudadana. Lograr orientar a 194.386 ciudadanos

Este cumplimiento está incidido por la implementación de varias estrategias tales como: La puesta en operación de un nuevo canal de atención telefónica a través de un Call Center de Servicio al Ciudadano con el Convenio Línea 195-ETB, también por el fortalecimiento de los puntos de atención ubicados en el Red Cade y Super Cade en especial en los Cade Candelaria, Lucero, Cade Dignificar, Santa Lucía y Santa Helenita ubicados en localidades donde reside poblaciones vulnerables, adicionalmente por el aumento de recurso humano para la atención presencial a nivel del Centro Distrital de Salud-CDS y el fortalecimiento de la estrategia de filtro en fila apoyado con el Cade Virtual para la orientación ciudadana y la estrategia de brindar orientaciones grupales en sala de espera.

- Gestionar 5.206 requerimientos y derechos de petición, a través del Sistema de Quejas y Soluciones de Secretaría Distrital de Salud, en la protección y defensoría ciudadana frente a necesidades y vulneraciones del derecho público de la salud. Lograr gestionar 8195 requerimientos

Responder 8.195 (100%) derechos de Petición, requerimientos, a través del Procedimiento de Servicio al Ciudadano, el aumento es debido a que por la entrada en vigencia de la Ley 1437 de 2011 (Nuevo Código Contencioso Administrativo desde el mes de julio de 2012), toda solicitud ciudadana se considera derecho de petición y por ende se tramita a través del Sistema de Quejas y Soluciones de la SDS, por tanto a la fecha se superó la meta programada de 5,206 (100%).

Estos requerimientos se gestionaron por medio de los diferentes canales habilitados para tal efecto, tales como: Correo urbano-escrito, correo electrónico/e-mail, presencial, buzón, Web, telefónico. Realizando una gestión de semaforización, control y seguimiento al total de los 4.967 derechos de petición.

- Incrementar al 84% la proporción de quejas resueltas antes de 14 días, ingresadas al Sistema Distrital de Quejas y Soluciones de la Secretaría Distrital de Salud. Lograr incrementar a 86% la proporción de quejas resueltas.

Se viene realizando revisión de requerimientos de competencia de la Secretaría a un total acumulado de 2326 peticiones y respecto a las ESE un total acumulado de 1.710. Respecto a la gestión de seguimiento a los derechos de petición por no respuesta oportuna, se ha realizado seguimiento a un acumulado de 105 peticiones de las Dependencias de la SDS, las cuales fueron con copia a la Oficina de Control Interno Disciplinario. Respecto a las ESE, se ha realizado seguimiento a los derechos de petición por no respuesta oportuna a un acumulado de 166 requerimientos y 511 seguimientos a las Empresas Promotoras de Salud-Subsidiado-EPS-S, debiéndose remitir 149 requerimientos por no respuesta a Garantía de la Calidad para lo de su competencia.

- Incrementar al 90% la satisfacción y percepción con la calidad y humanización del Servicio al Ciudadano de Secretaría Distrital de Salud. Lograr incrementar al 93.60% la satisfacción y percepción con la calidad y humanización del Servicio al Ciudadano.

9.477 ciudadanos-as evaluaron la calidad del Servicio al Ciudadano recibido, a través de los calificadores del sistema de turnos "Digiturno" ubicado en la Oficina de Servicio al Ciudadano.

Se evaluaron las variables de: «Amabilidad y calidez, suficiencia de módulos, calidad atención, efectividad atención» de la funcionaria de módulo.

- Monitorear la tasa de incidencia de casos intervenidos de barreras de acceso por 10.000 ciudadanos y ciudadanas a través de los sistemas de exigibilidad, SIDBA "Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso" y SQS "Sistema Distrital de Quejas y Soluciones" de la Secretaría Distrital de Salud, en la vía de rectoría y exigencia ciudadana.

Se tiene un acumulado de una la Tasa promedio de 583 (III Trim-2012 la Tasa fue de 696 y para el IV Trim-2012 la Tasa fue de 470) casos intervenidos con barreras de acceso por 10.000 ciudadanos-as que fueron atendidos e ingresados en los Sistemas para la exigibilidad social del derecho a la salud como es el SIDBA (Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso) y para la exigibilidad jurídica como es el SDQS (Sistema Distrital de Quejas y Soluciones), lo que significa un cumplimiento aprox. del 60% respecto a la meta programada a Dic-2012 de una Tasa promedio de 966 casos intervenidos con barreras de acceso por 10.000 ciudadanos-as atendidos en la Dependencia de Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud. Este cumplimiento indica que se redujo la Tasa general promedio de casos con barreras de acceso en un -39,64%.

- Reducir en un 5% los casos de barreras de acceso a salud del régimen subsidiado.

Lograr una tasa promedio de 526, con 205 casos con barreras de acceso por 100.000 afiliados al Régimen Subsidiado, lo que significa una reducción del 34,8% de la línea de base, ya que la meta programada a Dic-2012 es de una reducción del 5% de la Tasa línea de base del año 2011 (Tasa de 807 casos con barreras de acceso por 100.000 afiliados al Régimen Subsidiado).

Avanzar en la definición de la figura jurídica para la conformación del Comité Distrital para disminuir barreras de acceso, para lo cual se asignaron 2 abogados con destinación parcial para que realicen la redacción del Decreto que respalde la creación de este Comité Distrital que estará presidido por el Alcalde Mayor de Bogotá, el Secretario Distrital de Salud, el Subsecretario Distrital de Salud, Directores de la Secretaria Distrital de Salud, Gerentes ESE, EPS-S, EPS-C, Entes de Control y Representantes Comunidad organizada, como estrategia transversal para el abordaje interinstitucional con los diferentes actores del Sistema Distrital de Salud, de la meta de reducir las barreras de acceso en el Régimen Subsidiado. La Secretaría técnica la hará la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano.

Realización de 5 Auditorías presenciales directamente en las EPS-S que estaban en diciembre-2012 en operación del Régimen Subsidiado en Bogotá, las cuales fueron: EPS Solsalud, Caprecom, Capital Salud, Humana Vivir, y Unicajas.

18.3.2 Indicadores

- Número de ciudadanos y ciudadanas incorporados a los procesos de planeación local, control social de resultados y exigibilidad jurídica y social del Derecho a la salud, con enfoque poblacional.
- Porcentaje de ciudadanos y ciudadanas vinculados a las diferentes formas de participación, considerando la diversidad poblacional.

- Número de procesos participativos ejecutados y desde un enfoque poblacional y temático en la garantía al derecho a la salud y el derecho a un ambiente sano.
- Porcentaje de proyectos prioritarios del programa territorios saludables con control social.
- Número de usuarios orientados para su acceso y exigibilidad del derecho a la salud, a través de los diferentes canales de servicio al ciudadano de Secretaría Distrital de Salud.
- Número de derechos de petición y requerimientos gestionados en defensoría ciudadana, a través del "Sistema Distrital de Quejas y Soluciones" de Secretaría Distrital de Salud - SDQS-
- Porcentaje de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos, antes de 14 días.
- Porcentaje de percepción y satisfacción con la calidad y humanización del servicio al ciudadano de Secretaría Distrital de Salud
- Tasa promedio de casos intervenidos de barreras de acceso, por 10.000 ciudadanos y ciudadanas atendidos en canales de servicio al ciudadano de Secretaría Distrital de Salud.

18.3.3 Limitaciones y Problemas del Proyecto

- La Dirección no cuenta con un sistema de información que consolide los procesos y que permita de forma estructurada, acceder o consultar la información proveniente de las acciones desarrolladas por los diferentes profesionales en cumplimiento de las metas propuestas.
- Baja participación de las profesionales que lideran los procesos de Participación Social y Servicio al Ciudadano de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios Famisanar, Compensar, Colpatria, Saludvida, Caprecom, Saludcondor y Ecoopsos en los espacios de trabajo de asesoría ante la crisis de las aseguradoras del régimen subsidiado.
- La funcionalidad del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones-SDQS presentó fallas (originadas posterior al despliegue y actualización al aplicativo efectuado por la Alcaldía) en el ingreso, clasificación, seguimiento y registro de cierres definitivos, generando error o cambiando el peticionario en el requerimiento, con el riesgo de afectar la oportuna respuesta a los peticionarios.

18.3.4 Presupuesto Ejecutado

PLAN DE DESARROLLO	PROYECTO		EJECUTADO	GIRADO
Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008-2012	617	Participación Social por el Derecho a la Salud	\$1.477.132.000	\$1.464.021.467
Bogotá Humana 2012-2016	887	Bogotá Decide en Salud	\$3.297.165.500	\$2.10.578.898
TOTAL			\$4.774.297.500	\$1.464.021.467

El presupuesto ejecutado fue de \$4.774 millones y se giraron \$1.464 millones

18.3.5 Efectos del Problema o acciones

Fortalecimiento de la Exigibilidad del Derecho a la Salud

- Implementación de estrategia de exigibilidad del derecho a la salud en tres localidades del Distrito Capital, facilitando el acercamiento de la ciudadanía ante la institución, generando opciones complementarias a las existentes, ante la vulneración del derecho a la salud.
- La apropiación por parte de las comunidades de los sistemas de información de SQS (Sistema de Quejas y Soluciones) y SIDBA (Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso), como herramientas para la democratización de la información y la exigibilidad del derecho a la salud.
- Empoderamiento social a través de la implementación del Sistema Distrital de Participación y de la planeación local participativa.
- Se continúa el proceso de fortalecimiento a las formas normatizadas de participación en salud, y se da inicio al fortalecimiento de organizaciones sociales autónomas, a partir del trabajo territorial, que a su vez han propiciado que las comunidades exijan a los diferentes actores del sistema, la respuesta y desarrollo de procesos, para mejorar la prestación de servicios de salud y la gestión de respuesta a necesidades identificadas.

Fortalecimiento de la Participación Social en Salud

- Las formas de participación social en salud (COPACOS, Asociaciones de Usuarios, Comités de Ética y Veedurías en salud) avanzaron en el fortalecimiento de su organización interna y su gestión alrededor de la garantía y exigibilidad al derecho a la salud.

Impacto Sobre la Respuesta del Sector, a partir de los Sistemas de Escucha de la SDS

- La principal contribución de los Sistemas de información para la exigibilidad del derecho a la salud, es la articulación y complementariedad de la información para la exigibilidad ciudadana del derecho a la salud, permitiendo la anticipación de resolver problemáticas de barreras de acceso a través de un procedimiento de orientación, que opera vía derecho de petición. Así mismo, la implementación de la estrategia de semaforización y gestión del Sistema de Quejas y Soluciones-SQS, la cual genera alertas a los tiempos de respuesta al derecho de petición, contribuyendo a incentivar la cultura del auto-control para dar respuestas oportunas a los requerimientos, a la disminución de los tiempos establecidos legalmente a los derechos de petición por parte de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, Empresas Sociales del Estado-ESE y Empresas Promotoras de Salud-Subsidiado-EPS-S, para el mejoramiento de la oportunidad y adecuado manejo del Sistema de Quejas, generando un impacto a la garantía de oportunidad y calidad en la respuesta.
- La democratización de la información sobre barreras de acceso a los actores institucionales, de control y sociales para la implementación de planes de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios y disminución de vulneraciones e inequidades en salud, es la principal herramienta de rectoría y asistencia técnica de la Secretaría Distrital de Salud, que permitió el direccionamiento estratégico de la información para la exigibilidad del derecho a la salud a nivel de las Dependencias de Servicio al Ciudadano de

las Empresas Sociales del Estado y de las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas, lo que constituyó un sistema para la ciudadanía activa en salud, desconcentrado, que opera a nivel Distrital y Local, el cual aporta a la construcción de una ciudad garante de derechos; a la formación de mecanismos de organización de la ciudadanía sobre sus derechos y deberes en salud, para la exigibilidad y garantía del derecho a la salud.

- A partir de los Sistemas de Información SIDBA-SQS, la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano contribuyó a resultados tales como generar opinión pública en favor del derecho a la salud, a avanzar en la disminución de barreras de acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios.
- La Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, ha venido trabajando en fortalecer el papel del Estado garante frente a los derechos a la salud y a la participación social de la ciudadanía para incidir y decidir en la salud como construcción social. Es claro que las transformaciones que se requieren para que en el país haya derecho a la salud pasa necesariamente por la disminución de las inequidades en la distribución del poder y esto es posible si se profundizan los procesos de participación con decisión.

18.3.6 Población o unidades de focalización atendidas:

342.861 personas de la ciudad atendidas

18.3.7 Población o Unidades de Focalización sin atender

Ninguna

18.3.8 Población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia.

325.274 personas de la ciudad que se prevé seguirá requiriendo de las acciones del proyecto.

18.3.9 Otras acciones implementadas para la solución del problema

Implementación del Sistema Integrado de Gestión (Sistema de Gestión de Calidad y MECI), para precisar la respuesta a las expectativas y necesidades de las partes interesadas, que inciden en la gestión frente al problema identificado.

18.3.10 Diagnóstico Final del Problema.

Frente al problema expuesto de *“Ciudadanía de Distrito Capital, que no ejerce de forma efectiva, eficiente y eficaz, el derecho fundamental a la salud, y limita su participación a procesos informativos, sin incidir de forma activa y relevante, en la gestión de prestación de servicios y en la respuesta a las necesidades sociales, que afectan condiciones de salud o enfermedad y en últimas sus condiciones de vida”*, el Distrito Capital ha avanzado en el ejercicio de la ciudadanía activa, de la exigibilidad del derecho a la salud, (a través del conocimiento de sus derechos y los mecanismos de exigibilidad) que inciden directamente en la afectación de las condiciones de salud de la población. Sin embargo esta es una labor permanente que exige de la continuidad de los procesos de fortalecimiento de la participación social y la definición e implementación de indicadores que permitan medir el impacto de la gestión adelantada por la Dirección con articulación institucional, sectorial e intersectorial, en respuesta al problema identificado.