



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.**

---

## **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.**

**Informe de Empalme Entre Mandatarios Entrantes y  
Salientes del Sector Salud  
Circular Conjunta 018 del 03 de septiembre de 2015**

**Bogotá D.C. noviembre de 2015**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>1. DEFENSA JURIDICA</b> .....	<b>12</b>
Procesos de especial observación en pro de la Defensa Judicial de la Entidad .....	12
<b>2. GESTION CONTRACTUAL</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Desarrollo de la Gestión Contractual</b> .....	<b>17</b>
<b>3. GESTION FINANCIERA</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1 Pago de Sentencias y Conciliaciones</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2 Análisis de Ingresos</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Ejecución de gastos de las últimas vigencias- Aspectos relevantes:</b> .....	<b>23</b>
<b>3.4 Ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones de las cuatro últimas vigencias</b> .....	<b>24</b>
<b>3.5 Ejecución de recursos del Sistema General de Regalías de las cuatro últimas vigencias:</b> .....	<b>24</b>
<b>3.6 Reservas, cuentas por pagar y vigencias expiradas.</b> .....	<b>27</b>
<b>3.6.1 Cuentas por pagar:</b> .....	<b>27</b>
<b>3.6.2 Vigencias Expiradas:</b> .....	<b>28</b>
<b>4. GESTION DEL TALENTO HUMANO</b> .....	<b>29</b>
<b>4.1 Análisis de la Planta de personal de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.</b> <b>29</b>	
<b>4.1.1 Número de empleos por nivel jerárquico [Planta de personal</b> .....	<b>29</b>
<b>4.1.2 Vacantes definitivas</b> .....	<b>29</b>
<b>4.1.3 Número de empleados de carrera administrativa</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2 Información de la Gestión del Talento Humano</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2.1 Acto administrativo por medio del cual se fija la estructura de la administración territorial y Listado de organismos descentralizados.</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2.2 Acto administrativo por medio del cual se fija la planta de personal.</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2.3 Manuales de Funciones y de competencias laborales y de Procesos y Procedimientos.</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2.4 Informe anual de evaluación del desempeño</b> .....	<b>31</b>
<b>4.2.5 Informe sobre Acuerdos de Gestión</b> .....	<b>31</b>

4.2.6	Informe sobre la implementación del Plan Institucional de Formación y Capacitación. ...	32
4.2.7	Informe sobre la implementación del Plan de Bienestar Social e Incentivos.....	33
4.2.8	Informe sobre la implementación de planes de seguridad y salud en el trabajo.....	33
4.2.9	Documento que contenga los principios éticos de la Entidad. ....	34
4.3	Rediseño Institucional de la Entidad Territorial.....	35
4.3.1	Situación de la Entidad Territorial.....	35
<b>5.</b>	<b>GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO.....</b>	<b>37</b>
5.1	Procesos Archivísticos Desarrollados.....	37
5.2	Actualización de Tablas de Retención Documental. ....	38
5.3	Transferencias Documentales. ....	39
5.4	Acciones en Curso.....	39
<b>6.</b>	<b>GOBIERNO EN LINEA.....</b>	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b>BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS.....</b>	<b>42</b>
<b>8.</b>	<b>CONTROL DE GESTION.....</b>	<b>43</b>
8.1	Seguimiento a planes de mejoramiento externos:.....	43
8.2	Riesgos de gestión. ....	43
8.3	Riesgos de corrupción.....	44
8.4	Componente: mapa de riesgos de corrupción: .....	44
8.5	Componente: mapa de riesgos de corrupción.....	45
8.6	Componente rendición de cuentas.....	45
8.7	Componente mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.....	45
8.8	Componente estrategia anti trámites. ....	45
<b>9.</b>	<b>RECURSOS FISICOS E INVENTARIOS.....</b>	<b>47</b>
9.1	Inventario en Servicio.....	47
9.2	Procesos de Inventarios en Curso .....	48

9.3	Enajenación a título gratuito y subasta vehículos dados de Baja.....	49
10.	<b>TRANSPARENCIA, RENDICION DE CUENTAS Y SERVICIO A LA CIUDADANIA .....</b>	<b>50</b>
11.	<b>SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO .....</b>	<b>52</b>
12.	<b>COMPLEMENTO DE SALUD .....</b>	<b>64</b>
12.1	Rectoría .....	64
12.2	Salud Pública.....	79
12.3	Aseguramiento.....	101
12.4	Prestación de los servicios.....	122
12.5	Recursos financieros .....	140
12.6	Logística .....	151
13.	<b>GESTION EN ATENCION A VICTIMAS DEL CONFLICTO .....</b>	<b>160</b>
13.1	<b>De la Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado, Una Propuesta Hacia el Postconflicto.....</b>	<b>160</b>
13.2	Atención Primaria en Salud.....	160
13.3	Atención Psicosocial.....	162
13.4	Afiliación en Salud .....	164
13.5	Orientación e Información.....	167

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estructura del documento.....	11
Tabla 2 Procesos Judiciales en Curso Según Tipo Vigencia 2012-2015 .....	12
Tabla 3 Tribunales de Arbitramento (Cifras en Pesos) .....	13
Tabla 4 Contratación por acuerdo marco de precios.....	18
Tabla 5 Consolidado de contratos cuya ejecución terminan en el 2016.....	19
Tabla 6 Ejecución del Presupuesto de Rentas e Ingresos 2013-2015 y Proyecto de .....	22
Tabla 7 Sistema General de Participaciones Sector Vigencias 2014 al 2015 .....	22
Tabla 8 Proyectos de inversión viabilizados, aprobados, priorizados y financiados por SGR – Designados al FFDS como ejecutor. ....	25
Tabla 9 Ingresos Capítulo independiente del Sistema General de Regalías - FFDS, bienio 2015- 2016.....	26
Tabla 10 Distribución planta de personal.....	29
Tabla 11 Vacantes definitivas .....	29
Tabla 12 Empleados de carrera administrativa .....	30
Tabla 13 Apoyo Económico para Educación .....	33
Tabla 14 Servidores en condición especial .....	35
Tabla 15 Balance General de Transferencias con Corte a Septiembre de 2015.....	39
Tabla 16 Cronograma de envío de información de riesgos .....	44
Tabla 17 Inventario de los Recursos Físicos de la Secretaria Distrital de Salud.....	48
Tabla 18 Inventario de los Recursos Físicos de la Secretaria Distrital de Salud.....	48
Tabla 19 Planes y Programas Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C..	52
Tabla 20 Resumen Sobre Ejecución de Proyectos Fondo Financiero Distrital de Salud .....	58
Tabla 21 Semaforización Metas de Impacto Plan de Desarrollo .....	59
Tabla 22 Semaforización Metas de Proceso Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015.....	61

Tabla 23 Semaforización Metas de Resultado Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015.....	62
Tabla 24 Instrumentos Regulatorios .....	67
Tabla 25. Total de visitas de control realizadas 2012 – Septiembre 2015.....	70
Tabla 26. Resultados de visitas realizadas por quejas 2012 – Septiembre 2015.....	71
Tabla 27. Total de investigaciones administrativas por tipo 2012 – septiembre 2015 .....	72
Tabla 28. Número de actos administrativos sancionatorios. Bogotá 2011-2014 .....	73
Tabla 29. Ejes programa de inspección y vigilancia .....	75
Tabla 30 Comportamiento de la Mortalidad Materna por Localidad.....	82
Tabla 31 Comportamiento de familias y microterritorios, Bogotá 2004 – Junio de 2015. ....	93
Tabla 32 Ámbitos de vida cotidiana caracterizados y con seguimiento, Bogotá 2012 – Junio de 2015.....	94
Tabla 33 Las coberturas de vacunación durante la vigencia 2012-2015 son las siguientes.....	98
Tabla 34 Cobertura de Vacunación por MRCV (para el año 2015 el reporte de monitoreo se realizará en el 2016) .....	98
Tabla 35 Estado del Aseguramiento Población Bogotá D.C. (septiembre/2015) .....	101
Tabla 36 Distribución Población Por Grupo Etario y Por Régimen .....	103
Tabla 37 Resultados Cruce Base de Datos SISBEN [a diciembre de 2014] .....	106
Tabla 38 No personas reportadas como potencial afiliables al régimen Subsidiado en Salud.....	107
Tabla 39 Personas Atendidas como No afiliadas - Vinculados.....	107
Tabla 40 Población Pobre No Asegurada (Septiembre/2015).....	107
Tabla 41 Red Pública de Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. por nivel de complejidad .....	109
Tabla 42 Red Complementaria contratación .....	110
Tabla 43 Atención a la Población pobre No Asegurada con apropiación presupuestal. ....	111
Tabla 44 Afiliados régimen Subsidiado .....	114
Tabla 45 Afiliados Régimen Contributivo .....	115

Tabla 46 Tasa de Satisfacción .....	116
Tabla 47 Cartera Régimen Subsidiado - Bogotá Corte septiembre 2015 Discriminado por EPSS. 117	
Tabla 48 Total de cartera Nacional - Discriminada por concepto - corte a septiembre de 2015.. 117	
.Tabla 49 Total cartera Nacional - Corte a Junio de 2015 Discriminada por Hospital .....	118
Tabla 50 Fuentes de Financiación del Proyecto 885 Acceso Universal y efectivo a la Salud - Régimen Subsidiado.....	118
Tabla 51 Tipo de Gasto del proyecto 885 .....	119
Tabla 52 Recursos ejecutados por fuente de Financiación.....	119
Tabla 53 Programa de Inspección y vigilancia por Ejes .....	120
Tabla 54 Oferta de Servicios de Salud en el Distrito Capital.....	126
Tabla 55 Total Prestadores de Servicios de Salud por Clase .....	126
Tabla 56 Numero de Camas habilitadas por Naturaleza Jurídica.....	126
Tabla 57 Numero de Camas Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica .....	127
Tabla 58 Numero de Salas Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica.....	128
Tabla 59 Numero de Sillas Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica .....	128
Tabla 60 Numero de Ambulancias Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica .....	128
Tabla 61 Distribución de Recursos de Cuentas Maestras 2014 .....	129
Tabla 62 Distribución por E.S.E. Convenios Interadministrativos .....	131
Tabla 63 Suficiencia de Camas Bogotá D.C. ....	135
Tabla 64 Suficiencia de camas Red Centro Oriente.....	136
Tabla 65 Suficiencia de camas Red Norte.....	137
Tabla 66 Suficiencia de camas Red Sur .....	137
Tabla 67 Suficiencia de camas Red Sur Occidente.....	138
Tabla 68 Estándares de Utilización de capacidad instalada por servicio .....	138
Tabla 69 Cuentas Maestras .....	140
Tabla 70 Resoluciones de Categorización del riesgo 2012-2015 y Evaluación P.S.F.F. ....	142

Tabla 71 Proyectos de inversión viabilizados, aprobados, priorizados y financiados por SGR – Designados al FFDS como ejecutor. ....	143
Tabla 72 Generalidades del proyecto BPIN: 2012000100186.....	145
Tabla 73 Recursos del proyecto y Avance financiero proyecto BPIN: 2012000100186.....	146
Tabla 74 Generalidades del proyecto BPIN: 2013000100196.....	148
Tabla 75 Recursos del proyecto y Avance financiero proyecto BPIN: 2013000100196.....	148
Tabla 76 Consolidado Recursos Otras Fuentes.....	149
Tabla 77 Consolidado Proyección Física del Proyecto.....	150
Tabla 78 Bases de datos Administradas por la Secretaria Distrital de Salud.....	152
Tabla 79 Relación de Aplicativos Administrados en la Secretaria Distrital de Salud.....	153
Tabla 80 Distribución de familias víctimas del conflicto por localidad.....	161
Tabla 81 Distribución de la población afiliada en el SGSSS por género - régimen de salud- grupo etéreo.....	165
Tabla 82 Atención a la Población Pobre no Asegurada.....	166



## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Comportamiento de ingresos 2013-2015 .....	23
Gráfica 2 SemafORIZACIÓN Metas de Impacto Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015.....	60
Gráfica 3 SemafORIZACIÓN Metas de Proceso Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015.....	62
Gráfica 4 SemafORIZACIÓN Metas de Resultado Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015.....	63
Gráfica 5. Mortalidad Materna en Bogotá (2000 – 2014).....	80
Gráfica 6. Mortalidad Perinatal en Bogotá (2000 – 2014).....	83
Gráfica 7. Mortalidad Infantil en Bogotá (2000 – 2014).....	84
Gráfica 8 Mortalidad en Menores de 5 Años en Bogotá (2000 – 2014) .....	85
Gráfica 9. Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años en Bogotá (2000 a 2014).....	86
Gráfica 10. Mortalidad por EDA en Menores de 5 Años en Bogotá, año 2000 a 2014.....	87
Gráfica 11. Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 Años en Bogotá (2000 - 2014). .....	88
Gráfica 12. Nacimientos en menores de 15 años en Bogotá (2000 – 2014) .....	89
Gráfica 13. Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en Bogotá (2000 – 2014).....	90
Gráfica 14. Tasa de Suicidio en Bogotá (2008 – 2014) .....	91
Gráfica 15. Prevalencia del Bajo Peso al Nacer en Bogotá (2000 – 2014).....	92
Gráfica 16 Comportamiento de familias, individuos y microterritorios Bogotá 2014 – Junio 2015	94
Gráfica 17 Comportamiento de familias, individuos y % permanencia en el territorio, Bogotá 2010 – Junio de 2015 .....	95
Gráfica 18 Histórico De La Población Por Condición De Aseguramiento .....	104
Gráfica 19 Afiliación Régimen Subsidiado 2012 – 2015.....	104
Gráfica 20 Numero de Camas Habilitadas por Naturaleza Jurídica.....	127
Gráfica 21 Avance Físico Proyecto BPIN: 2012000100186.....	146

## INDICE DE IMÁGENES

Ilustración 1 Articulación con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016 Plan de Salud del Distrito Capital .....	54
Ilustración 2 Articulación con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016 Plan de Salud del Distrito Capital .....	55
Ilustración 3. Ejes, Programas y Proyectos de Inversión de la SDS en Bogotá Humana 2012 - 2016 .....	56
Ilustración 4 Armonización Metas Plan Nacional de Salud Pública.....	57
Ilustración 5 Metas Plan de Desarrollo por Ejes .....	58
Ilustración 6. Total de investigaciones preliminares por quejas Bogotá 2012 septiembre 2015.....	71
Ilustración 7. Establecimiento abierto al público intervenido. Bogotá 2012-2015* .....	73
Ilustración 8 Distribución de la población por condición de Aseguramiento .....	102

## INTRODUCCIÓN

El presente documento se elaboró siguiendo los lineamientos de la Circular Conjunta 018 del 03 de septiembre de 2015, emitida por la Contraloría General de la Republica y la Procuraduría General de la Nación, en la cual se imparten lineamientos para la planeación y ejecución del proceso integral de empalme, que ha de aplicarse conforme a las obligaciones contenidas en las Leyes 951 de 2005, 1151 de 2007 y 1551 de 2012, relacionadas con la entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos que los servidores públicos, representantes legales, así como los particulares que administran recursos públicos deben realizar al finalizar la administración, o al separarse de los cargos, según sea el caso.

El documento contiene la información correspondiente a la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., en lo referente a la gestión y desarrollo administrativo, y su presentación se ha estructurado en 13 capítulos como se muestra a continuación

**Tabla 1 Estructura del documento**

<b>CAP.</b>	<b>NOMBRE</b>
	Introducción
1	Defensa Jurídica
2	Gestión Contractual
3	Gestión Financiera
4	Gestión del Talento Humano
5	Gestión Documental y archivos
6	Gobierno en línea
7	Banco de Programas y Proyectos
8	Control de Gestión
9	Recursos Físicos e Inventarios
10	Transparencia, rendición de cuentas y servicios a la ciudadanía
11	Lineamiento seguimiento al plan de desarrollo
12	Complemento de salud
13	Gestión en atención a víctimas del conflicto armado
	Anexos

Los anexos se pueden consultar como documentos esenciales de la información y se adjuntan en medio magnético.

## 1. DEFENSA JURIDICA

En la Tabla No 2 se relaciona los procesos judiciales, penales, acciones constitucionales y conciliaciones extrajudiciales que se han realizado o que se encuentran vigentes a fecha-octubre 30 de 2015. Allí se evidencia que entre las vigencias 2012-2015 hay un total de ciento treintaidós (132) procesos judiciales en curso, 19 de la vigencia 2012, 43 de 2013, 40 de 2014 y 30 de 2015.

De acuerdo a la Etapa procesal, 57 se encuentran en etapa probatoria en primera instancia (EPPI), 52 contestando demanda (CD), uno en fallo de primera instancia (FPIA), uno en fallo en segunda instancia (EFSI), cuatro en apelación por auto (AA), dos en alegatos de conclusión en primera instancia (ACPI), cuatro en alegatos de conclusión en segunda instancia (ACSI), seis en etapa probatoria en segunda instancia (EPSI), uno en fallo en primera instancia en espera de apelación (FPIA). Se han terminado 107 procesos, 10 han sido declarados a favor de la Entidad y siete en contra. Según su categorización por tipo la mayor parte se concentra en procesos de reparación directa.

**Tabla 2 Procesos Judiciales en Curso Según Tipo Vigencia 2012-2015**

<b>Procesos Judiciales en Curso</b>	
<b>Tipo de Proceso</b>	<b>Cantidad</b>
Contractuales	3
Reparación Directa	82
Ejecutivos	3
Nulidad simple	2
Laboral administrativo	3
Nulidad y restablecimiento D.	32
Laboral ordinario	5
Acción electora	1
Queja	1
Total	132

Fuente: Oficina Asesora Jurídica – Grupo Defensa Judicial- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Octubre 30 de 2015

### **Procesos de especial observación en pro de la Defensa Judicial de la Entidad**

#### **Tribunales de Arbitramento**

En la actualidad al Secretaria Distrital de Salud Fondo Financiero Distrital de Salud gestiona la defensa jurídica de seis (6) Tribunales de Arbitramento discriminados en la siguiente tabla 5.

La información registrada en el Anexo Digital 1(Defensa Jurídica) contiene el detalle de las acciones de repetición, derechos de petición y conciliaciones del período 2012-2015, tal y como lo establece la metodología de la Circular 18 de 2015.

**Tabla 3 Tribunales de Arbitramento (Cifras en Pesos)**

<b>Despacho de conocimiento</b>	<b>Demandante o convocante</b>	<b>Demandado o convocado</b>	<b>Relación breve de los hechos</b>	<b>Fecha ocurrencia de los hechos</b>	<b>Cuantía</b>	<b>Estado actual del proceso</b>
Tribunal administrativo - oral sección tercera	Secretaria Distrital De Salud- Fondo Financiero Distrital De Salud	Constructora herreña fronpeca sucursal Colombia	En el proceso se solicita la condena de la constructora herreña fronpeca por la no conclusión de la obra de reforzamiento y ampliación del hospital Kennedy	2011-2012	5.554.253.276	
Tribunal administrativo - oral sección tercera	Fondo financiero distrital de salud	Transporte ambulatorio médico s.a.s. J.a. & asociados s.a.s. Y odeka s.a.s.- otros	En el proceso se solicita la liquidación del contrato 1229, el reconocimiento de perjuicios por concepto de indisponibilidad y por incumplimiento de los ofrecimientos adicionales realizados en desarrollo de la licitación, además de la devolución de la partida de imprevistos,	2009	25.398.571.884	
Tribunal arbitramento	Ffds	C. Castell pórticos	En desarrollo del proceso se solicita el reconocimiento por parte del contratista de la liquidación por retrasos y reconocimiento de la legalidad de los descuentos realizados por retención en garantía	2011-2012	2.357.811.816	Pruebas
Tribunal arbitramento	C. Castell pórticos	Ffds	Los hechos objeto de disputa versan sobre una reclamación por mayor permanencia en obra, obras adicionales realizadas por fuera del alcance del contrato, pago de una acta de obra e intereses de mora generados en desarrollo del contrato 1372	2011-2012	7.350.433.670	Pruebas

<b>Despacho de conocimiento</b>	<b>Demandante o convocante</b>	<b>Demandado o convocado</b>	<b>Relación breve de los hechos</b>	<b>Fecha ocurrencia de los hechos</b>	<b>Cuantía</b>	<b>Estado actual del proceso</b>
Tribunal arbitramento	Salud total EPS-S S.A.	Distrito capital de Bogotá y secretaría distrital de salud	Incumplimiento de contrato- tal y como se desprende de la lectura de la solicitud de convocatoria arbitral presentada por salud total s.a. Eps, posteriormente reformada, se pretende por parte de ésta que el tribunal de arbitramento declare que el distrito capital - alcaldía mayor de Bogotá incumplió los estatutos de la sociedad capital salud EPS SAS, en tanto que designó a la Sra. Fanny villa como gerente administrativo y financiero de la citada empresa, e igualmente designó unilateralmente al sr. Alafn Franchesco rodríguez, como gerente general de la citada sociedad.		Sin cuantía	Alegatos - pendiente de fallo
Tribunal arbitramento	Obras y diseños s.a.	Secretaría distrital de salud	Desequilibrio económico contractual - validez acto administrativo- concretamente la parte demandante, que en este caso valga la pena recalcar es la sociedad obras y diseños s.a. (como cesionaria de unos derechos litigiosos), pretende la declaratoria de nulidad de las siguientes resoluciones:		6.655.144.478	Nombramiento de árbitros

Fuente: Oficina Asesora Jurídica – Grupo Defensa Judicial- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Octubre 30 de 2015

En el anexo se relaciona:

- a) Respuestas a las preguntas estratégicas formuladas respecto de la gestión judicial de esta Secretaría durante el desarrollo del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”.
- b) Relación de los procesos que se adelantan como producto de la actividad litigiosa, tanto de la Secretaría Distrital de Salud, como del Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá.
- c) Relación de las conciliaciones prejudiciales y judiciales que fueron atendidas por los apoderados de la Entidad, como parte de la política de prevención del daño antijurídico.
- d) Una presentación de las diferentes estrategias adoptadas para prevenir el daño antijurídico en la Entidad, con indicación de las principales causas de riesgo.

## 2. GESTION CONTRACTUAL

De conformidad con lo establecido por el Decreto 507 de 2013, el cual entró en vigencia a partir del día 21 de octubre de 2014, la Subdirección de Contratación organiza, coordina, controla y ejecuta los procesos, procedimientos y actividades propias de las etapas precontractuales, contractuales y post contractuales que se adelanta en la Entidad y participa en los procesos de inducción, re inducción y capacitación que se requieran en temas contractuales.

En ese marco legal, durante la vigencia 2012 - 2015 la contratación de la Secretaria de Salud, a través del FFDS, se viene rigiendo por las normas de Derecho Público, esto es Ley 80 de 1993, Ley 1510 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, dada la naturaleza Jurídica del FFDS como establecimiento público del orden distrital.

La gestión contractual se soporta en:

- a) **Plan Anual de Adquisiciones** Además de la información publicada en el SECOP la Dirección de ha cumplido adecuadamente con la publicación que exige la norma del Plan Anual de Adquisiciones antes del 31 de enero de cada vigencia fiscal.
- b) **Ley De Transparencia y Publicidad de las Actuaciones Administrativas:** se cumple con la publicación de la contratación en los siguientes portales públicos-
- c) **SECOP (Sistema Estatal De Contratación Pública).** Como único medio de publicación de la información de los procesos contractuales a través del cual se materializa la publicidad de esta actividad instrumento de apoyo a la gestión contractual de las entidades estatales, que permite la interacción de éstas con los proponentes, los contratistas, la comunidad y los órganos de control. En cumplimiento a lo dispuesto en la circular externa 1 del 21 de junio de 2013, referenciada por los artículos 1 y 3 de la ley 1150 de 2007, artículo 223 del decreto ley 019 de 2012 y artículos 1, 2, 3 y numeral 4 del artículo 11 del decreto ley 4170 de 2011.

**Ruta de acceso:** [https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do-Bogotá- Fondo Financiero Distrital.](https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do-Bogotá-Fondo Financiero Distrital)

- d) **C.A.V. Contratación a la Vista.** Instrumento de control y seguimiento al interior del Distrito Capital para la toma de decisiones y respuestas a solicitudes de información, previsto mediante Directiva 008 – de 2012 expedida por el alcalde mayor

**Ruta de acceso:** <https://www.contratacionbogota.gov.co/es/web/cav3/ciudadano>

- e) **SICTOS. (Sistema de Información de Contratos y/o Convenios).** Herramienta de información y control institucional basado en la estructura del software FOX PRO, articulado CON el módulo integrado SIIF SICON (Contabilidad), SIPRESS



(Presupuesto), el cual contiene los registros históricos contractuales de la SDS – FFDS desde el año 2.000 a la fecha.

Este aplicativo se registra toda la actividad precontractual. Contractual y postcontractual, solo a través de los permisos establecidos por la subdirección de contratación.

**Ruta de acceso.**  
**<http://sdsweb01/sitios/sds/Gestion%20Documental/Oficina%20Asesora%20Jurídica/Manual%20carga%20de%20solicitud%20de%20elaboracion%20de%20contrato.pdf>**

f) **SISCO (Sistema de Información de Contratación).** Dando cumplimiento a los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud, en lo referente a la puesta en producción de los Sistemas de Información y a su proceso de integralidad, se desarrolla esta herramienta interna que permite gestionar y administrar la contratación de la SDS y del FFDS permitiendo consultas desde lo pre-contractual, módulo que está integrado con los módulos financieros pertenecientes al ERP Si capital, que han sido instalados en la Secretaría de Salud Distrital y el Fondo de la Secretaría de Salud Distrital.

g) **Manual de Contratación del FFDS.** Resolución No. 1348 del 27 de Junio de 2014

## **2.1 Desarrollo de la Gestión Contractual**

En el marco de la función de rectoría, dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública y en general del Sistema General de Seguridad Social, el proceso contractual se convierte en un instrumento para hacer efectivos los planes, proyectos y programas definidos por la entidad en sus planes de gestión y desarrollo.

Es así como en el periodo 2012 – 2015, la gestión contractual apuntó a lo siguiente:

- Contratar interadministrativamente con los 22 Hospitales de la Red Pública el acceso del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda; las acciones en salud pública, la atención Prehospitalaria y el fortalecimiento de su redes integradas, entre otras, en el marco de las competencias atribuidas a la SDS mediante la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011.
- Contratar bienes y servicios para apoyar la gestión tanto de la SDS.

La Secretaría Distrital de Salud- Fondo financiero Distrital de Salud, con el propósito de garantizar la transparencia, agilidad, eficacia y celeridad en sus procesos de contratación en el año 2014 se registró en la tienda virtual del estado colombiano, para acogerse a los beneficios que la Agencia Nacional de Contratación Pública ofrece a través de la tienda virtual del estado colombiano.

Así, luego de un estudio detallado de los beneficios que ofrecen los acuerdos marco de precios, la adquisición de bienes por grandes superficies y los otros instrumentos de agregación a la demanda, ha realizado las siguientes compras (contratación) a través de la tienda virtual del estado colombiano:

**Tabla 4 Contratación por acuerdo marco de precios**

<b>Bien o Servicio</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de terminación</b>	<b>Valor</b>
Suministro de combustible	Acuerdo Marco de Precios	10/10/2014	31/12/2015	\$185.000.000.00
Tablet, Computador portátil. Tv	Bienes de grandes superficies	14/04/2015	17/04/2015	\$29.844.500.00
Servicio Integral de Aseo y cafetería	Acuerdo Marco de precios	17/04/2015	21/12/2015	\$1.110.272.587.56
Suministro de Combustible (plantas eléctricas)	Acuerdo Marco de Precios	22/06/2015	31/12/2015	\$10.000.000.00
Adquisición de vehículos	Acuerdo marco de precios	18/08/2015	04/10/2015	\$100.241.826.00
Adquisición de vehículos	Acuerdo marco de precios	18/08/2015	05/10/2015	\$160.556.363.00
Adquisición de vehículos	Acuerdo marco de precios	18/08/2015	04/10/2015	\$87.129.257.00
Adquisición de vehículos	Acuerdo marco de precios	18/08/2015	04/10/2015	\$740.234.470.00
Adquisición de SOAT	Acuerdo Marco de Precios	28/08/2015	01/09/2015	\$8.263.155.00
Papelería y útiles de oficina	Acuerdo Marco de Precios	02/10/2015	28/03/2016	\$272.582.522.55
<b>Total</b>				<b>\$2.704.124.681.11</b>

Fuente: Dirección Administrativa

En conclusión, la SDS-FFDS ha realizado en total 10 órdenes de compra a través de la tienda virtual del estado colombiano desde que se registró hasta la fecha (2014-2015) por un valor de \$2.704.124.681.11, es de destacar los beneficios que esta modalidad de contratación ofrece para la Entidades Estatales.

**Tabla 5 Consolidado de contratos cuya ejecución terminan en el 2016**

<b>Ítem</b>	<b>Tipo de contrato</b>	<b>No. Contratos</b>	<b>Vlr. Contrato</b>	<b>Observaciones</b>
1	Prestación de servicios	562	\$24.602.873.773	Durante este periodo de transición estipulado se terminan 603 contratos por valor de \$603'620.107.135; de los cuales 562 por valor de \$24'602.873.773 corresponden a prestación de servicios en las diferentes áreas de la secretaria distrital de salud. Distribuidos así: 1 despacho, 17 oficina asesora jurídica, 4 oficina asesora de comunicaciones, 2 oficina control interno, 2 asuntos disciplinarios, 161 subsecretaria de salud pública, 173 subsecretaria de servicios en salud y aseguramiento, 53 subsecretaria gestión territorial, participación y servicio a la ciudadanía, 51 subsecretaria de planeación y gestión sectorial, 98 subsecretaria corporativa.
2	Contratos interadministrativos	14	\$17.466.078.491	Durante este periodo de transición estipulado se terminan 603 contratos por valor de \$603'620.107.135; de los cuales 14 por valor de \$17'466.078.491 corresponden a contratos interadministrativos; de los cuales 13 son hospitales por valor de \$14'466.078.491 para atención Prehospitalaria 24 horas en unidades móviles, actividades de control de tuberculosis y operación del programa ruta saludable y 1 con la empresa de telecomunicaciones de Bogotá por valor de \$3.000'000.000 para operación de la línea 195.
3	Suministro	8	\$14.506.487.315	Durante este periodo de transición estipulado se terminan 603 contratos por valor de \$603'620.107.135; de los cuales 8 por valor de \$14'506.487.315 corresponden a suministros; con el objeto de suministro e instalación de dotación hospitalaria para las sedes de hospitales de la red pública del D.C.; suministro de gases especiales para pruebas analíticas del laboratorio y suministro de dotación hospitalaria para el mejoramiento de los servicios de salud oral.

Ítem	Tipo de contrato	No. Contratos	Vlr. Contrato	Observaciones
4	Convenios interadministrativos	16	\$6.740.215.000	Durante este periodo de transición estipulado se terminan 603 contratos por valor de \$603'620.107.135; de los cuales 16 por valor de \$6.740'215.000 corresponden a convenios interadministrativos; con los objetos de promover la participación social por la defensa del derecho a la salud y para fortalecer la gestión de la calidad, implementación del sistema único de acreditación y el programa de hospitales verdes.
5	Contratos de obra	2	\$2.260.452.556	Durante este periodo de transición estipulado se terminan 603 contratos por valor de \$603'620.107.135; de los cuales 2 por valor de \$2.260'452.556 corresponden a contratos de obra; de los cuales el 15062015 por valor de \$376'500.000 se contrató para la impermeabilización de cubiertas, muros y balcones de la SDS ii etapa y el 15242015 por valor de \$1.883'952.556 se contrató para la ejecución de actividades de obra para el h. Tintal en Bogotá D.C.
6	Compra - venta	1	\$1.044.000.000	Durante este periodo de transición estipulado se terminan 603 contratos por valor de \$603'620.107.135; de los cuales 1 por valor de \$1.044'000.000 corresponden a compra venta; con el objeto de comprar equipos, instalación y configuración red inalámbrica para la SDS.
	<b>Totales</b>	<b>603</b>	<b>66.620.107</b>	

Fuente: Subdirección de Contratación – Sistema Sictos

En el Anexo Digital 2 (Archivo) se incluye información detallada de la gestión contractual por vigencia.

### 3. GESTION FINANCIERA

#### 3.1 Pago de Sentencias y Conciliaciones

Con recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud–FFDS a septiembre 30 de 2015, se ha pagado la concurrencia del Distrito en la sentencia de unificación SU-484 de 2008 relacionada con el cobro realizado por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público por concepto del pago de pasivos laborales de los extrabajadores de la Fundación San Juan de Dios por un valor de \$3.062 millones, financiados con recursos del Aporte Ordinario del Distrito; de la misma manera se han pagado \$6 millones de lucro cesante futuro expediente 95D10814 por el proceso de reparación directa por los daños sufridos a raíz de la transfusión de sangre practicada a la Señora Mery Teresa Colmenares el 06 de Octubre de 1989.

Para la vigencia 2016 se programó en el rubro de sentencias de Gastos de Funcionamiento la suma de \$5.294 millones para garantizar la concurrencia del Distrito en la sentencia de acreencias laborales del Hospital San Juan de Dios, así como cumplir con el pago de la sentencia 95D10814.

#### 3.2 Análisis de Ingresos

Según la clasificación que establece la Secretaria Distrital de Hacienda, el Presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud está conformado por 2 fuentes:

**Recurso 1:** Corresponde a los Recursos Administrados por la Entidad, están constituidos por el recaudo de las Rentas Cedidas, Ingresos No Tributarios, Transferencias de la Nación (FOSYGA y Otras Nación destinadas a financiar vacunación, población desplazada, víctima, infancia y adolescencia, entre otros) y Recursos de Capital (excedentes financieros de destinación específica (Cuenta Maestra) y rendimientos Financieros).

**Recurso 2:** Corresponde a los Aportes del Distrito y se subdivide en 2 componentes:

- a) El Sistema General de Participaciones y sus rendimientos, los cuales son de destinación específica para Régimen Subsidiado, atención de vinculados y eventos NO POS y Salud Pública
- b) El recurso ordinario o Aporte Ordinario, el cual es de libre destinación.

Para efectos presupuestales se tiene la siguiente conformación en el presupuesto de ingresos:

- a) Ingresos corrientes, están compuestos por Multas, Rentas Contractuales, Participaciones y/o Rentas Cedidas y Otros Ingresos No Tributarios.

- b) Transferencias, corresponden a las de la Nación y las del Distrito. Las primeras constituidas por los recursos del Sistema General de Participaciones, Fosyga y otras especialmente para campañas directas, todas de destinación específica y las del Distrito, conformadas por el aporte ordinario, asignado para financiar los proyectos de Inversión que no tienen asignación de otros recursos por norma; su variación está dada de acuerdo con la necesidad y proyectos a financiar en cada una de las vigencias.
- c) Recursos de Capital, en su mayoría de destinación específica conformados por los recursos del balance de vigencias anteriores y los excedentes financieros.

A continuación se presenta el comportamiento de los ingresos para las vigencias 2013 – 2015 y proyecto de Presupuesto para el 2016

**Tabla 6 Ejecución del Presupuesto de Rentas e Ingresos 2013-2015 y Proyecto de**

Cifras en millones de \$							
Ingresos	Recaudo 2013	Recaudo 2014	Apropiación - 2015	Recaudo 30 Octubre 2015	Proyecto de Presupuesto 2016	% Part Ingresos 2015	% Part Ingresos 2016
Ingresos Corrientes	173.955	190.565	187.675	175.712	204.052	9%	10%
Transferencias	1.419.202	1.191.153	1.576.876	995.431	1.494.914	73%	76%
Recursos del Capital	182.851	642.304	405.263	89.566	266.645	19%	14%
<b>Total Ingresos</b>	<b>1.776.008</b>	<b>2.024.022</b>	<b>2.169.814</b>	<b>1.260.709</b>	<b>1.965.610</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Obsérvese que los ingresos corrientes representan entre el 9 y 10% del total del presupuesto.

Las transferencias son las más representativas conformando el más del 70% . A via de ejemplo se indica la distribución del SGP, para las vigencias 2012 – 2015, de acuerdo con la destinación dada por los CONPES sociales anuales.

**Tabla 7 Sistema General de Participaciones Sector Vigencias 2014 al 2015**

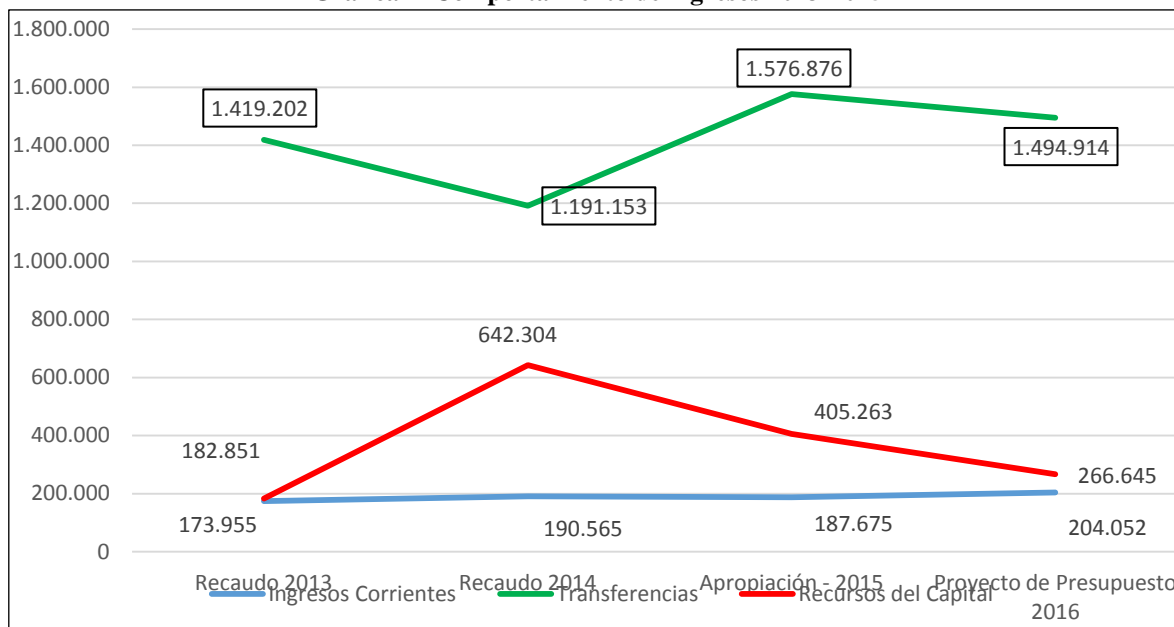
Millones de \$						
VIGENCIAS	2012	2013	2014	2015	Acumulado	% Participac
Régimen Subsidiado	223.486	212.283	246.858	310.712	993.339	55%
Oferta	94.183	87.460	81.697	21.321	284.661	16%
Aportes Patronales	63.798	65.354	66.622	69.061	264.835	15%
Salud Pública	63.281	61.961	71.749	63.004	259.995	14%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>444.748</b>	<b>427.058</b>	<b>466.926</b>	<b>464.098</b>	<b>1.802.830</b>	<b>100%</b>

Fuente: Documentos CONPES y ejecuciones presupuestales FFDS

Los recursos de capital constituyen el 3er componente de los ingresos y su comportamiento está impactado por la ejecución principalmente de los excedentes de cuenta maestra, reglamentada su destinación por la Ley 1608 de 2013.

En la siguiente gráfica se presenta el comportamiento de los ingresos, en la serie 2013 – 2015 y el valor incluido en el Proyecto de Presupuesto 2016

**Gráfica 1 Comportamiento de ingresos 2013-2015**



Obsérvese el comportamiento de los ingresos corrientes, en la línea azul.

Las transferencias y los recursos del balance presentan un decrecimiento de manera considerable, a expensas de la reducción del Aporte Ordinario y de los excedentes de la Cuenta Maestra.

### 3.3 Ejecución de gastos de las últimas vigencias- Aspectos relevantes:

El presupuesto de gastos está orientado a financiar los siguientes componentes:

- a) Gastos de Funcionamiento.
- b) Inversión Directa
- c) Transferencias para Inversión – Colciencias y
- d) Pasivos exigibles

En el siguiente cuadro se presenta el comportamiento del presupuesto de gastos 2013 – 2015 y el valor programado del Proyecto 2016.

Ejecución del presupuesto se resume así:

- La ejecución del presupuesto de gastos para los años 2013 al 2015 asciende al 80%. La inversión directa que corresponde a la mayor asignación también se sitúa en el 80% en promedio. El Proyecto 880, denominado Modernización e infraestructura en Salud es el que ha presentado el menor grado de ejecución.

La ejecución de los gastos de funcionamiento que incluye valores apropiados para cofinanciar el pago de la sentencia a favor de los exempleados de la Fundación San Juan de Dios.

Para 2016 los gastos se presupuestan en \$1,965,610 millones, que representan una reducción de 9.40% con respecto al valor apropiado en la presente vigencia fiscal. Esta reducción afecta el financiamiento de varios proyectos como atención pre-hospitalaria, la inspección, vigilancia y control de prestadores; el sistema de información en salud e infraestructura y dotación, los cuales se financian con aporte ordinario del Distrito Capital.

Es de destacar que con recursos excedentes de la Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado para las vigencias 2013 a 2015, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1608 de 2013, se dio aplicación por conceptos, así: Esfuerzo propio de Régimen Subsidiado \$8.254 millones, Pago de servicios PPNA y servicios no incluidos en el plan de beneficios \$185.793 millones, para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE en riesgo medio y alto \$131.625 millones y para Inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud \$47.814 millones.

### **3.4 Ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones de las cuatro últimas vigencias**

El Sistema General de Participaciones asignado para Salud en el Distrito Capital en la vigencia 2015 en un 67% se ejecuta para el régimen subsidiado, se afecta el presupuesto con la liquidación mensual de afiliados publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA; un 19% se ejecuta para atención de la población pobre no asegurada en lo no cubierto con subsidios a la demanda y el 14% restante para el Plan de Intervenciones Colectivas que se ejecuta a través de contratos suscritos con los hospitales de la Red Adscrita.

Se precisa que del valor asignado por Conpes 2015 quedaron \$3.105 millones de prestación de servicios de salud que se presupuestaron para la vigencia 2016.

### **3.5 Ejecución de recursos del Sistema General de Regalías de las cuatro últimas vigencias:**

Actualmente, el Fondo Financiero Distrital de Salud cuenta con dos (02) proyectos de inversión, viabilizados y aprobados por el Órgano Colegiado de Administración y Decisión – OCAD, del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del SGR, los cuales se encuentran en etapa de ejecución. Dichos proyectos hacen parte de los recursos que en la Región Centro Oriente fueron asignados para el bienio 2013-2014, vigencia en la cual fueron aprobados dichos proyectos.

Durante las vigencias 2013 a 2014, el Fondo realizó el trámite de incorporación, para lo cual suscribió los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento de la Ley 1530 del 17 de mayo de 2012 *“Por la cual se regula la organización y el funcionamiento del*



*Sistema General de Regalías”, y su decreto reglamentario 1949<sup>1</sup> del 19 de septiembre de 2012 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1530 de 2012 en materia presupuestal y se dictan otras disposiciones”.*

En virtud de lo anterior, se tienen los siguientes proyectos:

**Tabla 8 Proyectos de inversión viabilizados, aprobados, priorizados y financiados por SGR – Designados al FFDS como ejecutor.**

BPIN	Denominación del proyecto	Valor Total Proyecto	Fuentes de Financiación		Acuerdo Aprobación OCAD	Acto Administrativo de incorporación
			Regalías	Contrapartida		
2012000100186	"Implementación de un Banco Público de Células Madre de Cordón Umbilical y de una Unidad de Terapia Celular - Hemocentro Distrital, Secretaría de Salud de Bogotá"	35.500.000.001	16.226.791.132	19.273.208.869 <sup>2</sup>	Acuerdo 001 del 20 de Diciembre de 2012 y Acuerdo 002 del 20 de enero de 2013	Resolución 537 del 25 de marzo de 2014 (FFDS)
2013000100196	"Implementación de la plataforma científica y tecnológica para la obtención de Fito medicamentos antitumorales con estándares internacionales. Modelo caso caesalpina spinosa"	5.293.964.095	3.572.917.143	1.721.046.952 <sup>3</sup>	Acuerdo 25 del 30 de mayo de 2014.	Resolución 2136 de del 9 de Diciembre de 2014
<b>TOTAL</b>		<b>40.793.964.096</b>	<b>19.799.708.275</b>	<b>20.994.255.821</b>		

Seguidamente, tras la culminación del bienio 2013-2014, según lo dispuesto en el *Capítulo VI. Manejo Presupuestal de las Regalías en los Órganos del Sistema, y las Entidades Ejecutoras de Proyectos, artículo 55. Cierre presupuestal*, del Decreto 1949 de 2012; así como expresado en la Ley 1744 del 26 de diciembre de 2014, *“Por la cual se decreta el presupuesto del Sistema General de Regalías para el bienio del 1° de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2016”*; la entidad procedió a realizar el cierre del bienio 2013-2014 y apertura del bienio 2015-2016, para lo cual suscribió los siguientes actos administrativos:

1. Resolución 040 del 09 de enero de 2015 *“Por medio de la cual se realiza el cierre presupuestal del Sistema General de Regalías del bienio 2013-2014 y se incorporan los saldos no ejecutados y recursos del Sistema para el bienio 2015-2016 en el Fondo Financiero Distrital de Salud”*.

<sup>1</sup> Decreto 1949 de 2012, Capítulo II, artículo 44 “Incorporación en los presupuestos de las entidades públicas. Mediante acto administrativo del jefe del órgano del sistema o entidad pública designada como ejecutora de proyecto por los órganos Colegiados de Administración y Decisión, y mediante decreto del gobernador o alcalde para las entidades territoriales que reciban recursos de funcionamiento del sistema y desasignadas como ejecutoras de proyectos por los Órganos Colegiados de Administración y Decisión, se incorporará el respectivo presupuesto con cargo a los recursos del Sistema General de Regalías.

Dicha incorporación se adelantará en un capítulo independiente del presupuesto del respectivo órgano o entidad, una vez se asignen los recursos con cargo al porcentaje destinado para el funcionamiento del sistema y cuando acepte la designación como ejecutor del proyecto, designación que será adelantada por el Órgano Colegiado de Administración y Decisión...”

<sup>2</sup> Corresponde a los recursos propios cuya fuente es Aporte Ordinario del Distrito Capital, asignado al proyecto mediante los recursos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud, proyecto 882 denominado “Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología en Innovación para la Vida y la Salud Humana”

<sup>3</sup> Corresponde a los recursos de contrapartida del proyecto BPIN: 2013000100196, proveniente de aportes realizados por los actores vinculados al proyecto, cuyas fuentes son de orden privado, es decir, no son públicas.

2. Resolución 0592 del 04 de mayo de 2015 “*Por medio de la cual se ajusta la Resolución 040 de 2015 “Por medio de la cual se realiza el cierre presupuestal del Sistema General de Regalías del bienio 2013-2014 y se incorporan los saldos no ejecutados y recursos del Sistema para el bienio 2015-2016 en el Fondo Financiero Distrital de Salud”.*”.

Así las cosas, la entidad cuenta con ingresos por valor de \$19.799.708.275, incorporados en el capítulo independiente del Sistema General de Regalías, a cargo del Fondo Financiero Distrital de Salud, tal como se detalla a continuación, correspondiente a los proyectos relacionados en la tabla 1.

**Tabla 9 Ingresos Capítulo independiente del Sistema General de Regalías - FFDS, bienio 2015-2016**

Grupo	Subgrupo	May	CONCEPTO	DISPONIBILIDAD INICIAL	RECURSOS INCORPORADOS	PRESUPUESTO TOTAL
8			<b>Ingresos Totales</b>	<b>16.226.791.132</b>	<b>3.572.917.143</b>	<b>19.799.708.275</b>
8	1		Asignaciones Directas	0	0	0
8	2		<b>Recursos Fondos</b>	<b>16.226.791.132</b>	<b>3.572.917.143</b>	<b>19.799.708.275</b>
8	2	2	Fondo Ciencia y Tecnología	16.226.791.132	3.572.917.143	19.799.708.275

Fuente: Resolución 040 de 2015, Resolución 592 de 2015

Al cierre del bienio 2013-2014, la entidad comprometió recursos por \$5.491.533.849, por lo que en apertura del bienio 2015-2016 los recursos de inversión, es decir, “la apropiación por comprometer” asciende a la suma de \$14.308.165.326.

Respecto al Proyecto BPIN: 2012000100186 – “Implementación de un Banco Público de Células Madre de Cordón Umbilical y de una Unidad de Terapia Celular - Hemocentro Distrital”, es un proyecto de innovación tecnológica, de iniciativa pública, formulada por el equipo de profesionales del Hemocentro de la Secretaría Distrital de Salud; pretende adelantar el diseño e implementación y puesta en operación del primer Banco de Sangre de Cordón Umbilical (BSCU) y la primera Unidad de Terapia Celular del país, como un componente complementario de los Bancos de Sangre, Tejidos y Células de la Secretaría de Salud de Bogotá. El desarrollo del proyecto contempla la puesta en operación de un BSCU público en Colombia, y generará alto impacto en la atención sanitaria de la Ciudad – Región - País, ya que propone dar alternativas terapéuticas a los pacientes con enfermedades hematológicas malignas (leucemias y linfomas) y no malignas (o enfermedades raras), enfermedades metabólicas y algunas degenerativas en las que el trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) provenientes de Sangre de Cordón Umbilical (SCU) responda a la necesidad de proporcionar una última opción de vida y en algunos casos de trasplantes de CPH (células madre), son curativas de enfermedades raras.

Este proyecto tiene un horizonte de 5 años, por lo que su terminación es en la vigencia 2018. En este sentido, es preciso garantizar su desarrollo, para lo cual es imprescindible asignar la contrapartida que hace del mismo (ver tabla 1), la cual corresponde a aportes ordinarios del distrito. Ello constituye un compromiso con la nación.

Por su parte, el Proyecto BPIN: 2013000100196 – “Implementación de la Plataforma Científica y Tecnológica para la Obtención de Fito medicamentos Antitumorales con Estándares Internacionales Modelo de Caso Caesalpinia Spinosa”, es un proyecto a desarrollar en tres años, que pretende desarrollar una alternativa orientada atender la problemática relacionada con el Cáncer de seno en Colombia, mediante el aprovechamiento del conocimiento científico y tecnológico desarrollado en los últimos años para iniciar la producción de al menos uno de los fitomedicamentos contra el cáncer basado en la fracción bioactiva de Caesalpinia spinosa, en el cual el grupo de Inmunobiología de la Pontificia Universidad Javeriana, formuló una propuesta, en la que ha venido estudiando durante los últimos 9 años, la actividad antitumoral de Petiveria alliacea y Caesalpinia spinosa, ampliamente utilizadas en la medicina tradicional, y en donde la Secretaria Distrital de Salud extenderá dichos beneficios a los pacientes que lo requieran.

### **3.6 Reservas, cuentas por pagar y vigencias expiradas.**

**Reservas Presupuestales:** A diciembre 31 de 2014 se constituyeron reservas presupuestales en el Fondo Financiero Distrital de Salud por valor de \$209.690 millones, de las cuales \$4.215 millones, corresponden a Gastos de Funcionamiento con una participación del 2% y \$205.474 millones, a Gastos de Inversión que corresponden al 98% así:

De las reservas de Inversión Directa constituidas a diciembre 31 de 2014 por la suma de \$205.474 millones, el 34% \$71.266 millones, corresponde a los proyectos 874 y 875, con el fin de dar continuidad a la prestación de los servicios de Salud a la población pobre no asegurada mediante contratación con las Empresas Sociales del Estado de I-II-III Nivel de atención de la población pobre no asegurada y los servicios No POS-S.

De otra parte, se requirió contratar recurso humano de carácter indispensable para apoyar el desarrollo de las actividades propias del sector, para cumplir con las competencias que en su condición de cabeza del Sector Salud de Bogotá D.C. tiene a cargo dentro de un marco regulatorio que permanentemente le amplía la órbita de responsabilidades.

Para amparar compromisos en salud pública encaminados a garantizar la continuidad de la prestación de servicios promocionales de la salud, la inspección, vigilancia y control, la continuidad de la operación del modelo de salud, sobre la base de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), proyectos 869 y 885, se constituyeron reservas por un valor de \$62.489 millones, que corresponden al 30% del total constituido para inversión directa.

Para los proyectos 881, 876, 880 y 883, se constituyeron reservas presupuestales por \$63.723 millones con una participación del 30% para garantizar el derecho a la vida, a través de atención de urgencias y el suministro de transporte ambulatorio y servicios de comunicaciones.

#### **3.6.1 Cuentas por pagar:**

Las cuentas por pagar constituidas a 31-12-2014 por \$ 47.128 millones que quedaron en tránsito listas para giro efectivo en la Tesorería debido al cierre bancario, las cuales en el mes de enero de la vigencia 2016 se pagaron y su financiación correspondió en un 27% Aporte Ordinario, 25% a Recursos del Balance y un 15% a Recursos Administrados de destinación específica (cerveza).

### **3.6.2 Vigencias Expiradas:**

Con cargo al rubro vigencias expiradas (pasivos exigibles) se han cancelado a septiembre de 2015 \$14 millones que corresponden a saldos a favor de terceros por conceptos de liquidación de contratos, cifra que en proporción equivale al 0.0006% del presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud.

En el Anexo Digital 3 (Sistema Financiero) se encuentra el detalle de la información del sistema financiero, en los aspectos relacionados con los ingresos del periodo 2012-2015; ejecución de los recursos del Sistema General de Regalías; Ejecución de Gastos para el mismo período, así como la información de reservas, cuentas por pagar y vigencias expiradas.

#### 4. GESTION DEL TALENTO HUMANO

##### 4.1 Análisis de la Planta de personal de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Actualmente la planta de personal se encuentra distribuida de la siguiente manera:

**Tabla 10 Distribución planta de personal**

<b>Total Cargos</b>	<b>648</b>
Carrera administrativa	589
Libre nombramiento	59
<b>Total Funcionarios Activos</b>	<b>328</b>
Inscritos en Carrera administrativa	215
De libre nombramiento	56
Provisionales	57
<b>Total Vacantes por Proveer</b>	<b>320</b>
Definitiva	217
Temporal	103

Fuente: Planta de personal SDS. Dirección de Gestión del Talento Humano

##### 4.1.1 Número de empleos por nivel jerárquico [Planta de personal

Conforme a la Estructura orgánica de la Entidad, el número de empleos por nivel jerárquico de la planta de personales el siguiente: Nivel Directivo 40 empleos, Nivel Asesor 17, Nivel Profesional 361, Nivel Técnico 113 y Nivel Asistencial 117, distribuidos en todas las dependencias de la nueva estructura organizacional. Para un total de seiscientos cuarenta y ocho (648) empleos.

##### 4.1.2 Vacantes definitivas

A la fecha en la Secretaría Distrital de Salud se cuenta con un total de 357 cargos en vacancia definitiva, de los cuales 3 son de LNR y 354 son de Carrera Administrativa, los cuales se encuentran reportados a la O.P.E.C. A continuación se relacionan las vacantes definitivas por nivel jerárquico:

**Tabla 11 Vacantes definitivas**

<b>Vacantes Definitivas de Libre nombramiento y remoción</b>	
Nivel Directivo:	1 cargo
Nivel Asesor:	2 cargos
<b>Vacantes Definitivas de Carrera Administrativa:</b>	
Nivel Profesional:	218 cargos

<b>Vacantes Definitivas de Carrera Administrativa:</b>	
Nivel Técnico:	72 cargos
Nivel Asistencial:	64 cargos.

La situación administrativa de los 354 cargos vacantes se puede ver en el siguiente cuadro.

<b>Total Vacantes Definitivas O.P.E.C</b>	<b>354</b>
Provistas de manera temporal mediante Encargos por Derecho Preferencial	93
Provistas mediante nombramiento en Provisionalidad	44
Vacantes Definitivas no provistas	217

Fuente: Planta de personal SDS. Dirección de Gestión del Talento Humano

#### **4.1.3 Número de empleados de carrera administrativa**

De acuerdo a la última convocatoria realizada por la CNSC en el año 2005, la Secretaría Distrital de Salud cuenta con 215 servidores inscritos en carrera administrativa, distribuidos por nivel jerárquico de la siguiente manera:

**Tabla 12 Empleados de carrera administrativa**

<b>Nivel</b>	<b>Numero</b>
Profesional	151
Técnico	22
Asistencial	42

Fuente: Planta de personal SDS. Dirección de Gestión del Talento Humano

## **4.2 Información de la Gestión del Talento Humano**

### **4.2.1 Acto administrativo por medio del cual se fija la estructura de la administración territorial y Listado de organismos descentralizados.**

Decreto 507 de 2013 *“Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.”*

### **4.2.2 Acto administrativo por medio del cual se fija la planta de personal.**

Decreto 516 de 2013 *“Por medio del cual se modifica la planta de empleos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.”*

### **4.2.3 Manuales de Funciones y de competencias laborales y de Procesos y Procedimientos.**

El manual de funciones vigente para la entidad, de acuerdo a la estructura administrativa aprobada por el Decreto 507 de 2013, fue adoptado mediante Resolución No.707 del 29 de mayo del 2015.

Por su parte el manual de procesos y procedimientos se encuentra documentado y actualizado acorde con el Mapa de procesos vigente: Misionales (6), Estratégicos (6), Apoyo (6) y dos (2) de Evaluación, 116 procedimientos, según lo dispone la Resolución No. 0037 del 9 de enero de 2015 por medio de la cual se estableció la ruta de aprobación de la actualización de las herramientas, metodológicas e instrumentos de gestión y control de la Secretaria Distrital de Salud. Ver Anexo digital 4.

#### **4.2.4 Informe anual de evaluación del desempeño**

Conforme a los lineamientos establecidos en el Acuerdo 137 de 2010 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, se han adelantado las evaluaciones del desempeño para los servidores inscritos en carrera administrativa.

En el 2013 se evaluó el desempeño del período comprendido entre el 1 de febrero de 2012 al 31 de enero de 2013 de 259 funcionarios de carrera, de los cuales 175 (68% de los evaluados) obtuvieron calificación sobresaliente (100 puntos); 78 calificación destacada (Puntaje entre 90 a 99) y 6 funcionarios fueron calificados en el nivel satisfactorio (Puntaje entre 66 a 89).

Para el año 2014, se realizó la evaluación del período comprendido entre el 1 de febrero de 2013 al 31 de enero de 2014, se advierte que se evaluaron 192 funcionarios de carrera, de los cuales el 75% alcanzó la más alta calificación del total evaluado, el 22% obtuvo una calificación destacada y solamente un 3% satisfactoria; lo que evidencia un crecimiento en los servidores públicos que sobresalen por su labor.

Respecto al último período evaluado, esto es, el consolidado en el año 2015 que corresponde al período del 1 de febrero de 2014 al 31 de enero de 2015; fueron evaluados 185 servidores, en el nivel sobresaliente se relacionan el 79% de los servidores, el 20% obtienen una calificación destacada y tan solo el 1% de los servidores resultó evaluado en el nivel satisfactorio. Ver Anexo Digital 4

#### **4.2.5 Informe sobre Acuerdos de Gestión**

Los Acuerdos de Gestión realizados al interior de la Secretaria Distrital de Salud permiten evidenciar el compromiso suscrito entre el superior jerárquico y el respectivo gerente público, teniendo como fundamento los planes, programas y proyectos de la entidad para la correspondiente vigencia. (Ver Anexo Digital 4.).

“Los principales objetivos fijados por la Alta Dirección mediante la aplicación de los Acuerdos de Gestión fueron los siguientes:

- Orientar la actuación de las entidades hacia sus prioridades explícitas.
- Incentivar mejoras de eficiencia y eficacia.
- Promover el aprendizaje organizacional.

- Fortalecer y desarrollar la función directiva profesional en la Administración Pública”<sup>4</sup>.

#### **4.2.6 Informe sobre la implementación del Plan Institucional de Formación y Capacitación.**

Una vez analizadas las principales necesidades de fortalecimiento de conocimientos y de capacitaciones que se deben promover en beneficio de todos los servidores públicos, en el periodo 2012 -2015, se han trabajado 10 ejes temáticos orientados a fortalecer las competencias y los conocimientos en el marco de un modelo de atención integral humanizada, participativa e intersectorial.

Las principales líneas de intervención son las que a continuación se relacionan:

- Manejo de herramientas, software especializado y programas relacionados con el manejo y operación de nuevas tecnologías de la información.
- Habilidades comunicativas y de servicio al cliente.
- Actualización de las normas de la gestión financiera y contable en todos los procesos y actividades misionales.
- Motivación y manejo de sus diferentes espacios laborales y personales.
- Gestión jurídica y disciplinaria preventiva, de responsabilidad contractual y de supervisión.
- Gestión gerencia pública y administrativa.
- Sistema integrado de gestión de calidad.
- Gestión de servicio al ciudadano.
- Gestión de proyectos.
- Conocimiento y actualización de Análisis y acciones frente al desempeño de los indicadores de competencia técnica del servicio de salud.

Con el objetivo de desarrollar las temáticas mencionadas en el transcurso de los 4 años, se llevaron a cabo 200 jornadas de capacitación entre cursos, talleres, diplomados, jornadas informativas, charlas realizadas a través de la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP; así como las ofertas realizadas por la Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Gobierno, Veeduría Distrital, entre otras entidades. La población beneficiada asciende aproximadamente a 3.949 servidores de la Secretaría Distrital de Salud y de las Empresas Sociales del Estado.

Por otro lado la entidad ha generado apoyo educativo (pregrado y posgrado) en temas relacionados con las funciones del ejercicio del cargo para servidores públicos de carrera administrativa de los diferentes niveles jerárquicos, conforme a la Resolución 1262 de 2010, modificada por la Resolución 0501 de 2014, por la cual se reglamenta la capacitación e incentivos en educación formal de los empleados de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. y se establecen los procedimientos para la ejecución de los recursos.

---

<sup>4</sup> DAFP. Guía Metodológica para la elaboración de un acuerdo de gestión. Bogotá. Octubre 2012.



Es así como entre el año 2012 y 2015 se determinan cincuenta y dos (52) servidores inscritos en carrera administrativa o de libre nombramiento y remoción han sido beneficiados por la entidad con apoyo económico para educación formal y 69 servidores para educación no formal, tal y como se observa en el siguiente cuadro:

**Tabla 13 Apoyo Económico para Educación**

<b>Año</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total servidores beneficiados</b>
Educación formal	8	12	20	12	52
Educación no formal	24	15	25	5	69

Fuente: Cuadro apoyo solicitudes Educación Formal y No Formal SDS 2012-2015. Dirección de Gestión del Talento Humano.

Por otra parte, en el marco de la estrategia de entornos de trabajo saludables se realizaron dos diplomados: uno (1) en Endodoncia y uno (1) en Odontopediatría, en el que participaron en cada uno 18 servidores (odontólogos) inscritos en carrera administrativa, de la Secretaría Distrital de Salud y de las ESE adscritas a la Red Hospitalaria.

De igual manera, se llevó a cabo un (1) diplomado en Atención Primaria en Salud, en el que participaron 50 servidores inscritos en carrera, de la Secretaría Distrital de Salud y de las Empresas Sociales del Estado. Anexo Digital 4

#### **4.2.7 Informe sobre la implementación del Plan de Bienestar Social e Incentivos.**

El programa de Bienestar e incentivos de la Secretaria Distrital de Salud, durante el cuatrienio, realizó actividades para los servidores de la entidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida, de sus condiciones laborales y del clima organizacional de la Entidad. Estas actividades fueron:

Caminatas ecológicas, tardes de talentos, encuentros deportivos, actividad física, baile, danzas, yoga, gimnasio, vacaciones recreativas para hijos de servidores, reconocimiento a fechas especiales, talleres de guitarra, de maquillaje para ejecutivas, talleres para hijos de servidores, actividades para pre pensionados, conmemoración fiestas religiosas, día de la poesía, día de los niños, novenas de aguinaldos y actividades de integración en torno a la navidad, integración cierre de gestión fin de año, de igual manera se hace entrega a de un bono de condolencias a los funcionarios que han sufrido la pérdida de un ser querido.

Estas actividades se realizaron en el marco de la normatividad vigente y con un previo diagnóstico de necesidades, realizado a través de una encuesta virtual.

Ver Anexo Digital 4

#### **4.2.8 Informe sobre la implementación de planes de seguridad y salud en el trabajo.**

Durante este período, se destacan dos fases importantes, antes y después del Decreto Ley 1562 de 2012. Es así como se puede evidenciar que durante los años 2012 y 2013, el

enfoque de la Salud Ocupacional se basaba en Programa, mientras que durante el período 2014 y 2015 se adecuó a Sistema de Gestión bajo el ciclo PHVA de acuerdo con el Decreto 1443 de 2014, hoy Decreto 1072 de 2015.

Durante los últimos cuatro años, se beneficiaron en Prevención de Riesgos Laborales el siguiente número de colaboradores en actividades de Medicina Preventiva y del Trabajo, Higiene Industrial, Seguridad Industrial, afiliación al sistema general de Riesgos Laborales, suministro de Elementos de Protección Personal, y capacitación en riesgos específicos, así:

- Año 2012: 1068 colaboradores
- Año 2013: 1127 colaboradores
- Año 2014: 1259 colaboradores
- Año 2015: 1963 colaboradores

Cabe anotar que es durante el año 2015 que el Subsistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo adquiere mayor cobertura y control del riesgo, mediante la implementación de las siguientes actividades y productos:

- Inclusión de contratistas en los exámenes médicos periódicos ocupacionales.
- Identificación de peligros, valoración y evaluación de Riesgos por proceso.
- Fortalecimiento del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial con la descripción de los Peligros y Riesgos de la entidad.
- Ajuste de un formato de Notificación de Peligros, Incidentes y Condiciones de Salud; Programas de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de los Riesgos Psicosocial y Osteomuscular formulados y en ejecución.
- Formulación de un Programa de Registro y Análisis del Ausentismo Laboral.
- Programas de Gestión de Riesgos Químicos, Biológicos, Cardiovasculares y Visuales.
- 

Con el objetivo de complementar el fortalecimiento del Subsistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, en la actualidad la entidad ha venido trabajando en la elaboración de un Manual o Guía del Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo con los principales requisitos del Subsistema y un avance en la implementación del Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, bajo la norma OHSAS 18001:2007 del 78%.

Los detalles de las actividades implementadas se pueden observar en el archivo Excel con el resumen de los años 2012 al 2015; dejando claro que la población objeto es de 3000 servidores.

Ver Anexo Digital 4

#### **4.2.9 Documento que contenga los principios éticos de la Entidad.**

La carta de valores de la entidad se estableció a través de la participación de los servidores públicos, con el fin de plasmar los principios y valores por los cuales se regirán las personas vinculadas a la Secretaría, con el propósito de cumplir con la misión y los objetivos institucionales. Entre los principios institucionales se desatacan el respeto por la dignidad humana, universalidad, equidad, solidaridad e integralidad. Así como, los valores y principios de vocación de servicio, respeto, probidad, tolerancia entre otros. Ver Anexo Digital 4

### 4.3 Rediseño Institucional de la Entidad Territorial

Durante el período 2012- 2016, la Secretaría Distrital de Salud, adelantó un proceso de reestructuración institucional con base en un estudio técnico de reorganización, la medición de cargas de trabajo y teniendo como marco lo establecido en la Ley 909 de 2004 artículo 46, el Decreto 1227 de 2005 artículos 95, 96 y 97, el Decreto 785 de 2005, así como la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para tal fin.

La implementación de la nueva estructura inició el día 21 de octubre de 2014, mediante el cumplimiento de lo contenido en los Decretos 507 del 06 de noviembre de 2013, 516 del 08 de noviembre 2013 y 1612 del 06 de octubre de 2014, que permitieron desarrollar la Estructura Organizacional, la Planta de Empleos y la distribución de la misma en la Entidad. Debido a situaciones coyunturales como la ley de garantías de 2013-2014 y el cambio en menos de 13 meses de 2 Secretarios de Salud, obligo a que se implementaran los decretos anteriormente descritos hasta septiembre de 2014.

Con la resolución 1459 del 3 de septiembre de 2014, se establecieron las actividades que debían seguir las diferentes dependencias para implementar la nueva estructura de la Entidad, algunas de estas actividades fueron el ajuste del mapa de proceso y procedimientos, los procesos de encargos por derecho preferencial, la actualización del manual de funciones y competencias laborales, la redefinición de actividades y responsables de los proyectos de inversión etc.

#### 4.3.1 Situación de la Entidad Territorial

Conforme a la información descrita en el anexo digital 4, la situación de los Servidores en condiciones especiales, se resumen a continuación:

**Tabla 14 Servidores en condición especial**

<b>Ítem</b>	<b>Condición especial</b>	<b>No. De servidores públicos</b>
1	Servidores en condición de discapacidad	7
2	Tele trabajadores	Aun no hay servidores en condición de teletrabajo
3	Servidores con fuero sindical	10
4	Servidores con horario flexible.	12
5	Servidores próximos a pensionarse	30

<b>Ítem</b>	<b>Condición especial</b>	<b>No. De servidores públicos</b>
6	Servidores con hoja de vida en el SIGEP	66
7	Servidoras con fuero materno (licencia de maternidad)	Actualmente, en la Secretaria Distrital de Salud no hay servidores públicos que se encuentren en licencia de maternidad.

## **5. GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO**

Mediante Resolución No 1067 del 2008 de la Secretaria Distrital de Salud, se expido el Manual de Gestión Documental para la entidad, por medio de la cual se establecen los lineamientos y directrices para la gestión de archivos Institucional.

En cumplimiento del anterior Acto administrativo y en concordancia con los Decretos Nos. 2609 del 14 de diciembre de 2012 y 2578 del 13 de diciembre 2012 del Ministerio de Cultura la Secretaría Distrital de Salud actualizó el Comité interno de archivo mediante Resolución No 0697 del 2013.

En el marco de la anterior normatividad, la Dirección Administrativa – Subdirección de Bienes y Servicios, se encarga de Salvaguardar, Conservar, Custodiar Clasificar y prestar el servicio de Consulta Interna y Externa. Procesos de gestión documental y administración de archivos, que se realizan desde la producción, gestión y tramite, organización, Transferencias documentales, disposición final de los documentos, preservación y valoración en los diferentes archivos de gestión y central de la Entidad, con criterios básicos y uniformes, a que se mantenga la seguridad y confiabilidad de la información mediante el manejo adecuado de la documentación cumpliendo las reglas y principios generales que regulan la función archivística en el Distrito Capital, y de acuerdo a los lineamientos establecidos en el numeral 4.2 de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000.

### **5.1 Procesos Archivísticos Desarrollados**

A continuación se describen las actividades realizadas en el proceso de organización de archivos en cada una de las dependencias de la Secretaria Distrital de Salud:

- a) Inventario en Estado Natural. Para la realización del Inventario en Estado Natural, se tiene como herramienta el Formato Único de Inventario Documental, emitido por el Archivo General de la Nación, el cual permite con facilidad la identificación, recuperación, acceso y posterior consulta de la información.

El formato se encuentra diligenciado con la siguiente información: Numero de orden. · Código. · Nombre series, subseries, o asunto. · Fechas extremas (inicial – final). · Unidad de conservación (caja, carpeta, tomo, otro). · Número de folios. · Soporte. · Frecuencia de consulta. · Notas

- b) Clasificación. Se han identificado los asuntos o trámites a los que se refiere la documentación que conforma el archivo de gestión, los cuales se encuentran asociados por serie o subserie documental que le corresponde, de acuerdo con las versiones de la Tabla de Retención de cada dependencia.
- c) Ordenación. De acuerdo a las directrices emitidas por el Archivo General de la Nación, los nuevos documentos que se generaron o reciben en su correspondiente expediente, se identifican y agregan de manera cronológica o en el orden en el que se desarrollan los trámites, se verifican que el documento más antiguo quede

ubicado al inicio de la carpeta y el de fecha más reciente al final del mismo. De igual forma se retiran formatos y hojas en blanco, folletos, periódicos, revistas, plegables, material bibliográfico, entre otros, siempre y cuando no haga parte del expediente.

- d) Foliación. La foliación se realiza en el margen superior derecho de cada documento, desde el folio 1 hasta el folio N. Se escribe el número de manera legible y sin enmendaduras sobre un espacio blanco, sin alterar membretes, sellos, textos o numeración original. No se foliaron las pastas, ni las hojas-guarda en blanco y los documentos de formato pequeño han sido adheridos a una hoja. Se respetó la foliación anterior que está correctamente diligenciada y se ha anulado con una línea oblicua la foliación incorrecta.
- e) Alistamiento y Conformación de Carpetas. Para esta actividad se conformaron expedientes de un máximo de 250 folios y se retiró el material abrasivo. Almacenamiento Físico. En el ciclo de vida de la documentación en las diferentes fases de archivo y con el propósito de almacenamiento, conservación y preservar la documentación en los archivos de Gestión y central de las carpetas y cajas referencia X200 o en el mueble destinado para tal fin. Teniendo en cuenta la organización de las carpetas que se dio de izquierda a derecha al interior de la caja; del entrepaño superior al inferior en los archivadores; Por lo que adquirió más de 400 UDC contenidos en sistemas rodantes de archivo,

## **5.2 Actualización de Tablas de Retención Documental.**

En cumplimiento a la Circular 002 del 2012: “cronograma para la entrega de Tablas de Retención Documental por parte de las entidades del Distrito” y Circular 001 del 2013: Lineamientos para la elaboración e implementación de las Tablas de Retención Documental – TRD La Secretaria Distrital de Salud Mediante memorando No 2013EE180219, hace entrega de las Tablas de Retención Documental con los soportes respectivos,

Las Tablas de Retención Documental de las diferentes dependencias de la SDS, se realizaron teniendo en cuenta que es una actividad continua que deben desarrollar las Entidades del Estado de oficio, cada vez que la dinámica administrativa de la entidad y en particular de cada dependencia lo requiera, bien sea por la modificación de la estructura orgánica, de las funciones o de los procedimientos.

Los Instrumentos archivísticos entregados para su revisión, evaluación y convalidación por parte del Consejo Distrital de Archivos son Tablas de Retención Documental del periodo 2007-2013 y Tablas de Valoración Documental de los periodos 1990-1995, 1996-2006.

A la fecha y con base a la estructura orgánica de la entidad de acuerdo con el Decreto 507 de 2013, Ley de Transparencia 1712 y en el marco del proceso de recertificación para la SDS se elaboraron y actualizaron 2 Tablas de Retención Documental de la SDS, Cuadros de Caracterización- Registros de Activos de Información CCD-RAI, Cuadros de Clasificación Documental y Fichas de valoración documental en el marco del proceso de recertificación ICONTEC el 28 de Octubre 2015

### 5.3 Transferencias Documentales.

Durante el periodo comprendido entre el 2012 y septiembre de 2015 se recibieron más de 7.000 cajas de archivo de gestión descongestionando cada una de las dependencias de la entidad y en cumplimiento de la Circular 005 de 16 de Junio 2015 de la SDS se recibieron para su conservación en el archivo central un total de 2.016 Cajas.

Como balance general de las Transferencias con corte septiembre 30 de 2015 se tiene un cumplimiento del 82.3%, según detalle:

**Tabla 15 Balance General de Transferencias con Corte a Septiembre de 2015**

TOTAL DOCUMENTACION EXISTENTES EN ENTIDAD	CAJAS PARA TRANSFERENCIA ARCHIVO CENTRAL	TRANSFERENCIA PROGRAMADA VIGENCIA 2015	TRANSFERENCIA RECIBIDA A SATISFACCION ARCHIVO CENTRAL ENERO - SEPT 2015	TRANSFERENCIAS POR RECIBIR OCT - DIC 2015
15.129	3.351	2.447	2.016	431

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaría Corporativa

### 5.4 Acciones en Curso

En cumplimiento a la normatividad vigente, y en el marco de la nueva estructura organizacional de la entidad adoptada mediante Decreto 507 de 2013, se encuentran en curso las siguientes acciones:

- Actualización del programa de gestión documental en armonía con el plan de desarrollo
- Implementación de los cuadros de caracterización y registro de activo de información que permite evidenciar los documentos vitales y esenciales de la entidad
- Aprobación de las Tablas de Valoración Documental por el Consejo Distrital de Archivos
- Culminar la transferencias primarias al archivo central

En el Anexo Digital 5 (Documental y Archivo) se incluye información detallada de la gestión documental de la Entidad, por dependencias.

## 6. GOBIERNO EN LINEA

Gobierno en Línea es una estrategia que busca construir un Estado más transparente y colaborativo, donde los ciudadanos participan activamente en la toma de decisiones gracias a las TIC. Esta estrategia se apoya en 4 ejes temáticos:

- **TIC para servicios:** Busca crear los mejores trámites y servicios en línea para responder a las necesidades más apremiantes de los ciudadanos.
- **TIC para el Gobierno Abierto:** Busca construir un Estado más transparente y colaborativo, donde los ciudadanos participan activamente en la toma de decisiones gracias a las TIC.
- **TIC para la gestión:** Busca darle un uso estratégico a la tecnología para hacer más eficaz la gestión administrativa.
- **Seguridad y privacidad de la información:** Busca guardar los datos de los ciudadanos, garantizando la seguridad de la información a través de las TIC.

En este sentido la Secretaría Distrital de Salud ha realizado avances en la implementación de la estrategia en temas como implementación de varios servicios en línea, integración al Sistema Distrital de Quejas y Soluciones para dar respuesta a usuarios, publicación de la información requerida por la Ley 1712 – Ley de Transparencia y ha puesto a disposición de la comunidad información sobre mecanismos de participación ciudadana.

La Entidad cuenta además con un plan estratégico de Tecnología de la Información (PETIC), un Comité de Gestión de la Información, ha construido el catálogo de servicios tecnológicos y adelantó contrataciones para ampliar la capacidad del centro de cómputo, renovación de la red Wifi y actualización de los portales web institucionales.

En temas de uso y apropiación de las TIC, se llevan a cabo capacitaciones en el uso de los Sistemas de Información administrados por la Secretaría Distrital de Salud y se ha iniciado la automatización de algunos procedimientos internos tales como informes de los contratistas. En cuanto a seguridad de la información, la Entidad ha realizado la definición, alcance, objetivos de la política de seguridad de la información de acuerdo a la normatividad 27001/2005.

Si bien es cierto que se han realizado avances en la implementación de la estrategia GEL, se han tenido dificultades como la poca destinación de recursos para el desarrollo de estrategia, la falta de continuidad del comité GEL y la adherencia del tema por parte de los funcionarios en general.

Para continuar con el proceso de implementación de Gobierno en Línea es necesario reactivar el Comité Gel de acuerdo a lo normado en la Ley 2573 de 2014 y dar continuidad a los proyectos definidos en el PETIC sobre GEL en lo relacionado con Trámites en línea, llevar a cabo la automatización de herramientas de participación ciudadana, realizar la implementación de procesos basados en las buenas prácticas de ITIL, la implementación de los procedimientos estructurados dentro del proceso de Gestión TIC y complementar el



plan de implementación del SGSI con el modelo de privacidad y seguridad de información del Min TIC y la NTD-SGSI.

En el anexo 6 Formato Implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea se presenta los avances logrados por la SDS en especial en los servicios centrados en el usuario, el sistema integrado de PQRD y trámites y servicios en línea resaltados previamente. De otro lado se destacan los logros alcanzados con la estrategia de TI, Gobierno de TI y sistemas tecnológicos que se evidencian en el desarrollo del PETIC, la incorporación de la mesa de ayuda con el uso de las buenas prácticas de ITIL y la nueva caracterización de los procesos TI. Se presenta igualmente un inventario de las herramientas tecnológicas que posee la SDS y finalmente se da respuesta a una serie de preguntas estratégicas donde se destaca la necesidad de seguir ejecutando los proyectos de Gobierno en Línea resaltados en el PETIC y de incorporar recursos financieros para ejecutar la estrategia.

## **7. BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS**

Por delegación en el Decreto 449 de 1.999, corresponde a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. a la Dirección de Planeación, la administración del Banco de Programas y Proyectos de las Empresas Sociales del Estado de la red pública distrital adscrita, como parte del Banco de Programas y Proyectos del Distrito: “...Artículo 3º.- Conformación. El Banco Distrital de Programas y Proyectos está conformado por: [...] (iii) el Banco de Programas y Proyectos de las Empresas Sociales del Estado, operado y administrado por la Oficina de Planeación de la Secretaría de Salud, o la dependencia que haga sus veces...”.

En la actualidad, el total de proyectos inscritos y actualizados en 2015 asciende a 116, de los cuales 49 corresponden al componente de dotación; 44 a infraestructura; 12 al componente Tecnologías de la información y comunicaciones y 11ª participación social.

En 2014 el total de proyectos inscritos y actualizados ascendió a 56, de los cuales 20 corresponden al componente de dotación; 29 a infraestructura; 6 al componente Tecnologías de la información y comunicaciones y 1 participación social.

En 2013 el total de proyectos inscritos y actualizados ascendió a 67, de los cuales 22 corresponden al componente de dotación; 41 a infraestructura; 3 al componente Tecnologías de la información y comunicaciones y 1 participación social.

En 2012 el total de proyectos inscritos y actualizados ascendió a 63, de los cuales 20 corresponden al componente de dotación; 39 a infraestructura y 4 al componente Tecnologías de la información y comunicaciones.

En total los proyectos inscritos en el Banco de Programas y Proyectos de las ESEs durante el periodo 2012-2015, con fecha de corte, noviembre, ascendió a 302.

## 8. CONTROL DE GESTION

Como ejercicio final del ciclo de auditorías la Oficina de Control Interno realiza seguimiento a los planes de mejoramiento teniendo en cuenta las fechas de terminación de las acciones propuestas por los procesos, para tal fin tiene estipulado el procedimiento denominado SDS-ESC-PR-02 - Procedimiento planes de mejoramiento, en el cual se detallan las acciones tendientes para realizar dicho seguimiento. Finalizado el seguimiento, si el proceso cumple con las acciones propuestas los hallazgos son cerrados y el proceso auditor finaliza; si por el contrario las evidencias de la ejecución de las acciones no son suficientes, se da un mes de plazo para finalizarlas, al cumplir el mes se realiza visita y si cumplen con las acciones los hallazgos son cerrados, si no se envía a la Oficina de Asuntos Disciplinarios para que se adelanten las acciones pertinentes para una posible sanción por incumplimiento.

Los soportes de la realización de las acciones, así como los planes de mejoramiento reposan en la Oficina de Control Interno.

### 8.1 Seguimiento a planes de mejoramiento externos:

**Fundamento Legal:** Resolución Reglamentaria No. 003 de 2014 proferida por la Contraloría Distrital *“Por la cual se actualiza el Trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control fiscal a la Contraloría de Bogotá D.C., se adopta el procedimiento y se dictan otras disposiciones.”*

Procedimiento: Manual de Procesos y Procedimientos – Seguimientos a Planes de Mejoramiento resultados de auditoría y evaluaciones CD. SDS-ESC-PR-002 de vigencia 4 de septiembre de 2015.

Fuente Isolución.

Link:

<http://sdssapp01/Isolucion/FrameSetGeneral.asp?Pagina=ListadoMaestroDocumentos3.asp>

### 8.2 Riesgos de gestión.

La Secretaría General – Alcaldía Mayor de Bogotá, expidió el Decreto 370 de 2014, *“Por medio del cual se establecen normas relacionadas con el Programa Anual de Auditoría a cargo de las Unidades u Oficinas de Control Interno; la presentación de reportes por parte de los responsables de tales dependencias al/la Alcalde/sa Mayor, y se dictan otras disposiciones”*. En su artículo 2º Numeral 2 establece *“2. Seguimiento y evaluación al Mapa de Riesgos que puedan impactar los resultados previstos en los Planes de Gestión y los Proyectos de inversión, y que pudieran llegar a afectar el cumplimiento de los compromisos del Plan de Desarrollo.”*

El Decreto antes mencionado estipula un cronograma de envío de información, tal y como se observa en el siguiente cuadro:

**Tabla 16 Cronograma de envío de información de riesgos**

<b>INFORME</b>	<b>PERIODO DE CORTE</b>	<b>FECHA DE PRESENTACIÓN</b>
MAPA DE RIESGOS	30 DE ABRIL	31 DE MAYO
	30 DE AGOSTO	30 DE SEPTIEMBRE

Teniendo en cuenta lo anterior la Oficina de Control Interno revisa la herramienta que en cuanto a riesgos posee la Entidad, denominada SIGER V2, cuyo objetivo es identificar y administrar los riesgos, y que para el caso particular de la rendición del informe Mapa de riesgos, contiene la información solicitada por el mismo.

Una vez revisada la información se procede a alimentar la matriz enviada por la Secretaría General denominada “SIDAG” y se envía al jefe de la Oficina de Control Interno para revisión y posterior reporte a esta Secretaría.

### **8.3 Riesgos de corrupción.**

En virtud de lo señalado en el artículo 73 de la ley 1474 de 2011 *“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”* en cada Entidad de orden nacional, departamental y municipal se deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, la cual deberá contener el mapa de riesgos de la entidad, las medidas concretas para mitigar los riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos de mejora para la atención a la ciudadanía.

A su turno, la anterior disposición fue reglamentada por el Decreto Nacional No. 2641 de 2014, prescribiéndose en su artículo 5 el ejercicio del seguimiento a las orientaciones y obligaciones derivadas del documento contentivo de las *“Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”* a la oficina de Control Interno de cada Entidad, publicándose en su página Web las actividades realizadas conforme a las instrucciones previamente establecidas.

Conforme a las normas en cita y en aras de dar cumplimiento a dichos postulados normativos, la OCI realiza tal seguimiento de la siguiente manera:

### **8.4 Componente: mapa de riesgos de corrupción:**

Realizar por muestreo, verificación de la efectividad de los controles implementados por los procesos frente al mapa de riesgos anticorrupción.

En virtud de lo señalado en artículo 73 de la ley 1474 de 2011 *“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”* en cada Entidad de orden nacional, departamental y municipal se deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, la cual deberá contener el mapa de

riesgos de la entidad, las medidas concretas para mitigar los riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos de mejora para la atención a la ciudadanía.

A su turno, la anterior disposición fue reglamentada por el Decreto Nacional No. 2641 de 2014, prescribiéndose en su artículo 5 el ejercicio del seguimiento a las orientaciones y obligaciones derivadas del documento contentivo de las “*Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano*” a la **oficina de Control Interno de cada Entidad**, publicándose en su página Web las actividades realizadas conforme a las instrucciones previamente establecidas.

Conforme a las normas en cita y en aras de dar cumplimiento a dichos postulados normativos, la OCI realiza tal seguimiento de la siguiente manera:

#### **8.5 Componente: mapa de riesgos de corrupción.**

Realizar por muestreo, verificación de la efectividad de los controles implementados por los procesos frente al mapa de riesgos anticorrupción.

#### **8.6 Componente rendición de cuentas.**

Realizar seguimiento al plan y cronograma de trabajo determinado por los procesos intervinientes.

#### **8.7 Componente mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.**

Realizar seguimiento a las acciones desarrolladas durante el periodo.

#### **8.8 Componente estrategia anti trámites.**

A partir de la vigencia 2014, la estrategia anticorrupción generó este nuevo componente. Realizar seguimiento a las acciones definidas y aprobadas por el comité anti trámites de la entidad.

Posterior al seguimiento de los componentes advertidos con anterioridad, se realiza revisión por parte del jefe de la Oficina de Control Interno, quien avala su contenido y lo remite a la oficina Asesora de Comunicaciones para su publicación en la página web de la SDS.

Ahora bien, los resultados del mecanismo aludido, se encuentran en los informes presentados por la OCI y publicados en la página web de la entidad – en los links que se transcriben a saber:

Vigencias 2013 a lo corrido de 2015.

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/PlanAnticorrupcion.aspx?RootFolder=%2fDocumentos%20Plan%20Anticorrupcion%2f2013&FolderCTID=&View=%7bD4A0E937%2d52E5%2d4EF5%2d8053%2d393ED65FB502%7d>.

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/PlanAnticorrupcion.aspx?RootFolder=%2fDocumentos%20Plan%20Anticorrupcion%2f2014&FolderCTID=&View=%7bD4A0E937%2d52E5%2d4EF5%2d8053%2d393ED65FB502%7d>

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/PlanAnticorrupcion.aspx?RootFolder=%2fDocumentos%20Plan%20Anticorrupcion%2f2015&FolderCTID=&View=%7bD4A0E937%2d52E5%2d4EF5%2d8053%2d393ED65FB502%7d>

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/PlanAnticorrupcion.aspx?RootFolder=%2fDocumentos%20Plan%20Anticorrupcion%2f2015&FolderCTID=&View=%7bD4A0E937%2d52E5%2d4EF5%2d8053%2d393ED65FB502%7d>

Es de anotar que este seguimiento se realiza y se publica cuatrimestralmente.

## 9. RECURSOS FISICOS E INVENTARIOS

El procedimiento involucra ingreso, almacenamiento, registro, custodia, suministro y manejo de bienes de consumo, devolutivos, muebles e inmuebles, que a cualquier título adquiera la entidad.

Los bienes muebles de la entidad, son administrados de acuerdo con lo establecido en la Resolución No. 001 del 20 de septiembre de 2001, de la Contaduría General de Bogotá, que expidió el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el manejo y control de los bienes de los Entes Públicos del Distrito Capital.

Mediante Resolución No 1096 del 8 de septiembre de 2011, la Secretaría Distrital de Salud estableció el procedimiento para la asignación y control de bienes muebles de propiedad del Fondo Financiero Distrital de Salud, requeridos para el desarrollo del objeto y obligaciones contractuales.

El reporte del inventario de bienes muebles se encuentra distribuido de la siguiente manera:

- a) **Instructivo del formato de inventarios de bienes muebles:** Corresponde a una hoja que describe un total de 16.341 bienes muebles, con la identificación de la dependencia en donde se encuentra el bien y el servidor público responsable de la custodia, la identificación del mismo, fecha de adquisición, descripción, estado (todos en servicio), además la totalidad de los bienes están cubiertos con la póliza seguro daños materiales combinados No 1002382, emitida por la Previsora S.A.
- b) **Instructivo del formato inventarios de bienes inmuebles:** para este tipo de bienes, se relaciona en el formato la identificación en inventarios del inmueble un total de 13 inmuebles, el nombre con el cual es identificado en inventarios el bien, valor histórico, en el estado se especifica si el inmueble esta arrendado, en comodato, transferencia, invadido, servidumbre, venta, uso propio, ocupado por un tercero, etc., también contiene datos propios del inmueble como número de matrícula inmobiliaria, cédula catastral y dirección del predio.

### 9.1 Inventario en Servicio

Los inventarios de bienes muebles e inmuebles, pertenecientes a la Secretaria Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud, se encuentran actualizados e individualizados con cargo a los servidores de cada dependencia, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 001 del 20 de septiembre de 2001, que contiene el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el manejo y control de los bienes de los Entes Públicos del Distrito Capital adoptado por la Contaduría General de Bogotá. El sistema de información usado en la Entidad registra las principales características tales como el modelo, serie, marca y número individual del Activo. Además, se clasifican por grupos de inventario, cuyos saldos se presentan a continuación:

**Tabla 17 Inventario de los Recursos Físicos de la Secretaria Distrital de Salud**

<b>GRUPO</b>	<b>Nombre grupo</b>	<b>saldo</b>
<b>2</b>		<b>\$ 57.783.491.934,68</b>
206	Equipos y máquinas para comedor, cocina, despensa y electrodomésticos	\$ 87.641.226,24
207	Equipos y máquinas para comunicación, detección, radio, televisión, señales, sonido, radar, fotografía, proyección y sus accesorios	\$ 16.020.668.255,47
208	Equipos y máquinas para construcción, instalación, campo, industria, taller y publicidad	\$ 761.710.870,99
210	Equipos y máquinas para laboratorio, profesiones científicas, enseñanza y accesorios	\$ 14.416.597.688,25
211	Equipos y máquinas para medicina, odontología, veterinaria, rayos x, sanidad y sus accesorios	\$ 1.840.119.137,57
212	Equipos y máquinas para escritorio, oficina, contabilidad, dibujo y sus accesorios	\$ 15.996.772,75
213	Equipos y máquinas para transporte y sus accesorios	\$ 5.563.120.175,94
214	Herramientas y sus accesorios para albañilería, carpintería y electricidad	\$ 145.120.242,15
216	Lista de bibliotecas, estudio, documentos, mapotecas, planotecas, hemerotecas y revistas	\$ 107.179.765,54
218	Mobiliario y enseres	\$ 3.811.972.925,46
224	equipos y máquinas para procesamiento de datos	\$ 8.086.923.556,33
226	Software, aplicaciones y licencias	\$ 6.926.441.317,99
<b>3</b>		<b>\$ 36.186.045.449,84</b>
306	Edificios y otras construcciones	\$ 32.789.829.710,62
310	Terrenos	\$ 3.396.215.739,22

Fuente: Dirección Administrativa – 30 Agosto 2015

## 9.2 Procesos de Inventarios en Curso

Subasta bienes muebles inservibles dados de Baja

Actualmente se encuentra en fase precontractual el proceso para seleccionar un intermediario que realice la subasta de los siguientes bienes muebles inservibles u obsoletos:

**Tabla 18 Inventario de los Recursos Físicos de la Secretaria Distrital de Salud**

<b>Descripción General Bienes</b>	<b>Cantidad</b>
Bienes devolutivos inservibles dados de baja con Resolución No 0676 del 22 de mayo de 2015. Costo Histórico: \$3.602.564.813,91 Depreciación a Abril 23 de 2015: \$3.291.154.577,56 Valor en Libros: \$311.410.236,35	1.577
Bienes devolutivos inservibles dados de baja con Resolución No 0870 del	71



<b>Descripción General Bienes</b>	<b>Cantidad</b>
17 de octubre de 2012.	
Horno incinerador con capacidad para 300 lb/h de cadáveres y residuos animales – Resolución de Baja No 1154 del 17 de octubre de 2008.	1

Fuente Dirección Administrativa – Agosto 30 2015

### **9.3 Enajenación a título gratuito y subasta vehículos dados de Baja**

Mediante Resolución No 1992 del 23 de octubre de 2015, fue aprobada la baja de 18 vehículos, con un costo histórico de \$ 1.051.234.687, depreciación a marzo 31 de 2015 por valor de \$839.897.324 y valor en libros de \$211.337.363.

Lo siguiente a realizar con estos vehículos es ofrecerlos a título gratuito a las Empresas Sociales del Estado (ESE), adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1082 de 2015; para los vehículos que no sean enajenados a título gratuito se debe realizar el proceso de subasta.

El Anexo Digital 9 (Recursos Físicos) contiene todo lo relacionado con el detalle de los bienes muebles e inmuebles de la Entidad.

## **10. TRANSPARENCIA, RENDICION DE CUENTAS Y SERVICIO A LA CIUDADANIA**

Tomando como referencia el mandato misional que la Sub-secretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía debe cumplir, y apoyados en los lineamiento de la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, D.C. y la normatividad vigente sobre control social y servicio al ciudadano, se ha documentado y desarrollado una metodología de participación activa que permitió la realización anual del ejercicio de ‘Rendición de Cuentas’ en el período 2012-2015, como se evidencia en el formato presentado. Estas rendiciones de cuentas son de los proyectos y metas asumidos por esta Sub-secretaría y contribuyen a la Rendición de Cuentas que debe hacer la SDS.

Uno de los propósitos de esta Sub-secretaría relacionado con este tema es capacitar y formar a la ciudadanía para realizar control social a la salud en Bogotá, para ello ha organizado un conjunto de actividades aplicando una estrategia pedagógica de participación, según las necesidades de la comunidad y promueve ‘semilleros de nuevos actores en control social’, entre otras. Desde el punto de vista de la participación social en las instituciones, Oficinas de Participación y diversas formas de participación ciudadana institucionales, esta Sub-secretaría ha desarrollado un trabajo de fortalecimiento e incremento del número de sus miembros, como también en la asesoría y acompañamiento en la elección de sus representantes en Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado.

Lo anterior ha permitido avanzar en la consolidación de la información con bases de datos de ciudadanos y organizaciones sociales para la inclusión y participación en otro tipo de actividades del control social como: Rendición de Cuentas, capacitaciones, foros, paneles, talleres, seminarios, etc. En cuanto a la evaluación y seguimiento de las rendiciones de cuentas de esta Sub –secretaría a la ciudadanía bogotana, es necesario fortalecer el seguimiento y evaluación de los compromisos adquiridos desde procesos de articulación y complementariedad interinstitucional, ya que en la mayoría de los casos se relacionan con decisiones que dependen de otras dependencias; más aun así, ameritan acciones concretas de información y seguimiento a esta situaciones planteadas por la ciudadanía en relación con la afectación del derecho a la salud.

En cuanto a las metas y actividades relacionadas con Servicio a la Ciudadanía, en la página web de la SDS se publican periódicamente los resultados consolidados de los análisis de la información producto de la gestión, esto es, análisis trimestrales de las barreras de acceso a los servicios de salud, cuya fuente es el Sistema Distrital de Barreras de Acceso-SIDBA, que se complementa con la socialización y planes de mejoramiento de los actores involucrados, un análisis y revisión conjuntamente en la Mesa Operativa de Barreras de Acceso e igualmente un análisis, también trimestral, de las respuestas a quejas y reclamos presentados por la ciudadanía a través del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones –

SDQS, el cual tiene acceso por vía web. A más de estas actividades, la Dirección de Servicio a la Ciudadanía evalúa permanentemente la oportunidad y calidad de las respuestas a los ciudadanos y la percepción y satisfacción de la atención recibida.

Por último, se ha dispuesto en la página web de la SDS información acerca de los servicios que desde la Dirección de Servicio a la Ciudadanía se presta a la población bogotana, que sumada a la atención en los PDS, ofrecen a la población orientaciones y asesoría en el cómo interponer quejas o reclamos sobre la afectación del derecho a la salud, cómo acceder a la resolución de sus problemas de salud, cómo localizar los canales presenciales de atención, ubicación, horarios de atención, etc.

En el Anexo Digital 10 (Participación social y Transparencia) se presenta el detalle de la información relacionada con la rendición de cuentas del período 2012-2015, quejas y reclamos, proceso de implementación de la política de acceso a la información pública. Así mismo incluye el estado del plan anticorrupción y atención al ciudadano y el mapa de riesgos anticorrupción

## 11. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., es responsable de la formulación de políticas públicas orientadas a fortalecer la calidad de vida y salud de los habitantes y visitantes de Bogotá D.C. En este sentido, tiene la responsabilidad directa de nueve [9] políticas y aporta a diecisiete [17] de responsabilidad de otros sectores de la Administración Distrital. La experiencia ha venido demostrando que si bien se da respuesta a las necesidades de la población, éstas se han abordado de manera fragmentada por problemas simples, lo que limita la convergencia de la interacción de las condiciones comunes que los generan y que deben ser transformadas por la acción pública, para obtener los fines pretendidos. Por esta razón, se adelantó el marco metodológico para la formulación y evaluación de las políticas públicas que desde el Sector Salud se despliegan de forma que el mismo sea sinérgico antes que particular.

De igual forma, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. es responsable de treinta y tres [33] planes, de los cuales veintiocho [28] son a corto plazo, tres [3] a mediano plazo y dos a largo plazo, tal y como se puede apreciar en el siguiente Cuadro. Además responde a cuatro programas de intervención y entrega 1.644 informes de los cuales nueve [9] son cuatrienales, dos [2] bienales y 1.633 anuales, con periodicidad diferente.

**Tabla 19 Planes y Programas Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.**

No	Planes de Corto Plazo
1	Plan Operativo anual de Subsecretaría de Salud Pública
2	Plan Operativo anual de Dirección de Salud Colectiva
3	Plan Operativo anual de Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
4	Plan Operativo anual de Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento
5	Plan Operativo anual de Dirección Urgencias, Emergencias en Salud
6	Plan Operativo anual de Dirección de Calidad de Servicios de Salud
7	Plan Operativo anual de Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
8	Plan Operativo anual de Dirección de Provisión de Servicios de Salud
9	Plan Operativo anual de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía
10	Plan Operativo anual de Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad
11	Plan Operativo anual de Dirección de Servicio a la Ciudadanía
12	Plan Operativo anual de Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial
13	Plan Operativo anual de Dirección de Planeación Sectorial
14	Plan Operativo anual de Dirección de Infraestructura y Tecnología
15	Plan Operativo anual de Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
16	Plan Operativo anual de Administrativa
17	Plan Operativo anual de Subsecretaría Corporativa
18	Plan Operativo anual de Dirección de Gestión del Talento Humano

<b>No</b>	<b>Planes de Corto Plazo</b>
19	Plan Operativo anual de Dirección de Planeación Institucional y Calidad
20	Plan Operativo anual de Dirección Financiera
21	Plan Operativo anual de Dirección Administrativa
22	Plan Operativo anual de Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
23	Plan Operativo anual Oficina Asesora de Control Interno
24	Plan Operativo anual Oficina Asesora de Comunicaciones
25	Plan Operativo anual de Oficina Asesora Jurídica
26	Plan Operativo anual Oficina de Asuntos Disciplinarios
27	Plan Financiero Plurianual
28	Plan Operativo Anual de inversiones
	<b>Planes de Mediano Plazo</b>
29	Plan de Desarrollo
30	Plan Territorial de Salud
31	Plan Bienal de Inversiones
	<b>Planes de Largo Plazo</b>
32	Plan Decenal de Salud Pública
33	Plan Maestro de Equipamientos
	<b>Programas</b>
34	Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad.
35	Bogotá Humana Ambientalmente Saludable.
36	Bogotá Decide y Protege el Derecho Fundamental a la Salud Pública
37	Trabajo decente y digno

Fuente: Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial - Dirección de Planeación y Gestión Sectorial – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

- **Información sobre el plan de desarrollo vigente**

El Plan Territorial de Salud 2012-2016 se construyó tomando como insumo el análisis de situación de salud de la población del Distrito Capital y fue formulado con un ejercicio democrático que incorporó los aportes de la comunidad y funcionarios públicos del sector salud y otros sectores de la administración, formados en diferentes disciplinas, a fin de rescatar la esencia del estado y de lo público como condiciones para garantizar el derecho a la salud y reducir las brechas e inequidades presentes en el territorio en esta materia, en consonancia con un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS que focaliza la participación y compromiso de todos los sectores y actores, la articulación de redes y la integración de la atención. Además este Plan responde a las metas contenidas en acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Agenda de las Américas y el Reglamento Sanitario Internacional.

El Plan de Desarrollo Bogotá Humana fue armonizado con el plan territorial de salud 2012-2016 en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 3039 de 2007 y de la Resolución 425 de 2008. Los ejes, programas y proyectos del Plan de Desarrollo Bogotá Humana quedaron

armonizados con las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud en las citadas normas. Las siguientes ilustraciones presentan el detalle de la armonización por ejes, programas y proyectos.

El primer eje denominado **“Una ciudad que reduce la segregación social y discriminación”**, se armoniza con los ejes programáticos de aseguramiento en salud, prestación y desarrollo de servicios, salud pública en Plan de Intervenciones Colectivas, prevención vigilancia y control de riesgos profesionales y urgencias, emergencias y desastres de la resolución 425 de 2008, con las prioridades como: la salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y de lesiones violentas evitables; las enfermedades crónicas no transmisibles, la nutrición y la seguridad en el trabajo y las enfermedades laborales contempladas en el decreto 3039 de 2007.

**Ilustración 1 Articulación con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016 Plan de Salud del Distrito Capital**



Fuente: Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial – Dirección de Planeación Sectorial

El eje dos **“Un territorio que enfrenta la variabilidad climática y se organiza alrededor del agua”**, contempla el eje programático de salud pública de intervenciones colectivas y la prioridad de seguridad sanitaria y el ambiente. El eje tres **“Defensa de lo público”**, se armoniza con los ejes programáticos de promoción social y gobernanza y rectoría en salud con las prioridades de la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan.

Los dieciocho proyectos del Fondo Financiero Distrital de Salud permiten la operación de los planteamientos estratégicos de los dos planes armonizados. En el eje uno se incluye quince proyectos de inversión que en su conjunto, le apuntan al Objetivo de **“No segregar”** y a las prioridades de salud pública armonizadas con este eje. En el eje dos, un proyecto de inversión contribuye al mejoramiento del medio ambiente articulado con los planteamientos del eje dos y con las prioridades de salud pública. En el eje tres, se implementan tres proyectos de inversión que contribuyen al fortalecimiento de lo público, armonizados con

las prioridades de salud pública de la nación. (Ver ilustración de Ejes, Programas y Proyectos)

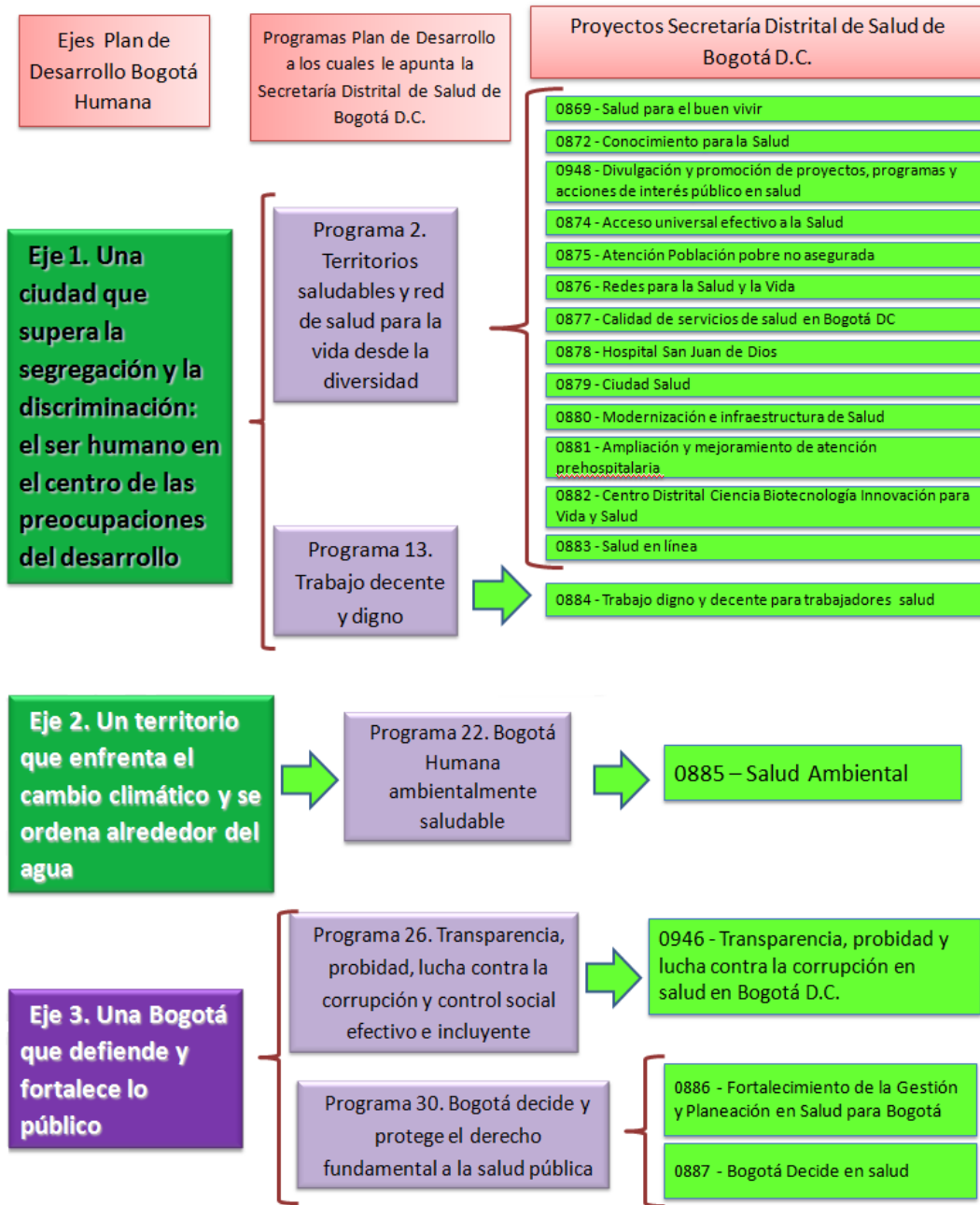
**Ilustración 2 Articulación con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016 Plan de Salud del Distrito Capital**



Fuente: Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial – Dirección de Planeación Sectorial

Para el periodo administrativo 2012 -2016, el Sector Salud se propuso el cumplimiento de 157 metas en total, de las cuales 93, es decir el 59,2%, son del Acuerdo 489 de 2012, Plan de Desarrollo Bogotá Humana; 64 metas, es decir el 40,8%, que se encuentran incluidas en los 18 proyectos de inversión; para un total de 157 metas incluidas en el Plan Territorial en Salud de Bogotá Distrito Capital.

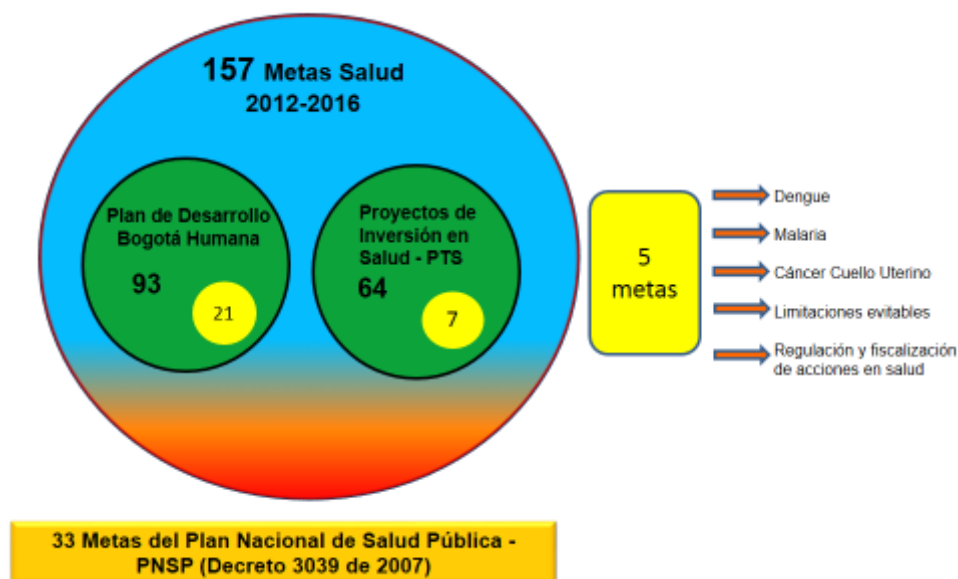
**Ilustración 3. Ejes, Programas y Proyectos de Inversión de la SDS en Bogotá Humana 2012 - 2016**



Fuente: Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial – Dirección de Planeación Sectorial



#### Ilustración 4 Armonización Metas Plan Nacional de Salud Pública



Fuente: Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial – Dirección de Planeación Sectorial

Eje 1. Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo: cuenta con 70 metas relacionadas con salud, divididas en 8 metas de impacto y 62 de resultado o gestión. Los programas a los que apuntan estas metas son:

- Programa Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad. 13 proyectos de inversión soportan el cumplimiento de estos programas en el Sector Salud.
- Programa Trabajo Digno y Decente. Un proyecto de inversión soporta el cumplimiento de este programa en el Sector Salud.

Eje 2. Un Territorio que enfrenta el cambio Climático y se Ordena Alrededor del Agua: cuenta con 14 metas relacionadas con salud, divididas en 1 meta de impacto y 13 de resultado o gestión. El programa al que apuntan estas metas es:

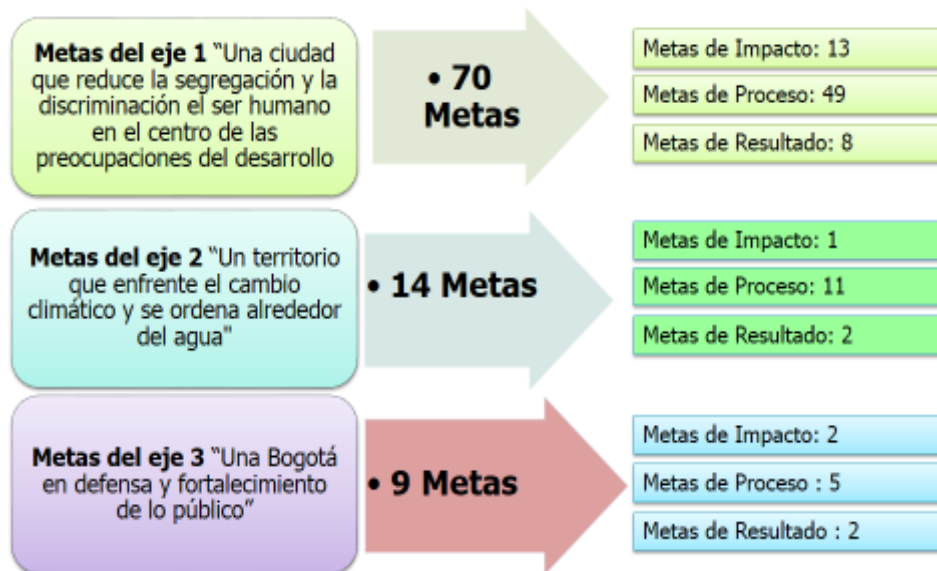
- Programa Bogotá Humana Ambientalmente Saludable (14 metas). Un proyecto de inversión soporta el cumplimiento de este programa en el Sector Salud.

Eje 3. Una Bogotá que Defiende y Fortalece lo Público: cuenta con 9 metas relacionadas con salud, divididas en 2 metas de impacto y 7 de resultado o gestión. Los programas a los que apuntan estas metas son:

- Programa Transparencia, Probidad, Lucha contra la Corrupción y Control Social Efectivo e Incluyente. Un proyecto de inversión soporta el cumplimiento de este programa en el Sector Salud.

- Programa Bogotá Decide y Protege el Derecho Fundamental a la Salud. Dos proyectos de inversión soportan el cumplimiento de estos programas en el Sector Salud

**Ilustración 5 Metas Plan de Desarrollo por Ejes**



Fuente: Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial – Dirección de Planeación Sectorial

- **Información Sobre los Proyectos de Inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud**

El resumen de la ejecución presupuestal de estos proyectos de inversión se puede observar en la tabla que se muestra a continuación, con corte a septiembre 30 de 2015.

**Tabla 20 Resumen Sobre Ejecución de Proyectos Fondo Financiero Distrital de Salud**

No. de proyectos	Nivel de Ejecución	Observaciones (nivel de ejecución a septiembre 30 de 2015)
4	Superior de 90%	Los Proyectos 869-Salud para el Buen Vivir, 879-Ciudad Salud, 946-Trasparencia, Probidad y Lucha Contra la Corrupción en Salud en Bogotá D.C. y 887-Bogotá Decide en Salud, registran niveles de ejecución en términos de compromisos, superiores al 90%. El proyecto 869 aporta al 100% de las metas de impacto en salud y calidad de vida del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016. Por este proyecto se implementa la estrategia de Atención Primaria en Salud.
5	Alto Entre 70% y 90%	Los Proyectos 872-Conocimiento para la Salud, 874-Acceso Universal y Efectivo a la Salud, 875-Atención a la Población Pobre no Asegurada, 877-Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá D.C., Y 886-Fortalecimiento de la gestión y planeación para la Salud, registran niveles altos de ejecución. El proyecto 874 garantiza la afiliación de la población de Bogotá al régimen

No. de proyectos	Nivel de Ejecución	Observaciones (nivel de ejecución a septiembre 30 de 2015)
		subsidiado de salud, el 875 permite la atención de vinculados y el 877 realiza la inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud.
6	Medio Entre 40 y 70%	Los proyectos 878-Hospital San Juan de Dios, 881-Ampliación y mejoramiento de la atención pre hospitalaria, 883-Salud en Línea, 948-Divulgación y promoción de planes, programas y proyectos y acciones de interés público en salud, 884-Trabajo digno y decente y 885-Salud Ambiental reportan niveles medios de ejecución. Estos proyectos garantizan la apertura del Hospital San Juan de Dios, la atención de urgencias, el desarrollo de los sistemas de información, las comunicaciones en salud, el desarrollo del talento humano y la salud ambiental, de manera respectiva.
3	Bajo Inferior al 40%	Los proyectos 886-Redes para la Salud y la Vida, 880-Modernización e Infraestructura de Salud y 882-Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana, registran bajos niveles de ejecución. Por estos proyectos se adelantan obras de infraestructura y dotación hospitalaria y se avanza en la operación del Centro Distrital de Ciencia, biotecnología e innovación para la vida y la salud humana.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial Dirección de Planeación Sectorial

- **Cumplimiento del Plan de Desarrollo Bogotá Humana**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. realiza seguimiento mensual a las metas del Plan de Desarrollo y del Plan Territorial de Salud y evidencia su estado a través del tablero de control que permite su semaforización según el grado de avance en la ejecución en dos momentos, uno anual y otro acumulado del período del Plan de Desarrollo. A continuación se presenta el cumplimiento acumulado del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana alcanzado a 31 de agosto de 2015.

En este sentido, 16 de estas metas ya se cumplieron en forma anticipada; 19 metas se encuentran entre el 85,1% y el 100% de nivel de cumplimiento; 18 metas se encuentran entre el 70,1% y el 85% de nivel de cumplimiento; son metas que se cumplirán a 31 de diciembre de 2015. 15 metas registran niveles de cumplimiento entre el 50,1% y el 70% y se cumplirán a 30 de junio de 2016. Las metas que corresponden a niveles de cumplimiento inferior al 50%, se cumplirán si se realiza un mayor esfuerzo; 24 metas con cumplimiento inferior al 50% son difíciles de cumplir. (Ver tabla y gráfica siguientes)

De las 93 metas del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016; 17 son de impacto, que equivalen al 17,20%, 64 son de proceso, que corresponden al 69,89% y 12 son de resultado, que corresponde al 12,90% del total.

**Tabla 21 Semaforización Metas de Impacto Plan de Desarrollo**

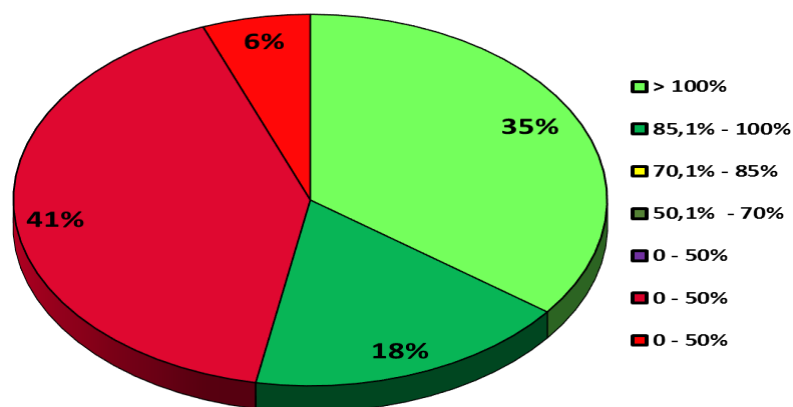
RANGOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN	METAS	PORCENTAJE
--------	------------------------	-------	------------

RANGOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN	METAS	PORCENTAJE
> 100%	Metas cumplidas en forma anticipada	6	35%
85,1% - 100%	Metas cumplidas acorde con lo programado	3	18%
70,1% - 85%	Metas que se cumplirán a 31 de diciembre de 2015	-	0%
50,1% - 70%	Metas que se cumplirán a 30 de junio de 2016	-	0%
0 - 50%	Metas que con mayor esfuerzo se cumplirán a 30 de junio de 2016	-	0%
0 - 50%	Metas con resultados significativos	7	41%
0 - 50%	Metas difíciles de cumplir	1	6%
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Dirección de Planeación Sectorial – fecha de corte 2012 a agosto 31 de 2015

De las (17) metas de impacto del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, con fecha de corte a 31 de julio de 2015, el 35% (6) se cumplieron de forma anticipada; el 18% (3) se vienen cumpliendo acorde con lo programado; el 41% (7) registran logros significativos que sustentan las acciones realizadas por la SDS para avanzar en la reducción de los indicadores; el 6% (1) una meta, resulta difícil de cumplir.

Gráfica 2 Semaforización Metas de Impacto Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015



Fuente: Dirección de Planeación Sectorial – fecha de corte 2012 a agosto 31 de 2015

Las seis metas de impacto cumplidas anticipadamente son:

- Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.
- Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años, en el Distrito capital, al 2016.
- Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016.

- Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica, al 2016.
- 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.
- Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.

**Tabla 22 Semaforización Metas de Proceso Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015**

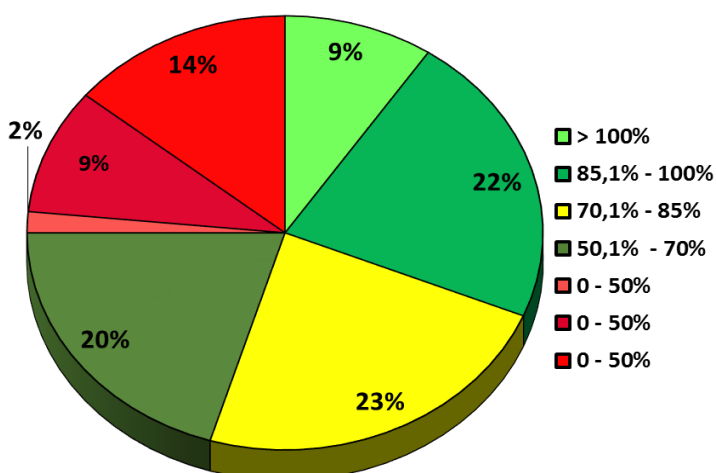
<b>RANGOS</b>	<b>CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>METAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>&gt; 100%</b>	Metas Plan Desarrollo ya cumplidas	6	9%
<b>85,1% 100%</b>	- Metas que se cumplirán acorde con lo programado	14	22%
<b>70,1% 85%</b>	- Metas que se cumplirán a 31 de diciembre de 2015	15	23%
<b>50,1% 70%</b>	- Metas que se cumplirán a 30 de junio de 2016	13	20%
<b>0 - 50%</b>	Metas que con mayor esfuerzo se cumplirán a 30 de junio de 2016	1	2%
<b>0 - 50%</b>	Metas con resultados significativos	6	9%
<b>0 - 50%</b>	Metas difíciles de cumplir	9	14%
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Dirección de Planeación Sectorial – fecha de corte 2012 a agosto 31 de 2015

De las (64) metas de proceso del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, presentaron el siguiente cumplimiento:

El 9% (6) de las metas se cumplieron de forma anticipada; el 22% (14) se vienen cumpliendo acorde con lo programado; el 23% (15) metas con las acciones realizadas por la Entidad se cumplirán a 31 de diciembre de 2015; el 20% (13) se cumplirán a 30 de junio de 2016; el 2% (1) con mayor esfuerzo se cumplirán a junio de 2016; el 9% (6) registran logros significativos que sustentan las acciones realizadas por la SDS para avanzar en la reducción de los indicadores; el 14% (9) resulta difícil de cumplir.

**Gráfica 3 Semaforización Metas de Proceso Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015**



Fuente: Dirección de Planeación Sectorial – fecha de corte 2012 a agosto 31 de 2015

**Tabla 23 Semaforización Metas de Resultado Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015**

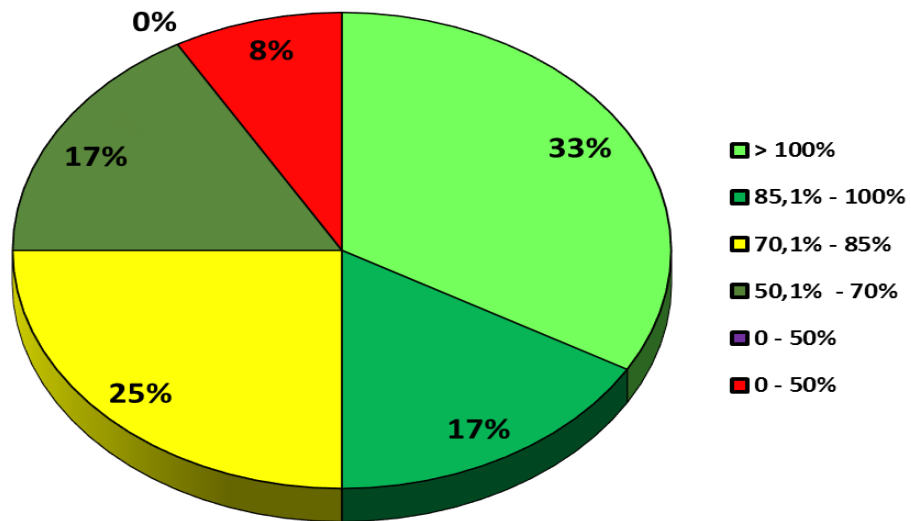
RANGOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN	METAS	PORCENTAJE
> 100%	Metas Plan Desarrollo ya cumplidas	4	33%
85,1% - 100%	- Metas que se cumplirán acorde con lo programado	2	17%
70,1% - 85%	- Metas que se cumplirán a 31 de diciembre de 2015	3	25%
50,1% - 70%	- Metas que se cumplirán a 30 de junio de 2016	2	17%
0 - 50%	Metas que con mayor esfuerzo se cumplirán a 30 de junio de 2016	-	0%
0 - 50%	Metas difíciles de cumplir	1	8%
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Dirección de Planeación Sectorial – fecha de corte 2012 a agosto 31 de 2015

De las 12 metas de resultado del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, el cumplimiento a 31 de julio de 2015 fue:

El 33% (4) de las metas se cumplieron de forma anticipada; el 17% (2) se vienen cumpliendo acorde con lo programado; el 25% (3) se cumple a diciembre 31 de 2015; el 17% (2) de las metas, se cumplirán a 30 de Junio de 2016; el 8% (1) de las metas, resulta difícil de cumplir.

**Gráfica 4 SemafORIZACIÓN Metas de Resultado Plan de Desarrollo Acumulado 2012 a Agosto 31 de 2015**



Fuente: Dirección de Planeación Sectorial – fecha de corte 2012 a agosto 31 de 2015

En el Anexo Digital 13 se presenta el detalle del balance del cumplimiento del programa de gobierno, porcentaje de avance del Plan de Desarrollo por la totalidad de las metas del Plan de Desarrollo Bogotá Humana.

## **12. COMPLEMENTO DE SALUD**

### **12.1 Rectoría**

#### **12.1.1 ¿El municipio está certificado?, Que ventajas, desventajas y dificultades se han identificado.**

La Secretaría Distrital de Salud se encuentra certificada por el ICONTEC desde el año 2011, en la Norma técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000: 2009 e ISO 9001:2008; siendo recertificada nuevamente en octubre de 2015.

Este subsistema del Sistema Integrado de Gestión, apunta a adoptar una visión estratégica que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional especialmente orientado a mejorar la calidad de los productos y servicios, consolidar estándares que reflejen las necesidades implícitas y obligatorias, proveer información confiable, promover la transparencia, la participación y el control político y ciudadano, garantizar el fácil acceso a la información relativa a resultados del sistema, emprender acciones preventivas y correctivas, tener cultura por la mejora continua, buscar relaciones óptimas entre calidad y costo, satisfacer a los ciudadanos, simplificar procesos y crear un sistema laboral orientado hacia la productividad, entre otros beneficios. (Tomado del Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía Nacional para la simplificación, el mejoramiento y la racionalización de procesos, procedimientos y trámites. 1.3.3. Sistema Integrado de Gestión).

En la resolución 903 de 2014, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud, Artículo 3°, Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, se enuncia: “En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se entiende que las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud alcanzan el nivel superior de calidad, con la certificación en la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003”.

#### **12.1.2 ¿El Plan Territorial de Salud ha sido actualizado teniendo en cuenta el Análisis de la Situación de Salud y las prioridades, se ha armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se ha interiorizado, lo conocen los del sector, otros sectores y la comunidad, es el elemento base para el funcionamiento del sector**

Efectivamente el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. fue formulado con base en el análisis de la situación de salud (ASIS), se estructura por cada uno de los ejes programáticos de Aseguramiento; Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud; Salud Pública; Promoción Social; Prevención, Vigilancia y control de riesgos profesionales; así mismo teniendo en cuenta con las prioridades de salud pública definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el país, en salud sexual y reproductiva, salud ambiental, salud mental, salud oral, trasmisibles, urgencias y emergencias, salud de los trabajadores, crónicas no trasmisibles, gestión del Plan Territorial de Salud y vigilancia sanitaria. El



mismo se encuentra armonizado con el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. tal y como quedará expreso en el Artículo 8avo del Acuerdo 489 de 2012, por el cual el Distrito Capital adopto el Plan de Desarrollo Económico, Social y Ambiental para Bogotá D.C. Bogotá Humana, que a la letra dice: “... **Parágrafo primero. Plan distrital de salud de Bogotá D.C. El plan distrital de salud de Bogotá D.C. 2012-2016 es concordante con el presente plan de desarrollo, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 3039 de 2007, en el artículo 2 de la Resolución 425 de 2008 y en la circular 0005 de enero 26 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social...**”.

En la actualidad se adelanta el proceso de armonización del Plan Decenal de Salud Pública con el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. y con el Plan de Desarrollo vigente. Para el proceso de armonización de los planes, se contó con participación de los once sectores de la Administración Distrital de Bogotá, a quienes se les capacito en la estrategia “Pase a la Equidad en Salud”, se les interiorizó el Plan Decenal de Salud Pública y el proceso de armonización contó con participación y delegados de todas las dependencias de la Entidad, de las Empresas Sociales del Estado de la Red Pública Distrital Adscrita, de la comunidad y delegados de los demás sectores de la administración distrital.

El Plan Territorial de Salud, armonizado con el Plan de Desarrollo es el instrumento de gestión que por excelencia guía el quehacer de la Entidad y del Sector, así como la asignación de los recursos presupuestales. Al mismo se le realiza seguimiento sistemático en forma mensual a través del tablero de control del Plan de Desarrollo, que permite la medición de avance de los indicadores de las metas y de las actividades del mismo. A la fecha se adelantó la armonización en los componentes, estratégico, táctico y operativo y se está realizando el cargue de la información en el aplicativo del Ministerio de Salud y Protección Social denominada CEO. Se adjunta documento del Plan Territorial de Salud en medio magnético, en el cual se incluye en uno de sus capítulos el análisis de la situación de salud en el D.C. (ASIS).

### **12.1.3 ¿Tiene un sistema de información del sector, qué contiene, qué analiza, qué reporta, cuál es el avance y qué se va a desarrollar?**

Si, la Entidad cuenta con un sistema de información que contempla los siguientes subsistemas de información en salud en los territorios:

**Historia Clínica – HIS:** Formulación de especificaciones técnicas (requisitos mínimos y de interoperabilidad). Diseño de la Historia Clínica Electrónica Unificada para permitir la continuidad de atención integrada de los pacientes. 15 Hospitales con un nuevo HIS por un total \$11,853 millones. \$9,993 millones de inversión en equipos de hardware para usuarios finales.

**Sistemas de Información para Salud en los Territorios:** Diseño del modelo de integración. Desarrollo de formatos integrales de captura de datos, Pilotaje de operación del sistema con uso de dispositivos móviles de captura en territorios, Definición arquitectura de software y Hardware para sistema de información, Versión móviles de los formularios, Entrega ya realizada de 1100 tabletas y entrega prevista de más de 2000 tabletas para los equipos de territorios saludables con una inversión superior a los \$3,500 millones

**Sistema de información de referencia y contrarreferencia - SIRC:** Implementación de autorizaciones de servicios de salud con la red privada a nivel nacional, Producción en línea de los anexos resolución 3047, Operación del registro de usuarios remitidos, Desarrollo y capacitación del Módulo de trasplantes. Articulación entre CRUE – Aseguramiento-Desarrollo de Servicios – Electivas para la funcionalidad y operación del SIRC

**LÍNEA 195:** Garantía efectiva del derecho a la salud, Asignación de citas e información para hospitales, Información y orientación a la Ciudadanía, Seguimiento PAI, Más de 1.100.000 citas asignadas, 3.584,000 gestiones y llamadas de información atendidas, Una inversión en 4 años de \$15.438 millones

Se tiene previsto desarrollar el sistema único de información en salud, que abarcaría los subsistemas de aseguramiento, prestación de servicios, salud pública, urgencias y emergencias y el soporte administrativo de y de la gestión. Como avance se tiene el Plan Estratégico de Tecnologías de Información el cual contemplan los componentes estratégico, táctico y operativo para el desarrollo de un sistema integrado de información en salud con alcance de sector.

#### **12.1.4 ¿Entrega el municipio la información de manera oportuna al Sistema de Salud?**

Sí. La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. genera y entrega en promedio 1.927 informes, de los cuales 1.916 son de periodicidad anual, 2 bianual, y 8 cuatrienal.

#### **12.1.5 ¿La actual administración ha elaborado informes sobre los resultados alcanzados en la ejecución del plan territorial de salud?**

Sí. Con base en lo establecido en el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 425 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, se han elaborado los informes semestrales de resultados alcanzados en el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2012-2016. Estos informes incorporan los análisis de los resultados alcanzados por el ente territorial frente a los compromisos planteados en términos de objetivos, metas y actividades, para el periodo administrativo para el actual periodo administrativo. Se adjunta, informe con fecha de corte a diciembre 31 de 2014 y a 30 de junio de 2015.

#### **12.1.6 Qué hace de inspección, vigilancia y control (IVC), cuáles son las dificultades para realizarla y que tienen planeado para avanzar?**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., en desarrollo del artículo 12 de Ley 10, desarrolla las funciones de inspección, vigilancia y control, contenidas en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional); facultades estas que son desarrolladas a través de la Ley 100 de 1993, artículo 176 Numeral 4, que delega igualmente dichas funciones en las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud, las cuales son realizadas a través de actividades misionales así:

- Función Regulatoria

- Inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios públicos y privados de Bogotá D.C.
- Inspección, vigilancia y control en salud pública
- Acciones de inspección y vigilancia de Aseguradores (EPS)

### **Función regulatoria**

La Secretaría Distrital de Salud tiene la misión de dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la salud de la población, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de lo cual, ha ejercido sus funciones de rectoría en el sector salud, emitiendo entre el año 2012-2015, normatividad de orden técnico y legal para incidir positivamente en el mejoramiento del sistema de salud en el Distrito Capital.

Dichos instrumentos regulatorios han facilitado el seguimiento y cumplimiento de la misión que le fue encomendada a esta secretaria como ente rector, garantizado el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reduciendo la desigualdad y la discriminación social.

A continuación se relacionan algunas de las más relevantes para la función rectora, así:

**Tabla 24 Instrumentos Regulatorios**

<b>No a-administrativo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tema</b>
66	30/01/2012	Resolución	Por la cual se garantiza la atención integral en salud de la población Embera residente en Bogotá en el marco de los Decretos Distritales 412 y 641 de 2011
541	27/06/2012	Resolución	Por la cual se designan los funcionarios que realizan el acompañamiento de los pactos de transparencia de las ESE y la EPS CAPITAL SALUD SAS, para la vigencia 2012-2016
43	30/11/2012	Circular	Lineamientos técnicos para la prestación de servicios de Salud e interrupción Voluntaria del embarazo (IVE)
37	30/10/2011 2	Circular	Respuesta efectiva a la mortalidad materna
1482	11/12/2013	Resolución	Por la cual se crea el comité anticorrupción del sector salud de Bogotá D.C.
182	01/03/2013	Resolución	Por la cual se establece el procedimiento para ejercer asesoría, verificación de estándares de calidad y se reglamenta el registro de instituciones de protección y atención integral a las personas mayores, para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de este

			servicio en el Distrito Capital
468	03/05/2013	Resolución	Por la cual se reglamenta en su integridad el proceso de certificación de la defunción con manera de muerte natural en el distrito capital y se deroga la resolución no 463-2011 proferida por la Secretaría Distrital De Salud
469	03/05/2013	Resolución	Por medio de la cual se ordena la adopción e implementación del protocolo de recepción de pacientes trasladados por las ambulancias del programa APH (Atención Pre-hospitalaria) a los servicios de urgencias
1482	11/12/2013	Resolución	Por la cual se crea el comité anticorrupción del sector salud de Bogotá D.C.
20	28/05/2013	Circular	Búsqueda activa institucional en eventos de interés en salud Pública
20	28/05/2013	Circular	Búsqueda activa institucional en eventos de interés en salud Pública
413	03/03/2014	Resolución	Por medio de la cual se crea la mesa de trabajo para disminuir barreras de acceso en salud en el Distrito Capital
240	2014	Resolución	Por medio de la cual se establecen directrices en materia de prevención, vigilancia y control de zoonosis en el Distrito Capital.
1147	13/06/2014	Resolución	Creación de la mesa técnica Distrital de enfermedades huérfanas
20	14/03/2014	Circular	Lineamientos para el proceso de elección de los representantes de las asociaciones de usuarios ante las juntas directivas de las ESE
159	03/05/2015	Resolución	Por medio del cual se establecen los lineamientos que debe cumplir los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital para la eliminación de productos y dispositivos con contenido de mercurio y las sustitución por alternativas seguras y tecnológicamente no contaminantes

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Complementando la actividad regulatoria y como parte del ejercicio de su función rectora, esta Secretaria ha propiciado importantes espacios con los diferentes actores del sistema de salud, con el fin de lograr el eficaz cumplimiento de los objetivos sectoriales, llegando a la suscripción de diferentes pactos con los cuales apuntamos a la mejora continua en la

prestación de los servicios de salud para los habitantes del Distrito Capital. Se destaca, por ejemplo, el acuerdo de voluntades suscrito entre la Secretaria Distrital de Salud, las 22 Empresas Sociales del Estado de Bogotá y la mayoría de las EPS que operan en el Distrito Capital con el objetivo de lograr el mejoramiento continuo de la resolutivez del servicio de urgencias.

### **Vigilancia y control de prestadores en Bogotá D.C.**

En cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a los prestadores de Servicios de Salud se realizan las siguientes actividades:

- Verificación de cumplimiento de requisitos del Sistema Único de Habilitación.
- Visitas originadas por quejas, de control de la oferta y verificación de planes de mantenimiento hospitalario y ejecución presupuestal a instituciones públicas y las privadas que tienen contrato con el Estado (Decreto 1769 del 94 y Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud).
- Licenciamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo para Persona Jurídica.
- Verificación de requisitos para manejo de medicamentos de Control Especial, (Resolución 1478 de 2006).
- Visitas a las Entidades sin Ánimo de Lucro del Sector Salud.
- Investigaciones Administrativas a Prestadores de Servicios de Salud por incumplimiento de las normas sanitarias.
- Investigaciones Administrativas contra Entidades sin Ánimo de Lucro del Sector salud.

Se desarrollaron los siguientes instrumentos de rectoría:

- Resolución No. 0159 del 5 de marzo de 2015, por medio de la cual se establecen los lineamientos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud de Bogotá, D.C., para la eliminación de productos y dispositivos con contenido de mercurio y la sustitución por alternativas seguras y tecnológicamente no contaminantes.
- Resolución No. 1709 del 14 de octubre de 2014, por la cual se establecen los criterios y pautas que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del distrito capital para mejorar la atención materna
- Proyecto de resolución por la cual se fortalece la inspección vigilancia y control sobre los prestadores de servicios de salud que prestan servicio de cirugía plástica y estética en el distrito capital. Su objeto es mejorar la seguridad de los pacientes, controlar que la práctica de cirugías plásticas y estética sea realizada por personal idóneo, en sitios adecuados, así como brindar información a la comunidad sobre los prestadores de servicios de salud que realizan estos servicios con el cumplimiento de los requisitos legales.
- Proyecto de resolución por medio de la cual se establece el procedimiento que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá. D.C., para el manejo y disposición final de residuos producto de la concepción

- Articulación con la Fiscalía General de la nación para celebrar un convenio marco de cooperación interinstitucional que permita aunar esfuerzos para que el ámbito de las competencias de cada entidad se adelanten acciones y generen espacios de cooperación en búsqueda de la eficiencia de las investigaciones que se adelanten y yo llegar en adelantar por la comisión de diferentes conductas delictivas
- Fortalecimiento de las acciones de inspección vigilancia y control sobre los centros de reconocimiento de conductores, para impactar la falsificación de certificados médicos y expedición de licencias de conducción a personas que no cumplen las aptitudes legales para ello.

Además de las visitas de verificación de requisitos de habilitación, esta Secretaria ejerce funciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los Prestadores, fundamentalmente a través de otras dos (2) clases de visitas: a) Por quejas por presuntas fallas en la calidad de la prestación de los servicios de salud, b) De control donde se verifica la inscripción en el registro especial de Prestadores. En ambas visitas si se evidencian riesgos, se imponen medidas de seguridad, temporales y preventivas (como cierre de servicios o instituciones, decomiso de medicamentos, etc.).

A continuación se dan a conocer el número de visitas generadas a partir de quejas recibidas entre los años 2012 a septiembre de 2015 y de las visitas de control realizadas en el mismo periodo, así como también, los resultados de las mismas.

**Tabla 25. Total de visitas de control realizadas 2012 – Septiembre 2015**

<b>RESULTADO DE LAS VISITAS CONTROL</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>
No prestación de Servicios de Salud		11	1		12
<b>Servicios de Salud</b> Certificado	81	3			84
<b>Prestador Servicios de Salud</b> Inactivo				4	4
<b>Prestador Servicios de Salud</b> Inscrito	61	14		1	76
Investigación Administrativa sin Medida de Seguridad	2	804	1516	549	2871
Levantamiento de Medida de Seguridad	7	123	19	55	204
Levantamiento de Sellos para Adecuaciones		3			3
Medida de Seguridad Decomiso	2	150	5	5	162
Medida de Seguridad Procesos de Bioseguridad		4			4
Medida de Seguridad Profesional	8	20	5	34	67
Medida Seguridad Suspensión Parcial Servicios IPS	1	6		4	11
Medida Seguridad Suspensión <b>Total</b> Servicios IPS	7	20	9	40	76
Ratificación de la Medida de Seguridad		13	3	3	19

<b>RESULTADO DE LAS VISITAS CONTROL</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>
Visita de seguimiento		2		1	3
<b>TOTAL VISITAS CONTROL</b>	<b>169</b>	<b>1173</b>	<b>1558</b>	<b>696</b>	<b>3596</b>

Fuente: Fuente de información: Base de Datos CONTROL DE LA OFERTA - Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

En la siguiente tabla se presentan las acciones que se realizaron luego de las visitas ejecutadas.

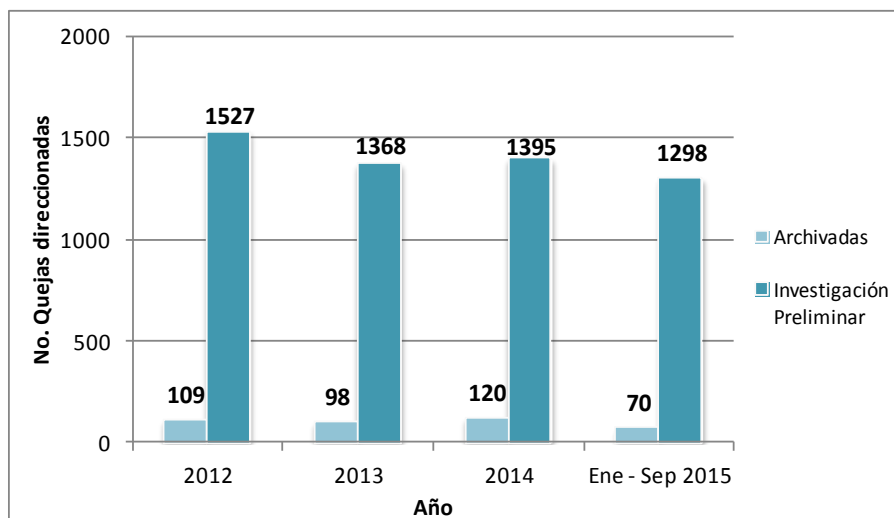
**Tabla 26. Resultados de visitas realizadas por quejas 2012 – Septiembre 2015**

<b>RESULTADO DE LAS VISITAS QUEJAS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Ene. – SEPTIEMBRE 2015</b>	<b>Total</b>
La visita se dio por finalizada en el acta.	463	432	405	224	1.524
Se aplicó medida de seguridad con suspensión temporal y preventiva del servicio.	147	132	150	82	511
Direccionamiento para investigación administrativa, no se aplicó medida de seguridad.	405	372	300	298	1.375
Prestadores de Servicios de salud en Seguimiento.	127	132	157	26	442
Fallidas.	19	24	16	8	67
<b>TOTAL VISITAS QUEJAS</b>	<b>1.161</b>	<b>1.092</b>	<b>1.028</b>	<b>638</b>	<b>3.919</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Grupo SIGEME Q. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

Además de lo anterior, en el año 2015 se realizaron 80 visitas para levantamiento de las medidas de seguridad que fueron interpuestas como resultado de quejas por fallas en la prestación de un servicio de salud. A continuación se discrimina el proceso de las quejas que pasan para investigación administrativa preliminar en el periodo enero 2012 a Septiembre de 2015.

**Ilustración 6. Total de investigaciones preliminares por quejas Bogotá 2012 septiembre 2015**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

Es de aclarar que en la ilustración anterior, se reflejan las quejas que se envían directamente a investigación, y aquellas en que al momento de la visita fueron identificadas fallas en la calidad de la atención y se remitieron a investigación.

**Tabla 27. Total de investigaciones administrativas por tipo 2012 – septiembre 2015**

AÑO	QUEJAS	HABILITACION	SIRHO	PERSONERIA JURIDICAS	TOTAL
<b>2012</b>	736	196	0	0	932
<b>2013</b>	953	1.057	523	0	2.533
<b>2014</b>	421	1.594	404	0	2.419
<b>2015</b>	553	1.805	92	11	2.461
<b>TOTAL</b>	2.663	4.652	1.019	11	8.345

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

Entre el año 2012 y septiembre de 2015 se iniciaron 8.345 investigaciones administrativas, de las cuales el 73,3 % a partir del reporte emitido por el área de habilitación de servicios de salud; el 22,5% se iniciaron con base en las quejas recibidas por el sistema Sígueme-Q, el 3,7% referidas por SIRHO (Sistema de Información de Residuos Hospitalarios) y el porcentaje restante (0,4%) por personarías jurídicas. De estas nuevas investigaciones administrativas, los abogados de la Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud realizaron 11.947 actos administrativos (pliego de cargos, descargos con pruebas, fallo, recurso de apelación, recurso de reposición, cesación, etc.).

## Vigilancia sanitaria

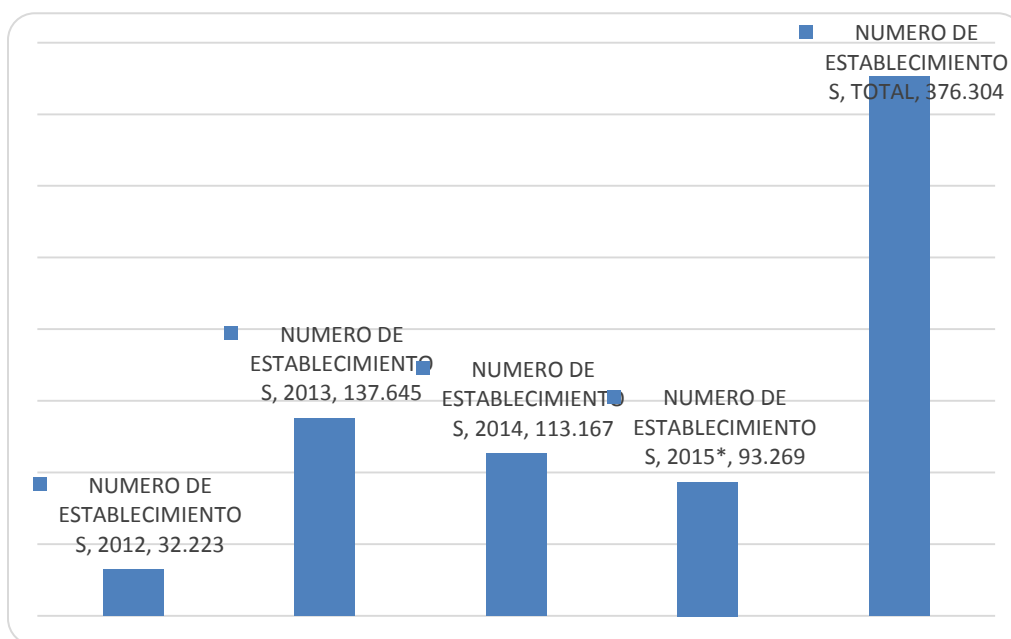


La vigilancia sanitaria se opera a través de los ejes centrales de la vigilancia sanitaria y ambiental enmarcados en la política de salud ambiental son: Alimentos sanos y seguros, calidad de agua y saneamiento básico, seguridad química, medicamentos seguros, eventos transmisibles de origen zoonótico, cambio climático, aire, ruido y radiación electromagnética; estos ejes se operan a través de las siguientes estrategias:

### Vigilancia y control de establecimientos

- Verificación en campo de las condiciones higiénico-sanitarias y de procesos de operación de los establecimientos abiertos al público que pueden generar riesgos en salud para la población, en las cuáles se realizan diferentes tipos de intervención, como se muestra a continuación.

**Ilustración 7. Establecimiento abierto al público intervenido. Bogotá 2012-2015\***



Fuente: SEGPLAN. SDS. 2012-2015  
\* Enero - Agosto 2015

- Generación de medidas de contención (sellamiento, decomiso, suspensión de servicios) y sancionatorias (multas)

**Tabla 28. Número de actos administrativos sancionatorios. Bogotá 2011-2014**

AÑO	# RESOLUCIONES DE TIPO SANCIONATORIO
2011	4868
2012	4085
2013	4773
2014	1514
<b>TOTAL</b>	<b>15240</b>
AÑO	# EXPEDIENTES POR AÑO
<b>2010</b>	5236
2011	8940
2012	7645
2013	7445
2014	6200
<b>TOTAL</b>	<b>35466</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

### Actividades educativas

- Alimentos Sanos y Seguros: manejo higiénico de alimentos y bebidas; prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos
- Calidad de agua y Saneamiento Básico: manejo adecuado del agua para consumo humano; manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos, entre otros.
- Seguridad Química: legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, promoción de programas de salud ocupacional, seguridad industrial, manejo seguro de sustancias químicas, manejo de residuos peligrosos.
- Medicamentos seguros: manejo adecuado de medicamentos; prevención de automedicación, y capacitaciones sobre normatividad vigente para productos farmacéuticos y establecimientos que los comercializan en eventos de droguistas y la Asociación Colombiana de Droguistas Asocoldro.
- Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico: manejo de mascotas; prevención y control de enfermedades zoonóticas.

### Control de la población canina y felina

- Recolección animal
- Programas de esterilización canina y felina
- Programas de adopción de mascotas
- Eutanasia

### Control de vectores

- Desinsectación
- Desratización

### Control de enfermedades zoonóticas

- Vacunación antirrábica intramural y extramural
- Seguimiento manejo del accidente ocasionado por agresión animal

- Disponibilidad de insumos críticos para prevención de Rabia animal y humana

### Proyectos de vigilancia intensificada

Cada línea de intervención ejecuta proyectos de vigilancia intensificada dirigidos a priorizar la intervención en puntos críticos o intensificar la vigilancia de productos que por su naturaleza son considerados de alto riesgo. Para cada proyecto, esta vigilancia generalmente es adelantada por uno o varios hospitales y su impacto es distrital.

### Inspección, vigilancia y seguimiento a las EPS.

La Secretaría Distrital de Salud, ejerce las acciones de inspección, vigilancia y seguimiento a las EPSS, de manera permanente, de conformidad con las competencias propias de las entidades territoriales, el Decreto 971 de 2011, y en especial según lo estipulado en el **Artículo 14**. Que dice: **“Seguimiento y control del régimen subsidiado. Las entidades territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.**

*Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá 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, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.”* (Subrayado fuera de texto)

Para ello se diseña anualmente el programa de inspección y vigilancia, el cual contiene los siguientes ejes:

**Tabla 29. Ejes programa de inspección y vigilancia**

EJES	COMPONENTES	SUBCOMPONENTES
1. Acceso a los servicios de salud	1.1 Sistemas de Información	1.1.1 Infraestructura Sistema de Información EPS-S
		1.1.2 Afiliación y Novedades.
	1.2 Prestación de servicios de salud	1.2.1 Contratación de red de prestadores
		1.2.2. Garantía de Calidad en la Atención en Salud
		1.2.3. Referencia Contra referencia
		1.2.4 Seguimiento a tutelas
	1.3 Protección Específica y	1.3.1 Actividades de Protección específica y detección temprana de la enfermedad

<b>EJES</b>	<b>COMPONENTES</b>	<b>SUBCOMPONENTES</b>
	Detección Temprana de la Enfermedad.	1.3.2 Lineamientos de Política Nacional y Distrital en Eventos de Interés en Salud Pública
		1.3.3 Estrategia de atención Primaria en Salud.
		1.3.4 Epidemiología
	1.4 Atención al Usuario y Participación Social	1.4.1. Información y Orientación al Usuario
		1.4.2 Gestión efectiva de Quejas
		1.4.3 Satisfacción del Usuario
		1.4.4 Participación social.
2. Uso de los recursos administrados por las EPS-S	2.1. Financiera	2.1.1. Estado de ejecución financiera EPS-S
		2.1.2. Giro de recursos a la red de prestadores
		2.1.3 Gestión de glosas y cartera
		2.1.4. Aplicación de Recursos
		2.1.5 Acreedores – Pago de aportes
3. Gratuidad en Salud	4.1. Copagos	4.1.1. Cumplimiento del proyecto de gratuidad en salud
		4.1.2 Pagos de copagos a las EPS-S en desarrollo del proyecto de gratuidad

Este seguimiento se realiza de manera mensual y la información queda registrada en los respectivos instrumentos internos establecidos para cada componente objeto de vigilancia, en actas y planes de mejoramiento que son levantados con las EPS-S en cada visita realizada. Estos últimos son consolidados en matrices en Excel que permiten determinar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento concertadas para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de las EPS.

Los incumplimientos reiterados no subsanables que afectan directamente al usuario, son informados a la Superintendencia Nacional de Salud con las respectivas evidencias para que dicho ente de control tome las decisiones a que haya lugar.

Ahora bien, los Entes de Control, Procuraduría General de la Nación, Superintendencia Nacional de Salud y Personería Distrital, desarrollan sus acciones en alianza colaborativa con la Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

Adicionalmente la Procuraduría y la Superintendencia acompañan de manera sistemática la ejecución de mesas de flujo de recursos y de las actividades inherentes a la Circular 030 de 2013, para garantizar la concertación entre prestadores y pagadores. La Personería Distrital se ocupa principalmente de acompañar la vigilancia a la operación del componente de prestación de servicios de las EPS al igual que la Superintendencia Nacional de Salud desde su grupo de Soluciones Inmediatas en Salud.

Es importante resaltar que el hecho de que el marco normativo del SGSSS no otorgue la función de control en las entidades territoriales, limita de manera trascendental el accionar de la Secretaría Distrital de Salud, al no contar con herramientas jurídicas que le permitan implementar los correctivos sugeridos ni sancionar las conductas violatorias de los derechos de los afiliados o del sistema en general. En ese sentido la Secretaría Distrital de Salud, en el marco de la Ley 1438 de 2011, ha solicitado a la Superintendencia Nacional de Salud la delegación de la función de control, la cual es absolutamente necesaria para la efectividad la inspección, vigilancia y seguimiento.

En este componente se emitieron las siguientes resoluciones:

- Resolución 0203 del 7 de marzo de 2013: "Por la cual se adopta el procedimiento administrativo para unificar los núcleos familiares pertenecientes con anterioridad al Régimen Subsidiado en Salud, que tengan menores de edad sin afiliación".
- Resolución 1016 del 1 de julio de 2015 : "Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial".
- Resolución 1632 del 29 de septiembre de 2015: "Por la cual se determina el procedimiento para la garantía de prestación, cobro, pago y seguimiento de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y se modifica el artículo 10 de la Resolución 1016 de 2015".

#### **12.1.7 ¿Se han realizado procesos de rendición de cuentas, con qué mecanismos, con qué frecuencia y quienes participan?**

Sí. La rendición de cuentas como una responsabilidad permanente durante el ciclo de la gestión pública, es rendida por la Administración Distrital en cabeza del Alcalde Mayor, quien presenta en el mes de marzo de cada año un informe de rendición de cuentas de la gestión contractual y administrativa a la ciudadanía en general, y que contempla el balance de resultados de los objetivos, políticas, programas y estrategias adelantadas en el marco del Plan de Desarrollo Distrital “ Bogotá Humana”2012 - 2016, en términos de eficiencia, eficacia y efectividad en el desempeño de cada uno de los sectores.

Dicho informe se adelanta siguiendo los lineamientos y la metodología establecidos por las leyes y normas, en particular las establecidas en la Constitución Política de 1991 en los

artículos 74 y 76 de la Ley 715 de 2001 y el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011) entre otras. (Ver Anexo Digital 15)

### **12.1.8 ¿Cómo priorizó la asistencia técnica, cómo la implementó, cuáles fueron los mecanismos y cómo la evaluó?**

De acuerdo con las solicitudes de asistencia técnica, por parte de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud y de las Empresas Sociales del Estado, ESE, se programaron sesiones a través de dos tipos de asistencia técnica: la primera, se centró en la formulación y evaluación de los proyectos de inversión, en la Metodología General Ajustada (MGA), de proyectos del Fondo Financiero Distrital de Salud FFDS, del Plan Bienal de Inversiones en Salud 2014-2015, así como los proyectos susceptibles de ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías (SGR); y la segunda, en la asistencia técnica para elaboración de estudios de factibilidad, de aquellos proyectos de inversión, que serán presentados al Ministerio de Salud y Protección Social para su viabilidad técnica.

Para el tema de las asesorías y asistencias técnicas relacionadas con RIPS:

- Validación: recepción, validación y control de la información recibida de los diferentes prestadores, acorde a la estructura establecida en la normatividad vigente (validación de estructura y contenidos) y los controles de coherencia definidos en las tablas de referencia implementadas.
- Actualización: incluir periódicamente en la base de datos RIPS los datos validados y aprobados, así como la actualización del software de validación.
- Administración de los datos: Mantener los datos almacenados actualizados, de forma segura, confiable, que permita generar diferentes informes

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. realiza capacitaciones periódicas a prestadores de servicios de salud, a estudiantes SENA, al Servicio Social Obligatorio, EPS, sobre el reporte, codificación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Estas capacitaciones se personalizan de acuerdo al tipo de prestador al que se le está brindando la charla y se enfoca a sus intereses primarios, teniendo en cuenta que los archivos RIPS contienen mucha información que no es pertinente para todos. Además de hablar sobre la estructura de los archivos RIPS, se informa también acerca de la normatividad respectiva y sobre los errores más comunes presentados por los prestadores. Se muestra y capacita en la utilización de la herramienta de Validación RIPS – SDS desarrollada por la entidad. Adicionalmente se muestran los resultados de algunos análisis epidemiológicos realizados con la información recibida de los prestadores, con el fin de transmitir la importancia que tiene la veracidad de los datos RIPS para el Distrito.

En la Página web de la institución: [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co), se encuentra publicada la evaluación de capacitaciones, para que los prestadores evalúen cada sesión en los diferentes aspectos presentados (manejo tiempo, temática, recursos audiovisuales y capacitadores), lo

cual nos permita mejorar realizar los ajustes respectivos y poder mejorar según las observaciones recibidas.

Se resuelven dudas, por medio telefónico, realizado las indicaciones necesarias a las dudas presentadas por diferentes tipos de solicitud (herramienta de validación, codificación, reporte, etc)

### **12.1.9 Qué indicadores tiene la entidad territorial para evaluar la gestión, con qué frecuencia la realiza y cómo la informa?**

En el anexo indicadores para medición de la gestión en la Entidad, se registran los indicadores con los que cuenta la Entidad para evaluar la gestión. Estos indicadores se corresponden con los que miden el cumplimiento de las metas y de las actividades del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. en el componente Salud, armonizadas con el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. En total son 157 indicadores que miden el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo en términos de procesos, resultados e impactos de la gestión. De igual forma existen 350 indicadores que miden el avance de cumplimiento de las actividades programadas para todas y cada una de las metas.

Estos indicadores se monitorean en forma mensual a través del tablero de control para todos y cada uno de los indicadores por metas y actividades del Plan de Desarrollo Bogotá Humana y el Plan Territorial en salud. Los resultados se informan a través del sistema de comunicación interno, en la carpeta públicos, correo electrónico, la intranet y del periódico Saludarte y en la página WEB de la Entidad. En el documento adjunto se presentan los resultados alcanzados acumulados 2012-2015 para las metas de impacto y de resultado del Plan de Desarrollo Bogotá Humana armonizado con el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C., así como los resultados acumulados para los 157 indicadores de las metas.

## **12.2 Salud Pública**

### **12.2.1 ¿Cuáles son las prioridades en salud pública? Qué metas se cumplieron y cuáles quedan pendientes?**

Las prioridades en salud pública son las consignadas en el Plan de Desarrollo Distrital y en el Plan Territorial de Salud a partir del Plan Nacional de Salud Pública y del Plan Nacional de Desarrollo, y son:

- Asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria y las redes integradas de servicios.
- Fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad
- Promoción de entornos saludables
- Compromiso con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducción de la mortalidad infantil, disminución de la mortalidad materna, reducción de los embarazos en adolescentes, prevención y control de enfermedades de transmisión

sexual incluido el VIH y el sida, y aportar al fortalecimiento de la equidad de género e igualdad entre los géneros.

- Eliminar las brechas de inequidad de los diferentes grupos en condición de vulnerabilidad, como población infantil y personas mayores, indígenas, afrodescendientes, Rom y raizales, ciudadanos y ciudadanas en situación de desplazamiento, personas en condición de discapacidad, población LGBTI, en situación de trabajo sexual y habitantes de calle, entre otros.

A continuación se presenta el comportamiento de las metas de impacto de la ciudad, con corte a septiembre 2015.

### **Mortalidad Materna. Meta 2016: Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad materna a 2016**

Línea de Base 2011: 41 casos de mortalidad materna con una razón de 38,6 por 100 mil NV.

Durante el año 2014 cero muertes maternas en 8 localidades de la ciudad (Chapinero, Santa Fe, Usme, Mártires, Antonio Nariño, Candelaria, Rafael Uribe y Sumapaz). Se observa una tendencia histórica a la reducción que ha permitido cumplir con la meta del milenio “disminuir en 2/3 partes según línea de base 1990”.

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 43 casos de mortalidad materna con una razón de 40,8 por 100 mil NV. Sin reducción con respecto al año anterior.

En el 2013 se presentaron 25 casos de mortalidad materna con una razón de 24,4 por 100 mil NV. Se redujo la meta en 16 casos con un porcentaje del 39,0 % en comparación con la línea de base del año 2011.

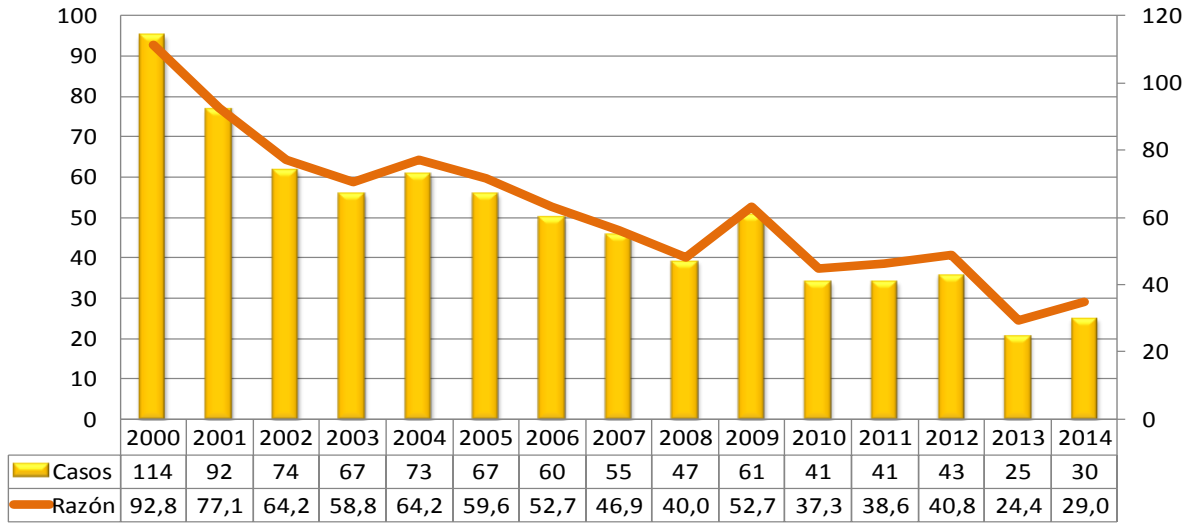
En el 2014 se presentaron 30 casos de mortalidad materna con una razón de 29,0 por 100 mil NV. Se redujo la meta en 11 casos con un porcentaje del 28,2 % en comparación con la línea de base del año 2011.

A Septiembre de 2015 se presentaron 20 casos de mortalidad materna, 4 menos que en el mismo periodo de 2014.

En la siguiente gráfica se muestra el comportamiento de la mortalidad materna en en Distrito, entre el año 2000 y 2014.

**Gráfica 5. Mortalidad Materna en Bogotá (2000 – 2014)**





Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\*  
 Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS  
 Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

En la siguiente tabla, se muestra el comportamiento de la mortalidad materna por localidad, en la cual se puede observar que la tendencia de disminución no solo se presenta en el número total de casos sino de manera notoria en el número de localidades con casos de mortalidades maternas pasando de 4 localidades con 0 mortalidad materna en 2011 a 8 para el 2014.

**Tabla 30 Comportamiento de la Mortalidad Materna por Localidad**

LOCALIDADES		2011		2014	
		Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV
1	Usaquén	4	68	2	33,3
2	Chapinero	1	53,1	0	0
3	Santafe	0	0	0	0
4	San Cristóbal	2	28,9	1	15,9
5	Usme	1	16,4	0	0
6	Tunjuelito	1	32,2	1	35,8
7	Bosa	2	19,2	4	40,1
8	Kennedy	7	45,6	4	33,3
9	Fontibón	2	45,6	1	23
10	Engativá	2	19,6	3	30,2
11	Suba	2	13,9	7	40,7
12	Barrios Unidos	1	56,2	1	62,9
13	Teusaquillo	1	74,7	1	62,9
14	Mártires	1	82,6	0	0
15	Antonio Nariño	0	0	0	0
16	Puente Aranda	1	31,5	1	31,9
17	Candelaria	0	0	0	0
18	Rafael Uribe	3	50,3	0	0
19	Ciudad Bolívar	10	92,8	3	28,4
20	Sumapaz	0	0	0	0
Sin dato de localidad		0	0	1	0
<b>TOTAL DISTRITO</b>		<b>41</b>	<b>38,6</b>	<b>30</b>	<b>29</b>

Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\* Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS

Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

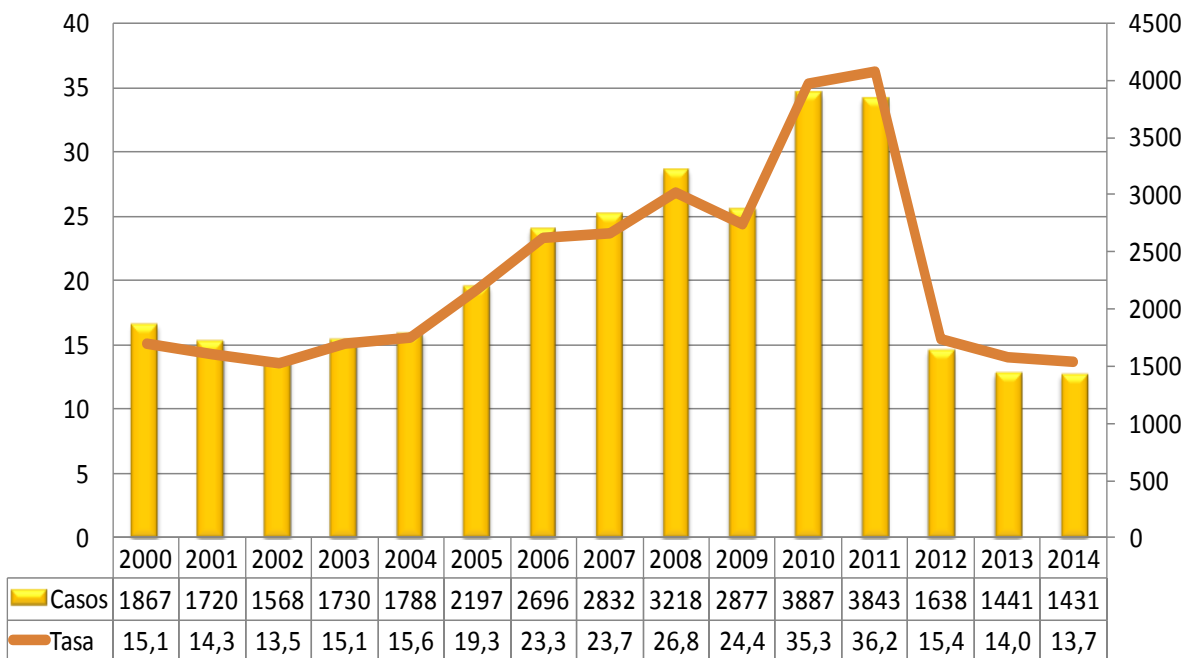
**Mortalidad Perinatal. Meta: Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la razón de mortalidad perinatal.**

Línea de Base 2011: 3843 casos de mortalidad perinatal con una razón de 36,2 por Mil NV.

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 1638 casos de mortalidad perinatal con una razón de 15,4 por Mil NV. Se redujo la meta en 2205 casos con un porcentaje del 57,3 % con respecto al año anterior. En el 2013 se presentaron 1441 casos de mortalidad perinatal con una razón de 14,0 por Mil NV. Se redujo la meta en 2402 casos con un porcentaje del 62,5 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2014 se presentaron 1431 casos de mortalidad perinatal con una razón de 13,7 por Mil NV. Se redujo la meta en 2412 casos con un porcentaje del 62,7 % en comparación con la línea de base del año 2011. A septiembre de 2015 se presentaron 1054 casos de mortalidad perinatal, 14 casos más que al mismo periodo del año 2014.

En la siguiente gráfica se muestra el comportamiento de la mortalidad perinatal en el Distrito, en el período 2000 – 2014.

**Gráfica 6. Mortalidad Perinatal en Bogotá (2000 – 2014)**



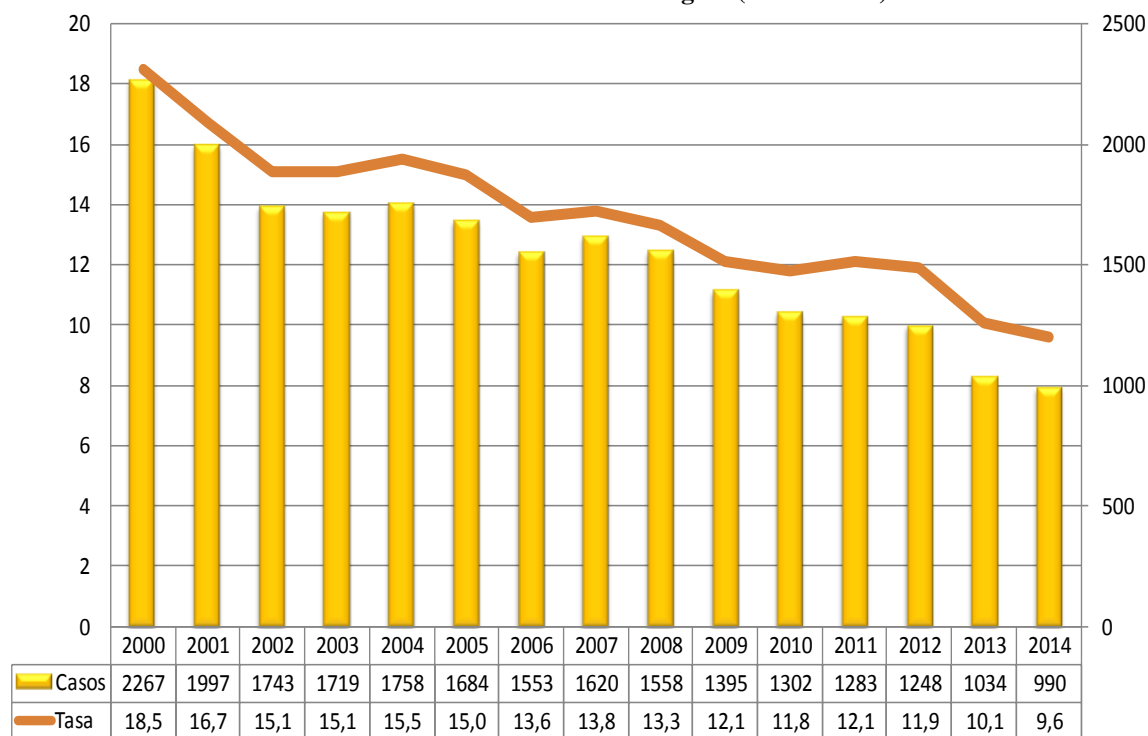
Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\*  
 Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS  
 Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

**Mortalidad Infantil. Meta: Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la razón de mortalidad infantil**

Línea de Base 2011: 1283 casos de mortalidad infantil con una razón de 12,1 por Mil NV.  
 Comportamiento: En el 2012 se presentaron 1248 casos de mortalidad infantil con una razón de 11,9 por Mil NV. Se redujo la meta en 35 casos con un porcentaje del 2,7 % con respecto al año anterior. En el 2013 se presentaron 1034 casos de mortalidad infantil con una razón de 10,1 por Mil NV. Se redujo la meta en 249 casos con un porcentaje del 19,4 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2014 se presentaron 990 casos de mortalidad infantil con una razón de 9,6 por Mil NV. Se redujo la meta en 293 casos con un porcentaje del 22,8 % en comparación con la línea de base del año 2011. A septiembre de 2015 se presentaron 768 casos de mortalidad infantil, 123 casos menos que en el mismo periodo de la vigencia 2014.

En la siguiente gráfica se muestra su comportamiento en el período 2000 – 2014.

**Gráfica 7. Mortalidad Infantil en Bogotá (2000 – 2014)**



Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\* Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS  
 Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

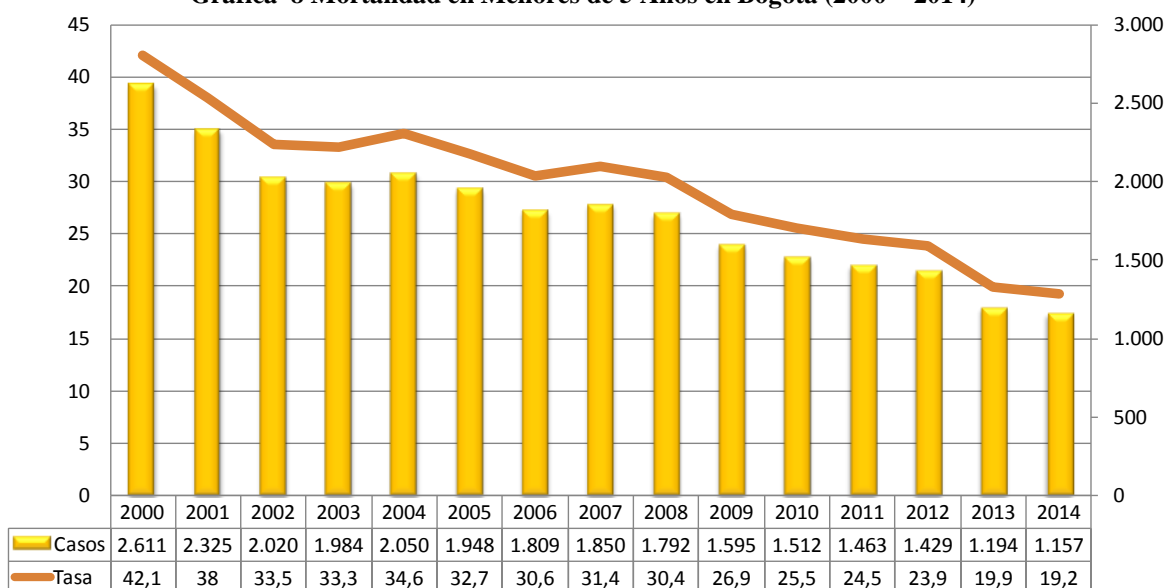
**Mortalidad en menores de 5 años. Meta: Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años**

Línea de Base 2011: 1463 casos de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años con una tasa de 24,5 por 10.000.

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 1429 casos de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años con una tasa de 23,9 por 10.000. Se redujo la meta en 34 casos con un porcentaje del 2,3 % con respecto al año anterior. En el 2013 se presentaron 1194 casos de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años con una tasa de 19,9 por 10.000. Se redujo la meta en 269 casos con un porcentaje del 18,4 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2014 se presentaron 1157 casos de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años con una tasa de 19,2 por 10.000. Se redujo la meta en 302 casos con un porcentaje del 20,9 % en comparación con la línea de base del año 2011. A septiembre de 2015 se presentaron 888 casos de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años, 130 menos que en el mismo periodo del año 2014.

En la siguiente gráfica se muestra el comportamiento del indicador en los años 2000 – 2014.

**Gráfica 8 Mortalidad en Menores de 5 Años en Bogotá (2000 – 2014)**



Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\*  
 Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS  
 Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

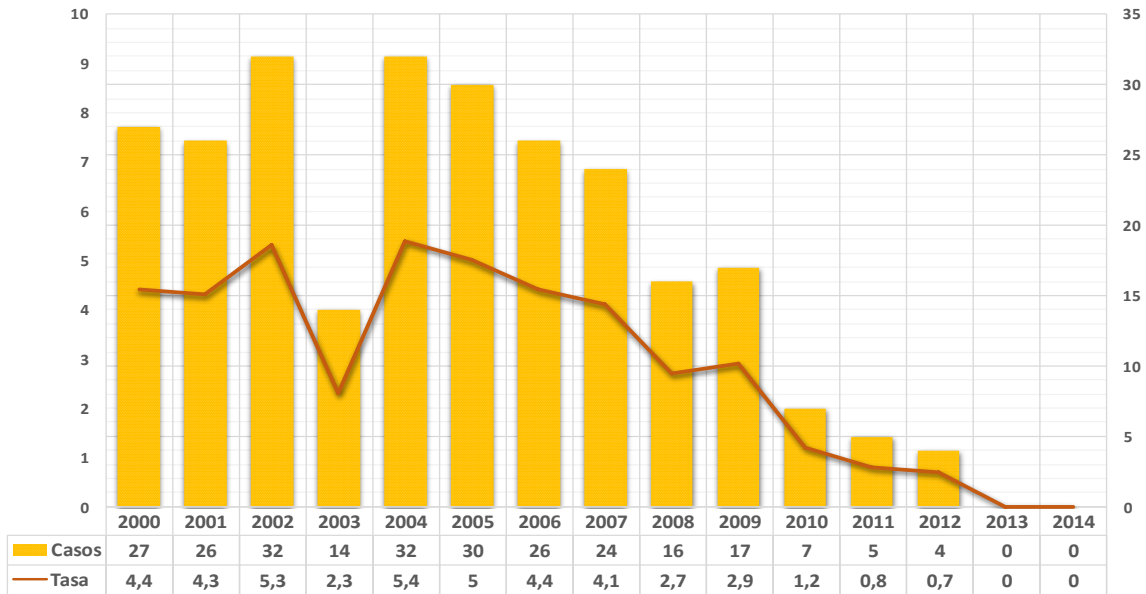
**Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años. Meta: Reducir a 1.5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años a 2016.**

Línea de Base 2011: 5 casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años con una tasa de 0,8 por 100.000 menores de 5 años.

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 4 casos mortalidad por desnutrición en menores de cinco años con una tasa de 0,7 por 100.000 menores de 5 años. Se redujo la meta en 1 casos con un porcentaje del 20 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2013 no se presentaron casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. En el 2014 no se presentaron casos de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. A septiembre de 2015 se presentó 1 caso de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

En la siguiente gráfica, se muestra el comportamiento del indicador en el período 2000 – 2014.

**Gráfica 9. Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años en Bogotá (2000 a 2014)**



Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\* Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS

Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

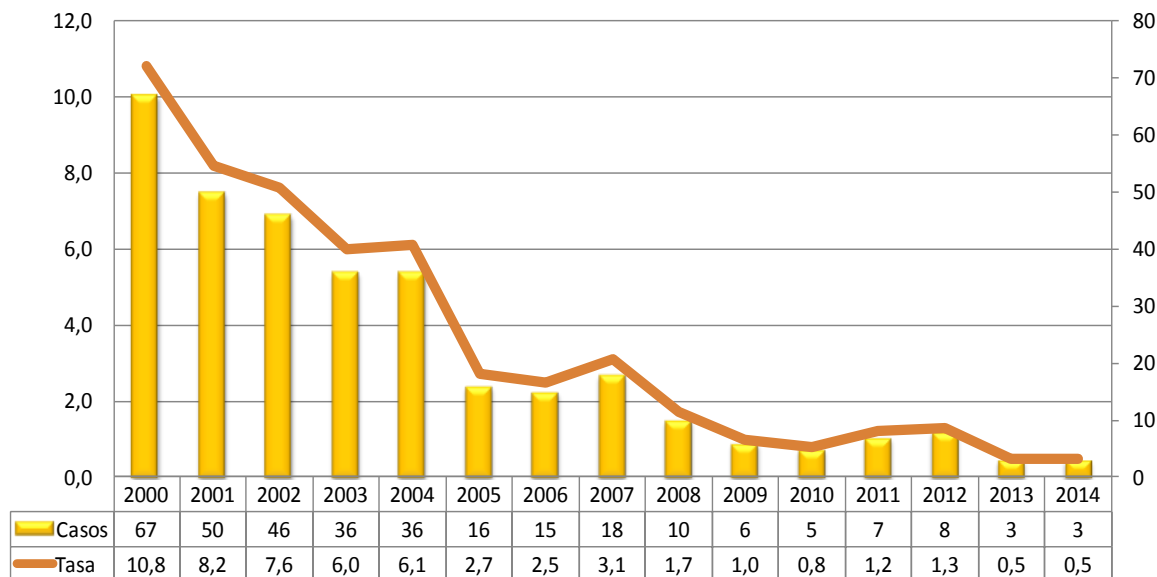
**Mortalidad en Menores de 5 Años. Meta: Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA)**

Línea de Base 2011: 7 casos de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica con una tasa de 1,2 por 100.000 menores de 5 años.

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 8 casos de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica con una tasa de 1,3 por 100.000 menores de 5 años. Sin reducción con respecto al año anterior. En el 2013 se presentaron 3 casos de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica con una tasa de 0,5 por 100.000 menores de 5 años. Se redujo la meta en 4 casos con un porcentaje del 57,1 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2014 se presentaron 3 casos de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica con una tasa de 0,5 por 100.000 menores de 5 años. Se redujo la meta en 4 casos con un porcentaje del 57,1 % en comparación con la línea de base del año 2011. A septiembre de 2015 se presentó 1 caso de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica.

A continuación se muestra su comportamiento en el período 2000 – 2014.

**Gráfica 10. Mortalidad por EDA en Menores de 5 Años en Bogotá, año 2000 a 2014.**



Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\*  
 Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS  
 Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

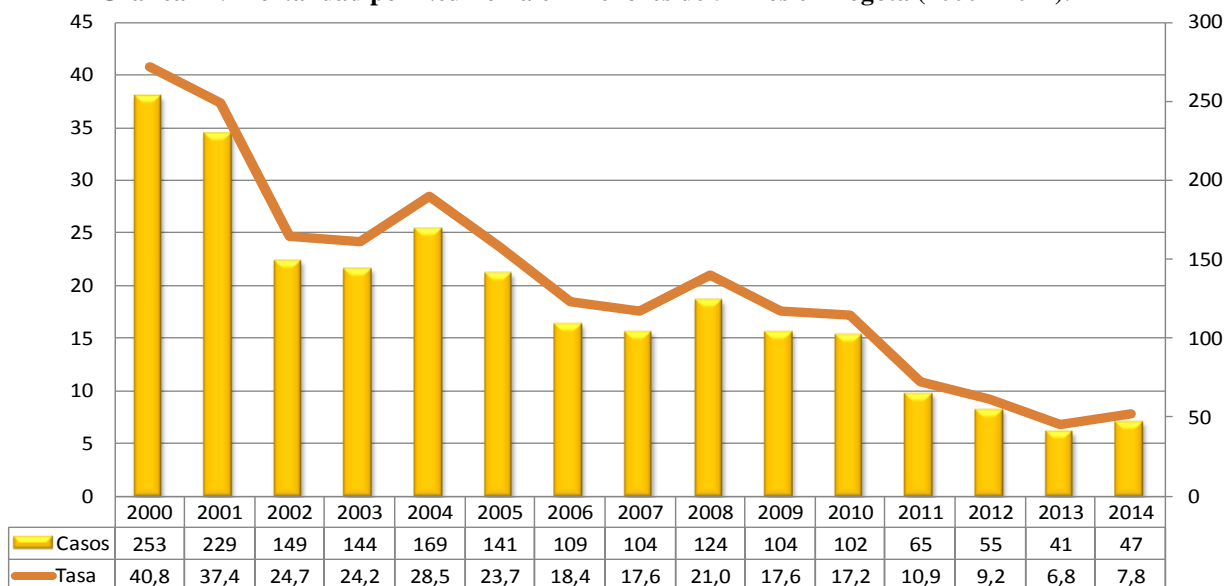
**Mortalidad en menores de 5 años. Meta: Reducir la tasa de mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años**

Línea de Base 2011: 65 casos de mortalidad en menores de 5 años por neumonía con una tasa de 10,9 por 100.000 menores de 5 años.

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 55 casos de mortalidad en menores de 5 años por neumonía con una tasa de 9,2 por 100.000 menores de 5 años. Se redujo la meta en 10 casos con un porcentaje del 15,4 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2013 se presentaron 41 casos de mortalidad en menores de 5 años por neumonía con una tasa de 6,8 por 100.000 menores de 5 años. Se redujo la meta en 24 casos con un porcentaje del 36,9 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2014 se presentaron 47 casos de mortalidad en menores de 5 años por neumonía con una tasa de 7,8 por 100.000 menores de 5 años. Se redujo la meta en 18 casos con un porcentaje del 27,6 % en comparación con la línea de base del año 2011. A septiembre de 2015 se presentaron 34 casos de mortalidad en menores de 5 años por neumonía, un caso más que en el mismo periodo del año 2014.

A continuación se presenta su comportamiento en el período 2000 – 20014.

**Gráfica 11. Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 Años en Bogotá (2000 - 2014).**



Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\*  
 Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS  
 Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 (Corte 09 -10-2015)

### **Nacimientos en adolescentes menores de 15 años.**

**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**

Línea de Base 2011: 456/año

Resultado: Se redujo en 41 el número de casos de nacimientos en menores de 15 años, pasando de 456 en el 2011 a 415 en el 2014 (8,99%)

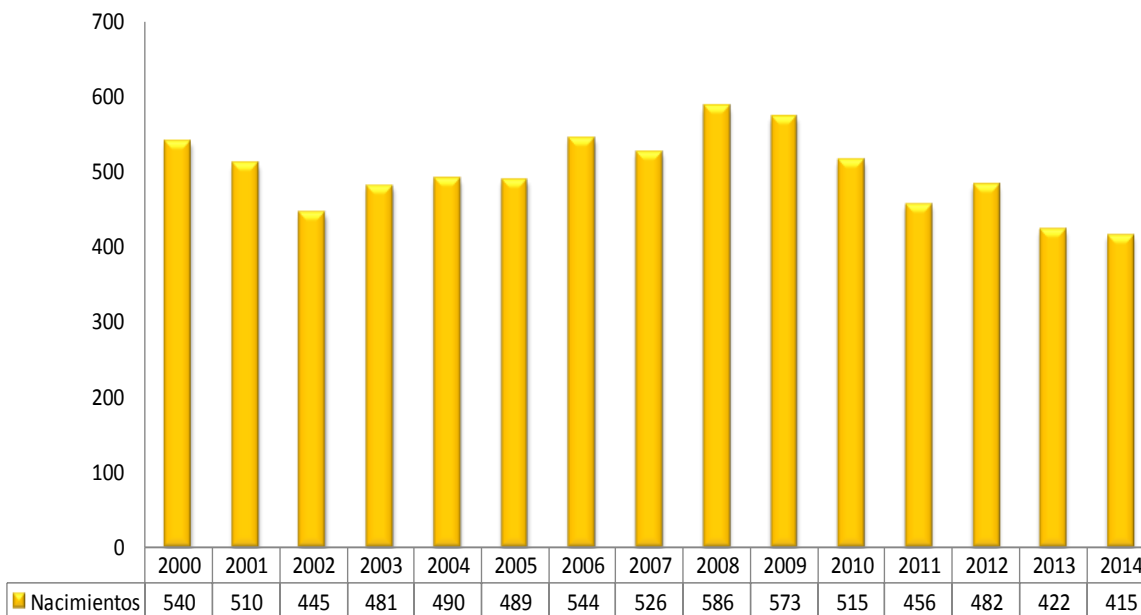
Comportamiento: En el 2012 se presentaron 482 casos de nacimientos en niñas menores de 15 años. Sin reducción con respecto al año anterior. En el 2013 se presentaron 422 casos de nacimientos en niñas menores de 15 años. Se redujo la línea de base en 34 casos con un porcentaje del 7,45 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2014 se presentaron 415 casos de nacimientos en niñas menores de 15 años. Se redujo la línea de base en 41 casos con un porcentaje del 8,99 % en comparación con la línea de base del año



2011. A Septiembre de 2015 se presentaron 275 casos de nacimientos en niñas menores de 15 años, 35 casos menos que en el mismo periodo del año 2014.

En la siguiente gráfica se puede observar su comportamiento.

**Gráfica 12. Nacimientos en menores de 15 años en Bogotá (2000 – 2014)**



Fuente 2007: Certificado de nacido vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Datos Oficiales

Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Oficiales

Fuente 2012 -2014: Certificado de nacido vivo - Bases de datos SDS y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares.

Fecha de corte: 13/10/2015

### **Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años.**

**Meta: Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años al pasar de 19.003 nacimientos, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016**

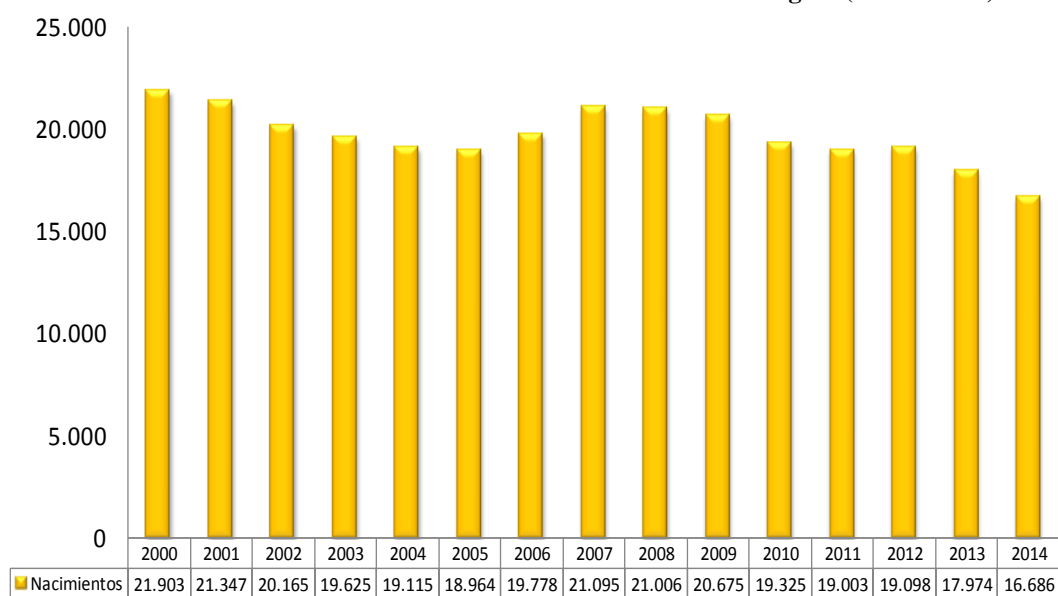
Línea de Base 2011: 19003 nacimientos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 19098 casos de nacimientos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años. Sin reducción con respecto al año anterior. En el 2013 se presentaron 17974 casos de nacimientos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años. Se redujo la línea de base en 1029 casos con un porcentaje del 5,4 % en comparación con la línea de base del año 2011. En el 2014 se presentaron 16686 casos de nacimientos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años. Se redujo la línea de base en 2317 casos con un porcentaje del 12,1 % en comparación con la línea de base del año 2011. A Septiembre de

2015 se presentaron 11.573 casos de nacimientos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años, 1.064 casos menos que en el mismo periodo del año 2014.

A continuación se presenta su comportamiento.

**Gráfica 13. Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en Bogotá (2000 – 2014)**



Fuente 2007: Certificado de nacido vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Datos Oficiales

Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUAf -Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Oficiales

Fuente 2012 -2014: Certificado de nacido vivo - Bases de datos SDS y RUAf -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares.

Fecha de corte: 13/10/2015

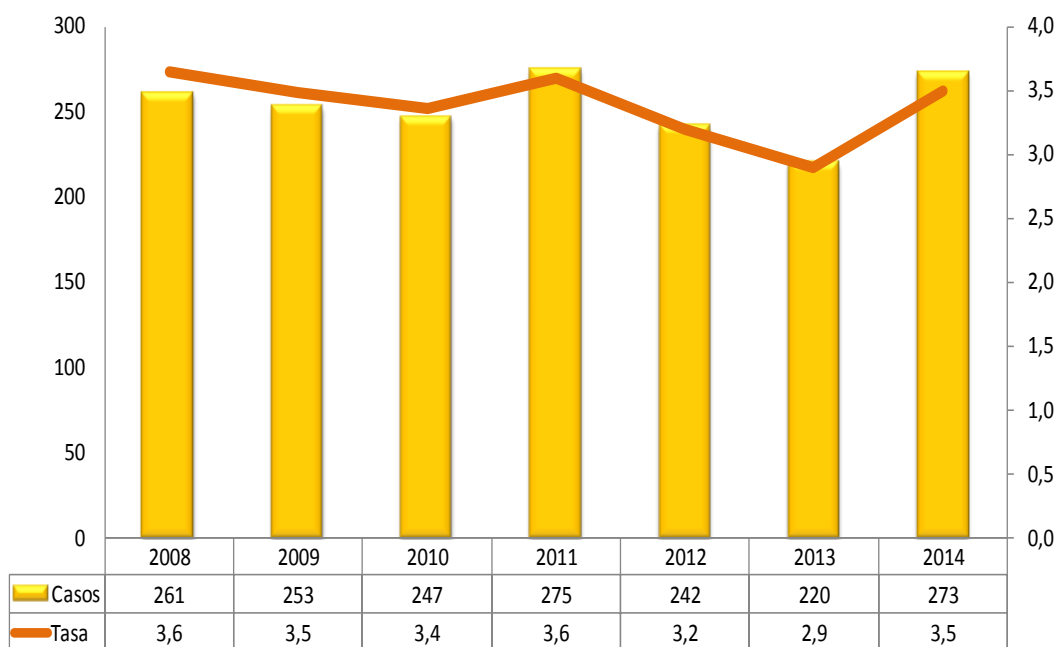
### **Tasa de Suicidio. Meta: Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 3,3 por 100.000 habitantes**

Línea de Base 2011: 275 casos de suicidio con una tasa de 3,7 por 100.000 habitantes

Comportamiento: En el 2012 se presentaron 242 casos de suicidio con una disminución de 27 casos (9,8%) respecto 2011. En el 2013 se presentaron 220 casos de mortalidad por suicidio una tasa de 2,9 x 100.000 H. con una disminución de 22 (9) % respecto 2012. En el 2014 se presentaron 179 casos de mortalidad por suicidio una tasa de 2,3 con una disminución de 26 (18,6%) respecto 2013.

A continuación se presenta su evolución hasta el 2014.

**Gráfica 14. Tasa de Suicidio en Bogotá (2008 – 2014)**

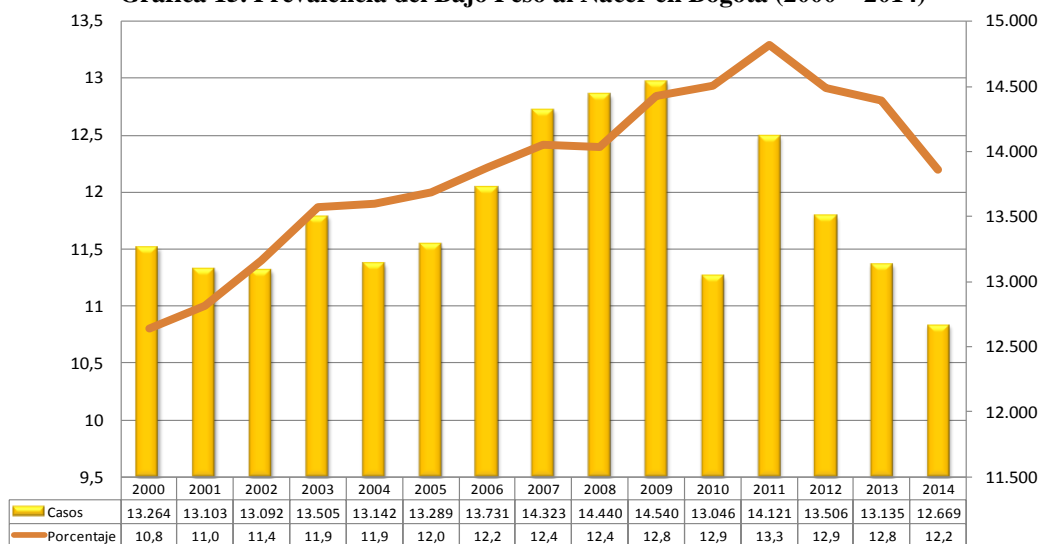


Fuente: Boletín Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - SISVECOS - SDS.

### **Prevalencia de Bajo Peso al Nacer.**

El bajo peso al nacer (peso inferior a 2500 gr) es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia, por su asociación con el mayor riesgo de mortalidad infantil. Por otra parte, son muchos los problemas neuropsíquicos posteriores que pueden presentar estos niños, tales como mala adaptación al medio ambiente, diferentes impedimentos físicos y mentales que se evidencian en la edad escolar y aún, en la etapa adulta. En los últimos 8 años en Bogotá no se evidencian diferencias significativas (ver grafica abajo) en el comportamiento de la prevalencia del bajo peso al nacer, y no se ha alcanzado la meta propuesta en el presente plan de gobierno. El número de casos se ha disminuido a expensas de la disminución del número de nacimientos sin que se afecte significativamente la prevalencia. A pesar de que los casos han disminuido, también han disminuido los nacimientos.

**Gráfica 15. Prevalencia del Bajo Peso al Nacer en Bogotá (2000 – 2014)**



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional - SISVAN – SDS. Patrón OMS. Certificado de N.V-RUAF, Estadísticas Vitales - SDS. Fecha de actualización Marzo de 2015.

### 12.2.2 ¿Qué otros resultados tiene de la implementación de políticas o proyectos de salud (infancia, nutrición, no transmisibles, entre otras)

- Para abordar problemáticas de salud-enfermedad, promoción y prevención, desde la **Estrategia de Territorios Saludables**, se caracterizaron 656.742 familias, se atendieron 276.745 niños y niñas entre 0 y 5 años, 284.784 niños y niñas entre 6 y 13 años, 325.790 adolescentes y jóvenes de 14 a 26 años, 715.599 personas entre 27 a 59 años, y 276.304 personas de 60.
- Con el fin de dar respuesta diferencial desde la **inclusión y la diversidad**, se brindó atención en garantía de derechos, en especial del derecho a la salud, así como la reparación mediante acciones intersectoriales a 12.207 personas con pertenencia étnica, 642 personas con orientación sexual diversa, 32.704 personas en condición de discapacidad, 109.644 personas víctimas del conflicto armado, 1.204.125 mujeres en salud plena.

En el marco de territorios saludables se desarrollan las acciones de énfasis encaminadas a la atención de población diferencial y temas de interés en salud pública:

- La Línea psicoactiva con énfasis en prevención, orientación e intervención breve en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, ha brindado 10.539 atenciones.
- En la acción de énfasis “Tejiendo Esperanzas” y en el marco de la reparación a las víctimas del conflicto armado como medida de rehabilitación, se llevó a cabo la construcción y puesta en marcha de la atención psicosocial con enfoque diferencial dirigida a personas familias y comunidades víctimas de conflicto armado, con un cubrimiento de 14.655 personas.
- En la Acción de énfasis “Servicio Amigable para población LGBTI” donde se han atendido 2.180 personas de población LGBTI.
- Fortalecimiento del Sub programa de Salud plena para las mujeres a través de la puesta en marcha de línea Purpura 018000 112137 que lleva 9 meses de implementación con atención 1.910 llamadas recibidas y 952 casos con acompañamiento. Puesta en marcha de cuatro servicios amigables para la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres. Desde su apertura en 2013 se ha sensibilizado en derechos sexuales y reproductivos a 16.756 personas de la comunidad y 5.611 funcionarios y funcionarias. 7.909 asesorías en anticoncepción, 6.632 consultas para suministro de métodos anticonceptivos, 5.926 citologías y entrega de resultados, 775 Pruebas VIH y 7.206 asesorías sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y salud plena.
- Creación de la estrategia de Kilombos donde fueron atendidas 3.739 personas afrodescendientes desde las acciones de fortalecimiento de prácticas propias de la medicina ancestral en seis localidades: Suba, Bosa, San Cristóbal, Antonio Nariño, Candelaria y Kennedy. Igualmente en esta acción de énfasis se han atendido a 12.083 indígenas y 3.428 familias en salud intercultural.
- Desarrollo de la acción de énfasis “Barras Futboleras” beneficiando a 59.395 personas.
- En el desarrollo de derechos humanos y derechos en salud se han beneficiado 6.208 personas en ejercicio de prostitución.

### 12.2.3 ¿La entidad territorial ha ejecutado el Plan de intervenciones colectivas - PIC? Cuáles han sido los avances, dificultades y que queda pendiente?

Sí. Durante los últimos cuatro años, se diseñó e implementó el Programa Territorios Saludables como articulador de las acciones colectivas en territorios, la vigilancia sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la gestión de políticas y programas en salud, a continuación se describen los principales logros obtenidos durante este periodo.

Consolidar 1.005 micro territorios y 85 territorios en las 20 localidades de Bogotá con más de 6.000 profesionales y técnicos en ciencias de la salud, ciencias ambientales y ciencias sociales para desarrollar las acciones extramurales de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, garantizando cobertura del 100% de los hogares que habitan en zonas sin estrato, estrato 1 y 2 de la ciudad, llegando a 1.233.149 familias a 30 de junio de 2015. (Tabla 36, grafica 17)

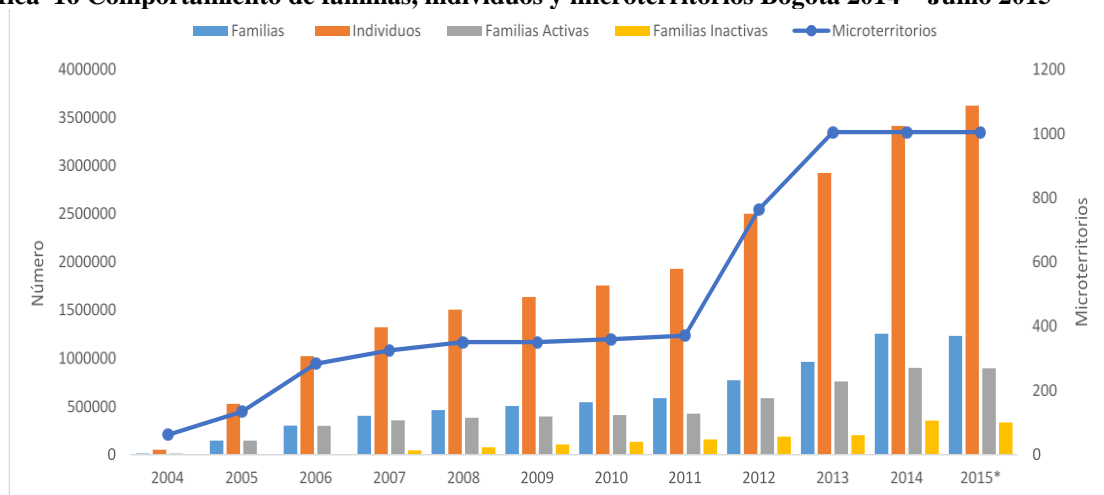
**Tabla 31 Comportamiento de familias y microterritorios, Bogotá 2004 – Junio de 2015.**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Familias	13224	146106	302150	403413	462765	505460	546384	586721	774645	964318	1256578	1233149

<b>Individuos<sup>5</sup></b>	52.635	529.041	1.022.871	1.323.896	1.507.449	1.637.471	1.757.911	1.929.568	2.502.604	2.926.694	3.413.315	3.623.367
<b>Familias Activas<sup>6</sup></b>	13224	146023	301170	357394	384179	397299	410799	426836	586954	760366	902068	896999
<b>Familias Inactivas<sup>7</sup></b>	0	83	980	46019	78586	108161	135585	159885	187691	203952	354510	336150
<b>Microterritorios</b>	62	134	283	325	351	351	360	371	764	1005	1005	1005

Fuente: SDS – SSSP. Equipo de gestión de la información, análisis y monitoreo de la operación local del Programa Territorios Saludables. Registros administrativos y APS en Línea, corte 30 de junio de 2015, fecha de extracción 20 de agosto de 2015. Datos de 2014 y 2015 preliminares.

**Gráfica 16 Comportamiento de familias, individuos y microterritorios Bogotá 2014 – Junio 2015**



Fuente: SDS – SSSP. Equipo de gestión de la información, análisis y monitoreo de la operación local del Programa Territorios Saludables. Registros administrativos y APS en Línea, corte 30 de junio de 2015, fecha de extracción 20 de agosto de 2015. Datos de 2014 y 2015 preliminares.

Entre el año 2012 y Junio de 2015, por la acción de los equipos territoriales (extramurales) del Programa Territorios Saludables, se logró identificar y abordar con procesos educativos más de 100.000 instituciones en todos los ámbitos – escenarios de la vida cotidiana (tabla 2), lo que consolidó la presencia en los territorios de forma integrada potenciando e integrando las acciones educativas y promocionales, así como la organización social a través de los 995 concejos de salud de los microterritorios que se han conformado durante este periodo.

**Tabla 32 Ámbitos de vida cotidiana caracterizados y con seguimiento, Bogotá 2012 – Junio de 2015.**

Ámbito	Tipo Institución	Caracterizadas entre 2012 - Junio de 2015	Con seguimiento entre 2012 - Junio 2015	% Escenarios con Seguimiento
Institucional	HCB Infancia ICBF	1.846	1.140	61,8
Escolar	Jardín Infantil	1.738	1.155	66,5
Comunitario	Organización Comunitaria	1.130	625	55,3
Escolar	Colegio	664	412	62,0
Institucional	HCB FAMI – ICBF	432	276	63,9

<sup>5</sup> Individuos caracterizados, que han ingresado al programa de forma acumulada desde 2004, y por lo tanto han recibido acciones promocionales y educativas en salud.

<sup>6</sup> Familias que permanecen en los territorios y están adscritas al programa.

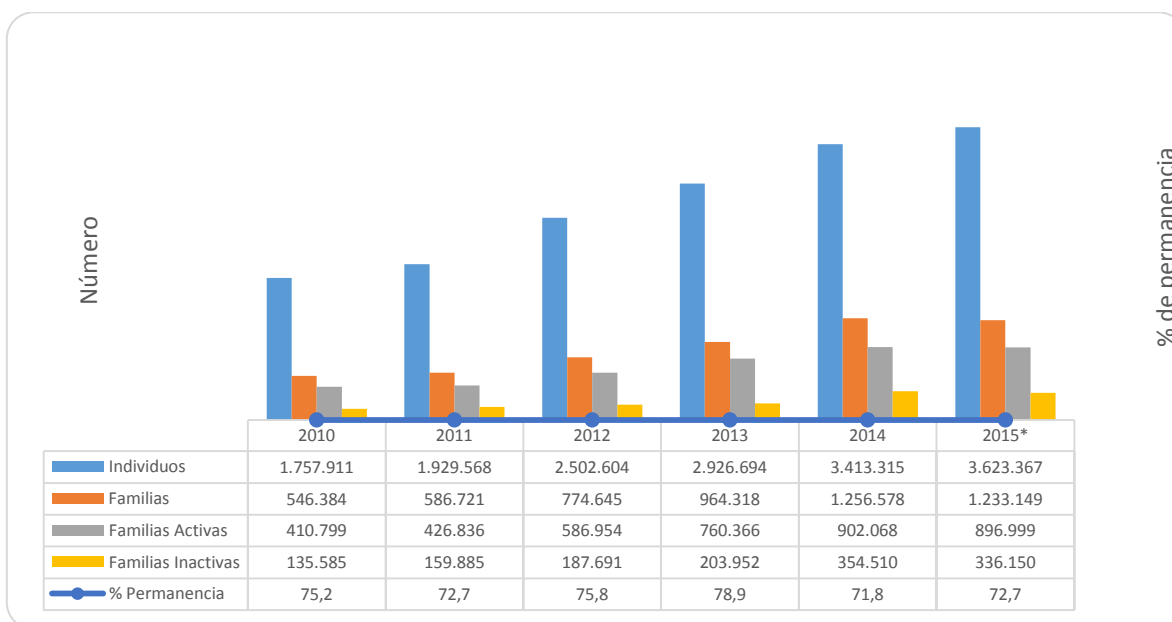
<sup>7</sup> Familias que no se encuentran en los territorios y ya no están adscritas al programa.

Ámbito	Tipo Institución	Caracterizadas entre 2012 - Junio de 2015	Con seguimiento entre 2012 - Junio 2015	% Escenarios con Seguimiento
Institucional	Institución De Protección De Niños	253	152	60,1
Institucional	Institución Prestadora de Servicios de Salud	209	87	41,6
Institucional	Institución De Atención Y Protección De Adultos	163	87	53,4
Escolar	I.E.S	42	25	59,5
Institucional	Centro Crecer	23	20	87,0
Institucional	Institución De Adolescentes	21	12	57,1
Institucional	Centro Amar	3	2	66,7
Laboral	Unidades de trabajo Informal	98.229	42.445	43,2

Fuente: SDS – SSSP. Equipo de gestión de la información, análisis y monitoreo de la operación local del Programa Territorios Saludables. Base de datos de escenarios, corte 30 de junio de 2015, fecha de extracción 30 de julio de 2015. Datos preliminares.

El abordaje de en los diferentes ámbitos de vida cotidiana permitió, que para junio de 2015 con el 46% de la población estimada para Bogotá de forma acumulada desde el 2004, se hayan desarrollado acciones educativas y promocionales en salud, logrando una permanencia de la adscripción de familias en el Programa superior al 70% (gráfica 2).

**Gráfica 17 Comportamiento de familias, individuos y % permanencia en el territorio, Bogotá 2010 – Junio de 2015**



Fuente: SDS – SSSP. Equipo de gestión de la información, análisis y monitoreo de la operación local del Programa Territorios Saludables. APS en Línea, fecha de corte 30 de junio de 2015, fecha de extracción 20 de agosto de 2015. Datos de 2014 y 2015 preliminares.

Durante este periodo se han incrementado todas las coberturas con la población en todas las etapas de ciclo vital (tabla 3, imágenes: 2, 3, 4, 5, 6 y 7), entre el 101% y el 568%, siendo más significativo el incremento para los niños y niñas en primera infancia.

### **Fortalezas para destacar y Mantener**

La ciudad de Bogotá es pionera en la implementación de la APS en el país tras la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y ha adoptado esta estrategia en la perspectiva de ser la orientadora del modelo de atención para la atención en salud de la población en sus territorios de cara a los planteamientos de la OMS y de la OPS respecto a la superación de la inequidad, en este periodo sus fortalezas ha sido:

- Conformación y consolidación de 1005 micro territorios saludables en las zonas de la ciudad con mayor fragilidad y exclusión social
- Cualificación de más de 7.500 profesionales y técnicos de los equipos territoriales en conceptos, metodologías y herramientas para la implementación de la APS con una remuneración acorde al esfuerzo de la labor de campo, en el marco de trabajo comunitario, avanzando hacia el trabajo digno y decente, como parte de los compromisos nacionales e internacionales en materia laboral.
- Conformación de 995 Consejos de Salud Micro territoriales para planeación y seguimiento de acciones de equipos de APS, en dónde se hace visible y real la participación ciudadana como orientadora de la acción del Estado
- Fortalecimiento de inspección, vigilancia y control en las áreas sanitaria, epidemiológica y en instituciones prestadoras de servicios de salud, en ejercicio de la rectoría y la autoridad sanitaria.
- Incremento de inversión en Salud Pública en un 300% en 10 años, desde el 2004, fundamentalmente a partir de ingresos propios de la Ciudad, como expresión del compromiso de la ciudad con la garantía del derecho a la salud, y la salud preventiva
- Innovación de la línea técnica, metodológica y operativa en todas las acciones en salud pública, coherente con las apuestas de la APS para la garantía del Derecho a la Salud, superando la atención de eventos aislados, avanzando más allá de lo propuesto en el plan decenal de salud pública a partir de la implementación de acciones diferenciales y afirmativas para la población diversa para avanzar en procesos de inclusión social y no segregación, con enfoque de género y territorial.

### **Pendientes**

- Profundizar ejercicio de la rectoría del sistema de salud, para armonizar la acción de los actores del sistema, de cara a la garantía e integralidad del derecho a la salud, en la perspectiva de superar la fragmentación del sistema y la subsecuente segmentación de la población en el territorio nacional.
- Profundizar las acciones de resolutivez de los equipos extramurales en la perspectiva de la garantizar atención oportuna y de calidad, en la primera línea de atención: los territorios, lo cual contribuirá a hacer más asertiva la atención intramural en los diferentes niveles de atención.
- Mejorar la plataforma tecnológica y los sistemas de información para producir información útil para la toma de decisiones en salud, de no lograrlo se restará potencia a la rectoría y se aumentará la fragmentación de la atención de la población, generando mayores costos transaccionales en el sector.



- Mejorar mecanismos para la acción intersectorial y transectorial para garantizar calidad de vida.
- Desarrollar procesos para la gestión del conocimiento que orienten los desarrollos posteriores y capitalicen los aprendizajes de las acciones previas.
- Profundizar el enfoque diferencial tanto para la asistencia sanitaria como para el abordaje de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud.
- Mejorar condiciones laborales para los trabajadores y trabajadoras del sector salud, como parte de los incentivos para la atención de calidad, en el marco de los compromisos para la implementación de los tratados de libre comercio.
- Realizar el estudio de carga de enfermedad asociada a factores ambientales en Bogotá D.C en el contexto de adaptar la ciudad al cambio climático.
- Implementar la inscripción de los establecimientos comerciales, institucionales e industriales con el fin de conocer el censo de estos establecimientos y sensibilizar a la población en estrategias de autorregulación
- Realizar estudios y estrategias de intervención, sobre prevalencia de enfermedades de origen zoonótico diferentes a la Rabia, que permitan identificar la
- Fortalecer el Observatorio distrital de salud ambiental en el marco del observatorio distrital de salud, como mecanismo para la difusión, la comunicación y la interrelación con la ciudadanía y otros actores de la administración distrital.

**12.2.4 ¿Cómo se ha contratado la operación del PIC, con quien, si no realizaron la contratación con la ESE, cual fue la razón? ¿qué criterios tuvieron en cuenta para el seguimiento y evaluación, que programas y proyectos se están implementando y que queda pendiente?**

La operación del PIC se ha venido contratada con catorce Empresas Sociales del Estado – ESE- de primer nivel de atención, Usme, Usaqué, Tunjuelito, Del sur, Suba, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Pablo VI, Nazareth, Fontibón, Engativá, Chapinero, Centro Oriente y Vista Hermosa. A través de estos contratos se opera el Programa Territorios Saludables y se desarrollan las acciones de Inspección Vigilancia y Control Sanitario y Ambiental, las acciones de Vigilancia Epidemiológica y el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Para el seguimiento y la evaluación se establecieron metas de cumplimiento, visitas efectivas realizadas, capacitaciones e intervenciones individuales y colectivas las cuales se monitorean permanentemente al igual que la ejecución programática y presupuestal de los contratos.

Mediante convenio de cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se estableció la evaluación del Programa Territorios saludables, la cual se encuentra en proceso y se estima que termine en el mes de marzo de 2016.

**12.2.5 ¿Cuál es la cobertura de vacunación del municipio (BCG, tres dosis de polio, tres dosis de HIB, tres dosis de hepatitis B, tres dosis DPT y una dosis MMR)? Cuáles han sido los avances y dificultades.**

**Tabla 33 Las coberturas de vacunación durante la vigencia 2012-2015 son las siguientes**

<b>COBERTURAS DE VACUNACIÓN</b>				
<b>BIOLOGICOS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015*</b>
ANTIPOLIO	86,5	103,0	88,1	67,0
DPT	86,4	103,0	88,1	67,0
BCG	96,0	100,6	103,0	80,5
HEPATITIS B	86,3	102,9	88,0	66,7
HEMOPHILUS	86,4	103,0	88,1	67,0
NEUMOCOCO	89,7	93,4	90,0	70,6
TRIPLE VIRAL	89,1	93,8	90,3	73,2

\*Cobertura de 2015 con corte 30 de septiembre 2015.

Fuente: Dirección de Salud Pública

Durante la vigencia 2012-2015 se logra evidenciar importantes avances a saber:

- El cumplimiento de la cobertura con meta administrativa no se cumplió en los años 2012 y 2014, pero a través del Monitoreo Rápido de Cobertura de Vacunación (MRCV), se cumple con la cobertura Distrital como se evidencia en la tabla 39.

**Tabla 34 Cobertura de Vacunación por MRCV (para el año 2015 el reporte de monitoreo se realizará en el 2016)**

<b>COBERTURAS POR MONITOREO RAPIDO</b>			
<b>BIOLOGICOS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
ANTIPOLIO	98,0	98,1	95,2
DPT	98,0	98,1	95,2
BCG	99,7	99,9	99,7
HEPATITIS B	99,1	99,9	99,1
HEMOPHILUS	98,0	98,1	95,2
NEUMOCOCO	99,2	96,1	99,2
TRIPLE VIRAL	99,2	97,0	99,2

Fuente: Dirección de Salud Pública

- El Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI tiene un posicionamiento Gerencial en la agenda político-administrativa; con lo que se evidencia; recursos financieros sostenibles en el tiempo, liderazgo con Gerentes de ESE reuniones semanales y/o quincenales: tema central PAI liderado por Secretario de Salud Distrital.
- Alianzas estratégicas en el fortalecimiento y mejoramiento de coberturas vacúnales: Comité Intersectorial, Gerentes E.S.E, Instituciones educativas y de protección infantil, Sociedades, Academia y MSPS.
- Coordinación de trabajo integrado con el Programa Territorios Saludables, desde los equipos conformados por médicos, enfermeras y auxiliares de salud pública, los cuales canalizan, identifican y solucionan el estado vacunal de la población objeto PAI, especialmente abordando las familias de los estratos 1, 2 y 3 en la zonas de difícil acceso geográfico, donde se encuentra la población vulnerable, es allí donde se desplazan los equipos extramurales y territorios con la vacunación casa - casa.
- Participación en la "Mesa de Aseguradoras", en articulación con el Grupo interdirecciones, para trabajar conjuntamente en dar respuesta oportuna a las canalizaciones enviadas desde el nivel central.

- En el año 2013 se realizó la inclusión de la vacuna contra DTP para las gestantes, a partir de la semana 21 de gestación.
- Sostenibilidad de la vacuna de Neumococo Polisacárido, para adulto mayor de 60 años y población con patología de riesgo.
- En el año 2014 se realizó la inclusión de la vacuna contra Varicela para la población de 15 a 23 meses residentes en el Distrito Capital.

### **Dificultades**

Así mismo, se han encontrado las siguientes dificultades, para la operación del Programa:

- Debilidades en la captura del dato a sistemas de información con seguimiento a no vacunado y cohorte de nacidos vivos.
- No se dispone de estrategia de comunicación permanente para vacunación.
- Falsas creencias de los padres frente a la vacuna y no autorización de la vacunación.
- La no simultaneidad del esquema de vacunación por Instituciones privadas (Pediatras), hace que los menores presenten un atraso en el esquema de vacunación.
- La inadecuada información generada por medios de comunicación, crea en los usuarios resistencia a la aplicación de biológicos.
- Déficit del seguimiento de los menores, por parte del asegurador, para el oportuno cumplimiento del esquema de vacunación.
- La no concordancia de la población nacida en el Distrito, con la residente ya que por la cercanía de otros municipios y alto número de IPS que atienden partos, estos son remitidos para la atención.

### **12.2.6 ¿La vigilancia epidemiológica cuenta con unidades notificadoras, qué hace, qué analiza, qué hace con los resultados y qué falta para avanzar?**

#### **Función de inspección, vigilancia y control en salud pública**

La Vigilancia en Salud Pública es una función esencial relacionada con la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva, que comprende las acciones de inspección, vigilancia y control higiénico sanitario, el diseño e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica ambiental para monitorear efectos en salud por factores ambientales como calidad del aire, cambio climático y presencia de metales pesados; investigación operativa para el desarrollo de nuevos modelos de VSP; estrategias de prevención y control de enfermedades transmitidas entre el hombre y los animales.

A través de esta función se capta y/o produce Información relevante para prevenir, detectar e intervenir tempranamente la ocurrencia de eventos que ponen en riesgo la salud de la población y contribuir en la identificación, medición y reducción de brechas y desigualdades evitables en salud y en la aplicación de manera inteligente de los recursos sociales para modificar favorablemente las condiciones de vida de las poblaciones y fortalecer la gestión de los servicios de salud.

#### **Vigilancia de eventos de interés en salud pública**

La Vigilancia en Salud Pública se gerencia a través de la operación de un sistema complejo responsable de captar la información de más de 150 eventos de interés en salud pública y avanza al análisis crítico de los determinantes que afectan la salud de los bogotanos, los cuales se ordenan de acuerdo a las prioridades en salud. Como base de la operación de la vigilancia de los eventos prioritarios en salud pública se cuenta con una red institucional DE 1.325 Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD- e Unidades Informadoras – UI en el año 2015, con una oportunidad en la notificación de eventos de interés en salud pública que actualmente se encuentra en el 90,9%.

Respecto a la vigilancia de eventos de interés en salud pública se desarrollaron procesos de identificación, gestión de la información y atención inicial de más de 360.000 de eventos de notificación obligatoria por SIVIGILA y 2.877.948 eventos, condiciones y enfermedades no transmisibles: Nutrición, salud mental, enfermedades Crónicas y Salud oral, con una cobertura acumulada de personas superior a los 4 millones en el período.

Para garantizar la respuesta inmediata y contención de primera línea de eventos de alto impacto para la ciudad se tiene un esquema descentralizado de respuesta a través de equipos interdisciplinarios denominados unidades comando en Salud Pública dispuestos en las 20 localidades, apoyados en una red de comunicaciones propia compuesta por 92 equipos de comunicación con tecnología IDEN - PTT, que garantiza oportunidad en la respuesta. Mediante esta estrategia se gestionaron y atendieron 5.476 eventos de alto interés en salud pública con afectación de 30.752 personas.

Desde VSP se soporta el seguimiento a los indicadores de impacto de la ciudad, y se generan los indicadores poblacionales que soportan el monitoreo de la política pública en salud mediante la caracterización epidemiológica de la situación de salud de la población bogotana para 7.878.783 habitantes en general y mediante el análisis de la cobertura, calidad y oportunidad de la totalidad de hechos vitales ocurridos en Bogotá (47.356 nacimientos y 123.282 defunciones) en particular

Como estrategia complementaria a la Vigilancia institucional se cuenta con la estrategia de Vigilancia en Salud Pública comunitaria, mediante la cual se captaron durante el período 12.900 eventos, situaciones y condiciones de interés en salud pública reportados por la comunidad.

### **Vigilancia Sanitaria**

La vigilancia sanitaria se adelanta en el marco de normas internacionales, nacionales y distritales, dispuestas como mecanismos para hacer cumplir las condiciones sanitarias a los establecimientos comerciales, institucionales e industriales abiertos al público; entre otras disposiciones establecidas para dicho fin se cuenta con: Reglamento Sanitario Internacional (OMS), documentos CONPES, ley 9 del 79 y decretos reglamentarios que soportan las actuaciones realizadas por el ente territorial. Adicionalmente el monitoreo y seguimiento

de las diferentes intervenciones que se llevan a cabo en el distrito en el marco de la vigilancia sanitaria y en cada una de las líneas de intervención, se encuentran definidas dentro de la política de salud ambiental (Decreto 596 de 2011) y se adelantan en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

La vigilancia sanitaria en su ciclo de gestión integral de los riesgos ambientales permite el control de los riesgos en sus componentes de alimentos sanos y seguros, medicamentos seguros, riesgos químicos y saneamiento básico; la información que se produce se utiliza para el control in situ de los riesgos, mediante la toma de medidas sanitarias, el control preventivo mediante la emisión de conceptos y planes de mejoramiento y el control reglamentario mediante la emisión de sanciones y multas a los infractores.

De acuerdo con la complejidad de la ciudad, se hace necesario generar estrategias permanentes de seguimiento y control de los riesgos ambientales y armonizarlos con los niveles de desarrollo de la ciudad, es así como es necesario revisar el modelo de operación actual de la vigilancia sanitaria y generar estrategias de centralización que propendan por el mejoramiento en oportunidad, calidad y eficiencia. De igual manera es importante desarrollar propuestas de revisión y ajuste normativos que articule la realidad actual con el actuar como autoridad sanitaria de Distrito.

## 12.3 Aseguramiento

### 12.3.1 ¿Cuál es la cobertura en el municipio de los regímenes subsidiado y contributivo?

La distribución de la población en Bogotá D.C, según régimen del sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a diferencia de lo que ocurre en el resto del país se comporta con una distribución mayoritaria con afiliación al régimen contributivo, y un porcentaje poblacional que se mantiene en grupo que no cumple requisitos para ser afiliado al Régimen Subsidiado por presentar puntaje de SISBEN superior al requisito para ser beneficiario de subsidio pero que sin embargo manifiesta no tener capacidad para contribuir al sistema y que finalmente la Entidad Territorial debe concurrir en el subsidio a la atención en salud de dichas personas, que no obstante son invisibles en todas las disposiciones normativas bajo el supuesto de que todo aquel que pase del punto que categoriza la pobreza cuenta con los recursos para asumir su seguridad social, lo cual no siempre corresponde con la realidad, el panorama general en la distribución por régimen de afiliación se muestra a continuación:

**Tabla 35 Estado del Aseguramiento Población Bogotá D.C. (septiembre/2015)**

<b>Afiliados por régimen</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del total</b>	<b>% de afiliados</b>
Activos en Régimen Contributivo	5.985.977	76,0%	80,0%
Activos en Régimen Subsidiado	1.295.889	16,4%	17,3%
Regímenes de Excepción (estimado)	203.889	2,6%	2,7%
<b>Subtotal afiliados</b>	<b>7.485.755</b>	<b>95,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>No Afiliados</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del total</b>	

No Afiliados	Cantidad	% del total	
Afiliables al Régimen Subsidiado (SISBEN Niveles 1 y 2)	106.784	1,4%	
Encuestados que no se pueden afiliarse al subsidiado por puntaje Sisbén superior	106.222	1,3%	
No afiliados No Sisbenizados atendidos con cargo al FFDS-SDS en 2014	81.540	1,0%	
<b>Subtotal no afiliados</b>	<b>294.546</b>	<b>3,7%</b>	
<b>Total afiliados + no afiliados</b>	<b>7.780.301</b>	<b>98,8%</b>	
<b>Proyección población DANE a 2015</b>	<b>7.878.783</b>		

Fuente: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.

\* Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015

\* Maestro Subsidiado SDS, corte 30 de septiembre de 2015.

\* Base de datos SISBÉN certificada DNP, agosto de 2015 (vigente a 30 de septiembre de 2015).

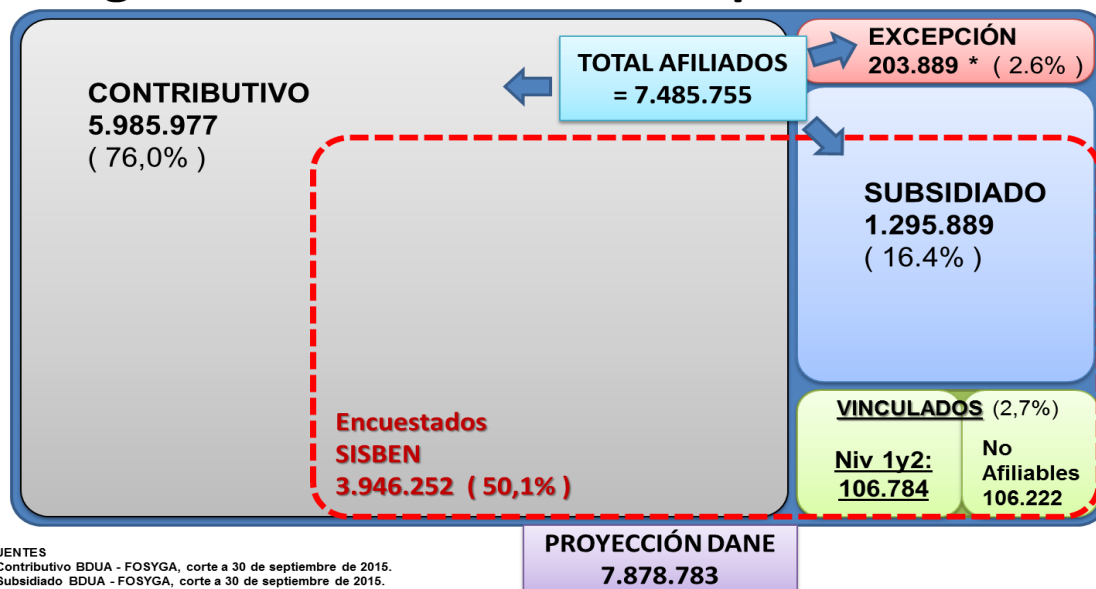
\* DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014.

\* Proyección población DANE a 2015.

. Cruce RIPS 2014 con SISBEN corte a diciembre 2014

### Ilustración 8 Distribución de la población por condición de Aseguramiento

## Distribución de la Población por Condición de Aseguramiento con corte a Septiembre 2015



#### FUENTES

\* Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.

\* Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.

\* Maestro Subsidiado SDS, corte 30 de septiembre de 2015.

\* Base de datos SISBÉN certificada DNP, agosto de 2015 (vigente a 30 de septiembre de 2015).

\* DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014.

\* Proyección población DANE a 2015.

En este sentido en el Distrito Capital, mediante la encuesta Sisben Metodología III, certificada con corte a agosto/2015 se identifica que se han encuestado 3.946.252 personas de estos 2.422.440, se encontraban ya afiliados en el régimen contributivo y 1.079.115 en el régimen subsidiado de Bogotá, de éstas personas 106.784 estarían posibilitadas para ingresar al régimen subsidiado aunque aún no lo hayan hecho y 106.222 no podrían ingresar al régimen subsidiado por exceder el puntaje límite de 54,86

establecido en la Resolución 3778 de 2011 del Ministerio de Salud, pero es de anotar que estas personas podrían ser sujetos de subsidio parcial a la cotización o de otra posibilidad que el gobierno nacional decida al reglamentar sobre la materia.

**Tabla 36 Distribución Población Por Grupo Etario y Por Régimen**

EDAD	R. SUBSIDIADO		R. CONTRIBUTIVO		Potenciales Beneficiarios		Puntaje Superior		Total Cant	Porcentaje
	Cant	Porcentaje	Cant	Porcentaje	Cant	Porcentaje	Cant	Porcentaje		
a. 0 - 4 años	91.387	1,22%	364.433	4,86%	5.659	0,08%	2.358	0,03%	463.837	6,19%
b. 5 - 9 años	104.730	1,40%	416.603	5,56%	11.922	0,16%	7.969	0,11%	541.224	7,22%
c. 10 - 14 años	117.509	1,57%	411.037	5,48%	16.417	0,22%	12.684	0,17%	557.647	7,44%
d. 15 - 19 años	138.936	1,85%	462.650	6,17%	18.103	0,24%	14.517	0,19%	634.206	8,46%
e. 20 - 24 años	109.170	1,46%	550.497	7,34%	26.567	0,35%	20.737	0,28%	706.971	9,43%
f. 25 - 29 años	91.015	1,21%	560.317	7,48%	4.286	0,06%	6.752	0,09%	662.370	8,84%
g. 30 - 34 años	82.447	1,10%	552.161	7,37%	3.199	0,04%	5.610	0,07%	643.417	8,58%
h. 35 - 39 años	78.217	1,04%	483.397	6,45%	3.094	0,04%	5.332	0,07%	570.040	7,61%
i. 40 - 44 años	78.288	1,04%	409.759	5,47%	2.772	0,04%	4.602	0,06%	495.421	6,61%
j. 45 - 49 años	84.192	1,12%	393.557	5,25%	2.632	0,04%	5.165	0,07%	485.546	6,48%
k. 50 - 54 años	83.139	1,11%	371.273	4,95%	2.479	0,03%	5.720	0,08%	462.611	6,17%
l. 55 - 59 años	69.241	0,92%	303.207	4,05%	1.995	0,03%	4.773	0,06%	379.216	5,06%
m. 60 - 64 años	51.683	0,69%	233.488	3,12%	1.463	0,02%	3.595	0,05%	290.229	3,87%
n. 65 - 69 años	37.699	0,50%	171.318	2,29%	1.262	0,02%	2.640	0,04%	212.919	2,84%
o. 70 - 74 años	29.087	0,39%	117.152	1,56%	1.615	0,02%	1.316	0,02%	149.170	1,99%
p. 75 - 79 años	22.372	0,30%	85.327	1,14%	1.287	0,02%	995	0,01%	109.981	1,47%
q. 80 años o mas	26.777	0,36%	99.801	1,33%	2.032	0,03%	1.457	0,02%	130.067	1,74%
<b>Total general</b>	<b>1.295.889</b>	<b>17,29%</b>	<b>5.985.977</b>	<b>79,87%</b>	<b>106.784</b>	<b>1,42%</b>	<b>106.222</b>	<b>1,42%</b>	<b>7.494.872</b>	<b>100,00%</b>
FUENTES										
* Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.										
* Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.										
* Base de datos SISBÉN certificada DNP, agosto de 2015 (vigente a 30 de septiembre de 2015).										

El grupo de edad con el mayor porcentaje corresponde a 0 – 19 años con el 31%, mientras la población de más de 65 años corresponde al 8%; en cuanto a la estructura y dinámica poblacional es preciso destacar a Bogotá, como la ciudad más poblada y la de más elevado crecimiento en la generalidad del país, con mejores perspectivas en indicadores demográficos frente a los del promedio nacional. Entre los factores que explican la situación de salud de la población del Distrito Capital, se incluyen aquellos de orden estructural como: variaciones entre individuos o atributos individuales, la desigualdad económica y social persistente entre territorios y grupos; los acelerados procesos de

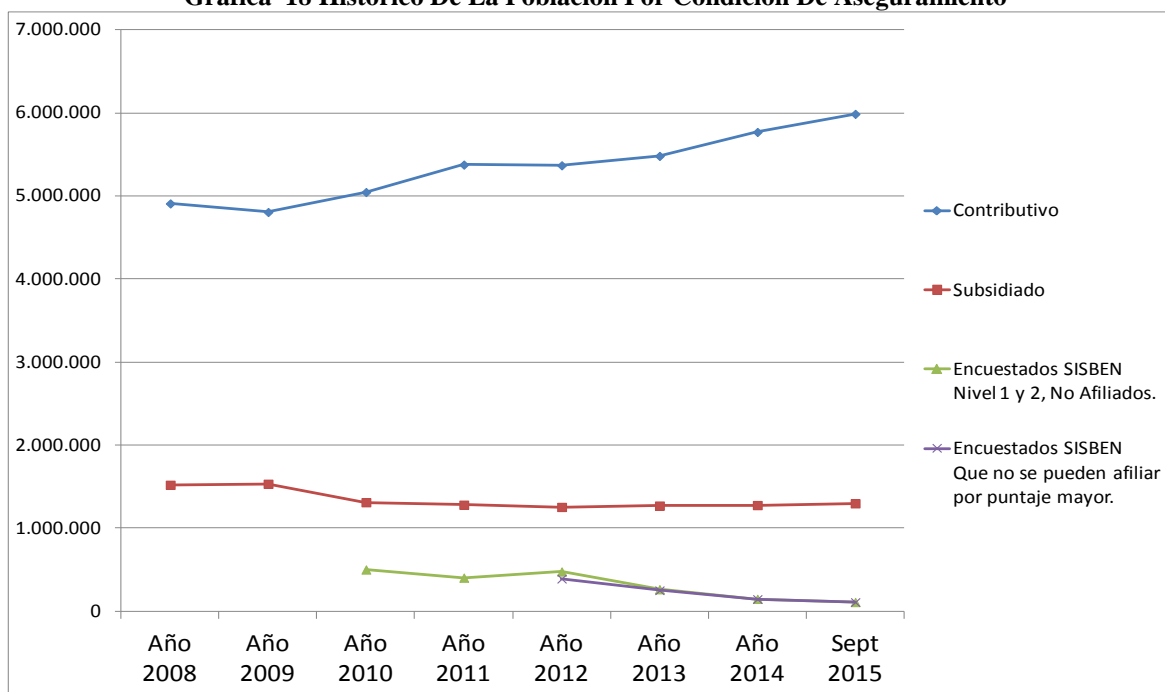
urbanización y crecimiento de la ciudad, la frágil cultura ciudadana; la inadecuada formación, educación y las actitudes de la población frente a su salud.

### **Análisis de variación de la población según Régimen de Afiliación a la SGSSS.**

En el Distrito Capital la tendencia de la afiliación al régimen contributivo muestra un incremento pasando de 4.907.232 personas afiliadas en el año 2008 a 5.899.194 personas afiliadas en el año 2015, es decir un 20% de incremento de población a este régimen. Realizando el análisis del incremento poblacional desde el año 2012, se observa un aumento en el número de afiliados del 9% en el año 2015 frente al 2012.

La siguiente grafica muestra la variación de la población afiliada a los regímenes (subsidiado y contributivo), así como el comportamiento de la población con encuesta SISBEN desde el año 2008 a 2015

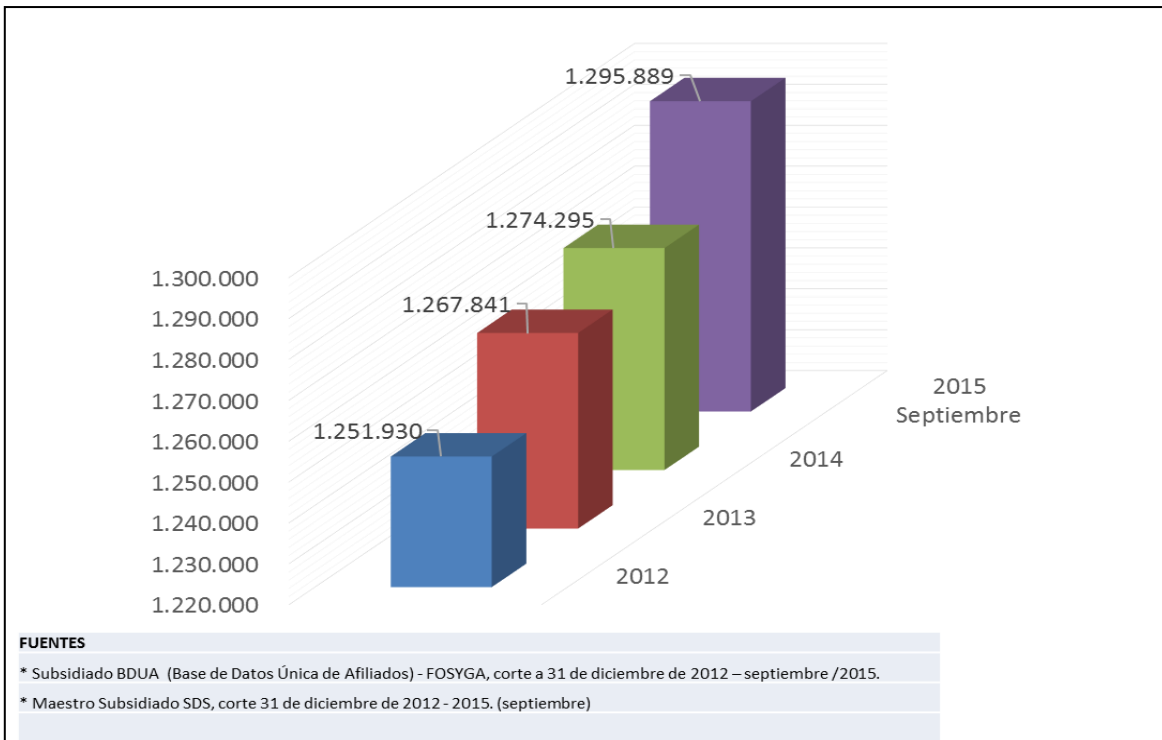
**Gráfica 18 Histórico De La Población Por Condición De Aseguramiento**



Fuente: Dirección de Aseguramiento - 30 Septiembre 2015

**Gráfica 19 Afiliación Régimen Subsidiado 2012 – 2015**





Respecto al régimen subsidiado la variación de la población frente a la información reportada por la BDUA (Base de Datos Única de Afiliados - Fosyga), muestra un leve incremento del 3,5% en la población en el año 2015 frente al 2012, pasando de 1.251.930 afiliados en el 2012 a 1.295.889 afiliados a 30/septiembre/2015

**12.3.2 ¿Cuál es la población pobre no afiliada, cuales son los problemas de afiliación, de cobertura, que planes se tienen para lograr coberturas, los avances, pendientes y las dificultades? Existen Indicadores de población pobre no afiliada (vinculados) ¿cómo: recursos destinados a vinculados, déficit, etc.?**

**Población Participante No Asegurada (Vinculados)**

El cruce de bases de datos para estimar en forma precisa la población pobre no asegurada en Bogotá D.C., ha sido un tema en el cual se ha venido avanzando en la Ciudad. A diciembre 31 de 2012, al recibir la base de datos del sistema de identificación de beneficiarios certificada por el Departamento Nacional de Planeación, la Entidad realizaba cruce solamente con las bases de datos locales disponibles en la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.; es decir, sólo era posible el cruce con los maestros de afiliados de contributivo y subsidiado de Bogotá D.C. del corte vigente y con el registro de fallecidos que hacen solicitud de licencias para inhumación y cremación. Como resultado, 850.879 encuestados no cruzaron con las demás bases resultando 462.747 clasificados en los niveles 1 y 2, tal y como fueron establecidos mediante la Resolución 3778 de 2011.

Las mejoras implementadas al proceso permitieron que a diciembre 31 de 2013 se incluyera la herramienta XML del FOSYGA para realizar cruces con la Base de Datos Única de

Afiliación [BDUA] a nivel nacional, así como la depuración de registros inconsistentes [Cuadro 4]. De otra parte se hace necesario tener en cuenta que aún subsisten otras limitantes para la identificación del número de no asegurados, debido a que la consulta a la base de datos única de afiliación sólo es posible por tipo y número de documento de identificación y para los demás cruces se utilizan solamente ocho criterios que implican diferentes combinaciones para la coincidencia en los campos de tipo y número de documento y fonéticos de los componentes del nombre y fecha de nacimiento, que dificultan la cuantificación de la población pobre no asegurada, en la medida en que por uno u otro criterio se pueden generar errores en los cruces.

Por su parte, se estima que las *poblaciones especiales* no afectan el dimensionamiento de los no afiliados, tal y como viene siendo realizado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, debido a que este grupo poblacional ingresa de manera casi directa al Régimen Subsidiado, conforme lo establece el Artículo 22, del Acuerdo 415 de 2009. Para la población en condición de desplazamiento forzado y demás víctimas del conflicto armado, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, no ha encontrado forma alguna para determinar con certeza quienes del Registro Único de Víctimas, en un periodo determinado se encuentran residiendo en Bogotá D.C. teniendo en cuenta que el listado censal de este grupo poblacional es tomado a nivel nacional y que independientemente donde hagan su declaración de víctimas tiene gran movilidad, razón por la cual tampoco se pueden incluir en las estimaciones de no asegurados, realizándose su afiliación por demanda.

**Tabla 37 Resultados Cruce Base de Datos SISBEN [a diciembre de 2014]**

<b>Bases de Datos Cruzadas</b>	<b>Niveles 1 y 2</b>	<b>Total Encuestados</b>
Contributivo Bogotá D.C. [AC y SU]]	1.148.510	2.348.211
Subsidiado Bogotá [AC]	885.776	1.111.848
Fallecidos Bogotá	2.143	3.068
Magisterio Bogotá	6.359	23.202
Contributivo Fuera de Bogotá [BDUA]	37.603	74.793
Subsidiado Fuera Bogotá [BDUA]	39.967	57.636
Regímenes de Excepción [BDUA]	6.360	23.204
Documento No Válido	37.763	71.159
<b>No Cruzan En Ninguna [Base No Afiliados]</b>	<b>113.264</b>	<b>213.455</b>
<b>Total SISBEN</b>	<b>2.277.745</b>	<b>3.926.576</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Aseguramiento  
 Nota: La base certificada por DNP corresponde al corte de diciembre de 2014

En cuanto a población pobre no asegurada el Distrito Capital tiene diferencias significativas con las cifras de publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Matriz de Financiación -Continuidad, tal como se observa en el siguiente cuadro:

**Tabla 38 No personas reportadas como potencial afiliables al régimen Subsidiado en Salud.**

Año	No. Personas reportadas como potencial Afiliables al Régimen Subsidiado en Salud		
	cifras de publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, por en la Matriz de Financiación - Continuidad	cifras de comprobador de Derechos Distrito Capital	Diferencia poblacional
2012	291.174	462.747	171.573
2013	122.834	260.835	138.001
2014	77.145	144.858	67.713
2015 *	69.235	106.784	37.549

**FUENTE:** Registros Pagina Web Ministerio de Salud

Comprobador de Derechos Secretaría Distrital de Salud

\* La cifra de comprobador de Derecho corresponde al corte 30 de septiembre de 2015

Situación que genera que el Distrito Capital deba destinar recursos adicionales para la atención de esta población, no contemplada en las proyecciones financieras a nivel nacional; tal como se observa al momento de analizar la prestación de los servicios a la población no asegurada-vinculada que demandó servicios manifestando no haberse afiliado aún, no tener capacidad de pago o que no cuenta con encuesta SISBEN, en virtud de lo que se muestra como con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud en los años 2013 y 2014 :

**Tabla 39 Personas Atendidas como No afiliadas - Vinculados**

Variables SISBEN	Personas Atendidas 2013	Personas Atendidas 2014
	Fuente RIPS, facturación prestadores	Fuente RIPS, facturación prestadores
Encuestados SISBEN, Niveles 1 y 2	89.286	61.634
Encuestados SISBEN, Puntaje superior	50.059	39.484
No Encuestados	108.002	81.931

Fuente: Dirección de Aseguramiento

**Tabla 40 Población Pobre No Asegurada (Septiembre/2015)**

POBLACIÓN POR LOCALIDAD						
LOCALIDAD	ENCUESTADOS SISBEN NO AFILIADOS					
	Afiliable	%	Puntaje Superior	%	Total Sisbén No Afiliados	%
01. USAQUEN	2.787	0,6%	1.963	0,4%	4.750	1,0%
02. CHAPINERO	641	0,5%	321	0,2%	962	0,7%
03. SANTA FE	2.050	1,9%	962	0,9%	3.012	2,7%
04. SAN CRISTOBAL	8.356	2,1%	6.899	1,7%	15.255	3,8%
05. USME	7.798	1,8%	5.195	1,2%	12.993	3,0%
06. TUNJUELITO	3.646	1,8%	3.623	1,8%	7.269	3,6%
07. BOSA	11.852	1,8%	11.517	1,8%	23.369	3,6%
08. KENNEDY	15.424	1,4%	22.954	2,1%	38.378	3,6%
09. FONTIBON	2.980	0,8%	4.424	1,2%	7.404	1,9%
10. ENGATIVA	9.257	1,1%	12.517	1,4%	21.774	2,5%
11. SUBA	12.291	1,0%	11.373	1,0%	23.664	2,0%
12. BARRIOS UNIDOS	1.156	0,5%	868	0,4%	2.024	0,8%
13. TEUSAQUILLO	188	0,1%	155	0,1%	343	0,2%
14. LOS MARTIRES	1.502	1,5%	1.093	1,1%	2.595	2,6%
15. ANTONIO NARIÑO	1.061	1,0%	1.558	1,4%	2.619	2,4%
16. PUENTE ARANDA	2.479	1,0%	3.980	1,5%	6.459	2,5%
17. LA CANDELARIA	267	1,1%	151	0,6%	418	1,7%
18. RAFAEL URIBE URIBE	7.920	2,1%	7.046	1,9%	14.966	4,0%
19. CIUDAD BOLIVAR	15.005	2,2%	9.618	1,4%	24.623	3,6%
20. SUMAPAZ	124	1,9%	5	0,1%	129	2,0%
99. LOCALIDAD NO REFERIDA						
<b>Total general</b>	<b>106.784</b>	<b>1,36%</b>	<b>106.222</b>	<b>1,35%</b>	<b>213.006</b>	<b>2,70%</b>

#### FUENTES

\* Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.

\* Maestro Subsidiado SDS, corte 30 de septiembre de 2015.

\* Base de datos SISBÉN certificada DNP, agosto de 2015 (vigente a 30 de septiembre de 2015).

\* DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014.

La población Pobre no Afiliada en Bogotá que ha venido recibiendo los servicios de salud, siendo atendida como “vinculada” a través de la contratación de la Red Adscrita y No Adscrita, tienen una percepción positiva de los servicios recibidos situación que puede representar que pese a la información divulgada y estrategias de afiliación implementadas, no se haya logrado que quienes cumplen con los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado, hagan uso de la libre elección y seleccionen la EPS-S de su preferencia y así entren dentro de éste régimen.

#### **Prestación de servicios a la población pobre no asegurada:**

La prestación del servicio de la población pobre no asegurada se da a través de la Red Pública y la Red Privada, así:

#### **Red Pública:**

Contrato para la Prestación de Servicios a la Población Pobre No Asegurada Ese Red Pública Adscrita.

La salud como derecho fundamental de los Ciudadanos, es responsabilidad del Estado 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.

Dentro de las competencias de la Secretaría Distrital de Salud, como Ente Territorial, está el garantizar la prestación de servicios a la población pobre no asegurada los cuales contrata tanto con prestadores públicos como privados.

Para afectar los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, todas las entidades del Distrito Capital, trabajan de manera unificada para lograr la solución de los problemas que afectan a la población, esto implica que todos los actores sociales deben reconocer y asumir su responsabilidad frente al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, desde cada una de sus competencias, reconociendo el papel rector y garante de derechos del Estado, frente a la salud y la vida de la población.

Es así como en la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para garantizar la atención integral a la población pobre no asegurada, y aquella que se encuentre a su cargo, viene contratando desde hace varias décadas con la Red de Hospitales Públicos Adscritos la prestación de los servicios de salud en: urgencias, ambulatoria, internación, quirúrgica, apoyo diagnóstico, terapéutico, servicios paliativos y rehabilitación (incluye tecnologías diagnósticas y terapéuticas), gestantes, Protección Específica y Detección Temprana (P y D) y en general todos los servicios en salud requeridos por la población pobre no asegurada buscando con ello mejorar la oportunidad de atención y optimizar los recursos asignados, todo ello enmarcado en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) Decreto 1011 de 2006 y en las reglas del servicio público, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de acuerdo a la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley Estatutaria 1751 de 2015 y todas las demás normas que garantizan la protección integral en la prestación de servicios de salud.

Se promueve e incentiva la realización de actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, identificando el riesgo individual de la población pobre no asegurada de manera oportuna, para garantizar su intervención de forma efectiva. Para ello dentro de la ejecución de estos contratos se diseñan e implementan estrategias para inducir a la demanda hacia los servicios de protección específica y detección temprana de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar en la salud de la población pobre no asegurada.

La prestación de los servicios de salud contratados se lleva a cabo de conformidad con el nivel de complejidad de cada ESE, y debidamente habilitados ante el Ente Territorial, así:

**Tabla 41 Red Pública de Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. por nivel de complejidad**

<b>TERCER NIVEL</b>	<b>SEGUNDO NIVEL FUSIONADO ( I Y II NIVEL)</b>	<b>PRIMER NIVEL</b>
Simón Bolívar	Suba	Pablo VI bosa
Santa Clara	Centro Oriente	Nazareth
Occidente Kennedy	Engativá	Rafael Uribe Uribe

TERCER NIVEL	SEGUNDO NIVEL FUSIONADO ( I Y II NIVEL)	PRIMER NIVEL
La Victoria	Fontibón	Usaquén
Tunal	Tunjuelito	Usme
Segundo Nivel		Chapinero
San Blas		Vista Hermosa
Bosa		San Cristóbal
Meissen		Sur

Fuente: Dirección de Aseguramiento

Actualmente se cuenta con contratos vigentes hasta el mes de febrero de 2016, los cuales se orientan bajo unos lineamientos generales que establecen los criterios que rigen la contratación de la compraventa de servicios de salud prestados a la población objeto durante la vigencia del contrato en el marco de la política pública distrital de salud. Enfatiza la Responsabilidad Social de las ESE y la prevalencia de la rentabilidad social sobre la rentabilidad financiera.

### Red Complementaria:

Actualmente se cuenta con la siguiente contratación:

**Tabla 42 Red Complementaria contratación**

ITEM	NOMBRE	CONTRATO	OBJETO	VALOR	A REALIZAR	FECHA DE INICIO	TIEMPO DE EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	GENZYME	Contrato N°1474 de 2015	Suministro de Medicamentos Cerezyme y Fabrazyme, para el cumplimiento de cuatro fallos de tutela para la población con Enfermedades de Depósito Lisosomal o Huerfanos Por su baja rotación o altos costos.	\$ 1.233.553.948	Contrato Vigente	Fecha de Inicio 30 Julio de 2015 hasta 29 Junio 2016. Contratación Directa por proveedor exclusivo	Vigente (11 meses). Hasta 24/06/2016	Contrato en ejecución.
2	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE	Contrato N°1266 de 2014	Prestar servicios, actividades, intervenciones y procedimientos para la atención integral de la patología oncológica, en la atención de urgencias, ambulatoria, internación, quirúrgica, apoyo diagnóstico, terapéutico, servicios paliativos y rehabilitación (incluye medicamentos) de acuerdo con los procedimientos contenidos en el Portafolio de Servicios	\$ 2.135.000	Contrato Vigente-Adición y Prórroga	Prórroga desde el 01 Julio de 2015 al 30 Noviembre de 2015	Vigente hasta 30/11/15	Contrato en ejecución, se va a realizar Adición.
3	AUDIFARMA	Contrato No.1525 de 2015	Suministrar el medicamento VPRIV (Velaglucerasa ALFA) Para el cumplimiento de fallos de Tutela y para la población a cargo de la Secretaría de salud de Bogotá, que lo requiera.	\$398.980.800	Contrato Vigente	Fecha Inicio 1 Octubre de 2015 hasta el 30 de junio de 2016	9 meses ( hasta 30 junio/16)	Contrato en ejecución
4	INIMPUTABLES		Prestación de servicios de salud para la Atención Psiquiátrica Integral y Asistencia Social para las personas que sean declaradas jurídicamente inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica por Autoridad judicial o de la fiscalía competente y a quienes se les hubiese impuesto medida de seguridad o de protección consistente en la internación, de conformidad con los lineamientos vigentes del Ministerio de Salud y de la Protección Social.	\$1.090.800.000	Contrato en publicación			Contrato en trámite: Se encuentra en corrección de prepliegos para luego publicación de pliegos definitivos.

El presupuesto asignado a vinculados bajo el proyecto 875 “Atención a la Población Pobre No Asegurada” durante la vigencia 2015 ascendió a \$196.975.948.95, de este valor se ha comprometido \$142.273.850.756 con fecha de corte 30/09/2015, es decir un 72% del valor asignado, a través de:

- La contratación de servicios de salud con las 22 ESE (Primer I, II y III nivel a 29 de febrero de 2016) incluida la prestación de servicios de salud para la población desplazada
- La contratación de servicios de salud con red complementaria cuenta con tres contratos así: Cancerológico hasta el 30 de noviembre de 2015, medicamentos como Genzyme hasta 29 de Junio de 2016 y Audifarma hasta el 30 Junio de 2016
- Pago de urgencias a junio de 2015 e incluso pago parcial del mes de julio de 2015.
- Pago De Conciliaciones Por Servicios Prestados.
- Pago de cumplimientos de fallos de tutela.
- Se ha realizado pago por resolución motivada de giro por prestación de servicios de salud para la población declarada inimputable.
- Contratación de servicios personales de apoyo para la gestión de contratación de servicios de salud para la población pobre no asegurada participante vinculada.

Durante el último cuatrienio 2012-2015 el proyecto para la atención a la población pobre no asegurada ha presentado la siguiente apropiación presupuestal:

**Tabla 43 Atención a la Población pobre No Asegurada con apropiación presupuestal.**

DESCRIPCION	2012	2013	2014	2015	
	EJECUTADO 31/DICIEMBRE	EJECUTADO 31/DICIEMBRE	EJECUTADO 31/DICIEMBRE	ASIGNADO	EJECUCION SEPTIEMBRE
RED ADSCRITA	105.045.256.586	285.129.471.156	197.536.892.121	139.229.504.965	112.305.120.759
APOYO	6.267.185.120	5.197.605.762	6.891.365.873	8.255.511.000	7.633.489.802
RED COMPLEMENTARIA	2.580.603.042	30.781.861.948	35.814.401.537	43.614.228.256	20.848.841.145
INTERVENTORIA	2.659.974.427	3.674.820.189	-	4.376.704.736	-
GRATUIDAD	8.500.000	2.188.332.884	4.713.903	1.500.000.000	1.486.399.050
<b>TOTALES</b>	<b>116.561.519.175</b>	<b>326.972.091.939</b>	<b>240.247.373.434</b>	<b>196.975.948.957</b>	<b>142.273.850.756</b>

Fuente: Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud (septiembre 30/ 2015)

En el marco de la normatividad vigente el sistema de seguridad social en salud tienen múltiples fuentes de financiamiento, tanto de nivel nacional como territorial. Para el caso de Bogotá, los recursos presupuestados para salud (Población pobre no asegurada) provienen de:

- **Sistema General de Participaciones:** Que son recursos (ingresos corrientes) que la Nación transfiere o cede por mandato de la Constitución a las entidades territoriales, para la financiación de ciertos servicios que por Ley deben prestar, entre ellos el servicio de Salud.

Estos recursos se destinan para la financiación de (a) el régimen Subsidiado, (b) prestación de servicios de salud a población pobre y vulnerable no afiliada a los regímenes de seguridad social en salud y (c) Salud Pública. (De acuerdo a Ley 715/01 y Documentos conpes).

- **Aporte Ordinario del Distrito** :Recursos de libre destinación que recauda el Distrito capital y asigna para la atención en salud de la población, proveniente de impuestos distritales
- **Rentas Cedidas/ Recursos provenientes de Cervezas y licores:** De acuerdo con el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011 se destinara el 50% del recaudo por concepto de Cerveza al proyecto 875 y Licores el 50%, funcionamiento Ley 715 de 2001 para prestación de servicios para la población pobre no asegurada.
- **Recursos de Capital:** Son rendimientos financieros, Excedentes financieros, que generen las demás fuentes del sistema de salud.
- **Otros Recursos:** Compuestos por rentas contractuales, multas y otros ingresos no tributarios.

**12.3.3 ¿Cuáles son las Entidades Promotoras de Salud que operan en su territorio?, los usuarios las catalogan como buenas, regulares o malas con respecto a sus funciones, cuales son los resultados de satisfacción en cuanto al acceso a los servicios, cual es la cartera.**

### **Empresas Administradoras de Planes de Beneficio que operan en Bogotá, D.C**

#### **Régimen Subsidiado:**

Tras la expedición de la Ley 1438 de 2011 y la extinción de los contratos entre las Direcciones Territoriales de Salud y las EPSS, se adopta el procedimiento de inspección, vigilancia y seguimiento a las EPS del Régimen Subsidiado. Entonces, en abril de 2011, operaban ocho EPS así:

Salud Cóndor, Colsubsidio, Ecoopsos, Humana Vivir, Solsalud, Salud total, Caprecom, Unicajas Comfacundi.

En el año 2012, la EPS Salud Cóndor fue objeto de intervención para liquidar y las EPSS Colsubsidio y Ecoopsos se retiraron voluntariamente del Distrito Capital.

En el año 2013, en mayo, las EPSS Humana Vivir y Solsalud son sometidas a intervención para liquidar. Entonces, los usuarios de dichas EPS pasaron a las EPSS Caprecom y Capital Salud (antes Salud total EPSS), pues entonces la EPSS Unicajas estaba bajo medida de vigilancia especial con prohibición de afiliación.

Desde entonces operan las EPSS CAPRECOM, Unicajas y Capital Salud. No obstante, en diciembre de 2013, el Ministerio de Salud expide el Decreto 3047 mediante el cual se establece la movilidad entre regímenes que se hizo vigente en junio de 2014. Desde entonces, las trece EPS del Régimen Contributivo incluyen en su población a usuarios con



subsidio en salud, aquellos que han perdido su capacidad de pago y gozan del derecho a movilidad dado que su encuesta SISBEN les clasifica en niveles 1 o 2.

**Régimen Contributivo:**

En enero de 2013 se dio comienzo a las actividades de inspección y vigilancia a las EPSC del Distrito Capital en el marco de la meta establecida en el Plan de Desarrollo Bogotá Humana aprobado por el Concejo Distrital mediante Acuerdo 489 de 2012. Entonces operaban 19 EPSC a saber:

Humana vivir, Solsalud, Colpatria, Golden group, Salud total, Sura, Saludcoop, Cafesalud, Cruz blanca, Servicio Occidental de Salud, Aliansalud, Salud Vida, Famisanar, Sanitas, Coomeva, Compensar, Nueva EPS, Ut comfenalco Valle, Ut comfenalco Antioquia.

Las EPSC HUMANA VIVIR y SOLSALUD fueron sometidas a intervención para liquidar. Posteriormente, COLPATRIA desaparece como EPS. Luego, en el año 2014, GOLDEN GROUP fue objeto de intervención para liquidación.

Actualmente operan las siguientes EPSC:

Salud total, Sura, Saludcoop, Cafesalud, Cruz blanca, Servicio Occidental de Salud, Aliansalud, Salud vida, Famisanar, Sanitas, Coomeva, Compensar, Nueva eps.

Las UT COMFENALCO operan en alianza con COMPENSAR EPS para garantizar la atención a sus afiliados en Bogotá DC.

Sin embargo es importante aclarar que con el Decreto 3047 de 2013 todas las EPS de régimen subsidiado y contributivo pueden operar en ambos regímenes a través del proceso de movilidad.

**Población afiliada.**

La afiliación del régimen subsidiado es realizada por tres (3) EPS-S en la ciudad, Capital salud, con el 65,27% de afiliados; Caprecom con el 16,13% de los afiliados y Unicajas - Comfacundi con el 6,16% de afiliación, el restante 12,44% se encuentra distribuida en 13 EPS-C (de acuerdo a lo establecido en los procesos de movilidad entre regímenes).

**Tabla 44 Afiliados régimen Subsidiado**

<b>Código</b>	<b>EPS-S</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
EPSS34	CAPITAL SALUD	845.882	65,27%
EPS020	CAPRECOM	208.981	16,13%
CCF053	COMFACUNDI UNICAJAS	79.798	6,16%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.134.661</b>	<b>87,56%</b>
EPSS17	FAMISANAR (RS)	39.544	3,05%
EPSS02	SALUD TOTAL (RS)	25.482	1,97%
EPSS08	COMPENSAR (RS)	24.920	1,92%
EPSS13	SALUDCOOP (RS)	19.966	1,54%
EPSS37	NUEVA EPS (RS)	12.739	0,98%
EPSS23	CRUZ BLANCA (RS)	10.955	0,85%
EPSM03	CAFESALUD (RS)	8.655	0,67%
EPSS10	SURA (RS)	8.520	0,66%
EPSS05	SANITAS (RS)	5.624	0,43%
EPSS16	COOMEVA (RS)	4.193	0,32%
EPSS01	ALIANSA SALUD (RS)	344	0,03%
EPSS18	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (RS)	281	0,02%
EPSM33	SALUDVIDA (RS)	5	0,00%
	<b>SUBTOTAL MOVILIDAD</b>	<b>161.228</b>	<b>12,44%</b>
	<b>Total general</b>	<b>1.295.889</b>	<b>100,00%</b>

Fuentes:

\* Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.

*NOTA: Datos vigentes hasta el 10 de noviembre de 2015, después de procesar el próximo cierre el ciclo de BDUA*

En cuanto a la distribución de la población del Régimen Contributivo por Entidad Promotora de salud tal como se muestra en el cuadro que se presenta a continuación, de estos el grupo SaludCoop compuesto por SaludCoop EPS, Cafesalud y Cruz Blanca cuenta con aproximadamente el 23% del total de la afiliación. Las Cajas de Compensación Familiar, Famisanar, Compensar, cuentan con el 36%, alcanzando entre 5 entidades el 59% del total de afiliados de este régimen.

**Tabla 45 Afiliados Régimen Contributivo**

<b>Código</b>	<b>EPS-C</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
EPS017	FAMISANAR	1.125.356	18,80%
EPS008	COMPENSAR	1.011.787	16,90%
EPS005	SANITAS	732.113	12,23%
EPS002	SALUD TOTAL	609.056	10,17%
EPS013	SALUDCOOP	586.212	9,79%
EPS037	NUEVA EPS	511.694	8,55%
EPS023	CRUZ BLANCA	413.551	6,91%
EPS003	CAFESALUD	399.118	6,67%
EPS010	SURA	238.231	3,98%
EPS001	ALIANSA SALUD	198.030	3,31%
EPS016	COOMEVA	143.105	2,39%
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	7.603	0,13%
EAS027	FPS FERROCARRILES NACIONALES	4.769	0,08%
EPS033	SALUDVIDA	3.558	0,06%
EPSC34	CAPITAL SALUD (RC)	1.362	0,02%
EPSC20	CAPRECOM (RC)	227	0,00%
ESSC62	ASMET SALUD E.S.S. (RC)	91	0,00%
EPSC03	CAFESALUD (RC)	57	0,00%
EPS012	COMFENALCO VALLE	16	0,00%
CCFC02	COMFAMA (RC)	11	0,00%
ESSC02	EMDISALUD E.S.S. (RC)	9	0,00%
EPS039	GOLDEN GROUP	9	0,00%
ESSC07	MUTUAL SER E.S.S. (RC)	9	0,00%
EPSC22	CONVIDA (RC)	2	0,00%
ESSC33	COMPARTA E.S.S. (RC)	1	0,00%
	<b>Total general</b>	<b>5.985.977</b>	<b>100,00%</b>

Fuentes:

\* Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015.

NOTA: Datos vigentes hasta el 10 de noviembre de 2015, después de procesar el próximo cierre el ciclo de BDUA

### Satisfacción de los usuarios

En cuanto al desempeño de las EPS, según la encuesta de satisfacción reportada a la Superintendencia Nacional de Salud y dispuesta en la página web por las EPS en cumplimiento de la norma, la siguiente es la calificación que los usuarios otorgan a cada una de las aseguradoras:

**Tabla 46 Tasa de Satisfacción**

#	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL - PORCENTAJE-				
	2012	2013		2014	2015
		SEM I	SEM II		
1	ALIANSALUD			88,03**	
2	SURA			79,31**	
3	SALUDCOOP		84,55	89,12	
4	SALUD TOTAL				98.66
5	CAFESALUD		88.4	88,7	
6	CRUZ BLANCA		86.6	88	
7	SALUDVIDA			90.6	
8	FAMISANAR			91.08***	
9	SANITAS	82.27			
10	SOS		93.6****		
11	COOMEVA			92.1	
12	COMPENSAR			81.93	
13	NUEVA EPS			87	
14	CAPITAL SALUD			63.08	
15	CAPRECOM			71.95	
16	UNICAJAS			63,61	

NOTAS:

\*\* Semestre I de 2014

\*\*\* Semestre II de 2014

\*\*\*\*: [https://www.sos.com.co/wps/wcm/connect/26fef004458d770b3a1f3a764d07f77/rend\\_ctas\\_2013.pdf?MOD=AJPERES](https://www.sos.com.co/wps/wcm/connect/26fef004458d770b3a1f3a764d07f77/rend_ctas_2013.pdf?MOD=AJPERES)

UNICAJAS ES LA ÚNICA EPS CON OPERACIÓN EXCLUSIVA EN BOGOTÁ DC

Cabe anotar también que según la Superintendencia Nacional de Salud, el promedio nacional de la Tasa de Satisfacción Global para todas las EAPB fue 88.74% para el primer semestre de 2014. Fuente: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=82>

## Indicadores De Calidad EPS - 2014 (I Semestre).

En relación con las EPSS, como se ilustra en el cuadro, la tasa de satisfacción global reportada en su carta de desempeño está actualizada a 2014. En las EPSC está desactualizada en el caso de cinco EPS del Régimen Contributivo. Resulta pertinente anotar que la Secretaría Distrital de Salud ha incorporado en su Programa de Inspección y Vigilancia la verificación del Componente denominado Sistema de Información y Atención al Usuario, a partir del 26 de mayo de 2015 y ya ha hecho los requerimientos respectivos a las aseguradoras en cuestión para que actualicen su Carta de Desempeño en lo que atañe al indicador de Satisfacción Global obtenido de la Encuesta realizada semestralmente a sus usuarios. Las EPS objeto de requerimiento son: Sanitas, SOS, Saludcoop, CAFESALUD, Cruz Blanca.

## Cartera

Las cifras aportadas proceden del reporte realizado por los hospitales públicos distritales en el marco del Decreto 2193 de 2004, con corte a 30 de septiembre de 2015.

**Tabla 47 Cartera Régimen Subsidiado - Bogotá Corte septiembre 2015 Discriminado por EPSS**

EPS-S	hasta 60	de 61 a 90	de 91 a 180	de 181 a 360	mayor 360	TOTAL CARTERA	RECONOCIDA	NO RECONOCIDA
UNICAJAS	\$ 4.650.447.615	\$ 1.890.375.640	\$ 3.761.631.390	\$ 3.927.637.690	\$ 6.782.629.131	\$ 21.012.721.466	\$ 3.098.949.164	\$ 1.523.752.702
COLSUBSIDIO	\$ 688.326.618	\$ 127.521.805	\$ 172.417.766	\$ 338.748.690	\$ 1.802.048.042	\$ 3.129.062.921	\$ 179.286.973	\$ 110.121.828
CAPRECOM	\$ 15.099.592.866	\$ 4.890.576.904	\$ 13.251.167.956	\$ 30.941.889.496	\$ 60.232.219.855	\$ 124.415.447.077	\$ 14.505.351.588	\$ 1.212.189.798
CAPITAL SALUD	\$ 70.468.451.162	\$ 22.141.588.685	\$ 49.777.766.147	\$ 33.890.206.512	\$ 10.860.963.105	\$ 187.138.975.611	\$ 41.824.695.061	\$ 31.566.696.446
ECOOPSOS	\$ 3.041.712.970	\$ 1.159.650.934	\$ 3.508.106.590	\$ 2.568.331.980	\$ 10.641.228.251	\$ 20.919.030.725	\$ 1.352.589.136	\$ 2.396.548.423
SALUD TOTAL	\$ 179.780.375	\$ 105.295.185	\$ 369.954.814	\$ 107.710.089	\$ 3.123.592.527	\$ 3.886.332.990	\$ 655.560.854	\$ 32.461.113
OTRAS EPSS	\$ 18.017.782.871	\$ 9.633.509.930	\$ 16.185.518.968	\$ 16.490.888.434	\$ 43.198.697.043	\$ 103.526.397.246	\$ 9.130.137.735	\$ 3.766.505.365
<b>SUBTOTAL EPSS</b>	<b>\$112.146.094.477</b>	<b>\$ 39.948.519.083</b>	<b>\$ 87.026.563.631</b>	<b>\$ 88.265.412.891</b>	<b>\$ 136.641.377.954</b>	<b>\$464.027.968.036</b>	<b>\$ 70.746.570.511</b>	<b>\$ 40.608.275.675</b>
<b>EPSS LIQUIDADAS</b>								
CONDOR	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 7.041.254.279	\$ 7.041.254.279	\$ 426.110	\$ 14.858.087
HUMANIA VIVIR	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 38.622.959.102	\$ 38.622.959.102	\$ 520.776	\$ 42.337.864
SOLSALUD	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 223.386.827	\$ 18.742.902.653	\$ 18.966.289.480	\$ 1.488.985	\$ 337.135.221
OTRAS EPSS LIQUIDADAS	\$ 1.063.360	\$ -	\$ 45.439	\$ 2.699.630	\$ 65.165.347.688	\$ 65.169.156.112	\$ 716.300.447	\$ 1.082.007.535
<b>SUBTOTAL EPSS LIQUIDADAS</b>	<b>\$ 1.063.360</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 45.439</b>	<b>\$ 226.086.457</b>	<b>\$ 129.572.463.717</b>	<b>\$129.799.658.973</b>	<b>\$ 718.736.318</b>	<b>\$ 1.476.338.707</b>
<b>TOTAL CARTERA EPSS-BOGOTA</b>	<b>\$112.147.157.837</b>	<b>\$ 39.948.519.083</b>	<b>\$ 87.026.609.070</b>	<b>\$ 88.491.499.348</b>	<b>\$ 266.213.841.671</b>	<b>\$593.827.627.009</b>	<b>\$ 71.465.306.829</b>	<b>\$ 42.084.614.382</b>
<b>PARTICIPACIÓN PORCENTUAL</b>	<b>18,89%</b>	<b>6,73%</b>	<b>14,66%</b>	<b>14,90%</b>	<b>44,83%</b>	<b>100,00%</b>		

Fuente SIHO 2193: Datos preliminares

El total de la cartera de régimen subsidiado para las ESE distritales es de \$593.827.627.009 de los cuales las más elevadas corresponden a la EPSS Capital Salud con el 33%; CAPRECOM con el 26.81 % , y las EPSS liquidadas corresponde al 17.32 % .

**Tabla 48 Total de cartera Nacional - Discriminada por concepto - corte a septiembre de 2015**

CONCEPTO	hasta 60	de 61 a 90	de 91 a 180	de 181 a 360	mayor 360	TOTAL CARTERA	RECONOCIDA	NO RECONOCIDA
CONCEPTO DIFERENTE A VENTA DE SS	\$ 6.725.407.484	\$ 508.253.341	\$ 2.898.559.087	\$ 13.710.472.163	\$ 7.418.816.329	\$ 31.261.508.404	\$ 212.339.391	\$ -
CONTRIBUTIVO	\$ 16.391.977.230	\$ 6.500.111.346	\$ 15.651.695.882	\$ 13.842.642.053	\$ 37.237.170.935	\$ 89.623.597.446	\$ 7.749.718.357	\$ 3.179.962.610
OTROS DEUDORES POR VTA DE SERVICIOS DE SALUD	\$ 21.263.304.397	\$ 3.537.679.771	\$ 8.003.202.238	\$ 25.908.596.254	\$ 59.612.422.166	\$ 118.325.204.826	\$ 19.455.254.865	\$ 2.433.449.954
POBL. POBRE (SECR. DPTALES)	\$ 19.781.914.194	\$ 2.997.223.346	\$ 4.567.274.768	\$ 7.787.000.217	\$ 39.472.722.859	\$ 74.606.135.384	\$ 8.647.064.108	\$ 3.098.279.541
POBL. POBRE (SECR. MPLES / DISTRIALES)	\$ 4.893.108	\$ 2.942.120	\$ 4.047.936	\$ 19.134.404	\$ 112.185.449	\$ 143.203.017	\$ 6.520.677	\$ 5.560.141
SOAT-ECAT	\$ 4.056.502.393	\$ 1.743.507.752	\$ 3.495.763.825	\$ 6.723.669.416	\$ 26.502.652.467	\$ 42.522.095.853	\$ 4.019.719.058	\$ 7.283.355.549
SUBSIDIADO	\$ 112.147.157.837	\$ 39.948.519.083	\$ 87.026.609.070	\$ 88.491.499.348	\$ 266.213.841.671	\$ 593.827.627.009	\$ 71.465.306.829	\$ 42.084.614.382
<b>TOTAL CARTERA</b>	<b>\$ 180.371.156.643</b>	<b>\$ 55.238.236.759</b>	<b>\$ 121.647.152.806</b>	<b>\$ 156.483.013.855</b>	<b>\$ 436.569.811.876</b>	<b>\$ 950.309.371.939</b>	<b>\$111.555.923.285</b>	<b>\$ 58.085.222.177</b>
<b>PARTICIPACION PORCENTUAL</b>	<b>19%</b>	<b>6%</b>	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>46%</b>			

Fuente SIHO 2193: Datos preliminares

Del total de la cartera, **\$309.371.939 (60,98%)** corresponde al régimen subsidiado, seguido por los deudores por venta de servicios de salud con el 13,65%. Nuevamente la cartera superior a 360 días es la más alta con una participación del 46%.

**Tabla 49 Total cartera Nacional - Corte a Junio de 2015 Discriminada por Hospital**

HOSPITALES	hasta 60	de 61 a 90	de 91 a 180	de 181 a 360	mayor 360	TOTAL CARTERA	RECONOCIDA	NO RECONOCIDA
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	\$ 576.761.128	\$ 1.463.379.969	\$ 1.225.835.285	\$ 1.179.787.574	\$ 3.408.811.948	\$ 7.854.575.904	\$ 1.333.219.100	\$ 725.305.505
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	\$ 3.948.534.512	\$ 1.124.399.639	\$ 2.405.719.243	\$ 3.418.378.364	\$ 6.281.587.848	\$ 17.178.619.606	\$ 2.254.924.854	\$ -
ESE HOSPITAL CHAPINERO	\$ 113.081.667	\$ 242.656.476	\$ 806.402.628	\$ 1.438.160.179	\$ 2.467.258.385	\$ 5.067.559.335	\$ 2.117.153.028	\$ 51.733.870
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	\$ 995.585.186	\$ 69.650.431	\$ 332.202.671	\$ 1.063.045.104	\$ 1.754.048.895	\$ 4.214.532.287	\$ 1.915.586.343	\$ 3.207.184
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	\$ 4.427.756.281	\$ 322.149.367	\$ 2.323.473.659	\$ 4.136.902.630	\$ 5.577.129.139	\$ 16.787.411.076	\$ -	\$ 79.684.501
ESE HOSPITAL EL TUNAL	\$ 29.840.771.277	\$ 6.688.827.371	\$ 18.546.393.700	\$ 15.672.333.338	\$ 65.240.521.281	\$ 135.988.846.967	\$ 11.755.284.894	\$ 8.613.706.590
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	\$ 11.243.246.603	\$ 2.964.906.830	\$ 7.499.018.846	\$ 5.977.501.377	\$ 15.100.198.768	\$ 42.784.872.424	\$ 4.899.968.989	\$ 3.470.968.161
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	\$ 29.662.068.983	\$ 18.822.711.347	\$ 15.739.553.652	\$ 18.713.416.810	\$ 62.774.670.204	\$ 145.712.420.996	\$ 18.945.733.666	\$ 17.129.026.706
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	\$ 15.924.076.635	\$ 3.537.670.412	\$ 16.559.921.280	\$ 11.671.495.525	\$ 27.160.780.070	\$ 74.853.943.922	\$ 9.198.672.242	\$ 7.321.048.964
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	\$ 8.862.174.264	\$ 5.870.376.251	\$ 17.461.460.634	\$ 28.884.455.776	\$ 81.840.928.076	\$ 142.919.395.001	\$ 13.851.042.266	\$ 3.806.203.292
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	\$ 1.578.096.654	\$ 441.770.589	\$ 900.107.526	\$ 2.361.647.893	\$ 9.324.122.359	\$ 14.605.745.021	\$ 5.125.000.675	\$ 86.171.211
ESE SAN CRISTOBAL	\$ 760.370.353	\$ 136.099.043	\$ 257.816.905	\$ 3.001.116.759	\$ 2.502.536.661	\$ 6.657.939.721	\$ 1.983.973.226	\$ 259.275.992
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	\$ 18.219.196.124	\$ 3.555.075.719	\$ 7.953.174.668	\$ 12.103.726.567	\$ 31.757.055.611	\$ 73.588.228.689	\$ 8.734.244.460	\$ 2.228.967.513
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	\$ 2.950.999.878	\$ 197.492.699	\$ 596.862.404	\$ 1.987.994.964	\$ 8.375.636.905	\$ 14.108.986.850	\$ 2.630.995.919	\$ 38.630.249
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	\$ 14.862.303.794	\$ 1.766.219.899	\$ 6.090.845.053	\$ 6.028.666.931	\$ 31.777.101.686	\$ 60.525.137.363	\$ 2.097.569.858	\$ 234.065.399
HOSPITAL FONTIBON ESE	\$ 9.921.380.990	\$ 1.777.565.439	\$ 4.010.043.802	\$ 4.967.915.685	\$ 17.089.516.459	\$ 37.766.422.375	\$ 7.561.953.051	\$ 4.718.739.488
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	\$ 9.428.406.780	\$ 3.037.756.540	\$ 9.642.411.680	\$ 11.843.647.972	\$ 35.376.261.884	\$ 69.328.484.856	\$ 6.558.317.846	\$ 3.613.876.521
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	\$ 1.369.791.275	\$ 193.036.979	\$ 148.703.194	\$ 884.214.549	\$ 981.362.732	\$ 3.577.108.729	\$ 663.176.388	\$ 221.273.236
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	\$ 6.785.074.083	\$ 759.187.813	\$ 1.299.956.820	\$ 11.706.703.671	\$ 3.068.756.211	\$ 23.619.678.598	\$ 953.398.374	\$ 119.112.522
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	\$ 1.214.474.129	\$ 331.553.105	\$ 681.463.557	\$ 2.280.178.890	\$ 1.185.034.829	\$ 5.692.704.510	\$ 2.604.317.140	\$ 490.161.482
HOSPITAL SAN BLAS - II NIVEL ESE	\$ 4.678.255.618	\$ 836.039.213	\$ 4.625.379.276	\$ 3.878.611.312	\$ 10.803.902.486	\$ 24.822.187.905	\$ 2.684.670.052	\$ 1.560.157.872
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	\$ 3.008.750.429	\$ 1.099.711.628	\$ 2.540.406.323	\$ 3.283.111.985	\$ 12.722.589.439	\$ 22.654.569.804	\$ 3.686.720.914	\$ 3.313.905.919
<b>CARTERA TOTAL</b>	<b>\$ 180.371.156.643</b>	<b>\$ 55.238.236.759</b>	<b>\$ 121.647.152.806</b>	<b>\$ 156.483.013.855</b>	<b>\$ 436.569.811.876</b>	<b>\$ 950.309.371.939</b>	<b>\$ 111.555.923.285</b>	<b>\$ 58.085.222.177</b>
<b>PARTICIPACION PORCENTUAL</b>	<b>19%</b>	<b>6%</b>	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>46%</b>			

Las ESE distritales con mayor participación en la cartera del régimen subsidiado son: Hospital Occidente de Kennedy con un 17,34%, Tunal participa con un 15,93% y Simón Bolívar con un 13,39%, en estas tres ESE está concentrado el 46,66% de las deudas de este régimen.

**12.3.4 ¿Cuál es el total de recursos, en pesos, destinados al régimen subsidiado con todas las fuentes. (SGP, Fosyga, rentas cedidas, recursos propios, etc.) distintos de gastos administrativos, son suficientes, que problemas que se tienen y posibles soluciones?**

Los siguientes son los recursos destinados durante el último cuatrienio para garantizar el acceso efectivo a la salud de la población del régimen subsidiado en salud en el Distrito Capital:

**Tabla 50 Fuentes de Financiación del Proyecto 885 Acceso Universal y efectivo a la Salud - Régimen Subsidiado**

Años Calendario	0	1	2	3	4	TOTAL
TOTAL COSTOS	2012	2013	2014	2015	2016	
Rentas Cedidas	51.798.933.202	112.273.718.964	119.748.198.204	124.352.134.000	161.827.015.630	570.000.000.000
FOSYGA (Incluye CCF)	139.100.959.971	428.627.548.700	433.494.267.228	502.973.319.000	190.718.881.923	1.694.914.976.822
Sistema General de Participaciones	111.415.243.587	212.280.388.363	246.858.383.118	310.711.604.534	260.675.029.422	1.141.940.649.024
Otros Ingresos	-	-	-	-	-	-
Aporte Ordinario del Distrito Capital	3.905.652.500	18.430.648.497	22.473.377.080	32.567.870.000	40.485.708.000	117.863.256.077
Recursos de Capital	7.563.052.130	21.115.337.000	23.888.054.758	29.908.397.992	1.806.276.197	84.281.118.077
<b>Total Financiación</b>	<b>313.783.841.390</b>	<b>792.727.641.524</b>	<b>846.462.280.388</b>	<b>1.000.513.325.526</b>	<b>655.512.911.172</b>	<b>3.609.000.000.000</b>

Precios Corrientes

\* Del presupuesto 2015 al 31/09/2015 se han ejecutado \$ 713.845.760.446 correspondiente al 71% del año

El proyecto incluye 3 tipos de gastos así:

**Tabla 51 Tipo de Gasto del proyecto 885**

Tipo de Gasto	Recursos asignados para el cuatrienio	% Part.
1. Subsidios y Operaciones Financieras	\$ 3.573.459.060.999	99,0%
2. Dotación	\$ 5.414.966.224	0,2%
3. Talento Humano	\$ 30.125.972.777	0,8%
<b>Total recursos cuatrienio</b>	<b>\$ 3.609.000.000.000</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Dirección de Aseguramiento

### **Subsidios y operaciones financieras:**

La ley 1438 de 2011 en su artículo 31 crea el mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado. Las fuentes destinadas al aseguramiento de los afiliados al régimen subsidiado, provienen de recursos de orden nacional y municipal, los cuales deben presupuestarse en su mayoría sin situación de fondos.

Los recursos de Régimen Subsidiado son ejecutados mensualmente de acuerdo con la Liquidación Mensual de Afiliados que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social con la población activa en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

**Tabla 52 Recursos ejecutados por fuente de Financiación**

Fuentes De Financiación	Presupuestarían en la Entidad Territorial	Responsable del Giro
1. Sistema General de Participaciones – SGP	Sin Situación de Fondos	Ministerio de Salud y Protección Social
2. FOSYGA		
3. Col juegos		
4. Cajas de Compensación Familiar		
5. Esfuerzo Propio	Con Situación de Fondos	Fondo Financiero Distrital de Salud

Fuente: Dirección de aseguramiento.

Los giros de la fuente Esfuerzo Propio (Rentas Cedidas, Aporte Ordinario y Recursos de Capital) se manejan actualmente con situación de fondos. Se realizan desde el Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS, de acuerdo a la Autorización que radique la EPS S con la dispersión a la Red Prestadora de Servicios de Salud.

Los Recursos de Cajas de Compensación Familiar – CCF, SGP, Esfuerzo Propio – Coljuegos y FOSYGA son girados por el Ministerio de Salud y Protección Social a nombre de la Entidad Territorial y el Fondo Financiero Distrital de Salud lo registra “Sin Situación de Fondos”. De la misma manera se realiza el giro a la Superintendencia Nacional de Salud correspondiente al 0.4% mensualmente.

Este tipo de gasto ha permitido garantizar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado del Distrito Capital. Los recursos asignados para el cuatrienio son \$3.5 billones con un porcentaje de participación del 99% del valor total.

**Dotación:**

Los recursos asignados para el cuatrienio son \$**5.415** millones con un porcentaje de participación del 0.2% del valor total.

Este tipo de gasto ha permitido contar con personal promoción y estrategias para la afiliación al Régimen Subsidiado, mantener a disposición de la ciudadanía la Línea 195 como canal de comunicación para informar los requisitos para la afiliación, así como la eliminación de barreras de acceso a la prestación de servicios de salud.

**Recurso Humano:**

Los recursos asignados para el cuatrienio son \$**30.126** millones con un porcentaje de participación del 0.8% del valor total.

Este tipo de gasto ha permitido contar con el apoyo administrativo, profesional y técnico para buscar el aseguramiento universal de la población del Distrito Capital al SGSSS, desarrollar el proceso de Inspección y Vigilancia de las EAPB frente a sus obligaciones SGSSS y el desarrollo del sistema de seguimiento de resultados en salud al total de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio que operan en Bogotá.

**12.3.5 ¿Qué supervisan del régimen subsidiado, cada cuanto, que hacen con la información, esta sistematizada, que hacen con ella, cual es la relación con los organismos de control?**

La Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, ejerce las acciones de inspección, vigilancia y seguimiento a las EPSS, de manera permanente, de conformidad con el Decreto 971 de 2011 y en especial con lo estipulado en el **Artículo 14**. Que dice: “Seguimiento y control del régimen subsidiado. Las entidades territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.

*Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá 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, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.” (Subrayado fuera de texto)*

Para ello se diseña anualmente el programa de inspección y vigilancia, el cual contiene los siguientes ejes:

**Tabla 53 Programa de Inspección y vigilancia por Ejes**

EJES	COMPONENTES	SUBCOMPONENTES
------	-------------	----------------



<b>EJES</b>	<b>COMPONENTES</b>	<b>SUBCOMPONENTES</b>	
1. Acceso a los Servicios de Salud.	1.1 Sistemas de Información	1.1.1 Infraestructura Sistema de Información EPS-S	
		1.1.2 Afiliación y Novedades.	
	1.2 Prestación de servicios de salud	1.2.1 Contratación de red de prestadores	
		1.2.2. Garantía de Calidad en la Atención en Salud	
		1.2.3. Referencia Contra referencia	
		1.2.4 Seguimiento a tutelas	
	1.3 Protección Específica y Detección Temprana de la Enfermedad.	1.3.1 Actividades de Protección específica y detección temprana de la enfermedad	
		1.3.2 Lineamientos de Política Nacional y Distrital en Eventos de Interés en Salud Pública	
		1.3.3 Estrategia de atención Primaria en Salud.	
		1.3.4 Epidemiología	
	1.4 Atención al Usuario y Participación Social	1.4.1. Información y Orientación al Usuario	
		1.4.2 Gestión efectiva de Quejas	
		1.4.3 Satisfacción del Usuario	
		1.4.4 Participación social.	
	2. Uso de los recursos administrados por las EPS-S	2.1. Financiera	2.1.1. Estado de ejecución financiera EPS-S
			2.1.2. Giro de recursos a la red de prestadores
2.1.3 Gestión de glosas y cartera			
2.1.4. Aplicación de Recursos			
2.1.5 Acreedores – Pago de aportes			
3. Gratuidad en Salud	4.1. Copagos	4.1.1. Cumplimiento del proyecto de gratuidad en salud	
		4.1.2 Pagos de copagos a las EPS-S en desarrollo del proyecto de gratuidad	

Fuente: Dirección de Aseguramiento

Dicho seguimiento se realiza de manera mensual y la información queda registrada en los respectivos instrumentos internos establecidos para cada componente objeto de vigilancia, en actas y planes de mejoramiento que son levantados con las EPS-S en cada visita realizada. Estos últimos son consolidados en matrices en Excel que permiten determinar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento concertadas para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de las EPS.

Los incumplimientos reiterados no subsanables que afectan directamente al usuario, son informados a la Superintendencia Nacional de Salud con las respectivas evidencias para que dicho ente de control tome las decisiones a que haya lugar.

Ahora bien, los Entes de Control, Procuraduría General de la Nación, Superintendencia Nacional de Salud y Personería Distrital, desarrollan sus acciones en alianza colaborativa con la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

La Procuraduría y la Superintendencia acompañan de manera sistemática la ejecución de mesas de flujo de recursos y de las actividades inherentes a la Circular 030 de 2013, para garantizar la concertación entre prestadores y pagadores. La Personería Distrital se ocupa principalmente de acompañar la vigilancia a la operación del componente de prestación de servicios de las EPS al igual que la Superintendencia Nacional de Salud desde su grupo de Soluciones Inmediatas en Salud.

## **12.4 Prestación de los servicios**

### **12.4.1 ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta la red de prestación de servicios?**

Desde la Subsecretaria de Planeación y Gestión, Dirección de Análisis de Entidades Adscritas Sectorial se han identificado:

- Alta rotación del recurso Humano Asistencial lo que genera limitaciones en la adherencia a guías de práctica clínica, afecta la continuidad en el manejo integral de los pacientes e impide la generación de compromisos para procesos de mejoramiento continuo.
- Tipo de vinculación precaria del talento humano que genera falta de continuidad y compromiso Institucional
- Dificultades para la consecución de recurso humano en algunas localidades con reconocidos problemas sociales y de seguridad que inducen temor ante agresiones a la misión médica, aunado a bajo nivel de reconocimiento de honorarios.
- Sobreocupación de los servicios de urgencias en los Hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad.
- La contratación de servicios de salud está limitada al régimen subsidiado. La venta de servicios a las EPS de régimen Contributivo representa alrededor del 14% del total facturado por las ESE Adscritas a la SDS; entre otras razones, se argumenta sobre la base de tarifas no competitivas para el mercado.
- Procesos de autorización y demás trámites administrativos de las EPS limitan la integralidad y la continuidad en la atención.
- La recategorización del Riesgo calificada por parte del Ministerio de Salud en la Resolución 1893 de mayo 2015 a los hospitales que actualmente se encuentran ejecutando Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, generó confusión a Nivel Nacional y discrepancias entre los Ministerios de Hacienda y de Salud y Protección Social, dejando entre otros a la Secretaria Distrital de Salud impotente para tomar decisiones frente al manejo de recursos de Cuentas Maestras y, en consecuencia, a los Hospitales lo vuelve a sumir en crisis financiera, por cuanto el ente territorial no puede cumplir con las expectativas de aportar a las ESE los recursos necesarios para el apalancamiento y sostenibilidad financiera, económica y

social de los Hospitales en esta vigencia, situación generada por las reconocidas dificultades para el pago de las EPS a los prestadores.

- Intereses Institucionales, de las ESE, que priman sobre los intereses de las sub redes y la red Distrital.
- Lentitud en la conformación de las redes integradas de servicios de salud, por falta de condiciones reales que permitan el flujo de pacientes entre instituciones, sin mediar trámites administrativos con las EPS

Desde la Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento, Dirección de Provisión de Servicios se ha identificado:

### **Redes Generales**

- Barreras de acceso por el Aseguramiento, (decreto 1683 de 2013 de portabilidad)
- La fragmentación en la prestación de los servicios de salud
- Fallas en la aplicación del sistema de referencia y contrareferencia.
- La disponibilidad de información completa y desagregada de todos los prestadores de servicios de salud y de todas las Empresas Aseguradoras en salud que permitan el análisis de la Demanda y Oferta en Salud en la ciudad.
- Dificultades en la interconexión de los sistemas de información entre las E.S.E. para un adecuado trabajo en red.
- Dificultad en la articulación de los equipos territoriales de salud con los I, II y III niveles

### **Materno Perinatal**

- El no contar con un sistema unificado de información que permita la verificación del proceso de atención de la gestante y el neonato, afecta el conocer la trazabilidad de la misma, entre los diferentes prestadores que participan en la prestación del servicio de salud

### **Rehabilitación**

- Debilidades normativas de orden nacional que enmarquen específicamente las condiciones de prestación de los servicios de rehabilitación y favorezcan la seguridad de los usuarios y la calidad de la atención.
- El marco normativo de habilitación de los servicios no permite identificar el fin de los mismos (diagnóstico, terapéutico o de asesoría), dificultando los análisis de suficiencia.
- Históricamente los servicios de rehabilitación, no se involucraban en los procesos de acompañamiento y gestión de mejoramiento, por lo cual los prestadores de servicios de rehabilitación privados están en una fase incipiente del proceso y algunos de ellos han generado resistencia al proceso.

### **EISP ESPII**

- Dificultad en la disponibilidad de Médicos Pediatras para el desarrollo de acciones de fortalecimiento de la respuesta a los EISP.

- No respuesta de todas las IPS para la documentación, envío, implementación y seguimiento a los planes de respuesta a EISP y a los planes de mejoramiento producto de las unidades de análisis de mortalidad por EISP.
- Alta rotación del talento humano lo que dificulta la apropiación conceptual y técnica y la implementación de las acciones.

### **Salud Mental**

- No existe un funcionamiento en red para los servicios de salud mental en Bogotá
- Los servicios de atención resolutivos en salud mental prestados por la Red pública no cumplen con los criterios de calidad, esperados para dar respuesta a la demanda atendida
- La red pública no cuenta con la capacidad instalada en talento humano e infraestructura para dar respuesta a la demanda potencial, principalmente en servicios de urgencias y hospitalización paciente agudo en salud mental (población adulta) y para población menor de edad no hay oferta en hospitalización psiquiátrica
- Algunos servicios de salud mental ofertados en la red pública y habilitados no cumplen con los estándares normativos de la Res. 2003-2014 para tal fin, ofreciendo una atención en condiciones que atentan contra la seguridad del paciente.
- El ente territorial no cuenta con los equipos de talento humano necesarios para los procesos de vigilancia, control y seguimiento a la calidad requeridos en la prestación de servicios en salud mental.

### **Humanización**

- Falta de articulación intrainstitucional e interinstitucional. Resistencia al cambio cultural institucional hacia la prestación de servicios de salud humanizados pese a las condiciones del sistema nacional de salud.
- Falta en la continuidad para otorgar los recursos

### **Red de Sangre**

- Dificultad en la continuidad de los procesos, con afectación de planes, proyectos y actividades planificadas para el logro de las metas por falta de talento humano

### **Red de Trasplantes**

La financiación y mayor parte de la red de donación y trasplantes, se encuentran soportadas, casi que exclusivamente, en el aporte científico, humano y económico de centros trasplantadores - IPS de carácter privado, situación que es insuficiente y representa además un esfuerzo de carácter mínimo frente a la respuesta a los cientos de pacientes que ameritan de un trasplante de órgano o tejido, siendo necesario replantear los aportes financieros que destina el ente territorial, en cabeza de la coordinación regional de la red, para el fortalecimiento de los diferentes procesos que se adelantan a fin de mejorar tasas de donación, disminuir listas de espera para trasplante y aumentar tasa de trasplantes, tanto a nivel de la ciudad de Bogotá como del área de influencia de la coordinación regional No. 1 de la red de donación y trasplantes (12 departamentos).

### **Urgencias**

- Las barreras de acceso que se presente

- La falta de capacitación del talento humano en salud
- Sobre oferta y demanda de servicios
- Problemas eps

### **Hemocentro Distrital**

Escaso desarrollo y fortalecimiento de una cultura ciudadana para la donación voluntaria de sangre en la ciudad, que afecta el número de unidades colectadas por el Hemocentro. Problemática que debe trabajarse con el Ministerio de Salud desde la Política Nacional de Sangre.

Demasiados actores, especialmente privados, involucrados en la estrategia de donación de sangre, con incentivos para los donantes, no permitidos por las normas vigentes. Lo anterior relacionado con los 15 bancos de sangre existentes en la ciudad de Bogotá, que utilizan metodologías de incentivos de alto costo que el banco de sangre del Hemocentro no aplica por políticas internas.

VARIABLES NO CONTROLADAS POR LA ENTIDAD QUE AFECTAN LA DONACIÓN. Por ejemplo: condiciones climáticas, cancelación de jornadas de colecta de sangre por parte de las entidades donantes, entre otros.

Internamente, fallas en el apoyo logístico necesario para efectuar las jornadas de donación (transporte, recurso humano, material de apoyo, entre otros).

La operación del Banco de tejidos se ha visto afectada a razón de la suspensión de actividades operativas todas vez el vencimiento del certificado de cumplimiento de condiciones sanitarias para la extracción, procesamiento y distribución de tejidos, otorgado por el INVIMA. Dificultades operativas a razón de la falta de personal entrenado según exigencias normativas, lo cual dificulta su consecución y contratación. Disminución de la tasa de donación. Suspensión temporal voluntaria de actividades, con el fin de llevar a cabo adecuaciones en el sistema de aire del Banco de Tejidos.

### **Etapas de Ciclo Vital (Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood Y Vejez)**

Recursos para acondicionar los servicios de salud a las necesidades reales de cada una de las etapas de ciclo vital con enfoque diferencial

Capacitación y conocimiento del modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes

La alta rotación del personal de salud limita la continuidad de los procesos o demora en la ejecución de las acciones

**12.4.2 ¿Existe información sobre la capacidad instalada de la oferta de servicios (ESE, IPS públicas y privadas)?, Que avances se hicieron en infraestructura, dotación y tecnología, recursos financieros y talento humano, contratos pendientes, trabajos por culminar. Cuál es el déficit que se tienen de infraestructura, tecnología, talento humano. ¿Qué metodología se usó para su cálculo?**

## Oferta de Servicios de Salud en el Distrito Capital

A continuación se describen los Prestadores de Servicios de Salud registrados en el REPS según su naturaleza jurídica y el número de sedes que los componen:

**Tabla 54 Oferta de Servicios de Salud en el Distrito Capital**

Tipo de Prestador	Total Prestadores	Total Prestadores con Sedes
Privada	12296	14413
Pública otras	37	71
Pública E.S.E.	22	168
<b>Total general</b>	<b>12355</b>	<b>14652</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

En la categoría de Pública Otras, se incluyen los Prestadores de Servicios de Salud que dentro de su naturaleza jurídica se consideran públicas pero son diferentes a Empresas Sociales del Estado E.S.E.

## Total Prestadores de Servicios de Salud por Clase

De acuerdo a la clase del Prestador de Servicios de Salud se encuentra que el 83.7% son profesionales independientes, el 14% IPS, el 2% Objeto Social diferente y el 0.3% corresponde a transporte especial de pacientes.

**Tabla 55 Total Prestadores de Servicios de Salud por Clase**

Clase de Prestador	Total
Profesional independiente	10342
Instituciones - IPS	1723
Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud	248
Transporte especial de pacientes	42
<b>Total general</b>	<b>12355</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

## Numero de Camas Habilitadas por Naturaleza Jurídica

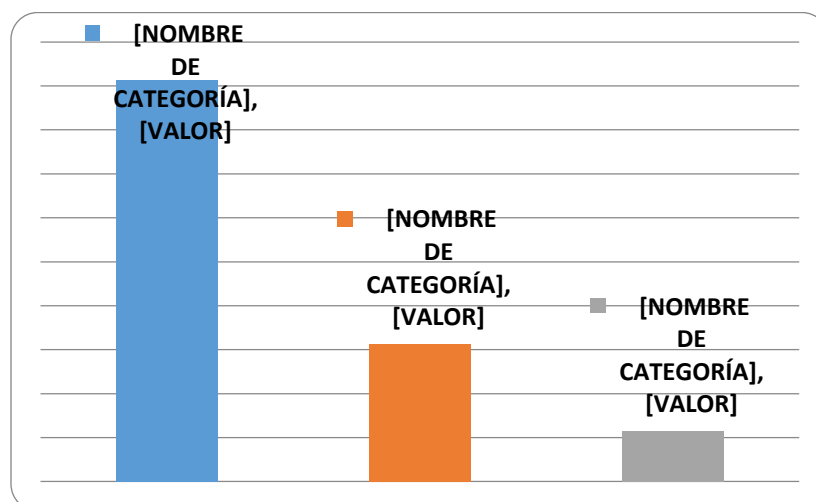
Del total de camas en Bogotá el 68,2% se encuentran en la Red privada, el 23.3% en la Red pública y el 8,5% restante en la Red pública otras; a continuación se evidencia gráficamente la distribución de las camas descrita anteriormente.

**Tabla 56 Numero de Camas habilitadas por Naturaleza Jurídica**

Tipo de Prestador	Total
Privada	9136
Pública E.S.E	3119
Pública Otras	1135
<b>Total General</b>	<b>13390</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

Gráfica 20 Numero de Camas Habilitadas por Naturaleza Jurídica



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

### Numero de Camas Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica

Como se observa en la siguiente tabla, la mayor distribución de camas habilitadas pertenece a las camas: Adulto representadas en un 46.9% del total de camas.

Tabla 57 Numero de Camas Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica

TIPO DE CAMA	Privada	Pública E.S.E	Pública Otras	Total General	Distribución De Camas %
Adultos	4249	1228	803	6280	46,9
Cuidado agudo mental	123	79	0	202	1,5
Cuidado básico neonatal	118	49	2	169	1,3
Cuidado intensivo adulto	704	116	67	887	6,6
Cuidado intensivo neonatal	228	60	16	304	2,3
Cuidado intensivo pediátrico	99	29	16	144	1,1
Cuidado intermedio adulto	333	65	21	419	3,1
Cuidado intermedio mental	33	2	0	35	0,3
Cuidado intermedio neonatal	342	127	45	514	3,8
Cuidado intermedio pediátrico	50	32	1	83	0,6
Farmacodependencia	80	50	0	130	1,0
Institución paciente crónico	256	40	0	296	2,2
Obstetricia	550	377	37	964	7,2
Pediátrica	1163	558	127	1848	13,8
Psiquiatría	789	254	0	1043	7,8
Trasplante de progenitores hematopoyeticos	6	0	0	6	0,0

TIPO DE CAMA	Privada	Pública E.S.E	Pública Otras	Total General	Distribución De Camas %
Unidad de quemados adulto	0	40	0	40	0,3
Unidad de quemados pediátrico	13	13	0	26	0,2
Total general	9136	3119	1135	13390	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

**Tabla 58 Numero de Salas Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica**

Tipo de Sala	Privada	Pública E.S.E	Pública Otras	Total General
Partos	37	22	4	63
Procedimientos	45	0	0	45
Quirófano	487	60	47	594
<b>Total general</b>	569	82	51	702

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

**Tabla 59 Numero de Sillas Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica**

Tipo De Silla	Privada	Pública E.S.E	Pública Otras	Total General
Sillas de hemodiálisis	444	40	11	495
Sillas de quimioterapia	118	7	0	125
Total general	562	47	11	620

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

**Tabla 60 Numero de Ambulancias Habilitadas por Tipo y Naturaleza Jurídica**

TIPO DE AMBULANCIA	Privada	Pública E.S.E	Pública Otras	Total General	% Distribución Ambulancias
<b>BÁSICA</b>	376	108	9	493	72,1
<b>MEDICALIZADA</b>	161	28	2	191	27,9
<b>TOTAL GENERAL</b>	537	136	11	684	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de Consulta: 30 de septiembre de 2015

En cuanto a avances en recursos financieros, se empieza por hablar acerca de las cuentas maestras; la Ley 1608 de 2013, "Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud", cuyo objeto es "*definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del Sector Salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales*", señaló en el numeral 3 de su artículo 2, que dichos recursos se podrán utilizar para "*financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011*".

Con base en la disposición anterior, la siguiente es la distribución de recursos de Cuenta Maestra, con los cuales las Empresas Sociales del Estado en Programa de Saneamiento



Fiscal y Financiero, cubrieron pasivos correspondientes a Proveedores de Bienes y Servicios y Acreedores, anteriores a la vigencia fiscal 2014, así:

**Tabla 61 Distribución de Recursos de Cuentas Maestras 2014**

NOMBRE HOSPITAL	No. Resolución	Fecha Resolución	Valor
HOSPITAL BOSA II NIVEL	998	30/05/2014	284.332.200
	2038	15/12/2014	1.248.383.875
HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	1528	30/05/2014	721.101.224
	2039	26/11/2014	3.260.541.463
HOSPITAL CHAPINERO I NIVEL	1001	30/05/2014	469.059.417
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL	996	30/05/2014	8.976.711.573
	2036	26/11/2015	5.972.162.379
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL	997	30/05/2014	17.984.945.825
	2037	26/11/2014	8.496.613.187
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE I NIVEL	2042	26/11/2014	2.252.804.756
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL	1527	30/05/2014	7.810.447.826
	2040	26/11/2014	3.793.002.975
HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	1000	30/05/2014	20.498.770.770
	2034	26/11/2014	13.000.056.408
HOSPITAL SUBA II NIVEL	999	30/05/2014	15.989.325.347
	2035	26/11/2014	20.654.753.270
<b>TOTAL</b>			<b>131.413.012.495</b>

Fuente: Ejecución resoluciones

### Convenios interadministrativos.

Con base en la normatividad vigente<sup>8</sup>, en armonía con el eje estratégico 1. “Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones

<sup>8</sup> El artículo 209 de la Constitución Política señala que: "(...) La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley."

A su vez, el artículo 6° de la Ley 489 de 1998 indica que: "En virtud del principio de coordinación y colaboración, las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales. En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares". El artículo 95 de la citada Ley 489 de 1998, establece que: "Las entidades públicas podrán asociarse con el fin de cooperar en el cumplimiento de funciones administrativas o de prestar conjuntamente servicios que se hallen a su cargo, mediante la celebración de convenios interadministrativos o la conformación de personas jurídicas sin ánimo de lucro. Las personas jurídicas sin ánimo de lucro que se conformen por la asociación exclusiva de sus entidades públicas, se sujetan a las disposiciones previstas en el Código Civil y en las normas para las entidades de este género. Sus Juntas o Consejos Directivos estarán integrados en la forma que prevean los correspondientes estatutos internos, los cuales proveerán igualmente sobre la designación de su representante legal". Así mismo, sobre el control administrativo la arriba citada Ley 489 de 1998, en su Artículo 107°. Consagra: "Convenios para la ejecución de planes y programas. Con la periodicidad que determinen las normas reglamentarias, la Nación y las entidades territoriales podrán celebrar convenios con las entidades descentralizadas del correspondiente nivel administrativo, para la ejecución de los planes y programas que se adopten conforme a las normas sobre planeación. En dichos convenios se determinarán los compromisos y obligaciones de las entidades encargadas de la ejecución, los plazos, deberes de información e instrumentos de control para garantizar la eficiencia y la eficacia de la gestión. Estos convenios se entenderán perfeccionados con la firma del representante legal de la Nación, o de la entidad territorial y de la respectiva entidad o empresa y podrán ejecutarse una vez acreditada, si a ello hubiere lugar, la certificación de registro de disponibilidad presupuestal. Además de las cláusulas

del desarrollo”, en cumplimiento del objetivo “Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”, cuyo propósito es el 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”<sup>9</sup>; a raíz de la disminución de ingresos para las ESE, por efecto de la política nacional de universalización del aseguramiento, por la igualación del POS sin igualación de la Unidad de Pago por Capitación con el régimen contributivo, a la forma de contratación de las EPS con las ESE que conlleva al pago de los servicios con tarifas por debajo de los costos Hospitalarios y por el giro retardado de los recursos, ha generado problemas graves de iliquidez y flujo de recursos, generando un desequilibrio financiero que afecta el funcionamiento de los Hospitales en detrimento de la eficiente y eficaz prestación de los servicios y sostenibilidad de las ESE, se transfirieron recursos de aporte ordinario en ejecución del Proyecto de Inversión 876 – Redes para la salud y la vida<sup>10</sup>.

El esfuerzo financiero de la Secretaría Distrital de Salud durante las vigencias 2011 a 2015, permitieron que los hospitales cumplieran con los compromisos más apremiantes como son talento humano y proveedores prioritarios; de igual manera se han orientado acciones para que se tomen medidas de austeridad del gasto y se fortalezcan los ingresos que se han deteriorado por los diferentes problemas que enfrenta el sector de la salud, debido a los cambios normativos que regulan a los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que han conllevado a que la red pública distrital, se vea afectada en el flujo de recursos, generando un desequilibrio financiero que afectó el funcionamiento de los Hospitales en detrimento de la eficiente y eficaz prestación de los servicios.

---

usuales según su naturaleza, podrá pactarse cláusula de caducidad para los supuestos de incumplimiento por parte de la entidad descentralizada o empresa industrial y comercial del Estado”.

Por su parte, el artículo 87 del Decreto Distrital 714 de 1996, Estatuto Orgánico del Presupuesto para el Distrito Capital, señala: "Los Órganos y Entidades que conforman el Presupuesto Anual del Distrito Capital, tendrán la capacidad de contratar y comprometer a nombre de la persona jurídica de la que hacen parte y ordenar el gasto en desarrollo de las apropiaciones incorporadas en su presupuesto, lo que constituye la autonomía presupuestal a que se refieren la Constitución Política y la Ley. Estas facultades estarán en cabeza del Jefe de cada Entidad quien podrá delegarlas en funcionarios del nivel directivo y serán ejercidas teniendo en cuenta las normas consagradas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y en las disposiciones legales vigentes".

<sup>9</sup> 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 – Capítulo II – Artículo 8.

<sup>10</sup> Numeral 3. Artículo 8 Acuerdo 489 de 2012.

**Tabla 62 Distribución por E.S.E. Convenios Interadministrativos  
(millones \$)**

HOSPITAL	VALOR 2011	VALOR 2012		VALOR 2013	VALOR 2014			VALOR 2015	
	APORTE ORDINARIO	APORTE ORDINARIO	CTA MAESTRA	APORTE ORDINARIO	APORTE ORDINARIO	RESOLUCION PAGO PASIVOS CTA MAESTRA	RESOLUCION CRUCE DE CTAS FFDS CTAS MAESTRAS	APORTE ORDINARIO	RESOLUCION PAGO PASIVOS CTA MAESTRA
BOSA II NIVEL	4.200	6.489	2.517	2.500	1.698	284	1.248	350	
CENTRO ORIENTE II NIVEL		5.002	951	4.886		721	3.261	300	
CHAPINERO I NIVEL		2.566	500	400	1.825		212	150	
DEL SUR I NIVEL		3.315	2.874	1.100	1.200			145	
TUNAL III NIVEL	9.000	11.197		10.444	5.000				
ENGATIVA II NIVEL	5.200	11.949	6.830	7.483		8.977	5.972	6.970	
FONTIBON II NIVEL	500	8.632	1.304	400				3.190	
LA VICTORIA III NIVEL	2.000	8.022	3.255	7.909				2.668	
MEISSEN II NIVEL	2.000	17.263	10.710	14.588		17.985	8.497	913	
NAZARETH I NIVEL	450	1.980						1.045	
OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	8.500	11.735		8.500				13.465	
PABLO VI I NIVEL		1.886			1.320			2.654	
RAFAEL URIBE URIBE I NIVEL	1.000	3.356	1.128	2.300	1.331		2.253	756	
SAN BLAS II NIVEL	1.000	5.538	2.727	9.000		5.842	3.793	920	1.318
SAN CRISTOBAL I NIVEL		1.390						145	
SANTA CLARA III NIVEL	2.000	13.340		6.000	5.250			1.320	
SIMON BOLIVAR III NIVEL	2.400	15.809	9.700	21.000		20.230	13.000	3.717	
SUBA II NIVEL	10.500	9.097	4.591	18.100		12.245	20.655	4.401	
TUNJUELITO II NIVEL	1.300	3.413		2.190				1.550	
USAQUEN I NIVEL	800	1.747	500	400				145	
USME I NIVEL	2.000	3.849	3.230	1.700				145	
VISTA HERMOSA I NIVEL		1.549						1.231	
<b>TOTAL</b>	<b>52.850</b>	<b>149.123</b>	<b>50.817</b>	<b>118.900</b>	<b>17.624</b>	<b>66.283</b>	<b>58.890</b>	<b>45.236</b>	<b>1.318</b>

Fuente: Ejecuciones Convenios Interadministrativos

Con la ejecución de los recursos de los convenios de 2011 los hospitales se comprometían a: Conformar las redes territoriales de las Empresas Sociales del Estado, para el desarrollo de un modelo de atención primario en salud a través de las Redes Integradas de servicios de salud; Disponer de un profesional referente de la ESE para ejecutar el convenio, la concertación del plan de trabajo y cronograma para el desarrollo de las actividades; Generar documento de estudios de viabilidad y sostenibilidad de la propuesta de reorganización; Elaboración de los portafolios integrados de las ESE en sus diferentes niveles atención, estrategias de mercadeo, propuestas de ventas de servicio individuales y colectivos en red, Elaborar propuesta de plataforma estratégica de la unidad de red, con procesos comunes de planeación, organización, operación, compra de servicios, gestión de la información y monitoreo; Elaboración de la propuesta de escenarios para la operación funcional en red.

Los logros alcanzados con los convenios suscritos en el 2012 se relacionaron con: elaboración de un diagnóstico de la situación actual de la prestación de los servicios y la situación financiera de cada ESE; formulación de estrategias que garantizarán la prestación de los servicios de salud, observando la viabilidad y sostenibilidad financiera de las ESE y la Red en su conjunto; una propuesta de rediseño institucional a partir de un estudio de cargas laborales; formulación y desarrollo de un programa orientado a los funcionarios pre-pensionados de las ESE; diseño e implementación de estrategias que permitan disminuir el déficit operacional de las ESE; depuración de la cartera con EPS-S y FFDS, y de las cuentas por pagar; acciones de mejoramiento que coadyuvarán a la disminución del

porcentaje de glosa; implementación de acciones que permitieran el programar la prestación de servicios de salud a través del aplicativo Sistema de Información de Referencia y Contra-referencia - SIRC; acciones de mejoramiento que apoyen la gestión de información de los registros individuales de prestación de servicios –RIPS-; desarrollo de acciones para lograr el cumplimiento de los planes de mejora alrededor de Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - SOGC; implementación del sistema de contabilidad de costos; implementación de estrategias de crecimiento en las ventas de servicios de salud, disminución de riesgos asociados con la cartera definida en el corto y mediano plazo e incrementó de los ingresos recaudados; adecuación de los gastos a las necesidades que garantizaran la prestación de los servicios utilizando mecanismos que incentiven la eficiencia en la utilización de los recursos, eliminando aquellos gastos considerados innecesarios o no prioritarios y por consiguiente propender por disminuir el déficit corriente operacional.

Con los recursos de los convenios suscritos en el 2013 se inició la implementación del Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de la red de Empresas Sociales del Estado, para cumplir con el compromiso que adquirió la SDS con el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual incluye una serie de medidas de ajuste institucional tendientes a lograr el equilibrio operacional y sostenibilidad de la red pública adscrita a la SDS de Bogotá, D.C. Con este programa se busca que la red opere coordinadamente en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera de las Empresas Sociales del Estado que las conforman.

En el año 2014, la ejecución de los recursos se orientó al fortalecimiento de los servicios avalados en el marco de Red, el mejoramiento continuo de la calidad de los mismos, garantizando de manera permanente el recurso humano idóneo y suficiente, así como la implementación y desarrollo de servicios como Unidad de Hemodinamia, Rehabilitación Cardíaca y Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Unidad de Dolor, Fortalecimiento Red de rehabilitación, Fortalecimiento respuesta eventos de salud pública de interés internacional (ESPII) Hospital Santa Clara; traslado de los pacientes que ingresen a los servicios de urgencias, desde la atención en triage, de los Hospitales de la Subred Sur Occidente, conformada por los hospitales Occidente de Kennedy, Fontibón, Bosa, Del Sur y Pablo VI Bosa, que permitan una mejor utilización de la capacidad instalada en estos servicios, la resolutivez de las atenciones, mejorando la oportunidad y la calidad en los procesos de atención y actualizar y socializar permanentemente el portafolio de servicios y la información de capacidad instalada disponible en los hospitales de la subred, con el fin de facilitar la ubicación efectiva de pacientes de acuerdo con la oferta de servicios.

El Hospital el Tunal III Nivel, ha venido implementando y desarrollando la Unidad de Trauma y Cirugía Compleja, Unidad de Dolor, el Programa de Hospitalización Domiciliaria y el fortalecimiento red de Rehabilitación; el seguimiento a la implementación de la respuesta de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS públicas y privadas a los eventos de interés en salud pública –EISP; el mejoramiento y seguimiento de la red de rehabilitación, el fortalecimiento, acompañamiento y asistencia técnica de los procesos para el mantenimiento del sistema de gestión de Calidad; la implementación y seguimiento a los riesgos clínicos a través de la monitorización de las acciones de mitigación con énfasis en el servicio de urgencias y hospitalización; la implementar de las

herramientas de humanización en los servicios de urgencias y hospitalización que fortalezca los valores institucionales, son acciones implementadas por el Hospital Rafael Uribe en el marco de la red prestadora de servicios de salud.

En el año 2015, se ha fortalecido la red pública con convenios para programas de Humanización, POCT, Rutas de la Salud, Redes Especializadas Altamente Resolutivas, Telesalud y Central de Asistencia Telefónica.

Cabe destacar, el fortalecimiento de la red pública a través del modelo de especialización de las Empresas Sociales del Estado de la red pública del distrito capital. “redes especializadas altamente resolutivas” (REAR), como una herramienta para mejorar la capacidad resolutiva en respuesta a las necesidades en salud de la población, dada la debilidad e insuficiencia del talento humano en el área asistencial, en servicios prioritarios requeridos para dar respuesta integral al perfil de morbilidad de la población, en especial, la que se encuentra con condiciones crónicas y lesiones de causa externa. Estas carencias son más notorias en especialidades tales como: Medicina Interna, Cardiología, Electrofisiología Cardíaca, Cirugía Cardiovascular, Cirugía de Mano, Cirugía Vascular, Nefrología, especialidades Oncológicas (médicas y quirúrgicas), Cirugía de Trauma en especial Ortopedia, y supra especialidades ortopédicas, Cirugía Neurológica, Cirugía Vascular, entre otras.

A fin de dar continuidad a la operación de la Red Prestadora de Servicios de Salud, en la vigencia fiscal 2015, a través de la estrategia de fortalecimiento y especialización de los hospitales de la red pública adscrita al D.C se materializa el fortalecimiento de servicios especializados y supra especializados deficitarios en las cuatro subredes, Norte, Centro Oriente, Sur y Sur Occidente Distrito, ampliando cobertura de servicios ambulatorios y hospitalarios, para la atención integral e integrada de las necesidades en salud, en el contexto de la red de servicios de salud aprobada para la ciudad de Bogotá, mejorando la oportunidad, la pertinencia y seguridad en la atención en salud, ofreciendo servicios humanizados y con calidez en el abordaje de problemáticas en salud priorizadas para la población del Distrito Capital.

Estas redes son funcionales, no estructurales; se desarrollan en el marco de la red pública, e incluyen en el caso de las redes prioritarias y la de eventos en salud pública, a los prestadores de la red privada, trascendiendo en algunos casos, el territorio distrital. Los servicios se organizan en cada nodo de la red, con recurso humano idóneo, capacitado académicamente; en condiciones dignas laboralmente; con la tecnología apropiada; con el modelo de referencia y contra referencia reorganizado, garantizando integralidad y continuidad en el servicios, a través de la red, y lo más importante: evitando carga administrativa y económica innecesaria e injusta, para el paciente y su familia.

El fortalecimiento y especialización de la red pública ofrece ventajas como:

- Disponer permanentemente de talento humano actualizado y capacitado en la baja y mediana complejidad, complementados y coordinados con especialistas acorde con la demanda.

- Resolver el mayor número de problemas de salud en la baja y mediana complejidad, disminuyendo la presión hacia la alta especialidad.
- Ampliar las agendas de consulta programada y prioritaria en la alta especialidad. }
- Mejorar la oportunidad de los servicios.
- Disminuir la presión hacia las urgencias.
- Lograr mayor satisfacción de los usuarios.
- Incrementar la producción de servicios e ingresos para la ESE

**12.4.3 Es suficiente la capacidad (técnica, infraestructura, tecnológica, recursos financieros y talento humano) de su red prestadora (ESE, IPS públicas y privadas) para la demanda de servicios de salud? ¿Por qué?**

La red de prestadores de servicios del Distrito Capital está soportada principalmente por el sector privado de prestadores (99.5%), correspondiendo la oferta de la red pública al 0.5%, siendo necesario resaltar que esta última es muy representativa en los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y de promoción y prevención, especialmente en las zonas sur y sur occidente de la ciudad. Es necesario anotar, que la mayoría de prestadores privados corresponden a profesionales independientes (más del 70%) y muchas de las IPS registradas, sólo prestan servicios ambulatorios y de apoyo diagnóstico y terapéutico.

En cuanto a la oferta de servicios de salud hospitalarios en la ciudad, desde la perspectiva de que deberían existir mínimo 2,5 camas por 1000 habitantes, se observa deficitaria en alrededor de 6.307 camas, como se observa en la tabla a continuación:

**Tabla 63 Suficiencia de Camas Bogotá D.C.**

Camas	Total general
Adultos	6.280
Cuidado Agudo Mental	202
Cuidado básico neonatal	169
Cuidado Intensivo Adulto	887
Cuidado Intensivo Neonatal	304
Cuidado Intensivo Pediátrico	144
Cuidado Intermedio Adulto	419
Cuidado Intermedio Mental	35
Cuidado Intermedio Neonatal	514
Cuidado Intermedio Pediátrico	83
Farmacodependencia	130
Institución Paciente Crónico	296
Obstetricia	964
Pediátrica	1.848
Psiquiatría	1.043
Transplante de progenitores hematopoyeticos	6
Unidad de Quemados Adulto	40
Unidad de Quemados Pediátrico	26
<b>Total CAMAS</b>	<b>13.390</b>
<b>Poblacion Total</b>	<b>7.878.783</b>
<b>Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes</b>	<b>19.697</b>
<b>Deficit / Superhabit Camas</b>	<b>(6.307)</b>

Este déficit es aún más grave si se considera que esta estimación solo contempla la población de Bogotá DC, sin contar que la ciudad cubre las necesidades de atención hospitalaria de gran parte de la población de la región y del sur del país, como centro de referencia de alta complejidad en este servicio.

Al realizar este análisis por subredes de servicios, en la subred Centro Oriente que tiene una población total de 1.122.980 habitantes y presenta una oferta pública y privada de 3.920 camas, al aplicar el indicador de 2,5 camas por 1000 habitantes, encontramos que existiría un número de camas suficiente para atender la demanda, como se observa a continuación:

**Tabla 64 Suficiencia de camas Red Centro Oriente**

Camas	Privada	Pública E.S.E.	Pública Otros	Total Centro Oriente
Adultos	1.313	350	277	1.940
Cuidado Agudo Mental		75		75
Cuidado básico neonatal	35	16	2	53
Cuidado Intensivo Adulto	163	40	28	231
Cuidado Intensivo Neonatal	56	17	7	80
Cuidado Intensivo Pediátrico	44	7	5	56
Cuidado Intermedio Adulto	138	28	14	180
Cuidado Intermedio Mental				
Cuidado Intermedio Neonatal	71	44	16	131
Cuidado Intermedio Pediátrico	34	19	1	54
Farmacodependencia		50		50
Institución Paciente Crónico	24	40		64
Obstetricia	100	99	14	213
Pediátrica	400	178	23	601
Psiquiatría	97	82		179
Transplante de progenitores hematopoyeticos				
Unidad de Quemados Adulto				
Unidad de Quemados Pediátrico	13			13
Total CAMAS	2.488	1.045	387	3.920
Poblacion Total				1.122.980
Necesidad de camas 2.5 x 1.000 htes				2.807
Deficit / Superhabit Camas				1.113

Al analizar este indicador en la sub red Norte, la cual tiene una población total de 2.875.499 habitantes (siendo la segunda área más habitada del país, luego de Medellín) y presenta una oferta pública y privada de 7.144 camas, encontramos que el número de camas existente sería suficiente para satisfacer la demanda, tal como se observa en la siguiente tabla:



**Tabla 65 Suficiencia de camas Red Norte**

Camas	Privada	Pública	Pública Otros	Total Norte
Adultos	2.685	358	526	3.569
Cuidado Agudo Mental	61	2		63
Cuidado básico neonatal	77	28		105
Cuidado Intensivo Adulto	474	23	39	536
Cuidado Intensivo Neonatal	154	11	9	174
Cuidado Intensivo Pediátrico	55	9	11	75
Cuidado Intermedio Adulto	178	15	7	200
Cuidado Intermedio Mental	13			13
Cuidado Intermedio Neonatal	233	16	29	278
Cuidado Intermedio Pediátrico	16	1		17
Farmacodependencia	59			59
Institución Paciente Crónico	209			209
Obstetricia	393	81	23	497
Pediátrica	759	128	104	991
Psiquiatría	473	121		594
Transplante de progenitores hematopoyeticos	6			6
Unidad de Quemados Adulto		40		40
Unidad de Quemados Pediátrico		13		13
Total CAMAS	5.845	846	748	7.439
Poblacion Total				2.857.499
Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes				7.144
Deficit / Superhabit Camas				295

Sin embargo, cuando se evalúan las subredes Sur y Sur Occidente, en donde viven 1.327.155 habitantes y 2.356.169 habitantes respectivamente, se evidencia que el déficit es de 2.638 y 4.539 camas. En el Sur Occidente de la ciudad la estimación de este indicador es de 0,57 camas x 1.000 habitantes, como se observa en la tabla a continuación:

**Tabla 66 Suficiencia de camas Red Sur**

Suficiencia de camas Red Sur Bogota DC			
Camas	Privada	Pública E.S.E.	Total Sur
Adultos		297	297
Cuidado Agudo Mental			
Cuidado básico neonatal		5	5
Cuidado Intensivo Adulto		29	29
Cuidado Intensivo Neonatal		20	20
Cuidado Intensivo Pediátrico		8	8
Cuidado Intermedio Adulto		15	15
Cuidado Intermedio Mental			
Cuidado Intermedio Neonatal		36	36
Cuidado Intermedio Pediátrico		10	10
Farmacodependencia			
Institución Paciente Crónico			
Obstetricia		97	97
Pediátrica		144	144
Psiquiatría		19	19
Transplante de progenitores hematopoyeticos			
Unidad de Quemados Adulto			
Unidad de Quemados Pediátrico			
Total CAMAS		680	680
Poblacion Total			1.327.155
Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes			3.318
Deficit / Superhabit Camas			(2.638)

En esta zona, en donde existen verdaderas barreras de acceso a los servicios tanto geográficas, de movilidad y económicas, no solamente se evidencia déficit de camas sino también en servicios para atención de eventos de alto costo, como por ejemplo, inexistencia de sillas de hemodiálisis y quimioterapia. Las barreras de acceso curiosamente son mayores para la población del régimen contributivo de estos territorios, que corresponde a más del 75%, considerando que las EPS de este régimen, por lo general, no contrata la red pública de ESE, única oferta existente en la zona Sur.

En el sur de la ciudad, el indicador de camas por habitantes es de 0,51 camas por 1000 habitantes, como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 67 Suficiencia de camas Red Sur Occidente**

Camas	Privada	Pública E.S.E.	Total Sur Occidente
Adultos	251	223	474
Cuidado Agudo Mental	62	2	64
Cuidado básico neonatal	6		6
Cuidado Intensivo Adulto	67	24	91
Cuidado Intensivo Neonatal	18	12	30
Cuidado Intensivo Pediátrico		5	5
Cuidado Intermedio Adulto	17	7	24
Cuidado Intermedio Mental	20	2	22
Cuidado Intermedio Neonatal	38	31	69
Cuidado Intermedio Pediátrico		2	2
Farmacodependencia	21		21
Institución Paciente Crónico	23		23
Obstetricia	57	100	157
Pediátrica	4	108	112
Psiquiatría	219	32	251
Transplante de progenitores hematopoyeticos			
Unidad de Quemados Adulto			
Unidad de Quemados Pediátrico			
Total CAMAS	803	548	1.351
Poblacion Total			2.356.169
Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes			5.890
Deficit / Superhabit Camas			(4.539)
			0,57

No obstante, para subsanar en parte el déficit de camas observado a nivel distrital, durante los últimos dos años la administración adquirió cerca de 300 camillas para expansión, teniendo en cuenta la constante congestión y sobre-ocupación de los servicios de urgencias, ocasionada por la limitada cantidad de camas en el servicio de hospitalización, en especial de camas para atención de medicina interna y salud mental.

### Analisis De Utilizacion

Para el análisis de utilización se realiza la semaforización de acuerdo con el siguiente Estándar

**Tabla 68 Estándares de Utilización de capacidad instalada por servicio**

Servicio	Optimo	Medio	Bajo	Deficiente por Calidad
Consulta Externa	80 - 100 %	60 - 80%	< 60 %	>100%
Hospitalización	80 - 90%	70 - 80%	< 70 %	> 90%
Salas de Cirugía	60 - 100%	50 - 60%	< 50%	>100%
Observación de Urgencias	80 - 90%	70 - 80%	< 70 %	>100%

Para el servicio de Cirugía el nivel de utilización del recurso Humano Distrital a septiembre de 2015 fue de 93,84%, lo cual indica que se encuentra en nivel Óptimo de acuerdo al estándar.

El servicio de Consulta externa presento una utilización del recurso humano de 90,7% excepto para los Hospitales la Victoria, Santa Clara y Nazareth que se encuentran con niveles superiores al 100%. En general el servicio de Consulta externa se encuentra en nivel óptimo.

El servicio de hospitalización- Estancia General, presento una Utilización de su infraestructura del 91,54%, de igual manera el servicio de hospitalización –Cuidado critico, presento a nivel Distrital una utilización del 80,21% sin embargo los terceros niveles como Simón Bolívar y Santa Clara se encuentran por encima del 90% de utilización, lo que denota una utilización deficiente por calidad de acuerdo al estándar establecido para este servicio.

Observación de urgencias Distrital la utilización fue del 58,8% aportado por los Hospitales de primer nivel de atención, sin embargo los Hospitales de tercer Nivel presentan una utilización mayor al 100%, tal es el caso del hospital Occidente de Kennedy con el 179% Hospital Simón Bolívar 173% y Hospital Santa Clara 109%.

Se concluye que los servicios de consulta externa y cirugía tienen su capacidad instalada de manera óptima.

#### **12.4.4 Cartera, qué se hizo, cuáles planes de contingencia?**

La Secretaria Distrital de Salud en cumplimiento a lo establecido en la Circular 030 de 2013, ha realizado mesas de conciliación y depuración de cartera durante la vigencia 2014 y 2015 por un valor de \$137.147.429.939, tal como se detallan a continuación:

- 19 de diciembre de 2013 EPS Subsidiadas (Conciliaciones)
- 24 de febrero al 11 de marzo de 2014 EPS-C y EPS-S
- 16 de junio al 4 de julio de 2014 y 4 al 28 de octubre de 2014 EPS-S, EPS -C y Entes Territoriales
- 13 de enero a 30 de 2015 EPS vs IPS Privadas
- 4 a 15 de mayo EPS vs Hospitales
- Junio 30 y julio 1 de 2015 EPSC vs Hospitales

Adicionalmente y teniendo en cuenta que Caprecom es uno de los principales deudores, la Secretaría Distrital de Salud en cabeza del doctor Mauricio Bustamante García Secretario de Salud de la Ciudad de Bogotá, ha realizado los acercamientos pertinentes con el Ministerio de Salud y Protección Social para que con su intervención pueda resolverse parte de esta problemática situación.

De esta gestión se generaron compromisos de pago por parte de CAPRECOM para conciliar la cartera con los 22 hospitales de la red pública de la ciudad y realizar compra de cartera realizada el 5 de Julio del presente año por valor de \$ 15.453.280.620 Caprecom ha ejecutado pagos por \$ 12.419.096.118 lo que equivale a un cumplimiento del 80%, aún está pendiente por pagar el 20% restante.

Capital Salud participa de manera importante en el saldo de cartera de la red distrital, por lo anterior adelanta préstamo con Findeter para obtener recursos y pagar lo adeudado a la red distrital.

De manera general las 22 ESE distritales realizan mesas de conciliación y depuración de cartera con las diferentes EPS, circularizaciones de cartera y cobros coactivos.

## 12.5 Recursos financieros

### 12.5.1 ¿El Fondo Local de Salud tiene constituidas las Cuentas maestras (Salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, otras cuentas en salud)? OMAR

Sí. De acuerdo con lo establecido por el Gobierno Nacional según la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Decreto 3042 de 2007, Ley 1438 de 2011 y 1753 de 2015, definió que los recursos que se destinen a financiar el Régimen Subsidiado de Salud, Oferta y Salud Pública deberán manejarse por las entidades Territoriales en cuentas separadas denominadas cuentas maestras; el Fondo Financiero Distrital de Salud, realizó la apertura con las siguientes entidades Bancarias para manejar los recursos en cuentas maestras así:

Tabla 69 Cuentas Maestras

CUENTAS MAESTRAS	NOMBRE ENTIDAD BANCARIA	NUMERO DE CUENTA MAESTRA
REGEMEN SUBSIDIADO	BANCO DE OCCIDENTE	200838357
OFERTA	BANCOLOMBIA	04308322471
SALUD PUBLICA	CORBANCA	039004143

Fuente Dirección Financiera

### 12.5.2 ¿El plan financiero está aprobado (Departamento y Distrito)?

En cumplimiento a la Resolución 4015 de 2013 la Secretaria Distrital de Salud elaboró y presentó el Plan Financiero Plurianual Territorial con radicado 2014IE5757 del 04 de marzo de 2014; así mismo se realizaron los ajustes solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante radicado 201432000917181 del 25 de junio de 2014; los cuales fueron enviados con radicado 2014IE23472 del día 28 de agosto de 2014 y hasta la fecha no se han recibido comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social por lo cual no se tiene concepto de aprobación o rechazo del mismo.

El plan financiero plurianual de inversiones en salud se presenta anualmente, a la Secretaría de Hacienda Distrital, en cumplimiento de lo establecido en el manual operativo de programación presupuestal. Para la vigencia 2016 se presentó el respectivo plan el cual fue aprobado por la Secretaría de Hacienda, aprobando la cuota global de gasto del FFDS para dicha vigencia.

### 12.5.3 ¿El municipio tiene deudas pendientes, cuenta con un Plan de saneamiento fiscal y financiero?

Durante el transcurso de la ejecución de los convenios suscritos el 9 de Agosto de 2012, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo del artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 promulgó la Resolución No. 2509 del 29 de agosto de 2012, que categorizó 14 de las 22 ESE adscritas a la SDS, en riesgo medio y alto: por lo que en concordancia con lo establecido en el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011, deberían someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero –PSFF-, en las condiciones establecidas por el MSPS. Posteriormente, el 25 de octubre, mediante Resolución 3467 de 2012, el citado Ministerio definió los parámetros del Manual de condiciones para el diseño y adopción de los programas de saneamiento. Ante el imperativo de cumplir con el ordenamiento legal, la SDS adecuó la metodología a las disposiciones contenidas en la Resolución 3467 de 2012 y realizó el acompañamiento para la elaboración de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Para promover la viabilidad y sostenibilidad de las mismas, en cumplimiento de las disposiciones consagradas en el Parágrafo 2 del Artículo 8 del Acuerdo 489 de 2012, del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, se elaboró la metodología denominada “Plan de Saneamiento y Sostenibilidad de las ESE”, para las ESE en riesgo Bajo y Sin Riesgo, la cual fue el insumo para que los hospitales realizaran un diagnóstico integral definiendo indicadores y medidas de saneamiento a implementar, así como las necesidades de recursos y apalancamiento financiero, a fin de garantizar su viabilidad y sostenibilidad fiscal y financiera.

La Ley 1438 de 2011 establece en su artículo 80 que es obligación del Ministerio de la Protección Social determinar y comunicar a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud.

De igual forma, en el artículo 81 de la citada ley, se indica que las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

En cumplimiento de estos preceptos, los hospitales que fueron calificados en RIESGO ALTO y MEDIO en el año 2012 por el Ministerio de Salud y Protección Social (M.S.P.S.) mediante la Resolución 2509 del 29 de agosto de 2012, formularon los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, tal como se observa en la tabla 1. La categorización de riesgo se ratificó en las vigencias 2013 y 2014.

La Secretaría Distrital de Salud (S.D.S.), el 4 de diciembre de 2013 radicó ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (M.H.C.P.) los 14 Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, siendo viabilizados por el Ministerio Hacienda y Crédito Público el 14 de marzo de 2014, lo cual fue comunicado a la Alcaldía Mayor de Bogotá.

El objeto de estos Programas es restablecer la solidez económica y financiera de las instituciones hospitalarias, mediante la adopción de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de

pasivos y fortalecimiento de los ingresos; incremento de la productividad, implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y mejoramiento de la captura, consolidación, análisis y uso de la información. Lo anterior en función del rediseño y operación de la Red Prestadora de Servicios.

En tal sentido, cada hospital realizó un diagnóstico de su situación real, su mercado, su competencia, las condiciones de prestación de los servicios, sus costos de producción, la situación de sus pasivos y las probabilidades de recuperación de su cartera, con el fin de que el equipo de trabajo en cabeza de los Gerentes redimensionaran su entidad y adoptaran los ajustes estructurales que aseguraran la auto sostenibilidad y viabilidad económica en el mediano y largo plazo, en beneficio de los usuarios que requieren un sistema de salud fortalecido y ofreciendo servicios con oportunidad y calidad. (Ver Anexo digital 14)

**Tabla 70 Resoluciones de Categorización del riesgo 2012-2015 y Evaluación P.S.F.F.**

No. orden	HOSPITAL	2012	2013	2014	2015	
		RESOLUCIÓN 2509 /2012	RESOLUCIÓN 1877/2013	RESOLUCIÓN 2090/2014	RESOLUCIÓN 1893/2015	MHCP EVALUACIÓN
1	LA VICTORIA	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA BAJA
2	SAN BLAS	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO	ALERTA ALTA
3	SIMON BOLIVAR	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
4	MEISSEN	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
5	CENTRO ORIENTE	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
6	ENGATIVA	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA ALTA
7	BOSA II NIVEL	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALERTA ALTA
8	FONTIBON	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA BAJA
9	DEL SUR	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA BAJA
10	RAFAEL URIBE	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA ALTA
11	SUBA	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
12	USAQUEN	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
13	USME	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
14	CHAPINERO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALERTA MEDIA

Fuente: Resoluciones emitidas por el MSPS 2012-2015. Informe de Evaluación Al Monitoreo de las 14 ESE PSFF con corte a diciembre 2014.

#### **12.5.4 ¿Los recursos del esfuerzo propio territorial que destina a salud pública, régimen subsidiado y otros proyectos han sido girados oportunamente, dificultades, seguimiento??**

Si. Durante la presente administración se han girado oportunamente los recursos.

#### **12.5.5 Qué proyectos ha desarrollado con los recursos de regalías y de otras fuentes, qué avances ha tenido, qué dificultades?**

## Proyectos Financiados con Recursos Provenientes del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación Para la Vida y la Salud Humana.

En aras de informar los avances físicos y financieros de los proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, para los cuales el Fondo Financiero Distrital de Salud fue designado por el correspondiente Órgano Colegiado – OCAD como ejecutor; a continuación se detalla la información en referencia.

Actualmente, el Fondo Financiero Distrital de Salud cuenta con dos (02) proyectos de inversión, viabilizados y aprobados por el Órgano Colegiado de Administración y Decisión – OCAD, del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del SGR, los cuales se encuentran en etapa de ejecución. Dichos proyectos hacen parte de los recursos que para la Región Centro Oriente fueron asignados para el bienio 2013-2014, vigencia en la cual fueron aprobados los proyectos sujetos del análisis.

En este entendido, durante las vigencias 2013 a 2014, el Fondo realizó el trámite de incorporación, para lo cual suscribió los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento de la Ley 1530 del 17 de mayo de 2012 *“Por la cual se regula la organización y el funcionamiento del Sistema General de Regalías”*, y su decreto reglamentario 1949<sup>11</sup> del 19 de septiembre de 2012 *“Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1530 de 2012 en materia presupuestal y se dictan otras disposiciones”*.

En virtud de lo anterior, se tienen los siguientes proyectos:

**Tabla 71 Proyectos de inversión viabilizados, aprobados, priorizados y financiados por SGR – Designados al FFDS como ejecutor.**

BPN	Denominación del proyecto	Valor Total Proyecto	Fuentes de Financiación		Acuerdo Aprobación OCAD	Acto Administrativo de incorporación
			Regalías	Contrapartida		
2012000100186	"Implementación de un Banco Público de Células Madre de Cordón Umbilical y de una Unidad de Terapia Celular - Hemocentro Distrital, Secretaría de Salud de Bogotá"	35.500.000.001	16.226.791.132	19.273.208.869 <sup>12</sup>	Acuerdo 001 del 20 de Diciembre de 2012 y Acuerdo 002 del 20 de enero de 2013	Resolución 537 del 25 de marzo de 2014 (FFDS)

<sup>11</sup> Decreto 1949 de 2012, Capítulo II, artículo 44 *“Incorporación en los presupuestos de las entidades públicas. Mediante acto administrativo del jefe del órgano del sistema o entidad pública designada como ejecutora de proyecto por los órganos Colegiados de Administración y Decisión, y mediante decreto del gobernador o alcalde para las entidades territoriales que reciban recursos de funcionamiento del sistema y desasignadas como ejecutoras de proyectos por los Órganos Colegiados de Administración y Decisión, se incorporará el respectivo presupuesto con cargo a los recursos del Sistema General de Regalías.*

Dicha incorporación se adelantará en un capítulo independiente del presupuesto del respectivo órgano o entidad, una vez se asignen los recursos con cargo al porcentaje destinado para el funcionamiento del sistema y cuando acepte la designación como ejecutor del proyecto, designación que será adelantada por el Órgano Colegiado de Administración y Decisión...

<sup>12</sup> Corresponde a los recursos propios cuya fuente es Aporte Ordinario del Distrito Capital, asignado al proyecto mediante los recursos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud, proyecto 882 denominado *“Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología en Innovación para la Vida y la Salud Humana”*

BPIN	Denominación del proyecto	Valor Total Proyecto	Fuentes de Financiación		Acuerdo Aprobación OCAD	Acto Administrativo de incorporación
			Regalías	Contrapartida		
2013000100196	“Implementación de la plataforma científica y tecnológica para la obtención de fitomedicamentos antitumorales con estándares internacionales. Modelo caso caesalpina spinosa”	5.293.964.095	3.572.917.143	1.721.046.952 <sup>13</sup>	Acuerdo 25 del 30 de mayo de 2014.	Resolución 2136 de del 9 de Diciembre de 2014
<b>TOTAL</b>		<b>40.793.964.096</b>	<b>19.799.708.275</b>	<b>20.994.255.821</b>		

Dirección Financiera

Seguidamente, tras la culminación del bienio 2013-2014, según lo dispuesto en el *Capítulo VI. Manejo Presupuestal de las Regalías en los Órganos del Sistema, y las Entidades Ejecutoras de Proyectos, artículo 55. Cierre presupuestal*, del Decreto 1949 de 2012; así como expresado en la Ley 1744 del 26 de diciembre de 2014, “*Por la cual se decreta el presupuesto del Sistema General de Regalías para el bienio del 1° de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2016*”; la entidad procedió a realizar el cierre del bienio 2013-2014 y apertura del bienio 2015-2016, para lo cual suscribió los siguientes actos administrativos:

- a) Resolución 040 del 09 de enero de 2015 “*Por medio de la cual se realiza el cierre presupuestal del Sistema General de Regalías del bienio 2013-2014 y se incorporan los saldos no ejecutados y recursos del Sistema para el bienio 2015-2016 en el Fondo Financiero Distrital de Salud*”.
- b) Resolución 0592 del 04 de mayo de 2015 “*Por medio de la cual se ajusta la Resolución 040 de 2015 “Por medio de la cual se realiza el cierre presupuestal del Sistema General de Regalías del bienio 2013-2014 y se incorporan los saldos no ejecutados y recursos del Sistema para el bienio 2015-2016 en el Fondo Financiero Distrital de Salud*”.

Así las cosas, la entidad cuenta con ingresos por valor de \$19.799.708.275, incorporados en el capítulo independiente del Sistema General de Regalías, a cargo del Fondo Financiero Distrital de Salud, tal como se detalla a continuación, correspondiente a los proyectos relacionados en la tabla 1.

De acuerdo a lo anterior al cierre del bienio 2013-2014, la entidad comprometió recursos por \$5.491.533.849, por lo que en apertura del bienio 2015-2016 los recursos de inversión, es decir, “la apropiación por comprometer” asciende a la suma de \$14.308.165.326. Así mismo, de los recursos comprometidos en la bianualidad anterior, no se giró en dicha vigencia, por lo que para la apertura del siguiente bienio, estos figuran como “Compromisos por pagar”, tal como registra en la Resolución 040 de 2015.

En este entendido, en los siguientes acápite se detalla la ejecución física, presupuestal y financiera, de los proyectos a los cuales se ha hecho mención y de los cuales la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento de la SDS, tiene a cargo la gerencia

<sup>13</sup> Corresponde a los recursos de contrapartida del proyecto BPIN: 2013000100196, proveniente de aportes realizados por los actores vinculados al proyecto, cuyas fuentes son de orden privado, es decir, no son públicas.



operativa de los mismos, con la gestión técnica y operativa de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, así como del Banco de Sangre, tejidos y Células - Hemocentro.

**Proyecto BPIN: 2012000100186 – “Implementación de un Banco Público de Células Madre de Cordón Umbilical y de una Unidad de Terapia Celular - Hemocentro Distrital”**

Este proyecto de innovación tecnológica pretende adelantar el diseño e implementación y puesta en operación del primer Banco de Sangre de Cordón Umbilical y la primera Unidad de Terapia Celular del país, como un componente complementario de los Bancos de Sangre, Tejidos y Células de la Secretaría de Salud de Bogotá. El desarrollo del proyecto contempla la puesta en operación de un BSCU público en Colombia, y generará alto impacto en la atención sanitaria de la Ciudad – Región - País, ya que propone dar alternativas terapéuticas a los pacientes con enfermedades hematológicas malignas (leucemias y linfomas) y no malignas (o enfermedades raras), enfermedades metabólicas y algunas degenerativas en las que el trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) provenientes de Sangre de Cordón Umbilical (SCU) responda a la necesidad de proporcionar una última opción de vida y el algunos casos de trasplantes de CPH (células madre), son curativas de enfermedades raras.

Por su parte, a futuro y con base en los resultados de los estudios clínicos, la Unidad de Terapia Celular estaría en capacidad de producción a escala, permitiendo masificar el acceso a medicamentos celulares para los pacientes que lo requieran. Por primera vez estará disponible en el distrito y en el país, la infraestructura necesaria para desarrollar adelantos científicos en medicina celular y tisular, fabricación de productos celulares aptos para investigación o aplicación clínica.

**Tabla 72 Generalidades del proyecto BPIN: 2012000100186**

• <b>Avance físico:</b>	40%	• <b>Plazo de Ejecución</b>	60 Meses
• <b>Avance financiero:</b>	16%	• <b>Fecha de Inicio</b>	2012
• <b>No. beneficiarios:</b>	20.000	• <b>Fecha de Finalización</b>	2018

<b>Objeto</b>
Aumentar el acceso al trasplante de células madre y terapia celular para el tratamiento de enfermedades

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Población beneficiada de forma directa</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buscar y concretar fuentes de financiación alternas involucrando al sector privado y público, a nivel local, nacional e internacional.</li> <li>2. Incrementar el recurso humano especializado formado en el área de trasplante de células madre y terapia celular</li> <li>3. Incrementar la investigación en células madre y terapia celular en el país</li> <li>4. Incrementar la probabilidad genética y reducir los costos de consecución de células madre compatibles para los pacientes que las requieren en el país</li> <li>5. Aumentar la oportunidad en el diagnóstico de enfermedades susceptibles de ser tratadas con células madre</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que padecen enfermedades susceptibles de ser tratadas con células.</li> <li>• Unidades de trasplante de células</li> <li>• Comunidad científica</li> </ul>

Objetivos específicos	Población beneficiada de forma directa
6. Apoyar la implementación de protocolos de atención que incluyan las terapias basadas en células.	

### Avances financieros proyecto BPIN: 2012000100186

Se tiene que a septiembre 30 de la actual vigencia, el proyecto ha comprometido el 30,53% de los recursos asignados, esto es partida y contrapartida. De estos recursos, ha girado tras recibir bienes y servicios, el 54% de lo comprometido, según se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 73 Recursos del proyecto y Avance financiero proyecto BPIN: 2012000100186**

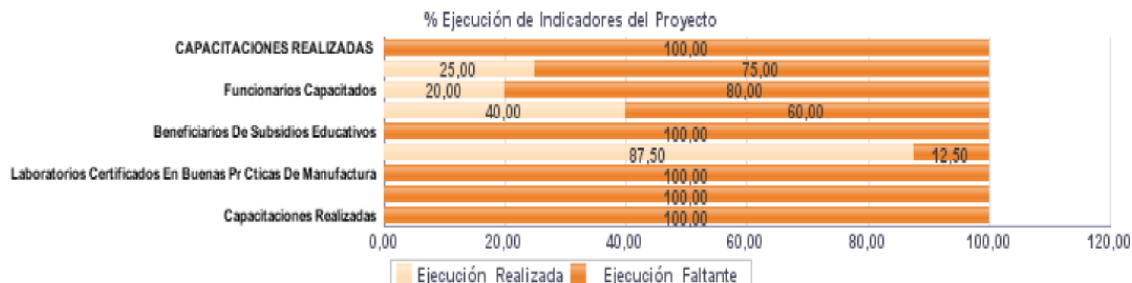
DETALLE	Total Proyecto BPIN:2012000100186
<b>APROPIACIÓN</b>	<b>\$35.500.000.001</b>
Partida (SGR)	\$16.226.791.132
Contrapartida (Aportes Distrito - A. Ordinario – P882)	\$19.273.208.869
<b>EJECUCIÓN (Compromisos)</b>	<b>\$10.837.282.118</b>
Partida (SGR)	\$5.491.533.849
Contrapartida (Aportes Distrito - A. Ordinario - P882)	\$5.345.748.269
<b>PORCENTAJE EJECUCIÓN (Compromisos)</b>	<b>30,53%</b>
Partida (SGR)	33,84%
Contrapartida (Aportes Distrito - A. Ordinario P882)	27,74%
<b>EJECUCIÓN (Giros)</b>	<b>\$5.855.144.061</b>
Partida (SGR)	\$1.103.155.644
Contrapartida (Aportes Distrito - A. Ordinario - P882)	\$4.751.988.417
<b>PORCENTAJE EJECUCIÓN (Giros)</b>	<b>54,03%</b>
Partida (SGR)	20,09%
Contrapartida (Aportes Distrito - A. Ordinario - P882)	88,89%
<b>RECURSOS POR COMPROMETER</b>	<b>\$24.662.717.883</b>
Partida (SGR)	\$10.735.257.283
Contrapartida	\$13.927.460.600
<b>COMPROMISOS POR GIRAR</b>	<b>\$4.982.138.057</b>
Partida (SGR - Compromisos por girar )	\$4.388.378.205
Contrapartida (Reservas 2014)	\$593.759.852

Fuente: Proyecto BPIN: 2012000100186, GESPROY

### Avance físico proyecto BPIN: 2012000100186

El proyecto contempla cuatro (04) objetivos estratégicos y a su vez trece (13) actividades para el logro de los mismos. Al respecto se relaciona el avance acumulado a la fecha, lo programado para la vigencia 2015, así como su avance de ejecución.

**Gráfica 21 Avance Físico Proyecto BPIN: 2012000100186**



Desde sus inicios a la fecha, la ejecución del proyecto ha correspondido a la contratación de los bienes y servicios requeridos para la implementación del Banco de Sangre de Cordón Umbilical, para su posterior validación y puesta en operación. Para ello se ha dotado dichos laboratorios con equipos de alta tecnología, se han documentado y validado los procesos, se ha logrado operatividad el primer Banco Público de Células Madre, de tal forma que hoy por hoy se cuenta con 5 puntos de colecta: Hospital la Victoria, Hospital Engativá, Hospital de Suba, Hospital Meissen y Hospital Materno infantil. Del mismo modo, ha contratado el personal especializado para el desarrollo de las investigaciones relacionadas. Así las cosas se han suscrito más de 63 contratos con recursos de partida y contrapartida.

El Banco de Sangre de Cordón Umbilical, actualmente cuenta con una disponibilidad de 236 USCU (91 USCU que fueron liberadas durante el año 2014 y 145 que se han histotipificado a septiembre de 2015). Estas podrán ser distribuidas para trasplante cuando los centros de trasplante hematopoyético y/o hematólogos que utilicen Sangre de Cordón Umbilical para estos procedimientos, encuentren compatibilidad de HLA entre sus pacientes y las USCU disponibles en el Banco.

Tener un Banco de Sangre de Cordón Umbilical público en Colombia es un beneficio para toda la sociedad ya que las colectas de unidades a nivel local permiten aumentar la posibilidad de que los pacientes candidatos a trasplante puedan hallar fácilmente unidades histocompatibles, con la ventaja adicional que estas células están almacenadas y disponibles rápidamente, haciendo que el tiempo para realizar trasplantes se reduzca significativamente.

Adicionalmente, el proyecto contempla el diseño, implementación y puesta en operación de la primer Unida de Terapia Celular Avanzada del país, en la cual por primera vez estará disponible en el Distrito y en el país, la infraestructura necesaria para desarrollar adelantos científicos en medicina celular y tisular, y fabricación de productos celulares aptos para investigación o aplicación clínica con la Implementación de la primera Unidad de Terapia Celular Avanzada. A futuro y con base en los resultados de los estudios clínicos, la Unidad de Terapia Celular estaría en capacidad de producción a escala, permitiendo masificar el acceso a medicamentos celulares para los pacientes que lo requieran.

**Proyecto BPIN: 2013000100196 – “Implementación de la Plataforma Científica y Tecnológica para la Obtención de Fitomedicamentos Antitumorales con Estándares Internacionales Modelo de Caso Caesalpinia Spinosa”**

El proyecto pretende desarrollar una alternativa orientada atender la problemática relacionada con el Cáncer de seno en Colombia, la cual presenta una incidencia estimada de 30 por cada 100.000 habitantes, con una mortalidad de 6,8 por cada 100.000 en el año 2000. Por su parte el cáncer de piel en Colombia fue catalogado como la segunda causa de cáncer en mujeres, responsable del 13,3% de los canceres, siendo el melanoma el 19,2 del total.

Con base en lo anterior, con el fin de aprovechar el conocimiento científico y tecnológico desarrollado en los últimos años para iniciar la producción de al menos uno de los

fitomedicamentos contra el cáncer basado en la fracción bioactiva de *Caesalpinia spinosa*, el grupo de Inmunobiología de la Pontificia Universidad Javeriana, formuló una propuesta, en la que ha venido estudiando durante los últimos 9 años, la actividad antitumoral de *Petiveria alliacea* y *Caesalpinia spinosa*, ampliamente utilizadas en la medicina tradicional.

Escogió comenzar con esta planta (*Caesalpinia spinosa*), dado que hay una suficiente cantidad de material vegetal en la región del Alto Ricaurte en el departamento de Boyacá, la cual sirve como materia prima del Fitomedicamento. Adicionalmente, el rendimiento en la obtención de la fracción activa es lo suficientemente alto como para que con una Hectárea de Dividivi se pueda producir más de 500.000 dosis del medicamento, lo cual cubre ampliamente el mercado Colombiano en un comienzo.

**Tabla 74 Generalidades del proyecto BPIN: 2013000100196**

<b>Avance físico:</b>	1%	<b>Plazo de Ejecución</b>	48 Meses
<b>Avance financiero:</b>	63%	<b>Fecha de Inicio</b>	01/07/2015
<b>No. beneficiarios:</b>	14.416	<b>Fecha de Finalización</b>	30/06/2018

<b>Objeto</b>
Integrar recursos humanos y tecnológicos para la producción de Fito medicamentos antitumorales como una alternativa terapéutica.

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Población beneficiada de forma directa</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consolidar plataforma tecnológica para desarrollar los estudios de seguridad y eficacia a través de alianzas nacionales e internacionales.</li> <li>2. Establecer la plataforma de normalización química de fracciones con actividad biológica.</li> <li>3. Establecer la plataforma de producción en condiciones BPM, de fracciones bio-activas con actividad antitumoral a partir de plantas cultivables.</li> <li>4. Estudiar la posible aplicación de la fracción de dividivi en nuevas patologías.</li> </ol>	Aproximadamente 7208 casos nuevos de cáncer de seno, reportados anualmente y de acuerdo a las proyecciones del Instituto Nacional de Cancerología - INC

Fuente: Proyecto BPIN: 2013000100196, GESPROY

#### **Avances financieros proyecto BPIN: 2013000100196**

Se tiene que a septiembre 30 de la actual vigencia, el proyecto ha comprometido el 63% de los recursos asignados, estos de partida (SGR), de los cuales la entidad realiza el primer giro durante el mes de octubre de 2015, por valor de \$1.908 millones de pesos.

Respecto a la contrapartida, el proyecto es cofinanciado con recursos de origen externo, proveniente de entidades privadas, vinculadas al proyecto como cogestoras técnicas, cuya participación es fundamental para el desarrollo de cada una de las actividades y objetivos planteados.

**Tabla 75 Recursos del proyecto y Avance financiero proyecto BPIN: 2013000100196**

<b>DETALLE</b>	<b>Total Proyecto BPIN:201300100196</b>
<b>APROPIACIÓN</b>	<b>\$5.293.964.095</b>
Partida (SGR)	\$3.572.917.143

DETALLE	Total Proyecto BPIN:201300100196
Contrapartida (Aportes privados)	\$1.721.046.952
<b>EJECUCIÓN (Compromisos)</b>	<b>\$3.326.509.065</b>
Partida (SGR)	\$3.326.509.065
Contrapartida (A. privados - vigencias futuras)	\$0
<b>PORCENTAJE EJECUCIÓN (Compromisos)</b>	<b>62,84%</b>
Partida (SGR)	93,10%
Contrapartida (Aportes privados)	0,00%
<b>EJECUCIÓN (Giros)</b>	<b>\$0</b>
Partida (SGR)	\$0
Contrapartida (Aportes privados)	\$0
<b>PORCENTAJE EJECUCIÓN (Giros)</b>	<b>0,00%</b>
Partida (SGR)	0,00%
Contrapartida (Aportes privados)	0,00%
<b>RECURSOS POR COMPROMETER</b>	<b>\$1.967.455.030</b>
Partida (SGR)	\$246.408.078
Contrapartida (Aportes privados)	\$1.721.046.952
<b>COMPROMISOS POR GIRAR</b>	<b>\$3.326.509.065</b>
Partida (SGR - Compromisos por girar)	\$3.326.509.065
Contrapartida (Aportes privados)	\$0

Fuente: Proyecto BPIN: 2013000100196, GESPROY

**Tabla 76 Consolidado Recursos Otras Fuentes**

ENTIDADES COOPERANTES	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	Total aporte por entidades
Pontificia Universidad Javeriana	328.574.739	450.756.115	426.698.498	<b>1.206.029.352</b>
Universidad del Valle	7.508.800	7.508.800	-	<b>15.017.600</b>
Hospital San Ignacio	-	500.000.000	-	<b>500.000.000</b>
Fondo Financiero Distrital de Salud	1.991.067.484	980.067.474	601.782.185	<b>3.572.917.143</b>
<b>Total</b>	<b>2.327.151.023</b>	<b>1.938.332.389</b>	<b>1.028.480.683</b>	<b>5.293.964.095</b>

Fuente: Proyecto BPIN: 2013000100196, MGA.

Cabe anotar que los compromisos corresponde al Convenio especial de cooperación de Ciencia, Tecnología e Innovación suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana, No. 1027-1-2015, con el objeto de “*Aunar esfuerzos para desarrollar el proyecto “Implementación de la plataforma científica y tecnológica para la obtención de Fitomedicamento antitumorales con estándares internacionales. Modelo de caso: Caesalpinia spinosa”*”, fue suscrito el pasado 22 de mayo de 2015, inicio el 01 de julio del mismo año.

Los recursos restantes, corresponden a la contrapartida que como se mencionó, proviene de entidades privadas. Su ejecución estará supeditada al desarrollo del convenio de cooperación mencionado anteriormente. Respecto a los recursos de la “partida (SGR)” por comprometer, corresponde al proceso de contratación de interventoría del proyecto, el cual está siendo evaluado por el comité operativo del convenio 1027-1-2015,

**Avance físico proyecto BPIN: 2013000100196**

El proyecto contempla cuatro (04) objetivos estratégicos y a su vez quince (15) sub-actividades para el logro de los mismos. Al respecto, se relacionan los mencionados, sin avance en la ejecución.

**Tabla 77 Consolidado Proyección Física del Proyecto**

OBJETIVO	SUB	PRODUCTOS	
	ACTIVIDADES	CANT.	DESCRIPCIÓN
Estudiar la posible aplicación de la fracción de dividivi en nuevas patologías.	SUB-ACTIVIDAD 1... Estudio del efecto del tratamiento con la fracción P2Et (en vehículos de liberación) con o sin un inmunoestimulante en la evolución de tumores in vivo.	3	Vehiculización del P2Et
		2	Pruebas in vitro y ex vivo
		2	Terapia in vivo
		2	Producción de Galactomanano
		2	Terapia in vivo (W Type)
	SUB-ACTIVIDAD 2. Evaluación de la activación de la respuesta inmune innata o adaptativa luego de la terapia con P2Et (en vehículos de liberación) con o sin inmunoestimulante.	2	Terapia in vivo - animales inmunodeficientes.
		4	Respuesta inmune en animales tratados.
SUB-ACTIVIDAD 3. Evaluación de la actividad del P2ET en otros modelos de cáncer.	4	Actividad del P2ET en otros modelos de cáncer.	
Establecer la plataforma de Normalización química de fracciones con actividad biológica.	SUB-ACTIVIDAD 1. Aislamiento y purificación de compuestos marcadores	3	Aislamiento y purificación de compuestos marcadores.
	SUB-ACTIVIDAD 2. Identificación de compuestos marcadores	2	Identificación de los compuestos purificados.
	SUB-ACTIVIDAD 3. Escalamiento y obtención de los compuestos.	3	Escalamiento y obtención de los compuestos marcadores.
	SUB-ACTIVIDAD 4. Desarrollo y validación de la metodología analítica.	2	Desarrollo y validación de la metodología analítica para la cuantificación de los compuestos marcadores
	SUB-ACTIVIDAD 5. Definición del rango de variación y tratamiento estadístico de la información.	2	Definición del rango de variación y tratamiento estadístico de la información para validar la metodología analítica (Quimiometría y estadística)
	SUB-ACTIVIDAD 6. Documentación : Establecimiento de la Plataforma de Normalización Química	2	Un informe parcial y un informe final de la Actividad 2 denominada "Establecer la plataforma de normalización química de fracciones con actividad biológica"
Establecer la plataforma de producción en condiciones BPM, de fracciones bioactivas con actividad antitumoral a partir de plantas cultivables	SUB-ACTIVIDAD 1. Proceso de aseguramiento de la calidad de las materias primas.	5	Proceso de aseguramiento de la calidad de las materias primas: protocolos de manejo precosecha y poscosecha del material vegetal de dividivi.
	SUB-ACTIVIDAD 2. Producción de la fracción a escala piloto.	4	Producción de la fracción a escala piloto, en condiciones de BPM
	SUB-ACTIVIDAD 3. Escalamiento de la fracción y producción de dos lotes piloto.	3	Escalamiento de la fracción y producción de dos lotes

OBJETIVO	SUB	PRODUCTOS	
	ACTIVIDADES	CANT.	DESCRIPCIÓN
			piloto dentro del marco de la plataforma
	SUB-ACTIVIDAD 4. Documentación: Plataforma de producción en condiciones BPM, de fracciones bioactivas con actividad antitumoral.	2	Un informe parcial y 1 informe final de la Actividad 3 denominada "Establecer la plataforma de producción en condiciones BPM, de fracciones bioactivas con actividad antitumoral a partir de plantas cultivables"
Consolidar plataforma tecnológica para desarrollar los estudios de seguridad y eficacia a través de alianzas nacionales e internacionales.	SUB-ACTIVIDAD 1. Diseño y desarrollo de estudios de toxicidad.	2	Diseño y desarrollo de estudios de toxicidad en dos especies animales.
	SUB-ACTIVIDAD 2. Diseño y desarrollo de Estudios Clínicos de Fase I en humanos Diseño y desarrollo de estudios de toxicidad.	1	Contratación de CRO (escritura y monitoreo del ensayo clínico)
		2	Escritura del protocolo clínico y su aprobación por parte de instituciones (Comité Ético e INVIMA)
		4	Desarrollo del Estudio Clínico.

Fuente: Proyecto BPIN: 2013000100196, MGA.

## 12.6 Logística

### 12.6.1 ¿Cómo está su sistema de Información (Bases de Datos)? Listado de base de datos

Dentro de las funciones de la Dirección de TIC, están la de liderar y ejecutar las fases de ingeniería de software (Ingeniería de Requisitos, Calidad de Software, mantenimiento de los sistemas de información existentes en la implementación de nuevos requerimientos y mejoras, el desarrollo de nuevos sistemas de información, tanto en Software libre como propietarios, entre otros), acorde a las metas establecidas en el plan de desarrollo para las diferentes áreas de la SDS.

De igual forma hacemos la administración de servidores de aplicaciones y de motor de bases de datos (MS SQL Server, Reporting Services, Team Foundation, Oracle, Postgres, MySql, GlassFish).

Se realiza la Administración y Mantenimiento de los portales de la Institución, en la Plataforma SharePoint.

En la siguiente tabla se hace una relación de las Bases de Datos que son administradas por la Dirección TIC.

**Tabla 78 Bases de datos Administradas por la Secretaria Distrital de Salud.**

Motor Base	Total BD	Nombre de la Base de datos	Descripción
SQL Server 2012	1	Sirc	Datos del Sistema Integral de Referencia y Contra referencia.
	1	silasp	Datos generados por el Laboratorio de Salud Publica.
	1	SIasegura	Datos de los diferentes regimenes del SGSSS. Sisben, BDUA - Subsidiado BDUA-Contributivo, Poblaciones Especiales, Instrumentos Provisionales, Fallecidos y Tutelas.
	1	ResiduosSDS	Datos de los residuos generados por los prestadores en salud.
	1	Digiturno45	Datos de las atenciones realizadas a los usuarios en la SDS.
	1	cobroCoactivo	Datos cartera morosa, en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia, control.
	6	APS_Caracterizacion	Datos de la Caracterización de las familias en los territorios.
	1	Espora	Datos del sistema de investigaciones de la SDS.
	1	APS_Seguimiento	Datos de las visitas realizadas a las familias caracterizadas en la estrategia de
	2	CalidadSoftware	Datos de las pruebas realizadas al software desarrollado en la SDS y de terceros.
	1	TS_AMOE	Datos para procesamiento de la Dirección de Vigilancia en Salud Publica
	1	TS_GI	
	1	TS_GEO	
	1	CIE10	Datos del CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades.
	1	RIPSSubsidiado	Datos de RIPS (Registro individual de prestación de servicios) del régimen
	1	ArandaDB	Datos de la gestión de la Infraestructura Tecnológica de la SDS.
	1	SIVIGILA	Datos del Sistema Integrado de Información para la Vigilancia en Salud pública
	1	sdsredsangre	Datos de los donantes de sangre que han tenido alguna reactividad.
	1	Siias	Datos de todas las investigaciones administrativas en salud, con la cual se realiza el control de expedientes e investigaciones abiertos a personas naturales y jurídicas así como de prestadores de servicios en salud.
	1	BarrerasEnSalud	Datos de barreras en salud reportadas por los ciudadanos de la capital en cada uno de los puntos por derecho a la salud. Para la estrategia de participación social y atención al ciudadano y a la línea 195, por el derecho a la salud.
	1	Barreras	Datos Históricos de barreras en salud reportadas por los ciudadanos de la capital en cada uno de los puntos por derecho a la salud. Para la estrategia de puntos por derechos a la salud.
	1	CostoUnitario	Datos del Sistema de Información de costos hospitalarios.
	1	Integralinventarios	Datos del inventario de insumos del Laboratorio de Salud Publica.
	1	PortalSecretariaSS	Datos del registro de artículos sobre investigaciones en SGSSS
	1	SecretariaSS	
	1	Vi	Datos de las historias laborales del personal de planta.
	1	BDRIPS	Datos remitidos por los prestadores del Registro Individual de Prestaciones de Servicios.
	1	DBRIPS	Datos remitidos por los prestadores del Registro Individual de Prestaciones de Servicios.
	1	Bd_procesamiento_Rip	Datos de RIPS para su validación
	1	Sirep	Datos de prestadores de servicios de salud - En el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
	1	ISOLucion	Datos del Sistema de integrado de Gestión de la SDS.
	SQL Server 2014	1	paiDWH
1		Pai	Datos de vacunación en el Distrito Capital.
1		CIP	Datos sobre la producción de servicios y capacidad instalada de la red adscrita.
1		Resolucion4505	Datos de acuerdo a la resolución 4505 del Ministerio de Salud y Protección Social.
1		consolidacionCostosHc	Datos remitidos por las ESES de costos hospitalarios.
1		costosHospitalesDWH	Datos remitidos por las ESES de costos hospitalarios.
SQL Server 2008	20	Intranet	Datos de share point que soportan el funcionamiento de la Intranet (Portales web) de la SDS.
	10	Extranet	Datos de share point que soportan el funcionamiento de la Extranet (portales web) de la SDS.
MySQL	1	Quejas	Datos del Sistema de Información Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Bogotá
	1	Discapacidad	Datos sobre la localización y caracterización de personas en condición de discapacidad
	1	Línea 106	Datos sobre la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Bogotá, a través de la Línea telefónica 106
	1	SISA	Datos sobre la facturación de eventos de salud ambiental en las ESE a través del sistema de Información en Salud Ambiental.
	1	SICAP	Datos cursos virtuales ofrecidos a los servidores de las Entidades Sociales del Estado y público en general en temas de salud pública
PostGre	1	Biblio	Datos bibliográfica producida y adquirida por la Secretaría Distrital de Salud
	1	TrasplantesDB	Datos sobre la donación de órganos de Bogota y 12 dptos.
	1	OSAB	Datos del Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá D.C. OSAB, para el abordaje intersectorial y el análisis integral de los determinantes socio ambientales del proceso salud enfermedad en la ciudad.

Fuente: Dirección TIC - Agosto 2015

## 12.6.2 Otros entregables: Software desarrollados o en desarrollo, comprados

Estamos trabajando en la implementación de nuevos desarrollos y sistemas de información, en Software Libre alineados al Plan de Desarrollo - Acuerdo 489 de 2012 en su artículo 44,



como también a los aplicativos desarrollados por Software propietario y acorde con las metodologías de desarrollo de software más usadas a nivel mundial.

Sistemas de información en mantenimiento (30 aplicativos): Actualmente se está realizando el mantenimiento de acuerdo al ciclo de vida del desarrollo de software

Los aplicativos a los cuales se les está dando soporte son (55), que a continuación se relacionan:

**Tabla 79 Relación de Aplicativos Administrados en la Secretaria Distrital de Salud**

No	PROCESO	Nombre App	Descripción	Dirección Responsable	Tipo de Desarrollo
1	MISIONAL	PAI - Programa Ampliado de Inmunizaciones	Permite la consolidación de la información de la vacunación en el Distrito Capital	Salud Pública	PROPIO
2	APOYO	PDS - Puntos por Derecho a la Salud	Sistema de Información para los puntos por los derechos a la salud, identificación y seguimiento de las Barreras de Acceso	Participación Social y Servicio al Ciudadano	PROPIO
3	MISIONAL	Línea 195	Sistema de Información para el ingreso de casos recibidos por la línea 195 de las barreras de Acceso.	Aseguramiento de Salud	PROPIO
4	APOYO	SIDBA - Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso	Respecto del acceso a los servicios, se emplean preguntas como condición de aseguramiento, uso de servicios, causas de no consulta. Igualmente se evaluaron situaciones económicas y geográficas que pueden constituirse en barreras de acceso, como localización de la IPS primaria, y tiempo y gasto en desplazamiento a la IPS según la condición de afiliación: contributivo, subsidiado, pobre no asegurado y régimen especial.	Participación Social y Servicio al Ciudadano	PROPIO
5	MISIONAL	SIIAS - Sistema de Información de Investigaciones Administrativas en Salud	Sistema que captura la información de los expedientes y hace seguimiento de ellos hasta llegar al cobro coactivo.	Salud Pública-Desarrollo de Servicios-Financiera-Jurídica	PROPIO
6		CONSOLIDADOR Costos Hospitalarios	Sistema de información que consolida y valida la información de costos hospitalarios integrándolo en un CUBO de datos.	Planeación y Sistemas	PROPIO
7	MISIONAL	SILASP - Sistema de Información Laboratorio de	Sistema de Información de Laboratorio de Salud Pública - Modulo de vigilancia en ambiente y consumo.	Salud Publica	TERCERIZADO

No	PROCESO	Nombre App	Descripción	Dirección Responsable	Tipo de Desarrollo
		Salud Pública			
8	APOYO	SIRC - Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia	SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. Gestionar los procesos Asistenciales y Administrativos de la población Subsidiada y Vinculada al SGSSS, pertenecientes al FFDS en la prestación de los servicios de Salud.	Planeación y Sistemas	PROPIO
9	MISIONAL	SIREP - Sistema de Información para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	Administra la información de prestadores de servicios de salud - En el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Desarrollo de Servicios	PROPIO
10	MISIONAL	SIDCRUE	Sistema de Información que permite el registro de la información del Centro Regulador de Urgencias.	CRUE	PROPIO
11	MISIONAL	SIVIGILA - Sistema Integrado de Información para la Vigilancia en Salud Pública	Control de procesos de vigilancia epidemiológica	Salud Publica	PROPIO
12	MISIONAL	Línea 106	Línea telefónica de atención psicológica de niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Bogotá, registrando cada intervención hecha por el profesional que atiende y haciendo el seguimiento respectivo a las situaciones remitidas de los niños y adolescentes de la ciudad de Bogotá.	Salud Publica	PROPIO
13	MISIONAL	Observatorio	El Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá D.C. (OSAB), es un espacio Distrital multiactoral para abordar integral e intersectorialmente el análisis de los determinantes socio ambientales del proceso salud enfermedad en la ciudad.	Planeación y Sistemas	PROPIO
14	MISIONAL	Discapacidad	Sistema para el registro de la localización y caracterización de personas en condición de discapacidad	Salud Publica	PROPIO

No	PROCESO	Nombre App	Descripción	Dirección Responsable	Tipo de Desarrollo
15	MISIONAL	SISA - Sistema de Información de salud Ambiental	El Sistema de Información en Salud Ambiental es un componente del Plan de Intervenciones Colectivas que tiene como objetivo el seguimiento a las metas concertadas con los hospitales, para la inspección, vigilancia y control higiénico-sanitaria de los establecimientos del distrito.	Salud Publica	PROPIO
16	APOYO	Revista	Revista electrónica de Investigaciones y Seguridad Social en Salud	Planeación y Sistemas	TERCERIZADO
17	APOYO	SICAP - Sistema de Capacitación	Proporcionar una plataforma de capacitación Virtual para funcionarios y externos sobre los diferentes aplicativos, procesos e información de la entidad.	Planeación y Sistemas	CODIGO ABIERTO
18	APOYO	Sistema Biblioteca	Sistema de administración de las colecciones, catalogación , préstamo y consulta de material bibliográfico adquirido por la SDS	Planeación y Sistemas	CODIGO ABIERTO
19	APOYO	SAKAI	Capacitación virtual para el sistema de referencia y contraferencia	Planeación y Sistemas	CODIGO ABIERTO
20	APOYO	Sistema de Información para Investigación	Gestionar y administrar las investigaciones adelantadas por la SDS	Planeación y Sistemas	TERCERIZADO
21	APOYO	Gestión de Pruebas	Aplicativo que permite el registro de las pruebas realizadas a los diferentes aplicativos de la entidad y la generación de los reportes de no conformidades y realizar el seguimiento a las mismas.	Planeación y Sistemas	PROPIO
22	MISIONAL	Red Sangre	Sistema de Información de la Regional de Bancos de Sangre - Red Sangre. Permite administrar la información de bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea, en forma dinámica, actualizada y en tiempo real	Salud Publica	
23	MISIONAL	APS	Caracterización de las familias en estado de vulnerabilidad	Salud Publica	PROPIO
24	MISIONAL	SISPIC - Sistema de Información de Plan de Intervenciones Colectivas		Salud Publica	PROPIO

No	PROCESO	Nombre App	Descripción	Dirección Responsable	Tipo de Desarrollo
25	MISIONAL	Carnetización	Tiene por objeto la generación del carnet a los afiliados al Régimen Subsidiado y a los potenciales beneficiarios de los procesos de Libre Elección	Aseguramiento de Salud	PROPIO
26	MISIONAL	Comprobador de Derechos	Permite la consulta en línea de los beneficiarios de los planes de Salud en el Distrito Capital	Aseguramiento de Salud	PROPIO
27	MISIONAL	Libre Elección	Permite realizar procesos de selección de una EPS-S.	Aseguramiento de Salud	PROPIO
28	APOYO	SRH	Permite realizar la liquidación de la Nómina, tanto de los funcionarios de Planta como de los contratistas. Maneja las Hojas de Vida de los funcionarios. Administra el módulo de capacitación a los funcionarios de la SDS.	Talento Humano	PROPIO
29	MISIONAL	Citologías	Permite almacenar todas las citología que analiza el Laboratorio Central de Cito histopatología.	Salud Publica	PROPIO
30	APOYO	Seguimiento Correspondencia Interna		Planeación y Sistemas	PROPIO
31	APOYO	Intranet	Portal Web de la Secretaría Distrital de Salud, en el cual se comparte información de interés institucional a los funcionarios de la Entidad.	Planeación y Sistemas- Oficina Asesora Comunicaciones	PROPIO
32	APOYO	Portal WEB	Sitio Web institucional en el cual la Secretaría de Salud pública información a la comunidad.	Planeación y Sistemas- Oficina Asesora de Comunicaciones	PROPIO
33	MISIONAL	SIRHO - Sistema de Información de Residuos Hospitalarios	Aplicativo que permite realizar el diligenciamiento, envío y consulta de los indicadores de gestión de residuos hospitalarios.	Planeación y Sistemas - Desarrollo de Servicios	PROPIO
34	APOYO	SISENC - Sistema de Encuestas	Sistema de encuestas en línea de la SDS	Planeación y Sistemas	PROPIO
35	APOYO	Tablero de Control	Sistema que permite medir la misión y los objetivos de la entidad (Balance Score card)	Planeación y Sistemas	PROPIO
36	APOYO	Costos Unitarios	Sistema de Información que permite la carga de informes trimestrales con detalle de los centros de costos y costos por unidad de producción para la generación de informes de	Planeación y Sistemas	PROPIO

No	PROCESO	Nombre App	Descripción	Dirección Responsable	Tipo de Desarrollo
			costos por entidad. (ESE)		
37	ESTRATEGICO	RIPS	Valida información de estructuras y diagnósticos y a la vez consolida la información para generar estadísticas e informes de morbilidad	Planeación y Sistemas	PROPIO
38	APOYO	ISOLUCION	Herramienta integral para la Planeación, implementación , Administración y Mantenimiento del sistema de gestión Empresarial	Planeación y Sistemas	TERCERIZADO
39	APOYO	SIIFI : SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA	SIIFI: Está formado por un conjunto de Procesos ejecutables para computador que le permiten a la entidad registrar y controlar la información der asignación presupuestal detallada a nivel de proyectos, discriminada y totalizada por el origen de los fondos que financian la inversión en Salud.		TERCERIZADO
40	APOYO	SRH: Sistema de Recursos Humanos	Permite realizar la liquidación de la Nómina, tanto de los funcionarios de Planta como der los contratistas. Maneja las Hojas de Vida de los funcionarios. Administra el módulo de capacitación a los funcionarios de la SDS.		TERCERIZADO
41	APOYO	SARFI: Sistema de Administración de recursos Físicos	Administra los elementos devolutivos y de consumo que se encuentran en la entidad. Manejo de la administración de Compras. Manejo de Inventarios.		TERCERIZADO
42	APOYO	CERTIRIPS	descarga virtual de certificados de asistencia a las capacitaciones de RIPS	Planeación y Sistemas	PROPIO
43	APOYO	Administración de Usuarios - USR	Permite realizar la administración y gestión de los usuarios según los perfiles y Roles	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
44	APOYO	Contratación SISCO	Permite realizar los procesos de las etapas precontractual, contractual, supervisión, generación Planilla de contratistas y reportes solicitados por entres de control	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC

No	PROCESO	Nombre App	Descripción	Dirección Responsable	Tipo de Desarrollo
45	APOYO	Almacén SAE	Permite la gestión y control de los movimientos ingreso, elementos consumo y devolutivos, egresos y devoluciones con la generación respectiva de reportes	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
46	APOYO	Inventario SAI	Permite la Gestión y control de los movimientos de elementos devolutivos, traslado, reintegros, bajas, reclasificaciones y generación de reportes por cada una de las bodegas	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
47	APOYO	Personal y Nómina PERNO	Permite generar la Nómina, descuentos de ley de los funcionarios de la SDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
48	APOYO	Correspondencia CORDIS	Permite la administración y distribución de la Correspondencia interna y externa de la SDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
49	APOYO	Presupuesto PREDIS	Permite Controlar y validar el manejo presupuestal (CDP, RP y Modificaciones presupuestales) del FFDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
50	APOYO	Tesorería OPGET	Permite controlar los pagos , reembolsos, reintegros y traslados de toda la operación de Tesorería del FFDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
51	APOYO	Pagar CXP	Genera y Contabiliza las cuentas por pagar generadas por los terceros que presentan cuenta de cobro al FFDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
52	APOYO	Terceros -TRC	Centraliza la creación y validación tributaria de los terceros que tienen vinculo jurídico de la SDS y FFDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO
53	APOYO	Contabilidad LIMAY	Contabiliza todas las transacciones generadas por los Módulos Financieros y Administrativos para la SDS y FFDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC
54	APOYO	Plan Anual de Caja PAC	Controla la programación y distribución de pagos del FFDS	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC

<b>No</b>	<b>PROCESO</b>	<b>Nombre App</b>	<b>Descripción</b>	<b>Dirección Responsable</b>	<b>Tipo de Desarrollo</b>
55	APOYO	Interfaz Contable	Centraliza la información de los módulos Predis y Opget de la SDS para proceso de contabilización con el módulo de Limay	Dirección TIC	DESARROLLO TERCERIZADO Y ADMINISTRADO DIR. TIC

Fuente: Dirección Tic Agosto 2015

## **13. GESTION EN ATENCION A VICTIMAS DEL CONFLICTO**

### **13.1 De la Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado, Una Propuesta Hacia el Postconflicto**

El conflicto armado en Colombia, que se ha prolongado por más de cincuenta años evidencia la existencia de 7.438.023<sup>14</sup> personas víctimas, de las cuales 641.262 han aclarado los hechos en la ciudad de Bogotá. Dicho conflicto ha ocasionado innumerables daños e impactos en personas, familias y comunidades; frente a esta situación el estado ha definido un marco normativo que progresivamente permitida adelantar las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las victimas mediante la Ley 1448 de 2011.

En este orden la Ley 1448 de 2011 responsabiliza al sector salud de garantizar la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas, prestar atención de emergencia de manera inmediata cuando ésta se requiera independientemente de la capacidad económica de las víctimas, así como la estabilización y remisión una vez atendida una urgencia e implementar el “Programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas” el cual debe brindar atención y acompañamiento psicosocial a las victimas e incluye la atención individual, familiar y las acciones comunitarias en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas; acciones dispuestas de manera gratuita e interdisciplinariamente garantizando una atención integral y transversal.

Por lo anterior la Secretaría Distrital de Salud en el Plan Territorial, 2012-2016, en concordancia con el Plan de Desarrollo, estableció una meta que pretende garantizar la atención integral en salud al 100% de esta población en el marco de la reparación y restitución de los derechos en salud, con enfoque diferencial.

### **13.2 Atención Primaria en Salud**

El modelo de atención en salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud, comprende la organización compleja de respuestas sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población. Incluye el conjunto de acciones sanitarias dirigidas a la población que habita el Distrito Capital. La atención primaria en salud como estrategia de acercamiento territorial en salud ha permitido efectivamente que las personas víctimas de conflicto armado cuenten con un acercamiento a los servicios de salud sin barreras para su atención en domicilio. Durante el periodo de

---

<sup>14</sup> Datos tomados de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas. Dirección de Registro y Gestión de la Información. Subdirección Red Nacional de Información. Información actualizada hasta el 1° de junio de 2015. Fecha de consulta: 3 de julio de 2015.



gobierno de la Bogotá Humana se han identificado, caracterizado y valorado por APS un total de 109,644<sup>15</sup> personas víctimas del conflicto armado; esto se evidencia después de realizar el cruce entre el Registro Único de Víctimas (fuente oficial) y el sistema de información de la Base Única de Afiliados y APS en línea.

Así mismo dado el seguimiento territorial en la actualidad se encuentran activas en territorios saludables con seguimiento de atención primaria en salud 18.854 familias víctimas de conflicto, su distribución local es la siguiente:

**Tabla 80 Distribución de familias víctimas del conflicto por localidad**

<b>Localidad</b>	<b>Cantidad de Familias Víctimas de conflicto</b>
<b>CIUDAD BOLIVAR</b>	3955
<b>BOSA</b>	2558
<b>USME</b>	2117
<b>SUBA</b>	2112
<b>KENNEDY</b>	1956
<b>SAN CRISTOBAL</b>	1586
<b>RAFAEL URIBE</b>	1366
<b>ENGATIVA</b>	834
<b>TUNJUELITO</b>	538
<b>MARTIRES</b>	421
<b>USAQUEN</b>	332
<b>FONTIBON</b>	307
<b>SANTA FE</b>	247
<b>PUENTE ARANDA</b>	182
<b>CANDELARIA</b>	123
<b>ANTONIO NARIÑO</b>	101
<b>CHAPINERO</b>	64
<b>BARRIOS UNIDOS</b>	46
<b>SUMAPAZ</b>	9
<b>Total general</b>	<b>18854</b>

Fuente: Sistema de Información APS en línea Secretaría Distrital de Salud – Corte Octubre 2015 Grupo Gestión de la Información – Subsecretaría de salud pública.

Con base en el reporte de caracterización de las víctimas del conflicto armado elaborado por la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas del Conflicto Armado, se estima que en Bogotá han declarado aproximadamente 641.262 personas, de las cuales han establecido su lugar de residencia en la ciudad aproximadamente 373.521 personas,

<sup>15</sup> Fuente: Cruce BD APS en línea, BDUA, Registro Único De Víctimas (RUV) Corte 30 de abril de 2015. Procesado por: SDS -SSSP. Equipo Gestión de la información de la operación local del programa territorios saludables 27 de mayo de 2015

estadísticas con corte al 01/02/2015<sup>16</sup>. Respecto del estado de afiliación de las víctimas a septiembre 30 de 2015 se encuentra afiliadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 291.854 personas, de las que 107.025 están en régimen subsidiado, 145.573 en régimen contributivo y 39.256 en régimen especial. Por tanto, se estima que 81.667 personas aproximadamente aun no se encuentran afiliadas en el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, frente a las que se hace necesario generar estrategias que le permitan el goce efectivo de sus derechos en salud, eliminando cualquier barrera de acceso.

Es importante señalar que el número de personas declarantes de los hechos en Bogotá se incrementa gradualmente y no implica de manera directa que las mismas residan en la ciudad.

### **13.3 Atención Psicosocial**

Por otro lado y desde el marco del proyecto de inversión 869 (Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad), se adelantaron actividades orientadas a la promoción del derecho a la salud y la prevención de enfermedades de interés en salud pública así como la atención psicosocial diferencial a partir de una acción de énfasis poblacional denominada atención primaria en salud con enfoque psicosocial – tejiendo esperanzas reconociendo que a partir de la Ley 1448 de 2011, se enmarcan las acciones para restituir, indemnizar, satisfacer, rehabilitar y otorgar garantías de no repetición a las víctimas del conflicto armado interno, donde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá tiene un papel fundamental en la garantía del Derecho a la Salud y la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI el cual incluye un Protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial lineamientos construidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La atención se encamina en la reducción del sufrimiento emocional de las personas, la prevención de problemas emocionales, el fortalecimiento a las personas y a los grupos sociales para que se articulen en procesos de reconstrucción familiar y política, potencia los recursos personales, grupales, sociales, económicos y culturales para su recuperación. Así mismo brinda el apoyo psicosocial a personas y grupos que quieran adelantar acciones de reparación integral.

De esta manera, en el marco del programa territorios saludables durante el 2015 de Enero a Agosto 2015, en ámbito familiar han sido atendidos por los profesionales en territorios saludables 9.361 personas victimas las cuales se encuentran activas con seguimiento desde

---

<sup>16</sup> Reporte de caracterización de las víctimas del conflicto armado. Unidad para la atención y reparación a las víctimas.

una atención inicial en domicilio, estas personas se encuentran representadas en 5.307 mujeres y 4.054 hombres víctimas de conflicto armado.

Así mismo, durante los meses de Enero a Agosto de 2015 se ha dispuesto de la atención psicosocial con cobertura a 507 personas víctimas de conflicto de las cuales 383 son mujeres y 124 son hombres, a quienes se les ha elaborado el plan de atención y a su vez, se han realizado seguimientos para la implementación de las acciones priorizadas. De igual manera durante el periodo Enero a Agosto de 2015, se han realizado un total de 3.531 seguimientos psicosociales por parte de los profesionales de psicología y trabajo social y 2011 seguimientos en salud física realizados por profesionales de medicina y enfermería a las 1.668 personas que han ingresado desde el inicio de la implementación de la acción de énfasis Tejiendo Esperanzas. Con cada una de las personas se realiza un plan de atención, convirtiéndose en la hoja de ruta a partir de la cual se dispone del abordaje interdisciplinar con especial énfasis en las afectaciones e impactos que el conflicto armado ha dejado en cada una de las personas. Para ello se disponen de una serie de herramientas metodológicas, conceptuales y prácticas que permiten a los profesionales hacer un ejercicio conjunta con la población, orientado por un lado, a resignificar los hechos victimizantes vividos, y por otro, posibilitar la reestructuración y reformulación de los proyectos de vida en los niveles individual, familiar y comunitario que permitan fortalecer los mecanismos de afrontamiento de las personas.

Respecto a la trazabilidad en la atención primaria en territorios se enuncia entonces que la cobertura en la atención primaria para el periodo de gobierno ha sido la siguiente: En 2012 atención familiar a 16.800 personas víctimas, en 2013 atención familiar a 14.363 personas, en 2014 13.053 personas víctimas.

En la línea de atención psicosocial se encuentra una cobertura en la atención de la siguiente manera: En 2012 atención psicosocial familiar a 1.844 familias desplazadas víctimas de conflicto, en 2013 1.053 familias, en 2014 atención psicosocial a 1222 personas víctimas de conflicto por tejiendo esperanzas y en 2015 la cobertura individual, familiar y comunitaria de continuidad al proceso iniciado en la vigencia 2014 y con apertura de 507 casos nuevos. De la misma manera articulación territorial a partir de planes de reparación de sujetos colectivos para atención en modalidad comunitaria con la oportunidad de fortalecer organizaciones o grupos de comunidades víctimas en el marco de la reconstrucción del tejido social en las comunidades y a partir de la identificación de daños colectivos. Esto último a partir de acuerdos intersectoriales y de proceso en la planeación e inicio de la atención viabilizado de manera conjunta con la Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación (equipo de reparación).

En el tema del aseguramiento en salud, esta población dada su condición de vulnerabilidad por los cambios que se dan en la condición social y económica entre otras, han generado

dificultades que no le permiten mantener su situación de afiliación inicial y por ende la garantía en las atenciones en salud demandadas, generando esto barreras de acceso para las atenciones en salud. Sumado a esto y como consecuencia de la situación vivida, su estado de salud se afecta de manera importante aumentando más la situación de necesidades insatisfechas en salud.

#### **13.4 Afiliación en Salud**

El proyecto 874, dando respuesta a la Universalización del Aseguramiento y por ende a la Garantía efectiva al derecho a la salud de los ciudadanos realiza acciones encaminadas a la afiliación al SGSSS y el derecho a la Libre Elección de EPS de las EPS habilitadas en el Distrito Capital.

Afiliación al SGSSS (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado y régimen especial magisterio) de la población víctima del conflicto armado residente en Bogotá d. C.

**Tabla 81 Distribución de la población afiliada en el SGSSS por género - régimen de salud- grupo etáreo**

Población víctima en condición de desplazamiento forzado												
Grupo etáreo	SUBSIDIADO			CONTRIBUTIVO				MAGISTERIO				total
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Sin dato	total	Hombre	Mujer	Sin dato	Total	
a. 0 a 5 años	5.288	4.837	10.125	6.380	6.098	10	12.488	990	1.054	1	2.045	24.658
b. 6 a 13 años	10.031	9.617	19.648	11.223	10.661	11	21.895	3.147	3.074	3	6.224	47.767
c. 14 a 17 años	5.649	5.574	11.223	4.812	4.787	11	9.610	2.314	2.121	6	4.441	25.274
d. 18 a 26 años	7.772	10.755	18.527	20.376	19.206	39	39.621	2.249	2.602	7	4.858	63.006
e. 27 a 59 años	14.314	25.438	39.752	28.233	29.326	90	57.649	6.951	10.885	33	17.869	115.270
f. >59 años	3.678	4.072	7.750	1.903	1.880	9	3.792	1.757	1.826	16	3.599	15.141
Sin dato				332	182	4	518	110	109	1	220	738
<b>Total general</b>	<b>46.732</b>	<b>60.293</b>	<b>107.025</b>	<b>73.259</b>	<b>72.140</b>	<b>174</b>	<b>145.573</b>	<b>17.518</b>	<b>21.671</b>	<b>67</b>	<b>39.256</b>	<b>277.190</b>

Fuente: Régimen Subsidiado FOSYGA-BDUA cruce con Maestro de Afiliados SDS, corte 30 de septiembre de 2015.

Población víctima – otros hechos victimizantes												
Grupo etáreo	SUBSIDIADO			CONTRIBUTIVO				MAGISTERIO				total
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Sin dato	Total	Hombre	Mujer	Sin dato	Total	
a. 0 a 5 años	49	60	109	246	261	1	508	56	71		127	744
b. 6 a 13 años	137	122	259	524	469		993	243	238		481	1.733
c. 14 a 17 años	114	137	251	335	351	2	688	229	241	1	471	1.410
d. 18 a 26 años	295	473	768	2.315	2.342	17	4.674	420	479	1	900	6.342
e. 27 a 59 años	1.299	2.692	3.991	6.857	8.592	60	15.509	2.974	5.297	34	8.305	27.805
f. >59 años	299	620	919	792	1.293	8	2.093	966	1.518	9	2.493	5.505
Sin dato				1.481	1.893	169	3.543	419	1.124	55	1.598	5.141
<b>Total general</b>	<b>2.193</b>	<b>4.104</b>	<b>6.297</b>	<b>12.550</b>	<b>15.201</b>	<b>257</b>	<b>28.008</b>	<b>5.307</b>	<b>8.968</b>	<b>100</b>	<b>14.375</b>	<b>48.680</b>

Fuente: Régimen Subsidiado FOSYGA-BDUA cruce con Maestro de Afiliados SDS, corte 30 de septiembre de 2015

Adicionalmente desde la promoción de la afiliación, se ha realizado atención y orientación directa a la población que asiste a los CADES, SUPERCADDES, EPSS, empresas sociales del estado y en los centros DIGNIFICAR.

Se evidencia que durante el periodo comprendido entre enero a septiembre 2015 se atendió en total 42.272 ciudadanos en los Centros Dignificar. En su orden se encuentra que en el Centro Dignificar Kennedy se atendió 9997 usuarios, Centro dignificar de Chapinero 8103 y Centro Dignificar Rafael Uribe con 6174.

Durante el periodo comprendido entre ENERO a SEPTIEMBRE de 2015 se atendieron en total 42.272 ciudadanos en 7 Centros Dignificar en donde se hace presencia, de los cuales se atendieron en Promoción de la afiliación a 11.794 usuarios (28%), Resolución de Barreras de Acceso al sistema de Salud 11.612 usuarios correspondiente al 27%, y 7.842 usuarios correspondiente al 19% se les dió orientación de traslados entre EPS-S o Municipios del total de la población atendida en los Centros Dignificar

Para el tercer trimestre del año 2015, el reporte individual de prestación de servicios de salud, desde el Proyecto 875. Atención a la Población Pobre no Asegurada, genera la siguiente información:

**Tabla 82 Atención a la Población Pobre no Asegurada**

Grupo etáreo	Femenino		Masculino		total Nº. atenciones
	Nº. atenciones	Nº. individuos	Nº. atenciones	Nº. individuos	
De 0 a 5 años	6.612	642	7.646	766	14.258
De 6 a 13 años	2.304	359	2.526	399	4.830
De 14 a 17 años	4.865	384	1.374	170	6.239
De 18 a 26 años	20.648	1.451	7.201	676	27.849
De 27 a 59 años	27.738	1.855	25.719	1.532	53.457
De 60 y mas años	3.627	207	5.127	241	8.754
<b>Total general</b>	<b>65.794</b>		<b>49.593</b>		<b>115.387</b>

Fuente: Base de datos rips2015 SDS, población vinculada, víctima de violencia y atenciones NO POSS, datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS, con corte de recepción 30 de septiembre de 2015)

Durante el período definido desde la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento - Dirección de Provisión de Servicios de Salud se continuó el fortalecimiento a la gestión de los Profesionales de Enlace de las EPS como de las ESE, no sin antes precisar que para esa fecha ya se encontraba el 100% de los Enlaces asignados, para ello se realizó una jornada de actualización en torno a los contenidos de la Ley 1448 de 2011, del Protocolo de Atención en Salud y del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto

Armado y se ha dado continuidad a la gestión de asignación de usuarios y contraseñas para el acceso al sistema de información VIVANTO.

### **13.5 Orientación e Información**

Con respecto al Proyecto 887- Bogotá decide en Salud de la Subsecretaria de Participación, Gestión Territorial y Servicio a la Ciudadanía, para apoyar la atención a víctimas, el compromiso es brindar información, orientación y direccionamiento a la población víctima del conflicto armado. Se proyectó para el año 2016 el presupuesto necesario a fin de ampliar la prestación del servicio a través de los seis (6) Centros Dignificar (Bosa, Sevillana, Kennedy, Rafael Uribe Uribe, Chapinero y Suba) en los cuales con recursos del proyecto, se contará con profesionales universitarios idóneos que permitan a través de su gestión garantizar la continuidad en el acceso a los servicios de salud, neutralizando las barreras de acceso que este tipo de población suelen tener ya medidas y evaluadas y por ende hacer factible la exigibilidad del derecho a la salud para esta población especial. Se incluyen recursos de logística para el funcionamiento de los Centros Dignificar, puntos de Servicio a la Ciudadanía del Sector Salud.

Adicionalmente con recursos agregados para atender a la totalidad de la población del distrito (incluyendo las víctimas), se fortalecerá el funcionamiento de los Puntos por el Derecho a la Salud (PDS) que en 2016, se ubicará uno en cada localidad facilitando el acceso de la ciudadanía del distrito a esta estrategia que propugna por una defensa de la dignidad de las personas afectadas por el actual sistema general de seguridad social en salud sin importar su régimen de afiliación y en una herramienta de gestión para garantizar la exigibilidad de la salud como derecho.

Bogotá comprendiendo la magnitud y gravedad del conflicto armado no se ha limitado a ser un punto de llegada para los efectos de la guerra. Actualmente, se trabaja en pro de las víctimas desde el marco de la normatividad internacional, brindada por la búsqueda constante en la garantía de los Derechos Humanos y la comprensión del DIH, por lo establecido en la Constitución de 1991, la Ley 1448 de 2011 y la 387 de 1997, así como de todos los autos y decretos complementarios.

La ciudad es la mayor receptora por los efectos del desplazamiento forzado, alberga aproximadamente a 600 mil víctimas del conflicto armado, cifra que corresponde al 10% del total de víctimas del conflicto<sup>17</sup>.

Aquí el aporte de la Capital al postconflicto, debe ser cuanto a la apertura de caminos para la verdad, justicia, reparación, no repetición y oportunidades de reconciliación, evitando el

---

<sup>17</sup> SANGUINO, Antonio. Bogotá y el postconflicto. Corporación Nuevo Arco Iris. Publicado febrero 23, 2015. Visitado septiembre 10, 2015. <http://www.arcoiris.com.co/2015/02/bogota-y-el-postconflicto/>

choque desgastante entre las políticas, articulando los programas necesarios para que las víctimas transiten junto a los que hicieron la guerra, hacia un futuro donde la reducción de la pobreza y las desigualdades sea una realidad.

Ese es el ejemplo que ha empezado a dar el Distrito Capital al resto de Colombia, integrando de forma participativa a la oferta institucional actual, a todas las comunidades con base en el reconocimiento, respeto, tolerancia y diversidad.

Construir ese camino, requiere una infraestructura institucional capaz de romper los paradigmas, estigmas y sellos. Una infraestructura capaz de adaptarse, reconocer, mejorar y presentar soluciones a los retos actuales en la construcción de un proyecto futuro de ciudad en Paz y para la Paz.

Por lo anterior, se propone la transformación de la actual **Alta Consejería para los derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación** por la **Alta Consejería para el Postconflicto** como la innovación institucional que asuma las continuidades temáticas e integren los procesos que lleven a Bogotá a ser sentida y reconocida como la capital de la Paz. Orientando los esfuerzos de la administración a la noviolencia, la reconciliación y la paz, evitando la resurgencia de la violencia y las exclusiones sociales.