



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

Secretaría
Salud



Balance Social 2010

Secretaría Distrital de Salud

Bogotá D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá

Secretaría Distrital de salud

Clara López Obregón
Alcalde Mayor de Bogotá (D)

Jorge Bernal Conde
Secretario Distrital de Salud

Juan Varela Beltrán
Subsecretario Distrital de Salud

Helena Sandoval Lancheros
Director de Salud Pública

Harold Bautista Vargas
Director de Planeación y Sistemas

German Redondo Gómez
Director de Desarrollo de Servicios

Carlos Manuel Campo Guerrero
Director de Talento Humano

Harold Hernán Cárdenas Herrera
Director de Aseguramiento

Manuel Antonio Villamizar
Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Luz Dary Carmona Moreno
Directora de Participación social y Servicio al Ciudadano

Luis Alberto Donoso Rincon
Director Jurídico y de Contratación

Jairo Villamil Hernandez
Director Administrativo

Vladimiro Estrada Moncayo
Director Financiero

Herwin Jesús Rodríguez Santos
Director Oficina de Control Interno

Coordinación General
Área de Análisis y Programación
Dirección de Planeación y Sistemas

Jonathan Nieto
Referente Oficina Asesora de Comunicaciones
Coordinación Editorial

Diego Bautista
Fotografías

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	5
Problema Social No. 1 abordado por Salud al Colegio.....	7
1 Reconstrucción del Problema Social.....	8
2 Instrumentos Operativos Para la Atención del Problema.....	10
3 Resultados en la Transformación de los Problemas.....	14
Problema Social No. 2 abordado por las Acciones de Protección a la Niñez.....	20
1 Reconstrucción del Problema Social.....	21
2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas.....	25
3 Resultados en la transformación de los Problemas.....	29
Problema Social No. 3 abordado por las acciones de Garantía del Acceso a los Servicios de Salud de la Población Pobre y Vulnerable.....	34
1. Reconstrucción del Problema Social.....	35
2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas.....	41
3 Resultados en la transformación de los Problemas.....	44
Problema Social No. 4 abordado por el Proyecto Ciudad Salud.....	56
1 Reconstrucción del Problema Social.....	57
2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas.....	59
3 Resultados en la transformación del problema.....	63
Problema Social No. 5 abordado por las acciones de reorganización de servicios de salud en Bogotá.....	69
1. Reconstrucción del Problema Social.....	70
2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas.....	73
3 Resultados en la transformación de los Problemas.....	76
Problema Social No. 6 abordado por el Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos.....	87
1. Reconstrucción del Problema Social.....	87
2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas.....	90
3 Resultados en la transformación de los Problemas.....	92
Problema Social No. 7 abordado por las acciones de Rectoría en Salud.....	98
1. Reconstrucción del Problema Social.....	98
2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas.....	100
3 Resultados en la Transformación de Problemas.....	102
Problema Social No. 8 abordado por el Proyecto Salud a Su Casa.....	108
1. Reconstrucción del Problema Social en Proyecto 623-“Salud a su Casa”.....	109
2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas.....	114
3 Resultados en la transformación de los problemas.....	116
Problema Social No. 9 abordado para Promover la construcción de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud... 	127
1. Reconstrucción del Problema Social.....	128
2 Instrumentos Operativos para la solución de los Problemas Sociales.....	133
3 Resultados en la Transformación de los Problemas.....	136
Problema Social No. 10 abordado por las acciones de Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre hospitalaria.....	149
1. Reconstrucción del Problema Social.....	150
2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas.....	152
3 Resultados en la transformación de los Problemas.....	156
Problema Social No. 11 abordado por las acciones de mejoramiento de la Infraestructura Hospitalaria.....	165
1. Reconstrucción del Problema Social.....	165
2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas.....	167

3	Resultados en la transformación de los Problemas	169
	Problema Social No. 12 abordado por el Plan Maestro de Equipamiento en Salud.....	173
1.	Reconstrucción del Problema Social.....	173
2	Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas	175
3	Resultados en la transformación de los Problemas	178
	Problema Social No. 13 abordado por las acciones de Vigilancia y Control sobre Riesgos del Ambiente	182
1.	Reconstrucción del Problema Social.....	183
2	Instrumentos Operativos para la Atención de Los Problemas	187
3	Resultados en la Transformación de Problemas	190
	Problema Social No. 14 abordado por el Proyecto de EPS Distrital.....	208
1.	Reconstrucción del problema social.....	209
2	Instrumentos operativos para la atención de los problemas	210
3	Resultados en la transformación de los Problemas	213
	Problema Social No. 15 abordado por el Proyecto Salud al Trabajo.....	216
1	Reconstrucción del problema social.....	217
2	Instrumentos operativos para la atención de los problemas	221
3	Resultados en la transformación de los Problemas	224

INTRODUCCION

En cumplimiento a las leyes y normas reguladoras del Informe de Balance Social para las entidades de la Administración Distrital, asociado éste con la función social misma del Estado, dentro de las cuales cabe destacar lo estipulado en la Constitución Política de Colombia de 1991 en sus artículos 119, 350, 365 y 366; lo determinado en el Decreto Ley 1421 de 1993, el Decreto 714 de 1996; la Ley 42 de 1993 y lo reglamentado en el Acuerdo Distrital 361 de 2009; la Secretaría Distrital de Salud pone a consideración de la Contraloría de Bogotá D.C. y de la ciudad misma, el Informe Sobre la Gestión Social correspondiente a la vigencia fiscal de 2010.

Para su elaboración se tuvieron en cuenta los lineamientos impartidos por la Contraloría Distrital de Bogotá D.C. en el documento denominado **“Metodología para la Presentación del Informe del Balance Social”**, de fecha enero de 2010. En este sentido y bajo la mirada de un análisis lógico, en el presente documento se incorpora la reconstrucción de los problemas sociales, los instrumentos operativos para la solución de los problemas identificados y los resultados en las transformaciones sociales de los mismos, como ejes centrales del informe. Dentro de la reconstrucción del problema social se identifican las causas y los efectos inherentes a todos y a cada uno de los mismos, la ubicación de la población afectada de manera directa e indirecta, los actores que intervienen en el problema, bien se trate de organismos públicos o privados relacionados de manera directa o indirecta con la problemática y la forma de participación en el diseño y ejecución de la política pública o proyecto formulado para atender el problema social.

Como parte de los instrumentos operativos para la solución de los problemas identificados, se destacan las políticas, programas y estrategias adoptadas por la Administración Distrital en la vigencia fiscal de 2010, así como aquellas incorporadas a nivel de la Entidad, precisando las estrategias, los proyectos de inversión y las metas, así como los objetivos específicos y los generales planteados para la solución del problema, junto con los presupuestos y las unidades de focalización objeto de atención. De igual forma, dentro de los resultados obtenidos en la transformación de los problemas, se puntualizan niveles de cumplimiento frente a metas y actividades; se precisan los indicadores, el presupuesto ejecutado y la población o unidades de focalización atendidas, señalando, además, las limitaciones y problemas, así como los impactos de las intervenciones y las acciones complementarias emprendidas para dar solución al problema planteado. Para finalizar, se revisa el diagnóstico y su grado de transformación como producto de las intervenciones realizadas.

Bajo la mirada de la política pública distrital de salud, todo lo anterior se enmarca y armoniza con la convergencia del Plan de Desarrollo: “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 200-2012, registrándose así, algunos de los resultados de la gestión adelantada por la entidad y por el sector público de la salud en la Ciudad, como producto de las respuestas dadas frente a aquellas responsabilidades de ciudad identificadas y encomendadas en el contexto de la formulación del Plan de Desarrollo Distrital y del Plan Territorial de Salud, tal y como quedo reglamentado en la Ley 1122 de 2007, en la Ley del Plan Nacional de Salud Pública, en el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución Reglamentaria 425 de 2008 y demás normas y documentos explicativos.

Este documento se estructura en dos partes. La primera contiene una breve introducción. La segunda incorpora las intervenciones llevadas a cabo por la entidad como respuesta a algunos de los principales problemas sociales que aquejan a la población de la ciudad.

De manera específica, para este informe se abordó el examen sobre las labores adelantadas por salud al colegio, acciones de protección a la niñez, de garantía del acceso a los servicios de salud de la población pobre no asegurada, acciones de promoción de la afiliación al régimen subsidiado y contributivo, proyecto ciudad salud, de reorganización de servicios de salud en Bogotá, Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos; de rectoría en salud, proyecto Salud a Su Casa, construcción de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud, acciones de ampliación y mejoramiento de la atención Pre hospitalaria, de mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, Plan Maestro de Equipamiento en Salud, de vigilancia en salud pública, de vigilancia y control sobre riesgos del ambiente, proyecto de EPS Distrital, proyecto Salud al Trabajo y acciones para avanzar hacia comunidades saludables .

Problema Social No. 1



Abordado por Salud al Colegio

Problema Social No. 1 abordado por Salud al Colegio

1 Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

Las instituciones educativas del Distrito presentan problemáticas relacionadas con la salud que afectan los procesos pedagógicos y la posibilidad de que los estudiantes terminen con éxito esta etapa de su proceso de crecimiento como individuos y como ciudadanos. Estas problemáticas han sido históricamente abordadas desde una perspectiva casi exclusivamente asistencial, lo que impide el diseño de respuestas integrales, que tengan en cuenta a los miembros de las comunidades educativas, así como los procesos pedagógicos y de producción cultural propios del ámbito escolar.

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

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

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

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema:

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

- Abordaje fragmentario de las necesidades y problemas sociales de las comunidades educativas (tanto en su lectura-comprensión, como en las respuestas) lo cual tiene como efecto la falta de procesos articulados intersectorialmente de manera sostenida.

- Las acciones se desarrollan frecuentemente como actividades esporádicas y desconectadas (charlas, campañas, controles de salud) al margen de las lógicas escolares, los tiempos institucionales y las prioridades/oportunidades que existen en la escuela. Esta manera de hacer no favorece la construcción de un proceso social sostenido, regular, vinculante de los actores sociales que convergen en el territorio.
- Brecha entre la magnitud de los problemas y el alcance de las respuestas. Ante realidades complejas se realizan respuestas simples, de escasa posibilidad de incidencia en los determinantes de aquellos problemas complejos.
- Escasa integración de las acciones de salud pública con las realizadas por otras dependencias de la ESE y de otras instituciones, de manera que se reduce el potencial de las acciones para generar procesos que incidan sobre los determinantes de la salud y calidad de vida.
- Un papel de las comunidades educativas que se caracteriza por el desplazamiento-sustitución del docente por el trabajador de la salud lo cual impide la apropiación de los temas de promoción de salud y calidad de vida por parte de las comunidades educativas, cuya participación es muy importante debido al papel de la escuela de productor de cultura.
- Alta dependencia de las acciones externas realizadas por el sector salud, lo que repercute en la baja sostenibilidad de los procesos una vez se disminuye el trabajo del sector salud.

1.3 Focalización:

La población afectada por el problema se ubica en Bogotá D.C., de manera primordial habita en las zonas marginadas de la ciudad, en los estratos 1, 2 y 3, en su gran mayoría corresponde a niños, niñas y adolescentes menores de 16 años de instituciones educativas de Bogotá D.C. que por estar escolarizados hacen parte de relaciones sociales, institucionales, pedagógicas y culturales propias de un espacio para el cuidado, el aprendizaje, el encuentro, la reproducción cultural y la socialización en el que existen jerarquías, control de los tiempos y de los espacios, y la regulación de las conductas a través de sistemas normativos. Se estima que el total de la población afectada escolarizada en todas las instituciones diagnosticadas asciende a 2.015.202 pobladores de la ciudad. De esta cifra se han identificado como población prioritaria por su vulnerabilidad social y económica, un total de 1.020.464 niños y niñas menores de 16 años afectados por el problema en las instituciones educativas de Bogotá; 563.541 niños y niñas menores de 5 años afectados por el problema en jardines infantiles del Distrito Capital y 431.197 jóvenes mayores de 16 años afectados por el problema ubicados en instituciones de educación superior.

1.4 Actores que intervienen en el problema:

Se relacionan con la problemática planteada, entre otros, la Secretaria de Educación, la Secretaria de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, el Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte IDR, las direcciones locales de educación, los referentes locales de Salud al Colegio de la Secretaría de Educación Distrital, las alcaldías locales y los equipos Ámbito Escolar de las Empresas Sociales del Estado. A nivel institucional, tienen relación directa con el problema planteado, los

rectores, orientadoras, referentes temáticos del programa Salud al Colegio de las empresas sociales del Estado, docentes, cuidadores, niños y niñas de jardines infantiles estudiantes, padres y madres de familia y comunidad.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención del Problema

2.1 A nivel de la Administración:

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

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

2.2 A nivel de la Entidad:

Dentro de este contexto, la entidad formuló, registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Distrital, y viene ejecutando el Proyecto de Inversión 624 Salud al Colegio. El Objetivo general del mismo es **“...Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada del Distrito Capital, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que responden a las necesidades, expectativas y potencialidades de la población, desde un enfoque promocional de calidad de vida...”**

Para el cumplimiento del objetivo general, se plantearon los siguientes tres objetivos específicos: 1]. Fortalecer las relaciones intersectoriales que permitan al programa ámbito escolar, desarrollar acciones promocionales, preventivas y repositivas de salud escolar,

que cuenten con la participación de los actores y sectores, sociales, comunitarios e institucionales, responsables de contribuir a garantizar la calidad de vida y salud de las comunidades educativas. 2]. Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas potenciando su función de jardines, escuelas y colegios e instituciones de educación superior, promotores de salud. 3]. Desarrollar acciones para la identificación, atención y seguimiento de los problemas de salud que interfieren las condiciones de aprendizaje de la población escolar y preescolar del Distrito, favoreciendo y facilitando el acceso a servicios de salud.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

La meta a 2012 es cubrir con intervenciones promocionales de salud y de calidad de vida, 734 sedes de colegios distritales, 310 jardines infantiles y 8 Universidades o instituciones educativas distritales [IED]]. Para el 2010 se definió como meta 471 sedes de colegios distritales, 160 jardines infantiles y 8 universidades o instituciones educativas de educación superior. Para el cumplimiento de esta meta se plantearon las siguientes acciones:

- Revisar avances conceptuales, metodológicos y operativos que se han alcanzado en el desarrollo del ámbito escolar, para ajuste e implementación de intervención en Salud al Colegio.
- Acciones promocionales de convivencia y derechos humanos en instituciones educativas distritales [IED].
- Coordinación de intervenciones del programa, procesamiento y análisis de información y rendición de cuentas de indicadores en el nivel local.
- Desarrollar procesos de capacitación y desarrollo de competencias laborales y humanas para la implementación del programa Salud al Colegio.
- Desarrollo de estrategias comunicativas de Salud al Colegio en el nivel local, piezas comunicativas, boletines trimestrales y eventos locales trimestrales.
- Asesoría para la elaboración de los planes de seguridad y salubridad en jardines infantiles.
- Conforme a las necesidades sensibles identificadas en las instituciones educativas jardines, colegios, universidades, dar respuesta en seguridad alimentaria y nutricional - SAN, discapacidad y salud oral.
- Promoción de la alimentación saludable en IED, conforme a las necesidades sensibles identificadas en las instituciones educativas jardines, colegios, universidades.
- Gestión para la promoción de la salud sexual y reproductiva y la salud mental en instituciones educativas superiores [IES] a través de movilización de actores, procesos de sensibilización y articulación, realización de eventos y publicaciones. Conforme a las necesidades sensibles identificadas en las instituciones educativas jardines, colegios, universidades.
- Fortalecimiento de habilidades a formadoras de jardines infantiles para el cuidado de niños y niñas, desarrollo infantil y promoción del buen trato.
- Acciones promocionales para el no uso abusivo de sustancias psicoactivas.

- Conformar y mantener grupos capacitados como promotores y multiplicadores de salud mental, que basados en la estrategia de la línea 106 (línea de atención amiga de la niñez y la infancia), se potencien como red de apoyo para sus pares.
- Promoción de la actividad física en el marco de la construcción de un programa intersectorial, y el fortalecimiento del uso adecuado del tiempo libre.
- Sensibilización y detección de necesidades educativas especiales transitorias o permanentes en colegios privados y públicos del Distrito.
- Acompañamiento en la inclusión escolar del niño y la niña con discapacidad para promoción de la autonomía.
- Acompañamiento para la garantía del derecho a la salud de la población desescolarizada con discapacidad
- Movilización de la rutas de acción para la identificación canalización y seguimiento de niños y niñas
- Acciones promocionales en salud visual
- Acciones para el fortalecimiento de las capacidades ciudadanas dirigida a los profesionales, auxiliares y técnicos involucrados en la implementación de las estrategias sobre la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI], Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia [IAMI] e Instituciones Amigas de la Familia y las Infancia [IAFI].
- Identificación, canalización y seguimiento a adolescentes lactantes, con énfasis en la promoción de la lactancia exclusiva hasta los seis meses.
- Acciones para la promoción, protección y defensa de la lactancia materna y la alimentación saludable en los niños y niñas menores de cinco años en el marco de la coordinación intersectorial.
- Acciones de detección precoz, seguimiento de casos y acciones preventivas colectivas en conducta suicida.
- Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la prevención integral del abuso sexual. Esta actividad aplica para niños y adolescentes entre 10 a 14 años.
- Identificación, canalización y seguimiento de adolescentes gestantes y en posparto de 10 a 14 años y fortalecimiento intersectorial del abordaje integral de la violencia sexual.
- Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos que fortalezcan la apropiación de criterios para la toma de decisiones conscientes respecto a la sexualidad y la procreación. Aplica para adolescentes entre 15-19 años.
- Seguimiento adolescentes gestantes y en posparto de 15 a 19 años y activación del componente promocional de la sexualidad con miras a prevenir un segundo embarazo.
- Generación e implementación de acciones formativas de promoción, prevención y atención de las violencias abuso y explotación sexual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar y conducta suicida, con énfasis en reconocimiento de mecanismos de notificación y denuncia.

- Aumentar la cobertura en desparasitación y suplementación con micronutrientes hierro, calcio y ácido fólico, incluyendo a personas de alta vulnerabilidad, no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y desarrollar estrategias de seguimiento a estas actividades en las mujeres gestantes y niños lactantes especialmente.
- Promoción de prácticas favorables a la salud oral en jardines e instituciones educativas
- Realizar acciones de desparasitación y suplementación con micronutrientes hierro y Vitamina A en jardines.
- Realizar acciones de desparasitación y suplementación con micronutrientes en instituciones educativas distritales.
- Apoyo a procesos de educación en salud y ambiente PAESA en instituciones educativas distritales.
- Diseñar e implementar la estrategia de información educación y capacitación de la política de salud ambiental para favorecer su ejecución en las diferentes líneas de acción
- Gestión para la articulación intersectorial e interinstitucional, promoviendo la participación de las comunidades educativas y la integración de intervenciones, por cada equipo del programa en jardines, instituciones educativas distritales e instituciones de educación superior.
- Conformar y mantener grupos capacitados como promotores y multiplicadores de salud mental, que basados en la estrategia de la línea 106, se potencien como red de apoyo para sus pares.
- Promoción de la actividad física en el marco de la construcción de un programa intersectorial, y el fortalecimiento del uso adecuado del tiempo libre.
- Sensibilización y detección de necesidades educativas especiales transitorias o permanentes en colegios privados y públicos del distrito.
- Acompañamiento en la inclusión escolar del niño y la niña con discapacidad para promoción de la autonomía.
- Movilización de la rutas de acción para la identificación canalización y seguimiento de niños y niñas con necesidades educativas especiales transitorias o definitivas.
- Acciones promocionales en salud visual
- Acciones para el fortalecimiento de las capacidades ciudadanas dirigida a los profesionales, auxiliares y técnicos involucrados en la implementación de las estrategias AIEPI-IAMI- IAFI

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$ 22.039.832.439 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$5.999.092.000 provienen del Sistema General de Participaciones y \$16.039.935.922 provienen de recursos del Distrito de Aporte Ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención:

La población a la cual se programó actividades en el proyecto de inversión de Salud al Colegio en el 2010 fue: 500.000 Niños y niñas menores de 18 años de 470 sedes de Instituciones Educativas Distritales de Bogotá; 25.209 Niños y niñas menores de 5 años de 160 jardines infantiles del distrito capital y 58.216 Jóvenes mayores de 16 años ubicados en 8 instituciones de educación superior.

3 Resultados en la Transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

En total, en 2010 se abordaron 470 sedes de colegios, 160 jardines y 8 instituciones de educación superior, cumpliendo con la meta establecida en el año 2010 (Véase la Tabla No. 1). De igual forma se adelantaron acciones no integrales en 50 instituciones educativas, a través de la estrategia Salud al Colegio, para lo cual se movilizó la comunidad educativa: docentes, orientadoras, padres de familia y estudiantes, donde el tema eje de todas las acciones fue sobre "Derechos Sexuales y Reproductivos de los y las Adolescentes", bajo un enfoque preventivo y restitutivas, movilizandando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con un abordaje integral de las temáticas priorizadas en cada localidad

Tabla No. 1.1
Sedes cubiertas por Salud al Colegio en 2009

Ubicación	Número de Equipos	Sedes cubiertas escuelas y	Sedes cubiertas jardines
Engativá	4	46	14
Usaquén	2	26	13
Chapinero	3	35	26
Suba	3	36	9
pablo VI	3	36	13
Fontibón	2	25	6
Sur	5	60	22
RUU	2	25	8
Hosp. Ctro Or.	3	36	8
San Cristóbal	2	24	9
Tunjuelito	2	20	8
Usme	3	36	11
Vista Hermosa	3	38	13
Nazareth	2	27	0
Total	39	470	160

Fuente: Salud Pública SDS – Proyecto Salud al Colegio

Se cumplió con la atención de la población focalizada 2010:

- Niños y niñas menores de 18 años de 470 sedes de instituciones educativas distritales de Bogotá: 500.000 niños, niñas y adolescentes en el año 2010.
- Niños y niñas menores de 5 años de 160 jardines infantiles del Distrito Capital. 25.209 niños y niñas en el año 2010.

- Jóvenes mayores de 16 años ubicados en 8 instituciones de educación superior: 58.216.

Las intervenciones realizadas fueron:

- Intervenciones en salud oral: durante el desarrollo de éste proceso se abordaron 143 jardines infantiles con pre-escolares ubicados en 769 niveles educativos e igual número de docentes en 228 sedes de colegios distritales con escolares de 3163 cursos de colegios y docentes. Estas acciones se dirigieron a 123.073 niños y niñas, encontrando que de las mismas, el 79.75% mejoró sus prácticas en salud oral.
- Intervenciones en Salud Sexual y Reproductiva: las acciones en salud sexual y reproductiva, se dirigieron a disminuir los casos de embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años, y entre 15 y 19 años. Se logró posicionar los servicios de salud amigables para adolescentes y Jóvenes como una de las principales estrategias para reducir el embarazo en adolescentes en este grupo poblacional e impactar positivamente los determinantes sociales de la salud, la salud sexual y reproductiva y de la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Se tuvo una cobertura de 470 sedes de colegios cubiertas con las estrategias implementadas en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población infantil, adolescente y joven, con énfasis en el abordaje integral de la violencia y el abuso sexual y la prevención del embarazo adolescente (no deseado/no planeado). Se logró sostener el compromiso de 8 instituciones educativas de educación superior en torno a acciones de salud mental y salud sexual y reproductiva. En estas instituciones se llevo a cabo la publicación de 79 estrategias informativas al interior de las mismas.
- Intervenciones en salud mental - Línea 106: En el 2010 se intervinieron 438 grupos de niños, niñas y adolescentes organizados en el Distrito, beneficiando a 8679 niños, niñas y adolescentes escolarizados, los cuales en su mayoría tuvieron acciones durante todo el año académico con procesos de formación en derechos, salud mental y línea 106 y metodologías. Adicionalmente se realizó formación en habilidades sociales, actitudinales y valorativas a 3321 docentes, 50116 niños y niñas y 3339 padres de familia de la comunidad educativa. Se trabajó con 5052 docentes y 3089 padres, quienes participaron en la guía metodológica para la prevención de las violencias como estrategia pedagógica para la respuesta ante las violencias en 414 sedes del Distrito abordadas por la intervención.

Recibieron intervención efectiva de I nivel en salud mental, 19.828 niños y niñas en riesgo de violencias. Se canalizaron un total de 406 casos de conducta suicida que intervinieron en programas de atención psicosocial, en la red de pública de prestación de servicios.

- Intervención en Psicoactivos: se realizaron 614 conversatorios con participación de 20.009 niños, niñas y adolescentes, en los que se desarrollaron y expusieron los contenidos de la política pública de prevención de uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.
- Intervención en Salud Visual y Auditiva: se identificaron 10.899 niños entre los 5 y los 10 años con alteración visual, de 33.121 que fueron abordados. De los identificados, 10.438 niños fueron remitidos a valoración.

- Intervención en Discapacidad: se realizaron talleres de sensibilización a 60 docentes sobre el reconocimiento y aceptación de la diferencia y la identificación de líderes o grupos de apoyo para los niños y niñas con dificultades en su proceso de aprendizaje.
- Intervención en rehabilitación, actividad física, protección a la niñez y promoción de la lactancia materna: se realizó acompañamiento para garantizar el derecho a la salud a niños y niñas a los 108 colegios integradores, divulgando y sensibilizando sobre la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en el ámbito escolar. En estas instituciones se realizó acompañamiento directo a 100 niños y niñas con limitaciones permanentes, que requieren de los apoyos para su inclusión. En 345 sedes educativas se implementaron 5 de las estrategias concertadas para promover la actividad física en los escolares. Respecto a la protección a la niñez, se capacitó a 515 docentes de los diferentes jardines infantiles, privados y públicos en promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, acción dirigida a jardines que atienden a niños y niñas mayores de 2 años y se realizó la identificación y caracterización de 1288 adolescentes gestantes y lactantes (familia gestante, lactante), con quienes se realizó el fomento de prácticas de autocuidado, canalización a servicios sociales (apoyo alimentario) y de salud (controles prenatales, suministro de micronutrientes).
- Finalmente 157,025 niños y niñas fueron suplementados con sulfato ferroso y micronutrientes.

3.2 Indicadores

Tabla No. 1.2
Indicadores Salud al Colegio 2010

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA
Numero de sedes de colegios cubiertas por el programa Salud al Colegio	470 sedes cubiertas	470 sedes programadas	Número de sedes de colegios
Jardines infantiles cubiertos por el programa Salud al Colegio	160 jardines cubiertos	160 jardines programadas	Número de jardines
Instituciones de Educación Superior (IES) cubiertas por el programa Salud al Colegio	8 IES cubiertas	8 IES programadas	Número de IES

Fuente: Salud Pública SDS – Proyecto Salud al Colegio

3.3 Presupuesto Ejecutado

El presupuesto ejecutado para solucionar el problema planteado fue de \$22.039.027.922 de los cuales se giraron \$18.384.499.233

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

La principal dificultad del proyecto, residió en la sistematización y cruce de la información de niños, niñas, adolescentes y jóvenes que se beneficiaron por el programa; en especial

el cruce de la información sobre canalizaciones a servicios y programas de salud, lo cual ha implicado depuraciones de información por parte de las instituciones involucradas en la ejecución de las acciones.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Como producto del trabajo intersectorial con la Secretaria de Educación Distrital, se logro ordenar sus acciones en la perspectiva de incidir en la transformación de hábitos, relaciones y prácticas que permitan a las instituciones educativas desarrollar de manera autónoma procesos de promoción de la salud y capacidades para manejar los eventos de interés en salud pública de manera adecuada:

- Frente a los problemas sociales que afectan la salud pública dentro de las instituciones educativas relacionados con la salud sexual y reproductiva, Salud Mental (intervención en prevención consumo sustancias psicoactivas, violencias e ideación suicida): se diseñaron e implementaron estrategias de apoyo a los pactos de convivencia, de buen trato, de no uso de sustancias tóxicas; hubo acercamiento a las redes de apoyo interinstitucionales e intersectoriales que apoyan el trabajo de promoción, dando salida a los casos que la escuela no está en capacidad de manejar; se llevó a cabo el diseño de procesos de promoción potentes, que permitieron cambiar los imaginarios, los comportamientos y las actitudes, e incidir en las prácticas sociales y culturales con lo cual incide en las tendencias negativas para la salud y la calidad de vida de la comunidad educativa.
- Frente a los problemas relacionados con la actividad física, la salud oral, la nutrición, la salud visual y auditiva y la salud ambiental: se generaron intervenciones con el propósito de promover prácticas de autocuidado, como un conjunto de acciones que se brinda a una persona o una colectividad para tener una mejor calidad de vida, fortaleciendo los espacios propios de la institución educativa, mediante la implementación de técnicas como: pruebas de agudeza visual para salud visual y auditiva, prácticas adecuadas de salud oral, patrones de alimentación saludables, generación de escenarios cotidianos propicios a la actividad física y procesos pedagógicos de salud ambiental.
- Frente a las problemáticas características de las etapas del ciclo vital que marcan el tipo de respuestas que se requiere atendiendo a específicas de la población (discapacidad, desplazados, trabajo infantil, etnias):se respondió a las necesidades concretas de acuerdo con el ciclo vital, el género, las condiciones físicas y la cultura específica de cada niño o niña reconociendo sus derechos individuales y colectivos. Mediante este componente se hizo posible hacer un reconocimiento de las poblaciones en condición de desplazamiento y de las minorías étnicas. Adicionalmente se desarrollaron acciones para integrar a los escolares con algún tipo de discapacidad (transitoria o permanente) e identificar y tomar medidas inmediatas para la desvinculación laboral de los menores trabajadores.

El impacto del programa Salud al Colegio, se relaciona con dar solución a las problemáticas relacionadas con la salud que afectan los procesos pedagógicos y la posibilidad de tener estudiantes que terminen con éxito la etapa de su proceso de crecimiento como individuos y como ciudadanos. Se ha incidido sobre las condiciones de

salud en las instituciones educativas en las que la estrategia se ha desarrollado y en problemáticas específicas, tales como la violencia en sus múltiples expresiones, el consumo abusivo de sustancias tóxicas, el deterioro del medio ambiente, la falta de respuestas efectivas para la población discapacitada, afecciones a la salud mental, la salud oral, la salud sexual y reproductiva y la desnutrición. De otra parte, se cuenta con las problemáticas leídas desde las etapas del ciclo vital, que marcan, también el tipo de institución educativa a la que pertenece y el tipo de respuestas relacionadas con las necesidades de la población de los jardines infantiles, de los niños, niñas y adolescentes que asisten a las escuelas y colegios, y también de los adolescentes y jóvenes de las universidades y otras instituciones de educación superior.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas.

La población atendida en 2010 fue de 500.000 Niños y niñas menores de 18 años de las instituciones educativas de Bogotá; 25.209 Niños y niñas menores de 5 años de 160 jardines infantiles del Distrito Capital y 58.216 Jóvenes mayores de 16 años ubicados en 8 instituciones de educación superior.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender:

Teniendo en cuenta que el total de población de las instituciones educativas afectada por el problema es de 2.015.202 quedan por cubrir 1.431.777 niños, niñas y jóvenes (Ver Tabla No. 1.3)

Tabla No. 1.3
Población o unidades sin atender.

Unidad de	Beneficiados	Universo	Población sin
IED	500.000	1.020.464	520.464
Jardines	25.209	563.541	538.332
IES	58.216	431.197	372.981
Total	583.425	2.015.202	1.431.777

Fuente: Salud Pública SDS – Proyecto Salud al Colegio

La cobertura del Programa, frente a la población objeto es del 28,9% frente al total de niños y niñas menores de 18 de las instituciones educativas de Bogotá, (1.020.464 - Secretaria de Educación - Estadísticas Matriculas 2009); niños y niñas menores de 5 años de jardines infantiles (563.541 - Fuente: DANE 2005) y de jóvenes mayores de 16 años ubicados en 8 instituciones de educación superior (431.197 - Fuente: MEN – Sistema Nacional de Información de la Educación Superior, 2008).

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

Por tratarse de acciones de salud pública, realizadas en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, cuyo énfasis es la promoción de la salud, se debe puntualizar que estas acciones se realizan de manera sostenida. En este sentido, se programo para las vigencias 2011 y 2012, incrementar la cobertura para incorporar a la población no cubierta, la cual, tal y como se mencionó en el ítem anterior, asciende a 1.431.777 niños, niñas y jóvenes.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Otras actividades desarrolladas para dar respuesta a la problemática han sido las acciones promocionales para niños y niñas en situación de desplazamiento; las acciones de promoción de alimentación saludables en el ámbito escolar, que benefició a 14397 niños y niñas; las estrategias para inclusión social de la población étnica que beneficio a 86 estudiantes y la caracterización y seguimiento a 600 niños y niñas trabajadoras

3.10 Diagnostico final del problema

La población de las instituciones educativas del Distrito Capital, de jardines infantiles y de universidades, vienen realizando acciones integrales inherentes a los sectores salud y educación, bajo una perspectiva promocional de calidad de vida en la cual se vienen diseñando e implementando respuestas integrales que tienen en cuenta a los miembros de las comunidades educativas, así como los procesos pedagógicos y de producción cultural propios del ámbito escolar.

Se fortaleció la relación interinstitucional de la Secretaría de Salud con la Secretaria de Educación, la Secretaría de Integración Social, el Instituto de Bienestar Familiar y las Oficinas de Bienestar Universitario de las 8 instituciones de educación superior programadas. Para el caso de jardines y colegios el desarrollo del programa permite clasificar la fase de operación en que se encuentra cada institución abordada, (Inicio, consolidación y mantenimiento) dependiendo del grado de apropiación de habilidades y competencias en promoción, protección y reconocimiento del sistema de salud, que les permita a la comunidades educativas hacer que sus instituciones, sean parte del modelo de Jardines, Escuelas y Universidades Promotoras de salud.

Problema Social No. 2



**Abordado por las acciones de
protección a la niñez**

Problema Social No. 2 abordado por las acciones de protección a la niñez

1 Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

La aparición de enfermedades en la población como la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la influenza, la tuberculosis, la hepatitis A y B, la Haemophilus influenzae, el sarampión, la rubeola, las paperas, la fiebre amarilla, las infecciones por rotavirus y las enfermedades causadas por neumococo (Otitis Media, neumonía, meningitis y bacteriemia) se constituyen en uno de los principales problemas de salud pública, debido a las consecuencias nefastas que tienen sobre la población, en términos de enfermedad, discapacidad y muerte. Las causas de su aparición son divergentes y obedecen, ante todo, a la mutación de agentes y de vectores patógenos nocivos para la salud humana, para los cuales, la comunidad científica internacional ha desarrollado biológicos para la prevención de su aparición. Su rápida propagación entre la población da origen a lo que los científicos denominan “epidemia”.

La epidemia, del griego epi, por sobre y demos, pueblo, es una descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado. Para evitar el sensacionalismo que conlleva esta palabra en ocasiones se utiliza el sinónimo de brote epidémico o brote.¹ En la actualidad el concepto es una relación entre una línea de base de una enfermedad, que puede ser la prevalencia o incidencia normales, y el número de casos que se detectan en un momento dado. En este sentido si una comunidad se encuentra libre de determinada enfermedad, un solo caso constituye una epidemia. En otras palabras, es un incremento significativamente elevado en el número de casos de una enfermedad con respecto al número de casos esperados. En caso de que la epidemia se extendiera por varias regiones geográficas extensas de varios continentes o incluso de todo el mundo se trataría de pandemia. En caso de enfermedades que afectan en una zona mantenida en el tiempo se trataría de endemia.

Aunque por su etimología griega, Demos significa pueblo, la palabra se aplica originalmente a las enfermedades que afectan a los humanos, es de uso frecuente también en el lenguaje cotidiano para hablar de las enfermedades que afectan a grupos de animales zoonosis. De hecho, el término adecuado, epizootia, es menos conocido, y es común que para fenómenos médicos idénticos entre animales y humanos sean designados por las mismas palabras en el lenguaje cotidiano. El uso del término en el lenguaje cotidiano también tiende a ignorar o confundir a la incidencia y la prevalencia de la enfermedad. Así, por ejemplo, el calificativo de epidemia es a menudo erróneamente limitado exclusivamente a los casos en que la prevalencia es importante, cuando hay numerosos individuos enfermos sin tener en cuenta su número inicial, haciendo caso omiso de la incidencia normal. El término también es utilizado de la misma manera por la Organización Mundial de la Salud [OMS] para otros fenómenos diferentes a las enfermedades infecciosas, tales como el rápido aumento de la obesidad en el planeta. Un umbral epidemiológico, que corresponde a un número mínimo de enfermos en el

momento T se estable para las principales enfermedades, a fin de comparar las tendencias epidemiológicas entre ciudades, regiones, países o continentes, en diferentes momentos. Bajo este umbral, no se habla de una epidemia. Por encima, pueden ser adoptadas o solicitadas por las autoridades de salud medidas de prevención y de precaución. El número de pacientes en ese tiempo por lo general describe una curva con forma de campana.

La epidemia corresponde al crecimiento de una enfermedad endémica o la aparición de un gran número de pacientes donde la enfermedad estaba ausente. Puede también reflejar la identificación de la mutación de un patógeno que hace visible la gravedad de los síntomas de una enfermedad que antes era asintomática. Los investigadores están tratando de anticipar las epidemias para una mejor lucha contra ellas. Para ello están tratando de desarrollar y validar modelos matemáticos. Este trabajo se ve dificultado por la capacidad de los agentes patógenos de mutar rápidamente virus ARN, de la gripe por ejemplo cambiando rápidamente sus características incluyendo su poder de contagio virulencia.... Parece que las conurbaciones y la promiscuidad alteran la ecología de los patógenos, lo que les permite estar activos todo el año, aunque de manera discreta.

Entre los medios de lucha contra las epidemias figuran la prevención del contagio, que pasa históricamente por el aislamiento de los pacientes cuarentena, etc. y pueden ser objeto en 2009 de medidas más específicas, según el modo de contaminación. Por ejemplo, la separación de hombres y animales en el caso de las enfermedades transmitidas por animales, gripe, gripe aviar, la máscara de respiración y guantes desechables contra las enfermedades que se transmiten por el aire, como el SARS El preservativo para el SIDA, la descontaminación (por ejemplo, la desinfección del calzado en los aeropuertos, en contra la propagación de la enfermedad de las vacas locas), etc.; la vacunación de sujetos sanos; la búsqueda de tratamiento de fondo y el almacenamiento preventivo de vacunas y de tratamientos por los Estados. En Bogotá la vacunación es una de las prioridades en salud pública, dado su carácter universal, equitativo y costo efectivo, y por su alcance en el propósito de proteger a la población contra enfermedades prevenibles a través de estrategias de erradicación, eliminación o control, con el objetivo final de disminuir la morbilidad y mortalidad.

El problema o necesidad identificado, requiere de la continuidad de las acciones de los instrumentos que le dan respuesta, en este caso, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, incluido las acciones de convocatoria, promoción y sensibilización social; es una acción permanente, para cubrir del riesgo de contagio de enfermedades prevenibles a los niños y niñas que nacen cada año en Bogotá.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

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

sarampión, haemophilus influenzae, rubeola, paperas, hepatitis A, hepatitis B, rotavirus y neumococo, a través de estrategias de erradicación, eliminación o control, con el objetivo final de disminuir la morbilidad y mortalidad. Cualquier esfuerzo de la autoridad sanitaria para alcanzar coberturas de vacunación tiene un valor incalculable frente a los efectos en términos de salud y de bienestar de la población.

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

- Debilidad en la respuesta a la articulación del sector y de otros actores para mantener las coberturas de vacunación por encima del 95% en todos los biológicos, lo cual imposibilita el trabajo intersectorial donde la respuesta de todos concurre para mantener las coberturas del programa.
- La comunidad en general especialmente los padres y cuidadores no responden de manera continua y oportuna al cumplimiento del esquema de vacunación, aumentando la susceptibilidad de padecer enfermedades inmuno prevenibles, afectando de manera directa el logro de los objetivos del programa.
- No se cuenta con estrategia de comunicación permanente para informar y movilizar a la población objeto del programa incidiendo en la baja sensibilización de padres y cuidadores frente a los beneficios del cumplimiento en el esquema de vacunación.
- No disponer del 100% de la información en el aplicativo PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) de niños y niñas menores de cinco años vacunados oportunamente y con calidad, lo que no facilita el seguimiento efectivo de los niños y niñas para la aplicación oportuna de los biológicos del programa.

El no cubrimiento de la población infantil, a través de los programas de vacunación PAI, trae como consecuencias el riesgo de sufrir enfermedades, con secuelas significativas en la calidad de vida y el desarrollo del individuo o el riesgo de eventos de mortalidad.

1.3 Focalización

La población objeto del programa son 950.908 niños y niñas menores de 8 años residentes en las 20 localidades del Distrito Capital de todos los niveles socioeconómicos independientemente de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud. La población más vulnerable ante los eventos de enfermedades inmuno prevenibles, para el año 2010 se estima en **119.681** niños y niñas menores de un año y **118.994** niños y niñas de un año. A continuación se relaciona la meta asignada por localidad (Ver Tabla No. 2.1)

Tabla No. 2.1
Población Objeto Acciones de Vacunación

LOCALIDADES	POBLACION MENOR	POBLACION DE
USAQUEN	8430	8330
CHAPINERO	8223	7238
SANTAFE	1367	1432
SAN	5924	6016
USME	5779	6266
TUNJUELITO	3554	3620

BOSA	8848	9525
KENNEDY	14830	14267
FONTIBON	6244	6317
ENGATIVA	8585	8406
SUBA	10743	10950
BARRIOS	4234	4001
TEUSAQUILLO	3352	3516
MARTIRES	1429	1445
ANTONIO	3106	2886
PUENTE	5666	5250
CANDELARIA	168	215
RAFAEL URIBE	7235	7050
CIUDAD	11904	12199
SUMAPAZ	60	65
Total	119681	118994

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]

1.4 Actores que intervienen en el problema

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema planteado o porque tienen bajo su responsabilidad la atención directa o indirecta de la población, se encuentran los siguientes: el Ministerio de la Protección Social, ente encargado de emitir los lineamientos y direccionar las acciones integrales del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI] para todo el territorio nacional, con alcance para todos y cada uno de los niveles territoriales.

Los Gerentes de las empresas sociales del Estado [ESE], quienes con su participación a las reuniones de seguimiento permiten tomar medidas correctivas de manera oportuna, además de ser los responsables de la atención directa en la población. La Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. quien a través de la expedición del Acuerdo 002 de 1998 del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, fijó las políticas para el funcionamiento del PAI en el Distrito Capital, estableciendo que todas las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado están obligadas a suministrar las vacunas que requieran sus afiliados.

El Sector Educación, encargado de llevar a cabo acciones de coordinación con el sector salud, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 2287 de 2003 del Ministerio de la Protección Social y el Decreto 085 de 2003 de la alcaldía Mayor de Bogotá, por los cuales se adoptan medidas tendientes a garantizar la cobertura útil en las instituciones educativas como jardines de bienestar, de protección infantil y colegios del Distrito Capital. La Secretaria de Integración Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, quienes deben garantizar que todos los menores de 5 años que asisten a sus establecimientos públicos y privados cuenten con las vacunas completas según el esquema del PAI correspondiente a su edad.

Las empresas promotoras de salud [EPS] del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo y las instituciones prestadoras de servicios de salud, con quienes desde el año 2001 se establecieron un convenio interadministrativo con todas las administradoras que funcionan en el Distrito Capital. Por medio de éste convenio se garantiza la vacunación a todos los menores de 5 años, gestantes y mujeres en edad fértil que solicitan el servicio de vacunación, sin importar el régimen de afiliación. Las alcaldías

locales, en cumplimiento de los acuerdos de la alcaldía mayor de Bogotá D.C. quienes ejecutan las políticas públicas para favorecer a la población infantil. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, deben prestar el servicio de vacunación con calidez y calidad en forma gratuita y oportuna de conformidad con las obligaciones y respectivas competencias señaladas en la legislación vigente.

Los actores más importantes son la comunidad en general y los padres y cuidadores, cuyo compromiso y responsabilidad frente al derecho en la vacunación de los niños y niñas menores de cinco años, es fundamental para protegerlos de la aparición de enfermedades que afectan significativamente su calidad de vida y su desarrollo individual. Por último, la comunidad científica internacional encargada de investigar y de generar avances científicos y técnicos para atacar el problema planteado.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana. De manera específica en el contexto del Objetivo se propone: **“...Hacer sostenible el pleno ejercicio de los derechos en función del mejoramiento de la calidad de vida...”**, principio que está armonizado con la estrategia de gestión social integral también planteada allí: **“...Construiremos una ciudad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos en la que se disminuyan las desigualdades injustas y evitables, con la institucionalización de políticas de Estado que permitan trascender los periodos de gobierno y consolidar una Bogotá en la cual la equidad, la justicia social, la reconciliación, la paz y la vida en equilibrio con la naturaleza y el ambiente, sean posibles para todas y todos. ...”** y que soportan las intervenciones promocionales de calidad de vida, llevadas a cabo desde el sector salud, en la niñez de la ciudad. En este mismo sentido, los planteamientos del Programa Bogotá Sana de: **“...Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas...”**, de igual forma, sirven de sustento a dichas intervenciones. En este mismo sentido, existen en el Distrito Capital las Políticas de infancia y de juventud: “Quiéreme Bien, Quiéreme Hoy” y la Política Pública de Juventud 2006 – 2016, adoptada mediante Decreto 482 de 2006.

En el ámbito administrativo de la nación, sirven de soporte los planteamientos de la Constitución Política de Colombia 1991, la ley 1122 de 2007 y el Decreto 3039 de 2007 del Plan Nacional de Salud Pública, tal y como se detalla a continuación:

La Constitución Política de Colombia de 1991, establece la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado y los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada. De igual manera, establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad, como también consagra como derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social.

La Ley 1122 de 2007, en su Capítulo 6, Artículo 33, Literal J, se refiere acerca del plan nacional de inmunizaciones que debe estructurar e integrar el esquema de protección específica para la población colombiana, en especial los biológicos a ser incluidos y que se revisaran cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité de Prácticas de Inmunizaciones.

La Ley 1098 de noviembre de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia y que tiene por finalidad garantizar a los niños y las niñas y a los adolescentes el libre y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. El derecho a la salud y el derecho al desarrollo integral en la primera infancia.

La Ley 715 de 2001, en su Artículo 46, en el cual se aclaran las competencias en Salud Pública, y se traslada la ejecución de actividades de promoción y prevención del régimen subsidiado a los distritos y municipios, asumiendo entonces los entes territoriales la prestación de estos servicios de salud de la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo 43.1.5., define como competencias para los entes territoriales lo referente a vigilancia y control y asigna la responsabilidad en el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de la Protección Social, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas en salud, salud pública y el Programa Ampliado de Inmunizaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en el Capítulo V establece las prioridades nacionales en salud dentro de las cuales están la salud infantil, las enfermedades transmisibles y las zoonosis y establece el estricto cumplimiento de estas prioridades en la nación.

El Decreto 2287 del 12 de agosto de 2003, en el cual se reglamenta para las autoridades de instituciones educativas y los responsables y cuidadores de los establecimientos de bienestar, de carácter público o privado, el deber de velar por que todos los menores de cinco años que asistan a sus establecimientos, hayan completado las vacunas que correspondan a su edad, de conformidad con el esquema de inmunizaciones establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

El Decreto 2309 de 2002, del Ministerio de la Protección Social, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Resolución 0412 de 2000, en la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, definiendo específicamente para el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en su aparte 4 del tomo I, ítem 5.3 de la norma técnica para la atención al recién nacido, referente a los cuidados mediatos del neonato, se establece como responsabilidad: "Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, Anti hepatitis B y Anti polio Vacunación contra

tuberculosis 99.3.1.03, administración de vacuna contra poliomielitis 99.3.5.01, vacunación contra hepatitis B 99.3.5.03.

En su aparte 18 del tomo II, está descrita la norma técnica para la vacunación y aseguramiento de calidad mediante una óptima red de frío, según el esquema del PAI adoptado para el país.

La Resolución 3384 de 2000, considerando entre otros, que es necesario precisar la responsabilidad de los administradores de servicios de salud con relación a actividades intervenciones y prácticas no incluidas en el plan obligatorio de salud, establece la responsabilidad en el cumplimiento de las normas de atención. En su capítulo IV, artículo 12 fija las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las normas técnicas de protección específica, entre éstas, vacunación para el régimen contributivo y subsidiado ajustada en la circular externa 000052 de 2002 y circular 18 del 2.004.

La Resolución 4288 de 1996, reglamentaria del Plan de Atención Básica, en su Artículo 11, reglamenta que el Distrito o Municipio deberá desarrollar actividades en toda la población independientemente del estado de vinculación o afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, conducente a orientarlos hacia las acciones de prevención y la detección precoz, entre ellas la vacunación, y de esta forma garantizar coberturas adecuadas en estas acciones.

La Circular externa 000051, de Octubre de 2003, del Ministerio de la Protección Social, en la cual se dictan directrices para la financiación de acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones, puntualizando que para los regímenes subsidiado y contributivo es responsabilidad de los administradores de servicios de salud, con cargo a los recursos de la unidad de pago por capitación [UPC] correspondiente y en el caso de la población vinculada, este servicio debe ser garantizado por los entes territoriales, a través de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, con las cuales tenga contratadas las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI], con cargo a los recursos de la oferta. Se recalca que el servicio de vacunación con los biológicos del PAI es gratuito y bajo ninguna circunstancia, se podrá cobrar el procedimiento ni los elementos o insumos requeridos para la prestación del servicio. Nunca una aplicación de vacuna debe estar sujeta a la presentación de registros civiles, carné de SISBEN o cualquier otro administrador u otros documentos, que impidan el acceso a ésta.

2.2 A nivel de la Entidad

Dentro de este contexto, la entidad formuló y registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Distrital y viene ejecutando, el Proyecto de Inversión 628 Niñez Bienvenida y Protegida. El Objetivo general del mismo es **"...Impactar en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito Capital con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital y contribuir a la eliminación, erradicación, y control de las enfermedades inmuno prevenibles a través del programa Ampliado de Inmunizaciones...."**

Para el cumplimiento del objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos: 1. **“...Fortalecer el PAI en lo Local, a través de procesos de planeación, organización, coordinación, ejecución, seguimiento, monitoreo, control y evaluación con el fin de lograr coberturas útiles que permitan disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades inmuno prevenibles en la población objeto del programa menores de 5 años, gestantes, mujeres en edad fértil y adultos..”**; 2. **“...Impactar en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito Capital con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital...”** y 3 **“...Contribuir a la eliminación, erradicación, y control de las enfermedades inmunoprevenibles a través del programa Ampliado de Inmunizaciones...”**.

2.3 Metas formuladas en los proyectos o acciones

“...A 2012 Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año...” Línea de base, Polio: 96,9%, DPT: 96,8%, BCG: 98,2%, Hepatitis B: 96,7% Haemophilus: 96,7, Triple viral: 97,6%, fiebre amarilla: 74,4% [Fuente: Informe de coberturas 2008 –PAI]...”. **“...A 2012 Inclusión de nuevos biológicos para el PAI de la ciudad así: Hepatitis A en población de 12 a 23 meses, rotavirus para la población de 2 a 6 meses de edad, Neumo 23 para la población de 60 años y más...”**. Línea de base: Hepatitis A 101%, con relación al biológico de rotavirus y neumo23 se realizara la inclusión al esquema el año 2009. **“...A 2012 Garantizar 20 mil vacunas anuales contra neumococo para recién nacidos de SISBEN 1 y 2...”** [Concejo - Acuerdo Plan de desarrollo]. Línea de base: se inicia la vacunación universal en enero de 2009, para todos los niños y niñas nacidos a partir del primero de octubre de 2008. Para el cumplimiento de estas metas, se plantearon las siguientes actividades, de manera respectiva.

- Garantizar la disponibilidad de insumos críticos del PAI, para vacunas del esquema regular e insumos para la aplicación. Estas dosis las suministra el Ministerio de la Protección Social de acuerdo con que se dé una cobertura al 100% de la población menor de 5 años, y para el año siguiente se adicionan los susceptibles, o sea los niños no vacunados.
- Continuar y ampliar las estrategias del programa ampliado de inmunizaciones estrategia extramural, horarios extendidos, call-center, jornadas de vacunación, seguimiento a cohortes, entre las más importantes.
- Desarrollar una estrategia de comunicación a través de medios masivos a fin de sensibilizar padres y cuidadores sobre la importancia de la vacunación en la población objeto del PAI.
- Realizar inducción, re-inducción, capacitación y certificación del talento humano del PAI en el esquema regular de vacunación y nuevos biológicos al igual que en el desempeño de las actividades propias del programa de acuerdo a normatividad y protocolos vigentes.

- Fortalecer y complementar el sistema de información PAI con el fin de que sea integral y aporte en la consecución de la información de la población objeto del programa.
- Complementar los estudios pre-introductorios para la inclusión de nuevos biológicos.
- Adquirir de forma oportuna y suficiente de los biológicos nuevos y los insumos necesarios a toda la red del PAI Hepatitis A y Neumococo.
- Ampliar la capacidad instalada de la red de frío en el nivel central y local.

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$ 24.500.000.000 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$1.733.000.000 provienen del Sistema General de Participaciones y \$ 22.767.000.000 provienen de recursos del Distrito de Aporte Ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención Población

La población objeto de atención para el año 2010 se estima en 119.681 niños y niñas menores de un año y 118.994 niños y niñas de un año (Ver Tabla No. 2.2).

Tabla No. 2.2
Población a Vacunar y Cubrir por Biológico

BIOLOGICO	NO. INDIVIDUOS A VACUNAR	DESCRIPCION POBLACION
BCG	119681	Niños v Niñas Menores de
Hepatitis B	119681	Niños v Niñas Menores de
Polio	119681	Niños v Niñas Menores de
DPT	119681	Niños v Niñas Menores de
Haemophilus	119681	Niños v Niñas Menores de
Triple Viral	118994	Niños v Niñas de un año
Fiebre Amarilla	118994	Niños v Niñas de un año
Hepatitis A	119681	Niños v Niñas Menores de
Rotavirus	119681	Niños v Niñas Menores de

Fuente PAI – Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

Frente a la meta “... A 2012 Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%...” se alcanzaron las siguientes coberturas en niños y niñas en menores de 1 año, para el año 2010: Polio: 93.9%, DPT: 93.9%, BCG: 100.8%, Hepatitis B: 93.7, Haemophilus: 93.9; en niños y niñas de un año para Triple viral: 97.3% y Fiebre amarilla: 69.8. (Fuente: Informe coberturas 2010 – PAI, *Preliminar último ajuste 26 de enero de 2011).

Frente a la metas “...A 2012 Inclusión de nuevos biológicos para el PAI de la ciudad...” se alcanzaron las siguientes coberturas en el año 2010: Hepatitis A en población de 12 a 23 meses, 56.9% (67.668 dosis aplicadas) y Rotavirus en la población de 2 a 6 meses de edad 91,3%; (Fuente: Informe coberturas 2010 – PAI, *Preliminar último ajuste 20 de enero).

Frente a la meta "...A 2012 Garantizar 20 mil vacunas anuales contra neumococo para recién nacidos de SISBEN 1 y 2 (Concejo - Acuerdo Plan de desarrollo) en el año 2010 se realizó la aplicación de la vacuna contra el neumococo para todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de octubre del 2008 con residencia Bogotá, logrando la aplicación de 344.273 dosis de vacuna. (Fuente: Informe coberturas 2010 – PA, **Preliminar ajustado 20 de enero*).

Las actividades realizadas para el cumplimiento de la meta se relacionan a continuación:

- Se garantizaron en su totalidad la disponibilidad de insumos críticos del PAI para vacunas del esquema regular e insumos para la aplicación. Estas dosis las suministra el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con una cobertura al 100% de la población menor de 5 años y para el año siguiente se adicionan los susceptibles, o sea para los niños no vacunados.
- Se continuaron y ampliaron las estrategias del PAI, con intervenciones extramurales, horarios extendidos, call center, jornadas de vacunación, seguimiento a cohortes, entre las más importantes.
- Se desarrolló una estrategia de comunicación a través de medios masivos a fin de sensibilizar padres y cuidadores sobre la importancia de la vacunación en la población objeto del PAI.
- Se realizó inducción, re-inducción, capacitación y certificación del talento humano del PAI en el esquema regular de vacunación y nuevos biológicos, al igual que en el desempeño de las actividades propias del programa de acuerdo a normatividad y protocolos vigentes.
- Se fortaleció y complementó el sistema de información PAI con el fin de que sea integral y aporte en la consecución de la información de la población objeto del programa.
- Se complementaron estudios pre-introductorios para la inclusión de nuevos biológicos.
- Se adquirieron, en forma oportuna y suficiente de los biológicos nuevos y los insumos necesarios a toda la red del PAI [Hepatitis A y Neumococo].
- Se amplió la capacidad instalada de la red de frío en el nivel central y local.
- Se certificaron vacunadores como competentes en la norma de administración de inmunobiológicos de acuerdo a normatividad vigente.
- Se implementaron estrategias para el fortalecimiento de las relaciones con otros actores (EPS Contributivas, Sociedades científicas, Laboratorios productores de vacunas) lo que contribuyó a avanzar hacia el logro de las coberturas.
- Se realizó seguimiento semanal permanente al cumplimiento de las metas por IPS, EPS, Localidad, mediante tableros de control.
- Se realizaron visitas de asesoría, asistencia técnica y seguimiento en las IPS con menor cumplimiento en la meta.
- Se llevó a cabo capacitaciones al personal vacunador y trabajadores del área de salud (administrativo y asistencial) de IPS públicas y privadas con relación al esquema y lineamientos del programa.
- Se dio continuidad en el desarrollo de las diferentes estrategias del programa entre las cuales se encuentran las siguientes: vacunación extramural (casa a casa, jardines,

concentración), horarios extendidos, seguimiento a cohortes, jornadas de vacunación masivas y tomas de localidad.

- Se fortaleció el sistema de información, lo cual permitió realizar el seguimiento oportuno y efectivo a los menores objeto del programa.
- Se fortaleció la red de frío a nivel central y local y se tuvo disponibilidad permanente de insumos críticos del PAI (biológicos y jeringas).

3.2 Indicadores

- Coberturas de vacunación para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en niños y niñas en menores de un año. Coberturas de vacunación para los nuevos biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en población de 12 a 23 meses.
- Coberturas de vacunación para Rotavirus en la población de 2 a 6 meses de edad. Coberturas de vacunación para Neumo 23 para la población de 60 años y más. Número vacunas contra neumococo para recién nacidos clasificados en el Sistema de Identificación de Beneficiarios [SISBEN] de niveles 1 y 2 garantizadas al año. Acceso: Proporción de niños que han sido captados por el servicio de vacunación dentro y fuera del establecimiento en relación con la población total de este grupo.
- Tasa de abandono o tasa de deserción: $\frac{\text{Número de niños vacunados con primera dosis} - \text{número de niños vacunados con tercera dosis}}{\text{número de niños vacunados con primera dosis}} * 100$.
- Cobertura en menores de un año de edad: $\frac{\text{Número de terceras dosis de antipolio aplicadas en población menor de un año}}{\text{Población menor de un año}}$.
- Cobertura en niños de un año de edad: $\frac{\text{Número de dosis de Triple Viral aplicadas en niños de un año}}{\text{Población de un año de edad}}$.

3.3 Presupuesto ejecutado

El presupuesto ejecutado para solucionar el problema planteado fue de \$24.421.564.146 de los cuales se giraron \$22.624.999.402.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

El no cumplimiento en el biológico de la fiebre amarilla, está relacionado con el desabastecimiento de esta vacuna a nivel nacional desde el mes de agosto y hasta el mes de diciembre de 2010. A sí mismo, el no cumplimiento de las coberturas con la hepatitis A se relaciona con los trámites administrativos para la suscripción del convenio interadministrativo con la Organización Panamericana de la Salud, entidad con la cual se adquieren las vacunas a más bajo costo.

En general, la comunidad ha respondido a las convocatorias y jornadas de vacunación, sin embargo frente a algunos biológicos, como el Rotavirus, el no cumplimiento obedece principalmente a la no sensibilización a padres y cuidadores para acceder oportunamente a la segunda dosis antes de cumplir los seis meses de edad del menor y que se explica porque este es un biológico nuevo en el programa que amerita mayor adherencia y conocimiento por parte de la comunidad en general.

Flujo de información no oportuno al 100% de las IPS y ESES, que desarrollan las acciones de vacunación y que genera que a la fecha de producido este informe, se esté en el proceso de consolidación de los resultados de lo realizado en la vigencia 2010.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Se obtuvo como resultado cobertura superior al 95% en los biológicos BCG y Triple Viral. Los demás biológicos (a excepción de Rotavirus, Fiebre Amarilla y Hepatitis A) aunque no lograron la meta de llegar a coberturas del 95%, tiene cumplimiento de resultados muy próximos a este indicador (93,7% el mínimo) y que ha ido en aumento en la medida que la consolidación se realiza al 100%. Como resultado de la gestión persiste la ausencia de eventos epidemiológicos confirmados en los dos indicadores como trazadores para el logro de coberturas Antipolio y Triple Viral. Cero enfermedades inmuno prevenibles.

Coberturas por encima del 95% en la jornada de vacunación contra sarampión y rubéola (Monitoreos Rápidos de Cobertura).

Para el logro de las metas, se avanzo en el 2010, en el fortalecimiento de las relaciones con otros actores como empresas promotoras de salud contributivas, sociedades científicas, laboratorios productores de vacunas, coordinando estrategias con las cuales se permitieron los logros de las coberturas y el fortalecimiento de la vacunación intramural.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

La población menor de un año y de un año, atendida durante la vigencia 2010 se relaciona en la Tabla No. 2.3.

Tabla No. 2.3
Población Vacunada programa

LOCALIDADES	POBLACION MENOR DE UN AÑO	Vacunados	POBLACION DE UN AÑO	Vacunados
USAQUEN	8430	8548	8330	8896
CHAPINERO	8223	7613	7238	7091
SANTAFE	1367	1197	1432	1334
SAN	5924	5785	6016	5985
USME	5779	5538	6266	5945
TUNJUELITO	3554	3157	3620	3324
BOSA	8848	8453	9525	9411
KENNEDY	14830	13533	14267	13717
FONTIBON	6244	5951	6317	6288
ENGATIVA	8585	8191	8406	8493
SUBA	10743	9421	10950	10111
BARRIOS	4234	3885	4001	3774
TEUSAQUILLO	3352	2922	3516	3106
MARTIRES	1429	1000	1445	1001
ANTONIO	3106	2708	2886	2662
PUENTE	5666	5393	5250	5359
CANDELARIA	168	135	215	171

RAFAEL	7235	7214	7050	7318
CIUDAD	11904	11122	12199	11277
SUMAPAZ	60	46	65	60
TOTAL	119681	111812	118994	115323

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Con relación a la población menor de un año no accedió al servicio para la aplicación de la tercera dosis de antipolio (biológico trazador para este grupo de edad) el 6.57% lo cual corresponde a 7.869 niños y niñas.

Con relación a la población de un año no accedió al servicio para la aplicación de la dosis de Triple Viral (biológico trazador para este grupo de edad) el 3% lo cual corresponde a 3.671 niños y niñas (*Estos datos son preliminares a 20 de enero de 2011*)

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

Corresponde a 7.869 niños y niñas menores de un año y 3.671 niños y niñas de un año de edad.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

- Intensificación de las estrategias de comunicación enfocadas a los biológicos con bajo cumplimiento.
- Seguimiento, asesoría y asistencia técnica a las IPS con bajo cumplimiento de metas.
- Intensificación de las estrategias de vacunación en el nivel local. (vacunación casa a casa, instituciones educativas, concentraciones entre otras).

3.10 Diagnóstico final del problema

Las coberturas de vacunación alcanzadas en Bogotá D.C. en 2010 impidieron la aparición de enfermedades en la población como la Poliomeilitis, la Difteria, el Tétanos, la Tos Ferina, el Sarampión, la Rubeola, la Influenza y las Paperas, de manera que se tuviera bajo control este problema de salud pública y se evitaran las consecuencias nefastas que tienen sobre la población, en términos de enfermedad, discapacidad y muerte para la población infantil, gestante y adulta, considerada vulnerable y de especial protección a fin de garantizar individuos sanos y productivos a la sociedad.

Problema Social No. 3



**Abordado por las acciones de
garantía del acceso a los servicios
de salud de la población pobre y
vulnerable**

Problema Social No. 3 abordado por las acciones de garantía del acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

El principal problema identificado es el de las barreras de acceso económicas para los servicios de salud. En este sentido, la política de aseguramiento da por sentado su beneficio social. Sin embargo, desde la perspectiva económica sigue dándose el debate, explicado por la naturaleza incierta de la incidencia de la enfermedad y la elevada incertidumbre del proceso de recuperación de la salud. El seguro de salud como mecanismo para garantizar la provisión de los servicios de salud a su población, es una de las estrategias a las cuales ha recurrido el Estado Colombiano. Esa garantía en condiciones de equidad y calidad ha tenido muchas dificultades, por lo cual no ha sido posible poner en funcionamiento el sistema y aún menos lograr los objetivos propuestos. El “bien objeto” del aseguramiento en salud es, de una parte, abordar el tema de la salud, entendida esta como el bienestar físico, mental y social de la población objeto del seguro en salud y, de otra, la prestación de los servicios de salud a dicha población.

En cuanto a la provisión o prestación de los servicios de salud, el componente económico se complejiza por ser éste un bien público, que en condiciones de mercado puro y menor grado de regulación, supondrían el logro de mayores beneficios para la población. Así mismo, según sea el proveedor, público o privado, el primero supone mayor interés por lo beneficios sociales que el segundo; sin embargo las externalidades que se generan en ambos casos, conllevan a que no haya compensación o indemnización por parte de quien genera el daño y ambos pierden.

En este marco conceptual sobre el aseguramiento en salud, el Gobierno Colombiano consagró el aseguramiento como la mejor forma de garantizar la salud de los colombianos y colombianas ; y en 1993 a través de promulgación de la Ley 100, definió y estableció que la seguridad social es un derecho irrenunciable de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten; el ordenamiento de las instituciones y los recursos para garantizar las prestaciones de salud a la población, según sea su capacidad económica en la relación laboral y de ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, de los sectores sin la capacidad económica suficiente; se estructuró en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación y se concibió como servicio público obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, prestado por entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley. Desde entonces están en el escenario de la salud varios actores responsables de su implementación, con el Estado como mediador o regulador.

La Secretaria Distrital de Salud, desde su misión institucional y del beneficio social que le impone su condición de representante del Estado y en cumplimiento de las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007 y las demás que le regulan en la materia; orienta las políticas

públicas en salud para garantizar el derecho a la salud de los residentes en el Distrito Capital, independiente que estén o no asegurados en salud en los regímenes establecidos por la Ley o fuera de ellos; además ejerce la función rectora del sistema de salud en el Distrito Capital, a través de las funciones, responsabilidades y competencias que les son propias e indelegables.

Los Artículos 153 , 157 y 214 de la Ley 100 de 1993 denotan las reglas que en el tema de salud le aplican a la población pobre y vulnerable no asegurada. Así mismo, la ley 715 de 2001, en el artículo 43, numeral 43.2.1., reglamenta que a la entidad territorial de orden distrital le corresponde “gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas” y en el numeral 43.2.2., “financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental”.

De otra parte, el Plan de Desarrollo Distrital 2008 - 2012 incluye como prioridades de aseguramiento las siguientes: política de aseguramiento, modelo de rectoría de aseguramiento, complementariedad de los planes de beneficio con enfoque de APS y estrategia de calidad de vida y salud, promoción e incentivo de la cultura del aseguramiento en la población distrital y su conocimiento sobre la movilidad en el sistema, afiliación al régimen subsidiado, eliminación de barreras de acceso para la afiliación, garantizar la contratación de la prestación de los servicios de salud a la población asegurada y participante vinculada, sistema de información integrado en línea para garantía del aseguramiento, Gratuidad de los servicios de salud para los afiliados al régimen subsidiado niveles uno y dos de SISBEN, de acuerdo con los grupos definidos y seguimiento a la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población asegurada y participante vinculada.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Una de las principales causas del problema se relaciona con la capacidad de pago de la población pobre y vulnerable de la ciudad, asociada a niveles de ingresos y a acceso a oportunidades de desarrollo que en su conjunto inciden en el acceso a los servicios de salud. Los problemas de accesibilidad derivan en incrementos de cifras y de casos de morbilidad y mortalidad en la población más vulnerable. De otra parte, la falta de articulación de agentes técnicos del sistema , sociales y políticos, a saber: Consejo Territorial de Planeación, consejos de planeación local, concejales, ediles, representantes a la Cámara por Bogotá, entidades públicas de distintas ordenes territoriales, las organizaciones, sectores y grupos sociales y las Universidades, entre otros; no ha permitido integralidad de intervenciones que satisfagan las necesidades de salud de la población y el restablecimiento de la equidad y la convergencia de la política pública. Todo esto deriva en problemas de inequidad y exclusión de la población más pobre y vulnerable y reducción en la calidad de vida y de salud de la población del Distrito Capital, medida por los indicadores directos e indirectos de salud, como efecto de la imposibilidad de aunar esfuerzos a nivel intra e inter sectorial.

1.3 Focalización de la Población

El censo DANE 2005, proyectó que para el año 2010, la ciudad contaría con 7.363.782 residentes, no obstante por el hecho de ser el centro político, administrativo de la Nación, diariamente llegan a la ciudad cerca de un millón de personas en calidad de visitantes, lo que hace que la capital se vea enfrentada a abordar problemas de salud pública. Entre 1985 y 2006 llegaron a Bogotá 624.286 desplazados; 342.005 habitantes tienen alguna condición de discapacidad; el 30% de los hogares la mujer asume el rol de mujer cabeza de familia y cerca de 2600 reinsertados y desmovilizados permanecen en la ciudad. La distribución de la población del Distrito Capital según la encuesta SISBEN por niveles y grupos de edad - año 2.010:

Tabla No. 3.1.

Distribución del nivel de clasificación de la población del Distrito Capital según la encuesta SISBEN por localidad año 2009-2010

LOCALIDAD	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Nivel IV		Nivel V		Nivel VI		TOTAL 2009	TOTAL 2010
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010		
	Usaquén	39.534	40.897	41.471	42.344	56.779	57.411	1.592	1.636	148	160	36		
Chapinero	8.000	8.325	12.158	12.292	2.498	2.477	349	347	59	61	9	9	23.073	23.511
Santa fe	31.553	32.556	41.080	41.319	7.083	7.051	59	59	2	2	0		79.777	80.987
San Cristóbal	97.145	99.509	200.571	203.294	42.106	42.056	321	321	0		0		340.143	345.180
Usme	156.123	159.087	147.821	149.393	15.476	15.402	0		0		0		319.420	323.882
Tunjuelito	48.323	49.308	62.644	63.276	35.446	35.231	486	486	0		0		146.899	148.301
Bosa	90.140	92.390	300.847	306.289	52.566	53.159	270	267	0		0		443.823	452.105
Kennedy	97.472	99.172	249.190	252.590	280.930	280.150	9.097	9.074	31	31	3		636.723	641.017
Fontibón	22.709	23.764	34.344	35.217	97.139	97.253	2.070	2.081	49	57	0		156.311	158.372
Engativá	60.983	62.007	110.522	111.744	298.753	299.077	8.768	8.726	16	20	14	10	479.056	481.584
Suba	73.779	75.104	242.469	247.876	174.650	176.769	2.964	2.970	202	202	63	63	494.127	502.984
Barrios Unidos	13.812	14.430	2.549	2.634	43.990	43.715	1.447	1.446	252	258	9	9	62.059	62.492
Teusaquillo	1.567	1.721	863	879	4.504	4.439	1.087	1.164	226	249	6	6	8.253	8.458
Los Mártires	16.270	16.875	4.490	4.557	22.961	22.722	353	349	8	8	0		44.082	44.511
Antonio Nariño	8.602	8.847	4.412	4.460	38.940	38.843	1.035	1.030	0		0		52.989	53.180
Puente Aranda	18.865	19.497	5.077	5.163	130.159	129.831	2.641	2.631	6	5	0		156.748	157.127
La Candelaria	5.050	5.198	5.143	5.196	1.150	1.155	3	3	0		0		11.346	11.552
Rafael Uribe	100.380	104.108	123.404	124.314	85.654	84.833	439	438	1	1	0		309.878	313.694
Ciudad Bolívar	322.327	329.000	188.722	190.361	41.701	41.496	345	344	0		0		553.095	561.201
Sumapaz	1.217	1.211	1.410	1.463	162	148	4	4	0		0		2.793	2.826
TOTAL	1.213.851	1.243.006	1.779.187	1.804.661	1.432.647	1.433.218	33.330	33.376	1.000	1.054	140	128	4.460.155	4.515.443

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, corte julio de 2010

El 67 % de la población objeto de la encuesta SISBEN [Tabla No. 3.1], residente en el Distrito Capital, durante el año 2010 fue clasificada en los Nivel 1 y 2, característica que le permite su afiliación al régimen subsidiado, con subsidio total en salud y le proporciona una cobertura al plan de beneficios para este régimen de acuerdo a la normatividad vigente. De la misma forma el 32% de la población se clasificó en nivel 3 durante este

mismo periodo, que serán beneficiarios de un subsidio parcial que le garantiza el acceso a los servicios que ofrece el plan de beneficios para esta población, la población restante fue clasificada en un nivel superior a 3, lo que la desvincula de la población objeto de subsidio en salud o beneficiaria del régimen subsidiado y les permite el acceso a la prestación de servicios de salud a cargo del Estado o su afiliación mediante cotización al régimen contributivo. El 52% de la población clasificada en los niveles 1 y 2 de SISBEN, pertenece a las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy y Suba. El 40% de la población clasificada en el nivel 3 de SISBEN se ubica en las localidades Engativá y Kennedy. Durante al año 2010 se observa un incremento aproximadamente del 1,23% de la población con clasificación por la encuesta SISBEN la cual presentó una georreferenciación similar al año anterior [Tabla No. 3.1].

Comparativamente se observa un comportamiento similar en la clasificación por nivel de la encuesta SISBEN durante estos dos periodos según grupo de edad, el grupo de mayor concentración de población clasificada en los niveles 1 y 2 con 41% es el grupo de 20 a 44 años de edad seguido del grupo de 0 a 19 años de edad con 31% y el grupo de 45 a 80 y más años con un aporte de 28% que son sujetos de subsidio pleno en salud [Tabla No. 3.2].

Tabla No. 3.2.
Población identificada por SISBEN clasificada por Nivel y Grupo de Edad

GRUPO DE EDAD	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V	Nivel VI	TOTAL	%
0 - 4 años	66.425	58.911	16.301	96	14	1	141.748	3,1%
5-9 años	124.144	144.776	86.138	2.244	57	2	357.361	7,9%
10-14 años	140.900	193.014	128.046	3.395	83	9	465.447	10,3%
15-19 años	134.308	191.223	128.177	3.112	76	10	456.906	10,1%
20-24 años	128.003	177.598	120.543	2.328	78	7	428.557	9,5%
25-29 años	119.997	166.696	124.610	1.574	82	10	412.969	9,1%
30-34 años	95.849	147.061	125.548	2.262	71	12	370.803	8,2%
35-39 años	80.719	129.268	113.161	3.343	61	9	326.561	7,2%
40-44 años	78.087	130.654	114.358	3.874	64	11	327.048	7,2%
45-49 años	73.361	122.739	113.405	3.769	87	7	313.368	6,9%
50-54 años	59.222	98.327	94.469	2.769	68	8	254.863	5,6%
55-59 años	44.090	74.732	74.148	1.770	63	6	194.809	4,3%
60-64 años	30.972	54.274	57.404	1.112	62	6	143.830	3,2%
65-69 años	21.820	37.985	41.612	641	46	7	102.111	2,3%
70-74 años	17.112	28.773	33.874	441	43	8	80.251	1,8%
75-79 años	11.970	20.580	25.037	250	31	5	57.873	1,3%
80 y más años	16.027	28.050	36.387	396	68	10	80.938	1,8%
TOTAL	1.243.006	1.804.661	1.433.218	33.376	1.054	128	4.515.443	100,0%

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, corte julio de 2010

Durante el año 2010 la población del Distrito Capital certificada como población especial por las entidades a su cargo, tuvo una disminución en un 3,5% con relación al año inmediatamente anterior, la población tipificada en condición de desplazamiento forzoso corresponde al 85% de la población especial en el distrito durante el periodo de 2009 y 2010, seguida de la población afrodescendiente con un 4% y la población habitante de calle con un 3,9 %.

Tabla No. 3.3
Poblaciones especiales registradas en el D.C., con base en las entidades Fuente.
Actualizada 2010

TIPO DE POBLACION	REGISTROS			
	POBLACIONES ESPECIALES QUE REGISTRADOS EN BOGOTA DC 2008	POBLACIONES ESPECIALES QUE REGISTRADOS EN BOGOTA DC 2009	ESPECIALES QUE REGISTRADOS EN BOGOTA DC 2010	%
POBLACION DESPLAZADA	217.366	268.250	284.272	85,4%
HABITANTE DE LA CALLE	6.937	15.510	12.833	3,9%
POBLACION ICBF	4.530	6.274	4.461	1,3%
HABITANTE DE LA CALLE IDIPROM	1.835	1.964		0,0%
POBLACION INDIGENA	14.445	12.707	12.801	3,8%
POBLACION DESMOVILIZADA	10.507	21.073	5.516	1,7%
POBLACION GITANA (ROM)	201	277		0,0%
INIMPUTABLES	31	31		0,0%
POBLACION AFRODESCENDIENTE	18.907	18.907	13.161	4,0%
TOTAL	274.759	344.993	333.044	100,0%

Fuente: Entidades Fuente de las distintas poblaciones especial
Secretaria Distrital de Salud

Tabla No. 3.4.
Población identificada por SISBEN afiliada y no afiliada al SGSSS, por Localidad.
Universo total

LOCALIDAD	NIVEL								
	1			2			3		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1	37.446	39.534	40.897	39.976	41.471	42.344	56.011	56.779	57.411
2	7.692	8.000	8.325	11.616	12.158	12.292	2.473	2.498	2.477
3	30.434	31.553	32.556	40.347	41.080	41.319	7.076	7.083	7.051
4	93.468	97.145	99.509	196.370	200.571	203.294	42.102	42.106	42.056
5	150.510	156.123	159.087	144.364	147.821	149.393	14.922	15.476	15.402
6	45.792	48.323	49.308	61.248	62.644	63.276	35.355	35.446	35.231
7	85.692	90.140	92.390	292.556	300.847	306.289	51.570	52.566	53.159
8	91.884	97.472	99.172	238.122	249.190	252.590	280.824	280.930	280.150
9	21.444	22.709	23.764	32.647	34.344	35.217	96.979	97.139	97.253
10	57.013	60.983	62.007	106.554	110.522	111.744	298.821	298.753	299.077
11	69.703	73.779	75.104	232.011	242.469	247.876	170.629	174.650	176.769
12	12.948	13.812	14.430	2.433	2.549	2.634	44.068	43.990	43.715
13	1.428	1.567	1.721	841	863	879	4.474	4.504	4.439
14	15.539	16.270	16.875	4.339	4.490	4.557	23.017	22.961	22.722
15	7.960	8.602	8.847	4.296	4.412	4.460	39.427	38.940	38.843

16	17.687	18.865	19.497	4.699	5.077	5.163	130.486	130.159	129.831
17	4.713	5.050	5.198	5.031	5.143	5.196	1.110	1.150	1.155
18	95.372	100.380	104.108	120.839	123.404	124.314	85.992	85.654	84.833
19	310.810	322.327	329.000	184.550	188.722	190.361	41.464	41.701	41.496
20	1.214	1.217	1.211	1.412	1.410	1.463	153	162	148
TOTAL	1.158.749	1.213.851	1.243.006	1.724.251	1.779.187	1.804.661	1.426.953	1.432.647	1.433.218
Fuente: Grupo Sistemas Admon del Aseguramiento. Enero de 2011									

Como principales características del grupo objetivo, se tiene que la mayor proporción de la población potencialmente beneficiaria del subsidio a la demanda se ubica en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Engativá, Suba, Kennedy, Bosa, Rafael Uribe y Usme. En la composición y dinámica por agrupaciones de edad, persiste, la supremacía del grupo de 27 a 59 años; 6 – a-13 años; 18 – 26 años. El 66% de la población está ubicada en las zonas y/o localidades del plan de emergencia social: San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar. Sobre migraciones hay estimaciones realizadas por el CODHES, que certifican en 284.272 las personas desplazadas que llegaron a establecerse en la ciudad, procedentes de todas las regiones del país y que están registradas. Esta población llega a la ciudad en búsqueda de mejores condiciones de seguridad, educación, salud y empleo e induce la demanda de garantías mínimas y de servicios estatales.

1.4 Actores que intervienen en el problema

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema planteado, ó que tienen bajo su responsabilidad la identificación de la población afectada, se encuentran los siguientes: 1. Ministerio de la Protección Social, Entidad encargada de formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República. 2. El Consejo de Regulación en Salud CRES, instancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adscrita al Ministerio de la Protección Social, como organismo de regulación en salud. 3. Registraduría Nacional del Estado Civil, Ente encargado de suministrar y apoyar con información contenida en las bases de datos de Registro Civil y el sistema de identificación de los ciudadanos. Mediante Convenio 007 de 2004, la Secretaría Distrital de Salud, envía la base de datos con identificación de afiliados al Régimen Subsidiado, para que esa entidad cruce esta información con los registros de su sistema de identificación y valide los campos correspondientes. 4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, es la Institución comprometida con la protección integral de la familia y en especial con la de la niñez, coordina el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y como tal propone e implementa políticas, presta asesoría y asistencia técnica y socio-legal a las comunidades y a las organizaciones públicas y privadas del orden nacional y territorial. 5. Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, creada por el Gobierno Nacional con el fin de canalizar los recursos nacionales e internacionales para ejecutar programas sociales que dependen de la Presidencia de la República, atiende a poblaciones vulnerables afectadas por la pobreza,

el narcotráfico y la violencia. De esta manera, se integran la Red de Solidaridad Social RSS y la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional [ACCI]. 6. Cabildos Indígenas, organizaciones de poblaciones indígenas radicadas en el D.C., en 5 cabildos indígenas: i. Cabildo Indígena Muisca de Bosa; ii. Cabildo Ambika Etnia Pijao; iii. Cabildo Indígena Muisca de Suba; iv. Cabildo Indígena Kichwa de Bogotá D.C.; v. Cabildo Inga de Bogotá D.C. 7. Ministerio del Interior y de Justicia, tiene como misión establecer una política integral y coordinada de Estado para el fortalecimiento de la democracia, la justicia y de los mecanismos de protección a los derechos fundamentales; suministra información de la población desmovilizada y sus núcleos familiares.

Por su parte, la Secretaria Distrital de Planeación, tiene la misión de responder por las políticas y la planeación económica, social y territorial del Distrito Capital a mediano y largo plazo, para la construcción de una ciudad equitativa, sostenible y competitiva, el crecimiento ordenado del distrito y el mejor aprovechamiento de su territorio y se encarga de administrar el SISBEN, instrumento de focalización de población, con base en lo establecido en la Ley 715 de 2001. A su vez, la Secretaria de Integración Social SIS, encargada de implementar proyectos y acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida para la niñez, la juventud, la población adulta y las personas mayores en Bogotá D.C., se encarga de generar información relacionada con población indigente, personas de la tercera edad en protección.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana. De manera específica en el contexto del Objetivo se propone: **“...Construiremos una ciudad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos en la que se disminuyan las desigualdades injustas y evitables, con la institucionalización de políticas de Estado que permitan trascender los periodos de gobierno y consolidar una Bogotá en la cual la equidad, la justicia social, la reconciliación, la paz y la vida en equilibrio con la naturaleza y el ambiente, sean posibles para todas y todos...”**, principio éste que, armonizado con la estrategia accesibilidad planteada allí: **“...Armonizar el aumento de cobertura en la prestación de servicios básicos con la satisfacción de estándares de calidad...”**, soportan las intervenciones de aseguramiento en salud y de atención a vinculados, llevadas a cabo desde el sector salud. En este mismo sentido, los planteamientos del Programa Bogotá Sana de: **“...Garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud, vinculando la población en condición de vulnerabilidad y garantizando el derecho a la atención en salud a toda la población...”**, de igual forma, sirven de sustento a dichas intervenciones.

2.2 A nivel de la Entidad

Dentro de este contexto, la entidad formuló, registró en el Banco de Programas y proyectos de inversión distrital, y viene ejecutando los proyectos de inversión “618-

Promoción Afiliación Régimen Subsidiado y Contributivo” y “620-Atención a la Población Vinculada”. Con la formulación y puesta en marcha de estos proyectos se espera el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Lograr la cobertura universal. Tiene como propósitos garantizar la atención en salud de todos los niveles de complejidad para la población pobre y vulnerable no asegurada, residente habitual en el Distrito Capital, mediante la contratación de las Empresas Sociales del Estado ESE, como Red Adscrita y, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas [IPS] como red complementaria, cuando la red pública no dispone e su oferta o esta es insuficiente frente a la demanda de salud de la población.
- Garantizar la prestación de los servicios de salud habilitados en los niveles de complejidad alta o de nivel 3, mediana o de nivel 2, baja ó básica de nivel 1 y la atención de urgencias con actividades, intervenciones y procedimientos en los diferentes ámbitos de atención, medicamentos, insumos, dispositivos médicos y tecnología media disponible en la ciudad y el país; contratados con las Empresas Sociales del Estado [ESE] de la red pública distrital y con la red no adscrita o complementaria del Distrito Capital; para la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda, amparada en resoluciones y convenios del Ministerio de la Protección Social [Ley 715 de 2001, el Decreto 1011 de 2006], la atención de la población desplazada y por requerimientos de fallos judiciales. Estas competencias las desarrolla la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., en cumplimiento de la función rectora en el Distrito Capital, en la condición de comprador de servicios de salud para la población pobre y vulnerable no asegurada y de los eventos no cubiertos con subsidio a la demanda de los asegurados en el régimen subsidiado, cuyo objetivo debe cumplir, hasta tanto se logre la cobertura universal de aseguramiento en salud.
- Contribuir al logro de ocho metas estructurales, entre las cuales se encuentran: reducción de tasas de mortalidad de menores de uno y cinco años, general y específicas por neumonía y por enfermedad diarreica aguda [EDA]; incrementar la cobertura de la terapia antirretroviral para VIH positivos y la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital; incrementar la cobertura del programa de salud oral en la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, así como la cobertura de atención odontológica de la mujer gestante y la población de menores de cinco años, afiliada al régimen subsidiado y a la población pobre y vulnerable. Estas metas con sus respectivas actividades e indicadores son incluidas en los lineamientos técnicos y administrativos de los contratos con empresas sociales del estado y con instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de que en cada una de ellas, se verifique con absoluto rigor su cumplimiento, atendiendo a lo estipulado en el Plan Distrital de Salud 2008-2012.
- Que el Fondo Financiero Distrital de Salud [FFDS], asuma con recursos propios del Distrito - aporte ordinario- los copagos y cuotas de recuperación que se generan en la red adscrita del Distrito y en la red complementaria por la prestación de servicios de salud a la población de niños y las niñas entre uno [1] y cinco [5] años, personas mayores de sesenta y cinco [65] años y personas en condición de discapacidad severa afiliados al Régimen Subsidiado con encuesta SISBEN nivel 1 y nivel 2 hasta los topes contemplados en el Decreto 2357 de 1995 y Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y/o acciones

- Garantizar la continuidad de 1.608.495 afiliados al Régimen Subsidiado.
- Afiliar a 250.000 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, por ampliación de cobertura y/o por reemplazos
- Garantizar el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población menor de 5 años, mayores de 65 años y a población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y estén clasificadas en niveles 1 y 2 del SISBEN.
- Promover la afiliación de 3.000 nuevas personas al Régimen Contributivo.
- Mantener la Cobertura en Servicios de Salud para la población pobre no asegurada y para los servicios NO POS-S para población afiliada al Régimen subsidiado.

La Dirección de Aseguramiento en Salud, desarrollará las actividades correspondientes al aseguramiento; prestación de servicios de salud; gratuidad en salud; inspección, vigilancia y control, relacionadas con la contratación de la administración del subsidio a la demanda; contratación de los servicios de salud de los subsidios a la oferta con los hospitales de la red adscrita y red complementaria; así como el reconocimiento y pago de servicios de salud por atención inicial de urgencias no contratadas; seguimiento a la entrega oportuna de los medicamentos; seguimiento a la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y poblaciones especiales: desplazados, reinsertados, habitantes de la calle, indígenas, afro descendientes.

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$1.343.045.334.400 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud (\$709.356.102.264 por el Proyecto 620 "Atención a Población Vinculada" y \$633.689.232.136 por el Proyecto 618 "Promoción y afiliación al Régimen Subsidiado). De estos recursos, \$374.544.800.154 provienen del Sistema General de Participaciones, \$180.055.346.532 provienen de recursos del Distrito de Aporte Ordinario, \$133.998.426.000 provienen de Rentas Cedidas, \$53.397.821.000 provienen de Otras Transferencias de la Nación, \$448.072.453.464 provienen de Recursos de Capital y del Balance, \$151.829.366.481 provienen del FOSYGA, \$280.262.769 provienen del FOSYGA Cajas de Compensación y \$866.858.000 provienen de otros ingresos.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

De la población afectada, se programó para 2010 garantizar la continuidad de 1.608.495 habitantes clasificados en los niveles 1 y 2 del SISBEN, ya afiliados al Régimen Subsidiado de la Seguridad Social en Salud. De igual forma, se programa incrementar la afiliación para 250.000 nuevos afiliados al Régimen Subsidiado. En cuanto a la población no afiliada a ninguno de los regímenes de la Seguridad Social en Salud, clasificada en los niveles de atención 1, 2 y 3 se programa la atención del 100% de dicha población.

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de Cumplimiento

Para dar respuesta al problema identificado, se establecieron estrategias para la promoción y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fortalecimiento de los mecanismos de divulgación de los procedimientos a través de los cuales la población objeto puede acceder a la afiliación, de la misma forma se logró diseñar procesos sistemáticos en línea para agilizar la actualización y depuración de la información registrada en la base de datos de régimen subsidiado que posteriormente fueron adoptados por la normatividad nacional, Por otra parte se generaron alianzas estratégicas con los actores del sistema para operar los lineamientos establecidos por esta secretaria para el logro de las metas y el mejoramiento continuo de la calidad de la población del Distrito.

Con respecto a la meta: “Garantizar la continuidad de 1.608.495 afiliados al Régimen Subsidiado”, se cumplió en un 81,38% (1.309.008), sin embargo es importante resaltar que según el Acuerdo 415 de 2009 la población que se reconocerá como afiliada será la que se encuentra registrada en BDUA, de esta manera el concepto de cupos (1.608.495) asignados para las entidades territoriales que se trabajó hasta la contratación marzo de 2010 pierden vigencia y se empieza a hablar de cobertura universal. Para el 2009 los afiliados al Régimen Subsidiado Activos en BDUA eran 1.275.129 en el 2010 se presenta un incremento de un 3% con 1.309.008 afiliados.

El nivel de cumplimiento de la meta: “Promover la afiliación de 3.000 nuevas personas al Régimen Contributivo”, se cumplió en un 55,4%, este resultado refleja que a pesar de las estrategias implantadas para sensibilizar a los trabajadores independientes frente a la afiliación, determinantes como el valor de la afiliación, cambios normativos y cambios climáticos para el desarrollo de las actividades propuestas, influyen negativamente en el alcance de la meta lo cual se puede evidenciar en el porcentaje alcanzado durante el año 2010.

El nivel de cumplimiento fue del 100% respecto de la meta: “Garantizar por parte de las EPS del Régimen Subsidiado la entrega del 100% de medicamentos dentro del POS, formulados a los pacientes”, observándose además la disminución de las quejas y reclamos por barreras de acceso de tipo entrega de medicamentos.

Respecto a la meta de Afiliar a 250.000 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, por ampliación de cobertura y/o por reemplazos, en el 2010 se afiliaron 204.630 nuevos ciudadanos al dicho régimen.

Se cumplió en un 100% la meta de “Garantizar el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población menor de 5 años, mayores de 65 años y a población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y que estén clasificadas en niveles 1 y 2 del SISBEN”. Se beneficiaron 42.728 usuarios, de los cuales, 5.222 Corresponden a menores de 5 años; 37.007 a mayores de 65 años y 499 a población con discapacidad severa (**Datos preliminares a enero de 2010*).

Respecto a la meta de “Mantener la Cobertura en Servicios de Salud para la población pobre no asegurada y para los servicios NO POS-S para población afiliada al Régimen

subsidiado”, tuvo un nivel de cumplimiento de 100%. Se atendió la población que demandó los servicios de consulta externa, hospitalización, procedimientos y urgencias, con el siguiente comportamiento:

Tabla No. 3.5.
Atenciones a población pobre no asegurada 2010.

Únicos por Red y tipo de Usuario					
tipo usuario	Red Adscrita		Red no Adscrita		Total N° atenciones
	N° atenciones	N° individuo	N° atenciones	N° individuo	
Desplazad	200.556	21.740	30.140	870	230.696
Vinculado	1.887.352	218.008	186.422	10.026	2.073.774
Total general	2.087.908		216.562		2.304.470

Fuente: RIPS Corte 31 de dic. 2010. D. Planeación SDS. Datos preliminares Porcentaje de reporte de las ESE: el 45% ; datos preliminares sujeto a variación una vez se reporte atenciones de ESES.

Tabla No. 3.6
Cobertura No Pos Régimen Subsidiado.

Únicos por Red y tipo de Usuario					
tipo usuario	Red Adscrita		Red no Adscrita		Total N° atenciones
	N° atenciones	N° individuos	N° atenciones	N° individuos	
Subsidiado No POS-S	1.324.531	165.892	132.023	8.345	1.456.554
Total general	1.324.531		132.023		1.456.554

Fuente: RIPS Corte 31 de dic. 2010. D. Planeación SDS

*Porcentaje de reporte de las ESE: el 45 ; datos preliminar Fuente Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud
Respecto de la meta: “Promover la afiliación de 3.000 nuevas personas al Régimen Contributivo”*

3.2 Indicadores

Tabla No. 3.7.
Indicadores

VARIABLES	Numerador	Denominador	Unidad de Medida
Población Afiliada al Régimen subsidiado por continuidad	Afiliados contratados por continuidad	Afiliados proyectados por continuidad	Número de afiliados
Población afiliada al Régimen Subsidiado por ampliación.	Nuevos afiliados contratados	nuevos afiliados proyectados	Número de afiliados
Promociones de afiliación al Régimen Contributivo	Número de promociones realizadas	Número de promociones proyectadas	Número de promociones

	Contributivo		
Población Menor de 5 años	Población menor de 5 años atendida con gratuidad	Población menor de 5 años potencial beneficiaria de gratuidad afiliada al Régimen Subsidiado	Menores de 5 años atendidos con gratuidad
Población Mayor de 65 años	Población mayor de 65 años atendida con gratuidad	Población mayor de 65 años potencial beneficiaria de gratuidad afiliada al Régimen Subsidiado	Mayores de 65 años atendidos con gratuidad
Población con discapacidad severa	Población con discapacidad severa atendida con gratuidad	Población con discapacidad severa potencial beneficiaria de gratuidad afiliada al régimen subsidiado	Usuarios con discapacidad severa atendidos con gratuidad
Población Vinculada	Población pobre y vulnerable atendida	Población pobre y vulnerable que demanda servicios de salud.	Número de usuarios atendidos
Población afiliada régimen subsidiado	Población afiliada al régimen subsidiado demandando servicios de salud No POSS	Población afiliada al régimen subsidiado potencial a demandar servicios salud no POSS	Numero usuarios atendidos

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud.

3.3 Presupuesto ejecutado

En total se ejecutaron \$1.254.016.594.452 (\$676.887.094.585 por el Proyecto 620 "Atención a Población Vinculada" y \$577.129.499.867 por el proyecto 618 "Promoción y afiliación al Régimen Subsidiado"). De estos recursos se giraron \$1.084.595.535.807.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

Falta afianzar la gestión por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), ESE e IPS para la eliminación de barreras de acceso geográficas, culturales y administrativas..

Los procesos de contratación de las EPSS, las ESE (Red Adscrita) e IPS Privadas (red complementaria que contrata la SDS a través del FFDS para garantizar el acceso a la afiliación y a la prestación de los servicios de salud e la población pobre y vulnerable de la ciudad, afiliada al régimen subsidiado y no asegurada, amerita una revisión integral desde el contexto de la UPCS para el primer caso y, desde la formas de contratación que tiene definido la SDS para el segundo; siendo este un motivo de trabajo en el inmediato tiempo, (relación beneficio - costo).

- De beneficios, es preocupante el crecimiento vertiginoso de la acción de tutela, que organismos como la Defensoría del pueblo, Procuraduría General de la Nación, Ministerio de la Protección Social, entre otros han realizado publicaciones, estudiando este fenómeno jurídico como su aplicación desmesurada por parte de los usuarios al ver amenazados o trasgredidos su derecho fundamental a la salud por la no oportunidad, por la no autorización de atenciones médicas e inclusive, la Corte Constitucional recientemente en la Sentencia T760 de 2008, efectuó un muestreo y análisis las causas más frecuentes por las cuales acuden a esta acción política, encontrándose:

- Acceso a los servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, sometidos a pagos moderadores, convirtiéndose en un factor determinante para acceder a dichos servicios y amenazando de manera ostensible a ese derecho si carece de los recursos para asumirlos, prevaleciendo el trámite administrativo ya sea por parte de las empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, a ese goce al que tiene derecho el usuario. Acceso a servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud. Las EPS, se limitan a informar al usuario que se trata de una exclusión del POS sin dar aplicación estricta a la normatividad vigente sobre la realización de los Comités Técnicos Científicos para que determinen la viabilidad y pertinencia del evento excluido del plan obligatorio de salud, o se analice si existe otro sustituto con la misma efectividad terapéutica; o por parte de las IPS al no efectuar el Comité de Farmacia que permita determinar la pertinencia de dicho medicamento, lo cual atenta contra el derecho a la salud del usuario, quién se ve avocado acudir a esta acción como su único mecanismo de acceder a esos beneficios a que tiene derecho.

- Acceso a los servicios de salud requeridas por menores. Se desconoce la Constitución Nacional en sus art 44 y 50 que establece la atención gratuita del menor de un año como también el derecho a la salud del cual gozan los menores de edad, así mismo se desconoce la normatividad aplicable para los menores que requieren servicios en salud como es el Acuerdo 244 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de los que no están afiliados al régimen contributivo o subsidiado, desconociéndose que tienen derecho a que se les garantice la atención como vinculado con cargo al Estado y contribuyen con el sistema mediante y pago de cuota de recuperación de acuerdo al instrumento provisional que efectuó el hospital que le brinde atención, sin que implique barrera de acceso, y de esta forma asegurarle el desarrollo armónico e integral.

- Acceso a servicios de salud en condiciones de integralidad. Los afiliados al sistema General de Seguridad Social en salud tienen derecho a que las empresas promotoras de salud o el ente territorial les brinde la integralidad de su tratamiento en especial si se trata de una enfermedad 'catastrófica' o si están comprometidas la vida o la integridad personal, así no se encuentren en el plan obligatorio de salud ya que cuentan con la posibilidad de recobro al FOSYGA, de conformidad con la resolución 3099 de 2008 y La ley 1122 de 2007 en su art 14, literal j, y la Sentencia C 463 de 2008. Una vez se determine la pertinencia de este procedimiento, insumo, medicamento, entre otros y de esta forma garantizarle la continuidad, a los servicios de salud garantizándole ese derecho y a una mejor calidad de vida

• Acceso a servicios de salud de alto costo y exámenes de diagnóstico. Las empresas promotoras de salud, no pueden limitar la atención de los servicios en salud de sus afiliados por carencia de los periodos mínimos de cotización, por tratarse de exclusión del plan obligatorio de salud, por la morosidad que presenten en el pago de aporte en salud, debido a que prevalece el derecho a la salud a trámites meramente administrativos que van en contra de ese goce al que tiene derecho el usuario y que no le permiten la continuidad en su tratamiento. Acceso a servicios de salud de vinculados. Las personas calificadas como vinculadas por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios tienen el derecho a acceder a los beneficios en salud a través de las instituciones prestadoras tanto públicas o privadas con las cuales tenga contrato el Estado, contribuyendo con un aporte económico equivalente a una cuota de recuperación de acuerdo al instrumento provisional que le efectuó el hospital que le brinde la atención.

• Acceso a servicios de salud cuando se requiera desplazamiento a lugar distinto a lugar de residencia. El Acuerdo 244 de 2003 ha consagrado ese derecho a que tiene el desplazado con su grupo familiar a que se le garantice ese derecho a la salud con oportunidad eficiencia y calidad con cargo a los recursos de las empresas promotoras de salud del Régimen Subsidiado, donde estaba afiliado hasta la fecha de terminación del contrato, pero si ostenta la calidad de vinculado puede acudir a la red prestadora del ente territorial donde reside actualmente con la certificación por parte de Acción Social de la Presidencia de la República, gozando de gratuidad en los servicios en salud que se les brinde.

Otras dificultades que incidieron en el cumplimiento de las metas fueron:

- Los continuos cambios normativos que afectan el cumplimiento de las metas inicialmente establecidas en el proyecto.
- La población objeto inicial no corresponde a la estipulada durante los cambios surgidos en el la vigencia del 2010 (anteriormente se hablaba de cupos y ahora se habla de usuarios activos)
- Dificultad en la consolidación de un solo sistema de información que permita tener un mejor control de la información.
- Las diferencias que aún existen entre los planes de beneficios de la población de los diferentes regímenes y el participante vinculado.
- Inoportunidad en el envío de la información e inconsistencias en la misma de poblaciones especiales (listados censales) por parte de las Entidades encargadas, que no permiten tener datos reales de dicha población...
- El manejo de los periodos de transición que se sugieren por los cambios normativos y que afectan la atención y afiliación del usuario final (Acuerdo 415 de 2009 establece tomar como base única la BDUA pero en la fecha de la norma la base no se encontraba actualizada, igualmente en la contratación con las EPS-S se pasa de contratación por cupos a contratación por usuarios realmente activos en la BDUA).
- Desactualización de las bases de datos del SISBEN, lo que no permite tener un dato real de las proyecciones establecidas para la universalización del aseguramiento en salud de la población del Distrito Capital.
- Los cambios normativos desestimulan la afiliación al régimen contributivo (Valor de la afiliación al contributivo es muy alta para los trabajadores informales).

3.5 Efectos del proyecto y acciones sobre el problema

Subsidio del 100% en los servicios de salud; se eliminan las cuotas de recuperación para los medicamentos, actividades e intervenciones no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; se eliminan los copagos para los medicamentos, actividades e intervenciones contemplados en Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, (la ley 1122 ordena gratuidad a la población nivel 1 y con el proyecto se amplía la gratuidad para la población nivel 2 de SISBEN).

Aseguramiento en salud de población gestante, infante y adolescente: frente a las metas del Plan de Desarrollo “A junio de 2012 afiliar a 892.415 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado”, y “Garantizar la continuidad de 1.708.670 afiliados al Régimen Subsidiado”, estas se lograron garantizando la continuidad con subsidios en salud a 367.994 niños, niñas y adolescentes menores de 18 años afiliados al Régimen Subsidiado de la Seguridad Social en Salud; por un valor de \$114.614 millones de pesos, equivalente a un año de contratación de esta población. La población menor de 18 años en continuidad se distribuyó de la siguiente manera: De 0 a 5 años: 73.071; de 6 a 13 años: 102.726 y de 14 a 17 años: 192.197, para un total de 367.994 menores de 18 años beneficiados con el régimen subsidiado.

En relación con la meta de afiliación de nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, se afilió por novedades de reemplazó 204.630 ciudadano y ciudadanas, de los cuales 76.865 corresponde al grupo de infancia y adolescencia con una inversión de \$23.940.188.424

En relación con la meta “Garantizar la continuidad de 1.608.495 afiliados al Régimen Subsidiado” Esta meta se retoma y modifica de acuerdo a la nueva normatividad y pasamos de contratación por cupos a contratación por usuario efectivamente activo a través de la BDUA, a los cual se garantizó, con la ejecución de los subsidios totales y parciales, a través de la contratación con las EPSS; se garantizó a 31 de diciembre de 2010, la continuidad de 1.309.008 ciudadanos afiliados al Régimen Subsidiado en Salud del Distrito Capital, con una inversión de \$407.700.490.061.

Con relación al cubrimiento de las necesidades en salud, de la población pobre no asegurada, en el año 2010 se dio aseguramiento al acceso a los servicios de salud de la población vinculada, incluyendo las poblaciones especiales, a través de la contratación de los servicios de salud con las Empresas Sociales del Estado y las IPS privadas de la red complementaria, incluyendo los convenios con Min protección Social, para la atención de población en condición de desplazados.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

- En el 2010, se mantuvo a 1.309.008 ciudadanos con continuidad en el régimen subsidiado, (Ver Tabla No. 3.8), 1.662 personas se afiliaron al Régimen Contributivo y se logró 204.630 nuevos ciudadanos afiliados al régimen subsidiado.
- Se atendió a 415.152 ciudadanos pertenecientes a la población pobre no asegurada, a 174.237 ciudadanos por procedimientos No POS y a 42.728 ciudadanos cubiertos por gratuidad en salud (Ver Tabla No. 3.9) *Datos Preliminares a enero de 2010..*

Tabla No. 3.8.

Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (activos bdua) por nivel de Sisben y Localidad, durante el periodo de 2009 - 2010

LOCALIDAD	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Nivel IV		Nivel V		Nivel VI		Poblaciones Especiales		Sin Información		TOTAL	
	2.009	2.010	2.009	2.010	2.009	2.010	2.009	2.010	2.009	2.010	2.009	2.010	2.009	2.010	2.009	2.010	2.009	2.010
Usaquén	19.305	19.559	14.315	13.908	2.109	3.157	0	1	0	0	0	0	1.452	1.961	152	130	37.333	38.716
Chapinero	4.354	4.474	4.133	4.297	133	294	0	0	0	0	0	0	1.208	1.201	30	29	9.858	10.295
Santa Fé	18.674	18.578	18.071	17.314	462	605	0	2	0	0	0	0	1.793	2.316	110	223	39.110	39.038
San Cristóbal	54.169	52.737	69.475	65.002	1.843	2.384	0	0	0	1	0	0	11.771	11.313	332	457	137.590	131.894
Usme	76.408	73.335	49.669	47.572	531	649	1	1	0	0	0	0	5.586	7.084	247	510	132.442	129.151
Tunjuelito	22.907	23.474	20.352	20.312	1.283	1.659	0	0	0	0	0	0	1.915	2.608	62	81	46.519	48.134
Bosa	43.896	46.206	87.680	88.842	902	1.920	0	0	0	0	0	0	9.477	11.636	626	1.241	142.581	149.845
Kennedy	44.670	47.571	75.914	78.087	6.229	8.194	0	1	0	0	0	0	9.927	11.419	374	324	137.114	145.596
Fontibón	9.887	10.893	8.380	8.965	2.953	6.453	0	0	0	0	0	0	970	1.378	68	49	22.258	27.738
Engativá	26.540	27.835	31.952	32.229	8.734	10.146	1	4	0	0	0	0	3.185	3.698	126	310	70.538	74.222
Suba	28.007	29.051	60.531	60.966	4.676	5.351	4	0	0	1	0	0	6.142	5.146	160	2.255	99.520	102.770
Barrios Unidos	6.609	7.024	1.398	1.362	3.089	4.144	1	1	0	0	0	0	1.712	1.506	46	187	12.855	14.224
Teusaquillo	590	712	190	206	171	234	0	1	0	0	0	0	238	282	10	7	1.199	1.442
Los Mártires	7.544	8.130	2.239	2.372	1.600	1.904	0	0	0	0	0	0	1.287	1.589	34	398	12.704	14.393
Antonio Nariño	4.024	4.422	1.874	1.921	1.177	1.844	0	0	0	0	0	0	443	573	18	54	7.536	8.814
Puente Aranda	7.959	8.543	1.817	2.082	3.382	4.292	0	0	0	0	0	0	793	1.166	33	57	13.984	16.140
La Candelaria	2.765	2.796	2.382	2.308	70	98	0	0	0	0	0	0	381	430	5	41	5.603	5.673
Rafael Uribe	51.562	52.077	42.631	41.285	5.021	6.508	0	0	0	0	0	0	3.872	5.324	171	114	103.257	105.308
Ciudad Bolívar	155.003	150.868	50.798	49.196	963	1.257	1	0	0	0	0	0	13.483	18.162	472	555	220.720	220.038
Sumapaz	785	775	819	768	37	29	0	0	0	0	0	0	39	39	0	1	1.680	1.612
Fuera de Bogotá	0	20	0	28	0	22	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	86
Sin Información	7.335	7.745	6.315	6.886	342	1.960	0	0	0	0	0	0	6.174	6.844	562	444	20.728	23.879
TOTAL	592.993	596.825	550.935	545.908	45.707	63.104	8	11	0	2	0	0	81.848	95.691	3.638	7.467	1.275.129	1.309.008

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado, Novedades Avaladas al 24 de Diciembre de 2010
Dirección de Aseguramiento - Secretaria Distrital de Salud.

Tabla No. 3.9

Población pobre no asegurada y población de gratuidad atendida Año 2010.

Nombre Indicador	Resultados Vigencia 2010
Población menor de 5 años atendida con gratuidad	5.222 personas
Población mayor de 65 años atendida con gratuidad	37.007 personas
Población con discapacidad severa atendida con gratuidad	499: personas
Población vinculada atendida por subsidio de la oferta	415.152 individuos **
Afiliados al Régimen Subsidiado atendidos por procedimientos No POSS	174.237 individuos

** Información preliminar a enero de 2010.

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud - 01/28/2011

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Se atendió el 100% de la población que demandó servicios de salud, tanto población pobre no asegurada, pertenecientes a grupos poblacionales de gratuidad, como los afiliados al régimen subsidiado que demandaron servicios o procedimientos No Pos.

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

Dado que la atención integral en salud es un derecho de las personas que se debe mantener y fortalecer en el tiempo, a lo largo de todo el ciclo vital, toda la población beneficiada o focalizada seguirá requiriendo los servicios de salud de manera indefinida

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de la problemática

La Secretaría Distrital de Salud desarrollo acciones de inspección, vigilancia y control a los los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado. Dentro de este proceso, se diseñó e implemento el software de novedades en línea, herramienta online que permite observar en tiempo real la actualización e ingresos de datos al sistema de usuarios afiliados al régimen subsidiado. Se realizaron mesas de trabajo para desarrollar la estrategia de “Flujo de recursos”, con la participación de las 8 EPSS y los 22 hospitales ESE de la red adscrita y la firma interventora, con el propósito de realizar acuerdos de cartera reconocida por un valor de \$30.045.288.165 y así promover el pago de la misma.

Se continuó con la implementación de un sistema de garantía explícita de garantía de la calidad, acceso, oportunidad, seguridad financiera en salud que obligue a aseguradores y prestadores, para lo cual en el 2010, se llevó a cabo:

- Elaboración de la Guía de la implementación del PAMEC (Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad) y se adelantó la evaluación de las Estándares de Acreditación del Proceso de Gestión del Acceso de la Prestación de los Servicios, tomando como referente el Manual de Estándares de Direcciones Territoriales de Salud en la etapa del inicio de la ruta crítica del estándar de autoevaluación y bajo la directriz y coordinación de la de Dirección de Planeación y Sistemas de la SDS, (Etapa de ruta crítica de autoevaluación) que se realizó tomando como referente los parámetros de Estándares de Acreditación para las Direcciones Territoriales de Salud establecidos en la resolución No 3960 de 2008.
- Con las EAPB se avanza en la comparación del desempeño institucional frente a un parámetro establecido dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, a saber: Sistema de Acreditación (Resolución 1445 de 2006 y Resolución 3960 de 2008); adopción de las pautas de Auditoria del Ministerio de la Protección Social 2007 y el Instrumento de evaluación PAMEC.
- Se realizaron visitas de campo, donde se aplicó el instrumento y se continua con cada una para recibir la información requerida: (i) Infraestructura de Sistemas de Información aplicada a las EAPB-S; (ii) Prestación de los Servicios, funcionamiento en Red, Atención Al Usuario en sus resultados; planes de mejoramiento; indicadores trazadores; atributos de calidad aplicados a la prestación de servicios, indicadores centinela y eventos especiales, (Enfermedades Catastróficas de Alto Costo).

- La Secretaría estableció con la firma interventora, el revisar algunos indicadores trazadores los cuales se identificaron previamente entre los que se pueden citar: (i) oportunidad consulta externa; (ii) oportunidad urgencias; (iii) oportunidad imagenología; (iv) oportunidad odontología; (v) oportunidad cirugía programada; (vi) oportunidad medicamentos; (vii) oportunidad medicamentos VIH; (viii) cancelación de cirugías; (ix) tasa de reingreso de pacientes hospitalizados; (x) tasa de mortalidad intrahospitalaria; (xi) tasa de infección intrahospitalaria; (xii) proporción de vigilancia de eventos adversos; (xiii) tasa de satisfacción global; (xiv) calidad y oportunidad en la gestión de quejas; (xv) Asociación de Usuarios; (xvi) promoción y prevención.

Respecto a la gestión de respuesta a tutelas se realizó la siguiente gestión:

- En el año 2010 con corte diciembre 23, se presentaron 2699 acciones de tutela y se recibieron 176 solicitudes de ciudadanos clasificadas como varios: el promedio mensual es de 225 acciones de tutela y 15 solicitudes adicionales.
- El 40% de las acciones se tutela solicitan exención del cobro de cuotas de recuperación o copagos (937), seguido por los eventos No POSS con el 22% (514) las solicitudes de medicamentos No POSS con el 13% (301) y servicios y eventos No POSS con el 11% (301) requerimientos. Estas cuatro peticiones representan el 86.6% de las pretensiones de las acciones de tutela presentadas durante el año 2010.

Respecto a la Gestión de grupo SQS (Sistema de Quejas y Soluciones) Dirección de Aseguramiento 2010 se identificaron las barreras de acceso para los servicios de salud a los usuarios por parte de las EPSS, ESE e IPS red complementaria. Para el Periodo comprendido entre el 1º de enero hasta el 28 de diciembre de 2010, la Dirección de Aseguramiento a través del Sistema de Quejas y Soluciones recibió 2696 derechos de petición. Las principales solicitudes de la ciudadanía se relacionan con:

- Dificultad en el acceso a los servicios de salud por inconsistencias en los sistemas de Información, procesos de aseguramiento y cambios constantes de la Normatividad 52% aprox. (1401 casos).
- Dificultades y demoras en la prestación de servicios POS-S 19 % aprox. (515 casos).
- Fallas administrativas para la Referencia y Contra referencia y prestación de servicios no POS-S 10 % aprox. (282 casos)
- Incumplimiento y/o demoras en la prestación de servicios ordenados mediante fallos de tutela 7% aprox. (181 casos).
- Exoneración de pagos 3% aprox. (76 Casos)

Por otra parte, para los requerimientos cuyo contenido presentan situaciones especiales, a pesar de haber dado cierre definitivo en el aplicativo SQS, los mismos son objeto de seguimiento por parte del grupo hasta el cierre definitivo, es decir hasta tanto no haya solución efectiva y de fondo a la pretensión del peticionario. Una vez se constata la efectiva prestación de los servicios de salud y de común acuerdo con el peticionario se da por atendida la solicitud y se pasa el expediente para archivo.

Respecto a la gestión e impacto de la CURYC (Central Única de Referencia y Contrarreferencia) – línea 195 de enero de 2010 diciembre de 2010 ingresaron 19.935

llamadas, sobre las cuales se realizó seguimiento a cada caso, para garantizar el acceso a los servicios de salud de los usuarios. Como resultados se obtuvieron:

- Participación por tipificación de casos: negación de una autorización en servicios de salud incluidos en el POSS, por parte de EPSS: 30% negación o inoportuna prestación en los servicios de salud por parte de una IPS, sea esta pública o privada: 25%; dificultades en la identificación en el estado de afiliación al SGSSS y por lo tanto le han negado la atención en servicios de salud: 22%; barreras de acceso a los servicios de salud por dificultades Interadministrativas (Incumplimientos Contractuales) entre las EPSS y los hospitales, públicos o privados: 20% y dificultades en la atención en los servicios de salud, siendo participante vinculado, teniendo su carta del SISBEN: 3%
- Participación por entidad en el ingreso de llamadas para gestionar los requerimientos: Ecoopsos: 3%; Solsalud: 4%; Colsubsidio: 5%; Caprecom: 8% Salud Total: 8%; Salud Condor: 8%; Humana Vivir: 13%; Vinculados: 21% y Unicajas: 28%.
- Participación por tipo de afiliación: Régimen Contributivo: 4%; Participante Vinculado: 12% y Subsidiado EPSS: 84%.

El grupo funcional de electivas de la SDS, recibió durante el periodo comprendido entre enero de 2010 al 27 de diciembre de 2010 un total de 19612 solicitudes de servicios en salud las cuales se gestionaron así: Servicios autorizados el 81.4%, equivalente a 15.979 solicitudes; servicios no autorizados: 18%, equivalente a 3.498 solicitudes; otras solicitudes: 0.6%. solicitudes enviadas por E-mail el 84%; por correspondencia el 15%; por correspondencia el .079%, otros medios: 0.01%. El origen de las solicitudes es: ESE el 94%; EPSS: el 3.9%; otros: 2.1%. Tipo de pacientes que solicitaron servicios: 67% afiliados al régimen subsidiado; vinculados el 32%. Servicios solicitados: imagen logia, valoración por médico especialista, procedimiento no quirúrgico, procedimiento quirúrgico, entre otros.

La Secretaría Distrital de Salud creó como estrategia de afiliación y carnetización, el Convenio Marco de Adhesión No. 8043 de 2008 en el que participan la Secretaría Distrital de Salud, las EPSS y las ESE. En la ejecución de este convenio, se realizaron reuniones con diferentes actores para la divulgación de los proceso: en Juntas de acción comunal, subdirecciones locales de Integración Social, red de comunicadores de los COPACOS, alcaldías locales, jefes de prensa de las EPSS y ESE, gerentes de Cades; se participó en las ferias de servicio al ciudadano, Samuel a la Calle, eventos de la Personería, Familias en Acción, colegios distritales, entre otros; Se diseñaron e implementaron estrategias de comunicación en radio, prensa, volantes, llamadas telefónicas con ETB, insertos en recibos públicos de gas natural, PÁGINA Web de la Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá; se realizaron acciones de identificación y selección de beneficiarios de subsidios clasificados con niveles SISBEN 1 y 2 y población desplazada certificada por acción social; se realizó la revisión mensual de la base de datos de sisbenizados[1]; se llevó a cabo la recepción y procesamiento de las novedades de identificación remitidas por la Secretaría Distrital de Planeación y las EPSS; los procesos de libre elección para la afiliación de la población a las EPS-S se realizaron a través de jornadas de afiliación convocadas en diferentes localidades y se logró mantener la actualización de la base de datos de afiliación mediante huella digita.

Frente a las Poblaciones Especiales y de Interés, durante el año 2010, se llevó a cabo:

- Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y menores desvinculados del conflicto armado. El listado censal de beneficiarios ha sido remitido periódicamente por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), quienes mediante Circular 031/2009 del ICBF definieron a Caprecom EPS-S como la entidad responsable de su aseguramiento. A 24 de diciembre de 2010 están afiliados al Régimen Subsidiado 6.743 personas.
- Población en condición de desplazamiento forzado. Su identificación se efectuó a través del listado censal presentado por la “Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional - Acción Social”. Sin embargo, cuando personas en situación de desplazamiento llegan a Bogotá D. C. y no se encuentran afiliadas al Régimen Contributivo, Subsidiado o de Excepción (Participantes Vinculados) y aún no han sido certificados, el acceso a los servicios de salud se hace a través de los Hospitales de la Red Pública del Orden Distrital e IPS de la Red Complementaria, atendiendo lo estipulado en la Circular 006 de 2006 emitida por la Secretaría Distrital de Salud, quienes les atienden respetando su condición de población especial (sin el cobro de cuotas de recuperación - Decreto 4877 de 2007), hasta tanto les sea reconocida por Acción Social su condición de desplazamiento. Una vez certificados por Acción Social y remitida la información a la Secretaría Distrital de Salud, se procede a incluirlos en la base de datos de población especial para garantizarles el acceso a los servicios de salud como participantes vinculados. Así mismo, se incluyen en la base de datos de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en el D. C., para que ejerzan el derecho a libre elección de EPS Subsidiada. A 24 de Diciembre de 2010 están afiliados al Régimen Subsidiado 78.073 personas.
- Comunidades Indígenas. La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de EPS-S se efectúa de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001; por parte de las autoridades tradicionales legalmente establecidas en el Distrito Capital. Actualmente se cuenta con cinco (5) cabildos: Muisca de Bosa, Muisca de Suba, Kichwa, Inga y Ambiká Pijao. A 24 de Diciembre de 2010 están afiliados al Régimen Subsidiado 5.193 personas.
- Población desmovilizada. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar es enviado por la Alta Consejería para la Reinserción. A partir de la Ley 1122 de 2007, la prestación de los servicios de salud debe darse mediante asignación a una EPS-S Pública de Orden Nacional. A 24 de Diciembre de 2010 están afiliados al Régimen Subsidiado 4.567 personas.
- Población Rom. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población Rom (gitana) es realizado mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. A 24 de Diciembre de 2010 están afiliados al Régimen Subsidiado 119 personas.
- Habitante de la calle. La SDIS (Secretaria Distrital de Integración Social) envía a la Dirección de Aseguramiento en Salud periódicamente el listado censal con su población nueva certificada, el cual se adjunta al comprobador de derechos con el fin

de garantizar el acceso a los servicios de salud sin el cobro de cuotas de recuperación. A 24 de Diciembre de 2010 están afiliados al Régimen Subsidiado 6.278 personas.

3.10 Diagnóstico final del problema

Frente a las barreras de acceso se implementaron estrategias que apuntan a garantizar el acceso a los servicios en salud y a minimizar las barreras de acceso de más frecuencia identificadas; entre las cuales están: “Gratuidad en Salud” y “Gestión de la atención en salud, Central Única de Referencia y Contra referencia [CURyC]”, cuya finalidad es, en el primer caso, asumir los valores de las cuotas de recuperación y copagos de la población afiliada al régimen subsidiado con encuesta SISBEN I y II y, en el segundo, propender por la oportunidad accesibilidad, integralidad y continuidad en los servicios en salud requeridos por la población pobre y vulnerable del régimen subsidiado y no asegurada.

Se brindó cubrimiento de las necesidades de atención a la población pobre no asegurada, que demando servicios de salud, y que como única alternativa tiene a la Secretaría Distrital de Salud, dadas sus condiciones sociales y económicas,

Disminución de la presencia de enfermedades evitables debido a mayor número de actividades de promoción y prevención. Seguimiento más frecuente a situación nutricional de los menores y acción más rápida en casos de desnutrición. Control oportuno de enfermedades comunes en adultos mayores como hipertensión arterial, diabetes y enfermedades vasculares y coronarias. Mejoramiento en el acceso a los servicios de salud a la población en condición de discapacidad.

Problema Social No. 4



**Abordado por el Proyecto
Ciudad Salud.**

Problema Social No. 4 abordado por el Proyecto Ciudad Salud.

1 Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema:

Limitaciones en calidad y cobertura en la provisión de servicios de salud de alta complejidad para la Ciudad y la Región, producto de la inequitativa distribución de estos servicios, la baja competitividad de los oferentes, limitada capacidad de respuesta institucional a las necesidades crecientes, carencias en la investigación y desarrollo de tecnologías para la producción de bienes y servicios, lo cual en su conjunto, como en otros sectores económicos, generan problemas en la competitividad de la ciudad, que limitan su desarrollo para la generación de amplios beneficios sociales en especial para las poblaciones más vulnerables.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Como parte de las causas del problema se identifican las siguientes: 1. Transición epidemiológica poblacional, que requiere nuevos y mejores servicios de salud. 2. Inequitativa distribución de la oferta de servicios de alta complejidad en la Ciudad y la Región. 3. Limitada competitividad de los oferentes ubicados en la zona. 4. Limitada capacidad de respuesta institucional a las necesidades crecientes en salud, producto de la no operación de parte de la infraestructura existente, la saturación de servicios de alta demanda y sub-utilización de algunos recursos físicos, tecnológicos y humanos de los hospitales del área de influencia. 5: Carencias en la investigación, docencia y tecnología para la producción de bienes y servicios en salud. 6. Entorno urbano deteriorado en el área de intervención del proyecto.

Algunos de los efectos se corresponden con: 1. El limitado acceso a los servicios de alta complejidad, con el subsecuente desmejoramiento del pronóstico de los pacientes de la Ciudad y la Región que requieren servicios de alta tecnología. 2. Persistencia y aumento de problemas prioritarios en salud pública en la Ciudad y la Región. 3. Insatisfacción con la prestación de servicios por parte de usuarios de servicios, aportantes al sistema y los pagadores del servicio. 4. Pérdida de oportunidades de desarrollo socioeconómico para la Ciudad y la Región, a partir de escasos flujos de inversión en la zona, que originan bajos niveles de calidad de vida. 5. Excesivos desplazamientos para recibir servicios de salud especializados.

1.3 Focalización

El complejo hospitalario se ubica en el centro de la ciudad de Bogotá D.C, entre la avenida circunvalar y la carrera 30 y entre las calles primera y sexta. Comprende una extensa zona localizada en la parte centro y suroriental de la ciudad que incluye las localidades de: Santafé, Los Mártires, Antonio Nariño y San Cristóbal. La población objeto está constituida por los habitantes de las localidades mencionadas y además, por los habitantes del Distrito Capital, de la Región Central del País que comprende los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Meta y por visitantes de otros departamentos y países que en razón de los actuales y futuros servicios ofertados se

identifiquen como potenciales usuarios de las instituciones ubicadas en el sector. En virtud de la jerarquía del proyecto, de los servicios a prestar, es claro que la población del Distrito, los habitantes de la región inmediata y aun población de otros lugares del país se verán beneficiados del proyecto, aproximadamente unos 13.366.932; según proyecciones del DANE 2005 a 2010.

1.4 Los actores que intervienen en el problema

De acuerdo con el estudio de prefactibilidad desarrollado mediante el Convenio 950 de 2005 entre la Empresa de Renovación Urbana y la Secretaría Distrital de Salud, se identificaron los siguientes actores:

- Inversionistas Capital público y privado: con perfil variado, perfil según su capacidad legal y financiera. Corresponden principalmente a agentes inmobiliarios, constructores y gestores inmobiliarios. Buscan competitividad, diversas posibilidades de inversión.
- Alcaldía Mayor de Bogotá: encargada del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras públicas. El Proyecto viene siendo impulsado desde hace varios años como una alternativa de salud pública y privada especializada del Distrito y de la Región. Junto al Concejo Institucionalizó el Proyecto Ciudad Salud, según Acuerdo 192 de 2005.
- Concejo de Bogotá: Legalmente es la suprema autoridad en el Distrito Capital. Su rol clave es la de fijar la asignación presupuestal para el proyecto y ejercer el control político en todas las fases del mismo.
- Secretaría Distrital de Planeación: su rol es el diseño y evaluación de proyectos que contribuyan al desarrollo físico, económico, social y ambiental. Entre las acciones que tiene que ver con el proyecto está la de coordinación en la ejecución del Plan Zonal del Centro de Bogotá. Regula las condiciones para la preservación del patrimonio histórico, mejora del entorno y la seguridad del sector y diseña e implementa los instrumentos de planeamiento definidos para la gestión urbanística como son los planes parciales de renovación urbana.
- Secretaría Distrital de Salud: Su rol es la de desarrollar acciones de rectoría del sistema de salud. Tiene como responsabilidad la construcción participativa de una cultura de la salud que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Bogotá, la consolidación de la red hospitalaria pública y las redes de atención de todo el sistema, según las necesidades de atención de la población. Responsable del desarrollo y coordinación del proyecto Ciudad Salud, o complejo hospitalario del centro.
- Ministerio de Protección Social: fija normas y directrices en materia de protección social. Establece y regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por lo tanto tiene alta injerencia en las condiciones del mercado de servicios de salud.
- ERU Empresa industrial y Comercial del Estado: promueve programas de renovación y redesarrollo urbano, mediante sistemas de cooperación e integración inmobiliaria o reajuste de tierras. Su rol el de ejecutor dado que es quien tiene la responsabilidad de contratar los estudios para evaluar la factibilidad del Proyecto Ciudad Salud-Región.
- IDU Instituto de Desarrollo Urbano, entidad que ejecuta obras viales y de espacio público.
- METROVIVIENDA entidad que promueve la construcción de vivienda social.

- Hospitales universitarios de III y IV nivel, localizados en el área de influencia quienes ofrecen servicios especializados con tecnología y recurso altamente calificado. Tienen una vocación docente e investigativa y cuentan con experiencia y reconocimiento por parte de los ciudadanos.
- Universidades que interactúan en convenio con los hospitales ubicados en la zona de influencia. Cuentan con una amplia oferta de carreras y programas de las ciencias de la salud y con grupos promueven la participación en eventos científicos. Serían posibles socios inversionistas en proyectos como consultorios, residencias para internados, proyectos de investigación y centro de convenciones.
- Alcaldías y Juntas Administradoras Locales JAL de la zona de influencia: Coordinan la planeación y ejecución de programas que adelanten en su localidad:
 - o Alcaldía Local Antonio Nariño.
 - o Alcaldía de San Cristóbal
 - o Alcaldía de los Mártires
 - o Alcaldía de Santa Fe
 - o Alcaldía La Candelaria
- Comunidad de las Localidades de Influencia del Proyecto: Generan espacios de participación para la socialización y difusión del proyecto por parte de los ejecutores a la comunidad. Desarrollan acciones para que el proyecto contemple la posibilidad de inversiones locales en espacio público, entorno y seguridad. Suministran información prioritaria y pertinente a los ejecutores del proyecto, con el fin de evitar impactos negativos para la población. Ejercen la veeduría necesaria en el cumplimiento de la ejecución de los contratos requeridos por el proyecto. Información clara y transparente sobre los beneficios del proyecto para la comunidad.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas, DC, 2008-2012. “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”. Su objetivo central es “avanzar en la construcción de una ciudad en la que todas y todos vivamos mejor, en la que las acciones del gobierno se dirijan al mejoramiento de la calidad de vida de la ciudadanía, una ciudad incluyente, justa y equitativa en la que se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos, en la que la diversidad sea una oportunidad y la reconciliación y la paz sean posibles. Una ciudad construida participativamente, en la que cada vez más personas disfruten de los beneficios del desarrollo. Una ciudad próspera y competitiva, responsable con el ambiente, integrada con su territorio circundante, con la nación y con el mundo, capaz de generar y distribuir riqueza. Una “Bogotá Positiva” que cuente con unas finanzas sanas y una gestión pública efectiva y transparente.”

El proyecto Ciudad Salud se encuentra dentro del plan de desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, dentro del objetivo estructurante Ciudad Global y en el programa Bogotá Competitiva e Internacional. Además, el proyecto se enmarca dentro de los siguientes mandatos adoptados por las leyes, normas y actos administrativos:

El **Plan de Ordenamiento Territorial POT, Decreto 619 de 2004**, instrumento de planeación de largo plazo considera a Bogotá dentro del marco de Ciudad Región, consolidando la oferta de bienes y servicios de salud en los diferentes grados de complejidad y convirtiendo el centro de la ciudad en referencia nacional e internacional, potenciando las ventajas comparativas derivadas de su localización estratégica.

El **Plan Maestro de Equipamientos en Salud –PMES- Decreto 318 de 2006**, instrumento de planificación derivado del P.O.T. ,fundamental en el marco de la estrategia de ordenamiento de la Ciudad -Región, el cual pretende equilibrar la oferta de servicios de salud con relación a la complejidad y uso de los mismos; en armonía con su influencia local, zonal y regional. Además deberá promover acciones selectivas que prioricen las inversiones del sector, faciliten el uso de la infraestructura existente y se oriente la construcción de nueva infraestructura en zonas deficitarias

El proyecto tiene relevancia nacional, distrital y regional, favoreciendo la inserción de la ciudad de Bogotá en el concierto internacional, junto a sus posibilidades de exportación de servicios de salud, educación y tecnología.

La política Distrital de Servicios de Salud, tiene como objetivo definir el curso de acción de la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector del SGSSS en la ciudad, en lo relativo al direccionamiento, regulación, planeación, vigilancia y control de los diferentes actores que intervienen en la prestación de servicios de salud, y pretende: mejorar el acceso de los habitantes de la ciudad a servicios de salud, mejorar la calidad de las atenciones que se prestan en los servicios de salud en la ciudad, fomentar la eficiencia en la prestación de servicios del país, fortalecer la Sostenibilidad financiera de las ESE adscritas a la SDS

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

Las acciones y estrategias definidas en esta política se dirigen a todos los actores del SGSSS en la ciudad, tanto del sector público como privado: administradoras de planes de beneficios, comunidad, usuarios de servicios, prestadores de servicios, entre otros.

Plan Zonal Centro.

El proyecto genera grandes sinergias con el **Plan Zonal Centro** y consolida su operación estratégica. Permitirá canalizar las inversiones en una trama de acciones que beneficien y mejoren la competitividad de las entidades gubernamentales, especialmente consolidando un espacio urbano mejorado para la prestación de servicios de salud, comercio y habitabilidad, en busca de nuevas centralidades en la ciudad.

El proyecto, además, conduce a la **integración interinstitucional** de los diferentes prestadores de servicios de salud de la zona y contribuye a la conservación del patrimonio histórico.

Igualmente busca desarrollar y fortalecer los servicios de salud ofertados por las instituciones prestadoras de los mismos, ubicadas en la zona “centro sur”, de tal forma

que estos sean prestados de manera integral, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de los servicios y el nivel de vida del cerca de millón y medio de personas que residen y visitan diariamente el centro de la ciudad y particularmente de aquellas que acuden a demandar servicios especializados de salud.

El proyecto tiene dos aspectos fundamentales que guardan relación directa con las directrices de ordenamiento territorial: El primero se basa en los requerimientos viales y urbanísticos para hacer posible su connotación de prestadores de servicios especializados y de alta complejidad a nivel urbano, regional e internacional. En este sentido el Proyecto Ciudad Salud deberá establecer una estrecha relación de gestión con cualquier planteamiento que incida directa o indirectamente con su desarrollo, y con relación a los proyectos generados por los sistemas vial, transporte, espacio público, servicios de infraestructura, seguridad, abastecimiento o cualquier tema con una respuesta física en el sector del Centro y en la zona referenciada al proyecto.

Acuerdo 192 de 2005 – Concejo de Bogotá

El Proyecto Complejo Hospitalario del Centro Ciudad Salud, y la trascendencia del mismo para la ciudad, llevaron al Concejo Distrital a expedir el **Acuerdo 192 de 2005**, el cual “Institucionaliza el Proyecto Ciudad Salud”, delegando en la Secretaría Distrital de Salud la estructuración e implementación del proyecto dentro del marco del Plan Maestro de Equipamientos Dotaciones de Salud, en coordinación con las demás entidades competentes en la materia.

Estudio de Prefactibilidad de Ciudad Salud.

A partir del Convenio 0952 de 2005, entre la SDS y la ERU, el Consorcio Proeza HCT Ingenieros se realizó el estudio de prefactibilidad de Ciudad Salud cuyo producto final consta de los siguientes documentos: Técnico Científico; 2) Políticas y Normatividad 3) Diagnóstico General y Situación actual; 4) Criterios para la elaboración del componente ambiental; 5) Estudio Socio-económico; 6) Estudio Urbanístico –espacial y otros; y 7) Estudio de Servicios de Salud.

El equipo consultor PROEZA HCT INGENIEROS considera que el proyecto de Cluster de servicios de salud de alta complejidad denominado Ciudad Salud es viable y deseable para una Ciudad como Bogotá, al cumplir con los objetivos de mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud para captar mayor mercado interno y potenciar la competitividad exportadora y de atención a otras regiones del país, al paso que genera, de una parte, una operación de renovación urbana a gran escala y, de otra parte, competitividad a la Ciudad y a la región.

2.2 A nivel de la Entidad

Dentro de este contexto, la entidad formuló, registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Distrital, y viene ejecutando los proyectos de inversión “615-Ciudad Salud”. Con la formulación y puesta en marcha de estos proyectos se esperan los siguientes cambios: 1. Reorganizar los servicios de salud en el D.C, bajo un modelo de prestación de servicios que responda a la accesibilidad, calidad y eficiencia. 2. Crear un “cluster de servicios de salud” en la zona central de la ciudad, en el cual se materializan y articulan las políticas de crecimiento económico, salud pública y desarrollo social. 3. Configurar una red hospitalaria con un centro investigativo de nivel internacional en

servicios especializados de salud, con alto potencial exportador y con centros de excelencia alrededor del cual se puedan localizar empresas asociadas al tema de la salud en cualquier eslabón de la cadena de servicios allí prestados. 4. Incluir la ciudad de Bogotá en el concierto internacional, en la exportación de servicios de salud, educación, investigación y tecnología. 5. Crear un cluster urbano, alrededor de los hospitales de la zona, que incluye un programa Inmobiliario de Servicios complementarios conexo con la red hospitalaria.

Para el cumplimiento de estos propósitos, se considera pertinente el logro de los siguientes objetivos específicos: 1. Aumentar la participación del complejo hospitalario en el mercado de servicios de salud a nivel distrital, regional, nacional e internacional. 2. Mejorar la calidad de los servicios especializados de salud de alta complejidad, que prestan los hospitales de la zona, a través de la implementación de los centros de excelencia. 3. Promover la investigación e innovación, en asocio con las universidades y centros de investigación. 4. Mejorar las condiciones de accesibilidad para los usuarios de servicios de salud del futuro complejo hospitalario, a partir de la adecuación de vías de acceso vehicular, zonas de acceso peatonal, plazoletas, zonas verdes, parqueaderos, etc. 5. Generar economías de escala o eficiencia en el manejo administrativo y financiero de los hospitales, a partir de la implementación de los servicios centralizados. 6. Mejorar la calidad de la infraestructura hospitalaria, con el fin de ofrecer un mejor servicio al usuario y propiciar condiciones de comodidad. 7. Elevar la competitividad del sector hospitalario de la zona a través de la integración de los programas de salud y urbanístico.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

Las siguientes son las metas definidas para el Proyecto para el año 2010:

- Acompañar y apoyar al 100% de los hospitales públicos del proyecto en la realización de los planes de regularización y manejo y los planes especiales de protección
- Construir y gestionar el proyecto urbano Ciudad Salud Región.
- Definir términos y contratar el estudio de factibilidad del Complejo Hospitalario del Centro - Ciudad Salud, teniendo como eje temático cuatro pilares que atraviesan los estudios que más adelante se definirán, a saber: 1) Prestación de servicios de salud; 2) urbanístico – predial; 3) económico – de competitividad; 4) ambiental; 5) jurídico; 6) Gestión para la formulación del proyecto.

Las actividades definidas para las metas son:

Para la meta de “...Acompañar y apoyar al 100% de los hospitales públicos del proyecto en la realización de los planes de regularización y manejo y los planes especiales de protección Proyecto de Prefactibilidad...”, se plantean las siguientes actividades: 1.1. Conformación del equipo de trabajo para prestar la asistencia técnica a todo el proyecto. 1.2. Realizar asistencia técnica y coordinación para la incorporación de los planes de regularización y manejo en el proyecto. 1.3 Realizar asistencia técnica para la elaboración del proyecto.

Para la meta de “Construir y gestionar el proyecto urbano Ciudad Salud...”, se plantean las siguientes actividades: 2.1. Realizar la gestión para la elaboración del proyecto. 2.2.

Divulgar el proyecto a través de foros y presentaciones. 2.3 Apoyar la publicación para divulgar el proyecto ciudad salud.

Para el compromiso de "...Definir términos y contratar el estudio de factibilidad del Complejo Hospitalario del Centro - Ciudad Salud, teniendo como eje temático cuatro pilares que atraviesan los estudios que más adelante se definirán, a saber...", se plantean las siguientes intervenciones: 3.1. Prestación de servicios de salud; 3.2. Urbanístico y predial; 3.3. Económico – de competitividad; 3.4. Ambiental; 3.5. Jurídico; y para la formulación del para el Proyecto de Pre factibilidad, se plantean: la contratación de los estudios de factibilidad, interventoría, acompañamiento y otros estudios

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$300.000.000 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. El 100% de estos recursos provienen de recursos del Distrito de aporte ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población objeto de atención está constituida por los habitantes de las localidades mencionadas y además, por los habitantes del Distrito Capital, de la Región Central del País que comprende los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Tolima. No obstante, como se señaló en el numeral de focalización, el alcance de los servicios de salud a ofrecer una vez concretado el proyecto permitirá atender población de otras partes del país.

3 Resultados en la transformación del problema

3.1 Niveles de cumplimiento

Respecto a la Meta No. 1 **"...Acompañar y apoyar al 100% de los hospitales públicos del proyecto en la incorporación de los planes de regularización y manejo y los planes especiales de protección..."** se ejecutó el 100% de lo programado en el año 2010; en su desarrollo, se ejecutaron las siguientes actividades:

- Participación en la definición de estructuración del proyecto de redes en conjunto con el Plan Maestro de Equipamientos de Salud y CSR.
- Se inició proceso de articulación con información estratégica de propuesta preliminar de Plan Zonal San Bernardo y Ciudad Salud.
- Fijación de posición institucional sobre proyectos de desarrollo urbano en el área de influencia actual del proyecto.
- Definición y puesta en marcha de un mecanismo directo con el respaldo y participación de la Gerencia ERU y la participación del grupo técnico de la SDS para resolver los aspectos técnicos, jurídicos y administrativos del proceso precontractual del estudio de factibilidad e interventoría.
- Se garantiza continuidad del convenio 1058-2009 para garantizar el objeto del mismo y establecer acuerdos institucionales para iniciar formalmente proceso de convocatoria pública en próxima fecha
- Perfeccionamiento Convenio Marco Interadministrativo SDS, ERU, Fundación San Juan de Dios, Hospital Santa Clara ESE y Hospital La Victoria ESE.

- Establecer en condiciones de mercado y con equipos étnicos del sector académico, urbano e inmobiliario la coherencia y consistencia del proyecto, y los pliegos del proceso toda vez que las observaciones planteadas, se enfocaron en elementos de idoneidad de los proveedores y trámites administrativos de procedimiento y ley.
- Incorporación de criterios y conceptos del Proyecto Ciudad Salud Región en Plan de Regularización y Manejo del Hospital de Santa Clara E.S.E.
- Definición de agenda y posicionamiento del Proyecto Ciudad Salud Región con el Hospital de Santa Clara E.S.E. como referente distrital en el área de influencia del proyecto, incorporación de conceptos de prospectiva en la formulación del Plan de Regularización y Manejo.

Como resultados, se obtuvieron:

- Ajuste en la incorporación de herramientas de planificación en el estudio de factibilidad Ciudad salud Región de acuerdo con los criterios definidos en el Decreto 318 de 2006, Plan Maestro de Equipamientos de Salud.
- Mantener la integridad del proyecto , la coherencia y consistencia de los componentes sobre el área de intervención definida por prefactibilidad de proyecto ciudad salud región
- Los beneficios asociado con la posición institucional preservan los objetivos y fines del estudio de factibilidad que pretende mejorar la equidad espacial, un mejoramiento sustancial de la accesibilidad al área de estudio, la sustentabilidad económica y financiera del proyecto, el mejoramiento de la calidad urbanística de la zona y por consiguiente el mejoramiento de la plantas físicas de los hospitales, el acceso de la población a servicios especializados de salud y un fuerte impulso al desarrollo e integración regional del Distrito Capital
- Otro si modificatorio del convenio interadministrativo 1058 de 2009
- Pliegos corregidos y ajustes realizados por sugerencia de E.R.U.
- Inicio de Concurso de Méritos 009 de 2010 y Publicación de pliegos de la Interventoría y Técnica y Administrativa del estudio de factibilidad

Respecto a la Meta 2 “**...Construir y gestionar el proyecto urbano Ciudad Salud Región...**” se ejecutó el 100% de lo programado en el año 2010; en su desarrollo, se ejecutaron las siguientes actividades:

- Se continuó el proceso precontractual del estudio de factibilidad y se concretó los compromisos con ERU-Empresa de Renovación Urbana para primer semestre materia de participación social.
- Se identificó y compiló las inquietudes, preguntas y observaciones de la comunidad e instancias de control, sobre CSR realizadas a ERU y SDS, para definir piezas comunicacionales y estrategia de trabajo en terreno, con gestores territoriales.
- Se desarrolló de documento preliminar sobre la orientación de agenda para el desarrollo de elementos técnicos y líneas de trabajo de apoyo a la estructuración de CSR.
- Participación activa del equipo CSR "CIUDAD SALUD REGIÓN" en proyectos Turismo en salud y Centros de Excelencia de CCB-Cámara de Comercio de Bogotá.

- Gestión con SDDE-Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, en la elaboración de propuesta de creación de instrumentos para la coordinación institucional y gestión de proyectos estratégicos a través de la comisión intersectorial del Proyecto Ciudad Salud en desarrollo del Decreto 546 de 2007.
- Re direccionamiento y redimensionamiento del proyecto de Centros de Excelencia de la Coalición regional de Servicios para Bogotá, liderado por la CCB.
- Identificación de elementos técnicos determinantes en el contexto de Ciudad Salud Región. y. Mantener en funcionamiento la mesa de seguimiento social de CSR con la comunidad.
- Nuevos actores interesados en participar en la mesa de seguimiento al proyecto.
- Dar continuidad al proyecto al incluirse en el plan de inversiones 2011
- Continuidad del convenio 1058-2009 para garantizar el objeto del mismo y establecer acuerdos institucionales para iniciar formalmente proceso de convocatoria pública en próxima fecha.
- Perfeccionamiento Convenio Marco Interadministrativo SDS, ERU, Fundación San Juan de Dios, Hospital Santa Clara ESE y Hospital La Victoria ESE.
- Inicio de proceso de trabajo con Fundación San Juan de Dios (En Liquidación) para ilustración de los componentes y alcance del proyecto, así como las diferentes formas de participación en las fases de pre inversión e inversión.
- Cumplimiento de la Secretaria Distrital de Salud de todas las obligaciones consignadas en el Convenio Interadministrativo 1058 de 2009 constituido con la Empresa de Renovación Urbana al respecto de los documentos y recursos necesarios para la definición de términos para la formulación del estudio de factibilidad y la interventoría técnica y administrativa.
- Cierre de primera instancia del concurso de méritos 006 de 2009.
- Compromiso de la Dirección de Participación Social comunidad como vocera de la alcaldía para pliego de peticiones de Gran Asamblea Cívico Popular de nov 22/09 y trabajo con las mesas de control social de Ciudad Salud Región CSR.

Como resultados, se obtuvieron:

- Diseño, desarrollo de estructura y material de apoyo didáctico para presentación oficial de estructura y enfoque del proyecto.
- Posicionamiento del Proyecto CSR "CIUDAD SALUD REGIÓN" y reconocimiento de los avances del Concejo De Bogotá. Se tiene buena percepción del proyecto por parte de la mayor parte de los concejales.
- Inicio de Concurso de Méritos 009 de 2010 y Publicación de pliegos de la Interventoría Técnica y Administrativa del estudio de factibilidad.

Respecto a la Meta 3 “...Definir términos y contratar el estudio de factibilidad del Complejo Hospitalario del Centro - Ciudad Salud, teniendo como eje temático cuatro pilares que atraviesan los estudios que más adelante se definirán, a saber: 1) Prestación de servicios de salud; 2) urbanístico – predial; 3) económico – de competitividad; 4) ambiental; 5) jurídico; 6) Gestión para la formulación del proyecto...” se ejecutó el 100% de lo programado en el año 2010; en su desarrollo, se ejecutaron las siguientes actividades:

- Estructuración de elementos técnicos en salud, urbanos, económicos y urbanos para presentación formal oficial del proyecto CSR con diferentes actores en la fase de pre inversión.
- Estructuración y puesta en marcha de la Mesa De Seguimiento del El Proyecto Ciudad Salud Región, como parte del componente de Control Social en una nueva perspectiva de la rendición de cuentas y producto de los acuerdos de la Quinta Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud.
- Desarrollo y concertación con gestores territorial, comunidad y coordinador de Mesa De Seguimiento Proyecto Ciudad Salud Región.
- Elaboración de propuesta metodológica para el desarrollo de sesiones de trabajo Mesa De Seguimiento El Proyecto Ciudad Salud Región.
- Aprobación de términos definitivos de estudio de factibilidad por la ERU para publicación
- Identificación y gestión de medidas tendientes a mejorar la gestión del convenio No 1058-2009.
- Acuerdos acerca de los ajustes técnicos, jurídicos y administrativos para avanzar y ajustar el convenio.
- Ajuste final de los pliegos, según observaciones de la Gerencia de la ERU
- Continuidad del convenio 1058-2009 para garantizar el objeto del mismo y establecer acuerdos institucionales para iniciar formalmente proceso de convocatoria pública en próxima fecha.
- compromiso de la Gerencia de la ERU para entrar en la fase precontractual de la convocatoria.
- Perfeccionamiento Convenio Marco Interadministrativo SDS, ERU, Fundación San Juan de Dios, Hospital Santa Clara ESE y Hospital La Victoria ESE.
- Audiencia pública de aclaración a los pliegos del estudio de factibilidad, desarrollada con éxito, con participación de 5 oferentes nacionales y 1 internacional.
- Finalización del proceso de evaluación de propuesta para el concurso de meritos 006 de 2009

3.2 Indicadores

Tabla No. 4.1
Indicadores Proyecto Ciudad Salud Año 2010

Meta	Nombre del indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida	Programada	Ejecutada
Acompañar y apoyar al 100% de los hospitales públicos del proyecto en la incorporación de los planes de regularización y	Acompañamiento	No de Hospitales programados	Total de hospitales públicos en funcionamiento	Estado del progreso y avance de cada uno de los planes y el acompañamiento respectivo	10%	10%

manejo y los planes especiales de protección.						
Construir y gestionar el proyecto urbano Ciudad Salud Región.	Avance del proyecto	Avance ejecutado	Avance Programado	Estado del progreso y avance del proyecto	10%	10%
Definir términos y contratar el estudio de factibilidad del Complejo Hospitalario del Centro - Ciudad Salud	Estudio de factibilidad	% del Estudio de factibilidad programado	Estudio de factibilidad realizado	Términos de referencia, documentos del estudio de factibilidad de Ciudad Salud y priorización de acciones y proyectos	10%	10%

3.3 Presupuesto Ejecutado

El presupuesto ejecutado para solucionar el problema planteado fue de \$297.251.173 de los cuales se giraron \$199.078.400

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

- Demoras administrativas por parte de la ERU en el proceso de contratación del Estudio de Factibilidad.
- Demora en desarrollo del estudio de factibilidad dificulta la armonización de los intereses y tiempos del proyecto Ciudad Salud Región y expectativas sugeridas por parte de la Fundación San Juan de Dios " en liquidación".
- Demoras administrativas por parte de la ERU en el proceso de contratación del Estudio de Factibilidad.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Contar con una estructura técnica e institucional para la gestión del proyecto a partir del convenio con ERU y la capacidad de gestión desde la ERU y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en el desarrollo de la fase precontractual, de pre inversión y de participación social para la construcción social de territorio.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

El proyecto Ciudad Salud está diseñado para fortalecer los servicios y potencializarlos, en la actual fase, no se tienen aún unidades de focalización atendidas dado que el proyecto se encuentra en etapa de pre inversión [estudio de factibilidad].

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

El proyecto Ciudad Salud está diseñado para fortalecer los servicios y potencializarlos, en la actual fase, la población o unidades de focalización sin atender están pendientes, dado que el proyecto se encuentra en etapa de pre-inversión estudio de factibilidad.

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

El proyecto Ciudad Salud está diseñado para fortalecer los servicios y potencializarlos, en la actual fase, no se tienen aún beneficiarios directos como usuarios de servicio dado que el proyecto se encuentra en etapa de pre inversión [estudio de factibilidad].

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Se elaboraron talleres de participación ciudadana y difusión de los componentes del proyecto a entidades relacionadas con el propósito de incrementar la discusión, pertinencia de la propuesta de pre factibilidad y permitir un mayor empoderamiento del proyecto. Los talleres se hicieron con el acompañamiento de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, con la Mesa de Control Social del Proyecto Ciudad Salud Región; en esta mesa se ha expuesto el enfoque del proyecto y las etapas de los procesos de participación social, información a la comunidad y ciudadanía, construcción social del territorio y procesos de control.

3.10 Diagnóstico final del problema

El planteamiento inicial de problema permanece en la medida en que no ha entrado el proyecto en su fase de operación.

Sin embargo el avance más significativo deriva del hecho de haber concluido exitosamente la fase del concurso de méritos y contratación del estudio

Problema Social No. 5



Abordado por las acciones de reorganización de servicios de salud en Bogotá



Problema Social No. 5 abordado por las acciones de reorganización de servicios de salud en Bogotá

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

Debilidad en la articulación e integralidad de los servicios de salud individuales y colectivos que prestan las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, que dificulta el abordaje y la atención integral de las necesidades y expectativas en salud de la población más pobre y vulnerable de la ciudad, generando distorsión en la demanda de servicios y afectando la calidad de salud y de vida de la población.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Dentro de las principales causas del problema están las relacionadas con la transición epidemiológica que requiere nuevos y mejores servicios de salud; las debilidades para el ejercicio de la función rectora; la fragmentación y segmentación del sistema de salud colombiano: desarticulación entre los actores del sistema; la ausencia de un sistema integral de información en salud; los contenidos de planes de beneficios diferenciales según afiliación al sistema y capacidad de pago; la insuficiencia de recursos para aumento de coberturas de aseguramiento; las políticas públicas que conllevan al debilitamiento y pérdida de competitividad de las empresas sociales del Estado ESE; la existencia de múltiples pagadores y formas de contratación y pago; las debilidades en la política de talento humano de salud: bajo nivel salarial, pocos incentivos laborales, alta rotación, informalidad; el modelo de atención y pago que privilegia las intervenciones curativas y especializadas, por encima de las preventivas, promocionales y de baja complejidad; la inequitativa distribución de la oferta de servicios de salud en la ciudad y la limitada capacidad de respuesta de las ESE a las necesidades en salud, saturación de servicios especializados y sub-utilización de los básicos (Ver Gráfico 6.1).

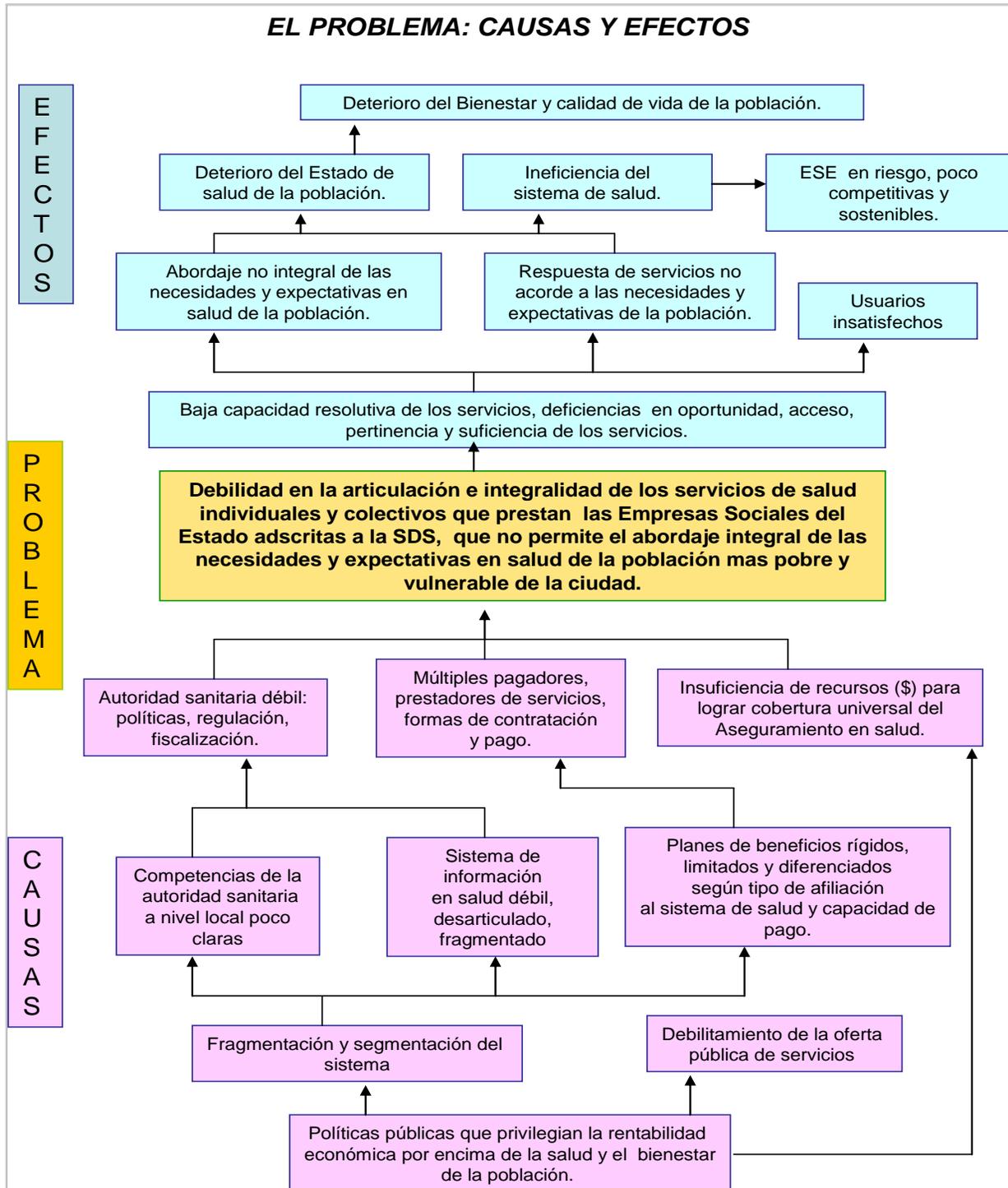
Como efectos se consideran, entre otros, el deterioro en el estado de salud de la población; el incremento en la demanda de servicios asistenciales y de alto costo; la ineficiencia y aumento del gasto en salud sin mejoramiento en la calidad de vida; la sostenibilidad y competitividad de las ESE y de las redes amenazada; las barreras de acceso a servicios de salud; la persistencia y aumento de mortalidad y morbilidad evitable en la ciudad; la insatisfacción con la prestación de servicios por parte de usuarios y el abordaje no integral de las necesidades de salud de la población.

1.3 Focalización

La ciudad de Bogotá se divide en 20 localidades; según proyecciones del DANE para el 2010, la población se estima en 7.363.782 habitantes. El 47,5% de la población son hombres y el 52,5% mujeres. Aunque el problema afecta a toda la población en general, las intervenciones se focalizan hacia la población más pobre y vulnerable, es decir, los afiliados al régimen subsidiado y los vinculados o población pobre no asegurada, que representa la población objeto de atención por parte de los hospitales públicos; el otro criterio de focalización usado es de vulnerabilidad por ciclo vital, es decir maternas, niños

menores de 1 año, menores de 5 años y adultos mayores. Para prestar servicios a la población pobre y vulnerable, la red adscrita a la SDS se ha organizado en cuatro sub redes conformadas por 22 Empresas Sociales del Estado, cinco (5) de III nivel, ocho (8) de II nivel y nueve (9) de I nivel.

Gráfico 5.1
Análisis de causas y de efectos del problema identificado



1.4 Actores que intervienen en el problema

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema planteado, o que tienen bajo su responsabilidad la identificación de la población afectada, se encuentran los siguientes: [1]. Ministerio de la Protección Social, Ente encargado de la priorización del problema en la agenda política, asignación de recursos, definición de políticas y normas. [2]. La Alcaldía Mayor de Bogotá a través de las Secretarías de Despacho, por la priorización del problema en la agenda política, inclusión en el plan de desarrollo distrital, asignación de recursos. [3]. El Concejo de Bogotá, por medio de la priorización del problema en la agenda política, control político, abogacía para priorización de problemas e intervenciones; [4]. La Secretaría Distrital de Salud, mediante el ejercicio de la rectoría del sistema de salud en la ciudad, inclusión del problema en el Plan Distrital de Salud Pública y en el respectivo proyecto de inversión, sensibilización de actores políticos, gubernamentales, prestadores de servicios de salud, comunidad, aseguradores y otros actores sobre la importancia del problema, ejecución y seguimiento al proyecto de inversión, generación de espacios de construcción conjunta, definición e implementación de normas, políticas, estrategias, evaluación y seguimiento a las mismas, construcción participativa de una cultura de la salud que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Bogotá. [5]. Las empresas sociales del Estado a través de la voluntad, compromiso e interés en su fortalecimiento mediante la sinergia que ofrece el trabajo en red, cumplimiento de normas y lineamientos., fortalecimiento de competencias, aumento de competitividad y la potenciación de oportunidades y fortalezas, mitigación de riesgos y debilidades., asignación de recursos. [6]. Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, a través de la voluntad política, compromiso e interés en el mejoramiento de la salud de la población, sensibilización a directivos y equipos técnicos, integración a los equipos de trabajo con la Entidad, fortalecimiento de competencias de los equipos, participación en espacios de construcción conjunta, cumplimiento de normas y lineamientos. [7]. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado: voluntad política, compromiso e interés en el mejoramiento de la salud de la población, sensibilización de directivos y equipos técnicos, integración a los equipos de trabajo con la Secretaría Distrital de Salud, a través del fortalecimiento de competencias de los equipos, participación en espacios de construcción conjunta, cumplimiento de normas y lineamientos. [8]. Los organismos de cooperación internacional, con la integración a los equipos de trabajo con la Secretaría Distrital de Salud y con las empresas sociales del Estado ESE, a través de la cofinanciación y cooperación internacional, apoyo para el fortalecimiento de competencias del talento humano, generación de incentivos. [9]. La comunidad y usuarios, mediante la participación activa, directos beneficiarios de las intervenciones; [10]. La industria de tecnología en salud, mediante la voluntad política, compromiso e interés en el mejoramiento de la salud de la población, participación en el mercado de la salud, posicionamiento y competitividad en el mercado. [11]. Las entidades de vigilancia: contraloría, veeduría a través del control y seguimiento a la gestión e inversión.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el “Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor 2008-2012”, en el Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias se propone: “...**Que la gestión y la inversión social estén en función de la prestación de los servicios sociales en términos de su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia...**”. De igual forma, en el Programa para el fortalecimiento y provisión de los servicios de salud se busca: “...**Optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del sistema...**”; planteamientos estos en los cuales se soportan las intervenciones planteadas para solucionar el problema descrito.

Por su parte, el Plan de Ordenamiento Territorial POT, adoptado mediante Decreto 619 de 2004, se constituye en el instrumento de planeación de largo plazo en el cual se considera a Bogotá dentro del marco de Ciudad Región, consolidando la oferta de bienes y servicios de salud en los diferentes grados de complejidad, potenciando las ventajas comparativas derivadas de su localización estratégica. En este sentido, el Plan Maestro de Equipamientos en Salud PMES, adoptado mediante Decreto 318 de 2006, se concibe como el instrumento de planificación sectorial con el cual se pretende equilibrar la oferta de servicios de salud con relación a la complejidad y uso de los mismos; en armonía con su influencia local, zonal y regional, para lo cual se deberán promover acciones selectivas que prioricen las inversiones del sector, faciliten el uso de la infraestructura existente y se oriente la construcción de nueva infraestructura en zonas deficitarias

2.2 A nivel de la Entidad

La Política Distrital de Servicios de Salud, tiene como objetivo definir el curso de acción de la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector del sistema general de seguridad social en salud SGSSS en la ciudad, en lo relativo al direccionamiento, regulación, planeación, vigilancia y control de los diferentes actores que intervienen en la prestación de servicios de salud. Pretende mejorar el acceso de los habitantes de la ciudad a servicios de salud, mejorar la calidad de las atenciones que se prestan en los servicios de salud en la ciudad, fomentar la eficiencia en la prestación de servicios del país, fortalecer la sostenibilidad financiera de las empresas sociales del Estado ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud. En este sentido, el desarrollo de la política se basa en las siguientes estrategias: accesibilidad, calidad y eficiencia, la estrategia de accesibilidad y responsabilidad territorial de la salud de las poblaciones se pretende fortalecer y dar un uso racional de la infraestructura física y tecnología biomédica existente.

Para solucionar el problema identificado, la entidad formuló, registró en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Distrital, y viene ejecutando el proyecto de inversión “**632 Redes Sociales y de Servicios**”. Con el objetivo general se busca la reorganización de los servicios de salud en el Distrito Capital bajo un modelo de prestación de servicios que responda a la accesibilidad, calidad y eficiencia. Para alcanzar este objetivo general, se persigue: Ajustar e implementar la política de prestación de servicios de salud, ajustar y operar redes generales para la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado ESE adscritas a la Secretaría

Distrital de Salud, en sus componentes ambulatorio, urgencias y hospitalización, consolidar y operar redes de servicios para eventos prioritarios de interés en salud pública, mejorar la calidad de los servicios y fortalecimiento de la gestión.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

Tabla No. 5.1

Metas formuladas 2010 en el Proyecto de Inversión

META	Programado 2010
Meta 1, A 2010 se habrá reorientado y estructurado las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESE adscritas a la SDS, en su componente ambulatorio, urgencias y hospitalización.	15%
Meta 2, A 2012 tener organizada y operando redes de servicios prioritarios para eventos de interés en salud pública.	20%
Meta 3 A 2012 reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos.	46 x 100.000 N.V
Meta 4 A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos.	17,9 x 1.000 N.V
Meta 5 A 2012 asesorar al 100% de las Empresas Sociales del Estado de la Red Adscrita con interés y vocación docente para que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad vigente y para hospitales formadores del talento humano.	25%
Meta 6 Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.	28%
Meta 7 A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios.	20%
Meta 8 Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud.	23.8%

Para el cumplimiento de estas metas, se plantearon las siguientes actividades para el año 2010:

- Revisar los antecedentes, ajustar y adoptar criterios de funcionamiento para la operación de redes de servicios de salud en sus componentes ambulatorio, urgencias y hospitalización.
- Diagnosticar la situación de las redes de ESE adscritas y red complementaria bajo los criterios definidos, incluyendo el proceso de referencia y contra referencia de pacientes.
- Ajustar, estandarizar e implementar procesos y procedimientos del Sistema de referencia y contra referencia en los componentes ambulatorio, de hospitalización y de urgencias al interior de la SDS.

- Desarrollar y operar la plataforma informática del Sistema de referencia y contrarreferencia en red para los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias en la red adscrita como parte del sistema único de información en salud.
- Asesorar técnicamente y apoyar a las ESE para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la gestión
- Realizar seguimiento, evaluación y control a la red de prestación de servicios.
- Capacitar a la comunidad en la estructura y funcionamiento de las redes.
- Revisar y ajustar los criterios de funcionamiento para la operación de redes de eventos de interés en salud pública.
- Acompañar técnicamente a las ESE adscritas para garantizar la operación en red
- Brindar asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado y aseguradores para la organización en redes, organización y prestación de los servicios, en lo relacionado con la atención materno.
- Brindar asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado y aseguradores para la organización en redes, organización y prestación de los servicios, en lo relacionado con la atención perinatal.
- Implementar los estándares para el desarrollo armónico de los convenios docencia servicio para la formación de profesionales en salud en las ESE
- Implementar y hacer seguimiento a la política de prestación y al componente de calidad de servicios de salud para el Distrito Capital.
- Articular y ajustar procesos y procedimientos al interior de la SDS para la estructuración del modelo de atención.
- Implementar la política farmacéutica en las Empresas Sociales del Estado.
- Asesorar a las ESE para el fortalecimiento de la gestión de medicamentos e insumos medico quirúrgicos

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$15.545.215.044 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$4.095.294.000 provienen de rentas cedidas, nuevo IVA, Licores, \$11.349.921.044 provienen de recursos del Distrito de aporte ordinario y \$100.000.000 de recursos del capital.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población se focaliza según los criterios anteriormente expuestos. De esta manera, la población focalizada, como usuaria de las Empresas Sociales del Estado, es de 2.571.702 personas, residentes en las 20 localidades de la ciudad.

Tabla No. 5.2 .
Población Objeto de Atención Empresas Sociales del Estado [ESE]

POBLACION OBJETO DE ATENCION POR PARTE DE LAS ESE 2009							
Localidad	pob 2008	pob 2009	Pob 2010	Poblacion subsidiada 2008	Poblacion vinculada 2008	Otros 2008	TOTAL POLACION OBJETO ESE
USAQUÉN (1)	459.669	464.656	469.635	23.523	49.322	11.134	83.979
CHAPINERO (2)	129.774	131.027	132.271	7.438	6.442	3.328	17.208
SANTA FE (3)	109.704	109.882	110.049	27.007	20.968	1.312	49.287
SAN CRISTOBAL (4)	410.214	410.259	410.148	99.122	88.452	4.697	192.271
USME (5)	335.350	349.346	363.707	94.121	71.914	3.197	169.232
TUNJUELITO (6)	202.168	202.119	202.010	32.248	44.897	3.106	80.250
BOSA (7)	539.794	554.389	569.093	98.330	107.938	8.039	214.308
KENNEDY (8)	985.570	997.693	1.009.527	96.116	216.464	18.267	330.847
FONTIBON (9)	322.172	330.156	338.198	15.710	57.931	7.142	80.783
ENGATIVA (10)	819.912	828.096	836.124	49.828	173.595	16.898	240.321
SUBA (11)	993.377	1.018.629	1.044.006	74.559	167.359	21.053	262.971
BARRIOS UNIDOS (12)	230.026	231.435	232.802	11.081	23.154	5.652	39.887
TEUSAQUILLO (13)	142.619	143.891	145.157	844	2.859	4.151	7.854
MARTIRES (14)	96.930	97.283	97.611	8.438	17.734	1.954	28.126
ANTONIO NARINO(15)	107.682	107.935	108.150	5.207	22.157	2.305	29.669
PUENTE ARANDA (16)	257.962	258.368	258.751	9.894	64.085	5.322	79.301
LA CANDELARIA(17)	24.067	24.095	24.117	3.910	3.100	434	7.444
RAFAEL URIBE URIBE (18)	377.440	377.704	377.836	73.427	94.385	4.820	172.632
CIUDAD BOLIVAR (19)	604.491	616.455	628.366	154.786	127.115	6.582	288.483
SUMAPAZ (20)	6.131	6.179	6.224	1.141	779	104	2.023
no informa				24.496	-	-	24.496
Subtotal vinculado desplazado					170.331		170.331
Total Bogotá	7.155.052	7.259.597	7.363.782		1.548.614		2.571.702

Fuente: Dirección de Planeación SDS

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

En el siguiente cuadro se precisan los niveles de cumplimiento alcanzados en 2010, para todas y cada una de las metas planteadas.

Tabla 5.3
Actividades 2010 y niveles de cumplimiento

META	Programado	Ejecutado
Meta 1, A 2010 se habrá reorientado y estructurado las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESE adscritas a la SDS, en su componente ambulatorio, urgencias y hospitalización.	15%	15%
Meta 2, A 2012 tener organizada y operando redes de servicios prioritarios para eventos de interés en salud pública.	20%	20%
Meta 3 A 2012 reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos.	46 x 1.000 N.V	*39 casos con corte a octubre
Meta 4 A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos.	17,9 x 1.000 N.V	**1.610 casos con corte a octubre

Meta 5 A 2012 asesorar al 100% de las Empresas Sociales del Estado de la red adscrita con interés y vocación docente para que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad vigente y para hospitales formadores del talento humano.	25%	25%
Meta 6 Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.	28%	28%
Meta 7 A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios.	20%	20%
Meta 8 Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud.	23.8%	23.8%

* La tasa de mortalidad materna es un indicador que se mide anualmente y su reporte oficial es competencia del DANE.

** Mortalidad bases preliminares SDS y RUAF.-- Nacimientos certificado nacido vivo y RUAF datos preliminares.

En el siguiente cuadro se precisan los niveles de cumplimiento alcanzados en 2010, para todas y cada una de las actividades planteadas.

Tabla 5.4
Actividades 2010 y Niveles de Cumplimiento

Meta	Actividad	Programado	Ejecutado
1.	1.1 Revisar los antecedentes, ajustar y adoptar criterios de funcionamiento para la operación de redes de servicios de salud en sus componentes ambulatorio, urgencias y hospitalización.	25%	25%
	1.2 Diagnosticar la situación de las redes de ESE adscritas y red complementaria bajo los criterios definidos, incluyendo el proceso de referencia y contra referencia de pacientes.	100%	100%
	1.3 Ajustar, estandarizar e implementar procesos y procedimientos del Sistema de referencia y contra referencia en los componentes ambulatorio, de hospitalización y de urgencias al interior de la SDS.	100%	100%
	1.4. Desarrollar y operar la plataforma informática del Sistema de referencia y contrarreferencia en red para los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias en la red adscrita como parte del sistema único de información en salud.	25%	25%
	1.5. Asesorar técnicamente y apoyar a las ESE para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la gestión	23%	23%

	1.6 Realizar seguimiento, evaluación y control a la red de prestación de servicios.	100%	100%
	1.7 Capacitar a la comunidad en la estructura y funcionamiento de las redes.	100%	100%
2.	2.1. Revisar y ajustar los criterios de funcionamiento para la operación de redes de eventos de interés en salud pública.	22.5%	22.5%
	2.2.. Acompañar técnicamente a las ESE adscritas para garantizar la operación en red	22.5%	22.5%
3.	3.1. Brindar asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado y aseguradores para la organización en redes, organización y prestación de los servicios, en lo relacionado con la atención materno.	22.5%	22.5%
4.	4.1. Brindar asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado y aseguradores para la organización en redes, organización y prestación de los servicios, en lo relacionado con la atención perinatal.	22.5%	22.5%
5.	5.1. Implementar los estándares para el desarrollo armónico de los convenios docencia servicio para la formación de profesionales en salud en las ESE	25%	25%
6.	6.1 Implementar y hacer seguimiento a la política de prestación y al componente de calidad de servicios de salud para el Distrito Capital.	25%	25%
7.	7.1 Articular y ajustar procesos y procedimientos al interior de la SDS para la estructuración del modelo de atención.	25%	25%
8.	8.1. Implementar la política farmacéutica en las Empresas Sociales del Estado.	22.5%	22.5%
	8.2. Asesorar a las ESE para el fortalecimiento de la gestión de medicamentos e insumos medico quirúrgicos	25%	25%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Durante el 2010, se llevaron a cabo las siguientes actividades

- Se actualizo el componente de prestación de servicios del régimen subsidiado en la ciudad, y análisis de atenciones a población pobre no asegurada en servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa como insumo para el diagnóstico distrital.
- Se fortaleció el programa de atención domiciliaria en las ESE, con miras a mejorar la calidad, racionalizar y humanizar los servicios de salud. Se elaboraron Guías de Enfermería para el manejo domiciliario de pacientes con alteraciones de piel, manejo de quemaduras heridas post-quirúrgicas.
- Se diseñó el componente de prevención del modelo de atención de condiciones crónicas en la ciudad con el fin de iniciar su implementación a modo de prueba piloto en los hospitales de Chapinero y Usaquén y evaluar su efectividad para que posteriormente sea implementado en los demás actores del sector en la ciudad.

- Se continuó con el modelo de atención en medicinas alternativas y terapias complementarias mediante el acompañamiento en el desarrollo de áreas demostrativas en los hospitales del Sur, Tunjuelito, Suba, Usaquén y Pablo VI.
- Se fortaleció el ejercicio de la rectoría en salud materna perinatal mediante: asesoría y asistencia técnica a las EAPB, acompañamiento y asesoría a las ESE en los procesos de atención de control prenatal, trabajo de parto y parto, seguimiento a los indicadores trazadores de salud materna en espacios directivos de las ESE, exigencia del cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud para la atención materno perinatal (adherencia a guías)
- Se desarrolló e implementó la estrategia comunicativa masiva e interpersonal con enfoque de derechos y género [Bogotá de puertas abiertas con las Familias Gestantes], mediante la producción de cinco mini documentales bajo el título general de tejiendo la red.
- Se desarrollaron materiales impresos (decálogo de derechos, compromisos y diarios de la familia gestante)
- Se logró el fortalecimiento de las capacidades y competencias de los equipos de salud para la atención integral de hombres y mujeres en edad fértil y la familia gestante mediante la realización de programas de capacitación dirigidos a personal del equipo de salud (Enfermeras, médicos, psicólogas, nutricionistas y auxiliares de enfermería) de todas las ESE capacitadas en el “curso de preparación para la maternidad y paternidad”. En esta misma línea se logró la articulación con la Secretaría de Educación Distrital para capacitar en curso de preparación para maternidad y paternidad a 47 gestantes escolarizadas de la Localidad de Suba. Se realizó la socialización de las Guías de atención, en el manejo de sífilis gestacional y congénita, VIH y embarazo, Sentencia 355 y en AH1N1 en gestantes, en todas las subredes. Se llevó a cabo la Inducción para profesionales de la salud que inician servicio social obligatorio en las ESE, en temas relacionados con la salud materna y perinatal. Se llevó a cabo la actualización y sensibilización permanente a profesionales de la salud de las Subredes en temas prioritarios de salud relacionados con la atención materna y perinatal (aproximadamente 2000 personas del equipo de salud).
- Se diseñó y actualizaron las guías de atención materna: hemorragia posparto, control prenatal, infección urinaria, trabajo de parto, hipertensión inducida por el embarazo y sífilis. Se elaboraron la guía de manejo del curso de preparación para la maternidad y paternidad, las guías de revisión sistemática en medicina y cuidados de enfermería para la salud materno perinatal y se elaboró el instrumento de evaluación de la calidad del Control Prenatal de Profesionales de Enfermería.
- Con miras al cumplimiento del modelo de gestión programático en VIH SIDA, Análisis y Políticas de Servicios de Salud en el 2010 lidero la conformación del equipo Distrital para la realización de asesoría y asistencia técnica en VIH SIDA en las EPS, ESE e IPS de Bogotá. Este equipo se conforma con representantes de vigilancia en Salud Pública, Acciones en Salud, Laboratorio de Salud Pública y Desarrollo de Servicios, con el fin de asesorar a prestadores de servicios de salud el cumplimiento de lo dispuesto en el modelo de gestión programático de VIH SIDA con el fin de garantizar la atención integral a los ciudadanos desde la promoción de la salud y en el programa de pacientes que viven con el virus, con respuesta a los sistemas de vigilancia para el monitoreo de la epidemia. En esta dinámica en el 2010 se intervino a 4 EPS

Contributivas y 8 IPS de programa (6 contributivas y 2 públicas). Las asesorías permitieron identificar aspectos claves a mejorar en la operación del programa de VIH tanto en la red pública como la privada.

- Simultáneamente se lidero la Red Distrital de VIH SIDA, que se establece mediante el Acuerdo 143 de 2005, Red en la cual además de la participación pública, y por iniciativa de Análisis y Políticas de Servicios de Salud, convoca la integración del sector privado para fortalecer la atención en Bogotá, logrando involucrar en el 2010 a este ejercicio a 6 EPS contributivas y 2 EPS subsidiadas.
- Se realizó el acompañamiento para mejorar el proceso de las compras de medicamentos y dispositivos en las ESE, con miras a fortalecer su eficiencia.
- Periódicamente, se revisaron y ajustaron los manuales tarifarios de medicamentos, que se usa para fijar las tarifas que las ESE e IPS cobran a los usuarios y a la Secretaría Distrital de Salud, por concepto de medicamentos, evitando sobrecostos para los usuarios y racionalizando el gasto en salud.
- Se dio continuidad a la acciones de la Secretaría Distrital de Salud en el tema de gestión de inventario para garantizar el adecuado y oportuno suministro de Oseltamivir en la ciudad, para lo cual se creó una red de 70 instituciones que lo dispensan y la Secretaría Distrital de Salud diseñó e implementó un sistema de información vía web en tiempo real para el seguimiento a los consumos y usos de mismo, que opera de manera satisfactoria en toda la red y permite a la SDS hacer una adecuada gestión del mismo.
- Se inició el proceso de evaluación del grado de implementación de la política farmacéutica en prestadores públicos y privados de Bogotá, para garantizar el acceso y uso racional de los medicamentos así como la calidad de los mismos.
- Se inició el proceso de asesoría para la conformación de la Cooperativa de los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, en cumplimiento del Acuerdo 400 de 2009, que permite inicialmente mejorar los procesos para la adquisición y compra de insumos y medicamentos.

3.2 Indicadores

Tabla No. 5.5
Indicadores Proyecto 632 Redes Sociales y de Servicios

META	Formula
Meta 1, A 2010 se habrá reorientado y estructurado las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESE adscritas a la SDS, en su componente	Porcentaje de avance en la Orientación y estructuración de las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESES
Meta 2, A 2012 tener organizada y operando redes de servicios prioritarios para eventos de interés en salud pública.	Porcentaje de avance en la organización y operación de redes de servicios prioritarios y por eventos de interés en salud pública, incluyendo las especificidades del ciclo vida
Meta 3 A 2012 reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos.	tasa de mortalidad materna x 100000 nacidos vivo

Meta 4 A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos.	tasa de mortalidad perinatal x 1000 nacidos v
Meta 5 A 2012 asesorar al 100% de las Empresas Sociales del Estado de la red adscrita con interés y vocación docente para que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad vigente y para hospitales formadores del talento humano.	Porcentaje de avance en el proceso de formación de talento humano en las es
Meta 6 Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.	Porcentaje de avance en el diseño e implementación de los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud
Meta 7 A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios.	20% porcentaje de avance en el diseño e implementación en el modelo de atención en redes de servicio
Meta 8 Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud.	Avance en el diseño e implementación de la política pública de medicamentos.

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$14.512.594.026 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$11.107.975.730.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

El logro de los objetivos y metas propuestas se dificulta por la alta rotación del recurso humano en los hospitales, lo cual genera retrocesos y pérdida de continuidad en las actividades. La actividad programada de diseñar lineamientos para los convenios docencia servicio para la formación de talento humano técnico y auxiliar en salud fue suspendida, pues el Ministerio de la Protección Social, mediante Acuerdo 34 de 2008, suprimió la competencia que tenían los entes territoriales para desarrollar esta actividad.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

A continuación se referencia las acciones adelantadas en 2010, por todas y cada una de las metas planteadas:

- Con respecto a la ejecución de la meta “...**A 2012 se habrán reorientado y estructurado las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESE adscritas a la SDS, en sus componentes ambulatorio, urgencias y hospitalización...**”, durante 2010 se realizó el diagnóstico general de la red de ESE adscritas a la SDS y de cada institución en particular, de acuerdo con la metodología del Ministerio de la Protección Social, se presentó propuesta preliminar de reorganización de la red pública hospitalaria. Adicionalmente, inició el proceso de

asesoría y acompañamiento a las ESE para la realización de estudios de viabilidad técnica, administrativa, jurídica y financiera de la propuesta.

La propuesta de reorganización de redes integrales e integradas bajo un modelo de atención primaria en salud retoma el papel protagónico del usuario en el sistema de seguridad social haciéndolo más incluyente y equitativo, disminuyendo las barreras de acceso y brindándole servicios de mayor calidad.

- Con respecto a la meta “... **A 2012 tener organizada y operando redes de servicios prioritarios y por eventos de interés en salud pública incluyendo las especificidades del ciclo vital...**” se realizó el diagnóstico de estas redes en las ESE y se brindó asesoría y acompañamiento en el fortalecimiento de los servicios de salud oral, promoción y prevención, salud mental, rehabilitación y cáncer en las ESE, como insumo para la estructuración de redes y los análisis oferta demanda de servicios para la reorganización de las mismas.
- Con respecto a la meta “...**Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud...**”, se definió una metodología para establecer el avance en la implementación de la política distrital de provisión de servicios de salud, según el diagnóstico y las necesidades de la población y se socializó con los diferentes actores de la Secretaría Distrital de Salud el grado de avance de la política a través del cumplimiento de las metas y actividades definidas en los proyectos de inversión y desde este cumplimiento definir el plan de acción que permita llevar a cabo las actividades para el direccionamiento y el mejoramiento de la eficiencia de los servicios de salud así como la calidad en los procesos de atención.

Se continúa la asistencia técnica a las ESE en el fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de rehabilitación, salud mental y salud oral. Se hizo el lanzamiento de las guías de práctica clínica de salud oral en bioseguridad, paciente sistémicamente comprometido, infancia y adolescencia y atención de la paciente gestante.

Se realizó el primer foro Distrital de la política "Bogotá sin Dolor".

- Con respecto a la meta “... **Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud...**”, se diseñó y aplicó metodología e instrumento para evaluar la calidad de los servicios farmacéuticos en las 22 ESE y se consolidó el resultado de la red pública. Con base en los resultados, se definió e inició el proceso de asesoría y acompañamiento a las 22 ESE para el fortalecimiento de dichos servicios y de la gestión de compras de medicamentos e insumos.,
- Con respecto a la meta “... **A 2012 asesorar al 100% de las Empresas Sociales del Estado de la Red Adscrita con interés y vocación docente para que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad vigente y para hospitales formadores del talento humano...**”, se ha logrado el posicionamiento y liderazgo de la SDS en el tema de los convenios de docencia servicio ante universidades y ESE a nivel

distrital y ante MPS a nivel nacional, con lo cual se pretende por un lado fomentar la creación o fortalecimiento de programas educativos en salud acorde a las necesidades de la población, y por otro lado, mejorar la calidad de la enseñanza y las competencias de los profesionales de salud, el bienestar de los estudiantes y brindar a los hospitales herramientas para mejorar sus sitios de práctica y fortalecer las competencias de los docentes y directivos para la suscripción de convenios docente asistenciales.

Durante el año se realizaron evaluaciones de capacidad instalada en las ESE, las competencias docentes del recurso humano y la gestión para el fortalecimiento de sus competencias.

Con respecto a la meta **“...A 2012: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos...”**, los resultados en el seguimiento al indicador muestran una disminución importante de las muertes maternas en el 2010 comparado con el 2009 y el 2008. De acuerdo al registro de casos de mortalidad materna en el 2008 hubo 44 casos, en el 2009, 58 casos y en el 2010 39 casos, pasando de una razón de mortalidad materna en el 2007 de 45,8 a 37,3 en el 2008 y alcanzando en el 2010 una RMM 36,8 X 100.000 nacidos vivos (dato preliminar, suministrado por vigilancia en salud pública de la SDS)).

Para el 2010 con datos preliminares, el indicador se encuentra en 36,8, lo cual evidencia un resultado muy satisfactorio pues se supera ampliamente la meta programada para este año (46,46 X 100.000).

Adicionalmente durante el 2010 se pudo evidenciar la implementación de la consulta preconcepcional en algunas EPS como Compensar, Aliansalud, SaludCoop y COOMEVA, entre otras.

- Con respecto a la meta **“...A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos...”**, con el fin de fortalecer los servicios de atención a los recién nacidos en las ESE e IPS, se ha realizado la evaluación de la calidad de los procesos de atención en todos los puntos de atención de parto (adaptación neonatal) y unidades de recién nacidos así como el acompañamiento al equipo de salud en la formulación de planes de mejoramiento e implementación y seguimiento a los mismos.

Así mismo, se realizan en EAPB y ESE los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, dictado a enfermeras de los servicios de maternidad; se hizo la evaluación del programa canguro con miras a implementarlo y fortalecerlo en las ESE, inicialmente mediante capacitación al recurso humano de dichos servicios.

Se está caracterizando la mortalidad perinatal mediante la información obtenida por SIVIGILA y la participación en los COVES, donde se hace el análisis de los casos de muerte perinatal presentados a través la teoría de “cuatro demoras” y Matriz Baby, con el fin de obtener hallazgos que permitan identificar demoras en los procesos de atención y realizar así el seguimiento a planes de mejoramiento que en su conjunto permite proponer estrategias encaminados a la disminución de la muertes.

Se ajustaron las guías de adaptación neonatal, reanimación neonatal y programa madre canguro y se elaboró el instrumento de adherencia de las mismas para su aplicación en las ESE y se hizo el pilotaje en algunas instituciones de la red pública

- Con respecto a la meta “... **A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios...**”, se construyó la propuesta de modelo de atención en redes de servicios en los componentes de organización, gestión y prestación de servicios, que incluye la caracterización de los servicios de detección temprana, protección específica y atención de eventos de interés en salud pública del régimen subsidiado y de los prestadores de la red pública.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

La población atendida es la más pobre y vulnerable de la ciudad, usuaria de las 22 ESE, según focalización ya mencionada en el ítem 2.5 página pág. 49.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

No aplica debido a que las acciones son permanentes y continuas.

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

Dado que la atención integral en salud es un derecho de las personas que se debe mantener y fortalecer en el tiempo a lo largo de todo su ciclo vital, toda la población beneficiada o focalizada seguirá requiriendo los servicios de salud de manera indefinida.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

- Acciones de sensibilización e información a ciudadanos y funcionarios sobre la sentencia T 760 de la Corte Constitucional, con especial énfasis en lo materno perinatal.
- En cumplimiento a lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional frente a la obligación de las IPS de prestar servicios de atención para la práctica de aborto en tres circunstancias específicas despenalizadas Análisis y Políticas de Servicios de Salud en el 2010, lidera la conformación del equipo Distrital para la formulación de lineamientos distritales para la atención de la Sentencia C355 de 2006. Su fin es orientar la atención de cada uno de los casos despenalizados asegurando la integralidad en la atención de la gestante y el cumplimiento en Derecho a la Sentencia contribuyendo al goce de los derechos sexuales y reproductivos de las gestantes..
- En 2010, continuó el desarrollo y fortalecimiento del aplicativo de información sobre capacidad instalada y producción de servicios, cuya adecuada gestión provee información validada y actualizada de las 22 ESE, que sirve como insumo fundamental para realizar estudios de oferta demanda de servicios para programar proyectos de inversión para nuevos hospitales, nuevos servicios, ampliación o ajuste de los existentes, según necesidades de la población. Adicionalmente, se realizó el desarrollo de la nueva versión del sistema, que permitirá un mejor análisis de indicadores y se realizó la gestión para incluir a las IPS privadas en el sistema.

3.10 Diagnostico final del problema

Las estrategias y políticas implantadas en la ciudad, han garantizado la prestación de servicios de salud en los hospitales públicos adscritos a la SDS, para la población más pobre y vulnerable de la ciudad. Sin embargo, persisten debilidades relativas a accesibilidad, calidad, integralidad, seguridad, oportunidad, continuidad y suficiencia de los servicios que recibe esta población; existen barreras de acceso, geográficas, administrativas, económicas, culturales y sociales que impiden a la población tener contacto con los servicios de salud y recibir una atención adecuada a su necesidad.

Es notable el liderazgo de la Entidad en el proceso de estructuración y operación de redes de servicios, con el fin de potenciar las fortalezas y oportunidades y mitigar los riesgos (debilidades y amenazas) de la oferta pública de servicios de salud en la ciudad y además ofrecer a la población servicios oportunos, integrales, adecuados y suficientes, según sus necesidades y expectativas.

En la actualidad se cuenta con una propuesta de reorganización elaborada acorde con los lineamientos del MPS, con el fin de iniciar su implementación. Se cuenta con información validada y oportuna sobre la producción y capacidad instalada y caracterización de las redes de servicios y de la ESE en forma individual, lo que permite tomar decisiones y priorizaciones con base en ella y hacer una planeación adecuada del desarrollo de la oferta pública, según las necesidades y expectativas de la población.

El avance en la cultura de sistemas de información ha sido notable en lo referente a referencia y contra referencia, capacidad instalada, producción y gestión de medicamentos.

Además, se ha posicionado la labor de la SDS a nivel distrital y nacional en lo relativo a la política cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal, como se evidenciará en la disminución de indicadores una vez se tenga información oficial al respecto.

Problema Social No. 6



Abordado por el Hemocentro Distrital y
Banco de Tejidos

Problema Social No. 6 abordado por el Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

En el Distrito Capital, la situación que se presenta respecto al tema de la sangre, componentes sanguíneos, células, órganos y tejidos aunque ha mejorado, no satisface plenamente la demanda y necesidades de mejoramiento de la red, en lo referente a la donación y gestión de sangre, órganos, tejidos y células madre.

En el tema de suficiencia de sangre, la Secretaria Distrital de Salud teniendo en cuenta que la sangre es un bien público, contribuye a garantizar una disponibilidad de hemocomponentes importante para la ciudad a través del Hemocentro Distrital pero aún estamos lejos de lograr el índice que nos asegure suficiencia y disponibilidad con oportunidad de componentes sanguíneos. Según estándares internacionales, éste debe superar las 30 unidades por 1000 habitantes; no obstante los esfuerzos de la coordinación de la red de sangre, el Hemocentro Distrital, y los demás bancos de sangre de Bogotá, solo se colecta cerca del 35% de toda la sangre que se colecta en el país cuando las necesidades de sangre y componentes sanguíneos son crecientes; para el año 2010 se colectaron en el Distrito Capital un total de 191.797 unidades de sangre; 3.000 más que en el año 2009 pero el índice de donación por 1000 habitantes continuo siendo de 26,0, cantidad insuficiente para atender la demanda de la ciudad y mantener reservas mínimas ante una calamidad. Por cada evento relacionado con la violencia y agresiones varias, primera causa de muerte en Bogotá en el grupo de hombres entre los 15 y los 44 años, se están afectando entre 8 y 10 personas, lo cual aumenta la demanda en los servicios de urgencias y por ende el consumo de sangre y componentes sanguíneos.

Se estima que una (1) de cada seis (6) personas que ingresan a los servicios de urgencias de la red hospitalaria de la ciudad por trauma, requiere transfusiones de sangre y el 10% de estos pacientes, requerirá el reemplazo de una a dos volemias de sangre es decir, entre 5 y 10 litros, lo que equivale a 10 a 20 unidades de sangre. Según estadísticas de uso de sangre en la instituciones prestadoras de servicios de salud, gran parte de la sangre que se capta en la ciudad está destinada a los servicios de trauma o urgencias, lo cual deja desprotegidos otros servicios que requieren de sangre o sus componentes para la cirugías programadas, trasplantes, cirugía cardiovascular, quemados, maternas y otras patologías.

Teniendo en cuenta que la sangre es un bien público y recurso escaso para la preservación de la salud y la vida, y para responder a la demanda de sangre y componentes sanguíneos y asegurar que estos sean suficientes, seguros y de calidad, los 16 Bancos de Sangre de la Ciudad y 56 servicios de transfusión sanguínea deben estar articulados, y gestionando en red bajo control y coordinación de la Secretaría Distrital de salud quien en concurrencia con los entes nacionales de vigilancia y dirección garantizan el acceso y provisión adecuada de servicios a la comunidad.

Adicionalmente, cada día es mayor el número de personas que necesitan un trasplante en Colombia, donde aún no existe cultura de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante ya que es bien conocido que las tasas de trasplante están directamente relacionadas con las tasas de donación. La donación de órganos y tejidos es un tema complejo determinado por múltiples causas que marcan diferencias importantes en el mundo, es así como España en el 2010 tuvo una tasa de donación de órganos de 32 donantes por millón de población, Latinoamérica presenta una tasa de 5,8 PMP (Donantes por un millón de población) comparado con continentes como Norteamérica con 24,1 PMP o Europa con 18,2; Colombia de 1997 al 2009 ha presentado un incremento en la tasa de donación, pasando de 4 donantes PMP en 1997 a 12,77 PMP en el 2009, y Bogotá específicamente, tiene una tasa de donación que ha sido incrementada de 11.3 en el año 2005 a 21.8 donantes por millón de habitantes en el año 2009. No obstante, la meta al año 2012 es tener 28 donantes de órganos y tejidos por millón de habitantes.

Adicionalmente, el trasplante de células y tejidos humanos es un área de la Medicina que ha experimentado crecimiento en los últimos años y está proporcionando grandes posibilidades terapéuticas para muchos pacientes. Su creciente utilización clínica y la falta de bancos de tejidos humanos evidencia un déficit de tejidos humanos con destino a trasplante o implante especialmente de corneas, piel, vasos sanguíneos, válvulas cardíacas y tejido osteoarticular como hueso, y tendones. Igualmente, no hay disponibilidad de células progenitoras hematopoyéticas para trasplante. Actualmente, no se cuenta ni en la ciudad ni en el país, con un banco de tejidos y células madre de carácter público, multipropósito (que obtenga, procese, conserve y distribuya varios tejidos), que satisfaga las demandas especialmente en la población más pobre y vulnerable; esto, debido a que no existe oferta o es muy limitada y de alto costo por ser de manejo privado a través de algunas fundaciones que de manera individual ofertan estos servicios.

Según la Universidad CES, en su publicación de tecnología en salud del año 2009, referente a las necesidades de tejidos, Colombia no cuenta con sistemas estandarizados de cultivos de piel ni con bancos de piel que le permitan satisfacer la demanda que se estima en cerca de 5.000 pacientes que requieren en promedio 11.472 equivalentes cutáneos al año.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Las donaciones de sangre contribuyen a salvar vidas y a mejorar la salud. Se estima que alrededor del 50% de la sangre que se capta en la ciudad está destinado a los servicios de trauma o urgencias, lo cual deja desprotegidos otros servicios que requieren sangre o sus componentes para las cirugías programadas, trasplantes, cirugía cardiovascular, quemados, maternas y otras patologías. Contar con existencias suficientes de componentes de la sangre en las instituciones prestadoras de servicios de salud adquiere, por lo tanto, importancia clínica para la salud de la población.

Las consecuencias directas de la insuficiencia de hemocomponentes, aparte de la afectación sobre la vida y el estado de salud de los pacientes, son el incremento de actividades de extracción de sangre por reposición en relación a cifras muy bajas de donación altruista que pueden afectar la seguridad sanguínea.

La donación de órganos y tejidos es un tema complejo determinado por múltiples causas que marcan diferencias importantes en el Mundo, es así como Latinoamérica presenta una tasa de 5,8 PMP comparado con continentes como Norteamérica con 24,1 PMP o Europa con 18,2; Colombia de 1997 al 2006 ha presentado un incremento en la tasa de donación, pasando de 4 donantes PMP en 1997 a 9.9 PMP en el 2006, y Bogotá específicamente tiene una tasa de donación que ha sido incrementada de 11.3 en el año 2005 a 21.7 donantes por millón de habitantes en el año 2007. No obstante, la meta al año 2012 es tener 28 donantes de órganos y tejidos por millón de habitantes.

Aunque en el país existen algunos datos sobre la demanda y oferta de tejidos, no existen estadísticas completas y confiables sobre la necesidad y utilización de tejidos que permitan determinar los volúmenes reales de necesidades, y sus proyecciones a futuro. Sin embargo la información disponible muestra que la utilización de tejidos es alta en la población afiliada al régimen contributivo y medicina prepagada, al parecer no siendo igualmente accesible para la población pobre no asegurada y la población afiliada al régimen subsidiado de salud, situación que podría ser derivada de los costos de los tejidos, de la falta de disponibilidad de los mismos tanto en número como en tipo de tejido, y de la falta de utilización debido al bajo entrenamiento de los prestadores de servicios en esta materia.

La falta de regulación, insuficiencia o mala calidad de los productos sanguíneos, tejidos, células y órganos en general, implican alto riesgo para el desmejoramiento de la salud y pueden ser causa de muerte.

1.3 Focalización

El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento y afectación a las veinte localidades en las zonas urbana y rural, para el 100% de la población de la ciudad y la región capital. Además, la red de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, tiene cubrimiento para los Departamentos de Cundinamarca, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo, y Amazonas.

En la coordinación de la red de sangre, se dirigen acciones al 100% de los bancos de sangre y servicios transfusionales de la ciudad, correspondiendo a 16 bancos de sangre, 56 servicios de transfusión y 5 unidades transfusionales más las que se abran o encuentren durante los cuatro años del proyecto; sus acciones de coordinación benefician a los futuros receptores de sangre y los posibles donantes estimados en 30 por cada 1.000 habitantes año.

Las acciones del Hemocentro Distrital están dirigidas a suplir necesidades de células, sangre y tejidos a todas las IPS del Distrito Capital, dando prioridad a las solicitudes y necesidades de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, buscando el beneficio de la población más pobre y vulnerable.

La Coordinación Regional No 1 de la red de donación de órganos con fines de trasplantes debe garantizar el acceso a los programas de trasplantes y generar una cultura de donación para suplir necesidades de pacientes que requieran trasplantes o implantes en la región asignada por la normatividad vigente.

1.4 Los actores que intervienen en el problema

En el tema de sangre, es importante conocer que la sangre es un bien público, que no se fabrica y que su única fuente son las personas que desean ayudar; las necesidades de componentes sanguíneos en las instituciones prestadoras de servicios de salud son irremplazables, constantes, crecientes y para suplirlas es necesario que el Estado intervenga con programas de generación de la cultura de donación voluntaria, programas de promoción y colecta de sangre masivas, educación e inclusión en la agenda pública de este tema, de manera que asegure a la población que hay suficiencia, calidad y seguridad sanguínea.

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud, en sus dependencias de coordinación de la red de sangre, de la red de donación y trasplantes y el banco de sangre y tejidos Hemocentro Distrital. Las acciones, programas y planes están en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Protección Social. INS, INVIMA, Coordinación Nacional de Redes de sangre y de donación y trasplantes. Integrantes de las redes de sangre: 16 bancos de sangre, 56 servicios de transfusión sanguínea; prestadores de servicios de trasplantes, asociaciones de trasplantados y otras relacionadas.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Se enmarcan dentro del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2008 - 2012 “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, Eje Ciudad de Derechos, Programa de Fortalecimiento de servicios de salud y en congruencia en el Plan Distrital de Salud Pública de Bogotá que pretenden entre otros, contribuir a reducir la falta de acceso a los servicios de salud e influir para el logro de los objetivos del milenio en sus metas de reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes y optar al desarrollo del país proporcionando acceso a los medicamentos y aprovechamiento de los beneficios de nuevas tecnologías en países más desarrollados.

2.2 A nivel de la Entidad

Para atender el problema planteado, la Entidad formuló, inscribió y registró ante el Banco de Programas y Proyectos del Distrito Capital, el proyecto 631 “Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos”, está enmarcado dentro del Plan de Desarrollo Distrital y pretende “...Mejorar las condiciones de salud de la población de Bogotá D.C....”, para lo cual se ha planteado los siguientes objetivos específicos: garantizar el acceso de la población a la atención integral en salud con calidad; contribuir a satisfacer las necesidades de sangre, células, órganos y tejidos humanos con enfoque de suficiencia, calidad, oportunidad, equidad, solidaridad, seguridad y universalidad, acorde con las políticas y normas Distritales, Regionales, Nacionales e Internacionales en salud, propendiendo por el mejor estado de salud de la población y para el desarrollo de la hemoterapia, medicina transfusional y el proceso de donación y trasplantes.

A la vez se busca, contribuir a satisfacer las necesidades de sangre, células, órganos y tejidos humanos, propendiendo por el mejor estado de salud de la población y para el desarrollo de la hemoterapia, medicina transfusional y el proceso de donación de órganos con fines de trasplante.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

Las metas formuladas para dar respuesta al problema identificado son:

- A 2012 aumentar la tasa de donación de sangre a 30 unidades por cada 1.000 habitantes
- A 2012 poner al servicio de la comunidad el primer banco público de tejidos y células del país
- A 2012 aumentar la tasa de donación de órganos y tejidos a 28 por cada 1.000.000 de habitantes

Las actividades llevadas a cabo en el desarrollo de estas metas corresponden a las que se describen a continuación:

- Diseñar y desarrollar el programa distrital de donación voluntaria y habitual de sangre
- Asesorar, acompañar y brindar asistencia técnica a la red distrital de bancos de sangre y servicios de transfusión.
- Reordenar y fortalecer institucionalmente el Hemocentro Distrital como referente técnico y científico a nivel distrital, nacional e internacional en sus componentes de banco de sangre y banco de células y tejidos.
- Diseñar y validar los manuales de procesos y procedimientos para el funcionamiento del Banco público de tejidos y células del país.
- Gestionar y tramitar la certificación del INVIMA para el funcionamiento del banco de tejidos y células.
- Crear la red de usuarios para obtención de tejidos y células y uso de los mismos, a través de campañas de promoción, información y difusión.
- Poner en marcha el banco de tejidos y células del país: Fase 1. Córnea y piel. Fase 2. Homoinjertos. Fase 3. Osteoarticular.
- Organizar y poner en operación el Laboratorio de Inmunogenética y banco de célula de cordón umbilical.
- Formular y desarrollar la política distrital de donación de órganos y tejidos en el D.C. y la regional # 1
- Asesorar, acompañar y brindar asistencia técnica para la operación de la red de donación y trasplantes en IPS y bancos de tejidos de la regional #1
- Posicionar el tema de Donación de órganos y tejidos en la agenda pública y de gobierno y educar e informar a la población de la regional # 1

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$1.913.353.772 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. El 100% de estos recursos provienen de recursos del Distrito de Aporte Ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población a la que se dirige es la de Bogotá D.C., en general, para lo que tiene que ver con sangre y células es con cubrimiento para las veinte localidades, las zonas urbana y

rural, para el 100% de la población de la ciudad y la región capital. La red de donación y trasplante de órganos y tejidos, además de Bogotá, tiene cubrimiento para los Departamentos de Cundinamarca, Huila, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo, y Amazonas. Referente a las necesidades de tejidos, Colombia no cuenta con sistemas estandarizados de cultivos de piel ni con bancos de piel que le permitan satisfacer la demanda que se estima en cerca de 5.000 pacientes que requieren en promedio 11.472 equivalentes cutáneos al año

La población a la que se dirige es de Bogotá en general para lo que tiene que ver con sangre y células es con cubrimiento para las veinte localidades, las zonas urbana y rural, para el 100% de la población de la ciudad y la región capital.

La red de donación y trasplante de órganos y tejidos, además de Bogotá, tiene cubrimiento para los Departamentos de Cundinamarca, Huila, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo, y Amazonas.

Referente a las necesidades de tejidos, Colombia no cuenta con sistemas estandarizados de cultivos de piel ni con bancos de piel que le permitan satisfacer la demanda.

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

Referente a la meta de la coordinación Regional No1 Red de donación y trasplante, durante el año 2010, Se logró carnetizar como donantes voluntarios a 6711 personas que están sensibilizadas con el tema.

La Coordinación de la red de donación y trasplantes ha intervenido y regulado la gestión de la donación y los trasplantes en la región y con el trasplante de órganos, tejidos y células, se han beneficiado diferentes individuos permitiendo no sólo rescatar su vida, sino incorporarlo íntegramente al ámbito social y productivo. Durante el 2010 se han beneficiado 374 personas, de las cuales, 278 pacientes se les realizó trasplante de riñón. Así mismo, se beneficiaron 11 pacientes con trasplante de corazón, 3 pacientes con trasplante combinado de riñón e hígado y 82 pacientes con trasplante de hígado.

En la meta de la coordinación de la red de sangre, la aplicación de estrategias y desarrollo de diferentes actividades por parte de la Secretaría Distrital de Salud a través de la Red Distrital de Sangre y por parte de los 16 bancos de sangre de la ciudad, permitió el cumplimiento de las metas del programa de garantía de calidad y el plan de capacitación para los integrantes de la red de sangre.

El índice de donación esperado en Bogotá para el año 2010 era 26,6 unidades de sangre por 1000 habitantes y se colectaron 191.797 unidades de sangre. Así, se consiguió un índice de donación de sangre de 26,0 unidades por 1000 habitantes.

En la ciudad se realizaron 3950 jornadas de donación de sangre en puntos móviles y atención permanente de donantes de sangre en 20 puntos fijos de la ciudad. La gestión realizada en la sensibilización a la comunidad potencialmente donante permitió aumento en 1.1% de donantes de primera vez en comparación con el año 2009 (54% y 52.9%, respectivamente); de igual manera se redujo el número de donantes por reposición (15.4% en el 2009 a 14.4%), indicando que muchos familiares de pacientes y los mismos

pacientes que requirieron transfusión sanguínea para su atención no estuvieron presionados para conseguir sangre, lo cual redundó en la calidad de la atención hospitalaria y bienestar del ciudadano.

Por su parte, el Hemocentro Distrital, recibió 38.366 donantes en 2010, de estos, casi el 94% fueron donantes voluntarios. La reactividad en el 2010 fue de 4,85% en promedio y en 2009 era de 6,2% mostrando mejores condiciones de calidad y seguridad para los receptores de productos sanguíneos. El banco de sangre en el año 2010 despachó 65.901 componentes sanguíneos, supliendo la demanda o lo solicitado en un 88,8%.

Como banco de sangre de referencia, el Hemocentro realizó asesorías, asistencia técnica e intervención en la realización de lineamientos técnicos del INS y Ministerio de la Protección Social. Igualmente, se gestionaron convenios de cooperación y se hizo seguimiento, evaluación y asistencia a 10 estudiantes de último semestre de bacteriología de las Universidades de Pamplona, de Boyacá y Colegio Mayor de Cundinamarca por una parte y por otra, a 5 estudiantes de medicina en especialización.

En el Banco de Tejidos, las actividades planeadas fueron ejecutadas en un 100%. Se rescataron, procesaron, preservaron y almacenaron 91 corneas y aproximadamente 12864 cm² de piel (este cálculo no tiene en cuenta la cantidad de piel rescatada en los meses que no se reportó el indicador por estar en periodo de validaciones y pruebas). Se distribuyeron 52 corneas para trasplante y 7372 cm² de piel para implante.

En la implementación del banco de células y laboratorio de histocompatibilidad aplicada a trasplantes se cumplió el 100% de las actividades planeadas. Así, se realizó la readecuación física de áreas físicas, de instalaciones de aires, eléctricas, funcionales, adquisición de equipos especializados de alta tecnología y se fortaleció el trabajo interinstitucional con el Ministerio de la Protección Social, INS, INVIMA y bancos de células de cordón privados, para la estructuración del manual técnico que tendrá el objeto de regular, vigilar y controlar los BSCU en Colombia.

3.2 Indicadores

Tasa de donación de sangre, tasa de donación de órganos y tejidos y unidades colectadas. Porcentaje de avance en el diseño e implementación del primer banco público de tejidos y células del país. Tasa de donación de órganos y tejidos donados por cada 1,000,000 de habitantes. Estos indicadores se controlan y se monitorean en el tablero integrado de mando.

Tasa de donación de sangre, tasa de donación de órganos y tejidos y unidades colectadas. Estos indicadores se controlan y se monitorean en el tablero integrado de mando.

3.3 Presupuesto Ejecutado

El presupuesto ejecutado para solucionar el problema planteado fue de \$1.908.724.837 de los cuales se giraron \$1.535.949.631.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

Aunque en el país existen algunos datos sobre la demanda y oferta de tejidos no existen estadísticas completas y confiables sobre la necesidad y utilización de tejidos que

permitan determinar los volúmenes reales de necesidades, y sus proyecciones a futuro. Sin embargo la información disponible muestra que la utilización de tejidos es alta en la población afiliada al régimen contributivo y medicina prepagada, al parecer no siendo igualmente accesible para la población pobre no asegurada y la población afiliada al régimen subsidiado de salud, situación que podría ser derivada de los costos de los tejidos, de la falta de disponibilidad de los mismos tanto en número como en tipo de tejido, y de la falta de utilización debido al bajo entrenamiento de los prestadores de servicios en esta materia.

La falta de talento humano e Infraestructura, equipos y elementos de oficina que faciliten y mejoren el desarrollo de los procedimientos de la Coordinación Regional No 1 Red de Donación y Trasplantes

Para comienzos del año 2010, se presentó una contingencia de recorte del 80% para la ejecución y se realizó una adición presupuestal que permitió el cumplimiento de las funciones de Ley asignadas a la Secretaria de Salud en referencia a la regulación y rectoría sobre el sector de sangre, órganos y tejidos.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

El Banco Distrital de Tejidos Humanos inició su operación después de realizar un proceso de validaciones para asegurar la calidad y seguridad en los procedimientos y los productos a distribuir en las IPS de la ciudad. Ya opera en su primera fase con tejidos de piel y córneas y se han distribuido a las IPS que lo han requerido. En el año 2011 se implementaran otros tejidos, entre ellos esclera y tejidos osteo musculares.

Referente a la promoción de la donación voluntaria de sangre, órganos y tejidos, las coordinaciones de las redes de sangre y de donación y trasplantes, han realizado diversas actividades tales como organización de jornadas de donación masivas, diseño y desarrollo de programas de formación a integrantes de las redes y a líderes comunitarios, y han diseñado e implementado estrategias para capacitar, educar y socializar la cultura de la donación voluntaria.

Se realizó la planificación de colecta de sangre en espacios públicos, con los bancos de sangre.

Se brindó capacitación a los 16 bancos de sangre en calidad de la atención del donante de sangre y alistamiento de puntos de colecta de sangre. Además, se realizó exitosamente el programa de control de calidad en inmunoserología para la red de sangre.

Se han colectado en el Distrito Capital un total de 176,591 unidades de sangre en el 2009 y para el 2010 se aumentaron a 191.797 unidades de sangre. Así, se consiguió un índice de donación de sangre de 26,0 unidades por 1000 habitantes.

Con el trasplante de órganos, tejidos y células, se han beneficiado diferentes individuos permitiendo no sólo rescatar su vida, sino incorporarlo íntegramente al ámbito social y productivo. Durante el 2010 se han beneficiado 374 personas, de las cuales, 278 pacientes se les realizó trasplante de riñón. Así mismo, se beneficiaron 11 pacientes con

trasplante de corazón, 3 pacientes con trasplante combinado de riñón e hígado y 82 pacientes con trasplante de hígado.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

La población de Bogotá que requirió servicios de sangre en las IPS, trasplantes y bancos de sangre fue de 89.505 pacientes.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

No aplica debido a que las acciones son permanentes y continuas.

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

La población de Bogotá que requirió servicios de sangre en las IPS, trasplantes y bancos de sangre fue atendida en 2009 cubriendo a 89.505 pacientes. Bajo esta perspectiva se atendió al 100% de los pacientes que requirieron el bien o servicio.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Se han desarrollado actividades de asesoría, asistencia técnica, coordinación a través de las redes de Bancos de Sangre y servicios de transfusión y de la de donación de órganos y trasplantes, teniendo en cuenta que la donación de sangre, su procesamiento de calidad y los trasplantes de órganos, se han convertido en una solución habitual, propiciada por la conciencia creciente de donantes y familiares, para la angustiada situación de muchos enfermos que de no mediar una transfusión o un trasplante, estarían condenados al empeoramiento de su salud o una muerte segura.

Es importante el enfoque que se ha dado a la educación y formación de la comunidad en temas relacionados con la promoción de la donación de sangre, órganos y tejidos; en el año 2010 se colaboró en el diseño, implementación y seguimiento a la formación de líderes comunitarios con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y se desarrolló un programa con el SENA para fortalecer la promoción de la donación y generación de cultura ciudadana que a largo plazo impactará sobre el aumento de la seguridad sanguínea y la suficiencia de sangre, tejidos y órganos.

3.10 Diagnostico final del problema

Como parte de la solución a la problemática de insuficiencia de sangre segura y suficiente, tejidos humanos para implante, órganos para trasplante y organización por redes en estos servicios, la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaria Distrital de Salud, ente de regulación en el Distrito capital, tuvo en el 2009 como una de sus prioridades el mejorar el acceso a los servicios de salud y por tanto a la sangre, insumo necesario para la preservación de la vida y el mejoramiento de las condiciones de salud; de esta manera, el proyecto 631 , enmarcado en el Plan Distrital de Salud, denominado Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos, comprende los componentes de coordinación de la red de sangre distrital, coordinación de la red de donación y trasplantes regional 1 y el Hemocentro Distrital como banco de sangre, banco de sangre de referencia para la Capital , Banco de tejidos humanos y banco de células madre con servicio de laboratorio de inmunogenética e histocompatibilidad.

Se atendió de manera adecuada en el 2009 y 2010 la demanda de sangre así como la regulación de la gestión de la donación de órganos y tejidos; de igual manera, se realizaron importantes acciones para aumentar la colecta de sangre de manera voluntaria asegurando calidad y seguridad a los pacientes transfundidos y se desarrollaron las acciones previstas para la implementación del banco de células y tejidos.

El Banco Distrital de Tejidos Humanos ya está distribuyendo corneas para trasplante, disminuyendo la cantidad de pacientes en lista de espera y suplió necesidades de piel para pacientes que lo necesitaron en el 2010.

Mediante el trabajo de regulación de los trasplantes de órganos, se beneficiaron los pacientes quienes recibieron órganos y se contribuyó así a la solución de la problemática de insuficiencia de órganos para trasplantes.

Problema Social No. 7



**Abordado por las acciones de
Rectoría en Salud**

Problema Social No. 7 abordado por las acciones de Rectoría en Salud

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

La ciudad de Bogotá cuenta con una oferta de 18.609 prestadores de servicios de salud efectivos (con corte al 31 de Diciembre del 2010), para una población aproximada de 7.363.782 habitantes, la oferta de prestadores de servicios de salud es dinámica, dentro de las novedades más registradas por Vigilancia y Control de la Oferta se encuentra la apertura y cierre de Instituciones como también de servicios de salud. Existen procesos en torno a la calidad en la prestación de servicios de salud que tanto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, como los prestadores independientes, deben cumplir y que en caso de no hacerlos, se podría poner en riesgo la salud de los habitantes del Distrito Capital. Lo anterior se ha evidenciado a través de la verificación directa por parte de la Entidad, a través de las quejas manifestadas por los usuarios de dichos servicios. Falta afianzar la cultura de la calidad en los prestadores de servicios de salud que les permita mejorar, mantener y evaluar las condiciones de calidad en la prestación de los servicios de salud.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Dentro de las principales causas que originan el problema, están: desconocimiento de los prestadores de servicios de salud de la existencia de requisitos para la prestación de los mismos. Dificultad en la implementación de los requisitos de calidad, debido a la interpretación de la normatividad vigente por parte de los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud que conociendo la normatividad vigente, no los cumplen en su totalidad. Profesionales de la salud que están ofertando sus servicios pero no están inscritos en el Registro Especial de Prestadores, con el fin de evadir la vigilancia y el control. Gran número de empíricos que ejercen de manera ilegal actividades propias de los profesionales de salud. Existencia de profesionales, técnicos y auxiliares no inscritos ni autorizados (sin tarjeta profesional u ocupacional) para ejercer en el Distrito Capital. Pocos hospitales públicos certificados y/o en proceso de acreditación en salud, para lograr niveles superiores de calidad. Insuficientes recursos financieros frente a las necesidades de inspección, vigilancia y control.

Tanto la falta de idoneidad para realizar procedimientos de salud, como las demás causas identificadas como problema, impiden la prestación de servicios de salud con calidad, conllevan a la presentación de eventos adversos y complicaciones que ponen en riesgo la vida y la salud de los pacientes y usuarios de los servicios de salud del Distrito Capital.

La no calidad en la prestación de servicios de salud genera la presencia de eventos adversos y en general fallas en la seguridad del paciente, que ponen en riesgo la vida y la salud de los usuarios de los servicios de salud del Distrito Capital.

1.3 Focalización

La gestión realizada por Vigilancia y Control de la Oferta, tiene cobertura en todo el Distrito Capital, la oferta de servicios de salud se encuentra presente en todas las 20 localidades, con mayor énfasis al norte de la ciudad. La población de Bogotá es atendida a través de la oferta de servicios inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, por lo anterior la referencia directa de Vigilancia y Control de la oferta, no es población usuaria sino las IPS y profesionales independientes los cuales son objeto de acciones de inspección, vigilancia y control. Las unidades afectadas por el problema son los prestadores de servicios de salud efectivos inscritos en el Registro Especial de Prestadores que participan en los procesos de atención en salud en el Distrito Capital, con corte a 31 de Diciembre de 2010 son 18.609, de los cuales el 4.554 corresponden a IPS, 13.944 corresponden a prestadores independientes y 111 son entidades de transporte especial de pacientes.

1.4 Los actores que intervienen en el problema

Dentro de los actores que intervienen en el problema, se encuentran la Superintendencia Nacional de Salud, quien ejerce las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplica las sanciones en el ámbito de su competencia. El Ministerio de la Protección Social quien desarrolla las normas de calidad, expide la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, vela por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, presta asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emite concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, que realiza la verificación de las condiciones de calidad en Bancos de Sangre, a los grupos de práctica profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los bancos de semen de las unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás bancos de componentes anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos. Las empresas administradoras de planes de beneficios, EAPB, se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, administradoras del Régimen Subsidiado, entidades adaptadas y empresas de medicina prepagada. Los prestadores de servicios de Salud. Se consideran como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes. El recurso humano de la salud: son los profesionales, técnicos y auxiliares que participan junto con los usuarios en el proceso de atención en salud. Los usuarios de servicios de salud: son las personas que sin distinto de su sistema de aseguramiento en salud participan en el proceso de atención.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Los siguientes planteamientos del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva Para Vivir Mejor, soportan las intervenciones realizadas, frente al problema identificado. En el Eje Programático de Prestación y Desarrollo de Servicios, se plantea la necesidad de garantizar la prestación de servicios de salud con atributos de calidad, para responder integralmente a las necesidades de salud por ciclo vital, de la población del Distrito Capital. En el Programa Ciudad de Derechos, se plantea como función básica y objetivo estratégico las de garantizar la prestación de servicios de salud con atributos de calidad, para responder integralmente a las necesidades de salud por ciclo vital, de la población del Distrito Capital y fortalecer los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría para asegurar estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud en el Distrito Capital. En el Plan de Desarrollo se plantea la meta de “...Certificar a 6.000 prestadores de servicios de salud en el Sistema Único de Habilidadación...”.

2.2 A nivel de la Entidad

Se formuló, inscribió y registró el Proyecto de Inversión 637-Desarrollo del Sistema de Rectoría en Salud, cuyo objetivo general es “...Garantizar el Ejercicio de la Rectoría en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en salud, con visión Integral.” El propósito del proyecto es el de “...Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con el propósito de orientar a Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y Prestadores Independientes en el cumplimiento de la normatividad vigente y poder brindar a los usuarios de Bogotá, condiciones de calidad en las atenciones prestadas...”

2.3 Metas formuladas en el proyecto y/o acciones

Tabla No. 7.1
Metas 2010 Inspección Vigilancia y Control

METAS	PROGRAMADO
1. Al 31 de diciembre de 2010 se habrán certificado 1.500 Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema Único de Habilidadación.	1.500
2. A 2010 Asesorar y apoyar a 4 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital en el proceso de Acreditación.	4
3. Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado.	100%
1. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.	25%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios.

Dentro de las acciones que se establecieron para el cumplimiento de estas metas están las siguientes:

- Realizar Inspección, Vigilancia y Control mediante la verificación del Sistema Único de Habilidadación que permita determinar el cumplimiento de los requisitos mínimos a

todos los prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

- Realizar visitas para la búsqueda de personal no idóneo que presta servicios de salud, como también profesionales que lo están prestando sin encontrarse debidamente autorizados para ello.
- Gestionar las quejas presentadas por los usuarios y se realizarán las investigaciones administrativas a que haya lugar, contra prestadores de servicios de salud por presuntas fallas de la calidad de la atención en salud.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud en las actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios que permitan mejorar la calidad deseada de la atención en salud con relación a la calidad observada a través de un programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, que permitan seguridad en la atención en salud.
- Realizar acompañamiento a Instituciones públicas, para promover estándares superiores de calidad mediante del componente del Sistema Único de Acreditación.
- Autorizar e inscribir el recurso humano de la salud, para el ejercicio de las profesiones y oficios en el Distrito Capital.

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$ 5.400.000.000 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. El 100% de estos recursos provienen de recursos del Distrito de aporte ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Las actividades de inspección, vigilancia y control en los prestadores de servicios de salud programados para el año 2010 fueron:

Tabla 7.2
Unidades de Focalización Objeto de Atención

META PROYECTO 637	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMADO AÑO 2010
1. Al 31 de diciembre de 2010 se habrán certificado 1.500 Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema Único de Habilitación.	Número de Prestadores Certificados	1.500
2. Inspeccionar, Vigilar y Controlar al 100%, de los prestadores de servicios de salud	Porcentaje de Prestadores vigilados y controlados	100%
3. A 2009 asesorar y apoyar a 4 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaria Distrital de Salud en el proceso de acreditación	Números de ESE asesorados y promovidos en el proceso de	4

	acreditación.	
4. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública, para el mejoramiento de la gestión y la calidad de los servicios de salud	Porcentaje de avance de la política	25%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Desarrollo de Servicios.

3 Resultados en la Transformación de Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

Niveles de Cumplimiento en Metas 2010

METAS	PROGRAMADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
1. Al 31 de diciembre de 2010 se habrán certificado 1.500 prestadores de servicios de salud en el Sistema Único de Habilitación.	1.500	Al 31 de diciembre de 2010 se han certificado 3.212 prestadores, por el cumplimiento de la totalidad de los estándares de habilitación.
2. A 2010 Asesorar y apoyar a 4 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaria Distrital en el proceso de Acreditación.	4	Se promovió el proceso de acreditación en las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud mediante capacitaciones, asesoría y asistencia técnica.
3. Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado.	100%	Se realizaron el 100% de las actividades de inspección, vigilancia y control y las solicitudes para la legitimidad del recurso humano de la salud y de los prestadores de servicios de salud.
1. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.	25%	Se realizó diseño de los lineamientos de la estrategia 13, correspondiente al fortalecimiento del sistema obligatoria de garantía de la calidad. y estrategia 14 difusión para la implementación de la política de seguridad del paciente

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Desarrollo de Servicios.

Los avances y resultados de las actividades desarrolladas así como el efecto sobre el problema se establecen, tal como se informa a continuación

Meta 1. En el año 2010 certificar 1.500 prestadores de servicios de salud certificados en el Sistema Único de Habilitación

ACTIVIDAD	Avances 2010	Efectos sobre el Problema
-----------	--------------	---------------------------

Verificar en los prestadores de servicios de salud el cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación. Auditoría para el mejoramiento de la calidad y del sistema de información para la calidad.	Se realizaron 4.171 visitas para la verificación del Sistema Único de habilitación en prestadores de servicios de salud así: 1.014 IPS. 3.157 Profesionales independientes.	Se verificó el cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud, de los requisitos establecidos en la normatividad vigente, fortaleciendo la verificación en los profesionales independientes, correspondiendo estos al 75% de inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, (REPSS).
Certificar a los prestadores de servicios de salud que cumplen con los requisitos del Sistema Único de Habilitación.	Se certificaron 3.212 prestadores de servicios de salud: 823 IPS. 2.369 Profesionales independientes. Lo cual corresponde al 77% de los prestadores verificados.	La certificación lograda en el 77% de los Prestadores de Servicios de Salud, evidencia el cumplimiento por parte de estos prestadores certificados de las condiciones de calidad establecidas en la normatividad vigente, en beneficio del desarrollo del Sistema de Calidad.

Meta 2. A 2009 asesorar y apoyar a 4 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaria Distrital de Salud en el proceso de acreditación

ACTIVIDAD	Avances 2010	Efectos sobre el Problema
Promover el proceso de acreditación en las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud	Se realizó acompañamiento a las 4 ESE que aplicaron al proceso de acreditación de las cuales dos ya fueron certificadas. De la misma manera se ha promovido a través de capacitaciones a otras IPS públicas y privadas la aplicación en el proceso.	La implementación de los procesos de acreditación, permite lograr la prestación de servicios con estándares superiores de calidad, beneficiando la atención tanto para el usuario como para la familia del mismo.

Meta 3. Inspeccionar, Vigilar y Controlar al 100%, de los prestadores de servicios de salud y del recurso humano de la salud.

ACTIVIDAD	Avances 2010	Efectos sobre el Problema
Capacitar y brindar asistencia técnica a prestadores de servicios de salud para la	Se capacitó a 4.000 prestadores de servicios de salud en temas relevantes del SOGC como: componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Sistema Único de	La difusión y acompañamiento a los prestadores de servicios de salud, en la implementación de los componentes del SOGC y demás procesos regulatorios, fortaleció el desarrollo de la calidad en la atención en salud.

implementación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad.	<p>habilitación, Sistema de Información para la calidad y sistema de acreditación), pautas para la implementación de un programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad.</p> <p>Bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.</p> <p>Aplicativo SIRHO (Sistemas de Información Residuos Hospitalarios).</p> <p>Aplicación de la Resolución 1998 de 2010.</p> <p>Se brindó asistencia técnica a 191 IPS en la definición de acciones y lineamientos para la implementación del PAMEC.</p>	
Inscribir y actualizar las novedades en el registro especial de prestadores de servicios de salud	Se inscribieron por primera vez en el registro especial 1.504 Prestadores, y se realizaron 11.248 novedades.	Se tiene actualizada la oferta de los servicios de salud en el Distrito Capital.
Analizar las quejas y realizar visitas para dar respuestas a los usuarios por presuntas fallas en la prestación de los servicios de salud.	Se analizaron y direccionaron 1.653 quejas por fallas en la prestación de los servicios de salud y se realizaron 994 visitas de quejas para dar respuestas oportunas a los quejosos.	Se atendió al 100% de las quejas por presuntas fallas en la prestación de los servicios de salud, adelantando las acciones administrativas respectivas.
Realizar visitas para el control de la oferta de prestadores no inscritos y empíricos.	Se realizaron 650 visitas de control de la oferta	La búsqueda de personal no idóneo, permite un control en el riesgo de la atención en salud, así como la identificación de profesionales que no se encuentran debidamente autorizados para ello.
Realizar las investigaciones administrativas preliminares y definitivas contra prestadores de	Se realizaron 1.177 actuaciones administrativas y 1.561 resoluciones.	Las actuaciones administrativas permiten establecer las presuntas fallas dadas en la atención en salud y su correspondiente fallo.

servicios de salud por presuntas fallas de la calidad.		
Retroalimentar a las IPS de las quejas allegadas a vigilancia y control de la oferta por parte de los usuarios, para mejorar la calidad de los servicios.	Se realizó retroalimentación a 10 IPS y a odontólogos independientes por quejas allegadas	La retroalimentación ayuda a los prestadores a identificar las principales causas que generan riesgo en la prestación de los servicios de salud, con el fin de establecer planes de mejoramiento.
Autorizar e inscribir el recurso humano de la salud.	Se realizaron 12.127 autorizaciones para el ejercicio y 16,050 certificados de inscripción para el recurso humano de la salud	Se verifica la idoneidad de las personas para que puedan ser autorizadas en su ejercicio.
Otorgar personerías jurídicas a entidades prestadoras de servicios de salud sin ánimo de lucro.	Se otorgaron 32 personerías jurídicas a entidades sin ánimo de lucro.	Se hace el estudio financiero y técnico de instituciones sin ánimo de lucro que ofrecen servicios de salud.

Meta 4. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública, para el mejoramiento de la gestión y la calidad de los servicios de salud

ACTIVIDAD	Avances 2010	Efectos sobre el Problema
Diseñar e implementar el capítulo de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.	Se realizó el diseño de las actividades de cada una de las líneas de acción de las estrategias correspondientes al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud: Estrategia 13: fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad. Estrategia 14: difusión para la implementación de la política de seguridad del paciente.	A través de las estrategias referenciadas, se fortalece desde Vigilancia y Control de la Oferta un desarrollo en el sistema de calidad, teniendo como eje principal la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud.

3.2 Indicadores

Para el cumplimiento de las metas establecidas se determinaron los siguientes indicadores: cobertura de prestadores verificados en el Sistema Único de Habilitación; establece el total de prestadores verificados con relación al total de prestadores programados durante la vigencia. Prestadores de servicios de salud certificados en el Sistema Único de Habilitación: determina el número de certificados por el cumplimiento de los requisitos como el porcentaje de certificados con relación a los verificados. Porcentaje de acciones de inspección, vigilancia y control ejecutadas: relaciona el total de acciones de Inspección, vigilancia y control realizadas así como la gestión de solicitudes de legitimidad del talento humano y de los prestadores elaboradas con relación a las recibidas.

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$5.387.674.018 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$4.389.259.756.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

Como limitaciones para la gestión están la insuficiencia de los recursos financieros, para lograr las coberturas de los prestadores de servicios de salud a verificar pues cada día se registran en la Secretaría de Salud, un número significativo de nuevos prestadores: De 2009 a 2010 se identificaron 4.809 nuevos prestadores (paso de 14.000 en el 2009 a 18.609 en el 2010).

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Mediante el otorgamiento de la certificación dada por Vigilancia y Control de la Oferta a los Prestadores de Servicios de Salud, se establece el cumplimiento de los requisitos mínimos por parte de los prestadores visitados e inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Se tomaron medidas de seguridad consistentes en suspensión de servicios, en visitas realizadas de control donde se encontró personal no idóneo que prestaba servicios de salud así como en profesionales que se encontraban prestando sin estar debidamente autorizados para ello.

El seguimiento a las quejas recibidas por los usuarios por fallas en los procesos de atención empodera al Ente Territorial como rector para la vigilancia y el control de los prestadores generando confianza en los usuarios y obliga al cumplimiento de los requisitos por parte de los prestadores.

Las investigaciones administrativas adelantadas contra los prestadores de servicios de salud que fueron sancionados por fallas de calidad en los procesos de atención se espera que generen el propósito de mejorar a través de acciones correctivas.

La legitimidad del recurso humano permite a la ciudad garantizar el ejercicio idóneo del recurso humano evitando o disminuyendo riesgos y posible eventos adversos así como la restricción en la prestación a personal no idóneo.

Se fortalece el desarrollo del sistema de calidad en los prestadores de servicios de salud a través de la revisión de las actividades desarrolladas en el fortalecimiento de la política de provisión de servicios de salud en el fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad y en la difusión para la implementación de la política de seguridad del paciente.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Se verificaron 4.171 prestadores de servicios de salud, de los cuales 3.212 se certificaron frente a los requisitos del Sistema Único de Habilitación.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

La meta a 2012, es la de certificar 6000 prestadores de servicios de salud; hasta el año 2010 se han verificado 4.171, con lo cual se establece que quedaría por verificar y certificar 1.829.

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

De acuerdo con la normatividad del SOGC, en el 2010, quedan pendientes por verificar los prestadores de servicios de salud inscritos en el registro especial en el año 2006, los cuales se encuentran programados para visitar y verificar el cumplimiento de los requisitos esenciales. Se estima que quedan pendientes por verificar y certificar aprox. 14.438 prestadores.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Ninguna más.

3.10 Diagnóstico final del problema

Se fortaleció el desarrollo de las condiciones para la prestación de servicios de salud en el Distrito Capital, situación reflejada en el aumento de prestadores de servicios de salud certificados, en cumplimiento de totalidad de los estándares establecidos en la normatividad vigente.

Sin embargo el número significativo de prestadores en el Distrito Capital determina que sea necesario seguir fortaleciendo las acciones de vigilancia y control de la oferta, a fin de aumentar las coberturas en verificación y certificación de requisitos de habilitación.

Problema Social No. 8



Abordado por el Proyecto Salud a Su Casa

Problema Social No. 8 abordado por el Proyecto Salud a Su Casa

1. Reconstrucción del Problema Social en Proyecto 623-“Salud a su Casa”.

1.1 Identificación del problema

Bogotá en los últimos años ha venido presentando algunos cambios y avances debido al trabajo sostenido en salud, sin embargo en la situación de pobreza y en la situación de inequidad en la ciudad no se aprecian cambios significativos, dichos problemas aquejan principalmente a las familias que habitan los sectores más deprimidos en el Distrito Capital, la encuesta continua de hogares 2006 (ECH) DANE, encontró un 23.8% de los hogares de Bogotá en línea de pobreza y 3.4% en línea de indigencia; así mismo en la situación de pobreza determinada por encuesta SISBEN el 16.2% (1'099.753 personas) se encuentran clasificadas en nivel 1 y el 24.4% (1'675.233 personas) están en el nivel 2, lo que hace que más del 40% de las familias se encuentren en situación socioeconómica desfavorable y que a su vez hace que sean las familias más expuestas a enfermar, morir o que por un mayor desconocimiento de la relación existente entre el ambiente y las condiciones de calidad de vida y salud se vean expuestas a situaciones que pongan en riesgo su supervivencia, tales como condiciones adversas de la vivienda (se instalan en zonas de derrumbes, inundación entre otros), riesgos de contaminación del ambiente por procesos productivos o de consumo en alta precariedad o por no disponibilidad de saneamiento básico: fuentes de agua no aptas para el consumo humano, no disponibilidad de sistemas de desecho de excretas entre otros.

La persistencia de todas estas problemáticas hacen que la población vulnerable continúe en desventaja comparativa con otros sectores poblacionales más estructurados de la ciudad, situación que obliga al sector salud a pensar en la ciudad y las condiciones de vida de sus habitantes de una manera más integral e integrada.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Dentro de las causas se identifican las brechas existentes entre los grupos específicos de población y en los territorios sociales¹ que se expresan en las diferencias de riqueza, las diferencias de poder político y social y las diferencias en la disponibilidad de oportunidades, así como de elementos y herramientas para enfrentar los problemas que existen entre los grupos poblacionales que habitan los sectores más vulnerables en contraste con los sectores más estructurados y boyantes de la ciudad. La modificación de las condiciones de vida que determinan el estado de salud o enfermedad de los diferentes grupos poblacionales, dependen de la efectiva participación de todos los sectores y actores responsables de la salud de la población, situación que requiere de un fuerte ejercicio de rectoría del Ente Territorial fundamentado en un acompañamiento permanente y efectivo de los órganos de dirección y control del sistema a nivel nacional, lo cual hasta el momento solo ha tenido un incipiente desarrollo.

¹ Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. *Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on Social Determinants of Health. Final Report.* Centre for Health Policy at the University of the Witwatersrand, South Africa; EQUINET; Health Policy Unit of the London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom. June, 2007 In: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf (consultado 20-03-08); De Maeseneer J et al. op. cit.: 17 y ss.

El aseguramiento en salud, por sí mismo no resuelve el tema de las inequidades y calidad de vida de los sectores más deprimidos de la ciudad, puesto que incorpora el aseguramiento de las familias como parte de la responsabilidad individual, a esto se suma la mercantilización de los sistemas de seguridad y su operación a través de las Administradoras de Planes de Beneficios(EAPB) lo que genera una gran brecha en el acceso a servicios como la salud y la jubilación en este sector de la población .

Los problemas no son suficientemente conocidos ni dimensionados por las instituciones tanto del sector salud como de los sectores sociales, lo que las lleva a proyectar respuestas fundamentadas principalmente en la ejecución histórica o la capacidad institucional, que no siempre se corresponden con la realidad de la población, adicionalmente tanto en la planeación como en la ejecución no involucran activamente a los individuos, las familias y la comunidad.

Como consecuencia de la problemática expuesta Las familias y comunidades que habitan los sectores más críticos en la ciudad han sido abordadas progresivamente, y por las diferentes instituciones de forma aislada, esto ha generado que año a año solo se aborden parcialmente los problemas en materia de salud, persistiendo la inequidad en el acceso a los servicios de salud, la fragmentación del sistema de salud y la falta de oportunidades sociales.

Por otro lado, están los grupos sociales, considerados vulnerables, los cuales presentan condiciones particulares y genéricas de vida, que afecta la salud individual y familiar. A continuación se expone las inequidades que estos grupos poblacionales enfrentan:

- Se genera inequidad en el acceso a servicios de salud y sociales de los niños y las niñas, lo que genera una mayor probabilidad de enfermar y morir principalmente por EDA y Neumonía, así como también aumentan la probabilidad de que estén más expuestos a brotes por enfermedades inmunoprevenibles, al abuso sexual y otras formas de maltrato, así como a la ocurrencia lesiones por causa externa y los eventos que afectan la salud oral entre otras circunstancias que afectan predominantemente al grupo poblacional infantil. De igual forma se genera inequidad en el acceso de gestantes, lo cual conlleva a una mayor probabilidad de morbilidad y un mayor riesgo de presencia de mortalidad materna y perinatal, mayor presencia de bajo peso al nacer en los hijos de las madres que habitan las zonas más vulnerables
- La inequidad en el acceso a información y medidas preventivas del sector salud y sector social por parte de adolescentes, hace que se encuentren más expuestos a engrosar las filas de adolescentes embarazadas, a ser víctimas de la expansión de la epidemia del sida y a presentar en forma creciente eventos relacionados con conducta suicida entre otros.
- La inequidad en el acceso a información y medidas promocionales y de prevención del sector salud y sector social por parte de los adultos que hace que se presenten prematuramente o en mayor frecuencia las enfermedades crónicas y degenerativas, el cáncer de cuello uterino, afecciones agudas de aparato respiratorio, digestivo, reproductivo y urinario entre otras enfermedades de este grupo poblacional.

- La inequidad en el acceso a información, a medidas promocionales y de prevención del sector salud y sector social así como a servicios de asistencia por parte de las personas mayores que hace que en este grupo se presenten complicaciones a las enfermedades crónicas, que si fueren controladas a tiempo generarían un envejecimiento más activo y con mayor capacidad para estas personas, también esta inequidad genera segregación y aislamiento para este grupo poblacional.
- También se tornan más críticas las condiciones de las población discapacitada que habita estos sectores vulnerables, ya que por barreras geográfica, culturales, y económicas muchas veces permanece en el desconocimiento de sus derechos y sin asistencia alguna, igual situación presentan las personas que presentan adicciones y demás eventos relacionados con la salud mental, situaciones que afectan en forma colateral a toda la familia de la persona que las padece.
- Debido a que la población más pobre y vulnerable se ubica en las zonas marginales de la ciudad, como fenómeno de metrópoli se aprecia de manera constante y creciente el efecto del desplazamiento forzado, mediante asentamientos que tienen como ciudad receptora Bogotá: este fenómeno afecta directamente la calidad de vida de las familias y sus integrantes, por cuanto las enfrenta al desarraigo de la tierra, de los bienes, de la cultura y de las tradiciones; expone radicalmente a las familias al desamparo y a cambios repentinos, que exigen un altísimo grado de adaptación para su supervivencia, así como al abrupto e imperativo intercambio cultural y en los casos más intensos, a la desaparición de su etnia.

1.3 Focalización

El programa Salud a su Casa está dirigido a las familias de 19 de las 20 localidades, de zona urbana y rural del Distrito Capital, que habitan en los sectores ubicados en territorios sociales priorizados en las 35 UPZ definidas por el eje social y algunas otras zonas, que por su condición de alta vulnerabilidad son prioritariamente seleccionados para ser abordadas por salud a su Casa.

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

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

Tomar como unidad operacional el territorio más pequeño permite identificar la problemática de la manera más próxima a la realidad de las familias que en él habitan y de igual manera propender por la organización de respuestas a partir de las necesidades concretas de esa unidad social poblacional, abogando por la vinculación de los actores que estén más cercanamente relacionados con la construcción de respuesta social acorde a las competencias y a la complejidad de las problemáticas económicas, sociales y ambientales a las que se ven expuestas las familias que allí habitan

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

En cuanto a la distribución por sexos, la población tiene un predominio de mujeres con un 52.90% de las personas caracterizada y el 47.10% restante corresponde a hombres.

Tabla No. 8.1.
Grupo Afectado Ámbito Familiar

Grupo Objetivo	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	1	2	3	4
	2008	2009	2010	2011	2012
Micro territorios	351	351	400	425	425
Familias	421.200	450.000	480.000	510.000	510.000
Individuos	1.432.080	1.530.000	1.550.000	1.734.000	1.734.000

Fuente: SDS-Proyecto de Inversión 6-23

La operación del programa Salud a su Casa no concentra el desarrollo de intervenciones en zonas clasificadas como estratos 4, 5 y 6; a menos que se identifiquen familias en alto grado de vulnerabilidad o riesgo inminente (Por Ej. Casos de conducta suicida, gestante de alto riesgo, personas con discapacidad, desplazados, entre otros).

1.4 Actores que intervienen en el problema

Teniendo en cuenta que para lograr cambios en las condiciones de vida de las personas y familias, es necesario por una parte dar un abordaje integral de los problemas y por otra

afectar determinantes estructurales, Salud su Casa requiere articularse y desarrollar acciones conjuntas en el territorio con las siguientes instituciones:

Tabla No. 8.2.

Instituciones y organizaciones involucradas en el proyecto Salud a su Casa

Institución u organización	Forma de participación en la ejecución del proyecto
Secretaría Distrital de Salud (Áreas y dependencias).	Suministro de información para cruce de bases de datos para identificar población prioritaria.
Departamento Administrativo de Planeación Distrital.	Suministro de de datos de resultados de la encuesta SISBEN para identificar población prioritaria. Capacitación la talento humano de Salud a su Casa.
Red de hospitales de I y II nivel.	Articulación de acciones y complementariedad entre el Plan de intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS).
Administradoras de planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo.	Articulación de acciones y complementariedad entre el Plan de intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS).
Alcaldías locales.	Articulación para la gestión de las respuestas y operación de acciones conjuntas en el territorio.
Secretaría del Hábitat-Metro Vivienda y Caja de Vivienda Popular.	Articulación para la gestión de las respuestas y operación de acciones conjuntas en el territorio.
Secretaría de Integración Social.	Suministro de información para cruce de bases de datos para identificar población prioritaria y beneficiaria de programas sociales.
Secretaria de Educación Distrital.	Recepción de casos de niños y niñas no escolarizados, identificados a través de Salud a su Casa.
Registraduría Nacional.	Recepción de casos de personas sin identificación, notificados a través de Salud a su Casa.
Policía Nacional.	Articulación para la gestión de la respuesta y operación de acciones conjuntas en el territorio.
Comisarías de familia.	Articulación para la gestión de la respuesta a las necesidades de familias.
Gas Natural E.S.P.	Capacitación del talento humano de salud a su Casa en la campaña “Despierta, el monóxido de Carbono mata”.
Empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá.	Articulación para la gestión de la respuesta y operación de acciones conjuntas en el territorio.
Aseo capital.	Articulación para la gestión de la respuesta y operación de acciones conjuntas en el territorio.
Organizaciones no gubernamentales (ONG).	Articulación para la gestión de la respuesta y operación de acciones conjuntas en el territorio.
Organismos internacionales de cooperación	Articulación para la gestión de la respuesta y operación de acciones conjuntas en el territorio. Aporte de recursos para la operación de Salud a su casa en

	el marco del programa “Sur de Convivencia”.
SENA- centros de formación-universidades.	Capacitación del talento humano de Salud a su Casa

Fuente: Proyecto Salud a Su Casa – Dirección de Salud Pública SDS

2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana. Las acciones de Salud a su Casa responden a las líneas de política del Plan Nacional de Salud, acorde al eje programático para Salud Pública, que incluye las acciones de promoción de la salud y calidad de vida en la familia, acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios), acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento y acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional a nivel de la estrategia. Todo esto, dentro del eje de Salud pública – Plan de Intervenciones Colectivas y en respuesta al objetivo 2 del Plan territorial de Salud del Distrito Capital: “Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital”, que a su vez hace parte del programa Bogotá Sana del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2.008 – 2.012.

2.2 A nivel de la entidad

Se formuló, inscribió y registró ante el Banco de Programas y Proyectos del Distrito, el proyecto “623 Salud a su Casa”. El objetivo general que se persigue alcanzar con este Proyecto es el de “...Mejorar la calidad de vida de las familias mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos...”. Como objetivos específicos, se plantearon los de “...Identificar las problemáticas de las familias a partir de una lectura compleja de necesidades con perspectiva de ciclo individual y familiar para diseñar respuestas integrales. Promover la participación de las familias en los procesos propios del ámbito para fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades y el mejoramiento de su entorno, avanzando en la afectación positiva de los factores determinantes y favoreciendo el ejercicio de los derechos. Promover en la familia una cultura de valores que favorezcan relaciones dinámicas, funcionales y armónicas...”

2.3 Metas formuladas en los proyectos y/o acciones

El proyecto Salud a Su casa tuvo como meta inicial “... **A 2.010 Cubrir 400 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa...**”. Para la ejecución de la meta se realizaron las siguientes acciones durante el 2010:

- Caracterizar individuos, familia y entornos en micro territorios nuevos
- Hacer seguimiento y mantenimiento a los microterritorios antiguos.
- Desarrollar intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano en las familias.

- Promocionar los derechos y la calidad de vida todas las familias en situación de discapacidad.
- Generar entornos de trabajo saludables en viviendas que compartan el uso productivo con el habitacional con enfoque diferencial de género.
- Desarrollar promoción de la Salud Oral en los microterritorios de Salud a su Casa
- Desarrollar la estrategia de entornos saludables
- Desarrollar la estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años (AIEPI)
- Gestionar el mejoramiento de las condiciones para la SAN en microterritorios
- Hacer acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante
- Asesorar a familias en situación de discapacidad.
- Desarrollar intervención Psicosocial a familias con eventos en salud mental
- Fortalecer relaciones intrafamiliares en familias desplazadas
- Asesorar a familias con tenencia inadecuada de animales
- Asesorar a familias para control de vectores plaga en interiores
- Desarrollar todos los procesos de gestión en los territorios de Salud a su Casa
- Procesos para el desarrollo conceptual, metodológico y operativo de la estrategia. (nivel central)

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$30.083.760.263 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$9.787.998.000 provienen del Sistema General de Participaciones y 20.295.762.263 provienen de recursos del Distrito de Aporte Ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Para el año 2.010 se programó la implementación de la estrategia de Salud su Casa a través de 400 microterritorios. La focalización de las acciones con las poblaciones a beneficiar se identifica en la tabla 8.3.

Tabla No. 8.3.

Distribución de microterritorios, familias e individuos a intervenir a través del proyecto Salud a su Casa para el periodo 2.008-2.012.

Cuantificación:					
Grupo objetivo	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2008	2009	2010	2011	2012
Micro territorios	351	351	400	425	425
Familias	421.200	421.200	480.000	510.000	510.000
Individuos	1.432.08	1.432.08	1.468.80	1.734.000	1.734.000
	0	0	0		

Fuente: Proyecto de inversión 623- 2.010

3 Resultados en la transformación de los problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

Con respecto a la meta “... **A 2.010 Cubrir 400 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa...**”, se logró el cubrimiento de 360 microterritorios lo que equivale a un cumplimiento del 90%.

La Ejecución de actividades para la atención de la problemática expuesta, el año 2.010 se muestra en la Tabla No. 8.4.

Tabla 8.4.
Actividades 2010 y niveles de cumplimiento

Nombre de la actividad del proyecto de inversión	Meta	% Eje c.	Observaciones
Caracterizar individuos, familia y entornos en micro territorios nuevos	5 Microterritorios ; 6.000 familias.	100	Se ejecutó en la localidad de Kennedy
Hacer seguimiento y mantenimiento a los micro territorios antiguos.	355 Microteritorios	100	Se ejecutó en 18 localidades de Bogotá.
Desarrollar intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano en las familias.	2.124 familias.	100	Se ejecutó en 18 localidades de Bogotá.
Promocionar los derechos y la calidad de vida todas las familias en situación de discapacidad.	12 encuentros con familias.	100	Se ejecutó en las localidades de Santafé, candelaria, Mártires, Suba, Bosa y Engativá.
Generar entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional con enfoque diferencial de género.	660 unidades de trabajo en viviendas	100	Se ejecutó en 18 localidades de candelaria Mártires y Santafé.
Desarrollar promoción de la Salud Oral en los microterritorios de Salud a su Casa	4.663 familias	100	Se ejecutó en 18 localidades de candelaria Mártires y Santafé.
Desarrollar la estrategia de entornos saludables	24 entornos.	100	Debido al recorte de recursos para el proyecto 623 durante el año 2.010 de Enero a Agosto se ejecutaron actividades a través de 24 entornos saludables y a partir de Septi. 23.
Desarrollar la estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años (AIEPI)	91.545	100	Se ejecutó en todas las localidades, excepto Teusaquillo.

Gestionar el mejoramiento de las condiciones para la SAN en microterritorios	24	100	Se ejecutó en las localidades de Bosa y Sumapaz.
Hacer acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante	4.950	93.3 3	No se dio cumplimiento a la meta debido a dificultades para identificación y seguimiento de la población objeto de la intervención.
Asesorar a familias en situación de discapacidad	8.473	100	Se ejecutó en todas las localidades.
Desarrollar intervención Psicosocial a familias con eventos en salud mental	12.041	100	Se ejecutó en todas las localidades.
Fortalecer relaciones intrafamiliares en familias desplazadas	3.000	100	Se ejecutó solo en 11 localidades donde se focaliza el problema.
Asesorar a familias con tenencia inadecuada de animales	200	100	Se ejecutó en las localidades de candelaria Mártires y Santafé.
Asesorar a familias para control de vectores plaga en interiores	200	100	Se ejecutó en las localidades de candelaria Mártires y Santafé.
Desarrollar todos los procesos de gestión en los territorios de Salud a su Casa	181	100	Se contrató en 14 localidades pero sus acciones se desplegaron a las 20 localidades.
Procesos para el desarrollo conceptual, metodológico y operativo de la estrategia. (nivel central)	12	100	Corresponde a las actividades de coordinación del proyecto a nivel central.

Fuente: Ambito familiar-SASC- 2.010

A diciembre 31 de 2.010 se conformaron 360 Micro territorios de Salud a su Casa (SASC) en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad; mediante los procesos y procedimientos del programa se caracterizaron y adscribieron y se les ha realizado seguimiento a **523.800 familias** conformadas por **1.701.078 individuos**, por parte de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria- EBSFC y los equipos de apoyo conformados por profesionales y técnicos en 19 de las 20 localidades del Distrito.

Del total de la población caracterizada a través de Salud a su Casa, el 52,95% son mujeres (900.666) y el 47.05% son hombres (800.412). En lo relacionado con etapa de ciclo vital la distribución se presenta en la Tabla 8.5, observando un porcentaje mayoritario de adultos:

Tabla No. 8.5.

Distribución por grupo etéreo de población caracterizada a través del proyecto Salud a su Casa. Acumulado año 2.010.

Etapa de ciclo vital	0 - 5 años	6 - 13 años	14 - 17 años	18 - 26 años	27 - 59 años	Mayores de 59 años	Total
Personas	127.840	275.625	140.515	300.333	697.063	159.702	1.701.078
% del total	7,52	16,20	8,26	17,66	40,98	9,39	100

Fuente: APS en línea –SQL-Server.

Con el proyecto se ha buscado posicionar el concepto de salud como “un derecho” de toda la población, a partir de la identificación de necesidades, lo que se corresponde con la política Distrital; de igual manera se pretende fortalecer el desarrollo de la Salud Pública impulsando el modo promocional de abordar la salud y ampliar la dimensión de su alcance.

A la distribución poblacional intervenida se concentra en su mayor parte en las localidades de Suba, Bosa y Ciudad Bolívar respectivamente con el número de territorios en estas localidades tal como se muestra en la Tabla 8.6.

Tabla No. 8.6.

Distribución numérica y porcentual de familias e individuos por localidad caracterizadas a través de Salud a su Casa. Acumulado año 2.010.

LOCALIDAD	No. MICRO TERRITORIOS	%	FAMILIAS	%	INDIVIDUOS	%
ANTONIO NARIÑO	2	1	3.413	1	7.782	0,5
BARRIOS UNIDOS	1	0	1.396	0	4.446	0,3
BOSA	50	14	63.317	12	209.128	12
CANDELARIA	2	1	3.610	1	10.094	1
CHAPINERO	2	1	3.456	1	13.204	1
CIUDAD BOLIVAR	35	10	52.215	10	191.950	11
ENGATIVA	23	6	34.543	7	115.552	7
FONTIBON	13	4	22.649	4	76.020	4
KENNEDY	29	8	42.238	8	134.597	8
MARTIRES	4	1	8.602	2	20.919	1
PUENTE ARANDA	3	1	4.631	1	12.435	1
RAFAEL URIBE	34	9	51.886	10	143.481	8
SAN CRISTOBAL	31	9	43.608	8	150.925	9
SANTA FE	10	3	16.138	3	47.184	3
SUBA	70	19	93.820	18	291.674	17
SUMAPAZ	2	1	686	0	2.799	0
TUNJUELITO	12	3	20.374	4	63.915	4
USAQUEN	11	3	18.097	3	65.586	4
USME	26	7	39.121	7	139.387	8
Total general	360	100	523.800	100	1.701.078	100

3.2 Indicadores

Para el seguimiento en la ejecución del proyecto 623 se han diseñado e implementado dos indicadores maestros que monitorean la meta del plan de desarrollo. Estos indicadores se resumen en los siguientes:

Indicador de Nuevos Territorios con la estrategia de Salud a su Casa

- Nombre de indicador: Número de Microterritorios nuevos con la estrategia de Salud a su Casa.
- Formula: $\text{Número total de microterritorios caracterizados durante la vigencia} / \text{No. Total de microterritorios programados para caracterización} \times 100$.
- Resultado: 100% de cumplimiento a 31 de diciembre.
- Análisis: La meta se ejecutó en la Localidad de Kennedy a través de la ESE Hospital del Sur. Dado que el proceso se desarrolla en varias fases, se contrató a partir del mes de Agosto de 2.010 y su cumplimiento total se dió solo hasta el 31 de diciembre de 2.010.

Indicador de Territorios en los que se ha mantenido la estrategia Salud a su Casa

- Nombre de indicador: Número de Microterritorios antiguos con la estrategia de Salud a su Casa.
- Formula: $\text{No. Total de microterritorios antiguos en seguimiento con la estrategia salud a su casa durante la vigencia} / \text{No. Total de microterritorios antiguos programados para seguimiento con la estrategia Salud a su Casa durante el periodo} \times 100$.
- Resultado: 100% de cumplimiento a 31 de diciembre.
- Análisis: Del periodo enero a agosto de 2.010 se mantiene el seguimiento a familias e individuos de 351 microterritorios antiguos que venían de la vigencia 2.009. A partir del mes de agosto, se suman al proceso de seguimiento a familias 4 territorios más, de los cuales 2 se ubican en la Localidad de Engativá (Unir 1 y Unir 2) y 2 en la Localidad de Usme (Serranías y Villa Alemania). A 31 de Diciembre se mantienen en seguimiento 355 microterritorios.

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$30.083.708.892 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$24.779.956.430.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

A pesar de la ejecución en un 100% de los recursos, para el cubrimiento de la totalidad de los territorios se requiere mayores asignaciones presupuestales. La meta inicial fue de 400 territorios y fue necesario reprogramarlo a 360 por la no asignación de los recursos propuestos inicialmente para el proyecto, lo cual impidió la implementación de nuevos territorios.

Debido a la disminución de recursos, se presentaron dificultades para el desarrollo de intervenciones. Por ejemplo la intervención de seguimiento a familias de territorios antiguos no se ejecutó hasta finales de diciembre en las localidades de Usme, Rafael Uribe, Antonio Nariño, Suba, San Cristóbal y Ciudad Bolívar; de la intervención de entornos saludables se ejecutaron de manera continua 24 entornos durante el periodo enero-agosto de 2.010 y a partir de septiembre se mantuvieron 23 entornos de manera continua.

Otras actividades del proyecto de inversión, como: promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional, gestión para el mejoramiento de las condiciones para la SAN (Salud Alimentaria y Nutricional) en micro territorios de Salud a Su Casa, Hacer acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante de alto riesgo, Intervención Plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano, asesoría por tenencia inadecuada de animales y asesoría para control de vectores plaga en interiores, entre otras, solo se ejecutaron en las localidades más críticas.

Otra limitación fue la falta de ajuste y continuidad del desarrollo del sistema de información APS en Línea, debido a que los avances informáticos de los módulos complementarios de la APS en línea proyectados desde el año 2009, no se pudieron realizar; lo cual aunado a la incompatibilidad de los sistemas de información de los diferentes componentes de las respuestas impulsadas desde el programa, no permitieron actualizar ni visualizar de manera integral el resultado a partir de la información recogida desde Salud A Su Hogar.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Como efectos y logros del desarrollo de intervenciones del programa se identifican los siguientes:

- El 76% de las familias abordadas por Salud a su Casa tiene adherencia al desarrollo del programa, cuya variable principal es su permanencia en el territorio y disposición a ser visitada por los equipos de salud familiar y comunitaria.
- El 100% de los menores de 1 año que han sido visitados seguidos por el programa tienen coberturas útiles de vacunación, según del esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Se ha logrado una cobertura acumulada de 78% de asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo en los menores de 5 años, de los cuales 77.269 recibieron las visitas de seguimiento programadas en la Estrategia AIEPI.
- En las gestantes durante 2009, se ha alcanzado una cobertura acumulada de 95% de asistencia a Control Prenatal.
- Igualmente se identificaron e incluyeron en la intervención de acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante de alto riesgo a 3.479 nuevas gestantes a las cuales se les realizó 12.487 visitas de seguimiento.
- En mujeres de 25 a 69 años se les realizó 12.659 canalizaciones a la toma de Citología Vaginal, alcanzando para este grupo de edad, una cobertura acumulada del 98,52 % de toma de citología.

- Se adelantaron asesorías domiciliarias a 8.473 a familias en situación de discapacidad con 4 visitas a cada familia, siendo esta intervención la puerta de entrada de las personas con discapacidad a la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad con lo que ha logrado mayor número de familias canalizadas a otras acciones de RBC como cuidando a cuidadores, club de cuidadores, formación de agentes de cambio y organizaciones sociales, orientadas a promover su autonomía y mejorar su calidad de vida.
- A través de la operación los equipos básicos de salud familiar y comunitaria, de manera acumulada durante el año 2.010 (con corte a 31 de Diciembre) se realizaron 40.043 actividades de Información-Educación-Consejería a familias para la prevención del Embarazo Adolescentes en los territorios de Salud a Su casa.
- De 2.124 familias con Intervención Plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano, un 99.77% lograron el objetivo de la intervención orientado al fortalecimiento de las capacidades emocionales y habilidades para promover condiciones y entornos favorables de convivencia.
- A través de los encuentros locales de familias en las que alguno de sus integrantes tiene discapacidad, durante el año 2.010 se realizaron 12 encuentros a los que asistieron 273 familias que trabajaron y aprendieron sobre las temáticas de: convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad, Competencias ciudadanas y redes sociales.
- A través de la intervención de Generar entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional con enfoque diferencial de género, se abordaron 660 familias que fueron sensibilizadas sobre la importancia de implementar medidas preventivas para mejorar las condiciones de trabajo y evitar posibles enfermedades o accidentes laborales dentro de sus viviendas. Con estas familias, también se implementaron planes de emergencia para cada una de las unidades de trabajo informal.
- De un total de 12.139 familias abordadas con la intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia, 11.069 correspondientes lograron el objetivo de la intervención, es decir lograron un cambio positivo en su dinámica familiar frente al evento que influye en su salud mental y calidad de vida. Así mismo dentro de los eventos que se abordan está la conducta suicida y durante el año se intervinieron 1.855 familias con lo que se aportó a la meta de disminuir los casos de conducta suicida teniendo en cuenta que a 17 de diciembre de 2.010 Medicina Legal reportó un total de 14 casos de conducta suicida consumados en este mes y un total 234 para el año 2.010, para un total de 19 casos menos que el año anterior a la fecha (Fuente: Datos preliminares del Instituto de medicina legal y ciencias forenses(INMLCF).
- Finalmente a través de los procesos de gestión de Salud a su Casa se dio a conocer las necesidades identificadas por el programa en espacio de decisión local, como espacios de reunión de consejos locales de gobierno, consejos locales de política social (CLOPS) y reuniones de rendición de cuentas. Además se gestiona el accionar de respuestas integradas con otras instituciones y organizaciones como la Secretaría de Integración Social, la Secretaría del Hábitat y Planeación Distrital, entre otros. En otro aspecto en reuniones con las comunidades se socializaron las actividades del

Plan de Intervenciones Colectivas y se fomentó la participación comunitaria y la importancia de ejercer la ciudadanía en salud.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

A diciembre de 2.010 se implementó y desarrolló la estrategia de Salud su Casa a través de 360 microterritorios. Por otra parte, Salud a su Casa integró y desarrolló al menos 16 intervenciones a través 14 diferentes Empresas Sociales del Estado. Las poblaciones atendidas se identifican en la Tabla 8.7 en los territorios intervenidos y en la Tabla 8.9 en la población intervenida.

Tabla No. 8.7

Distribución de microterritorios, por localidad y UPZ durante el año 2.010.

LOCALIDAD	NO DE TERRITORIOS	UPZ
ENGATIVA	23	Garcés Navas, Engativá, Minuto de Dios, Las Ferias, Álamos, Boyacá Real.
USAQUEN	11	San Cristóbal Norte, Usaquén, Verbenal.
CHAPINERO	2	San Luis, Pardo Rubio
BARRIOS UNIDOS	1	San Fernando.
TEUSAQUILLO	0	NA
FONTIBON	13	Fontibón Centro, San Pablo, Zona Franca, Granjas de Techo.
BOSA	50	Bosa Occidental, Bosa Central, El Porvenir, El Tintal sur, Apogeo
SUBA	70	El Prado, Britalia y la Alhambra, Suba, El Rincón, Tibabuyes, Chorrillos
PUENTE ARANDA	3	Puente Aranda, Muzu, San Rafael
KENNEDY	29	Carvajal, Castilla, Timiza, Corabastos, Gran Britalia, Patio Bonito, Calandaima, El Amparo
RAFAEL URIBE	34	Diana Turbay, Marruecos, Marco Fidel Suarez.
ANTONIO NARIÑO	2	Ciudad Jardín, Restrepo.
MARTIRES	4	La Sabana..
SANTAFE	10	La Fayette, La macarena, las Cruces, Lourdes
CANDELARIA	2	La Candelaria
SAN CRISTOBAL	31	20 de Julio, La Gloria, Libertadores, San Blas
TUNJUELITO	12	Tunjuelito, Venecia
USME	26	La flora, Danubio, Yomasa, Entre nubes, Comuneros, Alfonso López, Ciudad Usme, Destino

CIUDAD BOLIVAR	35	Mochuelo, Monte blanco, Arborizadora, San Francisco, Lucero, Tesoro, Perdomo, Jerusalén, Zona Rural
SUMAPAZ	2	San Juan, Nazareth
TOTAL	360	

Fuente: *Ámbito familiar-SASC. 2.010*

Tabla 8.8.
Portafolio de intervenciones y población o unidades de focalización atendidas a través de Salud a su Casa durante el año 2.010.

Nombre de la actividad del proyecto de inversión	Población o unidades de focalización atendidas
Caracterizar individuos, familia y entornos en micro territorios nuevos	360 microteritorios (5 caracterizados y 355 en seguimiento). 523.800 Familias 1.701.078 Personas.
Hacer seguimiento y mantenimiento a los micro territorios antiguos.	
Desarrollar intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano en las familias.	2.124 familias
Promocionar los derechos y la calidad de vida todas las familias en situación de discapacidad.	12 encuentros en los que se abordaron un total de 273 familias.
Generar entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional con enfoque diferencial de género.	660 unidades de trabajo en viviendas
Desarrollar promoción de la Salud Oral en los microterritorios de Salud a su Casa	4.663 familias
Desarrollar la estrategia de entornos saludables.	24 entornos.
Desarrollar la estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años (AIEPI)	91.545 Familias con niños y niñas menores de cinco años.
Gestionar el mejoramiento de las condiciones para la SAN en microteritorios.	24
Hacer acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante	4.620 familias con mujeres gestantes.
Asesorar a familias en situación de discapacidad	8.473 familias
Desarrollar intervención Psicosocial a familias con eventos en salud mental	12.041 familias, de las cuales 1.855 se intervinieron por conducta suicida.
Fortalecer relaciones intrafamiliares en familias desplazadas	3.000 familias.
Asesorar a familias con tenencia inadecuada de animales	200 familias

Asesorar a familias para control de vectores plaga en interiores	200 familias
Desarrollar todos los procesos de gestión en los territorios de Salud a su Casa	181 procesos
Procesos para el desarrollo conceptual, metodológico y operativo de la estrategia. (nivel central)	12 procesos

Fuente: Ámbito familiar-SASC. 2.010

A través de las actividades del proyecto de inversión de caracterizar individuos, familias y entornos en micro territorios nuevos y hacer seguimiento y mantenimiento a los microterritorios antiguos, se realizaron intervenciones diferenciales de información, verificación de la asistencia programa y canalización a diferentes servicios de salud realizadas a población diferencialmente por ciclo vital.

- Se realizaron 1.335.225 intervenciones de información en 2010, sobre servicios prestados en las Empresas Sociales, derechos y deberes en el sistema general de seguridad social, adherencia a los programas, información en prevención de Virus AH1N1 y educación en prevención de intoxicación por monóxido de carbono.
- Se realizaron 26.146 intervenciones de información y educación general realizadas a mujeres gestantes.
- Se realizaron 185.697 Intervenciones de información y educación general realizadas a familias con niños y niñas menores de cinco años.
- Se realizaron 364.942d actividades de promoción y prevención de enfermedades transmisibles y crónicas, que incluyeron la verificación a la asistencia de los Programa de TBC (Tuberculosis), lepra, Hepatitis A, Educación pacientes crónicos y control de diabetes y a servicios de medicina general y urgencias.
- Se realizaron 13.794 Intervenciones a familias con discapacidad que incluye la verificación de asistencia al programa de discapacidad, educación para cuidadores de personas mayores de 75 años y canalización al programa de discapacidad.
- Se realizaron 481.882 intervenciones en salud sexual reproductiva que incluyen asistencia al programa de citología, educación para regulación de la fecundidad, educación y consejería para la prevención del embarazo en adolescentes y canalización al programa de detección del cáncer cérvico-uterino.
- Se realizaron 379.105 intervenciones relacionadas con la salud oral.
- Se realizaron 167.961 acciones de canalización intersectorial a programas de la Secretaría de Integración Social (adolescentes gestantes, comedores comunitarios, programas para personas con discapacidad y otros), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (HOBIS y FAMIS), de la Secretaría de Educación del Distrito Capital (menores no escolarizados) y para respuesta a necesidades puntuales en Secretaría de Hábitat, Registraduría y Acueducto.
- Se realizaron 712.316 intervenciones en salud ambiental para vacunación antirrábica, acciones de saneamiento ambiental y educación en vivienda saludable.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Se dejaron de cubrir 40 microterritorios en el año 2010, dado que la meta lograda fue de 360 microterritorios y la meta inicialmente planeada fue de 400 microterritorios. Los 40 microterritorios son equivalentes a 48.000 familias.

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

Teniendo en cuenta que Salud a su Casa tiene como meta a 2.012 la implementación de 425 microterritorios, de los cuales a diciembre de 2.010 se han implementado 360, se espera durante el año 2.011 implementar los 65 territorios faltantes.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Dado que Salud a su Casa se ha constituido como la puerta de entrada a los servicios de salud, porque representa el primer contacto del trabajador de la salud con las familias, ha generado varias expectativas con la población (disminución al 100% de barreras de acceso a los servicios de salud, atención domiciliaria del médico en la casa o del equipo de salud mismo, agilidad en los trámites administrativos para solicitud de servicios y vinculación a programas sociales y mayor cercanía de la IPS primaria a su vivienda, entre otras), situaciones que han hecho que a través de la gestión del programa se hayan articulado acciones con instituciones y organizaciones que operan respuestas en el territorio. Tales acciones se han conjugado y orientado a través de la “Estrategia de Gestión Social Integral” que ha permitido articular acciones básicamente con la Secretaría de Integración Social. Además, durante el año 2.010, se desarrollaron actividades de articulación para la operación de las respuestas con los actores del sector salud, entre los que se contaron las administradoras de planes de beneficios (EAPB) a través de la Dirección de Aseguramiento de La Secretaría de Salud.

En otro aspecto, Salud a su Casa operó como un proveedor de información y un operador de intervenciones inmediatas para responder a contingencias que se presentaron en el Distrito. Tanto así que durante el año 2.010, se trabajaron temas relacionados con la Información para prevención y contención de la pandemia de Ah1N1, prevención de la Intoxicación domiciliaria por Monóxido de Carbono, información a las familias para la aplicación de la nueva encuesta SISBEN; información a las familias para prevención de accidentes y problemas respiratorios derivados de los incendios forestales que se presentaron en la ciudad y apoyo en el desarrollo de Jornadas de vacunación.

3.10 Diagnostico final del problema.

Se ha logrado mejorar la calidad de vida de las familias ubicadas en los micro territorios, a través del cumplimiento de los objetivos propuestos para el programa. Hay que precisar que hace falta articular el trabajo con otros actores y sectores que deben participar en la construcción de las respuestas que se requieren para las necesidades ya identificadas en las familias mas vulnerables de la ciudad, puesto que muchas de las respuestas requeridas por las familias no son competencia exclusiva de las Empresas Sociales del Estado que operan el programa; tampoco de la Secretaría Distrital de Salud.

En otro aspecto, los factores culturales y los fenómenos sociales como la migración, la violencia, el desplazamiento forzado, entre otros, han incidido para la obtención de resultados más ambiciosos propuestos para el programa. Sin embargo, en el último año se ha trabajado más en el enfoque sistémico y en el abordaje de las personas con un enfoque de derechos para ganar corresponsabilidad social respecto a la salud individual y colectiva.

Problema Social No. 9



Abordado para Promover la construcción de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud

Problema Social No. 9 abordado para Promover la construcción de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del Problema

Conforme a lo establecido en la política pública de participación social y servicio al ciudadano la problemática abordada es:

“...Ciudadanía de Distrito Capital, que no ejerce de forma efectiva, eficiente y eficaz, el derecho fundamental a la salud, y limita su participación a procesos informativos, sin incidir de forma activa y relevante, en la gestión de prestación de servicios y en la respuesta a las necesidades sociales, que afectan condiciones de salud o enfermedad y en últimas sus condiciones de vida...”

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

- Fractura y/o no coordinación entre las instancias de participación. Cada una obedece a su propia lógica y no hay puentes de comunicación. En el caso de la salud es evidente, y se llega, incluso, a que los mecanismos de participación que existen en una misma institución de salud no dialogan entre sí.
- Participación institucionalizada. Los espacios y mecanismos de participación en salud están ligados a las instituciones de atención sanitaria, y limitan su acción a asuntos relacionados con la prestación de servicios de salud, sin lograr integrarla a un contexto más amplio: la salud como calidad de vida.
- Participación instrumentalizada. Se convoca a la comunidad y se esgrime su participación para legitimar decisiones que la institucionalidad ya ha tomado, sin contar efectivamente con la opinión de las comunidades.
- Participación sin eficacia. Muchos de los espacios de participación comunitaria que existen no funcionan adecuadamente, y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es muy precaria.
- Fractura entre líderes sociales y sus bases. Hay un divorcio entre representados y representantes. Esta situación se evidencia en los escenarios de participación comunitaria en salud, donde son muy débiles los mecanismos democráticos de representación y los representantes están lejos de las bases comunitarias.
- Debilidades de la organización comunitaria, expresadas en:
 - o Baja capacidad de incidencia en el escenario público.
 - o Desempeño básicamente en el ámbito barrial y zonal, sin constituirse en actores locales y distritales.
 - o Reducida capacidad de gestión, que les posibilite adelantar autónomamente proyectos y canalizar recursos.
 - o Operan más como aparatos, que como instrumentos ágiles de acción colectiva, en la consecución de fines sociales.
 - o Presentan conflictos internos, derivados de permanentes luchas por micro poderes y afanes de protagonismo. En algunos casos, las lógicas clientelistas dominan las relaciones internas y externas.

- Debilidades institucionales en los procesos de participación, expresadas en: i) Una concepción de participación que no reconoce de manera contundente a los ciudadanos/as como sujetos de derechos, y la construcción de la salud como un hecho público y social, ii) Prevalencia de la lógica institucional sobre los procesos y dinámicas locales, debido a la sujeción a la normatividad, iii) Limitada capacidad técnica, discursiva y de recursos, que le permita a la institucionalidad disponer de medios efectivos que faciliten los procesos de participación, iv) Desarticulación del área de Participación y Servicio al Ciudadano con otras áreas estratégicas, como Salud Pública, Planeación, Aseguramiento y Desarrollo de Servicios. y v) La reglamentación de los mecanismos de participación social en salud a nivel nacional, enfatiza la participación alrededor de la oferta de servicios y limita al ciudadano a una condición de usuario.
- En cuanto a la gestión de servicio al ciudadano, persiste la debilidad de cultura de exigibilidad del derecho de forma colectiva. A pesar de que se ha avanzado en la socialización de los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud, dirigida a las instancias de las formas organizativas, no se ha llegado a la exigibilidad del mismo de manera colectiva.
- Fractura entre lo individual y lo colectivo. Se produce un choque entre los intereses individuales y los colectivos. En el sector salud esta fractura ha sido impulsada por el propio modelo de salud, que sitúa a los individuos como clientes y no como ciudadanos y, por lo tanto, tiende a primar la resolución individual de los problemas, subordinando la acción colectiva.
- Fractura de comunicación entre las instancias de participación y de servicio al ciudadano. No se evidencian vías de comunicación e intercambio claras entre las instancias de participación social y el área de Servicio al Ciudadano, lo que impide una articulación entre los procesos de movilización social, información y exigibilidad del derecho a la salud.
- Prevalece la lógica institucional sobre la dinámica y diagnósticos de necesidades evidenciadas a través de los diferentes canales de atención al ciudadano en salud, lo que lleva a que los lineamientos y directrices contractuales con los prestadores de servicios de salud no satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios.
- El desarrollo de las actividades de Servicio al Ciudadano no cuenta con la documentación suficiente, y se evidencia una gestión de forma reactiva, con escaso desarrollo tecnológico.
- Cultura de participación débil o ausente, en la medida en que en el país no existe la cultura de la participación social en la toma de decisiones, ni en la gestión pública.
- Debilidad de la cultura democrática, debido a la prevalencia del interés particular sobre el general, lo que afecta las posibilidades reales de construcción de lo público.
- Fractura entre lo social y lo político. No se reconocen con claridad los nexos entre lo social y lo político, y esto lleva a que exista una tensión y fractura entre la participación social y la representación.
- En la gestión de servicio al ciudadano subsiste la fragmentación del sistema de salud. Los lineamientos, e incluso la normatividad vigente, no satisfacen las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, lo que genera tensiones entre el área de

Servicio al Ciudadano con la ciudadanía, al ser esta el primer encuentro de la institucionalidad con la comunidad inconforme.

- Falta de articulación intrainstitucional, lo que ha llevado a que se presuma que el responsable de la solución de los problemática es la instancia de Servicio al Ciudadano, y que las otras áreas misionales no tienen responsabilidad en esto.

Los efectos de la problemática expuesta, se enmarcan dentro del enfoque promocional de calidad de vida, entendiendo que tener procesos de participación fuertes, que propicien a su vez procesos de autogestión comunitaria y una ciudadanía activa y comprometida con su autocuidado y con la respuesta a las necesidades sociales, son, unido a otros condicionantes, factores determinantes para mejorar salud de la población. Se describe a continuación los efectos más relevantes del problema:

- Procesos de autogestión incipiente de las organizaciones sociales y que no inciden en respuesta a las problemáticas sociales, originado por la dependencia de dicha respuesta exclusivamente o focalizada sobre lo que puedan desarrollar las instituciones.
- Mayores costos de respuesta, sobre la problemática en salud, al estar la gestión limitada o focalizada sobre lo institucional. En este marco crece la gestión de respuesta a la enfermedad carácter resolutivo, desprotegiendo o no potencializando la gestión de promoción y prevención, en donde se hace muy necesario el compromiso y labor activa de los ciudadanos y las comunidades.
- Gestión institucional incipiente, y deslegitimizada, al no involucrar a los ciudadanos y las organizaciones comunitarias en su gestión. Lo cual puede originar conflictos con las comunidades.

La relación entre causas y problemas se puede observar en el Gráfico 10.1.

1.3 Focalización

Con el desarrollo de los procesos de participación en salud y servicio al ciudadano, se beneficia toda la población del Distrito Capital, población heterogénea tanto en su nivel educativo como en sus condiciones socio económicas y geográficamente localizada tanto en la zona urbana, como en la zona rural. En total para el 2010 son 291.835 ciudadanos y ciudadana de Bogotá, que corresponde a usuarios que acuden a orientación e información en la Secretaría Distrital de Salud, Cades y Supercades y ciudadanos que se benefician con la gestión con las formas de participación social en salud y organizaciones sociales en las veinte localidades de la ciudad.

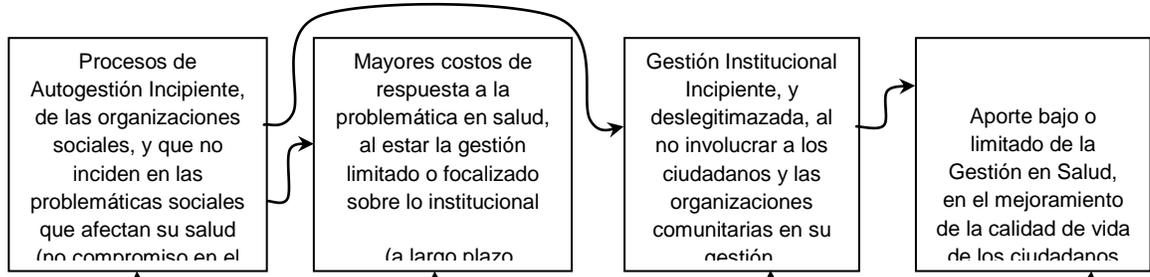
Los actores que Intervienen en el Problema:

Causas del Problema Identificado	Actores Involucrados
Fractura y/o no coordinación entre las instancias de participación.	Formas de Participación en Salud (Copacos y Asociaciones de Usuarios), organizaciones sociales en salud e Instituciones del sector salud.
Participación institucionalizada.	ESE del Distrito, EPS Subsidiadas y Contributivas, organismos de control, Secretaría Distrital de Salud y Actores Institucionales.
Participación	ESE del Distrito, EPS Subsidiadas y Contributivas,

instrumentalizada.	organismos de control, Secretaría Distrital de Salud y actores institucionales. Organizaciones sociales y formas de participación en salud.
Participación sin eficacia.	Formas de participación en salud (Copacos y Asociaciones de Usuarios), organizaciones sociales en salud de las localidades del Distrito Capital.
Fractura entre líderes sociales y sus bases.	Formas de participación en salud (Copacos y Asociaciones de Usuarios), organizaciones sociales en salud de las localidades del Distrito Capital.
Debilidades de la organización comunitaria.	Formas de participación en salud (Copacos y Asociaciones de Usuarios), organizaciones sociales en salud de las localidades del Distrito Capital.
Debilidades institucionales en los Procesos de Participación.	ESE del Distrito, EPS Subsidiadas y Contributivas, organismos de control, Secretaría Distrital de Salud y actores institucionales.
Debilidad de cultura de exigibilidad del derecho de forma colectiva.	Formas de participación en salud (Copacos y Asociaciones de Usuarios), organizaciones sociales en salud de las localidades del Distrito Capital y ciudadanos demandantes de servicios en salud.
Fractura entre lo individual y lo colectivo.	ESE del Distrito, EPS Subsidiadas y Contributivas, organismos de control, Secretaría Distrital de Salud y actores institucionales.
Fractura de comunicación entre las instancias de participación y de servicio al ciudadano.	Formas de participación en salud (Copacos y Asociaciones de Usuarios), organizaciones sociales en salud de las localidades del Distrito Capital y ciudadanos demandantes de servicios en salud.
Prevalece la lógica institucional sobre la dinámica y diagnósticos de necesidades	ESE del Distrito, EPS Subsidiadas y Contributivas, organismos de control, Secretaría Distrital de Salud y actores institucionales.
El desarrollo de las actividades de Servicio al Ciudadano no cuenta con la documentación suficiente, y se evidencia una gestión de forma reactiva, con escaso desarrollo tecnológico.	ESE del Distrito, EPS Subsidiadas y Contributivas, organismos de control, Secretaría Distrital de Salud y actores institucionales

Gráfico 9.1.
Mapa Conceptual del Problema Árbol de Causas y Efectos

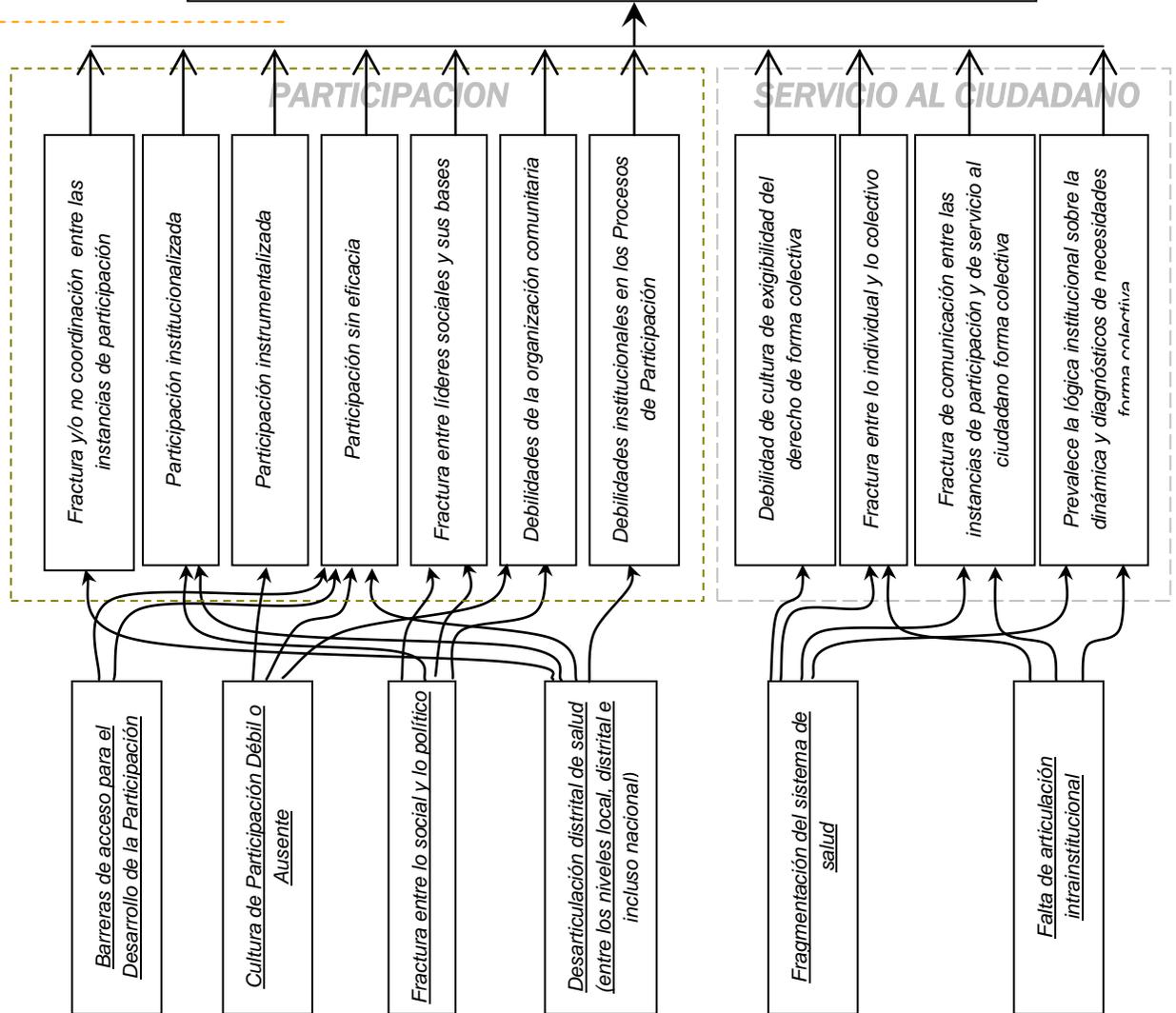
Efectos



Problema

“Ciudadanía de Distrito Capital, que no ejerce de forma efectiva, eficiente y eficaz, el derecho fundamental a la salud, y limita su participación a procesos informativos, sin incidir de forma activa y relevante, en la gestión de prestación de servicios y en la respuesta a las necesidades sociales, que afectan condiciones de salud o enfermedad y en últimas sus condiciones de vida”

Causas



2 Instrumentos Operativos para la solución de los Problemas Sociales.

2.1 A nivel de la Administración

Los instrumentos formulados y ejecutados por la administración para atender la problemática expuesta, corresponden a objetivos y políticas establecidos desde el Plan de Desarrollo de Bogotá: Para Vivir Mejor 2008-2012; la Política Pública de Participación Social y Servicio al Ciudadano

En el objetivo estructurante de participación se plantea la construcción de una ciudad en la que se reconozcan las diferencias entre hombres y mujeres, donde se fortalezca la participación de niños y niñas, adolescentes, jóvenes, sectores LGBT, grupos étnicos y personas en condición de discapacidad o desplazamiento, para que incidan en la definición, ejecución y seguimiento de las políticas públicas, directamente o a través de sus representantes y organizaciones, haciéndose corresponsables del desarrollo integral de la ciudad. Los propósitos que buscan involucrar a la población en el proceso de toma de decisiones del gobierno, son los de garantizar que los recursos de los Fondos de Desarrollo Local se ejecuten conforme a la participación ciudadana en los planes de desarrollo y en los presupuestos; fortalecer el capital social; promover la organización social y potenciar las capacidades técnicas y políticas de las personas para mejorar su poder de interlocución con las autoridades públicas y fortalecer el control social a la gestión pública y sus resultados, en los ámbitos distrital y local.

Dentro de las estrategias están el fomentar, fortalecer y cualificar los espacios y mecanismos de participación, control social y representación de la población y sus organizaciones. Implementar sistemas y mecanismos de información y seguimiento a la participación ciudadana en los planes de desarrollo local. Promover la democratización de la información y la pedagogía social para el desarrollo de los procesos de deliberación colectiva. Propiciar sinergias entre las iniciativas públicas y las propuestas ciudadanas en torno a temas específicos de la vida de la ciudad y sus localidades.....”

Tabla No. 9.1
Metas Participación y Servicio al Ciudadano 2008-2012

Ahora decidimos juntos	
Sectores relacionados: Gobierno, Cultura, Recreación y Deporte, Planeación, Movilidad, Salud, Gestión Pública, Ambiente, Integración social	
Proyecto	Metas
Participación social por el derecho a la salud	Formular 4 políticas relacionadas con la salud, con participación ciudadana
	Formular 80 proyectos de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida

Fuente Plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008 – 2012

En cuanto a la Política Pública de Participación Social y Servicio al Ciudadano – Por el Derecho a la Salud, a lo largo del documento, se ha hecho exposición de apartes de la Política Pública de Participación Social y Servicio al ciudadano, que permitieron la identificación de la problemática, al igual que justificación de las acciones de respuesta.

A continuación se exponen los propósitos de de la política publicada que fue formulada en la vigencia 2007 y actualizada en la vigencia 2008, y que fue puesta en conocimiento de las comunidades y actores involucrados: 1]. Fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover las prácticas de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia en la ciudad. 2]. Aportar al fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud, para avanzar en la garantía del derecho a la salud; 3]. Aportar a la superación de la fragmentación organizativa y política de la participación ciudadana, tanto en el interior del sector salud como en la ciudad, impulsando la constitución y puesta en escena del Sistema Distrital de Participación y la Política Sectorial de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud; 4]. Fortalecer la institucionalidad del sector salud, para que aporte en la consolidación de los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en la ciudad; 5]. Contribuir a la democratización de las formas institucionales de participación ciudadana en salud; 6]. Apoyar la construcción y consolidación de las diversas formas organizativas sociales en salud de carácter autónomo; 7]. Aportar a la construcción social de la salud; 8]. Ejercer rectoría a todos los actores del Sistema General de Seguridad; 8]. Social en Salud, en el orden distrital y local, en lo que compete a los procesos de participación social en salud; 9]. Realizar rectoría en el componente de Servicio a la Ciudadanía en Salud, bajo el marco del Sistema de Gestión de la Calidad y la Política Distrital de Servicio al Ciudadano, orientando la articulación sectorial y transectorial de las Oficinas de Atención al Usuario/Servicio al Ciudadano, en la perspectiva de proteger y promover el derecho a la salud de la ciudadanía.

2.2 A Nivel de la Entidad

Proyecto 617 de Participación Social por el Derecho a la Salud, en el marco del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva – para vivir mejor y en el marco del Plan de Salud Pública 2008 – 2012. Objetivo del Proyecto: (en correspondencia con el problema identificado) Promover la construcción de ciudadanía activa para el ejercicio del derecho a la salud y la calidad de vida.

Acciones claves del proyecto: aportar al fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud, para avanzar en la garantía del derecho a la salud; Aportar a la superación de la fragmentación organizativa y política de la participación ciudadana, tanto en el interior del sector salud como en la ciudad, impulsando la constitución y puesta en escena del Sistema Distrital de Participación y la Política Sectorial de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud; fortalecer la institucionalidad del sector salud, para que aporte en la consolidación de los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en la ciudad; Contribuir a la democratización de las formas institucionales de participación ciudadana en salud; apoyar la construcción y consolidación de las diversas formas organizativas sociales en salud de carácter autónomo; aportar a la construcción social de la salud; ejercer rectoría a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el orden distrital y local, en lo que compete a los procesos de participación social en salud; realizar rectoría en el componente de servicio a la ciudadanía en salud, bajo el marco del Sistema de Gestión de la Calidad y la Política Distrital de Servicio al Ciudadano, orientando la articulación sectorial y transectorial de las oficinas de atención al usuario/servicio al ciudadano, en la perspectiva de proteger y promover el derecho a la salud de la ciudadanía.

2.3 Metas formuladas en el proyecto y acciones

Tabla 9.2

Metas del Proyecto de Participación Social por el Derecho a la Salud.

Detalle
A 2009 elaborar y ejecutar con participación comunitaria el plan de acción de intervenciones colectivas e individuales, acorde al diagnóstico situacional y la normatividad vigente.
A 2012 tener incluidos en la agenda pública temas estratégicos de promoción social.
A 2012 estarán conformadas y funcionando 20 redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud.
A 2012 fortalecer las redes sociales existentes en Bogotá.
A 2012 estará conformado y funcionando el Comité Distrital de Participación en el contexto de la política sectorial y el Sistema Distrital de Participación
A 2012 fortalecer las formas de participación social instituidos legalmente.
A 2012 fortalecer en el 100% de las localidades las organizaciones sociales y comunitarias.
A 2012 contar con políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada.
Formular 4 políticas relacionadas con la salud con participación ciudadana
Formular 80 proyectos de autogestión comunitaria para el mej. de la calidad de vida.
A 2012 implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano.
A 2012 se habrá diseñado e implementado un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud, dirigido a la ciudadanía, grupos organizados y servidores.
Atender anualmente el 100% de las peticiones, quejas y demandas ciudadanas e identificar las barreras de acceso a los servicios de salud, para proponer planes de mejoramiento

Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano.

2.4 Presupuesto Asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$1.800.000.000 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. El 100% de estos recursos provienen de recursos del Distrito de aporte ordinario.

Población o Unidades de focalización objeto de atención:

Para el año 2010 los ciudadanos objeto de las acciones del proyecto 618 Participación Social por el Derecho a la Salud, son 291.835.

Tal como se mencionó en el punto de focalización, esta población corresponde a integrantes de organizaciones sociales, líderes comunitarios y redes sociales; población organizada en los mecanismos y espacios de participación social en salud; población involucrada en las organizaciones sociales que se benefician de la asistencia que desde gestión territorial, ciudadanos y ciudadanas que acuden a los servicios de atención al usuario de la Secretaría Distrital de Salud, Red Cade y Supercade.

3 Resultados en la Transformación de los Problemas

3.1 Niveles de Cumplimiento

En el siguiente cuadro se hace exposición de los niveles de cumplimiento sobre las metas del proyecto:

Tabla No. 9.3
Cumplimiento Metas Participación Social y Servicio al Ciudadano

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2010	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES
<p>A 2012 tener incluidos en la agenda pública temas estratégicos de promoción social. 25% (Programado 25% del cuatrienio)</p>	<p>Se incluyen en la agenda pública temas estratégicos como población en condición de desplazamiento, política sectorial de etnias, políticas y acciones con grupos poblacionales (infancia, juventud, adulto mayor), control social alrededor de temas estratégicos en salud, tales como Ciudad Salud, Plan Maestro de Equipamiento en Salud, POT, EPS Pública – Mixta –Distrital.</p>
<p>A 2012 estarán conformadas y funcionando 20 redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud. 5 Redes fortalecidas (Programado 5 para 2010)</p>	<p>Durante el año 2010 se han vinculado a las mesas territoriales de calidad de vida desde los procesos comunitarios acompañados y fortalecidos por gestión territorial de la Dirección de Participación Social, 234 actores, los cuales se han vinculado en el marco de la estrategia de Gestión Social Integral. El fortalecimiento se orienta en los territorios generando reconocimiento de las acciones que realiza cada organización y sensibilizando sobre los procesos organizativo y participativo que se desarrolla en las mesas territoriales; también logrando un diálogo político sobre las problemáticas que afecta el territorio y motivando en ellos ejercicios de exigibilidad del derecho frente a sus necesidades y problemáticas identificadas. Cabe aclarar que el compromiso frente a esta meta desde la Dirección de Participación Social es aportar al fortalecimiento de las redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud, vinculando líderes de las organizaciones sociales a las mesas territoriales de calidad de vida y que la conformación de las mencionadas redes es responsabilidad de Salud Pública, específicamente de Gestión Local.</p>
<p>A 2012 fortalecer las redes sociales existentes en Bogotá. 2 (programado 2 para 2010)</p>	<p>Durante la vigencia 2010 se dio continuidad al fortalecimiento de redes que se han venido trabajando con anterioridad: Fortalecimiento de la Red de Comunicadores promocionando su vinculación a los procesos de reforma en salud. Fortalecimiento de la Red Materno Perinatal con la asistencia a la misma, para la vinculación de actores sociales en las estrategias que permitan incidir en los factores de riesgo y determinantes para la ocurrencia de eventos de mortalidad. Para la meta del 2010, se fortalecieron las siguientes redes: Redes de Control Social</p>

	Red Social Integral por el derecho a la alimentación y la Salud.
<p>A 2012 estará conformado y funcionando el Comité Distrital de Participación en el contexto de la política sectorial y el Sistema Distrital de Participación.</p> <p>25% (programado 25% del cuatrienio)</p>	<p>En el Comité Distrital de Participación en Salud, conformado por los comisionados en salud, con la representación institucional del asesor de la Política de Participación Social en Salud de la SDS, se realizaron las siguientes acciones:</p> <p>Realización de la V Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida.</p> <p>Diseño metodológico de la Sexta Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud</p> <p>Articulación con las acciones impulsadas por el Sistema Distrital de Participación.</p> <p>Realización del Foro Distrital “La Reforma de Salud, vista desde el Enfoque de Derechos Humanos”.</p> <p>Pronunciamiento público que realizó el Comité en relación al conjunto de reformas en salud impulsadas por el gobierno nacional.</p> <p>Aprobación del Decreto Distrital 530 de 2010 que da soporte normativo a la Política Pública de Participación Social y Servicio al Ciudadano.</p>
<p>A 2012 fortalecer las formas de participación social instituidos legalmente.</p> <p>25% (programado 25% del cuatrienio)</p>	<p>En el año 2010 continuó la asesoría, asistencia técnica y capacitación a las formas de participación social en salud, específicamente a los 20 comités de participación comunitaria en salud y 22 asociaciones de usuarios de las empresas sociales del Estado del Distrito Capital. Se realizó evento para evaluar la implementación de la Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano con las 42 formas de participación social en salud, donde se incluyó como uno de los elementos de evaluación, el componente de asistencia técnica.</p> <p>Se realizó asesoría y asistencia técnica a los comités de ética y bioética de las ESE, participación en el espacio distrital del Comité Distrital de Ética y Bioética y se realizó el Encuentro Distrital de Comités de Ética y Bioética Hospitalaria donde participaron los 22 comités de Ética y Bioética del Distrito</p> <p>Se realizó el levantamiento de la situación actual de las 16 Asociaciones de Usuarios de las EPS -C y se priorizó trabajo para 2011.</p>
<p>A 2012 fortalecer en el 100% de las localidades las organizaciones sociales y comunitarias.</p> <p>25% (programado 25% del cuatrienio)</p>	<p>Durante la vigencia 2010, se fortalecieron 83 organizaciones sociales y comunitarias, distribuidas en las diferentes localidades de la ciudad.</p> <p>El fortalecimiento se realizó a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterización de las organizaciones. - Asesoría y Asistencia técnica a las otras formas organizativas en: Conocimiento de la Política Pública de Participación Social y Servicio al Ciudadano, Estrategia promocional de Calidad de Vida y salud, Gestión Social Integral, Mecanismos de

	<p>exigibilidad del derecho a la salud, Conformación y organización sociales, formulación de proyectos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de mesas temáticas en el Espacio de los Jueves. - Construcción e implementación de herramientas metodológicas y comunicativas para el desarrollo de procesos formativos.
<p>A 2012, crear en el 100% de las localidades, mecanismos de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública de conformidad con las particularidades étnicas, culturales y de género</p> <p>25%(Programado 25% del cuatrienio)</p>	<p>Conforme a lo definido en el Plan Nacional de Salud Pública, se viene coadyuvando los procesos de salud pública en los territorios, que promueven la participación social y comunitaria; estas acciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento en los procesos de planeación y presupuestos participativos y la concertación de los temas en la agenda social. - Articulación y vinculación de las acciones sociales en el Comité Local Intersectorial de Participación, que incluyeron programación de encuentros locales y espacios de concertación para discusión de la agenda pública, en los que se incluyen temáticas sobre la participación en salud. - Se ha trabajado en el equipo conductor o equipo dinamizador, con el propósito de coordinar las acciones encaminadas a fortalecer el proceso de la GSI (Gestión Social Integral), especialmente en el aspecto comunitario relacionado con las mesas territoriales de la localidad, así como en la consolidación de las agendas provenientes de los procesos adelantados en cada uno de los territorios. - Convocatoria Institucional (ESE y EPSS), foro sobre la Reforma en Salud. - Seguimiento a la gestión a las 22 ESE y 8 EPSS del Distrito. - Ajuste a los lineamientos de gestión institucional para la planeación 2011 de las 22 ESE y 8 EPSS. - Articulación con Talento Humano para definir conjuntamente los criterios del programa de humanización que se llevará a cabo en el año 2011 con las ESE. - Participación del diseño de la metodología, agenda y desarrollo de la actividad de evaluación de la Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano a las 22 ESE y 8 EPSS.

<p>A 2012 contar con políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada. 10% (Programado 10% para el 2010)</p>	<p>Las acciones de participación social en las políticas, planes, programas y proyectos, se ejecutaron conforme a la programación para el 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política de Infancia y Juventud: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Política de Adulto y Adulto Mayor: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Política Sectorial Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Política Sectorial para la población en situación de desplazamiento: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Política Salud Ambiente: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Proyecto Ciudad Salud: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Proyecto Bosa II: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Plan Maestro de Equipamiento en Salud: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Plan de Acciones Afirmativas Etnias: Ejecución 100% sobre lo programado 2010.
<p>Formular 4 políticas relacionadas con la salud con participación ciudadana En 2010 Avance en el desarrollo de 1 política (Acumulado de 3 políticas).</p>	<p>Avance en el desarrollo de 3 políticas: Infancia y Juventud, Adulto y Etnias. La política priorizada para ser desarrollada en la vigencia 2010, corresponde a la de ETNIAS, en la misma se llevó a cabo la articulación con servicio al ciudadano y el componente de desplazados en temas relacionados con la estrategia pedagógica para poblaciones étnicas, en temas de aseguramiento y rutas de acceso y atención; se apoya a comunidad Inga en la elaboración del plan de trabajo indígena 2011 en construcción por Mesa de concertación Indígena, en temas relacionados con la autonomía y la medicina ancestral. Se continua el trabajo de posicionamiento de la política pública de participación social y servicio al ciudadano en salud, en los diferentes espacios de trabajo con comunidades étnicas y espacios institucionales de equipos de poblaciones especiales de las ESE, como herramienta de trabajo para implementar el ejercicio de autonomía comunitaria y real participación en espacios y escenarios de políticas públicas a nivel local y distrital.</p>
<p>Formular 80 proyectos de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida. Acumulado 59 (A</p>	<p>Formulación de 10 proyectos de autogestión (más la revisión de 10 formulados en el 2009) con organizaciones sociales en los territorios del Distrito Capital, para un acumulado de 59 durante la vigencia. Los proyectos formulados enfatizan en los temas de juventud, medio ambiente y salud.</p>

<p>diciembre de 2010).</p>	
<p>A 2012 implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano. 15% (programado 15% para el 2010)</p>	<p>25 formas de participación social en salud asistidas. Formulación de 20 proyectos de autogestión comunitaria. 83 organizaciones sociales territoriales que mantuvieron asistencia para su fortalecimiento por parte del equipo de gestión territorial. Mantenimiento de las redes sociales de comunicadores y materno-perinatal y fortalecimiento durante el 2010 de la red de control social y red social integral por el derecho a la alimentación y la salud. Desarrollo de jornadas con la comunidad, para potencializar el proceso de participación y control sobre la gestión en salud. Estas fueron: Realización de la V Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida. Diseño metodológico de la Sexta Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud Articulación con las acciones impulsadas por el Sistema Distrital de Participación. Realización del Foro Distrital “La Reforma de Salud, vista desde el Enfoque de Derechos Humanos”. Pronunciamiento público que realizó el Comité en relación al conjunto de reformas en salud impulsadas por el gobierno nacional. Preparación del V Encuentro de Copacos del Distrito Capital a realizarse en enero de 2011. Realización de un encuentro de balance 2010 de la Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano, con las Oficinas de Participación Social y Atención al Usuario de ESE, EPS-S y EPS-C. Realización de un encuentro de balance de la Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano, con los líderes comunitarios de formas de salud y organizaciones sociales autónomas, para recoger y evaluar las acciones programadas teniendo en cuenta lo previsto para el 2010.</p> <p>Gestión de Comunicaciones con el Desarrollo de Asistencia Técnica para los eventos antes mencionados, Piezas Comunicativas, para publicación de acciones y estrategias de interés ciudadano en salud y publicación del periódico de Participación al Día (4000 ejemplares con 7 emisiones mensuales en el 2010). Las acciones de participación social en las políticas, planes, programas y proyectos, se ejecutaron conforme a la programación para el 2010:</p>

	<p>Política de Infancia y Juventud: Ejecución 100% sobre lo programado 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política de Adulto y Adulto Mayor: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Política Sectorial Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Política Sectorial para la población en situación de desplazamiento: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Política Salud Ambiente: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Proyecto Ciudad Salud: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Proyecto Bosa II: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Plan Maestro de Equipamiento en Salud: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Plan de Acciones Afirmativas Etnias: Ejecución 100% sobre lo programado 2010. - Formulación de la política de etnias. - La implementación y evaluación de la prueba piloto, así como el despliegue del diseño metodológico de la Escuela Promocional de Calidad de Vida y Salud, en diferentes temas como etnias, ciclo vital, población en desplazamiento y ambiente.
<p>A 2012 se habrá diseñado e implementado un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud, dirigido a la ciudadanía, grupos organizados y servidores.</p> <p>15% ejecutado. (Programado 15% para el 2010)</p>	<p>La implementación y evaluación de la prueba piloto, así como el despliegue del diseño metodológico de la Escuela Promocional de Calidad de Vida y Salud se ha realizado en los diferentes procedimientos que se desarrollan en la Dirección, como son servicio al ciudadano, gestión institucional y gestión territorial; enfatizando en los temas transversales como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etnias - Ciclo vital. - Población en desplazamiento - Ambiente - Adicionalmente se desplegó para el tema de sensibilización de donación de sangre y órganos.
<p>Al 31 de diciembre de 2010 se atendió el 100% (25% de la meta del cuatrienio) de las solicitudes de orientación e información a la ciudadanía, las</p>	<p>TOTAL DE CONSULTAS CIUDADANAS ATENDIDAS CON ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN ATENDIDAS: 223.395.</p> <p>El comportamiento por canal de atención a la ciudadanía fue: Módulos: 29.875; Línea 018000: 6.114; Orientaciones Grupales: 3.523; Casos Especiales: 571; Orientación Telefónica SQS: 3.382; Ferias Servicio al Ciudadano: 823; Red Cade-Supercade: 179.007.</p>

peticiones, quejas y demandas ciudadanas y la identificación de las barreras de acceso a los servicios de salud, para que se estructuren planes de mejoramiento con el fin de alcanzar mayores estándares de calidad de los servicios de salud.

Resultado 100% de los requerimientos de información y orientación, quejas, reclamos solicitados a la SDS.

SISTEMA DE QUEJAS Y SOLICIONES

Total derechos de petición tramitados, a través de los diferentes canales habilitados en la SDS (escrito, presencial, Web, telefónico, e-mail y buzón institucional): 4.494

El comportamiento por modalidad del Derecho de Petición fue: Derechos de Petición de interés general: 96; Derechos de Petición de interés particular: 1.521; Quejas: 204; Reclamos: 2093; Manifestaciones: 8; Solicitud Copias: 37; Solicitud Información: 516; Sugerencias: 2; Felicidades: 17

-Se realizó seguimiento a un Total de 5.574 Derechos de Petición y Requerimientos, de los cuales 5.149 fueron requerimientos registrados en el SQS y 310 direccionados a la EPS-S, con el fin de garantizar respuesta oportuna al usuario. Así como también a 2.557 requerimientos por NO respuesta oportuna por parte de dependencias de la SDS y de las ESE, frente a lo cual fueron notificados de forma escrita y/o por correo electrónico.

TOTAL CASOS CON BARRERAS DE ACCESO: Se identificaron y gestionaron a través del SIDBA y el SQS durante en el año-2010, 14.595 casos con problemáticas de barreras de acceso. Los 7 principales motivos de barreras fueron:

Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en base de datos: 2.998 casos.

Inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar: 2.311 casos.

Dificultad para prestación servicios POS: 1.866 casos.

Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios, o de alto costo, o tutelas; 1.224 casos.

Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario: 848 casos.

Dificultad para prestaciones excepcionales de salud-NO POS: 846 casos.

Dificultad acceso servicios por inadecuada referencia-contrareferencia: 829 casos.

El comportamiento por tipo de barrera de acceso, fue el siguiente:

Barreras administrativas: 11.840 casos.

Barreras geográficas: 848 casos.

Barreras técnicas: 842 casos.

Barreras culturales: 569 casos.

Barreras económicas: 496 casos.

El comportamiento por atributo de calidad afectado con las barreras de acceso, fue el siguiente:

Accesibilidad: 6.661 casos.

Continuidad: 3.908 casos.

	<p>Oportunidad: 2.727 casos. Calidez: 662 casos. Seguridad y pertinencia: 637 casos.</p> <p>- Se generaron Informes mensuales, trimestrales, semestrales y anual de los Sistemas (Sidba-SQS), se democratizaron éstos a Actores Institucionales como el Comité Directivo de SDS que preside el Secretario de Salud, a las direcciones misionales, estratégicas y de apoyo de la Secretaría Distrital de Salud, a los Gerentes de las ESE, de las EPS-S, IPS de la Red Complementaria de la Secretaría Distrital de Salud, el Ministerio de la Protección Social, la Supersalud, la Contraloría Distrital, Veeduría Distrital y Defensoría del Pueblo. Igualmente a los actores sociales organizados (Comisionados de la Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud, Líderes Representantes de Juntas Directivas, Red de Comunicadores Comunitarios). Igualmente se generaron publicaciones en el Periódico "Participación al Día", de artículos sobre los Informes de barreras de acceso identificadas por la Secretaria de Salud y sobre ilustración de crónicas de algunos casos emblemáticos de barreras de acceso, cuyo periódico se distribuye a nivel central, a nivel de las ESE, de las EPS y de los actores sociales que forman parte de las diferentes formas de participación social en salud.</p>
--	---

Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano.

3.2 Indicadores

Tabla No. 9.4 Indicadores

Indicador	Unidad de Medida.
Planes de acción de intervenciones colectivas elaborados y ejecutados con participación comunitaria por localidades del Distrito Capital: Formula (No. De acciones ejecutadas para formular el PIC con participación/No. Acciones programadas para formular el PIC) x 100	Porcentaje de avance en la en elaboración y ejecución de planes de acción de intervenciones colectivas con participación
Porcentaje de avance para la inclusión de temas estratégicos en la agenda pública (No. De acciones ejecutadas para incluir temas estratégicos en la agenda pública/ No. De acciones programadas para incluir temas estratégicos en la agenda pública) x 100	Porcentaje de avance
Número de redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud conformadas y funcionando El indicador es un valor absoluto (No. Redes).	Redes territoriales
Número de redes sociales existentes fortalecidas. El indicador es un valor absoluto (No. Redes)	Redes Sociales

<p>Porcentaje de avance en la conformación y funcionamiento del Comité Distrital de Participación en el contexto de la Política sectorial y el Sistema Distrital de Participación.</p> <p>(No. De acciones ejecutadas para el conformar y operar el Comité Distrital de Participación / No. De acciones programadas para conformar y operar el comité distrital de participación) x100</p>	Porcentaje de avance
<p>Porcentaje de avance en el fortalecimiento de las formas de participación social instituidos legalmente (meta física llegar a 200 formas)</p> <p>Formula: (No. De Formas de Participación fortalecidas / No. De Formas de participación Programadas) x 100</p>	Porcentaje de avance
<p>Porcentaje de avance en el fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias</p> <p>Formula: (No. De acciones ejecutadas para el fortalecimiento de las organizaciones sociales / No. De acciones programadas para el fortalecimiento de las organizaciones sociales) x 100</p>	Porcentaje de avance
<p>Porcentaje de avance en la gestión con participación de políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud</p> <p>Fórmula: (No. De acciones ejecutadas para desarrollar políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada / No. De acciones programadas para desarrollar políticas, planes, programas y proyectos, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada) X 100</p>	Porcentaje de avance
<p>Número de políticas formuladas relacionadas con la salud con participación ciudadana</p> <p>El indicador es un valor absoluto (No. Políticas).</p>	Políticas formuladas
<p>Número de proyectos formulados de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida.</p> <p>El indicador es un valor absoluto (No. Proyectos formulados)</p>	Proyectos formulados
<p>Porcentaje de avance en la implementación y evaluación de la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano</p> <p>Fórmula: (No. De acciones ejecutadas para implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano / No. De acciones programadas para implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano) X 100</p>	Porcentaje de avance
<p>Porcentaje de avance en el diseño e implementación de la escuela de participación social</p> <p>Fórmula: (No. De acciones ejecutadas para implementar un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud / No. De acciones programadas para</p>	Escuela de formación en ciudadanía en salud diseñada e implementada

implementar un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud) X 100	
<p>Porcentaje de atención de peticiones, quejas y demandas ciudadanas.</p> <p>Formula: (No. De peticiones, quejas, demandas y solicitudes de orientación ciudadanas atendidas/No. De peticiones, quejas, demandas y solicitudes orientación interpuestas) x 100</p>	<p>Peticiones, quejas y demandas atendidas. Barreras de acceso identificadas. Planes de mejoramiento implementados</p>

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$1.798.988.560 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$1.280.264.759.

3.4 Limitaciones y Problemas del Proyecto

- La Dirección no cuenta con un sistema de información que consolide los procesos y que permita consolidar de forma estructurada, acceder o consultar la información proveniente de las acciones que los diferentes profesionales han desarrollado en cada uno de los territorios del Distrito Capital.
- Cambio de las administraciones de las ESES de la RED Adscrita, que implicó en algunos casos, realizar nuevamente la sensibilización a los equipos de estas instituciones sobre los procesos de participación social que se vienen ejecutando para el sector salud en el Distrito.
- De igual forma, por la lógica de operación de estas instituciones [bajo el enfoque del Sistema General de Seguridad Social en Salud] se privilegia la prestación y venta de servicios, como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en detrimento de las acciones de rectoría y desarrollo de procesos de participación en salud, que como ESE deben desarrollar en los territorios sociales.

3.5 Efectos del Proyecto y/o Acciones sobre el Problema

Empoderamiento social a través de la implementación del Sistema Distrital de Participación y de la planeación local participativa.

Se continúa el proceso de fortalecimiento a las formas normatizadas de participación en salud, y se da inicio al fortalecimiento de organizaciones sociales autónomas, a partir del trabajo territorial, que a su vez han propiciado que las comunidades exijan a los diferentes actores del sistema, la respuesta y desarrollo de procesos, para mejorar la prestación de servicios de salud y la gestión de respuesta a necesidades identificadas.

Fortalecimiento de la Participación Social en Salud: las formas de participación social en salud (COPACOS, Asociaciones de Usuarios, Comités de Ética y Veedurías en salud) avanzaron en el fortalecimiento de su organización interna y su gestión alrededor de la garantía y exigibilidad al derecho a la salud. Las organizaciones sociales autónomas avanzaron en su postura política frente al derecho a la salud, desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud, permitiendo una visión más amplia de los determinantes de salud, a fin de exigir una respuesta integral a las necesidades identificadas.

Apropiación de la Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano, de los actores institucionales, a fin de garantizar el derecho a la salud: como producto de la coordinación comunitaria e institucional, se gestionó la sanción del Decreto 530 de 2010, el cual establece como finalidad de la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud, la realización del derecho a la participación en salud y avanzar en la garantía del derecho a la salud con participación con el sello de la ciudadanía activa.

Se logró la apropiación y empoderamiento de los actores institucionales involucrados en el liderazgo de los procesos de participación, especialmente al interior de la SDS, de las ESE del Distrito y de las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo.

Apropiación por parte de otros sectores del tema de participación social en salud, desde la Comisión Intersectorial de Participación del Distrito (CIP), Comité Distrital de Política Social, Comité Distrital de Derechos Humanos, Equipo Conductor Distrital de Gestión Social Integral y en el nivel local desde las comisiones locales – intersectoriales de participación (CLIP) y equipos conductores locales de gestión social integral.

Generación de espacios territoriales permanentes de discusión y proceso formativo basado en la educación popular, dirigido a líderes y organizaciones sociales autónomas, para cualificar, proporcionar herramientas e instrumentos pedagógicos que permitan el conocimiento y apropiación del contexto territorial y la generación de respuestas integrales a las necesidades de los territorios sociales.

Impacto sobre la respuesta del sector, a partir de los sistemas de escucha de la SDS: La implementación de Acuerdo 543 de 2009, el cual crea el equipo de coordinación sectorial de la gestión social integral en salud de la Secretaría Distrital de Salud, ha facilitado que la planeación de respuestas, parta de las necesidades de la población por territorios específicos y no solos a partir de la oferta institucional.

Se dispone de un servicio a la ciudadanía en salud, que está soportado en un enfoque de orientación e información para facilitar la exigibilidad de la salud como derecho humano fundamental, como un deber del Estado y como una responsabilidad social. Además un servicio al ciudadano en salud, que está desconcentrado y que opera a nivel Distrital y Local (Cades-Supercades-Ferías-ESE-EPS-S-Procesos Masivos), el cual aporta a la construcción de una ciudad garante de derechos.

Este procedimiento se ha desarrollado, con transversalidad Institucional, lo que ha contribuido a que las diferentes dependencias co-responsablemente, hayan también implementado otros mecanismos, estrategias y actividades complementarias para la orientación de ciudadanos(as) y la resolución de sus problemáticas en salud, tales como: Línea CURYC, Ruta de la Salud, Línea 106, Observatorio de Equidad en calidad de vida en salud, entre otros.

El diseño e implementación de un sistema de información distrital y de barreras de acceso – SIDBA, el cual es un desarrollo propio de la Secretaría Distrital de Salud, de bajo costo y que es accesado vía web por los puntos de atención a la ciudadanía en SDS, en los 12 puntos de la Red Cade y Supercade y en las 22 ESE, el cual permite disponer a nivel de cada entidad, a nivel distrital y sectorial, de información sobre la gestión de orientación e información a la ciudadanía en salud y además sobre el panorama de las

barreras de acceso en salud, para que con base en hechos y datos los competentes implementen acciones de mejora.

La articulación y complementariedad de 2 sistemas para la exigibilidad del derecho a la salud: El SQS (Sistema de Quejas y Soluciones) y el SIDBA (Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso), el primero opera vía derecho de petición, y el segundo se anticipa a resolver problemáticas de barreras de acceso a través de un procedimiento de orientación.

Ciudadanos y ciudadanas, que tienen acceso sobre la rendición de cuentas de la gestión integral en salud, por diferentes medios de comunicación (radio, TV. Periódico Participación al Día en Salud y otras piezas comunicativas).

Actores sociales organizados en mecanismos de participación social que lideran las asambleas distritales por el derecho a la salud, audiencias públicas, consultas ciudadanas y foros, sobre el análisis de las problemáticas en salud, las barreras de acceso y construcción de propuestas para el mejoramiento del Sistema Distrital de Salud.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Las acciones para dar respuesta a la problemática identificada, benefició de forma directa en el 2010 a 244.030 ciudadanos y ciudadanas de Bogotá; corresponde a población involucrada en las organizaciones sociales y formas de participación en salud en las veinte (20) localidades de Bogotá; ciudadanos y ciudadanas que acuden a los servicios de atención al usuario de la Entidad, red Cade y Supercade y que de acuerdo con lo observado se caracteriza por ser en su mayoría, por una parte población femenina, desempleadas o algunas dedicadas a actividades de economía informal, con primaria completa, perteneciente a los estratos 1, 2 y 3, mayores de 45 años que no tienen claramente definida su situación sobre aseguramiento en salud.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Quedaron por atender 47.805 ciudadanos, pertenecientes a organizaciones sociales o ciudadanía en las localidades, que se deben involucrar en los procesos de gestión social integral y gestión territorial.

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

Se estima que 312.263 ciudadanos en el 2010, demandara servicios de orientación e información, participen en los procesos de gestión en salud en las localidades de Bogotá o estén involucrados con las formas de participación social en salud.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución del problema

- Evaluación de la implementación de la Política Distrital de Participación Social y Servicio al Ciudadano por el Derecho a la Salud, con las formas de participación social en salud, las organizaciones sociales autónomas y las oficinas de participación social de las ESE, EPS Subsidiadas.
- Evaluación de implementación de la Política Distrital de Participación Social y Servicio al Ciudadano por el Derecho a la Salud, en sus componentes de Participación Social y

Servicio al Ciudadano, a través del estudio sobre la percepción y satisfacción de actores sociales con los procesos de participación social desarrollados a través del componente de gestión territorial, de control social, formas, espacios y de grupos de interés

- Articulación con el IDPAC y la Secretaría de Planeación Distrital para la revisión del POT (Plan de Ordenamiento Territorial), y realización de eventos coordinados con el Consejo Territorial de Planeación, para la revisión del mismo, con participación comunitaria.

Articulación con las diferentes dependencias de la SDS para la implementación de la Política Distrital de Participación Social y Servicio al Ciudadano por el Derecho a la Salud.

- Soporte y asistencia técnica a los procesos llevados a cabo por diferentes direcciones de la SDS, con el fin de propiciar procesos participativos en la formulación y ejecución de planes, programas y proyectos de las diferentes dependencias.
- Desarrollo de acciones de soporte técnico, administrativo y logístico a procesos de audiencias y reuniones liderados por actores sociales y comunitarios y sistematización y evaluación del proceso de construcción y ejecución de los proyectos de autogestión de la formas de participación social en salud.
- Acompañamiento en la formulación de proyectos de autogestión para la construcción y consolidación de formas organizativas sociales en salud de carácter autónoma.

3.10 Diagnóstico Final del Problema.

Frente al problema expuesto de ***“Ciudadanía de Distrito Capital, que no ejerce de forma efectiva, eficiente y eficaz, el derecho fundamental a la salud, y limita su participación a procesos informativos, sin incidir de forma activa y relevante, en la gestión de prestación de servicios y en la respuesta a las necesidades sociales, que afectan condiciones de salud o enfermedad y en últimas sus condiciones de vida”***, el Distrito Capital ha avanzado en la organización social y ciudadanía activa, se ha empoderado en el ejercicio de la exigibilidad, que inciden directamente en temas estratégicos de salud. Existe organización social alrededor de temas de salud, fortalecidos por el conocimiento de sus derechos y los mecanismos de exigibilidad (lo cual ha llevado al reconocimiento en el Distrito Capital del empoderamiento en los procesos de participación del sector salud). Sin embargo esta es una labor permanente que exige de la continuidad de los procesos de fortalecimiento de la participación social

Problema Social No. 10



Abordado por las acciones de Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre hospitalaria

Problema Social No. 10 abordado por las acciones de Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre hospitalaria

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

La morbilidad y mortalidad persistente en la ciudad por patologías diversas que requieren de la respuesta inmediata como el infarto agudo de miocardio, el trauma y las lesiones, entre los más destacados. Del total de traslados de pacientes que se realizan en la red pública, el 29% de los pacientes son por trauma y de estos casi la mitad son por accidentes de tránsito.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

La Aplicación de un modelo de salud, cuyo fundamento central es el ASEGURAMIENTO de la población ante el riesgo de enfermar, la promoción de la competencia como factor de eficiencia y de ampliación de las oportunidades de elección por los usuarios de servicios de salud, la definición de riesgos compartidos entre financiadores y prestadores de servicios, la separación de funciones de rectoría: regulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios, la promoción del uso de recursos privados para la atención de la salud, restringiendo el campo de la actuación del Estado a la satisfacción de bienes públicos y la generación de canastas básicas de atención para los pobres, con criterios de costo/beneficio.

La regulación del Sistema de Seguridad Social de Salud del Distrito Capital- Ciudad Región, con una concepción integral, en la que se definiera claramente su finalidad frente a la salud de la población, en que se visualice que la salud depende ahora, no de la oferta pública, sino de un sistema de oferta y demanda de múltiples planes de aseguramiento, los cuales sólo en su conjunto protegen a la población frente a los riesgos de la salud individual, igualmente, que los planes de salud del sistema de aseguramiento, llamados de beneficio, dependen de actores que no tienen el carácter territorial y con los cuales se deben establecer otras reglas que determinen la efectividad de sus acciones frente a la situación de salud de la población.

El ente territorial no desarrolló las competencias que le permiten ejercer las funciones de rectoría de un Sistema de Seguridad Social en Salud integral y menos un Sistema de Protección Social, con capacidad de regulación y de control de la Salud Pública del Distrito incluido en él, la atención de urgencias. De igual forma falta de desarrollo de mecanismos institucionales que le permitan un sistema de gerencia, para fijar las políticas, regular, planear, invertir, financiar, ejercer inspección, vigilancia y control de todo el sistema de aseguramiento y del sector salud, involucrando activamente todos los sectores con responsabilidad en los determinantes de la salud, situación que se evidencia en la atención de urgencias con mayor fuerza.

No se han reorganizado las redes de servicios según niveles de atención, que integre las diferentes empresas sociales del Estado, favoreciendo la atención de la salud de la población a través de las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, acorde con los principios de Atención Primaria en Salud.

La contratación de servicios de salud, no se realiza teniendo en cuenta los estudios de oferta y demanda de conformidad con la situación de salud, como tampoco con perspectiva territorial, con el fin de brindar a la población un plan integral de servicios de salud individual y familiar, articulando las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y de los planes de salud pública.

No haber avanzado en uno de los aspectos positivos que aún se encuentran vigente de la Ley 10 de 1990, relacionado con la descentralización de la salud en las diferentes localidades y recogido por la Ley 715 de 2001, teniendo en cuenta que dicha ley le otorga competencias a las entidades territoriales para la rectoría del sector salud, posibilitándoles el desarrollo de planes y programas intersectoriales, acorde con las necesidades de salud de la población.

Déficit de competencias del recurso humano del Programa de Atención Pre Hospitalaria

Falta de conocimiento de la comunidad frente al buen uso del servicio de atención Pre Hospitalaria y de la respuesta de la misma en casos de urgencias y emergencias.

En el contexto expuesto se generan problemáticas que afectan la oportunidad en la respuesta a las necesidades de salud de la población:

- Desarticulación de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública y privada para la atención de las necesidades en salud en materia de urgencias.
- Mayor morbilidad y mortalidad por deficiencias en la atención.
- Aumento del tiempo de respuesta pre hospitalario.
- Uso inadecuado de los recursos por la asistencia de varias ambulancias para el mismo incidente por falta de articulación en comunicaciones e información.
- Aumento de barreras de acceso a los servicio de urgencias.
- Mayor riesgo y vulnerabilidad para la población frente a situaciones de emergencias o posibles desastres.
- Deficiente preparación del sector salud y otros sectores frente a emergencias y posibles desastres.
- Mala calidad en la atención pre hospitalaria y servicios de urgencias.

1.3 Focalización

La población beneficiaria del Sistema de Emergencias Médicas en materia de urgencias es la población pobre y vulnerable que requiera un servicio en caso de emergencias y desastres es toda la población que habita en Bogotá.

1.4 Actores que intervienen en el problema

Para el desarrollo del proyecto Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre hospitalaria, se realizo articulación con diferentes sectores y actores, como son las instituciones prestadoras de servicios de salud pública (Empresas Sociales del Estado) y privadas, aseguradoras, empresas administradores de planes de beneficios, administradoras de riesgos profesionales, y Ministerio de Protección Social. El sector científico representado por la Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología [SCOT], la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación [SCARE], la Asociación Colombiana de

Neurología, Asociación Colombiana de Trauma, Sociedad Colombiana de Pediatría, Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria, Asociación Colombiana de Medicina de Emergencias. En el Sector Educativo están la Secretaria de Educación, el Servicio Nacional de Aprendizaje [SENA], Universidades INCCA, Nacional de Colombia, de Antioquia, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, del Rosario, de los Andes, Militar Nueva Granada, y universidad Pontificia Javeriana. Otros sectores: Dirección de Prevención y Atención de Emergencias, Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá D.C. [UAECOBB], Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana, Policía Nacional [MEBOG], Fondo de Vigilancia y Seguridad, y secretarías de Movilidad, Hacienda, Gobierno, e Integración Social.

2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

La adopción en Colombia de un Estado Social de Derecho desde la constitución de 1991, ha generado que las autoridades busquen diferentes maniobras para lograr el cumplimiento cabal de los derechos de las personas, especialmente los derechos sociales y culturales, pues son estos los que protegen la dignidad e integralidad humana, base de nuestro ordenamiento constitucional. Por lo anterior el Gobierno Nacional ha incorporado un listado amplio de derechos sociales en los lineamientos de las políticas públicas y ha ratificado pactos y tratados de derechos humanos, entre los cuales se encuentran los referentes a derechos sociales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el cual se observa el derecho a que todas las personas gocen de un nivel máximo de salud física y mental "Artículo 12", esto en cumplimiento de los artículos 44-48 y 49 de la Constitución Política de nuestro país.

En cumplimiento de estas disposiciones normativas, se creó un nuevo esquema de salud a través de la ley 100 de 1993, que si bien, ha traído grandes beneficios para la población en cuanto a aseguramiento y atención de algunas enfermedades de los sectores más vulnerables de la sociedad, también se observan actualmente resultados no favorables en cuanto a inequidad, universalidad, búsqueda especial del equilibrio financiero y calidad del servicio de salud. El Plan de Desarrollo Nacional 2006 – 2010 propone la política "Mejoramiento del acceso general" la cual propende avanzar en la protección de la población no solo desde la perspectiva de cobertura, sino en términos del mejoramiento del acceso y con mayor importancia la prestación de servicios de salud, en condiciones de calidad y oportunidad.

Dentro del Plan de Nacional de Salud 2007-2010, se encuentra el eje programático Emergencias y Desastres con cuatro áreas sub programáticas: i)Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres; ii)Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres; iii)Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres; iv)Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.

El Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá Positiva, Para Vivir Mejor", esta estructurado en siete objetivos estructurantes de los cuales cinco se alinean con la razón de ser de la Secretaria Distrital de Salud: Ciudad de Derechos, Ciudad Global, Participación y Gestión

Pública Efectiva y Transparente. Dentro del objetivo Ciudad de Derechos se encuentra el programa “Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud” que busca optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del sistema.

2.2 A nivel de la Entidad

El Plan de Salud Distrital está articulado con el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, el primero está estructurado en cinco estrategias, materializado en proyectos de inversión. El proyecto “634 Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre Hospitalaria” se encuentra alineado con la estrategia Redes Sociales y de Prestación de Servicios de Salud y la línea de acción “Modelo de Salud Integral e Incluyente”. El cual busca como objetivo la reorganización de los servicios de salud en el Distrito Capital bajo un modelo de prestación de servicios que responda con accesibilidad, calidad y eficiencia.

El proyecto se dirige a complementar, actualizar y dinamizar el funcionamiento del Sistema Distrital de Atención de Urgencias hacia un Sistema Distrital de Emergencias Médicas, como estrategia fundamental para atender las necesidades de la población en salud que se demandan por la urgencia y que obligan al sector de urgencias y emergencias a mantener un ritmo de adecuación permanente de su gestión con calidad y eficiencia, así como a generar acciones pro activas para avanzar en la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

Meta 1. A 2010 avanzar en un 25% en la actualización e implementación de los planes de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres en los niveles distrital, local e institucional, con participación de la comunidad.

Acciones	Proyección 2010
Asesoría y seguimiento a la implementación de los planes de gestión de riesgo a nivel familiar, escolar, comunitarios, aglomeraciones, institucionales y de sectores productivos	15%
Participación en el desarrollo de los protocolos interinstitucionales de respuesta desde la perspectiva del sector salud	15%
Actualización y difusión del Plan de Gestión de Riesgo Sectorial y el diseño, adopción y fomento de la Política de Hospital Seguro.	18%
Diseño, implementación y difusión de los planes de contingencia sectoriales y hospitalarios frente a situaciones que de manera frecuente afectan la prestación del servicio de urgencias	21%
Actualización y desarrollo del Plan de Preparación y Respuesta frente a la Influenza Pandémica en el Sector Salud	15%
Implementación y seguimiento al Plan de Respuesta del Sector Salud frente a un terremoto y eventos de gran magnitud	35%
Apoyo a la Actualización e Implementación del Plan Institucional de Emergencias de la SDS	15%
Conformación, entrenamiento y capacitación permanente de un	15%

equipo de salud multidisciplinario para apoyo a la respuesta extra- hospitalaria frente a situaciones de urgencias, emergencias y desastres	
Adquisición de insumos y elementos que fortalezcan la capacidad de respuesta de atención médica frente a urgencias, emergencias y desastres	0%
Diseñar e Implementar protocolos de respuesta del sector salud frente a urgencias, emergencias y desastres	20%

Meta 2. A 2012 se habrán concertado e implementado con el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres previamente validada con la comunidad.

Acciones	Proyección 2010
Diseño, implementación y difusión continua de una estrategia de comunicación concertada con los diferentes actores del SDPAE, dirigida a fomentar una cultura de la prevención de los factores de riesgo que inciden directamente en la problemática del SEM	7%

Meta 3. A 2010 capacitar a 10.000 gestores comunitarios como multiplicadores que promuevan el desarrollo de planes específicos para diferentes escenarios (oficinas, edificios, barrios, colegios, etc.).

Acciones	Proyección 2010
Diseñar, implementar y socializar periódicamente el curso de primer respondiente en desastres y continuar la capacitación en primer respondiente en salud mental y primer respondiente básico	8.000
Apoyo continuo a los CLE en la temática de prevención y preparación ante emergencias y desastres en procesos comunitarios en los cuales participe el sector salud.	23%
Diseño, Implementación y socialización periódica de cursos que fomenten la prevención y auto cuidado en patologías de urgencias frecuentes como accidentes caseros, tránsito y enfermedad crónica	4

Meta 4. A 2010 se habrá avanzado en un 22% en la revisión, ajuste y puesta en marcha el Sistema de Emergencias Médicas para el Distrito Capital en el contexto del modelo de salud

Acciones	Proyección 2010
Diseñar e Implementar estrategias que permitan descongestionar los servicios de urgencias y aumentar su capacidad resolutive	22%
Diseñar e implementar el plan de vigilancia de la calidad en la	22%

prestación de los servicios de atención PRE Hospitalaria, de urgencias y del sistema de referencia y contrarreferencia	
Incremento en la capacidad de respuesta y la eficiencia a través del aumento del parque automotor de ambulancias y vehículos de emergencia de respuesta rápida (Motocicletas)	22%
Diseñar e implementar y realizar el seguimiento planes de mejoramiento para la gestión de los procesos de regulación médica para la urgencia y el sistema de referencia y contra referencia	22%
Seguimiento e Intervención permanente en los procesos y demás procedimientos para la recepción de pacientes a través de los servicios de urgencias de la red pública y privada del Distrito Capital	23%

Meta 5. Lograr tiempo de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria de 12 minutos

Acciones	Proyección 2010
Incremento en la capacidad de respuesta y la eficiencia a través del aumento del parque automotor de ambulancias y vehículos de emergencia de respuesta rápida (Motocicletas)	70
Diseñar e implementar y realizar el seguimiento planes de mejoramiento para la gestión de los procesos de regulación médica para la urgencia y el sistema de referencia y contra referencia para mejorar los tiempos de respuesta,	27%
Seguimiento e Intervención permanente en los procesos y demás procedimientos para la recepción de pacientes a través de los servicios de urgencias de la red pública y privada del Distrito Capital para mejorar la productividad de las ambulancias	27%

Meta 6. A 2010 avanzar en un 18% con un sistema de identificación de riesgos actualizado para el Distrito Capital.

Acciones	Proyección 2010
Incremento en la capacidad de respuesta y la eficiencia a través del aumento del parque automotor de ambulancias y vehículos de emergencia de respuesta rápida (Motocicletas)	22%
Diseñar e implementar y realizar el seguimiento planes de mejoramiento para la gestión de los procesos de regulación médica para la urgencia y el sistema de referencia y contra referencia para mejorar los tiempos de respuesta,	22%
Seguimiento e Intervención permanente en los procesos y demás procedimientos para la recepción de pacientes a través de los servicios de urgencias de la red pública y privada del Distrito Capital para mejorar la productividad de las ambulancias	19%

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$40.787.985.000 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$200.000.000 provienen de otras transferencias de la Nación, \$322.985.000 provienen de recursos de capital, 194.224.000 provienen de otros ingresos corrientes \$40.070.776.000 provienen de recursos administrativos.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población beneficiaria del Sistema de Emergencias Médicas en materia de urgencias es la población pobre y vulnerable que requiera un servicio en caso de emergencias y desastres es toda la población que habita en Bogotá. Estadísticamente la población que más solicita el servicio de APH son los pacientes mayores de 60 y menores de 4 años.

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de Cumplimiento

Meta 1. "...A 2010 avanzar en un 25% en la actualización e implementación de los planes de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres en los niveles distrital, local e institucional, con participación de la comunidad...".

Cumplimiento de la meta 84%.

- Se actualizaron e implementaron el 100% de los siguientes planes de respuesta del sector salud de orden Distrital: plan de oleada invernal, plan operación éxodo y retorno, plan semana mayor, plan de emergencia de respuesta frente a la Influenza AH1N1, plan institucional de emergencias (PIRE), plan veinte de julio, plan de contingencia para la temporada de fin de año, plan de contingencia día sin carro.
- Se realizó Asistencia técnica al Plan de Gestión de Riego Hospitalario del 100% de las instituciones de salud públicas de segundo y tercer nivel, al igual que apoyo en el desarrollo de simulacros en instituciones prestadoras de servicios privadas.
- Se llevó a cabo la evaluación de 690 planes de contingencia para aglomeraciones de público con asistencia a 187 puestos de mando unificado equivalente al 100% de las aglomeraciones complejas.
- Se llevó a cabo la adquisición de 20 equipos para emergencias para la intervención en situaciones de desastres, lo que permite una dotación disponible y uniforme que garantice una autonomía del recurso humano, de mínimo por 8 días en las zonas de impacto.
- Se realizó la coordinación y participación en el II Simulacro Distrital de Salud, I Simulación Distrital y la Simulación Internacional INSARAG en el 100% de los escenarios donde el sector salud hace parte de la respuesta.
- Se diseñó del 80% del ejercicio de simulación virtual de la SDS- Dirección Centro Regulador de Urgencias de cuatro horas para la SDS-DCRUE.

Meta 2. "...A 2010 se habrán concertado e implementado con el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres previamente validada con la comunidad...".
Cumplimiento: 100%.

- Se llevó a cabo la articulación de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres de la DCRUE con FOPAE en la difusión de la estrategia "Con los pies en la tierra", con una intervención a 8.640 personas.

Meta 3. "...A 2010 capacitar a 10.000 gestores comunitarios como multiplicadores que promuevan el desarrollo de planes específicos para diferentes escenarios (oficinas, edificios, barrios, colegios, etc.)...". Cumplimiento de la meta 108%

- Se realizó capacitación a 10.830 personas para fortalecer la respuesta frente a situaciones de urgencia, emergencia y eventuales desastre en diferentes escenarios , a través de los siguientes programas:
- Se desarrolló el curso Primer Respondiente Básico y Esencial: se logró capacitar a 8.640 personas, para responder acertadamente como primer contacto ante una urgencia o emergencia, mientras los servicios de salud arriban en el lugar de los hechos.
- Se llevó a cabo el curso Sistema Comando de Incidentes con una cobertura de 428 actores del Sistema de Emergencias Médicas Distrital, personas capacitadas superando en un 60% la población capacitada en el año 2009.
- Se realizó el curso para el fortalecimiento del personal de las tripulaciones del programa APH modalidad presencial 1.481
- Se desarrollaron módulos básicos y avanzados para el personal de programa APH con temáticas como Curso de Reanimación Neonatal, Soporte Vital Modulado en trauma con una participación de 269 personas.
- Se llevó a cabo el fortalecimiento del personal médico del Centro Operativo a través del curso Medico Regulador que permite mejorar la regulación de la urgencia de los incidentes que ingresan por la línea 123.
- Se desarrolló e implementó la educación virtual con el programa para el Fortalecimiento las Competencias de los Actores del Sistema de Emergencias Médicas, con una participación de 612 miembros del Programa Atención Pre-hospitalaria en tres módulos temáticos como fueron: ventajas de la educación virtual, Sistema Distrital de Emergencias Médicas, Recurso Humano y Ámbito Prehospitalario, Primer Respondiente.
- Se articuló con el sector educativo para incluir la cátedra Primer Respondiente en 43 instituciones educativas de la localidad Ciudad Bolívar para la vigencia 2011.
- El impacto del programa de fortalecimiento de las competencias, curso primer respondiente básico medido a través de encuestas realizada dentro del año después de haber recibido la capacitación, muestra que el 99% de los encuestados saben cómo activar el Sistema de Emergencias, casi un 30% no tienen claro que no deben devolverse a la estructura colapsada para buscar personas y/o pertenencias en casos de terremoto. Las respuestas con más bajo porcentaje de acierto son las clínicas tanto en la comunidad como en personas del sector salud.

Meta 4. "...A 2010 se habrá avanzado en un 22% en la revisión, ajuste y puesta en marcha el Sistema de Emergencias Médicas para el Distrito Capital en el contexto del modelo de salud...". Cumplimiento 81%.

Se realizó el fortalecimiento de los componentes del Sistema de Emergencias Médicas a través de:

- Fortalecimiento de la Función de Rectoría: integración de los actores del Sistema de Emergencias Médicas Distrital, bajo el liderazgo y coordinación del DCRUE, dentro de los actores participantes se encuentra los servicios de urgencias de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, instituciones que prestan el servicio del programa atención pre hospitalaria, direcciones misionales de la SDS (Salud Pública, Aseguramiento, Desarrollo de Servicios), el Ministerio de Protección Social, y articulación con la Secretaria de Gobierno, FOPAE, Unidad Administrativa Cuerpo Oficial de Bomberos entre otros.
- Estructuración del documento técnico para tramitar la implementación de los desfibriladores externos semiautomatizado (DEA), en los centros comerciales para así mejorar la respuesta de la comunidad ante situaciones de urgencia al actuar como primer respondiente ya que del total de incidentes que ingresaron a la DCRUE en el año 2010 el 0,4% de las atenciones corresponden a paro cardiorrespiratorio.
- Articulación con las instituciones de salud pública y privada para la estandarización de triage con el ánimo de unificar los criterios de clasificación en los servicios de urgencias.
- Fortalecimiento de la capacidad de transporte: Ampliación del número de vehículos del programa atención pre hospitalaria con 70 nuevos recursos, incrementando el 100% del parque automotor, para mejorar la cobertura territorial del programa y propender por la disminución del tiempo de respuesta.
- Ingreso al programa del vehículo de apoyo en psicología para valorar principalmente los pacientes relacionados con maltrato y se hacen en promedio 4 atenciones /día,
- Implementación del programa de seguimiento al programa atención pre hospitalario para mejorar la calidad en la prestación de servicios relacionados con la urgencia a través de verificaciones de campo
- Implementación puntos de control de calidad: estructuración del plan de vigilancia y seguimiento del programa atención pre hospitalaria, servicios de urgencias y la regulación de la urgencias identificando oportunidades de mejora y estableciendo puntos de control para garantizar a los usuarios de la línea de emergencias 123 agencia salud, atención efectiva y eficiente con un avance del 90%, dentro de los resultados de las encuestas satisfacción del usuario se observa que:
- La satisfacción del servicio telefónico del APH muestra que el 84% de los encuestados calificaron la atención telefónica como excelente y buena y en cuanto la utilidad de la información dada se calificó con un 80% entre buena y excelente.
- La satisfacción del programa de APH en aspectos como presentación personal fue calificada con buena o excelente en un 91%, el tiempo dedicado a los pacientes 89%, Oportunidad en la atención 88%, conocimientos del funcionario 87%, respeto y compromiso 86%, amabilidad y confianza que le inspiro 80%, comprensión de sus necesidades 71% que fue el puntaje más bajo.

- Desarrollo de acciones de Información: diseño y desarrollo de dos proyectos informáticos, i) software de trauma para medir la trazabilidad del trauma mayor en Bogotá y mejorar el manejo y seguimiento de los pacientes con trauma, así mismo permitirá tomar acciones tendientes a disminuir los casos de traumas evitables; ii) Sistema de información de la DCRUE para la sistematización de la información del Centro Regulador de Urgencias con un avance del 90% del SIDCRUE con desarrollo de los módulos: disponibilidad de camas, medico regulador, emergencias, triage de emergencias, referencia contrareferencia, intoxicados, psiquiatría, aglomeraciones, reporte de la dirección, ambulancias fuera de servicio, novedades gestor, solicitud salida de ambulancias, comunicaciones, capacitación ,calidad.
- Desarrollo de acciones de comunicación: integración del sistema de comunicaciones del 100% de vehículos de emergencias del programa Atención Pre hospitalaria y el 43% de instituciones de salud de la red pública (ESE - Hospitales -UBA-CAMI)

Meta 5. “...Lograr tiempo de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria de 12 minutos: Cumplimiento...”. Cumplimiento 13%. Tiempo de cierre en 2010: 13 minutos y 42 segundos.

- Durante el año 2010 se recibió en promedio mes 58.000 incidentes por la línea de emergencia 123, de los cuales el 36% son duplicados, el 14% son asesorías e intervenciones en situaciones de urgencias médica o psicológica y un 6 % son competencia de otros sectores y en el 44% se realizan despacho de vehículos de respuesta rápida para APH.
- El total de incidentes que ingresaron al Centro Operativo a través de la línea 123 fue de 639.531, el 44% fueron despachos (289.029). De acuerdo con el tipo de atenciones por vehículo de emergencias, el 61% fueron de ambulancias básicas, 16% ambulancias medicalizadas, 8.1% vehículos de respuesta rápida (motos) y el 4.3% ambulancias neonatales entre otros.
- Respuesta a 433 emergencias en salud presentadas en el Distrito Capital equivalente al 100% de las mismas, con un crecimiento del 19% con respecto al 2009.
- Ubicación del 93.5% de maternas antes de 6 horas dentro del Sistema de Referencia y Contra referencia
- Ubicación del 83.1% de pacientes críticos antes de 6 horas dentro del Sistema de Referencia y Contra referencia-

Meta 6. “...A 2010 avanzar en un 18% en el sistema de identificación de riesgos actualizado para el distrito capital. Cumplimiento...”. Cumplimiento 88%

- Investigación de accidentes de tránsito, con la Universidad de Antioquia, CISALVA de la Universidad del Valle y COLCIENCIAS, para identificar los factores protectores y riesgo para accidentes fatales y no fatales y así establecer en conjunto con la Secretaria de Movilidad y Secretaria de Gobierno, estrategias de prevención.
- Mantenimiento de la sala situacional de urgencias y emergencias a través de la captura análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones. Con publicación de seis boletines epidemiológicos y cinco NOTIDCRUE

- Georeferenciación de emergencias y accidentes de tránsito, -heridas por arma de fuego y arma corto punzante, enfermedad común-patologías no traumáticas que ingresan a la línea 123.

3.2 Indicadores

- Porcentaje de avance en la implementación de los planes operativos de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres programados.
- Avance en la implementación de una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres.
- Población capacitada.
- Avance en el desarrollo e implementación del Sistema de Emergencias Médicas-SEM
- Tiempo disminuido en la respuesta de la Atención Pre Hospitalaria.
- Avance en el sistema de identificación de riesgos, porcentaje de avance en la implementación de los planes operativos de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres programados
- Porcentaje de avance en la implementación de una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres
- Número de personas capacitadas en urgencias, emergencias y desastres.
- Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación del Sistema de Emergencias Médicas.
- Número de minutos disminuido en la respuesta de la Atención Pre Hospitalaria.
- Porcentaje de avance en la identificación y actualización del Sistema de identificación de riesgos

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$40.521.314.390 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$35.114.943.019.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

- Limitaciones Normativas: actualmente la organización y funcionamiento del actual Sistema de Atención de Urgencias Médicas se encuentra regulado por el Acuerdo Distrital No. 16 de 1991, que no fue modificado con la ley 100, normatividad vigente que responde a los criterios científicos, técnicos, administrativos, sociales y políticos propios de la conjunción de modelos y sistemas adoptados en la década de los años 90, que le señalan acciones y aportan recursos para atender la necesidad de atención por la vía de la urgencia médica a una población determinada que se modifica de manera permanente en cuanto a su caracterización de salud, social, económica y laboral, de sus formas de relacionarse entre si y con la institucionalidad; pero también en medio de las cambiantes formas de funciones, competencias, de instituciones públicas y privadas a quienes el Estado les confía la administración de la salud, por lo anterior el ajuste a la actual normativa es una limitación a la propuesta ya que se debe primero modificar la norma que regirá el propuesto Sistema de Emergencias Médicas- SEM

- Limitaciones de orden técnico, tecnológico, científico y de administración: la adquisición y desarrollo de medios de comunicación, de transporte, de información, procedimientos y procesos, medios e instrumentos que permiten la prestación de servicio con respuestas eficaces, oportunas e integrales; se ven obstaculizadas en las entidades públicas y privadas de salud, por la dificultad en muchas de la obtención de estas herramientas.
- Limitaciones de orden económico: para el cumplimiento total del proyecto se requiere un presupuesto mayor al asignado, por lo cual se dejarían de hacer algunas actividades propuestas inicialmente.
- Limitaciones del Recurso Humano: alta rotación de personal médico y paramédico por falta de garantías económicas y laborales y debilidades en las competencias de los mismos.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

- Fortalecimiento del Sistema de Emergencias Médicas a través del desarrollo e implementación de los subsistemas: rectoría, prestación de servicios (Atención Pre hospitalaria – Servicios Hospitalarios de Urgencias y Sistema de Referencia y Contrarreferencia) transporte, comunicaciones, gestión del riesgo e Información, a través de las acciones adelantadas por la Secretaria de Salud - Dirección Centro Regulador de Urgencias
- Aumento de la cobertura poblacional del programa atención Pre hospitalaria en un 35.6% y en un 100% de cobertura geográfica.
- Aumento del parque automotor del programa Atención Pre hospitalaria en la ciudad
- Preparación de sector salud para dar respuesta a situaciones de emergencias y desastres a través de: planes de emergencia hospitalaria y los planes de preparación y respuesta de emergencias.
- Mayor cubrimiento en los Puesto de Mando Unificado de las aglomeraciones complejas disminuyendo y mitigando los riesgos que se presentan en este tipo de eventos.
- Fortalecimiento de las competencias del personal que hace parte del programa Atención Pre hospitalaria a través de programas de educación modalidad virtual y presencial.
- Preparación a la comunidad para responder acertadamente como primer contacto ante una urgencia o emergencia, mientras los servicios de salud arriban en el lugar de los hechos a través del curso primer respondiente con una cobertura de 8.640 personas capacitadas.
- Desarrollo del sistema de información de la Dirección para garantizar la oportunidad, severidad y calidad del dato.
- Diagnostico situacional de accidente de tránsito en Bogotá, a través de la investigación con la Universidad de Antioquia, CISALVA de la Universidad del Valle, cofinanciado por COLCIENCIAS, para identificar los factores protectores y de riesgo en accidentes fatales y no fatales y así establecer en conjunto con la Secretaria de Movilidad y Secretaria de Gobierno estrategias de prevención.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Se atendieron 696.531 solicitudes a través del Número Único de Seguridad y Emergencia y se despacharon los vehículos para Atención Pre Hospitalaria (valoración y/o traslado) a 289.029 Bogotanos², que solicitaron el servicio, el resto de llamadas fueron para información o asesoría.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Se estima el 22% de la población a la que se le despacha el servicio de ambulancia que para Atención pre Hospitalaria no se le hace una atención efectiva, pues cancelan el servicio o son trasladados por otros vehículos antes de llegar la ambulancia enviada por el CRUE, el 9% es traslado por familiar y otro 9% por otra móvil de salud y un 4% por policía.

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

La población beneficiaria del proyecto Ampliación del Programa Atención Pre hospitalaria es la población bogotana que requiera un servicio de urgencias y/o emergencias.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

- Proyecto de Accidentes de Tránsito, con la Secretaria Distrital de Salud, la Universidad de Antioquia y Cisalva de la Universidad del Valle, cofinanciado por Colciencias, para identificar los factores protectores y de riesgo en accidentes fatales y no fatales y así establecer en conjunto con la Secretaria de Movilidad y Secretaria de Gobierno estrategias de prevención.
- Convenios de cooperación con instituciones educativas como la Universidad INCCA, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, para la preparación del talento humano en la respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y desastres.
- Convenio de cooperación con la Unidad Especial Cuerpo Oficial de Bomberos, para mejorar la respuesta frente a situaciones y escenarios de emergencias [complejas, múltiples víctimas, entre otros] y desastres [naturales o antrópicas], en colapsos estructurales. Convenios de cooperación con instituciones educativas Universidad INCCA, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, para la preparación del talento humano en la respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y desastres.
- Convenio de cooperación con la Unidad Especial Cuerpo Oficial de Bomberos, para mejorar la respuesta frente a situaciones y escenarios de emergencias (complejas, múltiples víctimas, etc.) y desastres (naturales o antrópicas), en colapsos estructurales etc.
- Articulación con la Secretaria de Educación para la inclusión en la cátedra el curso Primer Respondiente en 43 colegios de la Localidad de Ciudad Bolívar.
- Articulación con movilidad (fondo de seguridad vial) para fortalecer la prevención y seguridad vial
- Articulación con la Dirección Desarrollo de Servicios, la Reorganización de la Redes de Servicios del Distrito en el componente Urgencias.

² Fuente: Crystal Report NUSE, Para el total el dato de diciembre es proyectado.

- Articulación con la Dirección Desarrollo de Servicios para la revisión y propuesta de modelo de prestación de servicios de Salud.

3.10 Diagnóstico final del problema

- Ha habido un avance significativo en la preparación del Sector Salud frente a la mitigación de los riesgos que se presentan en la ciudad como oleada invernal, incendios, pandemias y esta preparación se ve reflejada en los planes de prevención simulacros y simulaciones en los diferentes escenarios (Hospitales, instituciones) ante emergencias o desastres.
- Con los cursos de primer respondiente se han venido preparando a la ciudadanía en general y a grupos especiales (taxistas, policía, maestros) en la adquisición de habilidades y competencias para auxiliar a las personas ante una urgencia. Se ha fortalecido las competencias del personal médico y paramédico de la Atención Pre Hospitalaria, a través de cursos presenciales y a través de la web.
- Fortalecimiento del Centro operativo de la DCRUE con la ampliación a 5 zonas de despacho para la APH
- Se fortaleció el parque automotor del programa de Atención pre hospitalaria en el 2010 con la entrada de 70 nuevos vehículos. Se estandarizaron los procedimientos y guías de la Atención Pre Hospitalaria.
- Se dio inicio al ejercicio de rectoría con las auditorías al programa de APH, central de Regulación, encuestas de satisfacción, Prueba de competencias entre otras.
- Diseño de proyectos como respuesta Pre hospitalaria con equinos para el área rural de Nazaret.
- Medición de la trazabilidad del trauma mayor en Bogotá a través del software de trauma.
- Inclusión en la normativa de la creación de los CRUE y del lineamiento de los Sistema de Emergencias Médicas.

Problema Social No. 11



**Abordado por las acciones de
mejoramiento de la Infraestructura
Hospitalaria**

Problema Social No. 11 abordado por las acciones de mejoramiento de la Infraestructura Hospitalaria

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

La Red Hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, está conformada por 22 instituciones prestadoras de servicios de salud, transformadas en Empresas Sociales del Estado, distribuidas de la siguiente manera: Cinco [5] corresponden al tercer nivel de atención, Ocho (8) instituciones de segundo Nivel de atención y Nueve (9) instituciones de primer nivel de atención; algunos de los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud se encuentran en las localidades prioritarias, como lo son: en Ciudad Bolívar están los Hospitales Vista Hermosa I Nivel de atención con los 14 puntos de atención que lo conforman y Meissen; en la Localidad de Usme se encuentra el Hospital de Usme, en la Localidad de Bosa se encuentran los Hospitales de Bosa II Nivel y el Pablo VI Bosa I nivel, en la Localidad de San Cristóbal se encuentran los Hospitales de San Blas II Nivel, La Victoria III Nivel de atención y San Cristóbal; en la Localidad de Suba el Hospital de Suba II Nivel de atención y en la Localidad de Engativá el Hospital de Engativá II Nivel de atención.

El principal problema que presentan estas instituciones está dado por la deficiente calidad en la prestación de los servicios de salud, debida a condiciones de infraestructura y de dotación no adecuadas, de igual forma, dentro de las dificultades de la infraestructura física se destacan los procesos de legalización de predios que adelanta Secretaría Distrital de Salud, soportados en diferentes situaciones que han impedido cumplir con los cronogramas establecidos, por el lleno de requisitos con que debe cumplir cada predio para tener los documentos y permisos en regla que permitan realizar los procesos de contratación y ejecución de las necesidades requeridas para los Punto de Atención definido para implementar el reforzamiento estructural; la situación de los predios ha dificultado el proceso de incorporación topográfica ante el Departamento Administrativo de Catastro Distrital, tendiente a la legalización urbanística de los predios.

En legalización urbanística, se presentan problemas como la no correspondencia entre los linderos del plano topográfico y las escrituras con que se cuenta. El Departamento Administrativo de Planeación Distrital ha ido sumando estudios al Plan de Regularización y Manejo como son: estudios de tránsito de baja, media y alta complejidad que deben ser revisados por la Secretaría de Movilidad, estudios para construcciones de patrimonio histórico y otros estudios que la Entidad en la forma que le ha sido posible ha incluido en su contratación pero que afectan los tiempos.

Revisadas las citadas consideraciones se observa que ellas implican necesariamente una afectación en las edificaciones objeto de reforzamiento, modificando la funcionalidad de edificaciones que han venido prestando atención en servicios de salud con anterioridad a la entrada en vigencia del Plan de Ordenamiento Territorial, incluso propiciando la factibilidad de reposición inmobiliaria cuando la afectación es mayor. Algunas de las instalaciones aunque cumplen a la fecha con la norma que rige el sector salud, su vida

útil ha sido superada y presentan problemas de hacinamiento, ventilación e iluminación, requiriendo para la prestación de servicios de ampliaciones, remodelaciones, adecuaciones y en algunos casos en que se presenta un alto deterioro de reposición. El tiempo de construcción de las edificaciones: La mayoría de las instituciones ya cumplieron con su vida útil, se evidencia que es necesario realizar intervenciones importantes en los sistemas vitales como son: redes hidrosanitarias, eléctricas, reforzamiento estructural, entre otras y siendo necesario dar estricto cumplimiento con la Norma Colombiana de Diseño y Construcción Sismo Resistente, conocida como NSR/98.

En dotación y reposición de equipos médicos, la desactualización tecnológica; se ocasiona continuamente a medida que se desarrollan nuevas mejoras por parte de los productores y que hace que salgan del mercado tecnologías que aunque no sean muy antiguas, si son menos rentables, las firmas productoras ya no producen los repuestos que permitan mantener los equipos en operación; adicionalmente los equipos existentes con el transcurso del tiempo incrementan su nivel de obsolescencia y deterioro físico con el consecuente detrimento en la calidad y oportunidad de los servicios, por lo que se hace necesario proyectar su reposición para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente la Secretaría Distrital de Salud administra el funcionamiento del Centro Zoonosis, Hemocentro Distrital, Laboratorio de Salud Pública, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y el Centro Administrativo, los cuales en la actualidad se encuentran terminados y en operación. Con el fin de mejorar las condiciones de operación y servicios a la comunidad se hace necesario realizar obras específicas en cada uno de estos centros dependiendo de su función, la cual se describe a continuación:

Centro Zoonosis: contempla una infraestructura física diseñada para suplir las condiciones de tipo logístico en el desempeño de las actividades necesarias para cumplir con las políticas de salud pública, a fin de controlar la problemática de la población canina bogotana. Las funciones básicas del Centro de Zoonosis son la vigilancia, prevención, diagnóstico y control de las Zoonosis en los términos del Decreto 2257 de 1986 del Ministerio de Salud y sus decretos complementarios dentro de las cuales se incluyen realizar vacunación antirrábica canina y garantizar la entrega oportuna de los insumos para este programa, realizar observación de los animales sospechosos de tener rabia por un periodo de 10 días, coordinar con las ESE la ejecución de las recolecciones caninas callejeras y servir de resguardo a los animales recogidos., favorecer el programa de adopción canina. • realizar eutanasia de acuerdo con la resolución 005215 de 1996 la cual establece la sobredosis de barbitúricos como método para ejecutar este procedimiento.

Igualmente, el Hemocentro Distrital, el Laboratorio de Salud Pública, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y el Centro Administrativo, prestan servicios a todas las localidades del Distrito Capital dentro de las competencias de cada uno, sus instalaciones requieren obras y dotación para mejorar el servicio que prestan a la comunidad.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Las causas presentadas dentro de la infraestructura física de las Empresas Sociales del estado, así como en la adquisición de equipos médicos, presentan problemas de

Infraestructura física inadecuada e insuficiente. No cumplimiento de condiciones básicas para la prestación de servicios. Incumplimiento de la normatividad sismo resistente. Aparición de centros poblados no legalizados. Insuficiencia de redes de servicios. Desconocimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia del auto cuidado de la salud. Infraestructura improvisada, carente de espacios para programación, desarrollo y evaluación de actividades de promoción, prevención y habilitación. Accesibilidad inadecuada de los usuarios a los servicios de salud.

Como efectos se tienen, la oportunidad menor a la requerida; la adaptación de espacios y alquiler de casas; el desplazamiento de los usuarios a otros centros de atención más lejanos que prestan servicios complementarios; el bajo Impacto en las actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad; la imposibilidad de inversión en mejoramiento de infraestructura actual, porque el predio actual es de uso público; problemas de salud en el embarazo, así como de enfermedades como infecciones respiratorias agudas [IRAs] y enfermedades diarreicas agudas, además de los bajos niveles de prevención de la enfermedad por hábitos inapropiados de cuidado de la enfermedad; desunión familiar, maltrato y violencia intrafamiliar, embarazos no deseados y aumento de la maternidad precoz; Insatisfacción con el servicio e inversiones en infraestructura inadecuadas para la atención.

1.3 Focalización

Los habitantes directamente afectados, son la población pobre y vulnerable usuaria de los servicios de las Empresas Sociales del Estado, que se encuentran en las veinte [20] localidades en las que está distribuida Bogotá, aunque la salud es un derecho adquirido por la comunidad, el desarrollo del proyecto se ha centrado en la población que pertenece a las localidades con necesidades básicas insatisfechas.

1.4 Los actores que intervienen en el problema

La Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Red Pública Hospitalaria de Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, Organizaciones Comunitarias, Secretaría de Hacienda de Bogotá, Banco Mundial y Entidades encargadas de tramitar y emitir los permisos y licencias necesarias para la ejecución de las obras.

2 Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el “Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor 2008-2012”, en el Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias se propone: “...**Que la gestión y la inversión social estén en función de la prestación de los servicios sociales en términos de su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia...**”. De igual forma, en el programa para el fortalecimiento y provisión de los servicios de salud se busca: “...**Optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del sistema...**”; planteamientos estos en los cuales se soportan las intervenciones planteadas para solucionar el problema descrito.

Por su parte, el Plan de Ordenamiento Territorial POT, adoptado mediante Decreto 619 de 2004, se constituye en el instrumento de planeación de largo plazo en el cual se considera a Bogotá dentro del marco de Ciudad Región, consolidando la oferta de bienes y servicios de salud en los diferentes grados de complejidad, potenciando las ventajas comparativas derivadas de su localización estratégica. En este sentido, el Plan Maestro de Equipamientos en Salud [PMES], adoptado mediante Decreto 318 de 2006, se concibe como el instrumento de planificación sectorial con el cual se pretende equilibrar la oferta de servicios de salud con relación a la complejidad y uso de los mismos; en armonía con su influencia local, zonal y regional, para lo cual se deberán promover acciones selectivas que prioricen las inversiones del sector, faciliten el uso de la infraestructura existente y se oriente la construcción de nueva infraestructura en zonas deficitarias

2.2 A nivel de la Entidad

La Secretaria Distrital de Salud, formuló, inscribió y registró en el Banco de Programas y proyectos del Distrito, el Proyecto de Inversión 633 Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria, con el cual se persiguen los siguientes objetivos: **“...Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital...”**; **“...Reorganizar los servicios de salud en el Distrito Capital bajo un modelo de prestación de servicios que responda a la accesibilidad, calidad y eficiencia...”**; **“...Mejorar la infraestructura física de la Red prestadora de servicios de salud del Distrito, con enfoque de Red, bajo un modelo de prestación de servicios que responda a la accesibilidad, calidad y eficiencia...”** y **“...Mejorar y mantener las sedes administrativas del sistema de atención de salud en la ciudad para mejorar el servicio que se presta a la comunidad...”**

2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

Meta 01: “...Ejecutar el 40% de las obras del plan maestro de equipamiento en salud y realizar seguimiento al 100% de los mismos...” Meta 02: “...Renovar el 5% de los equipos de tecnología biomédica de las empresas sociales del Estado para servicios críticos priorizados...”

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$110.984.682, por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$110.984.682 provienen de Aportes Ordinario del Distrito Capital.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Los habitantes directamente afectados es la población pobre y vulnerable usuaria de los servicios de las ESE, que se encuentran en las veinte [20] localidades en las que está distribuida Bogotá, aunque la salud es un derecho adquirido para por toda la comunidad, el desarrollo del proyecto se ha centrado en la población que pertenece a las localidades con necesidades básicas insatisfechas.

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

Meta 1: Ejecutar el 40% de las obras del plan maestro de equipamiento en salud y realizar seguimiento al 100% de los mismos. Se ejecutaron al 100% las obras y actividades programadas en el año 2010, los cuales consistieron en:

- Entrega a la comunidad de la Sede el Guavio - Hospital Centro Oriente.
- Se adjudicaron los contratos de obras e interventoría para la reposición del CAMI Chapinero, en el marco de la norma del Banco Mundial.
- Se adjudicó la interventoría para la construcción de la Upa Los Libertadores.
- Se suscribieron los contratos de obras e Interventoría para el reforzamiento y la ampliación del Hospital Occidente de Kennedy, en el marco de la norma del Banco Mundial.
- Apertura de la Licitación Pública Nacional para la construcción de la UPA Libertadores.
- Apertura de los procesos de obras e interventoría, a través de la Licitación Pública Nacional, para la Construcción de la Upa Antonio Nariño y el reforzamiento estructural del CAMI Pablo VI Bosa.
- Se adelantó la etapa precontractual (estudios, obras e Interventoría) de la construcción de la UPA 48 Fontibón, y se encuentra en etapa de ejecución de los diseños y estudios técnicos.
- .

Meta 2: Renovar el 5% de los equipos de tecnología biomédica de las ese para servicios críticos priorizados.

- Se llevó a cabo la dotación de la sede El Guavio - Hospital Centro Oriente.
- Se realizó la reposición de los equipos del área de esterilización de las unidades de cuidados intermedios del Hospital Santa Clara III Nivel de Atención.
- Se realizó la reposición y adquisición de la dotación de los equipos biomédicos para las áreas de pediatría, urgencias, unidades de cuidados intermedios y imagenología del Hospital Tunal III Nivel de Atención
- Se realizó la reposición y adquisición de la dotación biomédica para las áreas de imagenología, hospitalización, psiquiatría y consulta externa del Hospital de Occidente de Kennedy III Nivel de Atención.

3.2 Indicadores

Porcentaje de avance en la ejecución del 40% de las obras del plan maestro de equipamiento en salud y realizar seguimiento al 100% de los mismos. Porcentaje de avance en la dotación del 100% de las infraestructuras nuevas de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital. Porcentaje de avance en la renovación del 5% de los equipos de tecnología biomédica de las Empresas Sociales del Estado para servicios críticos priorizados. Porcentaje de avance en la ejecución de obras y suministro de dotación para la Secretaria Distrital de Salud.

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$142.801.728.778 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$77.225.182.355.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

Tiempos de trámites ante las entidades competentes para expedición de permisos y licencias. Tempos de respuestas técnicas dadas por los consultores y las empresas sociales del estado, responsables en desarrollo de los contratos de los estudios técnicos.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Con el desarrollo de nueva infraestructura hospitalaria y el mejoramiento de la existente en el Distrito Capital, se logró el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad, a través de la ejecución de las obras de las infraestructuras físicas de las E.S.E. Se incide directamente en indicadores de oportunidad y cobertura de los servicios de salud en las localidades de Mártires, Santafé, Candelaria, San Cristóbal, Kennedy, Chapinero, Bosa, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Mediante la ejecución de las metas establecidas en el proyecto se benefician las 20 Localidad del Distrito Capital.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las 20 Localidades del Distrito.

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

La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las 20 Localidades del Distrito.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Se llevó a cabo la coordinación y se asistió a reuniones interinstitucionales para dar solución a los trámites sobre los permisos y licencias de construcción requisitos previos para la ejecución de las obras. Se convocó y asistió con los diferentes actores involucrados en el proyecto con el fin de dar respuestas y las inquietudes técnicas, resultantes de las consultorías.

3.10 Diagnostico final del problema

Se ha incidido de manera positiva en la calidad de la prestación de los servicios hospitalarios de salud, debido a los esfuerzos hechos para mantener e incrementar la disponibilidad de la infraestructura hospitalaria de la ciudad de bajo, mediano y alto costo, de manera que cumpla con los estándares mínimos tanto de habilitación como de sismo resistencia. Se priorizaron intervenciones en el marco del presente Plan de Gobierno Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor 2008-2012, de la mano con lo mandado en el Plan Maestro de equipamientos en salud [PMES] y en el Plan de ordenamiento Territorial [POT] para la ejecución de obras tales como adecuaciones, remodelaciones

reforzamiento estructural y obras nuevas para los puntos de atención adscritos a la Secretaría Distrital de Salud.

Problema Social No. 12



Abordado por el Plan Maestro de
Equipamiento en Salud

Problema Social No. 12 abordado por el Plan Maestro de Equipamiento en Salud

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

La inequitativa distribución geográfica de los prestadores de servicios de salud en Bogotá, implica una barrera de acceso a los servicios para la población en condición de vulnerabilidad de la ciudad que requiere decisiones de regulación de la oferta de servicios, para lo cual, la formulación e implementación del plan maestro de equipamientos en salud se ha constituido en una herramienta de importancia que requiere de un proceso de implementación y seguimiento desde los estudios de oferta y demanda.

El diagnóstico para las I.P.S. privadas y no adscritas ha permitido identificar una serie de impactos de carácter urbanístico y en la movilidad que afectan la prestación de servicios de salud para los grupos de población más vulnerables de la ciudad, con base a lo anterior y de acuerdo con la agenda establecida con la Dirección de Planes Maestros y Complementarios de la Secretaría Distrital de Planeación, se hace necesario complementar y armonizar el Decreto 318 de 2006 incorporando políticas, estrategias y norma urbana que permitan equilibrar la oferta y facilitar el acceso de la población en general a los servicios de salud en Bogotá D.C. respondiendo a la consolidación de las centralidades y garantizando la coherencia del Plan de Ordenamiento Territorial, P.O.T, en el modelo territorial propuesto para la ciudad.

Si bien los procesos de desconcentración han operado en Bogotá, sus desarrollos aún son escasos y persisten serias desigualdades en el uso del territorio y la disponibilidad de suelo dotacional en las diferentes localidades, teniendo como efecto una ciudad segregada.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Las causas identificadas se estiman en las desigualdades en el uso del suelo dotacional disponible y la segmentación de la localización de los equipamientos de salud en el territorio: El 50% de los prestadores se ubican en la zona norte, el 20 %, en las zona sur occidente, el 18% centro oriente y el 12% sur de la ciudad, y así mismo, lo cual genera barreras geográficas en el acceso, determinando impactos urbanos negativos sobre la ciudad identificados mediante el estudio urbano de los prestadores privados de servicios de salud.

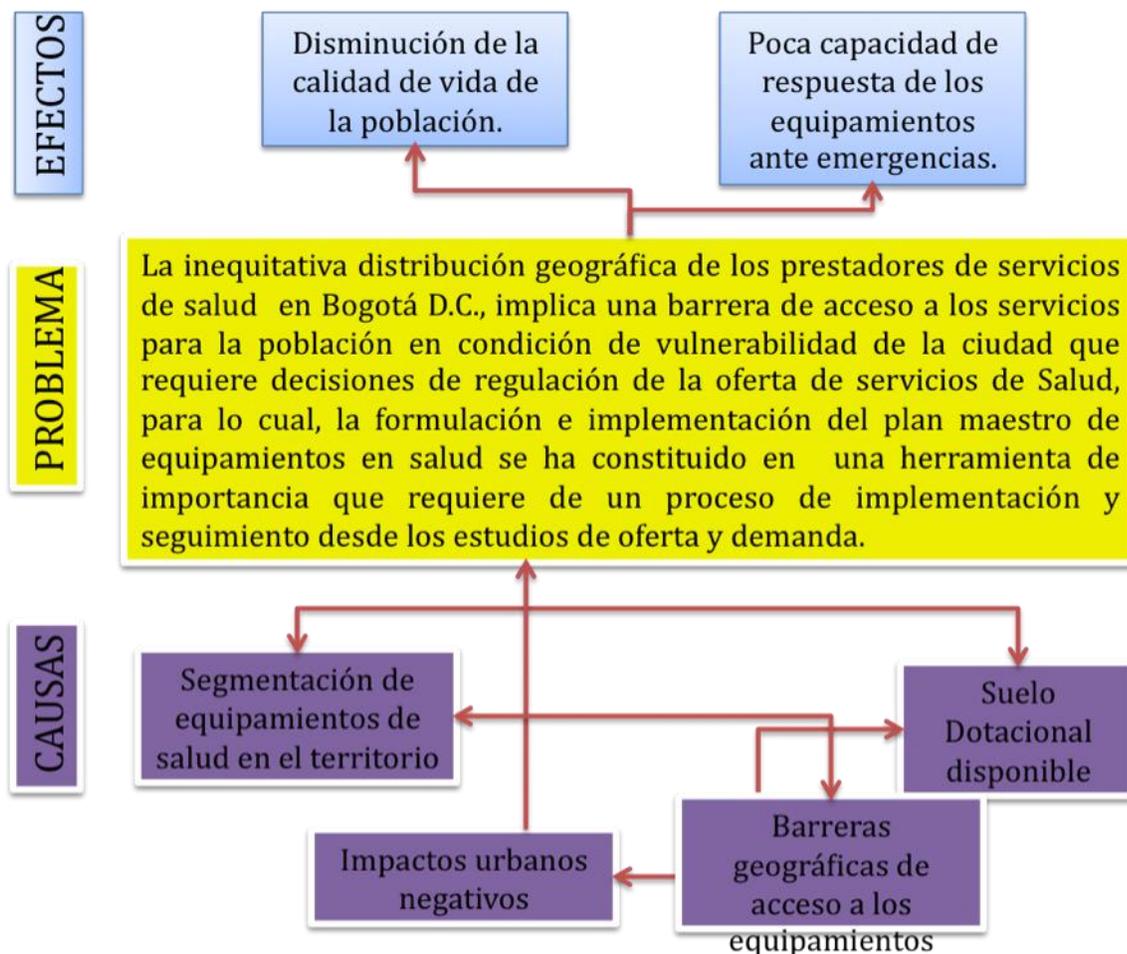
Como efectos se considera, la disminución en la calidad de vida de la población y debilidad en la capacidad de respuesta de los equipamientos de salud ante eventos catastróficos.

1.3 Focalización

La ciudad de Bogotá se divide en 20 localidades; según proyecciones del DANE para el 2010, la población se estima en 7.363.782 habitantes, distribuidos por género en 48,2% hombres y 52% mujeres. Por tratarse de un proyecto de escala metropolitana, impacta toda la población del Distrito Capital, sin distinción alguna.

Gráfico 12.1.
Análisis de Causas y de Efectos del Problema Identificado

EL PROBLEMA: CAUSAS Y EFECTOS



1.4 Actores que intervienen en el problema

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

- Ministerio de la Protección Social; ente encargado de la priorización del problema en la agenda política, asignación de recursos, definición de políticas y normas.

- Alcaldía Mayor de Bogotá a través de las Secretarías de Despacho, por la priorización del problema en la agenda política, inclusión en el Plan de Desarrollo Distrital, asignación de recursos.
- Concejo de Bogotá, por medio de la priorización del problema en la agenda política, control político, abogacía para priorización de problemas e intervenciones;
- Secretaría Distrital de Salud, mediante el ejercicio de la rectoría del sistema de salud en la ciudad, inclusión del problema en el Plan Distrital de Salud Pública y en el respectivo proyecto de inversión, sensibilización de actores políticos, gubernamentales, prestadores de servicios de salud, comunidad, aseguradores y otros actores sobre la importancia del problema, ejecución y seguimiento al proyecto de inversión, generación de espacios de construcción conjunta, definición e implementación de normas, políticas, estrategias, evaluación y seguimiento a las mismas, y la construcción participativa del territorio entorno a la mejora de las condiciones del mismo.
- Empresas Sociales del Estado; a través de la voluntad, compromiso e interés en su fortalecimiento mediante la sinergia que ofrece el trabajo en red, cumplimiento de normas y lineamientos., fortalecimiento de competencias, aumento de competitividad y la potenciación de oportunidades y fortalezas, mitigación de riesgos y debilidades, asignación de recursos.
- Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, a través de la voluntad política, compromiso e interés en el mejoramiento de la salud de la población, sensibilización a directivos y equipos técnicos, integración a los equipos de trabajo con la Entidad, fortalecimiento de competencias de los equipos, participación en espacios de construcción conjunta, cumplimiento de normas y lineamientos.
- Secretaria Distrital de Planeación, mediante la gestión interinstitucional y con el sector salud en general, para que a través de la implementación y mejoramiento de los instrumentos de ordenamiento territorial y de gestión del suelo se impacte beneficiosamente a la población del Distrito Capital.
- Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público. Entidad que apoya en la ubicación de áreas para el uso dotacional que beneficia a las ESE`s por ser cesiones a título gratuito.
- Organismos de cooperación internacional a través de la cofinanciación, cooperación y apoyo para el fortalecimiento de la provisión de servicios de salud y de las redes de servicios en la ciudad.
- Comunidad y usuarios, mediante la participación activa y el ejercicio del control social, directos beneficiarios de las intervenciones.
- Las Entidades de vigilancia: Contraloría, Veeduría, Consejo Territorial de Planeación a través del control y seguimiento a la gestión e inversión.

2 Instrumentos Operativos para la Atención de los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el “**Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor 2008-2012**”,¹ en el objetivo estructurante “Ciudad de Derechos”, en sus propósitos y estrategias se propone: “...Que la gestión y la inversión

social estén en función de la prestación de los servicios sociales en términos de su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia...”.

De igual forma, en el programa para el fortalecimiento y provisión de los servicios de salud se busca: “...Optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del sistema...”; planteamientos estos en los cuales se soportan las intervenciones planteadas para solucionar el problema descrito.

Por su parte, el **Plan de Ordenamiento Territorial POT**, adoptado mediante Decreto 190 de 2004, se constituye en el instrumento de planeación de largo plazo en el cual se considera a Bogotá dentro del marco de Ciudad Región, consolidando la oferta de bienes y servicios de salud en los diferentes grados de complejidad, potenciando las ventajas comparativas derivadas de su localización estratégica.

En este sentido, **Plan Maestro de Equipamientos en Salud PMES**, adoptado mediante Decreto 318 de 2006, se concibe como el instrumento de ordenamiento de primer jerarquía, que incluye la planeación sectorial, con el cual se pretende equilibrar la oferta de servicios de Salud en relación a la complejidad y uso de los mismos; De igual manera, el instrumento busca el desarrollo de la oferta de servicios en armonía con su influencia local, zonal y regional, para lo cual se deberán promover acciones selectivas que prioricen las inversiones del sector, faciliten el uso de la infraestructura existente y se oriente la construcción de nueva infraestructura en zonas deficitarias.

2.2 A nivel de la Entidad

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

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

Plan de Salud del Distrito Capital 2008 – 2012, en el objetivo 1, “Garantizar el ejercicio de la Rectoría en Salud y del Sistema General Seguridad Social en Salud, con visión integral” se tiene como meta, realizar seguimiento anual a lo establecido en el Plan Maestro de Equipamientos de Salud. Y a través del eje estructural: prestación y desarrollo de servicios, en su objetivo estratégico determina la reorganización de los servicios de salud en el Distrito Capital bajo un modelo de prestación de servicios que responda con accesibilidad, calidad y eficiencia. Mediante algunas estrategias como identificar actores y sectores estratégicos para el desarrollo de las acciones que afectaran positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud e intervenir y evaluar el impacto generado por

las acciones adelantadas para el mejoramiento de la calidad de vida y salud del Distrito Capital.

El proyecto 636, Plan Maestro de Equipamientos en Salud, tiene por objeto garantizar el ejercicio de la rectoría en salud y del Sistema General Seguridad Social en salud, a través del ordenamiento y aporte a la mejora de la oferta de servicios de salud en la ciudad con integralidad, equidad, accesibilidad, disponibilidad y calidad.

En el marco de lo proyectado, el instrumento se plantea desde un escenario de largo plazo en la gestión territorial, estableciendo las condiciones y normatividad para lograr el mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud con criterios de equidad, respondiendo a las necesidades de la población y de acuerdo con la demanda de los servicios, las condiciones de vulnerabilidad social y física y definiendo un modelo de gestión territorial que permita la actuación en red de todos los prestadores de servicios de salud para la atención de la población del Distrito en el contexto de los servicios integrales de salud.

En ese sentido, cobra relevancia el hecho que la formulación e identificación específica de los proyectos a adelantar, sus áreas de implementación, escalas y condiciones medico-arquitectónicas guardan estrecha relación con los estudios de oferta y demanda que adelantan las Empresas Sociales del Estado. En ese sentido, y en cumplimiento a lo establecido en el Art. 11 de la Resolución 686 de 1998, La Secretaría Distrital de Salud como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud en el Distrito Capital, brindará asesoría a los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos y privados, en la realización de proyectos de diseño y construcción de obras de reforma, ampliación, remodelación, adaptación y construcción nueva de sus instalaciones.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

Tabla No. 12.1

Metas formuladas 2010 en el Proyecto de Inversión

META	Programado 2010
Meta 1, Realizar el seguimiento anual a lo establecido por el Plan Maestro de Equipamiento de Salud.	25%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud . Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Para el cumplimiento de esta meta, se planteó la siguiente actividad para el año 2010.

Tabla No. 12.2

Actividad Formulada 2010 en el Proyecto de Inversión

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	Programado 2010
1.1 Brindar asistencia y acompañamiento técnico a las ESE para la implementación del Decreto 318 de 2006.	Gestión para la implementación del Plan Maestro de Equipamientos. %	25%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$279.000.000, por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. El 100% de estos recursos provienen de recursos del Distrito de aporte ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Como se mencionó en el ítem focalización, por las características del proyecto, se impactará toda la población del Distrito Capital.

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

En la siguiente Tabla se precisan los niveles de cumplimiento alcanzados en 2010, para todas y cada una de las metas planteadas

Tabla No. 12.3.
Actividades 2 010 y Niveles de Cumplimiento

META	Programado	Ejecutado
Meta 1, Realizar el seguimiento anual a lo establecido por el Plan Maestro de Equipamiento de Salud.	25%	25%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

En la siguiente Tabla se precisa el nivel de cumplimiento alcanzado en 2010, para la actividad planteada.

Tabla No. 12.4.
Actividad 2010 y Nivel de Cumplimiento.

META	ACTIVIDAD	PROGRAMA DO	EJECUTAD O
1.	1.1 Realizar el seguimiento anual a lo establecido por el Plan Maestro de Equipamiento de Salud..	25%	25%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

3.2 Indicadores

Tabla No. 12.5
Indicadores 2010 Plan Maestro de Equipamiento en Salud.

META	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINA DOR	UNIDAD DE MEDIDA	Porcenta je cumplimi ento
1. Realizar el seguimiento anual a lo establecido por el Plan	Porcentaje de avance en Gestión para la implementación del Plan	Avance logrado en Gestión para la implementación del Plan	Avance proyectado	Porcentaje de avance	100%

Maestro de Equipamiento de Salud..	Maestro de Equipamientos	Maestro de Equipamientos.			
------------------------------------	--------------------------	---------------------------	--	--	--

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$ 274.306.678 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$163.014.897.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

El logro de los objetivos y metas propuestas se dificulta por:

- Alta rotación del personal que acompaña los procesos en las ESEs.
- Regulación urbana vigente, que limita el desarrollo oportuno de los proyectos. Los proyectos de infraestructura en salud, tienen un tratamiento igual al de cual proyecto urbanístico de iniciativa privada.
- Alta rotación en los funcionarios que acompaña los procesos en principal Entidad de referencia (SDP).
- Disponibilidad de suelo en la Ciudad para la ubicación de los nuevos equipamientos

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

A continuación se referencia las acciones adelantadas en 2010, para la meta planteada:

- Realizar el seguimiento anual a lo establecido por el Plan Maestro de Equipamiento de Salud;
- Implementación de metodología de trabajo para el equipo definida a partir de 5 componentes, Arquitectónico, Urbano, Ambiental, Social y Revisión del PMES en el marco del POT.
- Se cuenta con la información para el censo de la red pública de prestadores.
- Actualización y desarrollo de cartografía de soporte.
- Acompañamiento técnico a las mesas de control social al Decreto 318 de 2006, Plan Maestro de Equipamientos de Salud.
- Desarrollo de Cartillas Urbanas y Arquitectónicas que permitirán elevar los estándares espaciales interiores y exteriores de los equipamientos de salud del Distrito.
- Se realizó seguimiento al 100% de los proyectos contenidos en el anexo 2 de Plan Maestro de Equipamientos mediante la actualización del cuadro de seguimiento y gestión.
- Se realizó articulación y participación en proyectos especiales de impacto en la ciudad como: Operación Estratégica Fontibón – Aeropuerto el dorado – Engativá, Programa de Mejoramiento Integral de Barrios, Unidad de Apoyo Técnico a la Comisión Intersectorial del Suelo, Comité intersectorial de Operaciones Estratégicas y Macroproyectos, formulación del Plan de Recuperación Temprana del Distrito Capital, Política de Salud Ambiental del Distrito Capital y articulación con los prestadores privados de servicios de Salud.

- Se brindó asesoría a entes privados que elevaron consultas a la SDS por temas urbanísticos en la implementación de sus equipamientos.
- Elaboración de documento borrador guía del Plan Maestro de Equipamientos, Metodología de revisión y Visión del PMES al año 2019.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

El proyecto 636 no impacta directamente a la población. De forma indirecta la población que se beneficia es la totalidad de los ciudadanos y ciudadanas de Bogotá, en sus 20 localidades

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

No aplica debido a que las acciones son permanentes y continuas.

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

Dado que las circunstancias urbanas de la ciudad están en constante evolución, las necesidades para el mejoramiento de las condiciones de los equipamientos de salud y los análisis que soporten sus intervenciones o determinación de cuales o como deben ser sus circunstancias en el territorio son una constante que requerirá atención para buscar aumentar el impacto positivo en las condiciones del entorno urbano y rural de la población de Bogotá. La regulación que se hace con el Plan Maestro de Equipamiento en Salud, debe cubrir el 100

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

En el ejercicio de la revisión del Plan Maestro de Equipamiento en Salud PMES en el 2010, se articuló la actividad con la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial, a través de la cual se revisaron los inconvenientes que desde la norma urbanística de la ciudad, han impactado en el desarrollo del PMES. El desarrollo de estos procesos conllevó la participación a los encuentros con comunidad organizados por la Secretaría Distrital de Planeación y la elaboración de un documento técnico de observaciones, a fin de que el mismo sea tenido en cuenta en los ajustes al Plan de Ordenamiento Territorial.

3.10 Diagnóstico final del problema

La complejidad de los impactos urbanísticos que atienden los equipamientos de salud en el territorio son una constante que afecta el entorno urbano y la accesibilidad de los mismos, así como su localización sujeta a un mercado inmobiliario que por falta de determinantes urbanas en años pasados que atendieran las consecuencias de la implementación de una libre oferta y demanda de servicios de salud en el territorio, terminó por impactar negativamente algunos sectores de la ciudad que no estaban preparados para albergarlos. Por otro lado, pero bajo el mismo contexto descrito, se pretende fortalecer la red de hospitales del Distrito.

Actualmente la normativa urbana ha evolucionado a través de las herramientas que brinda ésta y el trabajo interdisciplinario e interinstitucional con las entidades referentes al territorio como el Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público y el ente rector del ordenamiento urbano, la Secretaría de Planeación Distrital, con quienes se planean acciones conjuntas en aras de evolucionar los productos.

La implementación del Plan Maestro de Equipamiento en Salud PMES ha determinado la normalización y la regulación de la infraestructura hospitalaria de las Empresas Sociales del Estado. Se ha avanzado en los procesos de saneamiento patrimonial y en la regulación del desarrollo de nuevas obras, reordenamientos y remodelaciones, al igual que el cumplimiento de criterios de calidad mínimos para asegurar procesos de prestación de servicios de salud con excelencia. Queda como problema por regular o normalizar, la distribución, ubicación y desarrollo de la infraestructura privada (IPS privadas), que obedezcan a criterios de equidad, impacto y sostenibilidad, para la población de Bogotá.

Problema Social No. 13



**Abordado por las acciones de
Vigilancia y Control sobre
Riesgos del Ambiente**

Problema Social No. 13 abordado por las acciones de Vigilancia y Control sobre Riesgos del Ambiente

1. Reconstrucción del Problema Social

1.1 Identificación del problema

Afectaciones a la salud individual y colectiva de la ciudadanía de Bogotá, proveniente de la existencia de riesgos ambientales producto de la actividad y convivencia humana en la ciudad.

Conforme lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud ³, en el Mundo, cada año mueren más de tres millones de menores de cinco años por causas y afecciones relacionadas con el medio ambiente. El medio ambiente es, pues, uno de los factores que influyen de forma más decisiva en el tributo mundial de diez millones de defunciones infantiles anuales, y uno muy importante para la salud y el bienestar de las madres. El aire interior y exterior y el agua contaminados, la falta de saneamiento adecuado, los riesgos de toxicidad, los vectores de enfermedades, la radiación ultravioleta y los ecosistemas degradados son factores ambientales de riesgo importantes para los niños, y en la mayor parte de los casos para sus madres también. En particular en los países en desarrollo, los riesgos y la contaminación ambientales contribuyen de manera muy importante a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad infantiles asociadas a las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, traumatismos físicos, intoxicaciones, enfermedades transmitidas por insectos e infecciones perinatales. La mortalidad y la morbilidad infantiles debidas a causas como la pobreza y la malnutrición también van asociadas a modalidades insostenibles de desarrollo y a la degradación del medio ambiente urbano o rural.

En Bogotá se presentan varios factores medio ambientales que afectan la salud de las personas residentes o visitantes del Distrito; dentro de estos factores se encuentran las condiciones del entorno y sus efectos en las enfermedades crónicas y respiratorias específicamente la calidad del aire. Al respecto, la información del Observatorio de Medio Ambiente indica que el 58% de la contaminación se origina en el transporte público y el 12% en fuentes fijas (fábricas y chimeneas), aunque según un estudio realizado por la Universidad Nacional presentado en el año 2007, la contaminación del aire, se debe principalmente a tres factores: la utilización de diesel por el parque automotor, el deterioro de la malla vial y los reiterados incendios forestales

Así mismo, la concentración de fábricas altamente contaminantes en las localidades de Puente Aranda, Fontibón y Kennedy, la ubicación del terminal terrestre y los altos niveles de contaminación principalmente en las Avenidas Boyacá y del Sur derivados del paso obligado del transporte pesado, obligan a reubicar equipamientos, implementar tecnologías limpias en los procesos productivos y/o redefinir el uso del suelo en Bogotá.

Otra de las problemáticas evidenciadas en la ciudad se asocia a la presencia de desarrollos urbanos en zonas ilegales y viviendas en zonas de alto riesgo. Así, a marzo

³ Organización Mundial de la Salud Nota Descriptiva. Página WEB
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/es/index.html>

de 2007 la ciudad contaba con 1.470 “desarrollos ilegales” identificados, de los cuales 718 se encuentran en zonas de amenaza o alto riesgo; que equivalen a 12,377 predios en alto riesgo y 4,272 clasificados en “amenaza alta”, bien por situaciones de remoción en masa o inundación.

Por otro lado, la contaminación generada por la descarga de las aguas residuales domésticas e industriales de la ciudad se da a lo largo de todo el recorrido y prácticamente en todas las fuentes hídricas. Los tres ríos que cruzan la ciudad, Juan Amarillo, Fucha y Tunjuelo, presentan en toda su longitud y hasta su desembocadura en el río Bogotá, condiciones ambientales sépticas, debido a las altas concentraciones de carga orgánica y contaminación química por metales pesados, además de la alta carga de materiales sólidos suspendidos como consecuencia de la actividad de las canteras y gravilleras.

Otro factor de deterioro ambiental corresponde a la exposición de un importante número de bogotanos a olores nauseabundos y a la alta presencia de vectores en zonas aledañas a sitios donde son depositados los residuos sólidos, especialmente al Relleno Sanitario Doña Juana, que se constituye una de las principales problemáticas de salud en la ciudad. En el caso de los basureros, plantas de sacrificio de animales y Plazas de Mercado, las principales localidades afectadas son Usme, Bosa y Kennedy; con respecto a industrias contaminantes se destaca la localidad de Puente Aranda.

La Ciudad de Bogotá no solo se surte de la red de agua suministrada por la Empresa de Acueducto y Alcantarillado sino también de acueducto y pozos profundos que no cuenta con tratamiento, por otro lado hay acueductos comunitarios que a pesar de contar con tratamiento de agua para consumo humano, no se distribuye a toda la comunidad por falta de infraestructura.

En el Distrito Capital también se evidencian problemas relacionados con el inadecuado manejo y disposición de residuos sólidos, (uso de vías y lotes baldíos, esquinas, entre otros), generando problemática de vectores e igualmente la presencia de algunos parques industriales que inciden en la exposición a riesgos químicos y tecnológicos, mayores emisiones atmosféricas y contaminación visual en sectores comerciales.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Las enfermedades o patologías asociadas con las condiciones ambientales, son determinadas por procesos desarrollados por la ciudadanía de Bogotá, ya sea en una actividad económica o en el hogar. Los principales procesos que generan riesgos en el ambiente son:

- Manipulación inadecuada de alimentos, poniendo en riesgo la salud de los consumidores y que a su vez se origina por la proliferación de ventas ambulantes, proliferación de expendios minoristas que no cumplen las condiciones higiénico sanitarias, ingreso de alimentos en condiciones inadecuadas de transporte, establecimientos clandestinos destinados a la preparación y expendios de alimentos, comercialización de alimentos y bebidas, adulterados y alterados y creencias culturales relacionadas con inadecuados hábitos alimenticios
- Manejo inadecuado del agua y de los residuos sólidos y líquidos, producido por hábitos nocivos y carencias de hábitos higiénico-sanitarios, desconocimiento de la importancia del autocuidado individual y familiar, estilos de vida inapropiados.

- Tenencia inadecuada de animales que genera riesgo de rabia, que es una zoonosis (enfermedad transmitida al ser humano por los animales) causada por un virus que infecta a animales domésticos y salvajes, y se propaga a las personas a través del contacto con la saliva infectada a través de mordeduras o arañazos.
- Plagas urbanas generan riesgos e implicaciones en salud pública como son mordeduras o picaduras, contaminación de alimentos y fuentes hídricas y, en general, afectan las condiciones de habitabilidad de viviendas e higiene y seguridad de los sectores productivos (alimentario, uso público, etc).
- Uso inadecuado de medicamentos que se ve representado en auto prescripción de medicamentos de venta bajo fórmula médica, automedicación irresponsable de medicamentos de venta libre e incluso abuso de medicamentos como los antibióticos evidenciada en la problemática de la Resistencia Bacteriana.
- Uso indiscriminado de sustancias químicas, preparados y formulaciones empleado en la producción de nuevos materiales, bienes y servicios.
- Actividades sociales y económicas que general emisiones atmosféricas, que afecta la de calidad del aire que afecta la salud de los bogotanos.

Como consecuencia se incrementa el riesgo de padecer patologías o enfermedades, que afectan significativamente la calidad de vida de los individuos. Algunas de estas patologías son:

- ETA (enfermedades transmitidas por alimentos). Son enfermedades que resultan de la ingestión de alimentos que contienen microorganismos perjudiciales vivos. Por ejemplo: salmonelosis, hepatitis viral tipo A y toxoplasmosis. También se puede producir intoxicaciones causadas por alimentos que ocurren cuando las toxinas o venenos de bacterias o mohos están presentes en el alimento ingerido. Estas toxinas generalmente no poseen olor o sabor y son capaces de causar enfermedades después que el microorganismo es eliminado. Algunas toxinas pueden estar presentes de manera natural en el alimento, como en el caso de ciertos hongos y animales como el pez globo. Ejemplos: botulismo, intoxicación estafilocócica o por toxinas producidas por hongos. Otros procesos degenerativos para la salud corresponde a las Toxi-infecciones, que aparecen cuando se hace una ingestión de alimentos con una cierta cantidad de microorganismos causantes de enfermedades, los cuales son capaces de producir o liberar toxinas una vez que son ingeridos. Ejemplos: cólera.
- Enfermedades producidas por aspectos biológicos como son las parasitosis intestinales, paludismo, tuberculosis, fiebre amarilla, leishmaniasis, etc.
- La inadecuada tenencia de animales puede favorecer la presencia de enfermedades zoonóticas, como por ejemplo la rabia que es una enfermedad mortal para quien llega a adquirirla. De otra parte, la presencia de vectores plaga, (roedores e insectos) debido entre otros factores a un saneamiento básico inadecuado.
- En relación con la morbilidad derivada del uso intensivo de sustancias químicas, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), advierte que las enfermedades degenerativas tienen que ver con 440.000 de las 2 millones de muertes laborales que tienen lugar cada año. Las más frecuentes se asocian con la exposición a elementos químicos (algunos de significativo riesgo como el mercurio o el plomo) que son absorbidos por el individuo vía respiratoria, oral o con el contacto con la piel, los cuales con una exposición prolongada pueden generar enfermedades de la piel, afecciones al

aparato respiratorio, deterioro del sistema nerviosos central o impactos de índole genético.

- Respecto al abuso de medicamentos como los antibióticos evidenciada en la problemática de la Resistencia Bacteriana.

1.3 Focalización de la población o entidades

La población que se puede afectar por la problemática es la generalidad de los ciudadanos de Bogotá.

De forma específica frente a cada problemática:

- Población afectada por manipulación inadecuada de alimentos: La Secretaría Distrital de Salud no cuenta con el censo de establecimientos existentes en la ciudad sin embargo, como meta de acuerdo con el presupuesto destinado para el año 2010, se propuso intervenir 30.776 donde se fabrican, (bebidas alcohólicas), elaboran, almacenan y comercializan alimentos en el D.C, los cuales se encuentran distribuidos en toda la ciudad.
- Respecto al manejo inadecuado del agua y de los residuos sólidos y líquidos; la Secretaría Distrital de Salud no cuenta con el censo de establecimientos existentes, sin embargo, como meta de acuerdo con el presupuesto del año 2010 se propuso intervenir 18.215 establecimientos en las 20 localidades del Distrito, los cuales deben cumplir con las normas higiénico-sanitarias vigentes para su funcionamiento. La población humana a intervenir corresponde a la comunidad que habita y visita la Ciudad.
- Respecto a la tenencia inadecuada de animales: La población total de mascotas en el Distrito Capital para el año 2010 es de 610.180 caninos y caninos callejeros 88.673. El número de animales proyectados para vacunar es de 435.000 con el fin de lograr cobertura del 70%, incluyendo vacunados por particulares.
- Respecto al uso inadecuado de medicamentos; las acciones de inspección, vigilancia y control realizados por la Línea de Medicamentos Seguros se desarrollan en cada una de las 20 localidades del Distrito Capital y son adelantadas de acuerdo con la focalización de riesgo considerando los establecimientos farmacéuticos a vigilar como de Alto o Bajo Riesgo.

Por otra parte, la vigilancia se enfatiza respecto a la comercialización de los medicamentos de control especial, y en aquellos que por sus características intrínsecas requieren condiciones específicas para su comercialización como antibióticos, productos fitoterapéuticos, suplementos dietarios, homeopáticos entre otros. Los establecimientos previstos para intervenir durante el año 2010 a través de las actividades de inspección, vigilancia y control para la línea fueron 6909.

- Respecto al uso indiscriminado de sustancias químicas: Es necesario, dedicar especial atención la vigilancia sanitaria de la industria ubicada en las zonas industriales de la ciudad, específicamente en localidades como Puente Aranda, Kennedy, Fontibón y Engativá. Es en estas zonas de la ciudad en donde inicialmente se percibe el deterioro de las condiciones de vida causado por la presencia de contaminantes y el uso inadecuado de sustancias químicas peligrosas. Para el 2010

se tenía proyectada la vigilancia sanitaria de 5653 establecimientos en la línea de seguridad química.

- Respecto a Condiciones de calidad del aire que afecta la salud de los bogotanos, este problema impacta a la totalidad de la población de Bogotá, con localidades críticas, como son Puente Aranda, Kennedy y Fontibón, esta última que es una de las más afectadas por el ruido ambiental.

1.4 Actores que intervienen en el problema

A nivel nacional: Ministerio de la Protección Social, INVIMA, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial – MAVDT, Instituto Nacional de Salud – I.N.S, Instituto Colombiano Agropecuario – I.C.A. La Unidad administrativa especial Fondo Nacional de Estupefacientes. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales –IDEAM-

A nivel distrital: Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos UAESP, Departamento de Atención de Emergencias y Desastres, Secretaría Distrital de Ambiente, Secretaría Distrital de Integración Social, Empresas Sociales del Estado, Secretaria Distrital de Educación, Instituto para la Economía Social IPES, Secretaría Distrital de Planeación, Secretaria Distrital de Gobierno, Gremios y Asociaciones privadas, Subdirección de Inspección, vigilancia y Control de Alcaldía Mayor, Defensoras y proteccionistas de animales. Secretaría de la Movilidad, Empresa de Energía Eléctrica y Gas Natural

2 Instrumentos Operativos para la Atención de Los Problemas

2.1 A nivel de la Administración

En el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, se incluyen las acciones que dan respuesta a las problemáticas de riesgos del ambiente.

En el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva, dentro del capítulo Ciudad de Derechos – Programa Bogotá Sana, se definió acciones para realizar la gestión social integral para la calidad de vida, en la misma se establece como meta la **Construcción, Implementación y monitoreo del Plan de Intervenciones Colectivas. PIC.**

2.2 A nivel de la Entidad

La entidad ha definido como instrumento para atender la problemática expuesta, el Proyecto 625 Vigilancia en Salud Pública, dentro del cual se incluyen las metas y acciones para atender a las problemáticas en salud, asociadas con el ambiente. Tiene como propósito general afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital. Dentro de los objetivos específicos, se definen los siguientes que se asocian a la problemática abordada:

- Diseño y desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de la relación entre ambiente y salud, (subsistemas: calidad de aire, ruido, cambio climático, ondas electromagnéticas, biocombustibles, zoonosis, entre otros)
- Verificar las condiciones higiénico sanitarias de establecimientos comerciales e industriales ubicados en el Distrito Capital

- Diseñar e implementar una estrategia de información, educación y capacitación para promover espacios de construcción del conocimiento sobre temas higiénico sanitarios y ambientales, considerando su impacto en salud

2.3 Metas formuladas en los proyectos y/o acciones

Las metas formuladas para atender la problemática fueron:

A 2012 tener cero casos de rabia humana autóctona. En el 2010 se tendrá la prevención del 100% de los casos de rabia humana y se realizará la vacunación antirrábica 435.000 caninos.

A 2012 mantener la cobertura de la vigilancia de la calidad del agua en el 100% de los acueductos del D.C.

A 2012 Ajustar y desarrollar un Sistema de Vigilancia Epidemiológico Sanitario y Ambiental SISVEA. Para el 2010, se establecieron como actividades las siguientes metas puntuales:

- Vigilancia en Manipulación de alimentos a 30.776 establecimientos comerciales.
- Vigilancia en Manejo del agua y de los residuos sólidos y líquidos a 18.215 establecimientos
- Control de 1000 focos de vectores (desinsectación y desratización).
- Vigilancia a 6909 establecimientos de expendio de medicamentos.
- Vigilancia del impacto en la salud por contaminación del aire.
- Vigilar en seguridad química a 5653 establecimientos.

En la Tabla No. 13.1 se presentan los instrumentos y actividades con los cuales se dio respuesta a los problemas expuestos:

Tabla No. 13.1

Instrumentos operativos y metas incluidos en el proyecto 625 Vigilancia en Salud Pública.

PROBLEMA	ACTIVIDADES
Problema: Manejo inadecuado de alimentos, establecimientos que no cumplen las condiciones Higiénico Sanitarias	Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos que fabrican (bebidas alcohólicas), comercializan y expenden alimentos en el D:C;
	Realización de actividades educativas sobre manejo adecuado de alimentos
Problema: Manejo inadecuado del agua para consumo humano, manejo inadecuado de residuos sólidos, establecimientos que no cumplen las condiciones Higiénico Sanitarias	<i>Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos comerciales e institucionales para verificar condiciones de saneamiento Básico en el D:C; Monitoreo de la calidad del agua para consumo humano</i>
	<i>Realización de actividades educativas sobre saneamiento básico</i>

Problema: Presencia de casos de rabia en Bogotá en personas y animales residentes en el Distrito Capital	<i>Vacunación Antirrábica canina control de la población canina</i>
	<i>Manejo integral del Accidente por Agresión Animal</i>
Problema: automedicación creciente; comercialización de productos fraudulentos. Establecimientos que no cumplen las condiciones higiénicas sanitarias.	<i>Inspección, vigilancia y control a establecimientos donde se almacenan o comercializan productos farmacéuticos en el D.C.</i>
	<i>Realización de actividades educativas dirigidas a Droguistas, Vendedores de tiendas naturistas, Profesionales de IPS, Comunidad en general.</i>
	<i>Presupuesto: Se presentan de manera general para el componente de vigilancia sanitaria</i>
Problema: manipulación inadecuada de sustancias químicas; contaminación ambiental por fuentes fijas.	<i>Inspección, vigilancia y control a establecimientos donde se almacenan o comercializan productos químicos en el Distrito Capital. Actualización mapa de industria y ambiente</i>
	<i>Realización de actividades educativas sobre salud ocupacional, manejo seguro de sustancias químicas, seguridad industrial y producción más limpia</i>
	<i>Presupuesto: Se presentan de manera general para el componente de vigilancia sanitaria</i>
Mortalidad y morbilidad a causa de enfermedad respiratoria aguda, cáncer de piel enfermedades oftalmológica, leucemia, traumas, discapacidad y muerte. Intoxicaciones por monóxido de carbono Morbilidad por hipoacusia en la población debido a la exposición a ruido ambiental	<i>Calidad del aire: vigilancia del impacto en la salud por contaminación del aire (intramural y extramural) por contaminantes criterio como PM10 y contaminantes específicos como plomo, mercurio, benceno, tolueno y xileno entre otros.</i>
	<i>Campos electromagnéticos: vigilancia del impacto en la salud por la exposición a ondas electromagnéticas generadas por telefonía celular</i>
	<i>Cambio Climático: vigilancia del impacto en la salud por cambio climático</i>
	<i>Ruido: vigilancia del impacto del ruido ambiental en la audición</i>
	<i>Mesa Regional de Calidad del Aire Mesa de Cambio Climático Mesa de Trabajo Proyecto Bloomberg (Espacios Libres de Humo de Tabaco)</i>

Fuente Vigilancia en Salud Pública Dirección de Salud Pública.

2.4 Presupuesto Asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$44.954.234.696 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$1.756.035.000 provienen Otros Ingresos Corrientes, \$2.000.000.000 provienen de Otras Transferencias de la Nación, \$19.720.000.000 provienen del Sistema General de Participaciones y 21.478.199.696 de recursos del Distrito de Aporte Ordinario.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

- Respecto a la vigilancia, manipulación de alimentos: 30.776 establecimientos comerciales.
- Respecto Manejo vigilancia en el manejo del agua y de los residuos sólidos y líquidos: 18.215 establecimientos.
- Respecto a la tenencia inadecuada de animales: Vacunación antirrábica 435.000 caninos.
- Respecto al uso inadecuado de medicamentos: 6909 establecimientos de expendio de medicamentos.
- Respecto a seguridad química: 5653 establecimientos.
- Respecto a condiciones de calidad del aire afecta la salud de los bogotanos: Prioritariamente trabajar con cuatro (4) localidades como son Puente Aranda, Kennedy y Fontibón.

3 Resultados en la Transformación de Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

Respecto a la Meta “...A 2012 Ajustar y desarrollar un Sistema de Vigilancia Epidemiológico Sanitario y Ambienta...”. Para el 2010, se cumplió con el 100% de las actividades programadas.

Se vigiló y controló **31.258** establecimientos (cumplimiento 102%). En esta línea se llevó a cabo la asesoría a las ESE sobre la adecuada ejecución de la línea y los proyectos de vigilancia intensificada, se realizaron reuniones con el INVIMA, ICA, Fedegán, Ministerio de Agricultura y frigoríficos para realizar seguimiento a las condiciones higiénico sanitarias en la comercialización de la carne. Se realizaron reuniones con la Fundación Alpina, con Cruceros y Ministerio de la Protección Social para avanzar con la prohibición de leche cruda que rige a partir de Mayo 2011. Se organizaron operativos intersectoriales en establecimientos que almacenan, preparan, comercializan distribuyen y expenden alimentos y presentan deficiencias que puedan afectar la salud pública. Se participó en los talleres de construcción del plan de acción de la política de Salud Ambiental, en las localidades de Bogotá. Se realizó la coordinación con el IPES (Instituto para la Economía Social) para el seguimiento y situación sanitaria de plazas de mercado Distritales. Se llevaron a cabo reuniones con el Laboratorio de Salud Pública para analizar la clasificación de los alimentos; definición del esquema para la actualización de los protocolos de Inspección, Vigilancia y Control y plan de muestreo del año, seguimiento a las ETAS.

Se realizó la articulación con el INVIMA en la vigilancia de la calidad e inocuidad de los alimentos y bebidas alcohólicas desde las competencias asignadas en el Ley 1122/2007. Por otro lado se participó en espacios y mesas de trabajo intersectoriales con Secretaria de Desarrollo Económico, Secretaria de Educación, Secretaría de Integración Social, Instituto para la Economía Social IPES para conformar la mesa de calidad e inocuidad de alimentos en el marco de la Política Publica de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Se realizó vigilancia y control sobre manejo de agua, residuos sólidos y líquidos a **11.733** (cumplimiento al 65%). En esta línea se realizaron 262 cursos sobre saneamiento básico con una asistencia de 3.350 personas. Se realizó reuniones y mesas de trabajo con el Ministerio de la Protección Social y demás entidades del distrito como la SDIS, para analizar proyecto de modificación de la norma que regula las instituciones que ofertan algún tipo de servicio al adulto mayor en Bogotá D.C. Se llevó a cabo Mesas de trabajo con cárceles ubicadas en el Distrito e INPEC. De igual forma se realizaron asesorías y asistencia técnica al Secretaría de Integración Social, para la aplicación de la norma de Jardines Infantiles. Se realizó coordinación interinstitucional con la Unidad Administrativa Especial de Servicios Público UAESP, y demás entidades involucradas en el proceso para el seguimiento del manejo, tratamiento y disposición de residuos en Relleno Sanitario de Doña Juana.

Se realizó la vigilancia a **3996** establecimientos de expendio de medicamentos (cumplimiento 58%). En esta línea se realizaron 90 cursos dirigidos a droguistas, vendedores de tiendas naturistas, profesionales de IPS y comunidad en general, con la asistencia de 686 personas. Se realizó seguimiento a los planes de gestión Integral de residuos y similares (PGIRH) y acciones de farmacovigilancia a reacciones adversas a medicamentos; en total se evaluaron 331 reportes de reacciones adversas a medicamentos durante el 2010 remitidos de instituciones prestadoras de servicios de Salud del Distrito Capital.

Respecto a las acciones de Tecnovigilancia, que pertenecen también a la línea de monitoreo y control de medicamentos, se llevó a cabo la sensibilización y actividades educativas con instituciones prestadoras y se han desarrollado las siguientes actividades educativas en el año 2010: Primer Taller de Tecnovigilancia (Agosto) donde se capacitaron 17 IPS del Distrito Capital, capacitación sobre normatividad asociada a dispositivos médicos y tecnovigilancia en el comité de infecciones intrahospitalarias del mes de octubre, segundo Taller de Tecnovigilancia (Diciembre) en conjunto con el grupo de Farmacovigilancia de la Secretaría Distrital de Salud. Por otro lado, se realizaron 26 visitas a IPS con el propósito de realizar un diagnóstico de la tecnovigilancia en cuanto al cumplimiento de la normatividad vigente y realizar la asesoría técnica correspondiente.

Se realizó el Control de 572 focos de vectores (242 en desinsectación y 330 en desratización), con lo cual se tuvo un cumplimiento del 57%. En total se cubrieron 1.256.856 metros cuadrados en desinsectación y 1.243.498 metros cuadrado en desratización.

Se llevó a cabo el seguimiento y monitoreo de la calidad del aire en la cuatro (4) localidades como son Puente Aranda, Kennedy y Fontibón. En esta línea se llevó a cabo la divulgación del problema de salud y ambiente a causa de la contaminación ambiental a través de talleres dirigidos a la comunidad con una población beneficiada de aproximadamente 15000 personas. Se hizo vigilancia a establecimientos públicos con presencia de fumadores. Se hizo vigilancia epidemiológica del impacto en salud por ruido ambiental en localidades priorizadas. Se realizó vigilancia epidemiológica del impacto en salud por exposición a campos electromagnéticos generados por bases de telefonía celular y se realizó la vigilancia epidemiológica de impacto en salud por cambio climático.

Respecto a la meta de “...**A 2012 tener cero casos de rabia humana autóctona...**” en el 2010 se tuvo 0 casos, cumpliéndose la meta programada para la vigencia. Bogotá, es la única ciudad del país que tiene un programa de vigilancia activa de rabia instaurado y funcionando desde el año 2002, el programa tiene como objetivo identificar circulación del virus de la rabia en animales que no son reclamados por sus dueños en el Centro de Zoonosis. Del total de muestras (n=400) analizadas ninguna presentó resultado positivo (a inmunofluorescencia), la prueba biológica se está corriendo sin que a la fecha se reporte alguna muestra positiva.

Se logró la vacunación de **380.277** caninos, lo cual representa una cobertura del 62% de la población programada para el 2010. Se realizó la recolección en operativos regulares y camioneta de donación un total de 5.916 animales, de dichos animales fueron devueltos 1.128 animales es decir un 20% de los animales que ingresan por recolección son rescatados por sus dueños, previa identificación y pago de multa. Adicional a lo mencionado, durante el año 2010 se esterilizaron 18.904 hembras caninas y felinas, con el fin de contribuir al control de la población de este tipo de animales.

Respecto a la meta de “...**A 2012 mantener la cobertura de la vigilancia de la calidad del agua en el 100% de los acueductos del D.C...**” tuvo un cumplimiento del 100% de las acciones programadas. Se tuvo una cobertura de monitoreo en el 100% en los acueductos veredales identificados, así como con los monitoreos de la red de acueducto de Bogotá D.C. en las cuales se realizó la toma de muestras diarias en las que se evalúa el cumplimiento del Decreto 1575 de 2007 y la resolución 2115 de 2007.

Dentro de las acciones realizadas en la ejecución de esta meta, se realizó el acompañamiento a las ESE sobre la adecuada ejecución de la línea y los proyectos de vigilancia intensificada y se llevó a cabo la vigilancia y control de la calidad del agua almacenada en el 100% de los tanques de distribución de agua en la ciudad.

3.2 Indicadores

Tabla No. 13.2
Indicadores de Vigilancia Epidemiológica Ambiental.

TRANSVERSA- LIDAD DE SALUD AMBIENTAL	INDICADOR	INSTRUMENTO	FORMULA
SISVEA Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental.	Establecimiento vigilado y controlado	Actas de Visita de IVC	No de establecimientos vigilados y controlados/No de establecimientos programados para vigilar*100
	Conceptos Sanitarios favorables emitidos	Aplicativo Sispic. Sistema de Información de Plan de Intervenciones Colectiva.	• Anual o periodo PIC: Número de establecimientos vigilados y controlados con concepto favorable / Número de establecimientos vigilados * 100 Trimestral: número de visitas con concepto sanitario favorable /

			Número total de visitas realizadas * 100
Conceptos Sanitarios pendientes emitidos	Aplicativo Sispic		<ul style="list-style-type: none"> • Anual o periodo PIC: Número de establecimientos vigilados y controlados con concepto pendiente / Número de establecimientos vigilados * 100 Trimestral: número de visitas con concepto sanitario pendiente / Número total de visitas realizadas * 100
Conceptos Sanitarios desfavorables emitidos	Aplicativo Sispic		<ul style="list-style-type: none"> • Anual o periodo PIC: Número de establecimientos vigilados y controlados con concepto desfavorable / Número de establecimientos vigilados * 100 Trimestral: número de visitas con concepto sanitario desfavorable / Número total de visitas realizadas * 100
Comportamiento medidas sanitarias aplicadas	Base de datos Sisvea		<ul style="list-style-type: none"> • Número de medidas sanitarias aplicadas según tipo, (congelación, decomiso, clausura, suspensiones) / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
	Base de datos Sisvea		<ul style="list-style-type: none"> • Número de medidas sanitarias aplicadas por punto crítico (supermercados, droguerías, etc) y producto (leche, medicamentos, agua, sustancias químicas etc) / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
	Base de datos Sisvea		<ul style="list-style-type: none"> • Número de medidas sanitarias aplicadas según causas generales, (infraestructura, personal, documentación) / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
	Base de datos Sisvea		<ul style="list-style-type: none"> • Número de medidas sanitarias aplicadas por producto (leche, medicamentos, agua, sustancias químicas etc) según causas generales (físico químico, microbiológico, rotulado, etc) / Número total de medidas sanitarias aplicadas * 100
Comportamiento muestras de	Base de datos Sisvea		<ul style="list-style-type: none"> • Número de muestras aceptables / número total de muestras analizadas

	productos analizados		por el LSP * 100
		Base de datos Sisvea	• Número de muestras no aceptables / número total de muestras analizadas por el LSP * 100
Eventos transmisibles de origen zoonotico	Control de vectores	Informe trimestral	• Número de focos de vectores (insectos, roedores) controlados / Número de focos intervenidos * 100
	Cobertura vacunación antirrábica	Informe trimestral	• Número de animales vacunados, (caninos y felinos) / número total de animales
	Control población canina callejera	Informe trimestral	• Número de caninos callejeros recogidos / número total de caninos callejeros existentes * 100
	Animales observados por generar accidente de agresión animal	Informe trimestral	• Número de animales observados, según especie / Número total de animales causantes de accidentes por agresión animal, según especie * 100
	Control población canina y felina callejera	Informe trimestral	• Número de hembras caninas y felinas esterilizadas / número de hembras caninas y felinas programadas para esterilizar * 100
Alimentos Sanos y Seguros	Porcentaje de brotes con estudio por laboratorio	Base de datos SIVIGILA	Número de brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS) con estudio de laboratorio / No. Total de brotes de ETAS notificadas en el periodo
	Número de Casos de morbilidad por ETA por ciclo vital	Ficha de notificación	No de casos
	Número de Casos de mortalidad por ETA por ciclo vital	Ficha de notificación	No de casos
	Porcentaje de brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS) con identificación de agente	Base de datos SIVIGILA	Número de brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS) con agente patógeno identificado en muestras, biológicas, de alimentos o superficies / No. Total de brotes de ETAS notificadas en el periodo

	patógeno en muestras biológicas, alimentos o de superficies/ambientes		
SEGURIDAD QUIMICA	Número de empresas usuarias de materiales peligrosos, por localidad, en el Distrito Capital	Informe de actualización de la caracterización de las actividades económicas	Nº Empresas/Localidad
	Número de incidentes en industrias con materiales peligrosos por actividad económica y por localidad	Informe de actualización de la caracterización de las actividades económicas	Nº Incidentes/Actividad Económica*localidad
	Distribución per-cápita del consumo de sustancias químicas peligrosas por habitante y por localidad en el Distrito Capital	Informe de actualización de la caracterización de las actividades económicas	Cantidad (Kg)/Nº habitantes*localidad
	Número de empresas que cuentan con un plan de emergencias respecto al total de empresas usuarias de sustancias químicas peligrosas por actividad económica y por localidad	Informe de actualización de la caracterización de las actividades económicas	Nº Empresas que cuentan con un Plan de Emergencias /Total de Empresas Usuarias de Materiales Peligrosos
	Tasa de incidencia de	SIVIGILA	Número de casos nuevos de IAP en un período / Población a mitad de

	las intoxicaciones con plaguicidas		período x 100.000
	Tasa de incidencia de las intoxicaciones con metales pesados	Ficha de notificación	Número de casos nuevos de IMP en un período / Población a mitad de período x 100.000
	Tasa de incidencia de las intoxicaciones con solventes	Ficha de notificación	Número de casos nuevos de IS en un período / Población a mitad de período x 100.000
	Tasa de incidencia de las intoxicaciones con otras sustancias químicas	Ficha de notificación	Número de casos nuevos de IAOSQ en un período / Población a mitad de período x 100.000
	Letalidad IAP	Ficha de notificación	Número de defunciones por IAP en un período / Número de casos de IAP en un período x 100
	Carga de Plaguicidas	Base de datos DIAN-DANE	Kilogramos Ingrediente Activo Importado / Número de habitantes ciudad
CALIDAD DE AIRE	Tasa de Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 años – TMN	Ficha de notificación	Casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años/poblacion de niños menores de 5 años
	Casos Atendidos en Salas de Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) - SERA	Reportes Salas ERA	Número de casos atendidos en salas ERA
	• Casos de Intoxicaciones por Monóxido de Carbono – CIMC	SIVIGILA e informes de atención de brotes	Número de Casos de Intoxicaciones por Monóxido de Carbono
	• Casos de Morbilidad por	Reporte SIVIGILA	Número de casos de morbilidad por enfermedad respiratoria aguda en

	Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) en niños menores de 5 años		menores de 5 años
	Proporción de Circulación Virus Respiratorios	Pruebas de laboratorio	Representatividad en la positividad de virus teniendo en cuenta análisis de laboratorio
	Prevalencia de Sibilancias (silbidos en el pecho en niños lactantes) en menores de 5 años en el último año debido Material Participado	Diario de Síntomas respiratorios	Porcentaje de prevalencia de sibilancias en menores de 5 años atribuidas a material particulado PM 10
	Concentración anual de material participado en la ciudad	Red de Monitoreo de Calidad del Aire	Concentración anual de material particulado en la ciudad
	Eventos en salud atribuidos a eventos extremos derivados de variabilidad climática	Bases de datos	Numero de eventos en salud atribuidos a eventos extremos derivados de variabilidad climática
SANEAMIENTO BASICO	Índice de Riesgo para la Calidad del Agua Potable (IRCA)	Resultados de muestras de agua	No de acueductos con Nivel de riesgo inviable sanitariamente/No de acueductos vigilados No de acueductos con nivel de riesgo SIN riesgo /No de acueductos vigilados
	Índice de Riesgo por Abastecimiento o (IRABA)	Actas de vigilancia a acueductos	No de acueductos con Nivel de riesgo a la salud Muy alto /No de acueductos vigilados No de acueductos con Nivel de riesgo a la salud SIN riesgo /No de acueductos vigilados
	Número de	Ficha de	No de casos

	Casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años notificados	notificación	
	Número de Casos de morbilidad por EDA en menores de 5 años notificados	Ficha de notificación	No de casos
	Número de casos por Hepatitis A notificados	Ficha de notificación	No de Casos
	% cobertura de vigilancia de acueductos	Actas de vigilancia a acueductos	No de acueductos vigilados/No de acueductos identificados en el distrito capital *100
MEDICAMENTOS SEGUROS	Eventos adversos e incidentes severos o graves relacionados con dispositivos médicos.	Formato de reporte de Incidentes adversos por dispositivos médicos- INADIME	Numerador: Número de incidentes y eventos adversos severos o graves notificados. Denominador: número total de incidentes adversos notificados. Coeficiente de multiplicación: 100
	Porcentaje de brotes y/o alertas de intoxicaciones agudas por medicamentos investigados.	Ficha de notificación	Numerador: número de brote y/o /alertas de intoxicaciones agudas por medicamentos investigados y con informe final. Denominador: número de brotes/alertas de intoxicaciones agudas por medicamentos notificados. Coeficiente de multiplicación: 100
	Número total de casos de reacciones adversas a medicamentos reportadas en el Distrito Capital	Formato de reporte de reacciones adversas-	Numerador: Número de reacciones adversas severas o graves notificados. Denominador: número total de reacciones adversas notificados. Coeficiente de multiplicación: 100
	Porcentaje de	Ficha de	Porcentaje de casos y/o brotes de

	casos y/o brotes de intoxicaciones agudas por medicamentos diagnosticados por laboratorio	notificación	intoxicaciones agudas por medicamentos diagnosticados por laboratorio
	Tasa de mortalidad general por 100 mil habitantes	Ficha de notificación	Numerador: número de muertes por intoxicación aguda por medicamentos ocurridas en el año. Denominador: población determinada a mitad del tiempo evaluada. Coeficiente de multiplicación: 100.000 habitantes.
	Letalidad de la intoxicación aguda por medicamentos	Ficha de notificación	Numerador: número de muertes ocurridas por intoxicación aguda de medicamentos en el año Denominador: número de casos notificados en el año de intoxicación aguda por medicamentos. Coeficiente de multiplicación: 100

Fuente SISVEA – Vigilancia en Salud Pública – Dirección de Salud Pública.

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$ 43.381.661.023 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$34.183.395.790.

3.4 Limitaciones y problemas del Proyecto

- Legislación sanitaria que en unos casos es muy antigua y en otros no existe en alimentos y que permitan el desarrollo de la vigilancia sanitaria en lo referente a calidad e inocuidad de alimentos.
- Aunque con la Política Ambiental en Salud, se ha avanzado en el Distrito Capital, todavía hoy no se cuenta con la política de saneamiento básico integral, que incluya las acciones de otros actores a nivel sectorial, como la Secretaría del Medio Ambiente, la Secretaría de Hábitat y la UESP y que determine las acciones e intervenciones prioritarias para esta línea.
- Limitadas tecnologías apropiadas para la Inspección Vigilancia y Control en campo, que faciliten la labor y la optimización de los tiempos de ejecución de la misma.
- No disponibilidad de dueños de establecimientos, que no permiten el ingreso de los funcionarios para que realicen la Inspección Vigilancia y Control dentro del mismo, lo que genera demora en los procesos y en la respuesta distrital.
- Claridad en la articulación de competencias del ente territorial y el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos, Ministerio de la Protección Social frente al

tema articulación en las competencias de la vigilancia sanitaria de los Entes Territoriales y el INVIMA.

- Sensibilización y comunidad comprometida con la tenencia responsable de mascotas, con una cultura de manejo y cuidado responsable de las mismas. Se presenta prevención y desconfianza con las acciones de recolección canina.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

En Vigilancia en Manipulación de alimentos

- Documentos actualizados e implementados de la Línea: estándares, lineamientos, criterios de glosa, plan de muestreo de alimentos.
- Lanzamiento de estrategia de movilización masiva referente a la creación de Supervigila, para comunicación directa de factores de riesgo y medidas a adoptar para reducción de ETAS, tanto en establecimientos de comercio como directamente en los hogares. Basándose en la articulación con los Ámbitos.
- Reorganización de la línea de Alimentos Sanos y Seguros
- Definición presupuestal y técnica de la estrategia de comunicaciones.
- Eventos de capacitación a las Empresas Sociales del Estado en el protocolo de intervención y seguimiento de ETAS.
- Implementación y desarrollo de la primera etapa (diagnóstico de la cantidad de hortalizas comercializadas en Bogotá en plazas de mercado y supermercados e hipermercados), en y segunda etapa (Cálculo de No. de muestras a tomar y muestreo en plazas de mercado y cadenas de supermercados) del proyecto de investigación de contaminación por metales pesados en hortalizas.
- Mesa de trabajo con Acordes y Centros Comerciales para implementación y seguimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura BPM en plazoletas de comidas.

En Vigilancia en Manejo del agua y de los residuos sólidos y líquidos

- Implementación del manual de los estándares para el funcionamiento de los Jardines Infantiles pertenecientes a la Secretaria de Integración Social y los Jardines Privados para el desarrollo de la política Distrital de la primera infancia
- Mejoramiento de las condiciones higiénico sanitarias de 240 hogares geriátricos en el distrito capital.
- Mejoramiento en el proceso de IVC que se realiza a los servicios funerarios y cementerios de distrito, incluidos laboratorios de anatomía de las universidades y el instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Conformación de la Mesa Técnica entre la Secretaria Distrital de Integración Social y la Secretaria Distrital de Salud para la implementación de planes de mejoramiento en los jardines más críticos del distrito capital
- Fortalecimiento de las acciones que se desarrollan en el marco del convenio interinstitucional, denominado mesa distrital del agua, entre EAAB, Secretaria Distrital de Ambiente Alcaldías Locales de Sumapaz Ciudad Bolívar y Usme, CAR, Secretaria

Distrital de Salud, Secretaria de Planeación y Secretaria de Hábitat, para el mejoramiento de las condiciones de funcionamiento y operación de los acueductos comunitarios y veredales de estas tres localidades.

- Proyecto de modificación de la Resolución 0110 de 1995 expedida por la SDS, para el funcionamiento de los Hogares Geriátricos, mediante el acompañamiento permanente a la mesa técnica conformada por la SDS y SDIS, según acuerdo 312 del 2008 del Concejo de Bogotá y ley 1315 de 2009 del Ministerio de la Protección Social .
- Mejoramiento de las condiciones sanitarias y planes de mejoramiento en los establecimientos educativos del D.C.

En vigilancia en el expendio de medicamentos.

- Se reportaron un total de 234 casos de 32 eventos y 202 incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos en la red de Tecnovigilancia del Distrito Capital.
- Los dispositivos médicos asociados a los eventos e incidentes adversos en su mayoría son aquellos clasificados con nivel de riesgo I (44%) como son los guantes y mascarillas, seguidos por los de riesgo tipo IIA (33%) donde se encuentran las jeringas y equipos de macro. De acuerdo a la gravedad de los eventos e incidentes las IPS ha tomado las medidas correctivas necesarias entre ellas: capacitaciones, revisión y seguimiento a los dispositivos médicos, modificación de procedimientos y medidas administrativas en cuanto a la adquisición y cambio de productos.
- El subsistema de la Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones Agudas por Medicamentos con la coordinación de esta Secretaria y con la participación del Ministerio de la Protección Social ,Instituto Nacional de Salud, Instituto de Medicina Legal y la Universidad Nacional a través del CIGITOX entre otros. Se realizó la sensibilización del Protocolo de la Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones Agudas por Medicamentos durante el año 2010 a todas las localidades del Distrito en los COVES locales mediante un cronograma específico. Se recibieron 1778 notificaciones de casos de intoxicaciones por medicamentos (Sivigila), teniendo como agente causal los grupos farmacológicos: benzodiazepinas 32 %, antidepresivos tricíclicos 5 % y analgésicos 5 %, y resaltando los siguientes tipos de exposición: intencional suicida 45 %, intencional delictiva 27 %, accidental 17 %. Se presentaron 169 alertas en niños menores de 5 años y 16 casos en gestantes, una mortalidad con un número de 5 casos. Se realizaron 11 capacitaciones en el uso racional de medicamentos a 500 madres comunitarias cuidadoras de niños del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a 200 docentes de jardines infantiles.

En acciones para la prevención de casos de rabia humana y control de vectores.

- No se han presentado casos autóctonos de rabia canina desde el año 2000 y no se presentan casos de rabia humana hace más de quince años. Con las acciones de control de la población canina, especialmente con la estrategia de esterilización gratuita se ha logrado evitar el nacimiento de más de 300.000 caninos en la ciudad por lo que ahora (corte a 2010) la ciudad posee poco más de 700.000 caninos y no 1.000.000 cifra esperada de no haberse instaurado dicha estrategia. Las jornadas de vacunación antirrábica canina y una red de frío moderna y eficiente, permiten que la

comunidad lleve a su mascota a vacunar de forma gratuita con la seguridad que le será aplicado un biológico conservado de forma adecuada.

En vigilancia del uso de sustancias químicas.

- Mediante las labores de inspección, vigilancia y control sanitarios se ha logrado aplicar medidas de control a las industrias en la medida en que ha sido necesario y socializar la normativa sanitaria y ambiental. Sin embargo, la proporción de establecimientos objeto de intervención aún no es suficiente para garantizar un cubrimiento satisfactorio de los establecimiento susceptibles de intervención en Bogotá.
- Ha sido posible, a través de la actualización permanente de la base de datos del Mapa de Industria y Ambiente, establecer un listado de sustancias químicas utilizadas por actividad económica en el distrito. Simultáneamente, se ha determinado el consumo Per cápita de esas sustancias por cada actividad productiva y así aportar elementos de juicio clave para la intervención sanitaria prioritaria y la elaboración de diagnósticos sectoriales.
- Se ha llevado a cabo la vigilancia de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de estética y consolidación del censo de dichos establecimientos. Ello ha permitido la aplicación de las medidas de control correspondientes y la divulgación de la normativa aplicable a este sector de los servicios, tanto entre los prestadores como entre los usuarios.
- Divulgación de la información relacionada con los centros de estética autorizados por la SDS para la realización de procedimientos invasivos, en la página Web de la Secretaría Distrital de Salud, y sobre la Resolución 2827, que se ocupa del manual de bioseguridad para salas de belleza. De otro lado, también se ha dispuesto en la página WEB del Mapa de Industria y Ambiente el archivo con la información de los aplicadores de plaguicidas a quienes el hospital de Fontibón E.S.E ha otorgado el concepto sanitario favorable correspondiente.
- Se ha logrado la interacción permanente con otras entidades distritales que intervienen en forma simultánea las actividades económicas objeto de la vigilancia sanitaria de la línea de industria y ambiente. El trabajo coordinado con la SDA, el FOPAE, la UAESP, entre otras, ha permitido establecer mecanismos concertados de trabajo conjunto con instituciones que en determinado momento se hayan involucradas en la atención o vigilancia específica de las condiciones en que se desarrolla la actividad productiva.

En vigilancia sobre la Calidad del Aire en la ciudad.

- 10898 personas sensibilizadas a nivel local en las temáticas relacionadas con la línea.
- Fortalecimiento de la gestión intersectorial con entidades del orden Distrital y Nacional.
- Elaboración y Divulgación de 50 Boletines a nivel local y Distrital de las diferentes temáticas que trata la línea.
- Aumento del interés de la población respecto a las intervenciones realizadas por la línea teniendo en cuenta la divulgación realizada por la vigilancia epidemiológica.
- Mejora en la calidad de los datos recolectados en campo de las vigilancias epidemiológicas implementadas

Resultados de la Monitorización de Calidad del Aire.

- Se evidenció mayor contaminación por PM10 a nivel intramural (dentro de los jardines) que extramural (fuera de los jardines infantiles). Este hallazgo es similar al encontrado en otros estudios.
- Los niños también estaban expuestos a material particulado en sus viviendas. Los criterios para definir una residencia como más expuesta a material particulado fueron: estar ubicadas a menos de 100 metros de vías destapadas, o vías con tráfico pesado o de fuentes fijas de contaminación (chimeneas o similares).
- El 74,3% de los niños y niñas en los jardines ha tenido sibilancias en el último año, con una proporción mayor en los niños más expuestos a contaminación por PM10.
- Los niños y niñas menores de 5 años que habitan en sitios de mayor exposición a material particulado pueden presentar 1,7 veces más riesgo de presentar sibilancias en el último año. Este síntoma puede asociarse con asma.
- Un niño o niña menor de 5 años más expuesto a PM10 tiene 1,7 veces más riesgo de presentar ausentismo escolar por enfermedad respiratoria aguda; por lo anterior una disminución del PM10 (intramural-extramural) disminuiría al menos en un 41,1% el ausentismo escolar por enfermedad respiratoria en niños menores de 5 años.
- Los principales factores de riesgo para el ausentismo escolar por enfermedad respiratoria son: La contaminación del aire poblacional por PM10 y el tipo de vivienda en que habita.
- Los principales factores de riesgo para la aparición de sibilancias son: La contaminación del aire poblacional por PM10 y el antecedente de bajo peso al nacer. Como factor protector se evidencia la mayor edad del niño o niña.

Vigilancia epidemiológica de impacto en salud por ruido ambiental

- Las Localidades de Fontibón con una población de 297.736 habitantes y Engativá con 795.105 habitantes, son los más afectados por la problemática de ruido ambiental, pues son quienes están expuestos al ruido generado por las operaciones aeronáuticas que se desarrollan en los Aeropuertos El Nuevo Dorado y CATAM, según estudios realizados en estas dos localidades.

Vigilancia epidemiológica de impacto en salud por cambio climático

- La Secretaria Distrital de Salud se ha centrado en establecer la frecuencia de 3 eventos climáticos extremos; incendios forestales, inundaciones y fenómenos de remoción en masa en Bogotá analizando una serie de datos del período 1998 al 2009, los hallazgos pueden resumirse así:
 - Incendios Forestales notificados: 1564.
 - Inundaciones notificadas: 726.
 - Fenómenos de remoción en masa notificados: 417.

- Localidades más afectadas: San Cristóbal (490 notificaciones), Ciudad Bolívar (368 notificaciones).
- Los datos anteriores permiten recomendar que se analice la capacidad de respuesta del sector salud y demás instituciones con competencias en la atención de emergencias en las localidades mencionadas.
- Así mismo, se realizó un análisis retrospectivo del comportamiento de variables climatológicas con los registros de la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá de la Secretaria Distrital de Ambiente (SDA) para el periodo comprendido entre agosto de 1997 y mayo de 2010, del conjunto de resultados se destaca lo siguiente: La temperatura promedio fue de 14.0 °C, con un aumento a partir del año 2000 hasta el año 2003, el año que registro el mayor valor fue 2003 con 14.9°C y los que registraron el menor valor (12.8°C) fueron 2000 y 2006.

Vigilancia de espacios 100% libres de humo en Bogotá

En un estudio en la ciudad de Bogotá realizado por la Secretaria Distrital de Salud, en conjunto con la Universidad Sergio Arboleda, se detectó lo siguiente:

- Se detectó nicotina en el aire en la mayoría de lugares muestreados en el aeropuerto, la escuela, restaurantes y lugares de entretenimiento).
- La detección de la nicotina en el aire indica que hubo consumo de tabaco en esos lugares.
- Se detectó nicotina en el aire de todos los tipos de establecimientos.
- Dado que la nicotina es un contaminante del ambiente y refleja presencia de humo de tabaco, el nivel esperado debería ser nulo (<LDD).
- La mitad o más de la mitad de los monitores obtuvieron valores por encima del LDD en todos los establecimientos muestreados incluyendo la escuela, el aeropuerto y los restaurantes.
- Los niveles más altos de nicotina se encontraron en los lugares de entretenimiento.

Inspección, Vigilancia y Control Rutinario de cumplimiento de la Ley 1335 de 2009 “Espacios Libres de Humo”: A través de las diferentes líneas de acción que realizan inspección, vigilancia y control se ha implementado la verificación del cumplimiento de los siguientes aspectos de la Ley 1335 de 2009 en el ámbito de las competencias de la Secretaria Distrital de Salud: En el año 2010 se practicaron un total de 167280 visitas a establecimientos verificando los requisitos de la Ley 1335 de 2009.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

- 31.258 Establecimientos vigilados y controlados en manipulación de Alimentos
- 11.773 Establecimientos vigilados y controlados. (cumplimiento del 65%) en manejo del Agua, residuos sólidos y líquidos.
- 380.277 caninos vacunados.
- 3996 establecimientos vigilados en manejo de Medicamentos.
- 12235 establecimientos vigilados y controlados en riesgos químicos.

3.7 Población o Unidades de Focalización sin atender

- En manipulación de alimentos: se excedió la meta definida en el 2010.
- En vigilancia en manejo de agua, residuos sólidos y líquidos: 6502 establecimientos.
- En vigilancia en manejo de medicamentos: 2913 establecimientos.
- En vigilancia en manejo de sustancias químicas: se excedió la meta definida en el 2010.
- En vacunación canica: 54.723 caninos.

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

Al finalizar la vigencia, respecto a la vacunación canina se requiere ampliar a 318.576. En cuanto a vigilancia en medicamentos, se deben ampliar las acciones en 2913 establecimientos adicionales, y en manejo de agua, residuos sólidos y líquidos a 6502 establecimientos.

Tanto el la vigilancia en manejo de sustancias químicas como de manipulación de alimentos se cubrió la programación inicial que se mantendría para el 2011.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución del problema

En vigilancia epidemiológica sobre manipulación de alimentos.

- Continuación de la estrategia de distinción sanitaria a restaurantes populares
- Actualización de estrategia de comunicaciones
- Desarrollo y fortalecimiento de los siguientes proyectos especiales: leche higienizada, refrigerios escolares, red de capacitadores particulares de alimentos, red de laboratorios particulares, control de carnes foráneas, proyecto de seguimiento grecas y máquinas dispensadoras de café, investigación de contenido de metales pesados en hortalizas.
- Capacitación a los funcionarios y contratistas que desarrollan la estrategia de Seguridad Alimentaria en las ESE en temas como BPM, ETAS, Legislación Sanitaria.

En Prevención de casos de rabia humana.

- Centro de zoonosis de Bogotá D.C.: El Centro de Zoonosis es una dependencia de la Secretaría Distrital de Salud, la cual desempeña labores relacionadas con la Salud Pública; su función es el control de las enfermedades zoonóticas donde los caninos son la población objetivo, pues participan en el mantenimiento y la transmisión de muchas enfermedades en particular de la rabia; unes esfuerzos con órganos de salubridad estatales y locales para disminuir el impacto de las zoonosis en Colombia. Por tal motivo este centro pretende a través de un control activo basado en prevención, promoción y diagnóstico disminuir estos factores de riesgo, a través de acciones ejecutadas desde el Plan de Intervenciones Colectiva –PIC - ejecutadas en coordinación con las Empresas Sociales del Estado:

Tabla No. 13.3
Actividades realizadas en el Centro de Zoonosis, año 2010

INDICADORES GESTION	2010
---------------------	------

RECOL CANINA HOSPITALES	4113
RECOL FELINA HOSPITALES	138
RECOL CANINA CAMIONETA	1473
RECOL FELINA CAMIONETA	221
CANINOS DONADOS	4064
FELINOS DONADOS	2008
CANINOS ENTRE A DUEÑOS	1128
CANINOS Y FELINOS PLAN DE ADOPCION	2543
ESTERILIZACIONES	2921
CANINOS OBSERVADOS	75
FELINOS OBSERVADOS	28
EUTANASIA TOTAL	7034

**menos lo incluido en vigilancia activa de la rabia*

Fuente Vigilancia en Salud Pública – Dirección de Salud Pública..

En vigilancia en el manejo de sustancias químicas:

- Dentro de las acciones planteadas por la línea de seguridad química se encuentran algunos proyectos cuyo objeto consiste en la intervención específica de sectores productivos concentrados geográficamente para la obtención de resultados más expeditos en la protección de la salud de la comunidad. Entre los proyectos planteados en 2010 se encuentran:
- Proyectos de Prevención Integral en Salud Ambiental (PISA): cuyo objeto fundamental es el de incentivar al sector industrial en el desarrollo de estrategias de prevención ambiental integrada en el marco de los principios de producción más limpia, y la implementación de buenas prácticas operativas, para lograr minimizar impactos ambientales y a la salud pública producidos por la actividad industrial, sobre todo en lo relacionado con el manejo adecuado de sustancias químicas peligrosas, la gestión integral de residuos peligrosos, y la implementación de prácticas de PML.
- Vigilancia intensificada en establecimientos con actividad económica correspondiente a estética facial, corporal y ornamental (Hospitales Vista Hermosa - Usaquén): el principal interés es el de promover y mantener el mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo y salud en los establecimientos que prestan servicios de estética y afines, mediante la identificación e intervención priorizada de los factores de riesgo ambientales y ocupacionales para el trabajador y clientes, evitando la ocurrencia de accidentes de trabajo y el desarrollo de enfermedades ocupacionales y garantizando la oferta de servicios seguros y en condiciones adecuadas para las actividades de estética facial, corporal y ornamental en las localidades de Ciudad Bolívar y Usaquén.
- Proyecto “Mapa de Industria y Ambiente - Consolidación y Expansión del Sistema de Información MIA dentro de la Dinámica del Sistema Global Armonizado”, mantener actualizado y en funcionamiento el sistema de información MIA, fortaleciendo su utilidad como herramienta de registro, manejo, análisis y difusión de la información de la línea de seguridad química, en lo relacionado con la vigilancia sanitaria a la industria y a la gestión adecuada de las sustancia químicas peligrosas.

3.10 Diagnostico final del problema

La Secretaría Distrital de Salud ha venido controlando los diferentes riesgos que pueden afectar la calidad de vida de la ciudadanía frente a la manipulación de alimentos, la calidad del agua, el manejo de residuos sólidos y líquidos, la calidad del aire, el manejo y expendio de medicamentos y el uso de sustancias químicas; las acciones desarrolladas evitan que estos impactos se manifiesten afectando directamente tanto a aquellos que manejan este tipo de sustancias o productos, como a consumidores y población que tiene asentamiento en lugares próximos a estos expendios. El impacto directo es el control inmediato para evitar el posible deterioro a la salud. Sin embargo las acciones de control y vigilancia, deben ser continuas, pues los riesgos permanecerán mientras no se produzcan cambios culturales y de patrones económicos e industriales. En este sentido el problema que justifica las acciones de vigilancia en salud ambiental, continuará mientras sigan la actividad humana, social, económica, industrial y comercial, entre otras en Bogotá.

Problema Social No. 14



**Abordado por el Proyecto de
EPS Distrital**

Problema Social No. 14 abordado por el Proyecto de EPS Distrital

1. Reconstrucción del problema social

1.1 Identificación del problema

El Aseguramiento en Salud de la ciudad presenta dificultades en el Régimen Subsidiado, por falta de una institución que realice las actividades de regulador y que medie en el mercado asegurador; esto genera barreras de acceso a la población de afiliados, resultando en un mercado irregular con desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios de salud visibles con faltas de accesibilidad y continuidad en la atención.

El modo de atención centrado en la enfermedad no solo genera alto costo, sino que además incrementa el valor de la atención curativa individual, costo que es trasladado a las redes de salud públicas llevándolas a asumir un sobre costo para el cual no están diseñadas.

Debido a lo anterior, los Prestadores de Servicios de Salud se han debilitado en la capacidad de atención preventiva, absorbiendo los recursos financieros destinados a acciones de promoción y prevención.

La imposición de serias barreras administrativas de acceso por parte de los actuales aseguradores, deja sin ninguna alternativa de atención a la población y el individuo, especialmente en el sector público, primando el interés económico sobre la vida de las personas.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

- El SGSSS, definido por la Ley 100 de 1993 ha tenido su mayor desarrollo en Bogotá. A diciembre de 2010 se alcanzó una cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado de 1.653.538 personas de las cuales se encontraban activas 1.392.254. Sin embargo, aún quedan 261.284 personas pobres no aseguradas, que son atendidas en su mayoría por la red pública adscrita y por contratación con la red no adscrita, con recursos del Distrito administrados por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS).
- El crecimiento desbordado de la población a atender por factores de orden público generados fuera de la ciudad y la escases o inexistencia de oferta de servicios de salud en su mayoría de alta complejidad que llegan al Distrito en busca de una solución generada por la falta de cobertura.
- Como consecuencia se presenta la existencia de barreras para acceder a los servicios de salud, en especial de la población pobre no aseguradas, afectando la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas de Bogotá.
- Afectaciones a la sostenibilidad de las Instituciones prestadoras de servicios de salud y ESES del Distrito Capital, como consecuencia de condiciones adversas en las tarifas reconocidas para los servicios que se presten.
- Mercado de aseguramiento que traslada al paciente y a los prestadores los riesgos del sistema, incluida los costos de tratamiento de carga de enfermedad y los problemas de financiamiento del sector salud.

1.3 Focalización

El proyecto “EPS Distrital” está dirigido principalmente a ofrecer cobertura a personas sin afiliación y del régimen subsidiado estimada inicialmente en 261.284 habitantes.

En desarrollo del proyecto, la EPS Distrital fortalecerá la atención primaria en salud, la red de urgencias médicas, facilitando el acceso al sistema de seguridad social; y garantizando el cumplimiento de la responsabilidad de los aseguradores para alcanzar las metas proyectadas en el plan de salud pública.

Es población perteneciente a los estratos estudiados (1 y 2) de hogares localizados en barrios y localidades vulnerables de la capital, principalmente en su mayoría carnetizadas con el SISBEN y un alto porcentaje habita en vivienda arrendada.

Esta población se dedica a los más disímiles oficios y se apoyan entre cónyuges y familiares para el sostenimiento del hogar.

1.4 Actores que intervienen en el problema

- Ministerio de Protección Social.
- Superintendencia Nacional de Salud.
- Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud.
- Secretaría Distrital de Hacienda.
- EPS Distrital.
- Red Pública Hospitalaria.
- Población con requerimiento de atención subsidiada en salud.

Los afiliados a la EPS Distrital podrán contar con una amplia red de servicios a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a la red del Distrito. Esto permitirá que el paciente fluya fácilmente por el sistema cuando se trate de servicios POS-S a cargo de la EPS-S y servicios No POS-S a cargo de los recursos de oferta. Adicionalmente se adelantan conversaciones con algunas ESE del Distrito para optimizar la forma de contratación por redes de servicios que otorguen mayor integralidad en la atención de los usuarios. Todo lo anterior acompañado por un modelo de atención concertado entre el asegurador y el prestador de servicios de salud.

2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

2.1 A nivel de la Administración

Acuerdo 308 de 2008: *“por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D.C., 2008-2012 “Bogotá positiva: para vivir mejor.”*”

En cumplimiento a los objetivos estratégicos y/o planes de acción definidos en el Plan de Desarrollo “BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR” período 2008-2012, se sugiere y plantea adelantar las acciones necesarias para lograr las metas propuestas en el objetivo

estratégico “Garantía del derecho a la salud en Bogotá”, para lo cual el presente proyecto busca garantizar el acceso universal, integral, equitativo y de calidad en la prevención y atención en salud, desde una perspectiva de calidad de vida, mediante la creación de la EPS Distrital, combinando dos grandes estrategias:

La reorganización del sector con fortalecimiento del ejercicio de la rectoría territorial del SGSSS.

La política de ser administrador directo del aseguramiento y de los recursos de demanda, permitirá la regulación del sistema, cumpliendo con la premisa de universalizar la atención integral en salud, beneficiando la calidad de vida y aseguramiento universal.

2.2 A nivel de la Entidad

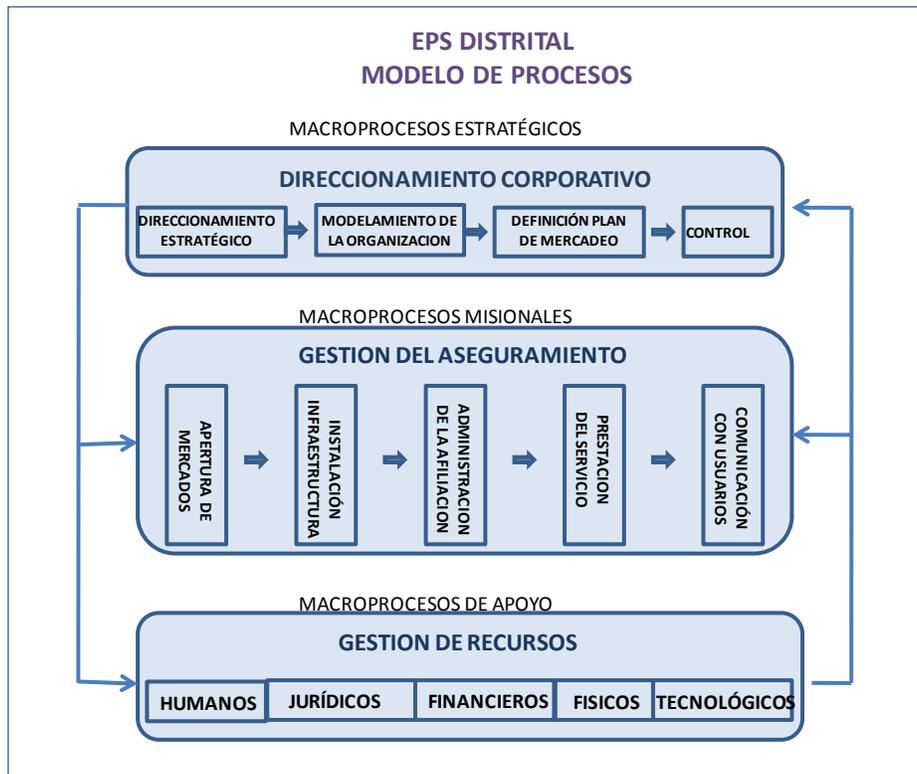
A nivel de la entidad el instrumento operativo corresponde al proyecto 635 EPS Distrital en el cual se incluyen las metas, actividades y recursos para la puesta en operación de la misma.

Dentro del Proyecto 635 EPS Distrital se incluyen se ha venido trabajando las siguientes estrategias:

- Estrategia operativa: garantizar un modelo de atención acorde con las necesidades y características de la población, apoyado en procesos de gestión del riesgo, auto cuidado y prevención, que permita la sostenibilidad económica de la EPS Distrital, al tiempo que garantiza una adecuada atención de los usuarios. (APS, estrategia de promoción, prevención y estilos de vida saludables).
- Estrategia de calidad: implementar procesos de control de calidad apoyados en el diseño de procesos centrados en el paciente, en la definición clara de responsables y en la evaluación preventiva, concurrente y de resultados, en el marco del MECI y garantizando la certificación de alta calidad de la EPS Distrital.
- Estrategia tecnológica: desarrollar un sistema de información, comunicaciones y tecnologías robusto, ágil y en línea con la Red Distrital adscrita.
- Estrategia de recursos humanos: garantizar un grupo de personal ejecutivo y operativo de altas calidades, expertos en aseguramiento.
- Sistema de compras: ágil y oportuno con operación logística, priorizando la oportunidad en las compras y la calidad de los proveedores.

En la Grafica No. 14.1 Se puede observar el esquema de operación estratégico y de procesos de la EPS Distrital.

Gráfico No. 14.1



2.3 Metas formuladas en los proyectos y acciones

Metas del Proyecto

Para el 2010, la habilitación de la EPS Distrital, la cual fue creada a través del Acuerdo Distrital No 357 de enero 5 de 2009.

Acciones del Proyecto.

- Creación de la EPS Distrital: asesoría y asistencia técnica para facilitar la creación de una EPS Distrital.
- Se escogió como socio estratégico a Salud Total S.A. Según estudios realizados por la Universidad El Bosque, en acuerdo con el Plan Metodológico elaborado por la misma.
- Luego de realizada la labor de negociación con la EPS SALUD TOTAL S.A., El día 1° de Julio de 2009 se constituyó la EPS Distrital, en la Alcaldía Mayor de Bogotá.
- El día 6 de julio de 2009, se realizó la inscripción en Cámara de Comercio.
- Por Resolución 1228 del 22 de julio de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud habilitó a la EPS Distrital.
- El 23 de diciembre de 2010 la Superintendencia de Salud expidió la Circular 065 para emitir concepto jurídico favorable para la escisión de los regímenes contributivo y subsidiado de Salud Total EPS.

2.4 Presupuesto asignado.

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$110.984.682 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, provenientes el 100% de Aporte Ordinario del Distrito Capital.

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

Estos impactos serán verificables y mensurables una vez entre en operación la EPS Distrital.

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

En el año 2010, se logró la habilitación de Capital Salud EPS-S S.A.S para la operación y administración de recursos del Régimen Subsidiado en Bogotá D.C, por Resolución 1228 del 22 de julio de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, con lo cual se cumple la meta del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva, de contar con una EPS Distrital.

Los logros obtenidos en la ejecución de esta meta fueron:

- Se escogió como socio estratégico a Salud Total S.A. Según estudios realizados por la Universidad El Bosque, en acuerdo con el Plan Metodológico elaborado por la misma.
- Luego de realizada la labor de negociación con la EPS SALUD TOTAL S.A., El día 1° de Julio de 2009 se constituyó la EPS Distrital, en la Alcaldía Mayor de Bogotá.
- El día 6 de julio de 2009, se realizó la inscripción en Cámara de Comercio.
- Por Resolución 1228 del 22 de julio de 2010 de la Superintendencia de Salud se habilitó a la EPS Distrital.
- El 23 de diciembre de 2010 la Superintendencia de Salud expidió la Circular 065 para emitir concepto Jurídico Favorable para la escisión de los regímenes contributivo y subsidiado de Salud Total EPS.

3.2 Indicadores

- Creación de la EPS Distrital, ejecutado a Diciembre de 2010 es de 100%.
- Puesta en marcha de la EPS Distrital ejecutado a Diciembre 2010 es de 97%.
- Habilitación de la EPS Distrital es de 100%
- Cumplimiento de la meta del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva ,Proyecto (635) es de 100%
- Escisión de Salud Total EPS- S S.A.S es de 100%

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$ 110.984.682 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$ 110.984.682.

3.4 Limitaciones y Problemas del proyecto

Las mayores limitaciones en la ejecución del proyecto son los tiempos utilizados para el estudio y aprobación de la habilitación y la fusión de las EPS, que fue necesario realizar conforme a los requisitos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. La fusión con la EPS se hizo necesaria, dada las condiciones de regulación para las EPS, que establece fechas y tiempos para periódicos, para que se apruebe la entrada en operación de las mismas. Dado que dichos tiempos ya habían fenecido, como alternativa era necesario buscar un socio estratégico (una EPS aprobada y habilitada),

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Estos efectos serán verificables y mensurables una vez entre en operación la EPS Distrital. Entre otros se prevé los siguientes efectos:

- Aumentar la cobertura del aseguramiento en la ciudad hasta lograr la universalidad sin comprometer el equilibrio financiero de la red pública de servicios.
- Ser administrador directo del aseguramiento, acorde con el propósito del plan de desarrollo de la Bogotá Positiva de incorporar 892.415 personas al sistema subsidiado de salud en los próximos cuatro años.
- Contribuir a eliminar barreras de acceso a la salud a través de la universalización en la prestación de los servicios a la población pobre y vulnerable, al proporcionar acceso en más de 170 puntos de atención de la Red Pública Distrital, distribuidos por toda la ciudad.
- Garantizar la sostenibilidad de los hospitales Distritales a través de la contratación de los servicios de salud con la red pública.
- Contribuir con el propósito de aumentar la cobertura del aseguramiento en la ciudad hasta lograr el aseguramiento universal.
- Incremento de la contratación de las EPS-S con las ESES: la norma actualmente exige que las EPS subsidiadas contraten mínimo un 60% de servicios con las ESES Distritales. Con la creación de la nueva EPS Distrital esta contratación podría llegar al 90%.
- Contribuir de manera eficaz a alcanzar las metas sensibles del Gobierno de la Ciudad a través de las políticas públicas de la SDS como Salud a su Casa, Salud al Colegio, Gratuidad en Salud, Niñez Bienvenida y Protegida, Gratuidad en Salud, entre otros en temas de: Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal, Mortalidad Infantil, Coberturas útiles en vacunación, Disminución del embarazo en adolescentes, Toma de citologías, Salud oral, Programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, entre otros.

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Estos efectos serán verificables y mensurables una vez entre en operación la EPS Distrital.

La EPS Distrital operará en la región centro-oriental del país que además de tener cobertura en la capital lo hará en el Meta, Cundinamarca, Huila, Guainía, Vaupés y

Vichada. La EPS que iniciará con una base de 456 mil afiliados y espera llegar a una cobertura de 1.300.000 personas todavía no afiliadas en la región centro oriental.

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Estos efectos serán verificables y mensurables una vez entre en operación la EPS Distrital.

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

Estos efectos serán verificables y mensurables una vez entre en operación la EPS Distrital.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

Al igual que lo referido en el numeral anterior, por no encontrarse, aún en funcionamiento la EPS Distrital, no se han presentado problemas para los cuales en su momento se implementarían las acciones que sean necesarias.

3.10 Diagnostico final del problema

Una vez habilitada la EPS Distrital y Salud Total EPS-S escindida, sus juntas directivas y las asambleas autorizarán la fusión faltando únicamente la autorización de la Superintendencia de Salud para que la EPS Distrital con nombre Capital Salud EPS S.A.S entre en operación.

La EPS Distrital ofrecerá entre otras ventajas que la cobertura de servicios de salud, se extienda a toda la red hospitalaria de la ciudad sin importar la ubicación del usuario, lo que garantizará que los nuevos beneficiarios reciban atención médica en cualquiera de los 22 hospitales de la red pública distrital y sus 170 puntos de servicio, eliminando las barreras al servicio de salud además de contribuir a la sostenibilidad y desarrollo de la red hospitalaria distrital.

De igual manera otra de las ventajas que se obtendrá a través de la promotora de salud EPS Distrital será la de una gestión integral en la compra, dispensación y distribución de medicamentos con beneficios de ahorro en la red pública, calidad y oportunidad a sus usuarios. Además de crear una historia clínica digital que podrá ser consultada, en cualquiera de los centros a través de la red.

Problema Social No. 15



**Abordado por el Proyecto
Salud al Trabajo**

Problema Social No. 15 abordado por el Proyecto Salud al Trabajo

1 Reconstrucción del problema social

1.1 Identificación del problema

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

- **PROBLEMA 1:** Bajos niveles educativos de los y las trabajadoras en la economía informal, derivado de la falta de equidad en las oportunidades para el acceso a los servicios sociales, asociados a factores culturales donde los oficios son heredados en la realización de actividades económicas inmersas en ambientes pocos saludables, acompañadas de largas jornadas que afectan la calidad de vida y salud de los y las trabajadoras.
- **PROBLEMA 2:** Factores sociales, económicos, culturales, institucionales y familiares que promueven la vinculación temprana de los niños, niñas y adolescentes al trabajo en condiciones precarias que vulneran el derecho a la salud, afectan su asistencia y permanencia en el sistema educativo.
- **PROBLEMA 3:** La vinculación laboral de la población en situación de discapacidad se ve reducida por su condición de vulnerabilidad, sumado a bajas competencias laborales y estigmatización de sus habilidades llevándolos a vincularse de manera marcada en la economía informal, en donde presentan barreras físicas y actitudinales que posibilitan mayores niveles de discapacidad.

1.2 Identificación de las causas y efectos del problema

Tabla No. 15.1

Identificación y Causas y Efectos de los Problemas que aborda Salud al Trabajo

PROBLEMA	CAUSAS	EFECTOS
PROBLEMA 1	<ul style="list-style-type: none"> - Baja demanda de empleo formal - Nuevas formas de trabajo - Déficit de redes sociales - Ausencia de políticas que aseguren la retribución salarial acorde a las necesidades de los individuos. - No garantiza para el acceso equitativo de los y las trabajadoras a los beneficios de seguridad social del Estado. - Barreras de acceso de los y las trabajadoras en la Economía Informal al Sistema General de Riesgos Profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación en la salud y calidad de vida de los y las trabajadores en la Economía Informal. - No acceso de los y las trabajadoras en la Economía Informal a programas de promoción y prevención en el trabajo. - No cubrimiento de las contingencias ni asistenciales ni económicas derivadas de los eventos en salud relacionados con el trabajo de

	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de información sobre los eventos en salud relacionados con el trabajo de los y las trabajadoras en la Economía Informal. - Oferta laboral que no tiene en cuenta la diversidad étnica, cultural y social de las poblaciones. 	<p>los y las trabajadoras en la Economía Informal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cubrimiento de eventos en salud de manera equitativa de los y las trabajadoras en la Economía Informal a cargo del régimen subsidiado en salud y los fondos territoriales.
PROBLEMA 2	<ul style="list-style-type: none"> - Desempleo de los adultos de familias u hogares de niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil - Oferta de empleo en la economía informal con baja remuneración para los adultos de familias u hogares de niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil - Precocidad de la maternidad y paternidad de jóvenes que salen a vincularse al trabajo. - Limitaciones para la permanencia y promoción de los niños y niñas en la escuela, que motiva su salida de ella y los pone en riesgo de vincularse al trabajo infantil. - Lejanía entre los centros educativos y las viviendas de niños y niñas en riesgo o vinculados al trabajo infantil. - Violencia intrafamiliar física y psicológica sobre niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil. - Desplazamiento forzado de familias de niños y niñas en riesgo o en trabajo infantil - Alteración de los roles familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulneración de los derechos del niño y la niña, principalmente los derechos a la supervivencia y desarrollo, libertad, salud, educación, recreación, descanso y actividades culturales - Desescolarización prematura de los niños y niñas lo que genera perpetuación de la pobreza. - Afectación en la salud de los niños y niñas por su exposición a condiciones de trabajo peligrosas. - Vinculación de los niños y niñas a peores formas de trabajo infantil.
PROBLEMA 3	<ul style="list-style-type: none"> - Imaginarios y representaciones sociales en torno a la capacidad de la persona con discapacidad para ser incluida en escenarios laborales. - Desconocimiento de los y las empresarias de los beneficios económicos y sociales de la inclusión sociolaboral de personas en situación de discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja participación de personas en situación de discapacidad en el mercado laboral formal. - Los y las trabajadoras con discapacidad se ocupan en la economía informal con un bajo cubrimiento de su seguridad social y las de sus familias y en condiciones

precarias.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública.

1.3 Focalización

Las poblaciones en las cuales se centra el programa, las cuales fueron identificadas teniendo en cuenta variables como: ingresos socioeconómicos limitados, dificultades para el acceso a programas y servicios y condiciones de vulnerabilidad asociadas tales como el desplazamiento, el género, la discapacidad y la pertenencia a un grupo étnico son:

Tabla No.15.2 Identificación y Causas y Efectos de los Problemas que aborda Salud al Trabajo

PROBLEMA	POBLACIÓN FOCALIZADA	ESCENARIO
PROBLEMA 1	<ul style="list-style-type: none">- Población trabajadora no asegurada al Sistema General de Riesgos Profesionales (informal) o que se encuentre vinculadas a nivel local en proyectos productivos del Instituto para la Economía Social – IPES o que se encuentren en condiciones de trabajo precarias y/o tienen dificultades en el acceso a los servicios de salud.- Jóvenes, Adultos y personas mayores desplazadas que estén desarrollando un proceso productivo en la economía informal, especialmente, aquellos que lo están desarrollando con el Instituto para la Economía Social.- Trabajadores pertenecientes a los cuatro grupos étnicos del Distrito y que laboran en la Economía Informal, así como los niños, niñas y adolescentes trabajadores pertenecientes a grupos étnicos.	<ul style="list-style-type: none">- Unidades de Trabajo Informal- Plazas de mercado administradas o no por el Instituto para la economía informal.- Proyectos comerciales del Instituto para la Economía Social- Proyectos productivos de los grupos étnicos y población desplazada.
PROBLEMA 2	<ul style="list-style-type: none">- Niños y niñas trabajadoras menores de quince años Adolescentes entre 15 y 18 años trabajadores.	<ul style="list-style-type: none">- Sedes educativas en donde el tema de trabajo infantil es priorizado.- Hogares y lugares de trabajo de niños, niñas y adolescentes trabajadores.
PROBLEMA 3	<ul style="list-style-type: none">- Empresarios formalizados de cualquier actividad económica que tengan disposición de participar en el proceso de Sensibilización para la inclusión socio laboral de personas en situación de discapacidad.	<ul style="list-style-type: none">- Empresas formales interesadas en el proceso de sensibilización para la inclusión sociolaboral de personas en situación de discapacidad.

--	--	--

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública.

Indicadores sociodemográficos para el desarrollo de las acciones:

- Población total de Bogotá: 7.250.000
- Población en edad de trabajar (78.7%): 5.705.750
- Población económicamente activa (67.2%): 4.872.000
- Población ocupada (59.9%): 4.342.750
- Trabajadores formales DANE (49.2%): 2.364.622
- Trabajadores informales DANE (50.8%): 2.441.521
- Trabajadores informales (Sin SS) (59.3%): 2.805.043
- Población desempleada: 865.392
- Número de unidades de trabajo informal: 350.000 (IPES: 2007)
- Número de unidades de trabajo informal DANE: 650.000
- Tasa de trabajo infantil en Bogotá: 3.3 (DANE, 2007)

1.4 Actores que intervienen en el problema

PROBLEMA 1:

- Comité Local de Salud Ocupacional: Orienta el desarrollo de programas y proyectos dirigidos al mejoramiento de las condiciones de trabajo y salud de los y las trabajadoras en la ciudad.
- Otros sectores en el proceso de concertación e implementación del plan de acción de la política distrital para la salud de los trabajadores ajustado en el 2007, dentro de los cuales se destacan: IPES (Instituto para la Economía Social) la Secretaria de Desarrollo Económico); Planeación Distrital: Políticas Poblacionales y Política de Mujer y Género.
- En la orientación técnica y metodológica del programa: La Universidad Nacional de Colombia: Facultad de Medicina y Artes.
- Con las Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP, con quienes se debe dar cumplimiento al plan de acción del Plan Distrital de Salud.
- Con los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y en Riesgos Profesionales para el diseño e implementación del Sistema de Vigilancia de Salud de los Trabajadores del Distrito.
- Con los actores locales, comunitarios, organizaciones sociales, e instituciones que conforman la Red de salud y trabajo en cada localidad, con quienes se discuten y concretan las acciones locales.
- Con los comités de productividad, coordinados por la Secretaría Local de Planeación para la búsqueda de respuestas integrales a las necesidades de los y las trabajadoras.

PROBLEMA 2:

- Con la Mesa Distrital para la Erradicación del Trabajo Infantil en donde participan de manera activa la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Educación, el ICBF regional Bogotá, el Ministerio de la Protección Social Dirección Territorial, la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos. Este espacio orienta el desarrollo y seguimiento de acciones Distritales articuladas para la prevención y erradicación del trabajo infantil.
- Con la Organización Internacional del Trabajo para el apoyo técnico y metodológico.

PROBLEMA 3:

- Con los gremios empresariales para el ingreso a empresas formales de forma estratégica y organizada.
- Con los consejos locales y distritales de discapacidad responsables del direccionamiento de la Política Pública de Discapacidad.

2 Instrumentos operativos para la atención de los problemas

2.1 A nivel de la Administración

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, se destacan los planteamientos del Objetivo Estructurante Ciudad de Derechos, en sus propósitos y estrategias y del Programa Bogotá Sana. De manera específica en el contexto del Objetivo se propone: **“...Hacer sostenible el pleno ejercicio de los derechos en función del mejoramiento de la calidad de vida...”**, principio éste que está armonizado con la estrategia de gestión social también planteada allí: **“...gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios...”**. En este mismo sentido, los planteamientos del Programa Bogotá Sana de: **“...garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas...”** sirven de sustento a las intervenciones de Salud al Trabajo. Se establece como meta la vinculación de 20.000 niños y niñas menores de 15 años trabajadores y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial.

La **Política Distrital de Salud de los Trabajadores** diseñada en el 2002 y ajustada en el 2007, define como líneas de acción: la promoción del trabajo decente, el fortalecimiento institucional y la prevención y erradicación del trabajo infantil.

La **Política Distrital de Infancia y Adolescencia 2004 -2008** (ratificada en el 2008) ha establecido la explotación laboral infantil, como uno de los intolerables sociales a transformar mediante la acción conjunta del Gobierno Distrital, las entidades, organizaciones gubernamentales nacionales y no gubernamentales y las demás

organizaciones de la sociedad civil. En este sentido, la política plantea que todos los intolerables sociales tienen causas evitables, con lo cual se pone la mira directamente sobre el camino de la prevención, como aquel que permite desarrollar alternativas diferentes frente a las condiciones de vida de la población, en particular, sobre los niños(as), jóvenes en riesgo o en condición de explotación laboral y sus familias.

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

2.2 A nivel de la Entidad

A nivel de la entidad, el instrumento utilizado para la respuesta a la problemática identificada es el Proyecto de Inversión No. 630 Salud de los Trabajadores. En el mismo se ha establecido como objetivo “...**Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital...**” y como objetivos específicos 1- Promover entornos de trabajo saludables y seguros con enfoque diferencial y 2- Promover que las intervenciones institucionales e intersectoriales respondan de manera sostenida y articulada a la lectura de necesidades de la población trabajadora.

2.3 Metas formuladas en los proyectos y/o acciones

PROBLEMA 1:

META	ACTIVIDADES
Al 2012, se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las unidades productivas informales del distrito capital.	Realizar el diagnóstico de condiciones de trabajo y salud a las UTI y trabajadores informales
	Asesorar y prestar asistencia técnica para la elaboración y ejecución de planes para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de las UTIS y trabajadores informales.
	Diseñar e implementar en las Unidades de trabajo informal el plan de emergencias y capacitar la brigada de emergencias.
	Diseño e implementación de una estrategia de comunicación para información y sensibilización dirigida a empleadores y trabajadores
	Promoción de entornos de trabajo saludables para población en situación de desplazamiento vinculada a la economía informal
	Seguimiento a unidades de trabajo informal intervenidas en la vigencia anterior.
	Promoción del trabajo decente en población trabajadora de los grupos étnicos
A 2012 promover que en el 100% de las Administradoras	Convocatoria para el establecimiento de acuerdos con las ARP para concertación de la estrategia de

de Riesgos Profesionales que operan en el Distrito Capital implementen la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en sus empresas.	entornos de trabajo saludables. Participar y cumplir el plan de acción del Comité Distrital de Salud Ocupacional.
A 2012 promover la implementación de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en el 25% de las unidades productivas afiliadas a los gremios empresariales	Concertación de la estrategia de entornos de trabajo saludables con los gremios empresariales, trabajadores y grupos de interés Concertación con la ARP para la implementación de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludable en la SDS y las ESE adscritas. Diseño, implementación y seguimiento al plan de acción de entornos de trabajo saludables.
A 2012, evaluar el impacto de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en términos de indicadores de salud y calidad de vida.	Construcción de líneas de base de accidentes de trabajo y enfermedad profesional en el distrito y prevalencia de factores de riesgo
A 2012, se contará con un plan de acción que respondan a las necesidades de salud de la población trabajadora.	Identificar las necesidades de la población trabajadora en situación de vulnerabilidad en las 20 localidades. Diseño articulado y seguimiento a planes de respuestas integrales con actores locales estratégicos.
Al 2012, se contará con un proyecto por localidad para el mejoramiento de las condiciones de trabajo auto gestionado por las redes de trabajadores.	Formación de líderes en salud y trabajo.

PROBLEMA 2:

META	ACTIVIDADES
Al 2012, se habrán identificado 20.000 niñas y niños trabajadores, para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo.	Caracterización, atención y seguimiento de niños, niñas menores de 15 años trabajadores escolarizados y desescolarizados
	Sensibilización para la prevención del trabajo infantil en espacios distintos a la escuela
	Promoción de la salud mental y prevención de la vinculación a peores formas de trabajo infantil con niños, niñas y jóvenes trabajadores escolarizados y desescolarizados.
	Realizar una investigación del diagnóstico de las condiciones de salud de los niños y niñas trabajadoras.
Al 2012, se habrán identificado	Concertación con empleadores para la generación de

8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido.	condiciones de trabajo protegido de jóvenes entre 15 y 18 años y seguimiento a los acuerdos.
Contribuir a la Erradicación del trabajo infantil. (Línea de Base: 4.8 - Tasa de ocupación en menores de 18 años - Fuente DANE 2005)	Articulación intersectorial para la prevención y erradicación del trabajo infantil.

PROBLEMA 3:

META	ACTIVIDADES
Al 2012, 10.000 empresas del sector formal habrán sido sensibilizadas para la inclusión socio laboral de población en condición de discapacidad.	Asesoría a Empresas para la promoción de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector formal

2.4 Presupuesto asignado

Para la vigencia 2010 para la atención del problema se asignaron \$6.302.000.000 por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$2.386.004.000 provienen del Sistema General de Participaciones y \$3.915.996.000 provienen de recursos del Distrito de Aporte Ordinario. .

2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención

La población propuesta a ser beneficiada por el programa en la vigencia 2010 fue:

- Trabajadores informales urbanos y rurales 31.971
- Niños y niñas trabajadores menores de 15 años 3.912
- Jóvenes trabajadores entre 15 y 18 años 1.700
- Empresarios formales 777
- Personas en situación de desplazamiento vinculada a proyectos productivos. 226
- Personas pertenecientes a grupos étnicos. 500

3 Resultados en la transformación de los Problemas

3.1 Niveles de cumplimiento

PROBLEMA 1

META 1	PROYECCIÓN 2010	EJECUCIÓN
Al 2012, se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las	5.168 unidades de trabajo informal con	6.038 unidades de trabajo informal con

unidades productivas informales del Distrito Capital.	mejoramiento de sus condiciones	mejoramiento de sus condiciones de salud y trabajo (117%)
---	---------------------------------	---

- Definición de acuerdos con el Instituto para la Economía Informal y la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos para el desarrollo de procesos articulados con vendedores informales y población que se dedica al reciclaje.
- La Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables en Unidades de Trabajo Informal ganó el 2 puesto en el Concurso Hispanoamericano de Salud Urbana, y fue presentada en el Foro Internacional de Salud Urbana desarrollado en New York.
- A partir de proyectos especiales en las localidades de Bosa, Usme, Suba y Rafael Uribe se ha avanzado en el diseño e implementación de mecanismos de control de las condiciones de trabajo nocivas.
- Se ha posicionado el enfoque diferencial en los equipos locales y se ha avanzado en la inclusión de dicho enfoque en los procesos y en las acciones que desarrolla el ámbito laboral.
- Vía el proceso de seguimiento a UTIS de vigencias anteriores se obtuvieron indicadores de resultado en el proceso. Los resultados son satisfactorios en términos de implementación de mecanismos de control para los riesgos derivados del trabajo en una alta proporción de UTIS (superior al 70%).
- El proceso de sensibilización que se realiza por la transversalidad discapacidad a la población trabajadora informal, ha tenido gran impacto y aceptación para desmitificar imaginarios frente a la discapacidad en el ámbito laboral.
- A partir del proyecto especial realizado por la ESE de Suba con pequeños empresarios dedicados al sector maderero, se está avanzando en el fortalecimiento de una iniciativa pro agremiación y vinculación a ACOPI de estos trabajadores y trabajadoras.
- La Organización Panamericana de la Salud expresó su intención de aportar recursos para el desarrollo metodológico de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludable y su replicabilidad en otros contextos latinoamericanos en favor del reconocimiento de la misma.
- Se realizó un acuerdo estratégico entre la Secretaría de Desarrollo Económico, el Instituto para la Economía Social, la Universidad Autónoma, la Universidad Nacional y la Secretaría Distrital de Salud para fortalecer este proceso en el 2011.
- Se establecieron acuerdos con ONU Sida para la configuración de una mesa de trabajo para la promoción del trabajo digno en población LGBTI.

META 2	PROYECCIÓN 2010	EJECUCIÓN 2010
A 2012 promover que en el 100% de las Administradoras de Riesgos Profesionales que operan en el distrito capital implementen la estrategia de "entornos de trabajo saludables" en sus empresas.	20%	20%

- De acuerdo con información verbal otorgada por al ARP en los diferentes espacios de concertación, ellos han venido desarrollando de manera continúa el plan de acción propuesto concertadamente en el 2008 y que se ejecutará durante el período 2008 - 2012 aunque esta información no ha sido entregado de manera oficial.
- Se ha definido con la Dirección de Talento Humano acuerdos frente a la convocatoria de las ARP.
- Existe un interés manifiesto de las ARP de avanzar articuladamente para la implementación de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables.
- Las ARP se han consolidado como un par estratégico para el cumplimiento de las metas del Plan de Salud Territorial

META 3	PROYECCIÓN 2010	EJECUCIÓN 2010
A 2012 promover la implementación de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en el 25% de las unidades productivas afiliadas a los gremios empresariales	20%	20%

- Se ha logrado mantener un espacio permanente de discusión y acuerdos con los gremios empresariales en el marco del Comité Distrital de Salud Ocupacional, al cual se articuló de manera activa ACOPI. Además se está revisando como en el marco de la Responsabilidad Social Empresarial se avanza en la generación de entornos de trabajo saludables para trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal. La ANDI se ha constituido en un aliado estratégico para el cumplimiento del Plan de Salud Territorial.

META 4	PROYECCIÓN 2010	EJECUCIÓN 2010
A 2012 evaluar el impacto de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en términos de indicadores de salud y calidad de vida.	50%	50%

- En la medida en que la Universidad Nacional como actor externo y crítico al proceso aportó elementos de análisis que permitió solo definir el avance de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables en el Distrito, sino también, aportar elementos para su mejoramiento tales como: la definición de priorización por sectores económicos, la evaluación de condiciones de trabajo a partir de un proceso más participativo de los y las trabajadoras y el ajuste de los instrumentos de captura de información.
- El desarrollo de los cuatro grupos focales que han sido convocados en el proceso de evaluación que desarrolla la Universidad Nacional ha permitido la participación de un importante número de trabajadores y trabajadoras de distintos sectores económicos y localidades.
- Los seguimientos a las Unidades de Trabajo Informal realizados en la vigencia 2009 permitió contar con información de fuente primaria del avance de la estrategia de

entornos de trabajo saludables, los cuales están consolidados en un informe que puede ser consultado en la Dirección de Salud Pública.

- Los resultados presentados por la Universidad Nacional reflejan que la Estrategia tiene un diseño y una implementación positiva ya que afecta de manera importante las condiciones de salud y trabajo de esta población. Sin embargo, las condiciones de trabajo de los operadores de la misma dificulta la continuidad de los procesos.

META 5	PROYECCIÓN 2010	EJECUCIÓN 2010
A 2012, se contará con un plan de acción que respondan a las necesidades de salud de la población trabajadora.	100%	100%

- El ejercicio de identificación de necesidades y concreción de respuesta integrales se realiza de manera concertada con el componente de gestión local. Los análisis con enfoque poblacional y territorial y su correspondiente definición de brechas de respuesta, permite definir de manera más acertada los PIC locales.
- Se realiza un análisis de respuesta del ámbito laboral con consolidado distrital pero con enfoque poblacional y territorial, este análisis permite evidenciar el impacto positivo de las acciones desarrolladas.

META 6	PROYECCIÓN 2010	EJECUCIÓN 2010
A 2012 se contara con un proyecto por localidad para el mejoramiento de las condiciones de trabajo auto gestionado por las redes de trabajadores.	6	5

- Se han fortalecido las metodologías para la selección, convocatoria y formación de los grupos.
- A partir del proceso desarrollado con la Universidad Nacional se han definido temáticas y aspectos relevantes para ser replicados en el 100% de las localidades frente a la formación de líderes en salud y trabajo.
- Existe un mayor capital social para la gestión de recursos encaminados al mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de los y las trabajadoras.
- 5 proyectos locales auto gestionados por las redes locales de salud y trabajo y las mesas locales de trabajo infantil ya cuentan con recursos y se están ejecutando en las localidades de Suba, Usme, Chapinero y Bosa. Uno de ellos se ejecutará en el 2011 en la localidad de Ciudad Bolívar.

PROBLEMA 2:

META 1	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN
---------------	-------------------	------------------

A 2012 se habrán identificado 20.000 niñas y niños trabajadores, para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo	3912	3941
---	------	------

- El fortalecimiento de las mesas locales para la prevención y erradicación del trabajo infantil que organizan la oferta institucional ha favorecido los procesos de identificación y búsqueda de respuestas integrales de los niños y niñas trabajadores. La metodología intersectorial utilizada por las mesas locales para los procesos de identificación de Niños, niñas y adolescentes trabajadores, se denomina BUSQUEDA ACTIVA.
- Se han articulado tanto a las mesas locales como a la distrital, actores privados quienes cuentan con oferta de servicios para la garantía de los derechos de los niños y niñas trabajadores y favorece su desvinculación laboral. La oferta de servicios para los NNA trabajadores va encaminada especialmente al disfrute y optimización del tiempo libre y es desarrollada por la UAESP, SED-Telefónica, la SDIS, la ACJ, Patherns de las Américas.
- El desarrollo del curso virtual le permitió a los referentes locales la consolidación e implementación de metodologías para el desarrollo de las acciones locales.
- En el marco del III encuentro Internacional de trabajo infantil que organizó la fundación Telefónica en Bogotá, Colombia, el alcalde mayor de Bogotá, recibió un reconocimiento a la gestión frente a la prevención y erradicación del trabajo infantil durante su gobierno entregado por la Procuraduría, la OIT y el MPS.

META 2	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN
A 2012 se habrán identificado 8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido	1700	1709

- Acercamiento con el Ministerio de la Protección Social para la definición de actividades conjuntas (soportado por actas de reunión). Los acuerdos tienen que ver con el direccionamiento a los adolescentes para la asignación de los permisos de trabajo, así como el acompañamiento a los adolescentes que ya tienen permisos de trabajo para la generación de condiciones de trabajo protegido.
- Los operadores locales de la intervención y la referente distrital del proceso fueron invitados al proceso de ajuste a la Resolución de actividades prohibidas y permitidas para adolescentes, adelantado por la Universidad del Rosario y el Ministerio de la Protección Social. Las observaciones realizadas por el grupo fueron consideradas de manera estratégica.

META 3	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN
Contribuir a la erradicación del trabajo infantil	3,28%	ND***

***La tasa de trabajo infantil la determina el DANE. De los 3.941 niños y niñas y los 1.709 adolescentes trabajadores se desvincularon del trabajo 2.834. Constituyéndose éste en el aporte que realiza el sector salud a la disminución de la tasa.

Logros

- Las 19 mesas locales para la prevención y erradicación del trabajo infantil se encuentran en un proceso de consolidación importante, a ellas asisten de manera permanente representantes de la Secretaría Distrital de Integración Social, la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, y la Secretaría Distrital de Salud.
- Se han definido mecanismos para la vinculación permanente del ICBF y la SDE a las mesas locales.
- Se participó de manera estratégica en la realización del III Encuentro Internacional contra el trabajo infantil desarrollado en el mes de noviembre en Bogotá.

PROBLEMA 3

META 1	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN
A 2012 10.000 empresas del sector formal habrán sido sensibilizadas para la inclusión socio laboral de población en condición de discapacidad.	777	762

- El proceso cuenta con un nivel importante de consolidación y estandarización.
- Los empresarios de empresas formales cambian sus patrones culturales en imaginarios y representaciones sociales frente a la discapacidad.
- Se realizan acuerdos con ACOPI y FENALCO en la línea de inclusión sociolaboral frente a la posibilidad de entrar con el programa a las empresas afiliadas a este gremio con aval de las directivas, lo cual consolida los procesos.

3.2 Indicadores

- Los indicadores corresponden a los señalados en el numeral 2.3 de Metas.

3.3 Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$6.301.180.551 por compromisos presupuestales. De estos recursos se giraron \$5.354.429.253.

3.4 Limitaciones y problemas del proyecto

- 15 empresas que decidieron no continuar el proceso lo hicieron en razón a la no disposición del tiempo para el cumplimiento de las actividades.
- Los trabajadores y trabajadoras en la Economía informal tienen importantes dificultades de tiempo para la concreción de actividades de formación grupales por la dinámica propia de su ocupación.
- El tema salud y trabajo no es prioritario en la agenda local, motivo por el cual, a pesar que se realiza una adecuada proyección de propuestas en respuesta a necesidades concretas locales, dichos proyectos no cuentan con recursos suficientes para su ejecución. Esta situación llevó al no cumplimiento de la meta, que no es responsabilidad del sector salud.

3.5 Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Resultados:

PROBLEMA 1:

- 5.230 unidades de trabajo informal, 431 viviendas que comparten uso productivo con el habitacional, 281 unidades de trabajo informal de población en situación de desplazamiento y 107 unidades de trabajo informal de población étnica con evaluación de sus condiciones de salud y trabajo, para un total de 6038 que corresponde al 1,4% de unidades de trabajo informal del Distrito. El desarrollo de importantes acuerdos intersectoriales con la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos y el Instituto para la Economía Social, posibilitaron el desarrollo de acciones colectivas que optimizaron los tiempos y movimientos de los equipos y permitieron aumentar la cobertura propuesta del programa.
- 6.038 unidades de trabajo informal con diseño y concertación de planes de mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo.
- 6.038 unidades de trabajo informal con diseño de los planes de prevención de emergencias y desastres.
- 6.038 unidades de trabajo informal con asistencia técnica para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo.
- 26 plazas de mercado con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y diseño concertado de un plan de mejoramiento de las mismas. Implementación del 100% del plan de mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las plazas de mercado. Seguimiento para verificación de las condiciones de salud y trabajo.
- Trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal canalizados a programas y servicios de salud, de los cuales 2.654 ya han recibido atención efectiva.
- Trabajadores y sus familias que lograron aseguramiento en salud: 211 unidades de trabajo informal con promoción de la salud oral; 426 trabajadores canalizados a programas reconstitutivos de salud oral de los cuales ya obtuvieron atención efectiva 177. 302 trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal con prácticas favorables de salud oral.
- 146 grupos de trabajadores y trabajadoras desarrollando planes para la promoción de la salud mental, la actividad física y la seguridad alimentaria y nutricional en los cuales se beneficiaron 630 trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal.
- Se han desarrollado en las unidades de trabajo informal 422 talleres de sensibilización frente a la discapacidad en las cuales han participado 2.117 trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal.
- Se está avanzando en procesos de mejoramiento de condiciones de salud y trabajo con 107 unidades de trabajo informal pertenecientes a población étnica nuevas y con el fortalecimiento de procesos de asistencia técnica con 103 unidades de trabajo intervenidas inicialmente en el 2009. A estas UTIS se les ha realizado diagnóstico de condiciones de salud y trabajo con enfoque diferencial, diseño concertado de planes de mejoramiento, finalizó el proceso de asistencia técnica para el mejoramiento de las

condiciones de salud y trabajo e inicia el seguimiento para la verificación del cumplimiento de los planes.

- Se realizó seguimiento a 35 iniciativas productivas diferenciales de población étnica con posicionamiento de las mismas en espacios locales estratégicos. (La información poblacional refleja el número de trabajadores y trabajadoras pertenecientes a los grupos étnicos están siendo beneficiados).
- 15 UTIS de población LGBTI están desarrollando proceso de mejoramiento de condiciones de salud y trabajo y a 401 trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal pertenecientes a los sectores LGBTI se les realizó el diagnóstico de condiciones de salud y trabajo. Esta propuesta será dinamizada en una mesa intersectorial que avanzará en una propuesta de trabajo digno para esta población.
- Se cuenta con una propuesta de Entornos de Trabajo Saludables concertado tanto con las ARP, los operadores locales de la misma y con la Dirección de Talento Humano para su inclusión en la Política de Talento Humano del Sector Salud. Dicha propuesta obtuvo el segundo lugar en el primer concurso hispanoamericano realizado por la OPS en el mes de junio de 2010.
- 1433 unidades de trabajo informal intervenidas en las vigencias 2006, 2007 y 2008 con seguimiento para la medición del impacto de la estrategia, a partir de esta información se obtuvieron resultados de impacto del proceso.
- 14 planes de acción para la coordinación local del programa salud al trabajo con cubrimiento para las veinte localidades del Distrito.
- Articulación de dichos planes de acción con los planes de acción de la Gestión Social Integral.
- Los planes de acción locales se encuentran en una ejecución del 100%.
- Documento de análisis de la necesidad y la respuesta de los y las trabajadoras en la economía informal para cada una de las localidades del Distrito.
- Documento consolidado de necesidades de los y las trabajadores con enfoque territorial y poblacional. Análisis de la respuesta.
- 80 líderes Distritales formados como líderes en salud y trabajo que se encuentran dinamizando los líderes locales.
- Selección y convocatoria de 50 grupos de líderes en los cuales participan 1940 trabajadores y trabajadoras en la economía informal.
- Cada grupo de líderes locales cuenta con un plan de acción anual, el cual se ejecutó en un 100%. Estos planes de acción son elaborados entre los líderes de salud y trabajo (trabajadores y trabajadoras) y los profesionales responsables de la ejecución de las acciones.

PROBLEMA NO. 2

- 3.750 niños y niñas trabajadores escolarizados y 191 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizado a programas y servicios de salud y otros proyectos locales. La meta propuesta para la vigencia 2010 se superó, debido a que los procesos de identificación y búsqueda activa realizados de manera exitosa permitieron que un número mayor de niños y niñas ingresaran al programa y los cuales no fueron rechazados por criterios éticos.

- 252 niños y niñas y sus familias identificados a los cuales se les está realizando gestión para el aseguramiento en salud de los cuales 95 ya tuvieron respuesta efectiva.
- 38 niños y niñas canalizados al ICBF por encontrarse en una situación inminente de vulneración de derechos de los cuales ya obtuvieron respuesta positiva 21.
- 1.496 niños y niñas trabajadores canalizados a proyectos locales de promoción de la desvinculación laboral de los cuales ya fueron recibidos 354.
- 563 niños y niñas identificados en una peor forma de trabajo infantil canalizados a proyectos de desvinculación.
- 2.259 niños y niñas desvinculados del trabajo.
- 259 actividades de sensibilización colectiva en espacios locales para la prevención y erradicación del trabajo infantil en las cuales se han sensibilizado 5.312 personas.
- 1.454 niños y niñas han sido atendidos en el programa y servicio de salud al cual fueron canalizados.
- 1.622 niños y niñas canalizados a la SDIS, de los cuales ya fueron incluidos 224
- 269 niños y niñas canalizados al CADEL para gestión de cupo escolar, de los cuales 110 ya obtuvieron cupo.
- En 179 sedes educativas (no necesariamente son sedes del programa salud al colegio, ya que la definición de las sedes la realiza la mesa local, en donde el participa DILE y corresponden a la presentación de la problemática en la localidad), se han adelantado actividades de sensibilización para la prevención de la vinculación de los NNA a peores formas de trabajo infantil.
- 6.324 NNA trabajadores han recibido la intervención complementaria de salud mental.
- 1394 jóvenes trabajadores escolarizados y 346 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizados a programas y servicios. Con un cumplimiento a satisfacción de la meta propuesta. A partir de las estrategias implementadas de identificación y búsqueda activa de adolescentes trabajadores, permitió que un número mayor de adolescentes ingresaran al programa.
- 575 adolescentes desvinculados de su actividad laboral por encontrarse en una actividad prohibida.
- 249 adolescentes en condiciones de trabajo protegido.
- 19 planes de acción intersectorial con cubrimiento de las veinte localidades del Distrito validados para la prevención y erradicación del trabajo infantil con avance de su implementación de un 100%.
- 2.259 niños y niñas trabajadoras menores de quince años desvinculados del trabajo por el proceso de articulación intersectorial.
- 575 adolescentes entre 15 y 18 años desvinculados de la actividad laboral por encontrarse en una actividad prohibida para menores de 18 años de acuerdo con la resolución 1677 de 2008.

PROBLEMA NO. 3

- 762 empresas formales con proceso de sensibilización finalizado.

- Se han identificado 442 puestos de trabajo para una posible vinculación laboral.
- 90 trabajadores y trabajadoras en situación de discapacidad han logrado un proceso de vinculación laboral efectiva. Las 777 empresas proyectadas para la vigencia 2010, no finalizaron el proceso de manera completa. (15 empresas decidieron no finalizar).

3.6 Población o unidades de focalización atendidas

Tabla No. 15.3
Población Beneficiada Salud al Trabajo

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	PROYECTADA 2010	BENEFICIADA 2010
Trabajadores informales urbanos y rurales	31.971	13.881
Niños y niñas trabajadores menores de 15 años	3.912	3.941
Jóvenes trabajadores entre 15 y 18 años	1.700	1.709
Empresarios formales	777	762
Personas en situación de desplazamiento vinculada a proyectos productivos.	226	596
Personas pertenecientes a grupos étnicos.	500	253

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública

3.7 Población o unidades de focalización sin atender

Unidades focalizadas que no lograron intervenir en el 2010 de acuerdo con lo programado:

- 15 empresarios formales que decidieron no finalizar el proceso.
- 247 trabajadores y trabajadoras pertenecientes a los grupos étnicos.

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

Problema 1:

De acuerdo con los datos oficiales entregados por el DANE en el mes de septiembre del 2010, la proporción de trabajadores y trabajadoras que desempeñan sus actividades laborales en la economía informal, corresponde a un 57% (2.805.043 trabajadores y trabajadoras). El programa Salud al Trabajo, durante la vigencia 2010 llegó a 13.854 trabajadores y trabajadoras que corresponden al 1% del total.

Problema 2:

De acuerdo con los datos presentados por el DANE en el año 2007, la tasa de trabajo infantil para la ciudad es del 3.3% que corresponde aproximadamente a un total de 60.000 niños, niñas y adolescentes vinculados de manera prematura al trabajo. El programa Salud al Trabajo durante la vigencia 2010 cubrió un total de 3.941 niños y niñas y 1.709 adolescentes entre 15 y 18 años trabajadores; es decir, el 9.5% del total.

Problema 3:

Las acciones del problema No. 3 no se mide con indicadores poblacionales sino por número de empresas formales sensibilizadas.

3.9 Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas

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

- Promoción de espacios y relaciones de coordinación inter-institucional e inter-sectorial para posicionar las necesidades en salud y trabajo y mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores en el Distrito en cumplimiento del plan de acción de la Política Distrital para la salud de los trabajadores, plan de acción ajustado en el 2007.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica y formación del talento humano que adelanta intervenciones relacionadas con la salud y el trabajo a través de convenios con Universidades y Organismos de Cooperación Técnica.
- Gestión y abogacía para la ampliación de la cobertura de los trabajadores informales al Sistema General de Seguridad Social
- Participación en el Comité Distrital de Salud Ocupacional y apoyo al desarrollo del plan de acción del mismo.
- Definición de mecanismos de articulación con las administradoras de riesgos profesionales para la concertación y puesta en marcha de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables.
- Fortalecimiento y continuidad de la operación de la Mesa Distrital para la prevención y erradicación del trabajo infantil y conformación de 19 mesas locales.
- Gestión para promover la construcción de conocimiento en torno al trabajo como determinante social de la salud mediante el desarrollo e implementación de proyectos de investigación y análisis de la información obtenida en los sistemas de información y vigilancia en el distrito.
- La Universidad Nacional realizó una evaluación cualitativa de la Estrategia de Entornos de trabajo saludable. En el marco de este convenio, la Universidad aportó elementos metodológicos para el fortalecimiento del mismo.
- Algunas limitaciones identificadas que dificultan los resultados a cabalidad son:
 - La dinámica de trabajo en la informalidad (alta rotación de los trabajadores, alta mortalidad de las empresas)
 - Alta rotación de referentes locales
 - La rectoría del SGRP está en cabeza de la Dirección de Riesgos Profesionales del MPS y no del ente territorial en salud lo que dificulta la coordinación de acciones y recursos.
 - Existe el imaginario entre los empresarios formales de que los y las trabajadores con discapacidad no son productivos lo que dificulta las posibilidades de inclusión sociolaboral.
 - Alta movilidad de las familias de niños, niñas y adolescentes trabajadores por sus condiciones socioeconómicas que dificultan la continuidad de los procesos.

- Riesgos de seguridad para los referentes locales responsables de la intervención de trabajo infantil por los intereses socioeconómicos que giran en torno de la problemática.
- Lista de actividades permitidas para jóvenes entre 15 y 18 años que restringe a los sectores económicos la posibilidad laboral de los jóvenes por actividades específicas.
- Los temas relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores no forman parte en la gran mayoría de los Planes de Desarrollo Local.
- En la práctica, el registro de los eventos en salud relacionados con el trabajo, en la población no asegurada al SGRP son atendidos por las EPS del régimen contributivo y subsidiado y se registran como eventos de origen común lo que dificulta su identificación, notificación y seguimiento.

3.10 Diagnostico final del problema

La informalidad en la ciudad derivada de factores socio económicos, continúa en aumento. El programa ha posibilitado hacer visible las necesidades en términos de salud y condiciones de trabajo que tiene esta población. Se han generado indicadores que han permitido a los organismos nacionales poder definir como una necesidad imperativa la vinculación de estos a mecanismos de protección social integral, especialmente el acceso al sistema general de riesgos profesionales.

En las unidades de trabajo donde el programa tiene la posibilidad de llegar, se generan cambios positivos en el control de los factores de riesgos y la disminución de los mecanismos de exposición, así como se avanza en ejercicios de movilización social por la garantía del derecho a la salud en el trabajo.

La tasa de trabajo infantil ha venido disminuyendo de manera sustancial en el Distrito y es evidente la adecuada articulación intersectorial que se realiza para el abordaje de la problemática. Durante dos períodos consecutivos, la Procuraduría General de la Nación ha premiado al Distrito con la categoría muy superior por su Gestión. Sin embargo, la existencia de fenómenos como el desplazamiento y las situaciones socioeconómicas de las familias continúan llevando un importante número de niños, niñas y adolescentes a vincularse de manera prematura al trabajo, y el impacto negativo de esta situación en el estado de salud y el desarrollo integral de los niños y niñas es evidente.

A pesar que existe un avance normativo y jurídico que promueve la inclusión sociolaboral de la población en situación de discapacidad al mercado laboral formal, y que dicha condición favorece la carga impositiva de las empresas; los empresarios aún desconocen los beneficios sociales y económicos. Por lo tanto, se hace fundamental generar alianzas con los gremios empresariales con el fin de garantizar el derecho a un trabajo digno de la población en situación de discapacidad