



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría  
Salud

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Balance Social 2011

## Tabla de Contenido

		Página
	Introducción	5
<b>1</b>	<b>Balance de las labores adelantadas en el ámbito escolar</b>	<b>7</b>
	1.1. Reconstrucción del problema social	7
	1.2. Instrumentos operativos para la atención	8
	1.3. Resultados en la transformación del problema	12
<b>2</b>	<b>Gestión realizada en la niñez de Bogotá D.C. para la prevención y erradicación de enfermedades inmuno prevenibles</b>	<b>17</b>
	2.1. Reconstrucción del problema social	17
	2.2. Instrumentos operativos y de gestión	20
	2.3. Resultados en la transformación del problema	25
<b>3</b>	<b>Labores para incidir en barreras de acceso económicas a los servicios de salud de la población de la ciudad.</b>	<b>30</b>
	3.1. Reconstrucción del problema social	30
	3.2. Instrumentos operativos y de gestión	35
	3.3. Resultados en la transformación del problema	38
<b>4</b>	<b>Avances para incidir en calidad y cobertura en provisión de servicios de salud de alta complejidad para la Ciudad y la Región.</b>	<b>45</b>
	4.1. Reconstrucción del problema social	45
	4.2. Instrumentos operativos y de gestión	52
	4.3. Resultados en la transformación del problema	54
<b>5</b>	<b>Informe de las intervenciones llevadas a cabo para la organización de la respuesta en los prestadores públicos de servicios de salud.</b>	<b>60</b>
	5.1. Reconstrucción del problema social	60
	5.2. Instrumentos operativos y de gestión	63
	5.3. Resultados en la transformación del problema	66
<b>6</b>	<b>Balance de las intervenciones adelantadas por el Hemocentro Distrital</b>	<b>85</b>

	<b>y en el Banco de Órganos y Tejidos</b>	
	6.1. Reconstrucción del problema social	85
	6.2. Instrumentos operativos y de gestión	87
	6.3. Resultados en la transformación del problema	89
<b>7.</b>	<b>Resultados en inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C.</b>	<b>96</b>
	7.1. Reconstrucción del problema social	96
	7.2. Instrumentos operativos y de gestión	97
	7.3. Resultados en la transformación del problema	99
<b>8</b>	<b>Balance de las acciones adelantadas en el ámbito familiar</b>	<b>105</b>
	8.1. Reconstrucción del problema social	105
	8.2. Instrumentos operativos y de gestión	110
	8.3. Resultados en la transformación del problema	112
<b>9</b>	<b>Informe sobre la participación social en salud y servicios al ciudadano</b>	<b>121</b>
	9.1. Reconstrucción del problema social	121
	9.2. Instrumentos operativos y de gestión	125
	9.3. Resultados en la transformación del problema	127
<b>10</b>	<b>Labores adelantadas en los servicios de urgencias y emergencias médicas</b>	<b>141</b>
	10.1. Reconstrucción del problema social	141
	10.2. Instrumentos operativos y de gestión	143
	10.3. Resultados en la transformación del problema	146
<b>11</b>	<b>Infraestructura Física de la Red pública Distrital Adscrita</b>	<b>155</b>
	11.1. Reconstrucción del problema social	155
	11.2. Instrumentos operativos y de gestión	157
	11.3. Resultados en la transformación del problema	158
<b>12</b>	<b>Anexos</b>	<b>162</b>

## Introducción

En cumplimiento de lo mandado en las leyes y en las 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 y en el Decreto 714 de 1996; lo estipulado en la Ley 42 de 1993 y lo reglamentado en el Acuerdo Distrital 361 de 2009; la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 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 2011.

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 2012. 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 2011, 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 2008 - 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 quedara 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.

El 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 en los ámbitos escolar y familiar; la gestión realizada en la niñez de Bogotá D.C. para la prevención y erradicación de enfermedades inmuno prevenibles; el informe de labores realizadas para incidir en barreras de acceso económicas a los servicios de salud de la población de la ciudad; los avances para incidir en calidad y cobertura en provisión de servicios de salud de alta complejidad para la Ciudad y la Región; el reporte de las intervenciones llevadas a cabo para la organización de la respuesta en los prestadores públicos de servicios de salud; la indagación sobre las intervenciones adelantadas por el Hemocentro Distrital y en el Banco de Órganos y Tejidos; los resultados en inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C.; el balance de las acciones adelantadas en el ámbito familiar; el estado de la participación social en salud y servicios al ciudadano; las labores adelantadas en los servicios de urgencias y emergencias y el desarrollo de la infraestructura hospitalaria de la red pública distrital de prestadores de servicios de salud.

# **Problema Social No. 1**

## **1. Reconstrucción del Problema Social**

### **1.1. Identificación del problema:**

La población de las instituciones educativas del Distrito Capital, de jardines infantiles y de universidades distritales, presentan problemáticas relacionadas con salud, que afectan los procesos pedagógicos y la posibilidad de que los niños y niñas, estudiantes escolarizados y universitarios terminen con éxito esta etapa en cada uno de los ciclos de la vida; además, inciden en la calidad de vida y se manifiestan en escasas acciones para prevenir enfermedades. Estas problemáticas han sido históricamente abordadas desde una perspectiva casi exclusivamente asistencial, lo que impide el diseño y la implementación 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.

### **1.2. Identificación de las causas y efectos del problema:**

- 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 respuesta estatal fragmentada por falta de procesos articulados intersectorialmente de manera sostenida.
- Las acciones se desarrollan frecuentemente como actividades esporádicas y desconectadas, como ocurre con charlas, campañas y controles de salud, entre otros, al margen de las lógicas del ámbito escolar, los tiempos institucionales y las prioridades y oportunidades que existen en dicho ámbito. Esta manera tradicional de responder de la administración, no favorece la construcción de un proceso social sostenido, regular y vinculante de los actores sociales que convergen en el territorio, frente a esta población, a su problemática y a la prevención de la misma.
- 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 acciones de salud pública con la realidad y la cotidianidad de las personas, 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 paradigma de ver al trabajador de la salud, como el único responsable de educar en 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 del sector salud de decisiones y acciones externas, de otros sectores, lo que repercute en la baja sostenibilidad de procesos en curso y puede, de manera eventual, incidir en los logros y en su sostenibilidad.

- Problemas ambientales, sociales, económicos y culturales que afectan la salud pública de esta comunidad en su salud mental, oral, visual, sexual y reproductiva y desnutrición, para mencionar sólo algunos.
- De otra parte, tenemos las problemáticas que, desde las etapas del ciclo vital, determinan la respuesta según sea población de 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.
- Si bien, son niños, niñas y adolescentes escolarizados, permanecen expuestos a problemáticas sociales, culturales, económicas y ambientales que es necesario caracterizar teniendo en cuenta las particularidades del barrio, la Unidad de Planeación Zonal o la institución educativa sujeto de la intervención, la tendencia a la deserción y al mal rendimiento escolar llevan a identificar al menos algunas situaciones que afectan su calidad de vida, entre las cuales se encuentran: el embarazo en adolescentes, el consumo abusivo de sustancia psicoactivas, la conducta suicida, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la discapacidad, el trabajo infantil y la desnutrición.

### **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 con 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.

### **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 la Empresa Social 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, armonizado con la estrategia de gestión social también planteada allí: **“...gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios...”**, soportan las intervenciones promocionales de calidad de vida, llevadas a cabo desde el sector salud, en el ámbito escolar. En este mismo sentido, los planteamientos del Programa Bogotá Sana de: **“...Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas...”**, de igual forma, sirven de sustento a dichas intervenciones. En este mismo sentido, existen en el Distrito Capital las Políticas de infancia y de juventud: **“Quiéreme Bien, Quiéreme Hoy”** y la Política Pública de Juventud 2006 – 2016, adoptada mediante Decreto 482 de 2006.

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

## **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**

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]. Línea de Base 2008: 310 sedes de Instituciones Educativas Distritales, 110 Jardines, 8 [IES]. 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] 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, 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 las rutas de acción para la identificación, canalización y seguimiento de niños y niñas 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 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. 10-14 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. 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 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 jardines, Instituciones Educativas Distritales e Instituciones de Educación Superior.

#### **2.4. Presupuesto asignado:**

El presupuesto asignado por concepto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud programado para las intervenciones fue de \$21.578.776.089, de los cuales \$13.155.559.432 son Aporte Ordinario y \$8.423.216.657 del Sistema General de Participaciones - SGP.

#### **2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención:**

La población a intervenir en 2011 se corresponde con los niños y niñas menores de 16 años de las 540 instituciones educativas de Bogotá DC., niños y niñas menores de 5 años de 215 jardines infantiles del Distrito Capital, 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:**

Para el 2011 se programó la meta de “...abordar **470 Instituciones educativas con esta estrategia de salud al colegio...**”. En total en 2011, se abordaron 546 sedes de colegios, 240 jardines y 12 instituciones de educación superior IES.

**JARDINES:** En los 240 Jardines infantiles cubiertos durante la vigencia, las acciones se encaminaron al abordaje de las necesidades identificadas con las comunidades y la priorización de las acciones a desarrollar durante la fases del programa, con el acompañamiento de los equipos locales y la participación de directivas y docentes, enfocado al desarrollo integral de los niños y niñas. Conforme a las actividades de cierre de la fase V, realizada con las comunidades educativas de los jardines infantiles, en las cuales se desarrollaron los balances y retroalimentación del proceso.

**COLEGIOS:** Planes de respuesta institucional diligenciados y con seguimiento corte octubre en las 546 sedes cubiertas por el programa salud al colegio en las 20 localidades. Las acciones del programa llegaron a 4.691 docentes (cuando tuvo la mayor cobertura) de las 20 localidades del Distrito. Adicionalmente beneficiaron a 372.000 estudiantes de manera directa y a 580.851, de manera indirecta.

**IES:** Comunidades educativas de 12 IES con cierre de la fase IV que corresponde al balance y monitoreo generado al final del proceso de trabajo conjunto a lo largo de 2011. A través de este balance, se determina como principal resultado alcanzado en cada IES, el haber aportado al desarrollo de habilidades y competencias en SSR y salud mental de los actores claves de la comunidad educativa (personal de bienestar universitario, docentes y estudiantes vinculados a programas como practicantes, pasantes, becarios y monitores) a través de la realización de actividades que favorecen la calidad de vida y salud de los y las jóvenes de las IES cubiertas, obteniendo el siguiente resultado

acumulado de la vigencia: Acciones para el desarrollo de habilidades y competencias de diferentes actores de las IES cubiertas, con el siguiente detalle en el abordaje de temáticas de interés en Salud Pública: 53 Actividades en violencias (996 personas), 47 Actividades en SPA (1437 personas), 36 Actividades en Trastornos de Conducta Alimentaria (604 personas), 16 Actividades en conducta suicida (435 personas), 130 Actividades en sexualidad responsable (3572 personas), 67 Actividades en estrategias participativas de comunicación en salud (624 personas), En el proceso de acciones para facilitar acceso a redes de servicios, se realizan 104 Actividades en Fortalecimiento de los procesos de identificación, canalización y seguimiento de los eventos priorizados en SSR y salud mental (629 personas).

### 3.2. Indicadores:

En el [Cuadro 1] se presentan los indicadores formulados para el proyecto de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud 624.

Cuadro 1. Indicadores Salud al Colegio 2011

Variables	Numerador	Denominador	Unidad de Medida
Número de Sedes de colegios cubiertas por el programa Salud al Colegio	546 sedes cubiertas	546 sedes programadas	Número de sedes de colegios
Número de Jardines infantiles cubiertos por el programa Salud al Colegio	240 sedes cubiertas	240 sedes programadas	Número de jardines
Número de Instituciones de Educación Superior	12 cubiertas	12 programadas	Número de IES

### 3.3. Presupuesto Ejecutado

En total se ejecutaron \$21.486.416.125 por compromisos presupuestales. El total de giros fue \$18.611.040.933.

### 3.4. Limitaciones y problemas del proyecto

En las acciones dirigidas a gestantes en la respuesta integradora (Acceso a servicios de salud) a través de los seguimientos se evidencian barreras de acceso en salud y en la retroalimentación de la ruta, ya que de acuerdo con su aseguradora los paquetes ofertados a las gestantes cambian. Así mismo como son gestantes de Alto Riesgo, la atención es II y III nivel lo cual en muchos casos es una barrera geográfica.

### 3.5. Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

Como producto del trabajo intersectorial con la Secretaria de Educación Distrital, se ha logrado ordenar sus acciones en la perspectiva de incidir en la transformación de hábitos,

relaciones, practicas, 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 [Cuadro 2].

Cuadro 2. Intervenciones Realizadas Ámbito Escolar

Ítem	Intervención	Lineamientos
Primer nivel: problemas sociales que afectan la salud pública dentro de las instituciones educativas	Salud sexual y reproductiva Salud Mental: Spa, Violencias, ideación suicida.	Desde los Proyectos de Desarrollo de Autonomía de Salud Sexual y Reproductiva y de Salud Mental, se diseñaron e implementaron estrategias de: apoyo a los pactos de convivencia, de buen trato, de no uso de sustancias tóxicas, en las instituciones educativas; acercamiento de las redes de apoyo interinstitucionales e intersectoriales que desarrollen el trabajo de promoción, dando salida a los casos que la escuela no está en capacidad de manejar; diseño de procesos de promoción potentes, que permitan cambiar los imaginarios, los comportamientos y las actitudes, e incidir en las prácticas sociales y culturales que permitan cambiar las tendencias negativas para la salud y la calidad de vida de las poblaciones. [Ver resultados cuantitativos en el numeral 3.1]
Segundo nivel: problemas sobre los cuales el sector salud interviene de manera directa.	Actividad física Salud oral Nutrición suplementación Nutrición patrones Salud Visual y Auditiva Ambiente	Generación de intervenciones que tienen el propósito de promover prácticas de autocuidado, entendido como el conjunto de cuidados que se brinda 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. [Ver resultados cuantitativos en el numeral 3.1].
Tercer Nivel: problemáticas desde las etapas del ciclo vital que marcan el tipo de respuestas que se requiere atendiendo a las necesidades	Discapacidad, Desplazados, Trabajo infantil, Etnias	Mediante las transversalidades de este proceso, se respondió a 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 es posible hacer un reconocimiento de las poblaciones en condición de desplazamiento y de las minorías étnicas. Adicionalmente se desarrollan 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.

La Secretaria de Educación Distrital hace un balance anual del programa salud al colegio con las comunidades educativas que ha logrado una mayor receptividad hacia los contenidos del programa, así como una apropiación de sus herramientas y metodologías.

### **3.6. Población o unidades de focalización atendidas**

Teniendo en cuenta que la meta de la actual administración es cubrir a 2012 un total de 1.052 sedes, y que para la vigencia 2011 se programaron 763 y cubrieron 798 sedes, toda la población focalizada para la vigencia se cubrió en estas sedes en 2011.

### **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 1.627.725, quedan por cubrir 1.127.725 niños, niñas y jóvenes.

### **3.8. Población o unidades de focalización que requieren al 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 tiene programado para la vigencia 2012, incrementar la cobertura, para incorporar a la población no cubierta, la cual, tal y como se mencionó en el ítem anterior asciende a 1.127.725 niños, niñas y jóvenes.

### **3.9. Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas:**

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

**Respuesta Integradora 1 - Políticas saludables:** Se realizó trabajo articulado con docentes, de acuerdo con las necesidades identificadas en cada Institución Educativa Distrital - IED. De acuerdo con las acciones pedagógicas se realizaron 2.296 acciones acumuladas a Diciembre y se beneficiaron 79.125 niños, niñas.

**Respuesta Integradora 2 - Mejoramiento del Entorno Social:** Resignificación de conceptos para una sexualidad sana, responsable, placentera y segura a través del trabajo de los grupos gestores en Salud Sexual Reproductiva y Salud Mental, quienes son líderes en cada Institución Educativa Distrital - IED, que dinamiza y moviliza diferentes propuestas metodológicas que surjan de manera participativa bajo la orientación de las pedagogías críticas, co-construyendo además nuevos conceptos e imaginarios en torno a las vivencias en sexualidad que son propios de cada comunidad educativa, pero fácilmente generalizados en los entornos escolares . Con relación a los grupos gestores se presentan 1727 acumulado a Diciembre , así como 30544 niños, niñas y adolescentes participantes de estos grupos gestores con énfasis en Salud sexual y Reproductiva acumulado a diciembre , así mismo 2380 docentes abordados a través de los grupos gestores.

**Respuesta Integradora 3 - Mejoramiento del Entorno Físico:** Fortalecimiento de herramientas para el mejoramiento del entorno priorizando desde el PDA Salud sexual y Reproductiva.

**Respuesta Integradora 4 - Acceso a servicios de salud:** Mayor apropiación de docentes en la mejor y mayor identificación y remisión de casos de embarazos en adolescentes y jóvenes.

El desarrollo de estas respuestas integradoras la conforman estrategias promocionales de salud y calidad de vida con enfoque de derechos a partir del trabajo focalizado con grupos priorizados por la institución teniendo en cuenta su alto nivel de vulnerabilidad y la acogida del componente salud sexual y reproductiva en las IED generado por el compromiso de los profesionales y el cumplimiento de las acciones propuestas.

Se realizó captación y seguimiento de gestantes, así como la retroalimentación de las rutas implementadas en las instituciones educativas intervenidas que para el año 2011 son 546 sedes, de acuerdo con las acciones frente al inicio de métodos de regulación de la fecundidad en el pos-parto y la canalización a los servicios de salud a partir de los seguimientos realizados en las sedes de las Instituciones Educativas. (Para un acumulado de enero – Diciembre 758 casos de gestantes notificados, 1441 seguimientos a gestantes en la Institución Educativa, 1199 casos de gestantes con actividades de retroalimentación con las directivas de IED y 399 adolescentes en condición de post parto reciben asesoría en regulación de la fecundidad y mantienen el método de planificación familiar. Dentro de los principales logros en cuanto a los resultados de las respuestas mencionadas se observa en la respuesta integradora Políticas Saludables, se evidencia mayor participación de las IED en las acciones pedagógicas que en los grupos gestores durante los meses de enero a diciembre con una diferencia entre 79.125 adolescentes y jóvenes de 10 a 14 años participantes de acciones pedagógicas frente a 30.544 participantes de grupos gestores. Se observa un aumento de 48.581 de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años participantes en estas acciones para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo en adolescentes. Al revisar el acumulado de nacimientos de 10 a 14 años enero a diciembre de 2011 se observa una disminución del 11,65% (n=455) con relación al periodo de enero a diciembre del año 2010 (n=515). Fuente 2010 y 2011: Bases de nacimientos DANE y RUIAF.- Datos preliminares

### **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.

## Problema Social No. 2

### 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, el sarampión, la rubéola, la influenza y las paperas se constituyen en uno de los principales problemas de salud pública, debido a las consecuencias nefastas que tienen sobre la población, en términos de enfermedad, discapacidad y muerte. Las causas de su aparición son divergentes y obedecen, ante todo, a la mutación de agentes y de vectores patógenos nocivos para la salud humana, para los cuales, la comunidad científica internacional ha desarrollado biológicos para la prevención de su aparición. Su rápida propagación entre la población da origen a lo que los científicos denominan “epidemia”.

La epidemia, del griego *epi, por sobre y demos, pueblo*, es una descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado. Para evitar el sensacionalismo que conlleva esta palabra en ocasiones se utiliza el sinónimo de brote epidémico o brote.<sup>1</sup> 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.

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



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

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

### 1.3. Focalización:

La población infantil es la más susceptible de adquirir enfermedades inmuno prevenibles. Para el 2011 ésta se estima en 714.721 niños y niñas menores de 5 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 SGSSS. La población más vulnerable ante los eventos por las inmuno prevenibles se estima en 120.106 niños y niñas menores de un año y 119.734 de un año, la cual se considera prioritaria y de obligatoria intervención [Cuadro 1].

Cuadro 1. Población Menor de Cinco Años Bogotá D.C. 2011

LOCALIDADES		POBLACIÓN MENOR 1 AÑO	POBLACIÓN DE UN AÑO
		META	META
1	USAQUEN	8.700	9.046
2	CHAPINERO	8.303	7.818
3	SANTAFE	1.285	1.356
4	SAN CRISTOBAL	6.150	6.237
5	USME	5.980	6.259
6	TUNJUELITO	3.510	3.485
7	BOSA	8.960	9.515
8	KENNEDY	14.800	13.868
9	FONTIBON	6.350	6.394
10	ENGATIVA	8.600	8.636
11	SUBA	11.170	11.063

LOCALIDADES		POBLACIÓN MENOR 1 AÑO	POBLACIÓN DE UN AÑO
		META	META
12	BARRIOS UNIDOS	3.965	3.807
13	TEUSAQUILLO	3.165	3.447
14	MARTIRES	1.084	1.100
15	ANTONIO NARIÑO	2.770	2.607
16	PUENTE ARANDA	5.672	5.449
17	CANDELARIA	147	174
18	RAFAEL URIBE	7.443	7.265
19	CIUDAD BOLÍVAR	12.000	12.150
20	SUMAPAZ	52	58
<b>TOTAL</b>		<b>120.106</b>	<b>119.734</b>

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]

#### 1.4 Los actores que intervienen en el problema:

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema planteado, ó que tienen bajo su responsabilidad la atención directa o indirecta de la población, se encuentran los siguientes: el Ministerio de la Protección Social, Ente encargado de emitir los lineamientos y direcciona 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., 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, colegios del Distrito Capital. La Secretaria de Integración Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, quienes deberán 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 2.001 se establecen un convenio ínter administrativo con todas las administradoras que funcionan en el Distrito Capital. Por medio de éste 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., 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 dos actores más importantes: la comunidad en general 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 tan nefastas. 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 éste que, armonizado con la estrategia de gestión social 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. ...”**, 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; 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 en el Decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en el cual se prioriza la atención a la infancia, 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 32, Literal J, refiere acerca del plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre 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, en sus Artículos 27 y 29, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, el cual 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 Salud, hoy 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, 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 tres 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.."**

### **2.3. 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.
- A 2012 Garantizar 20 mil vacunas anuales contra neumococo para recién nacidos de sisben 1 y 2 (Concejo - Acuerdo Plan de desarrollo).

### **Acciones Desarrolladas**

- Garantizar la disponibilidad de insumos críticos del PAI. (Vacunas del esquema regular e insumos para la aplicación)\*Estas dosis las suministra el Ministerio de la Protección social de acuerdo a que: se de 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).
- Desarrollar 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, reinducción, 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 preintroductorios 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.

**Logros:** Se obtuvo como resultado cobertura superior al 95% para el biológico BCG de recién nacidos y Fiebre Amarilla y Hepatitis A en población de un año de edad (el cumplimiento superior al 100% en los biológicos mencionados para población de un año, se debe al bajo cumplimiento obtenido durante el año 2010, por desabastecimiento de las vacunas anteriormente mencionadas).

Vacunación contra influenza estacional: 40.694 niños y niñas de 6 a 11 meses completaron el esquema de vacunación contra influenza con la aplicación de dos dosis lo cual corresponde al 67.7% de esta población, para la población de 12 a 23 meses se vacunaron 80.553 niños y niñas obteniendo el 67.2% de cobertura en este grupo de edad, (las dosis fueron aplicadas teniendo en cuenta el antecedente vacunal).

310.092 adultos mayores de 60 años vacunados contra influenza estacional.

60.547 adultos de 60 y mas años vacunados contra neumococo 23 valencias. (Preliminar).

Se realizó la jornada masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola en la población de 10 a 19 años de edad debido a la presencia de cinco casos confirmados de Sarampión en el Distrito de Barranquilla (1 importado y 4 casos secundarios) en la cual se obtuvo como resultado la vacunación de 788.595 (información preliminar) niños y niñas, esta campaña inicio el día 24 de octubre, fue enfocada en las instituciones educativas (colegios, universidades e institutos técnicos) públicos y privados.

Aplicación de 13.122 dosis de vacuna contra Sarampión y Rubéola a población de 14 a 39 años, del aeropuerto, centros turísticos, centros comerciales, hoteles, profesionales de la salud de los servicios de urgencias, centros deportivos, entre otros. Enmarcado en el plan de acción para preparación del mundial sub -20.

#### **2.4. Presupuesto asignado:**

El proyecto de inversión 628, tuvo una asignación definitiva de \$ 17.020.371.552, de los cuales se ejecutó el 94.8% (\$16.152.220.360.), cuyas fuentes de financiación corresponden a: Sistema General de Participaciones: \$2.808.690.107 Recursos del Distrito de Aporte Ordinario \$14.211.681.445.

#### **2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención Población:**

El informe de las coberturas de vacunación alcanzadas a diciembre 31 de 2011, por biológico y localidad se encuentra en el Anexo 1.

### 3. Resultados en la transformación de los Problemas

#### 3.1. Niveles de cumplimiento:

**Meta 1:** 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, para el año 2011 se alcanzaron las siguientes coberturas: Polio: 89.5%, DPT: 89.5%, BCG: 98.8%, Hepatitis B: 89.4%, Haemophilus: 89.5. En niños y niñas de un año para Triple viral: 93%, Fiebre amarilla: 102.6 (Fuente: Informe coberturas 2010 – PAI, preliminar).

**Meta 2:** A 2012 Inclusión de nuevos biológicos para el PAI de la ciudad así:

Hepatitis A en población de 12 a 23 meses, para el año 2011 se alcanzó un cumplimiento del 129.1% (154.631 dosis aplicadas). El cumplimiento mayor al 100% obedece a que durante el año 2011 se vacunaron niños y niñas de un año los cuales pertenecen a la cohorte del año 2010, año en el cual se obtuvo cumplimiento del 57% (Fuente: Informe coberturas 2010 – PA, \*Preliminar ultimo ajuste 20 de enero).

Rotavirus en la población de 2 a 6 meses de edad para la cual se alcanzo en el año 2011 cobertura de vacunación del 88.2% (105.955). (Fuente: Informe coberturas 2010 – PA, \*Preliminar ultimo ajuste 20 de enero).

Neumo 23 para la población de 60 años y más para la cual se logro la aplicación del biológico a 60.547 personas mayores (Fuente: Informe coberturas 2010 – PAI, \*Preliminar ultimo ajuste 20 de enero).

**Meta 3:** A 2012 Garantizar 20 mil vacunas anuales contra neumococo para recién nacidos de sisben 1 y 2 (Concejo - Acuerdo Plan de desarrollo). Durante el año 2011 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 320.103 dosis de vacuna de las cuales 107.632 corresponden a terceras dosis. (Fuente: Informe coberturas 2011 – PAI, información preliminar)

Nota: Las actividades realizadas para el cumplimiento de la meta se encuentran relacionadas en el numeral 2.3.

#### 3.2. Indicadores:

- 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: Numero de niños vacunados con primera dosis- número de niños vacunados con tercera dosis / número de niños vacunados con primera dosis \* 100.
- Cobertura en menores de un año de edad: Número de terceras dosis de antipolio aplicas en población menor de un año/ Población menor de un año.
- Cobertura en niños de un año de edad: Numero de dosis de Triple Viral aplicadas en niños de un año / Población de un año de edad.



### **3.3. Presupuesto ejecutado:**

El proyecto 628 ejecuto el 94.8% (\$ 16.152.220.360). Del presupuesto asignado, el 65% (\$11.013.685.148) corresponden a lo ejecutado en el nivel local y el 35% (\$6.006.686.404) del nivel central, los giros efectuados corresponden al 89% (\$14.372.643.551).

### **3.4. Limitaciones y problemas del proyecto:**

Durante la vigencia 2011 entre las limitaciones presentadas para el cumplimiento de las metas en la población menor de un año de edad para los biológicos de polio, DPT, HB, Hib, Rotavirus y en población de un año TV y neumococo, se encuentran:

- No se contó con estrategia permanente de comunicaciones a través de medios masivos de alto raiting.
- Estimaciones de población basadas en censo DANE 2005, las cuales se alejan cada vez más de la realidad.
- Cambios administrativos los cuales no facilitaron estrategias propuestas desde el comité intersectorial ( paz y salvo de vacunación)
- No disponibilidad de vacuna hexavalente durante 3 meses afectando el cumplimiento del esquema de vacunación de niños y niñas menores de un año.
- Escaso conocimiento del esquema de vacunación y demanda inducida por los diferentes profesionales del área de la salud que intervienen población infantil.
- Durante el año 2011 no se realizaron monitoreos rápidos de coberturas que permitieran identificar zonas con mayor número de población susceptible y redireccionar las diferentes estrategias del programa.
- Disminución de IPS que ofrecen puntos de vacunación en horarios extendidos (11 IPS).
- Alta rotación personal en las IPS y múltiples actividades delegadas a los responsables del servicio de vacunación.
- Desmotivación del talento humano debido a las diversas formas de contratación con inequidad en los salarios u honorarios en el nivel local Eses, e inoportunidad en los pagos.
- Escasa articulación con los líderes comunitarios, asociaciones de usuarios para la búsqueda de la población objeto y demanda inducida hacia los servicios de vacunación.
- Existencia de barrios de difícil acceso para los grupos extramurales relacionados con la seguridad de los funcionarios.
- Largo periodo de temporada invernal lo cual repercute en el buen desarrollo de la estrategia extramural
- Falsas creencias de padres o cuidadores frente a la vacunación.
- Demora en la respuesta de actualización del aplicativo PAI en conectividad.
- Los equipos de cómputo en el nivel local no cumplen con los requisitos mínimos para el buen funcionamiento del aplicativo PAI, generando demora en la atención del usuario.
- Seguimiento a cohortes no eficiente, debido al no ingreso oportuno de las dosis aplicadas en las IPS públicas y privadas al aplicativo PAI en conectividad.

### **3.5. Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema:**

Cobertura superior al 95% para el biológico BCG de recién nacidos y Fiebre Amarilla y Hepatitis A en población de un año de edad (el cumplimiento superior al 100% en los biológicos mencionados para población de un año, se debe al bajo cumplimiento obtenido durante el año 2010, por desabastecimiento de las vacunas anteriormente mencionadas, lo anterior hizo que la población no vacunada para la vigencia 2010 se vacunara en 2011).

Vacunación contra influenza estacional: 40.694 niños y niñas de 6 a 11 meses completaron el esquema de vacunación contra influenza con la aplicación de dos dosis lo cual corresponde al 67.7% de esta población, para la población de 12 a 23 meses se vacunaron 80.553 niños y niñas obteniendo el 67.2% de cobertura en este grupo de edad, (las dosis fueron aplicadas teniendo en cuenta el antecedente vacunal)  
60.547 adultos de 60 y mas años vacunados contra neumococo 23 valencias. (Preliminar).

Se realizó la jornada masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola en la población de 10 a 19 años de edad debido a la presencia de cinco casos confirmados de Sarampión en el Distrito de Barranquilla (1 importado y 4 casos secundarios) en la cual se obtuvo como resultado la vacunación de 788.595 niños y niñas, esta campaña inicio el día 24 de octubre, fue enfocada en las instituciones educativas (colegios, universidades e institutos técnicos) públicos y privados.

Aplicación de 13.122 dosis de vacuna contra Sarampión y Rubéola a población de 14 a 39 años, del aeropuerto, centros turísticos, centros comerciales, hoteles, profesionales de la salud de los servicios de urgencias, centros deportivos, entre otros. Enmarcado en el plan de acción para preparación del mundial sub -20.

#### **Acciones:**

- Conformación del comité intersectorial en el cual participan EPS Contributivas, Sociedades científicas, Secretaria Distrital del Educación, Secretaria Distrital de Integración Social e ICBF)
- Fortalecimiento vacunación Intramural.
- Acompañamiento a pediatras que realizan vacunación de manera particular con el fin de obtener el reporte de dosis aplicadas.
- Seguimiento semanal permanente al cumplimiento de las metas por IPS, EPS, Localidad, mediante tableros de control.
- Visitas de asesoría, asistencia técnica y seguimiento en las IPS con menor cumplimiento en la meta.
- Capacitación 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.
- 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, tomas de localidad.

- Fortalecimiento del sistema de información, implementación del aplicativo versión 2, el cual facilita el ingreso de información y el seguimiento oportuno y efectivo de los menores objeto del programa.
- Fortalecimiento de la red de frío a nivel central y local.
- Disponibilidad permanente para entrega de insumos críticos del PAI (biológicos y jeringas).

### 3.6. Población o unidades de focalización atendidas:

La población menor de un año y de un año, atendida durante la vigencia 2011 se relaciona a continuación [Cuadro2].

Cuadro 2. Población por Localidad Versus Población Atendida

LOCALIDADES		POBLACIÓN MENOR 1 AÑO		POBLACIÓN DE 1 AÑO	
		META	VACUNADOS	META	VACUNADOS
1	USAQUEN	8.700	8.310	9.046	8.472
2	CHAPINERO	8.303	8.127	7.818	7.610
3	SANTAFE	1.285	1.112	1.356	1.211
4	SAN CRISTOBAL	6.150	5.372	6.237	5.485
5	USME	5.980	5.077	6.259	5.684
6	TUNJUELITO	3.510	2.928	3.485	3.166
7	BOSA	8.960	8.196	9.515	9.280
8	KENNEDY	14.800	13.284	13.868	13.529
9	FONTIBON	6.350	5.531	6.394	5.940
10	ENGATIVA	8.600	7.501	8.636	7.800
11	SUBA	11.170	9.127	11.063	9.700
12	BARRIOS UNIDOS	3.965	3.731	3.807	3.524
13	TEUSAQUILLO	3.165	2.611	3.447	2.501
14	MARTIRES	1.084	924	1.100	983
15	ANTONIO NARIÑO	2.770	2.473	2.607	2.470
16	PUENTE ARANDA	5.672	5.401	5.449	5.430
17	CANDELARIA	147	127	174	144
18	RAFAEL URIBE	7.443	6.790	7.265	7.245
19	CIUDAD BOLÍVAR	12.000	10.775	12.150	11.136
20	SUMAPAZ	52	57	58	56
<b>TOTAL</b>		<b>120.106</b>	<b>107.454</b>	<b>119.734</b>	<b>111.366</b>

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

### 3.7. Población o unidades de focalización sin atender:

Con relación a la población menor de un año que no accedió al servicio para la aplicación de la tercera dosis de Antipolio biológico trazador para este grupo de edad el 10.5% lo cual corresponde a 12.652 niños y niñas. Con relación a la población de un año que no accedió al servicio para la aplicación de la dosis de Triple Viral [biológico trazador para este grupo de edad], el 7% lo cual corresponde a 8.368 niños y niñas.

### **3.8. Población o unidades de focalización que requieren al bien o servicio al final de la vigencia:**

Con relación a la población menor de un año que no accedió al servicio para la aplicación de la tercera dosis de Antipolio biológico trazador corresponde a 12.652 niños y niñas. Con relación a la población de un año que no accedió al servicio para la aplicación de la dosis de Triple Viral [biológico trazador para este grupo de edad], corresponde a 8.368 niños y niñas.

### **3.9. Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas:**

- Estandarización de la estrategia de seguimiento a cohortes.
- Seguimiento, asesoría y asistencia técnica a las IPS con bajo cumplimiento de metas.
- Reorientación de las estrategias de vacunación extramural en el nivel local. (vacunación casa a casa, instituciones educativas, concentraciones entre otras).

### **3.10 Diagnóstico final del problema:**

Para el año 2011, el dato administrativo de las coberturas de vacunación fue inferior al 95% para los biológicos en población menor de un año y de un año de edad, dato que debe ser revisado con el resultado del monitoreo rápido de cobertura el cual permitirá concluir si las proyecciones de población basadas en censo DANE 2005, actualmente son acordes a la población real del Distrito.

# Problema Social No. 3

## 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”<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>; 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.

---

<sup>1</sup> Metodología para el diseño y cálculo de un ordenamiento (Ranking) de EPS. Primera Edición. Ministerio de la Protección Social, Bogotá. 2007.

<sup>2</sup> Metodología para el diseño y cálculo de un ordenamiento (Ranking) de EPS. Primera Edición. Ministerio de la Protección Social, Bogotá. 2007.

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., 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 153i, 157ii y 214iii 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”.

## **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 Locales, representantes de la Cámara por Bogotá, entidades públicas de distintos 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 2011, la ciudad contaría con 7.467.804 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.

De conformidad con la Resolución 3778 del 30 de agosto de 2011 del Ministerio de Protección Social en la cual se establecen los nuevos puntos de corte para los niveles 1 y

2 de la Metodología III de SISBEN, característica que le permite su afiliación al régimen subsidiado y le proporciona una cobertura al plan de beneficios para este régimen de acuerdo con la normatividad vigente, los datos expuestos en las tablas año 2011, corresponden a dicha clasificación. Según la resolución mencionada, los puntajes superiores a 54.86 no se clasifican en niveles, por lo tanto se consolidan en un solo grupo.

Cuadro 1. Distribución de la Población en Libre Elección por Localidad y Nivel de Sisben

<b>Distribución de la Población en Libre Elección por Localidad y Nivel SISBEN</b>			
	Nivel SISBEN		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Total</b>
BARRIOS UNIDOS	1.347	184	1.531
BOSA	2.305	363	2.668
CHAPINERO	36.864	12.791	49.655
CIUDAD BOLIVAR	2.650	618	3.268
ENGATIVA	51.016	12.324	63.340
FONTIBON	18.930	5.499	24.429
KENNEDY	6.387	2.164	8.551
LA CANDELARIA	41.593	12.460	54.053
LOS MARTIRES	1.151	166	1.317
PUENTE ARANDA	3.843	492	4.335
RAFAEL URIBE URIBE	2.429	523	2.952
SAN CRISTOBAL	28.513	7.036	35.549
SANTA FE	28.626	7.750	36.376
SUBA	8.267	1.276	9.543
ANTONIO NARIÑO	0	0	0
TEUSAQUILLO	34.981	10.247	45.228
TUNJUELITO	206	39	245
USAQUEN	11.811	2.792	14.603
USME	8.404	2.010	10.414
USME	25.225	7.385	32.610
<b>Total</b>	<b>314.548</b>	<b>86.119</b>	<b>400.667</b>

Fuente 1: Base de datos SISBEN avalada por el DNP, Secretaria Distrital de Planeación con corte a Julio de 2011.

Durante al año 2011 se observa un disminución aproximadamente del 34% de la población con clasificación por la encuesta SISBEN (Metodología III), respecto del año 2010 que era de 4.515.443 (Metodología anterior), la cual presentó una georreferenciación similar al año inmediatamente anterior, independientemente de la disminución presentada frente a la nueva metodología III del SISBEN.

La clasificación por Grupos de edad de la encuesta SISBEN de Bogotá para los niveles se muestra en [Cuadro 2], aproximadamente el 57% de la población se encuentra

concentrada entre los 0 y 29 años de edad, donde los pre-adolescentes y adolescentes entre 10 y 19 años representan los grupos etáreos más grandes, y población altamente sensible y vulnerable.

Cuadro 2. Distribución de la Población del Distrito Capital según la encuesta Sisben por niveles y grupos de edad – Año 2011

Grupo Etareo	Nivel 1	Nivel 2	Punt. superior 54,86. 2011	Total general	%
0-4 años	159.715	39.017	82.489	281.221	9,44%
5-9 años	140.085	41.310	94.719	276.114	9,27%
10-14 años	154.349	47.734	101.588	303.671	10,19%
15-19 años	152.362	35.960	114.160	302.482	10,15%
20-24 años	108.553	27.791	141.966	278.310	9,34%
25-29 años	100.845	29.839	127.155	257.839	8,65%
30-34 años	91.093	30.972	99.333	221.398	7,43%
35-39 años	85.204	29.399	85.421	200.024	6,71%
40-44 años	78.209	26.150	94.428	198.787	6,67%
45-49 años	65.428	20.428	95.907	181.763	6,10%
50-54 años	48.944	15.366	79.027	143.337	4,81%
55-59 años	37.317	12.210	58.996	108.523	3,64%
60-64 años	28.368	9.692	39.719	77.779	2,61%
65-69 años	33.403	8.982	12.232	54.617	1,83%
70-74 años	25.768	6.276	7.554	39.598	1,33%
75-79 años	17.772	4.355	4.697	26.824	0,90%
80 y mas años	17.136	4.296	5.446	26.878	0,90%
<b>Total general</b>	<b>1.344.551</b>	<b>389.777</b>	<b>1.244.837</b>	<b>2.979.165</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Base de datos SISBEN (Metodología III) avalada por DNP, corte Junio 2011

La mayor proporción de la población potencialmente beneficiaria del subsidio a la demanda se ubica en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Suba, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe.

Sobre migraciones hay estimaciones realizadas por el CODHES (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento), igualmente ACCION SOCIAL presenta en su listado censal con corte al mes de noviembre de 2011, 322.608 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.

Para este documento se realizó una distribución de los grupos etáreos más homogéneos en su composición y se observa que los grupos de mayor peso en la distribución son los que corresponden a los preadolescentes y adolescente entre de 10 a 19 años.

#### 1.4 Los actores que intervienen en el problema:

Como actores importantes que intervienen o tienen relación directa con el problema, bien sea porque son los responsables de emitir las políticas públicas para atacar el problema



- planteado, ó que tienen bajo su responsabilidad la identificación de la población afectada, se encuentran los siguientes:
1. Ministerio de la Protección Social, 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 de Bogotá D.C., 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 trazó 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 1.708.670 afiliados al Régimen Subsidiado, de los cuales 73.069 son por subsidios parciales y 1.635.601 son por subsidios totales.
- Afiliar a 300.000 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, por ampliación de cobertura y 200.000 por reemplazos.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud de manera gratuita a 8% de los ciudadanos entre los cuales se encuentran niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación en nivel 1 y 2 de SISBEN de manera gradual incluyendo las actividades del no POS-s.
- Promover la afiliación de 3.000 nuevas personas al Régimen Contributivo.

- Mantener en 100% la cobertura en servicios de salud para la población pobre no asegurada vinculados y para los servicios NO POS S para población afiliada al régimen subsidiado.
- Garantizar por parte de las EPS del Régimen Subsidiado la entrega del 100% de medicamentos dentro del POS, formulados a los pacientes.
- 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.

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:**

El presupuesto de inversión directa definitivo del Proyecto 618 “Promoción y afiliación al Régimen Subsidiado” fue de \$471.186.369.123, financiado con recursos del FOSYGA y Cajas de Compensación \$46.435.034.022, Sistema General de Participaciones \$230.442.220.401, Rentas Cedidas \$108.738.851.000, Aporte Ordinario del Distrito Capital \$28.441.027.700 y Otros Recursos del Balance \$57.129.236.000.

Para la Vigencia 2011, el presupuesto asignado para el proyecto 620 Atención a la población vinculada fue de \$448.298.461.475 cuya financiación por fuentes fueron: Aporte Ordinario \$161.591.254.916; Sistema General de Participaciones (Rendimientos financieros, Aportes patronales y SGP Oferta): \$159.451.135.867; Otras Transferencias de la Nación \$47.149.511.000; Recursos de Capital \$41.199.211.692; Rentas cedidas 37.966.850.000 y Otros Ingresos \$940.498.000

#### **2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención:**

De la población afectada, se programa para 2011 garantizar la continuidad de 1.309.008 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 309.745 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:

- Con respecto a la meta: “Garantizar la continuidad de 1.309.008 afiliados al Régimen Subsidiado, la meta se cumplió en un 98%, sin embargo es importante resaltar que por lineamientos del nivel nacional, los cupos contratados se redujeron a 1.278.622.
- En cumplimiento de la meta: “Afiliar a 309.745 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, por ampliación de cobertura y/o reemplazos”; se afiliaron 51.018 personas, que corresponden a nuevos afiliados que ingresaron al Régimen Subsidiado como reemplazos en los contratos.
- Respecto a la meta: “Garantizar el acceso a los servicios de salud de manera gratuita a 8% de los ciudadanos entre los cuales se encuentran niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación en nivel 1 y 2 de SISBEN de manera gradual incluyendo las actividades del no POS-S”, se cumplió en un 100%, toda vez, que se atendió con gratuidad a la población que demandó los servicios de salud, ante las EPSS, se beneficiaron 213.863 usuarios, de los cuales, 99.791 corresponden a menores de 5 años; 96.324 a mayores de 65 años y 17.748 a población con discapacidad severa.
- El nivel de cumplimiento de la meta: “Mantener en 100% la cobertura en servicios de salud para la población pobre no asegurada [vinculados] y para los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado para población afiliada al régimen subsidiado”, fue del 100%, en el contexto de los servicios de salud: promoción y prevención de la salud, rehabilitación, tratamiento, salud mental, contratados tanto con la red adscrita como con la red complementaria. Llegando a atenderse a 191.951 usuarios únicos, con 2.255.428 atenciones.
- 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.

#### 3.2. Indicadores:

Cuadro 3. Indicadores 2011 Aseguramiento en Salud, Atención de Vinculados y Gratuidad

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	Nuevos afiliados contratados	nuevos afiliados proyectados	Número de afiliados

Variables	Numerador	Denominador	Unidad de Medida
por ampliación.			
Promociones de afiliación al régimen contributivo	Número de promociones realizadas Contributivo	Número de promociones proyectadas	Número de promociones
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 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 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 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

### 3.3. Presupuesto ejecutado:

El presupuesto ejecutado del Proyecto 618 “Promoción y afiliación al Régimen Subsidiado” fue de \$323.613.502.238 y la ejecución por fuentes fue con FOSYGA cajas de compensación \$41.723.617.171, Sistema General de Participaciones \$230.442.220.401, Rentas Cedidas \$28.540.000.000, Aporte Ordinario del Distrito Capital \$14.725.065.756 y Otros Recursos del Balance \$8.182.598.910. El porcentaje de ejecución del Proyecto de inversión 618 fue de 69%. Esta situación se debió a que no se realizó ampliación de cobertura durante el año 2011, ya que se priorizaron los procesos de asignación directa y libre elección para reemplazar cupos libres en los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado suscritos entre el FFDS y las EPS-S.

El presupuesto de inversión ejecutado en el Proyecto 620 “Atención a Población Vinculada” fue de \$492.703.456.000 y las fuentes de financiación son: Otros Ingresos \$102.545.768.000., Rentas Cedidas \$43.151.100.000, Otras Transferencias de la nación \$10.337.000.000, Aporte Ordinario del Distrito Capital \$102.545.768.000, Sistema

General de Participaciones [rendimientos financieros, aportes patronales y SGP Oferta], \$161.150.000.000 y Recursos de Capital \$174.229.526.000.

### **3.4. Limitaciones y problemas del proyecto:**

- Falta articulación entre Empresas Administradoras de Planes de Beneficios [EAPB], ESE e IPS para garantizar la atención estipulada en el sistema de seguridad social en salud a nivel distrital. 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].
- En cuanto a la garantía de la prestación de los servicios de salud reglamentados para los planes 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 medicas e inclusive, la Corte Constitucional recientemente en la Sentencia T760 de 2008, efectuó un muestreo y analizo 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 la 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 el pago de cuota de recuperación de acuerdo al instrumento provisional que efectúe 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 efectúe 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 d 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.

### **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, [Ley 1122 ordena gratuidad a la población nivel 1 y con el proyecto se amplía la gratuidad para la población nivel 2 de SISBEN], para la población en condición de discapacidad severa, los menores de cinco años y la población mayor de 65 años clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN.

Garantía de atención de población pobre no asegurada en la red adscrita de prestadores de servicios de salud y garantía de la atención de los servicios no incluidos en los planes de beneficios subsidiados, para esta población y para los asegurados en el régimen subsidiado.

### **3.6. Población o unidades de focalización atendidas:**

Con corte a diciembre 31 de 2011, se ha garantizado la continuidad de 1.278.622 personas afiliadas al Régimen Subsidiado, mediante subsidios parciales a 49.051 personas y 1.229.571 con subsidios totales correspondiente a personas de niveles I, II y III Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales [SISBEN no hubo ampliación de cobertura, sin embargo ingresaron 51.018 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado por reemplazos, mientras que en el año 2008 si hubo ampliación de cobertura en 46.221 nuevos afiliados. De esta forma, el cumplimiento de las metas es de 100% para continuidad y de 35,54% para ampliación de coberturas, respecto de lo planteado en para la vigencia fiscal. EL porcentaje de población afiliada al Régimen Subsidiado es igual a 78.43%.

### **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 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:**

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 442.496 niños, niñas y adolescentes menores de 18 años afiliados al Régimen Subsidiado de la Seguridad Social en Salud.

En relación con la meta de afiliación de nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, afilio por novedades de reemplazó 51.018 ciudadano y ciudadanas, de los cuales 28.984

nuevos niños y niñas al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital, de los cuales 1.451 corresponden a niños y niñas desplazados.

En relación con la meta “Garantizar la continuidad de 1.708.670 afiliados al Régimen Subsidiado”, esta meta se retoma y se modifica de acuerdo con la nueva normatividad vigente (Se terminan los contratos con las EPS-S a partir del 1 de abril/2011), la población del régimen subsidiado se establece en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA del Ministerio de la Protección Social, adicionalmente se realiza el giro de recursos del régimen subsidiado a las EPS-S sobre la población activa en la BDUA en cumplimiento de la normatividad vigente establecida por el MPS, garantizando a 31 de diciembre de 2011, la continuidad de 1.278.622 ciudadanos afiliados al Régimen Subsidiado en Salud del Distrito Capital.

En este orden de ideas es importante mencionar que lograr el aseguramiento de la población en Bogotá al Régimen Subsidiado, requirió el desarrollo de un aplicativo vía Web para los procesos de Aseguramiento en Salud; la SDS creó como estrategia de Afiliación y carnetización el Convenio Marco de Adhesión No. 8043 de 2008 en el que participan la SDS, EPSS y ESE; se realizaron reuniones con diferentes actores para la divulgación de los procesos: 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 Cade; 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]; 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 en jornadas de afiliación convocadas en diferentes localidades y se logró mantener la actualización de la base de datos de afiliación mediante huella digital.

Se definió e implementó como estrategia de trabajo el Comité de Controversias, en el cual un grupo de profesionales de las tres áreas de la Dirección de Aseguramiento en Salud, identificaron casos con problemas de acceso por imprecisión de parte del responsable de pago (EPSS o FFDS) frente al requerimiento de servicios No POSS o No POS o por la situación del usuario frente al sistema de seguridad social. El análisis de los casos permitió la formulación del proceso “Gestión de la Atención en Salud” cuya estrategia de operación se materializó a través de la Central Única de Referencia y Contrarreferencia (CURyC) y la Línea 195, mediante la cual se resuelven los problemas de acceso a la prestación de los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado y la no asegurada.

### **3.10. Diagnóstico final del problema**

Las metas inicialmente estructuradas dentro del proyecto han sufrido alteraciones que guardan relación con los cambios que la normatividad vigente exige para la operación del régimen subsidiado y la igualación de los planes de beneficio, reflejado en las inconsistencias de la base de datos oficial a nivel nacional (BDUA) y en el desinterés en la afiliación al sistema de la población objeto del régimen contributivo. Sin embargo la Secretaria de Salud Distrital continúa generando procesos para el fortalecimiento y diseño de estrategias que garanticen el acceso oportuno al aseguramiento de la población residente en el Distrito capital como herramienta para el mejoramiento de su calidad de vida.

# Problema Social No. 4

## 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: Transición epidemiológica poblacional, que requiere nuevos y mejores servicios de salud; Inequitativa distribución de la oferta de servicios de alta complejidad en la Ciudad y la Región; Limitada competitividad de los oferentes ubicados en la zona; 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; Carencias en la investigación, docencia y tecnología para la producción de bienes y servicios en salud; Entorno urbano deteriorado en el área de intervención del proyecto.

Algunos de los efectos se corresponden con: 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; Persistencia y aumento de problemas prioritarios en salud pública en la Ciudad y la Región; Insatisfacción con la prestación de servicios por parte de usuarios de servicios, aportantes al sistema y los pagadores del servicio; 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; 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.

#### 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 de Bogotá D.C., se identificaron los siguientes actores [Cuadro 1].

Cuadro 1. Actores Involucrados en el Problema Social

Actor	Características	Intereses & Expectativas	Roles de los Actores en la Ejecución del Proyecto	Acciones Necesarias
<b>Inversionistas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capital público y privado.</li> <li>▪ Perfiles variados de acuerdo a su capacidad legal y financiera.</li> <li>▪ Agentes inmobiliarios, constructores y gestores inmobiliarios.</li> <li>▪ Inversionistas relacionados con el mercado de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buscan competitividad.</li> <li>▪ Diversas posibilidades de inversión.</li> <li>▪ Posibilidad de desarrollo a largo plazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construcción de vivienda, hoteles, centros comerciales, etc.</li> <li>▪ Compra de predios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amplia divulgación a través de medios de comunicación masivos.</li> <li>▪ Contactos directos con los grandes inversionistas a través promotores del proyecto.</li> </ul>
<b>Alcalde Mayor de Bogotá</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facultades Administrativas.</li> <li>▪ 18 entidades distritales dependen del Alcalde Mayor.</li> <li>▪ Encargado del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras públicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Proyecto viene siendo impulsado desde hace varios años como una alternativa de salud pública y privada especializada, del Distrito y de la Región.</li> <li>▪ Junto al Concejo Institucionalizó el Proyecto Ciudad Salud, según Acuerdo 192 de 2005.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formulación de estudios de factibilidad del Proyecto.</li> <li>▪ Estructuración Jurídica para la Asociación de los Hospitales.</li> </ul>	
<b>Concejo de Bogotá</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Legalmente es la suprema autoridad en el Distrito Capital.</li> <li>▪ Ejerce control político a la administración distrital.</li> <li>▪ Clasifican y ponderan los proyectos de acuerdo al impacto poblacional esperado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover el desarrollo integral de la ciudad.</li> <li>▪ Se preocupan por el medio ambiente y la problemática de la movilidad urbana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fijar la asignación presupuestal para el Proyecto.</li> <li>▪ Ejercer control político en todas las fases del Proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposiciones claras y pertinentes del DOFA del Proyecto.</li> </ul>
<b>SDP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseño y evaluación de proyectos que contribuyan al desarrollo físico, económico, social y ambiental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consolidar el centro como un núcleo de productividad e innovación.</li> <li>▪ Potenciar la inclusión e integración social y la atención a los colectivos más desfavorecidos.</li> <li>▪ Garantizar la coherencia del Plan Zonal del Centro con los diversos instrumentos de planeamiento y de gestión.</li> <li>▪ Identificar las características generales de los procesos del Proyecto, fase a fase.</li> <li>▪ Generar las condiciones para la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Según Acuerdo 192, El DAPD en coordinación con las demás entidades competentes, será el encargado de definir el entorno físico que comprenderá el Proyecto.</li> <li>▪ Implementación de los instrumentos de Planeamiento definidos para el efecto como son los Planes Parciales de renovación urbana.</li> <li>▪ Generar las</li> </ul>	

Actor	Características	Intereses & Expectativas	Roles de los Actores en la Ejecución del Proyecto	Acciones Necesarias
		<p>preservación del patrimonio histórico, mejora del entorno y la seguridad del sector.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover la participación ciudadana en todas las etapas de formulación de proyectos del PZCB.</li> </ul>	<p>condiciones para una adecuada oferta de equipamientos.</p>	
<b>SDS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acciones de rectoría del sistema de salud.</li> <li>▪ Construcción participativa de una cultura de la salud que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Bogotá.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consolidar la red hospitalaria pública y las redes de atención de todo el sistema, según las necesidades de atención de la población.</li> <li>▪ Integrar la ciudadela constituida por esta red hospitalaria para mejorar el entorno, la calidad de los servicios y el nivel de vida tanto de las personas que visitan el centro como de los demandantes de los servicios de salud.</li> <li>▪ Articular el Proyecto Ciudad Salud con el PZCB.</li> <li>▪ Afectar los determinantes del proceso salud enfermedad a través de la transectorialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formulación Macroproyecto Urbano del Complejo Hospitalario de alta tecnología Ciudad Salud.</li> <li>▪ Desarrollo y coordinación del proyecto Ciudad Salud, o complejo hospitalario del centro.</li> </ul>	
<b>Ministerio de Protección Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integra los ministerios de Trabajo y Salud.</li> <li>▪ Fija normas y directrices en materia de Protección Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interés del Ministerio en los temas de telemedicina.</li> <li>▪ Mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilar y coordinar en lo requerido el proceso de puesta en marcha del proyecto.</li> <li>▪ Aportar recursos en las áreas y momentos que considere adecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compensación para la población afectada negativamente por el proyecto.</li> </ul>
<b>ERU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empresa industrial y comercial del Estado.</li> <li>▪ Promueve programas de renovación y redesarrollo urbano, mediante sistemas de cooperación e integración inmobiliaria o reajuste de tierras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejorar la competitividad de la ciudad y la calidad de vida de sus habitantes.</li> <li>▪ Incentivar la participación público-privada.</li> <li>▪ Generar una ciudad incluyente y competitiva.</li> <li>▪ Impulsar la iniciativa privada y promocionar la inversión extranjera en el centro.</li> <li>▪ Fomentar la actividad inmobiliaria y la recuperación del "stock" en desuso.</li> <li>▪ Recuperación y renovación del tejido social y tejido humano en las áreas que interviene.</li> </ul> <p>Oportunidades de generación y redistribución de ingresos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generar las condiciones para preservar el patrimonio.</li> <li>▪ Posibilitar la localización de actividades complementarias a las dinámicas comerciales y su interacción con las nuevas dinámicas sociales y culturales.</li> <li>▪ Generar la Participación de los grupos poblacionales organizados que habitan y trabajan en dichas zonas.</li> <li>▪ Acciones necesarias para evitar el desplazamiento de actividades y personas a otras zonas de la ciudad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación permanente con los ejecutores del proyecto que garantice la conservación del patrimonio histórico.</li> <li>▪ Inclusión en los programas de Metrovivienda, de la población afectada negativamente por las intervenciones.</li> </ul>
<b>IDU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecuta obras viales y de espacio público.</li> <li>▪ Mantenimiento de obras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que los habitantes de Bogotá se movilicen fácilmente, disfruten del espacio público y mejoren su calidad de vida.</li> <li>▪ Respeto por el ciudadano:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construcción de una red que integre y fomente la participación de los actores involucrados.</li> </ul>	

Actor	Características	Intereses & Expectativas	Roles de los Actores en la Ejecución del Proyecto	Acciones Necesarias
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implementar mecanismos de participación para generar sentido de pertenencia.</li> <li>▪ Integrar la comunidad, las entidades públicas y privadas.</li> <li>▪ Fomentar y propiciar la participación institucional del sector público, la universidad y los centros de investigación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompañamiento social a la población intervenida, en todas las fases del proyecto, a través de su Oficina Asesora de Gestión Social.</li> </ul>	
<b>METROVIVIENDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promueve la construcción de vivienda social.</li> <li>▪ Campañas de apoyo a las comunidades que acceden a los proyectos.</li> <li>▪ Proyectos de ejecución directa y por medio de asociación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover proyectos integrales que aseguren formas de vida amable y económica para las comunidades de bajos ingresos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oferta de vivienda de interés social.</li> <li>▪ Acompañamiento y apoyo a la comunidad interesada en los proyectos.</li> </ul>	
<b>Cámara de Comercio de Bogota</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Institución privada que representa los intereses del sector empresarial.</li> <li>▪ Facilita a los empresarios la participación en los mercados internacionales.</li> <li>▪ Desarrolla veedurías a las obras e inversiones de mayor impacto que adelanta el Gobierno Distrital.</li> <li>▪ Contribuye a generar un entorno más favorable para el crecimiento económico y la competitividad de Bogotá y la región.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoyar el proyecto en todas y cada una de las actividades del componente asociativo del Proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilización a los actores sobre la importancia de conceptos como competitividad, asociatividad, cadenas productivas y clusters.</li> <li>▪ Fomentar las relaciones interinstitucionales.</li> </ul>	
<b>Hospitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitales universitarios de III y IV nivel, localizados en el área de influencia.</li> <li>▪ Ofrecen servicios especializados con tecnología y recurso altamente calificado.</li> <li>▪ Vocación docente e investigativa.</li> <li>▪ Atienden población de todo el país.</li> <li>▪ No existe competencia franca entre ellos.</li> <li>▪ Cuentan con experiencia y reconocimiento por parte de los ciudadanos.</li> <li>▪ El Cancerológico atiende pacientes del exterior.</li> <li>▪ Tienen entre 60 y 80 años de funcionamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los gerentes manifiestan su interés en el desarrollo del proyecto.</li> <li>▪ Aumento de competitividad en el sector hospitalario.</li> <li>▪ Se vienen preparando en procesos de modernización y acreditación.</li> <li>▪ Proyectan la ampliación de sus instalaciones y la compra de predios.</li> <li>▪ Existen referentes de integración de los hospitales: importación de equipos y modernización tecnológica.</li> <li>▪ No les interesa la economía de escala.</li> <li>▪ Se interesan porque existan hoteles y albergues seguros para los familiares de los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tramitar a través del proyecto los planes de regularizaron, los PEP.</li> <li>▪ Aportar recursos para programas de expansión de los hospitales.</li> <li>▪ Montar la estrategia de centros de excelencia.</li> <li>▪ Inscripción en los procesos de acreditación pertinentes.</li> </ul>	
<b>Universidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interactúan en convenio con los hospitales ubicados en la zona de influencia.</li> <li>▪ Cuentan con una amplia oferta de carreras y programas de las ciencias de la salud.</li> <li>▪ Cuentan con grupos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomentar la investigación a nivel nacional e internacional.</li> <li>▪ Promover la participación en eventos científicos.</li> <li>▪ Identificar y gestionar proyectos de investigación y de cooperación internacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por medio de convenios ser socios en la adecuación y montaje de centros de excelencia, de investigación</li> <li>▪ Posibles socios inversionistas en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contacto directo con los decanos de la cátedra de Medicina.</li> </ul>

Actor	Características	Intereses & Expectativas	Roles de los Actores en la Ejecución del Proyecto	Acciones Necesarias
	investigación, algunos reconocidos por Colciencias.		proyectos como consultorios, residencias para internados, y centro de convenciones.	
<b>Alcaldías de la zona de influencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinan la planeación y ejecución de programas que adelanten en su localidad.</li> <li>▪ Los alcaldes son nombrados por una terna mayor.</li> <li>▪ Ordenan los gastos y los pagos con cargo a los recursos del Fondo.</li> <li>▪ Adjudican los contratos con sujeción a las normas fiscales.</li> <li>▪ Suscriben todos los actos que expida el Fondo de Desarrollo Local en ejercicio de su competencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los alcaldes de la zona están interesados en mejorar la seguridad, recuperar la malla vial y el espacio público. Proyectan sus mayores inversiones en los ejes Social y Urbano ambiental, en este orden.</li> <li>▪ <b>Alcaldía Antonio Nariño:</b> adquirir un predio para la construcción de una UPA; impulsar los programas de promoción y prevención de la salud; preservación y conservación de los ríos Seco, Fucha y Albina.</li> <li>▪ <b>Alcaldía de San Cristóbal:</b> mantenimiento y construcción de 15 parques barriales; recuperación de 3 quebradas de la localidad; diagnóstico del sector productivo; la micro, pequeña y mediana empresa.</li> <li>▪ <b>Alcaldía de los Mártires:</b> mejorar las zonas verdes y recreativas; brindar apoyo a la atención primaria en salud con un enfoque familiar y comunitario; garantizar la participación de la comunidad en las diferentes etapas del PZCB; crear y fortalecer cadenas productivas basadas en los Clusters locales; Plan Piloto de Seguridad; recuperación del parque de Los Mártires.</li> <li>▪ <b>Alcaldía de Santa Fe:</b> integración a la ciudad y la región; apoyo a la creación de la Casa Local de Justicia; creación de frentes de solidaridad; reubicación de vendedores ambulantes; implementar el Modelo de Autogestión y Sostenibilidad rural y Medioambiental; proyecto prioritario "Salud en su Hogar".</li> <li>▪ <b>Alcaldía La Candelaria:</b> se preparan para asumir los retos de la regionalización y del nuevo ordenamiento internacional; crear escenarios para el deporte y las actividades recreativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecer el ejercicio de la planeación participativa y del control social para integrar desde el escenario local la estrategia territorial y la estrategia de gestión del suelo con la estrategia social e institucional.</li> <li>▪ Integrar a través de su gestión el Proyecto Ciudad Salud a la ejecución de los programas que adelantan en sus respectivas localidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación interinstitucional de los diferentes actores que involucra el Proyecto.</li> </ul>
<b>JAL de la zona de influencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los ediles son elegidos popularmente, tienen una fuerte raigambre en la zona.</li> <li>▪ Definen el presupuesto de la localidad.</li> <li>▪ Vigilan el cumplimiento del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejoramiento integral de la localidad: seguridad, entorno, espacio público, etc.</li> <li>▪ <b>JAL de Antonio Nariño:</b> El edil Jorge Enrique Pérez ha rechazado el autoevaluó de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difusión del Proyecto en la comunidad.</li> <li>▪ Generar espacios de participación para la socialización y difusión del proyecto por parte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Información clara y transparente sobre los beneficios del proyecto para la comunidad.</li> <li>▪ Contacto directo con</li> </ul>



Actor	Características	Intereses & Expectativas	Roles de los Actores en la Ejecución del Proyecto	Acciones Necesarias
	<p>Plan de Desarrollo Local.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promueven la participación y veeduría ciudadana.</li> <li>▪ Presentar Proyectos de Acuerdo Local en las corporaciones distritales y ante el Concejo de la ciudad.</li> <li>▪ Ejercen vigilancia sobre ejecución de contratos; preservar y hacer respetar el espacio público.</li> <li>▪ Promueven campañas para la protección y recuperación del medio ambiente.</li> <li>▪ Ejerce veeduría sobre los bienes que la administración Distrital destina a la localidad.</li> </ul>	<p>Catastro a los inmuebles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>JAL de San Cristóbal:</b> los ediles no presentaron rendición de cuentas por considerar que no existe una real participación ya que las decisiones son tomadas desde la Alcaldía.</li> <li>▪ <b>JAL de Los Mártires:</b> cuenta con un representante en el Concejo Territorial de Planeación Distrital, donde defiende los intereses locales y derechos sociales; participan activamente en los proyectos que se llevan a cabo, como el PZCB y defienden las construcciones consideradas patrimonio de la ciudad.</li> <li>▪ <b>JAL de Santa Fe:</b> han realizado documentos del Plan Zonal Centro; muestran interés en apoyar a los espacios de participación.</li> <li>▪ <b>JAL de La Candelaria:</b> no presentaron rendición de cuentas. El Edil Ernesto Iván Sánchez cuenta con un amplio conocimiento de la organización y funcionamiento de las entidades públicas y privadas</li> </ul>	<p>de los ejecutores a la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accionar para que el Proyecto contemple la posibilidad de inversiones locales en espacio público, entorno y seguridad (sus principales problemáticas).</li> <li>▪ Suministro de información prioritaria y pertinente a los ejecutores del proyecto, con el fin de evitar impactos negativos para la población.</li> <li>▪ Ejercer la veeduría necesaria en el cumplimiento de la ejecución de los contratos requeridos por el Proyecto.</li> </ul>	<p>los líderes de las comunidades para integrarlos en el Proyecto Ciudad Salud.</p>
<p><b>HABITANTES (1), (2) Y (3)</b></p> <p><b>LOCALIDADES AREA DE INFLUENCIA</b></p>	<p><b>Localidad Antonio Nariño:</b></p>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo nivel de participación.</li> <li>▪ (1) Adultos mayores que han permanecido tradicionalmente en la zona; nivel de vida aceptable, pero en gradual deterioro. Bajo nivel de participación.</li> <li>▪ La oferta de salud para sus habitantes es predominantemente privada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Mejorar la seguridad de la zona: consideran a los habitantes de calle como el problema más grave. Apoyarán proyectos encaminados a mejorar la convivencia y el entorno.</li> <li>▪ Reducir el desempleo.</li> <li>▪ Preocupación por el asentamiento de familias desplazadas en el canal de río Fucha.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico socioeconómico de la población a intervenir.</li> <li>▪ Información y consulta a los propietarios, residentes y arrendatarios.</li> <li>▪ Ampliar oferta de salud sistematizada.</li> </ul>
	<p><b>Localidad de San Cristóbal</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alta concentración de población pobre, en indigencia y miseria. Sobresalen las mujeres cabeza de hogar.</li> <li>▪ Un gran número de familias están vinculadas al sector informal.</li> <li>▪ Continúa inmigración de desplazados y presencia de adultos mayores en estado de indigencia.</li> <li>▪ Cuentan con una reserva ambiental de 800</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducir sus principales problemáticas: la seguridad y el desempleo que origina el aumento del comercio informal.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprovechar los medios de comunicación existentes para la divulgación del Proyecto.</li> </ul>	

Actor	Características	Intereses & Expectativas	Roles de los Actores en la Ejecución del Proyecto	Acciones Necesarias
	hectáreas, el parque Entre Nubes. ▪ Cuentan con medios masivos de comunicación: boletines informativos y emisoras comunales.			
<b>Localidad de Los Mártires</b>				
	▪ Habitan grupos poblacionales que contribuyen a la inseguridad, trabajadoras sexuales, habitantes de calle, desplazados y vendedores ambulantes.	▪ Mejoramiento de la seguridad. ▪ Posibilidad de contar con espacios recreativos. ▪ (1) Mejoramiento del entorno. ▪ Muestran interés en participar en la coordinación y ejecución de los proyectos que se realizan en la zona.		▪ Diagnóstico socioeconómico. ▪ Inclusión de la población interesada en participar en la ejecución del proyecto.
<b>Localidad de Santa Fe</b>				
	▪ La mitad de los hogares viven en arriendo y subarriendo (3) en condiciones de hacinamiento. ▪ Un alto porcentaje usufructúan el inmueble. ▪ Continuo traslado de los habitantes (3) del barrio San Bernardo. ▪ Los barrios San Bernardo y Las Cruces, presentaron la mayor incidencia de homicidios en el año 2002.	▪ Mejorar la seguridad. ▪ Los propietarios (1) desean cambiar de sector, si encuentran quien les compre sus viviendas. ▪ La población (3) reside en esta zona por las facilidades que ésta le ofrece.		▪ Diagnóstico socioeconómico. ▪ Campañas pedagógicas de sensibilización frente al VIH SIDA y atención integral a la población contagiada. ▪ Promover la demanda del Hospital Centro Oriente.
<b>Localidad de La Candelaria</b>				
	▪ Gran receptora de población flotante. ▪ El 1.5% de la población sobreviven en inquilinatos en mal estado de conservación. ▪ Altas tasas de ocurrencia de suicidios y mortalidad por accidentes de tránsito. ▪ Los vendedores ambulantes invaden las vías públicas.	▪ Sean tomados en cuenta los problemas de seguridad y la población vulnerable. ▪ Desean participar en la formulación de los proyectos y contradictoriamente delegan la toma de decisiones a sus dirigentes políticos y al COPACO. ▪ Presentan descontento con el transmilenio, por la reducción del transporte en las vías alternas.		▪ Inclusión de la población interesada en participar en la ejecución del proyecto.

La actuación y relaciones para cada uno de los actores relacionados se establecerá de manera más precisa durante el desarrollo del estudio de factibilidad, entre ellos el modelo de articulación de los sectores público y privado.

## **2. Instrumentos Operativos Para la Atención de los Problemas**

### **2.1. A nivel de la Administración:**

Dentro de las políticas públicas distritales incorporadas en este Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor 2008-2012, se plantea como objetivo central **“...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...”**

De igual forma, en el Objetivo Estructurante Ciudad Global, en sus propósitos y estrategias y en los del Programa Bogotá Competitiva Internacional se propone: **“...Generar ventajas competitivas que conviertan a la ciudad y la Región Capital en un destino atractivo para la inversión y en un foco de desarrollo económico y social en el contexto nacional e internacional. Para ello, se adelantarán acciones que mejoren el clima de negocios en la ciudad en el marco de la cooperación internacional y la generación de alianzas estratégicas...”**, 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 y convirtiendo el centro de la ciudad en referencia nacional e internacional, potenciando las ventajas comparativas derivadas de su localización estratégica.

De igual forma, el Plan Maestro de Equipamientos en Salud PMES, adoptado mediante Decreto 318 de 2006, se concibe como el instrumento de planificación derivado del POT, fundamental en el marco de la estrategia de ordenamiento de la Ciudad y de la 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

### **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, el Proyecto de Inversión “615-Ciudad Salud”, en el cual se plantearon 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:

Tanto las metas como las actividades del proyecto Ciudad Salud están contenidas dentro del POA y SEGPLAN [Cuadro 2].

Cuadro 2. Metas 2011 Formuladas en Ciudad Salud

Meta 2011	Línea de Base	Actividades
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	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.
Construir y gestionar el proyecto urbano Ciudad Salud Región.	Proyecto de Prefactibilidad	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.
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.	Proyecto de Prefactibilidad	3.1 Contratar estudios de Factibilidad, interventoría, acompañamiento y otros estudios

## 2.4. Presupuesto asignado:

Cuadro 3. Presupuesto Asignado 2011

Vigencia	Presupuesto Definitivo	Fuentes de Financiación	Destino
2011	\$ 290.082.300	Aporte Ordinario	Inversión

## 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, 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:

Cuadro 4. Niveles de Cumplimiento Frente a Metas Programas 2011

Meta 2011	Logros	Resultados
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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Inicio de articulación interinstitucional ( hospitales de la Zona y el consultor del estudio de factibilidad) para desarrollo y avance del estudio de Factibilidad del proyecto Ciudad Salud Región.</li><li>2. Articulación y gestión con el fin de conocer los avances del plan de regularización y manejo con el consultor del Planes de Regularización y Manejo-PRM (quien elaboran del PRM de la institución) para el hospital de La Misericordia como referente del Proyecto Ciudad Salud Región.</li><li>3. Difusión y presentación del Proyecto en el Concejo de Bogota, con el fin de generar interés de la corporación al respecto de un proyecto de ciudad que beneficiara el desarrollo científico, social y económico del centro de la ciudad.</li><li>4. Articulación y gestión con el fin de conocer los avances del plan de regularización y manejo con el consultor del PRM (quien elaboran del PRM de la institución) para el hospital de Santa Clara como referente del Proyecto Ciudad Salud Región.</li><li>5. Articulación con Hospital Universitario de la Samaritana y la Misericordia para análisis de propuesta sobre el decreto 430 de 2006.</li><li>6. Incorporación de Beneficencia de</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Con la articulación se da el encadenamiento de acciones e iniciativas públicas y privadas en el desarrollo del proyecto</li><li>2. Con el Referente seleccionado, este es el responsable del desarrollo del proyecto (Planes de Regularización y Manejo-P.R.M.)</li><li>3. Con la difusión del proyecto se obtuvo el Conocimiento amplio y útil por parte de las comunidades, las instituciones y la ciudadanía en general.</li><li>4. El consorcio hace entrega del Primer Producto de componente de salud, Social y urbano, referido a la SDS mediante oficio para revisión y análisis.</li><li>5. El consorcio hace entrega del Primer Producto de componente de salud, Social y urbano con las correcciones solicitados por el equipo funcional de la Secretaria Distrital de Salud.</li><li>6. El consorcio hace entrega del Segundo y tercer Producto de componente de salud, Social y urbano.</li></ol>

Meta 2011	Logros	Resultados
	<p>Cundinamarca y Universidad Nacional de Colombia en proceso de inclusión del Hospital San Juan de Dios en el proyecto Ciudad Salud.</p> <p>7. Documento con observaciones por parte del equipo funcional de la Secretaría Distrital de Salud, del primer Producto de componente de salud.</p> <p>8. Vinculación del Ministerio de Cultura para articulación del estudio de Factibilidad del Proyecto Ciudad Salud Región y la formulación del Plan Especial de Manejo y Protección para el Hospital san Juan de Dios y el Instituto Materno infantil.</p> <p>9. Identificación de aspectos patrimoniales y determinantes urbanísticos.</p> <p>10. Acompañamiento, asistencia y seguimiento por parte de la Empresa de Renovación Urbana con apoyo de la Secretaria Distrital de Salud, en el desarrollo del estudio de Factibilidad, de acuerdo al contrato 112 de 2010, realizando solicitudes de avance, control de correspondencia y evaluación de aspectos técnicos, administrativos y financieros.</p> <p>11. Preacuerdo entre la administración entrante y la saliente para destinación de recursos de regalías al Proyecto Ciudad Salud Región en \$ 40.000 millones</p>	<p>7. El consorcio Ciudad Salud realiza entrega de propuesta para formulación de planes de especiales de manejo y protección a la Empresa de Renovación Urbana y Ministerio de Cultura.</p> <p>8. Se inicia proceso de articulación desde la Empresa de Renovación Urbana con el Ministerio de Cultura y el Consorcio Ciudad Salud, para incorporar resultados del estudio de factibilidad como marco conceptual para adelantar el Plan Especial de Manejo y Protección del Hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil y su área de influencia.</p> <p>9. Delegación por parte de la Alcaldía Mayor de Bogotá para incluir a la comunidad con el apoyo del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, la Secretaria de Desarrollo Económico en los desarrollos sociales del estudio de factibilidad del Proyecto Ciudad Salud Región.</p> <p>10. El consorcio hace entrega del Cuarto Producto de componente de salud, Social y urbano, referido a la SDS mediante oficio para revisión y análisis.</p>
<p>Construir y gestionar el proyecto urbano Ciudad Salud Región.</p>	<p>1. Difusión y presentación del Proyecto en el Concejo de Bogotá, con el fin de generar interés de la corporación al respecto de un proyecto de ciudad que beneficiara el desarrollo científico, social y económico del centro de la ciudad.</p> <p>2. Por sugerencia del Doctor Héctor Zambrano, mediante video conferencia de obtiene el concurso en el proyecto Ciudad Salud por parte del Dr. Rodolfo Llinas y Maloka.</p> <p>3. Consenso entre ERU-SDS- CONSULTOR, al respecto de los contenidos y productos esperados del estudio de factibilidad.</p> <p>4. Inclusión Beneficencia de Cundinamarca, Universidad Nacional de Colombia en proceso de articulación del proyecto.</p> <p>5. Emisión de documento con observaciones por parte del equipo funcional de la Secretaría Distrital de Salud, del primer Producto de componente de salud.</p> <p>6. Inclusión del Proyecto Ciudad Salud en</p>	<p>1. Se inicia formulación del estudio de factibilidad del Proyecto Ciudad Salud Región, mediante acta de inicio del 20 de enero de 2010.</p> <p>2. Envío para inclusión del Proyecto Ciudad Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 por parte de la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaria Distrital de Salud.</p> <p>3. El consorcio hace entrega del Primer Producto de componente de salud, Social y urbano, referido a la SDS mediante oficio para revisión y análisis.</p> <p>4. El consorcio hace entrega del Primer Producto de componente de salud, Social y urbano con las correcciones solicitados por el equipo funcional de la Secretaria Distrital de Salud.</p>

Meta 2011	Logros	Resultados
	<p>Foro Bogotá 2038.</p> <p>7. Posicionamiento del proyecto ante Alcaldía de Bogotá, entes Distritales y gremios.</p> <p>8. Inclusión del Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal (IDPAC)) en apoyo al Componente Social de la Factibilidad del Proyecto Ciudad Salud.</p> <p>9. Presentación del Proyecto Ciudad Salud Región ante el Consejo de Gobierno Distrital y Foro Bogotá 2038.</p> <p>10. Delegación por parte de la Alcaldesa (E), Dra. Clara López Obregón, del Dr. Hernando Gómez, Secretario de Desarrollo Económico y de la Dra. Gloria Cuartas, Directora del Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal, en el desarrollo de una agenda para garantizar la participación social de las comunidades en el Proyecto Ciudad Salud Región.</p> <p>11. Acompañamiento, asistencia y seguimiento por parte de la Empresa de Renovación Urbana con apoyo de la Secretaria Distrital de Salud, en el desarrollo del estudio de Factibilidad, de acuerdo al contrato 112 de 2010, realizando solicitudes de avance, control de correspondencia y evaluación de aspectos técnicos, administrativos y financieros.</p> <p>12. Preacuerdo entre la administración entrante y la saliente para destinación de recursos de regalías al Proyecto Ciudad Salud Región en \$ 40.000 millones.</p>	<p>5. Primer entregable ajustado según requerimientos de la Secretaria Distrital de Salud, de acuerdo a enfoque definido en los términos de referencia del estudio.</p> <p>6. El consorcio hace entrega del Segundo y tercer Producto de componente de salud, Social y urbano.</p> <p>7. Delegación por parte de la Alcaldía Mayor de Bogotá para incluir a la comunidad con el apoyo del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, la Secretaria de Desarrollo Económico en los desarrollos sociales del estudio de factibilidad del Proyecto Ciudad Salud Región.</p> <p>8. El consorcio hace entrega del Cuarto Producto de componente de salud, Social y urbano, referido a la SDS mediante oficio para revisión y análisis.</p>
<p>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:</p> <p>1) Prestación de servicios de salud;</p> <p>2) urbanístico – predial;</p> <p>3) económico – de competitividad;</p> <p>4) ambiental;</p> <p>5) jurídico;</p> <p>6) Gestión para la formulación</p>	<p>1. Apertura oficial concurso de merito CM-009-2010 para contratación Interventoria Técnica y Administrativa al estudio de factibilidad.</p> <p>2. Articulación equipo SDS-ERU-Consorcio Ciudad salud Para revisión y aprobación de plan de trabajo y cronograma para el desarrollo de la consultoría.</p> <p>3. Revisión y envío de ajustes a Pliego del concurso de meritos 009 de 2010 2P, sugeridos por la Empresa de Renovación Urbana para favorecer una mayor participación en la convocatoria.</p> <p>4. Documento con observaciones por parte del equipo funcional de la Secretaría Distrital de Salud, del primer Producto de componente de salud.</p> <p>5. Acuerdo con el consultor del estudio de factibilidad respecto a la necesidad de mejorar el enfoque metodológico y científico de los avances del estudio referidos al componente de salud.</p> <p>6. Identificación de aspectos patrimoniales y determinantes urbanísticos.</p> <p>7. Identificación de Centros de Excelencia.</p>	<p>1. Se inicia formulación del estudio de factibilidad del Proyecto Ciudad Salud Región, mediante acta de inicio del 20 de enero de 2010.</p> <p>2. Pliegos del concurso de meritos 009 de 2010(2p) (Segunda Publicación), para publicación por parte de la Empresa de Renovación Urbana.</p> <p>3. Consenso de meritos 009 de 2010(2p) vigente.</p> <p>4. El consorcio hace entrega del Primer Producto de componente de salud, Social y urbano, referido a la SDS mediante oficio para revisión y análisis.</p> <p>5. El consorcio hace entrega del Primer Producto de componente de salud, Social y urbano con las correcciones solicitados por el equipo funcional de la Secretaria Distrital de Salud.</p> <p>6. Primer entregable ajustado</p>

<b>Meta 2011</b>	<b>Logros</b>	<b>Resultados</b>
del proyecto	<p>8. Inclusión del Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal (IDPAC)) en apoyo al Componente Social de la Factibilidad del Proyecto Ciudad Salud.</p> <p>9. Presentación del Proyecto Ciudad Salud Región ante el Consejo de Gobierno Distrital y Foro Bogotá 2038.</p> <p>10. Acompañamiento, asistencia y seguimiento por parte de la Empresa de Renovación Urbana con apoyo de la Secretaria Distrital de Salud, en el desarrollo del estudio de Factibilidad, de acuerdo al contrato 112 de 2010, realizando solicitudes de avance, control de correspondencia y evaluación de aspectos técnicos, administrativos y financieros.</p> <p>11. Preacuerdo entre la administración entrante y la saliente para destinación de recursos de regalías al Proyecto Ciudad Salud Región en \$ 40.000 millones</p>	<p>según requerimientos de la Secretaria Distrital de Salud, de acuerdo a enfoque definido en los términos de referencia del estudio.</p> <p>7. El consorcio hace entrega del Segundo y tercer Producto de componente de salud, Social y urbano.</p> <p>8. Delegación por parte de la Alcaldía Mayor de Bogotá para incluir a la comunidad con el apoyo del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, la Secretaria de Desarrollo Económico en los desarrollos sociales del estudio de factibilidad del Proyecto Ciudad Salud Región.</p> <p>9. El consorcio hace entrega del Cuarto Producto de componente de salud, Social y urbano, referido a la SDS mediante oficio para revisión y análisis.</p>

### 3.2. Indicadores:

Cuadro 5. Indicadores 2011 Complejo Hospitalario del Centro – Ciudad Salud

<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
Porcentaje de avance en los planes de regulación y manejo	Estado del progreso y avance de cada uno de los planes y el acompañamiento respectivo
Porcentaje de avance en el proyecto urbano regional	Estado del progreso y avance del proyecto
Porcentaje de avance en definición de términos y contratación para el estudio de factibilidad	Términos de referencia, documentos del estudio de factibilidad de Ciudad Salud y priorización de acciones y proyectos

**Nota:** Es importante aclarar que este proyecto tiene un horizonte de 20 años con diferentes fases según prefactibilidad.

### 3.3. Presupuesto Ejecutado:

Cuadro 6. Presupuesto 2011 Ejecutado en Ciudad Salud

<b>Vigencia</b>	<b>Ejecución Total</b>	<b>Giros</b>
2011	\$ 288.167.986	\$ 225.518.813

### 3.4. Limitaciones y problemas del proyecto:

Cuadro 7. Limitaciones y Dificultades del Proyecto

<b>Meta</b>	<b>Dificultades</b>
Acompañar y apoyar al 100% de los hospitales públicos del	1. Gestión de recursos ante Dirección de Planeación y sistemas, Financiera para traslado de recursos del



proyecto en la realización de los planes de regularización y manejo y los planes especiales de protección	proyecto 637 Rectoría al 615 Ciudad Salud, la demora en el proceso del traslado de los recursos para talento humano afecta la dinámica del proyecto. 2. Demora en la contratación del recurso humano del proyecto.
Construir y gestionar el proyecto urbano Ciudad Salud Región.	1. Gestión de recursos ante Dirección de Planeación y sistemas, Financiera para traslado de recursos del proyecto 637 Rectoría al 615 Ciudad Salud, la demora en el proceso del traslado de los recursos para talento humano afecta la dinámica del proyecto. 2. Demora en la contratación del recurso humano del proyecto.
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	1. Gestión de recursos ante Dirección de Planeación y sistemas, Financiera para traslado de recursos del proyecto 637 Rectoría al 615 Ciudad Salud, la demora en el proceso del traslado de los recursos para talento humano afecta la dinámica del proyecto. 2. Demora en la contratación del recurso humano del proyecto. 3. Declaratoria desierta del concurso de meritos ERU-CM-009-2010-5P para la contratación de la Interventoria.

### **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 Empresa de Renovación Urbana - ERU y la capacidad de gestión desde la ERU y SDS en la 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, la población o unidades de focalización sin atender están pendientes, dado que el proyecto se encuentra en etapa de pre-inversión estudio de factibilidad.

### **3.9. Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas:**

Asistencia y acompañamiento e inclusión del Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal (IDPAC), ex empleados Hospital san Juan de Dios, Juntas de acción comunal de los barrios Policarpa, San Bernardo, Eduardo Santos, Las Cruces en apoyo al Componente Social de la Factibilidad del Proyecto Ciudad Salud.

### **3.10. Diagnostico final del problema:**

El planteamiento inicial de problema permanece en la medida en que no ha entrado el proyecto en su fase de operación. Sin embargo dentro de los avances más significativos deriva del hecho de contratación del estudio de factibilidad, en la entrega del Cuarto Producto de componente de salud, Social y urbano por parte del Consorcio Ciudad Salud, para revisión y análisis.

# Problema Social No. 5

## 1. Reconstrucción del Problema Social

### 1.1. Identificación del problema:

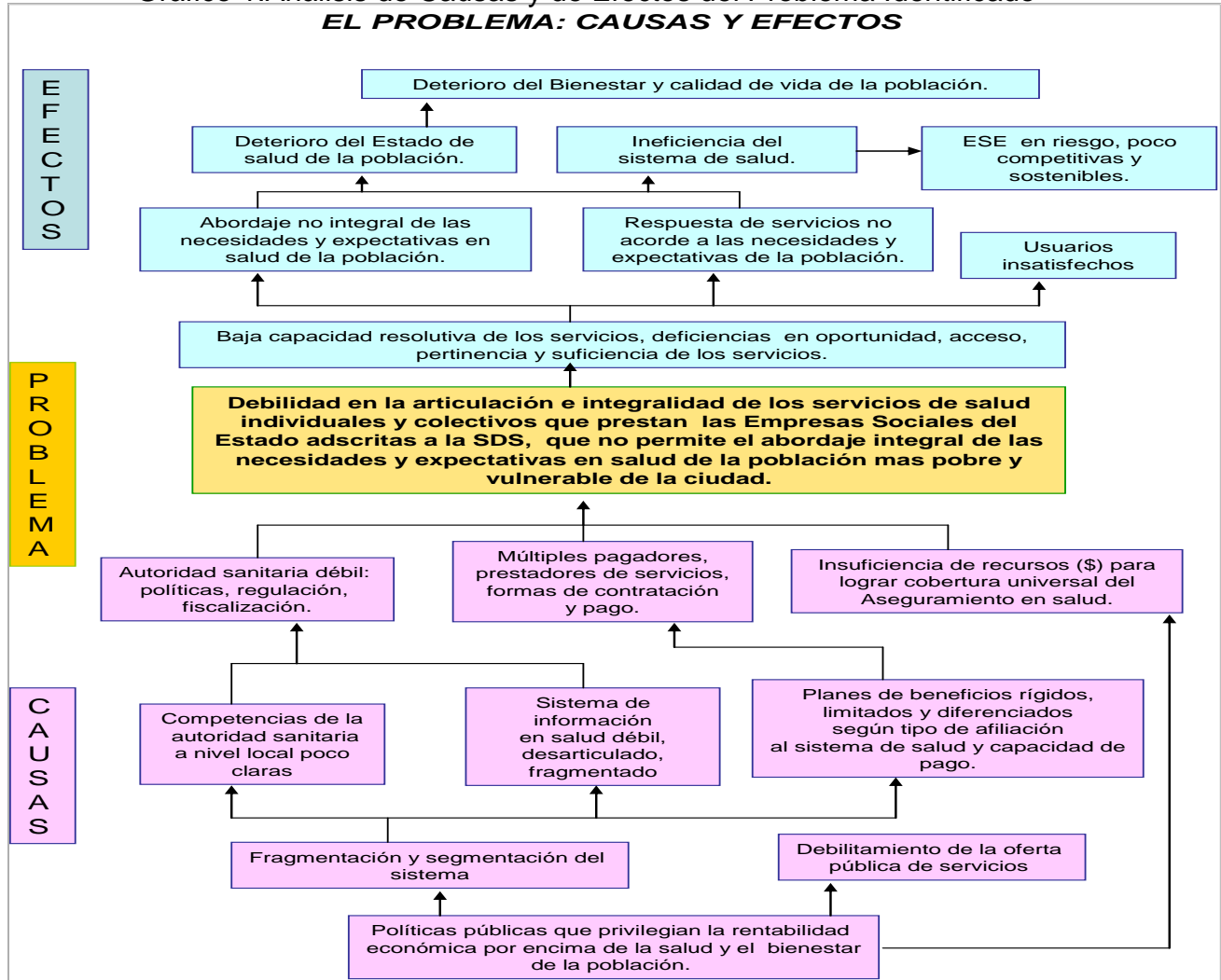
Debilidad en la articulación e integralidad de los servicios de salud individuales y colectivos que prestan las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS, que dificulta el abordaje y la atención integral de las necesidades y expectativas en salud de la población más pobre y vulnerable de la ciudad, 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 [Gráfico 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.

Gráfico 1. Análisis de Causas y de Efectos del Problema Identificado



### 1.3. Focalización:

La ciudad de Bogotá se divide en 20 localidades; según proyecciones del DANE para el 2011, la población se estima en 7.467.804 habitantes. El 48.22% de la población son hombres y el 51.77% 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.

#### **1.4. Los actores que intervienen en el problema**

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

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 de Bogotá D.C., 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:

Cuadro 1. Metas formuladas 2011 en el Proyecto de Inversión

Detalle	Actividades
<p>Meta 1. 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.</p>	<p>1.1 Revisar los antecedentes, ajustar y adoptar criterios de funcionamiento y operación de redes de servicios de salud en sus componentes ambulatorio, urgencias y hospitalización.</p> <p>1.2 Diagnosticar la situación de las redes de ESE adscritas y red complementaria bajo los criterios definidos, incluyendo el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes.</p> <p>1.3 Ajustar, estandarizar e implementar procesos y procedimientos del Sistema de referencia y contrarreferencia en los componentes ambulatorio, de hospitalización y de urgencias al interior de la SDS</p> <p>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.</p> <p>1.5 Asesorar técnicamente y apoyar a las ESE para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la gestión</p> <p>1.6 Realizar seguimiento, evaluación y control a la red de prestación de servicios.</p> <p>1.7 Capacitar a la comunidad en la estructura y funcionamiento de las redes</p>
<p>Meta 2. A 2012 tener organizada y operando redes de servicios prioritarios y por eventos de interés en salud pública incluyendo las especificidades del ciclo vital</p>	<p>2.1 Revisar y ajustar los criterios de funcionamiento y operación de redes de eventos de interés en salud pública</p> <p>2.2 Acompañar técnicamente a las ESE adscritas y red complementaria para garantizar la operación en red</p>
<p>Meta 3. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.</p>	<p>3.1 Revisar y ajustar la política distrital de prestación de servicios salud.</p> <p>3.2 Implementar y hacer seguimiento a la política de prestación y al componente de calidad de servicios de salud para el Distrito Capital.</p> <p>3.3 Implementar la política farmacéutica en las Empresas Sociales del Estado</p> <p>3.4 Asesorar a las ESE para el fortalecimiento de la gestión de medicamentos e insumos medico quirúrgicos</p>
<p>Meta 4. Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud.</p>	<p>4.1 Implementar los estándares para el desarrollo armónico de los convenios docencia servicio para la formación de profesionales en salud en las ESE</p> <p>4.2 Diseñar lineamientos para los convenios docencia servicio para la formación de talento humano técnico y auxiliar en salud</p>
<p>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</p>	<p>5.1 Implementar los estándares para el desarrollo armónico de los convenios docencia servicio para la formación de profesionales en salud en las ESE</p> <p>5.2 Diseñar lineamientos para los convenios docencia servicio para la formación de talento humano</p>

Detalle	Actividades
formadores del talento humano	técnico y auxiliar en salud
Meta 6. A 2012: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos	6.1 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.
Meta 7. A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos	7.1 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
Meta 8. A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios	8.1 Articular y ajustar procesos y procedimientos al interior de la SDS para la estructuración del modelo de atención. 8.2 Hacer seguimiento a los procesos de implementación del modelo

#### 2.4. Presupuesto asignado:

El presupuesto definitivo para atender el problema planteado en la vigencia de 2011, se asignó a través del presupuesto de Inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud a través del proyecto 632 Redes Sociales y de Servicios, con una apropiación definitiva de \$63.812.894.500, financiado con Rentas cedidas Nuevo IVA Licores \$5.238.000.000; Recursos de Capital \$725.320.000 y Aporte ordinario \$57.849.574.500.

#### 2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención:

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.

Cuadro 3. 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 NARIÑO(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 2011, para todas y cada una de las metas planteadas.

Cuadro 4. Niveles de Cumplimiento en Metas 2011

DETALLE	Programado 2011	Ejecutado 2011
Meta 1. 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.	15%	15%
Meta 2. A 2012 tener organizada y operando redes de servicios prioritarios y por eventos de interés en salud pública incluyendo las especificidades del ciclo vital.	21%	21%
Meta 3. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud.	25%	25%
Meta 4. Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud.	28%	28%
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. A 2012: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos.	40 x 100.000 NV	**39 Casos para 2011 de dato preliminar
Meta 7. A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos.	14 x 1.000 NV	**1661 casos para 2011 de dato preliminar
Meta 8. A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios.	25%	25%

#### 3.2. Indicadores:

Cuadro 6. Indicadores 2011 redes Sociales y de Servicios de Salud

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA
1	Porcentaje de avance en la reorientación y estructuración de las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESE adscritas a la SDS, en su componentes ambulatorio, urgencias y hospitalización	Avance logrado en la reorientación y estructuración de las redes generales para la prestación de servicios de salud de las ESE adscritas a la SDS, en su componentes ambulatorio, urgencias y	Avance proyectado	Porcentaje de avance

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA
		hospitalización *100		
2	Porcentaje avance en la organización y operación de redes de servicios prioritarios y por eventos de interés en salud pública incluyendo las especificidades del ciclo vital.	Avance en la organización y operación de redes de servicios prioritarios y por eventos de interés en salud pública incluyendo las especificidades del ciclo vital x 100	Avance proyectado	Porcentaje de avance
3	Tasa de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos	No. de defunciones maternas durante un periodo específico de tiempo x 100.000 N.V	No. de nacidos vivos en el mismo periodo.	Tasa
4	Tasa de mortalidad perinatal x 1.000 nacidos vivos	No. de muertes fetales ( a partir de la semana 22) y neonatales precoces (hasta el día 7) X 1.000	No. total de nacidos vivos	Tasa
5	Porcentaje de avance en el proceso de formación de talento humano en las ESE	# ESE con interés y vocación docente asesoradas para que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad vigente y para hospitales formadores del talento humano * 100	Total ESE adscritas con interés y vocación docente.	Porcentaje de avance
6	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	Avance en el diseño e implementación de la de los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud *100	Avance proyectado.	Porcentaje de avance
7	Porcentaje de avance en el diseño e implementación en el modelo de atención en redes de servicios	Avance en el diseño e implementación del modelo de atención en redes de servicios*100	Avance proyectado.	Porcentaje

### 3.3. Presupuesto Ejecutado:

La ejecución presupuestal del proyecto 632 Redes de Servicios de Salud, para la vigencia 2009 ascendió a \$63.724.545.993, es decir un 99.86% de la apropiación definitiva. Los giros realizados fueron de \$54.414.103.567, es decir el 85,27% de la ejecución total del proyecto.

### 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 reprocesos y pérdida de continuidad en las actividades.

### **3.5. Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema:**

#### **1. 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:**

- Asesoría y asistencia técnica y acompañamiento a las ESE en los temas de Reorganización de los hospitales de la red adscrita en Unidades de Red, elaboración de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios, Referencia y Contrarreferencia, Servicios de Detección temprana y Protección específica y Servicios Amigables, que favorecen la estandarización de los procedimientos definidos por la dependencia para la obtención de documentos diagnósticos de la situación actual de la prestación de servicios de salud, para la apertura y modificación de servicios de salud y para la presentación de proyectos de inversión, entre otros, los cuales apuntan a la organización, complementariedad e integralidad de los servicios en red, en respuesta a las necesidades en salud de la población, así como al mejoramiento de la calidad de los mismos.
- Metodología del MPS ajustada a la del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP y el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital - DASCD, para la elaboración del Diagnóstico de la situación actual de las ESE, permitiéndose que se elaboraran los estudios de Diagnóstico de la Situación Actual de Prestación de Servicios por cada una de las ESE adscritas, con la asesoría y acompañamiento técnico de la SDS. Igualmente se anota que se está trabajando con la metodología ajustada por la SDS, para la fase III de estudio de organización de la red adscrita en el DC, correspondiente a la elaboración de estudios de Viabilidad y Sostenibilidad de la Propuesta de conformación de las Unidades de Red en el D.C.
- Entrega de 19 Estudios individuales del Diagnóstico de la Situación Actual de Prestación de Servicios de cada una de 19 ESE adscritas (excepto Fontibon, ESE del Sur y Kennedy)
- 17 proyectos de inversión y 16 propuestas de apertura o modificación de servicios de salud con emisión de concepto favorable, lo cual aportará a la complementariedad, integralidad y al mejoramiento de la gestión de los servicios de salud en red, en respuesta a las necesidades de la población, así como al mejoramiento de la calidad de los mismos.
- 32 convenios establecidos entre los hospitales de la red adscrita y la Secretaría Distrital de Salud – Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, para el mejoramiento de la gestión hospitalaria.
- Asesoría al Despacho y hospitales interesados en el desarrollo de servicios bajo la modalidad de Telemedicina en los hospitales de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, con el apoyo de la Universidad Nacional como Centro de Referencia.

- Posicionamiento del SIRC como proceso prioritario en la SDS y ESE, mejorando la fortalecimiento en la referencia y contrarreferencia de usuarios de la red adscrita
- Fortalecimiento en la capacidad de respuesta a las necesidades en Salud Mental de la ciudad.

Los insumos disponibles resultado de las diferentes actividades de esta meta, permitieron la toma de decisiones y la respectiva gestión administrativa necesaria para la orientación de la organización y operación en red de los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.

## **2. 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 establecieron criterios de funcionamiento y operación de redes de eventos de interés en salud pública:
  - 55 IPS/ESE visitadas y caracterizadas para evaluar la capacidad instalada de seguimiento a la implementación de planes de contingencia en los servicios de urgencia, triage, sala ERA, con el fin de mejorar de la atención en la prestación de servicios de Salud en el periodo de PICO ERA, y para que den respuesta al incremento de pacientes sintomáticos respiratorios.
  - 48 planes de contingencia PICO ERA evaluados acorde a los criterios establecidos en la metodología para evaluar el seguimiento a la implementación de planes de contingencia a EAPB y prestadores de servicios, como insumo para el acompañamiento técnico y mejoramiento en la atención en los servicios de salud.
  - Actualización de planes de respuesta ante eventos prioritarios de 55 IPS Privadas y públicas visitadas, para la elaboración de planes de mejoramiento IPS/ESE que contribuyan al cumplimiento de las medidas de intervención manejo de ESI-IRAG (I fase)
  - Actualización de planes de respuesta ante eventos prioritarios de 42 IPS Privadas y públicas visitadas. para la elaboración de planes de mejoramiento IPS/ESE visitas que contribuyan al cumplimiento de las medidas de intervención manejo de ESI-IRAG (II fase)
  - Seguimiento a la recepción de 77 planes de mejoramiento remitidos por la IPS Publicas y privadas relacionados con Mortalidad por ERA en menores de cinco años, para fortalecer la calidad en la prestación de dicho servicio
  - 13 Informes semanales y 1 boletín de consolidación de las acciones desarrolladas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en el marco de la respuesta a al ERA, enviados al comando ERA como aporte a la consolidación de la respuestas institucional.
  - Identificación de aspectos a mejorar para el fortalecimiento de la respuesta en el marco de la salud respiratoria.

- Evaluación del cumplimiento de metas de salud materno infantil del plan de desarrollo, incluidas las acciones desde la prestación de los servicios de salud e identificación de oportunidades de mejora.

### **Modelo programático de VIH sida:**

- El cumplimiento del Modelo de Gestión Programático de VIH sida, asistido técnicamente en la Red Pública y Privada contribuye a la calidad de la atención en salud, mediante la generación de acciones de mejoramiento según aspectos identificados en la asistencia técnica.
- Asesoría y asistencia técnica a Veintidós (22) organizaciones y retroalimentación a diez y ocho (18) organizaciones que presentaron planes de mejoramiento en la implementación del modelo programático VIH Sida, favoreciendo el cumplimiento de las Directrices del modelo para la promoción, la prevención, la detección, el diagnóstico, atención en programa ambulatorio, el seguimiento y sistema de información en los términos definidos por el Ministerio de la Protección Social. El monitoreo de servicios de VIH permite la identificación e intervención de alertas en la operación del programa, no solo en lo que refiere a la atención ambulatoria de pacientes que viven con el virus, sino todo el componente promocional en población general y gestante.
- Realización de Nueve (9) encuentros de liderazgo de la Red de VIH, ejecución del plan de acción y avance en: Proceso de entrega de usuario de programa a programa VIH, Propuesta de monitoreo de servicios, Proceso Distrital de Inducción VIH. Las acciones desarrolladas a través de la Red de VIH conformada por actores públicos y privados, contribuye a la estandarización de procesos de atención del VIH en Bogotá en correspondencia a los objetivos del modelo de gestión programático.
- El monitoreo de servicios de VIH permite la identificación e intervención de alertas en la operación del programa, no solo en lo que refiere a la atención ambulatoria de pacientes que viven con el virus, sino todo el componente promocional en población general y gestante.

### **Sentencia C-355/06:**

- Catorce (14) organizaciones asistidas en el cumplimiento de la Sentencia C355/06 y Nueve (9) planes de mejoramiento operando y retroalimentados lo que permite fortalecer la atención del aborto despenalizado en los servicios de salud conforme mandato de la Corte Constitucional.
- Once (11) ESE fortalecidas en la atención de la Sentencia mediante convenios de desempeño, favoreciendo procesos de inducción y reinducción en la Sentencia, formulación e implementación de ruta de atención.
- Lineamiento Distrital para la atención del aborto e interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados por la Sentencia C-355/06, orienta a las EAPB e IPS el

modelo de atención de la Sentencia y el sistema de información, con el objeto de garantizar la mejor atención a las mujeres.

## **Salud Mental**

- Ampliación de la oferta de Servicios de salud Mental para población de 12 a 24 años del Distrito.
- Documento soporte de estudio de oferta/demanda de servicios de salud mental en la red pública, para la asesoría de las ESE y la definición de la adecuada prestación de dichos servicios en el D.C.
- Definición de Lineamientos de nueva Política Distrital de Salud Mental para reorientar y mejorar la atención de este servicio.
- Fortalecimiento de la atención para la población inimputable y con problemas de farmacodependencia, mediante renovación y ejecución de contratos de SDS e IPS sector privado, en el marco de un modelo de prestación de servicios integral.
- Direccionamiento y gestión, hacia la garantía de prestación de servicios bajo un modelo de atención integral, para la población inimputable del D.C
- Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud mental del DC, bajo un modelo de atención integral con enfoque de derechos, diferencial y género.
- Propuesta estructural validada para la reorganización de servicios de salud mental en el D.C, bajo un modelo de prestación y redes integradas de servicios que responda a las necesidades de la población.
- Fortalecimiento de la gestión interna de la SDS en los procesos de gestión en salud mental para el distrito.
- Fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud mental en modalidad ambulatoria y de internamiento de 8 ESE del I y II nivel de atención (H. Sur, Pablo VI Bosa, San Blas, Usme , Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Suba, y Usaquen), de las subredes Norte, Centro oriente, Sur y Suroccidente del D.C., que atienden a población pobre no asegurada y del régimen subsidiado
- Tres CAD no habilitados asesorados técnicamente para su habilitación de acuerdo a la res. 1315/2006.
- Informe sobre situación actual y proyección en prestación de servicios de salud mental, para definir líneas de acción institucional para su implementación
- socialización y asistencia técnica a las EPS –C de los contenidos de la Ley 1306 referidos al diligenciamiento del Libro de Avocamiento de las personas con

Discapacidad Mental Absoluta con el fin de generar el reporte de la población con Discapacidad Mental Absoluta que se encuentra dentro del régimen contributivo.

- Propuesta de 14 hospitales (Centro Oriente, San Blas Rafael Uribe, San Cristóbal, Sur, Pablo VI, Bosa, Vista Hermosa, Fontibón, Engativá, Nazareth, Kennedy, Suba y Meissen.) de rutas de atención para Bogotá en eventos como conducta suicida, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.
- Fortalecimiento para la gestión en torno al diligenciamiento del Libro de Vecindamiento de las personas con discapacidad mental absoluta.

**Rehabilitación:** Referentes de 17 ESE con claridad frente al estado de cada uno de los servicios de rehabilitación de sus instituciones y asesorados en temas de prestación de servicios de sala ERA, estrategia ERA y en habilitación de servicios de rehabilitación lo que permitirá una adecuada atención en la prestación de los servicios.

- Referentes de 16 ESE asesoradas brindando claridad frente a la habilitación del servicio de terapia respiratoria y la implementación de salas.

**ERA:** Procedimiento y criterios de captura de la información concertados y socializados, para reportar la Capacidad Instalada y Producción (CIP) en el modulo de terapias.

- Estándares de calidad de la prestación de servicios de rehabilitación en el marco del ejercicio de los derechos de las personas con Discapacidad para el seguimiento evaluación de los servicios de rehabilitación.

## **Salud Oral**

- Modelo de salud oral: Implementación del modelo en 4 ESE (Centro Oriente, Meissen, Usaquén y Simón Bolívar), permitirá la viabilidad y la implementación del mismo y los ajustes necesarios para operativizarlo en los Hospitales.
- Se emitieron Las conclusiones y recomendaciones del análisis de oferta y demanda 2010, para establecer el grado de producción y eficiencia de los servicios de salud oral con relación a su capacidad instalada, el recurso humano y la agenda disponible y la implementación de acciones de mejoramiento en los mismos.
- Calidad en la prestación de los servicios de salud oral en las ESE: El instrumento ajustado permitirá la aplicación del mismo en los servicios de salud oral para el seguimiento y la evaluación de los estándares de calidad propuestos.
- Fortalecimiento de los análisis de oferta y demanda del servicio de Salud Oral de las ESE, mediante la definición del estándar de rendimiento y definición de lineamientos para diligenciamiento del aplicativo de Producción de capacidad Instalada y de Servicios (CIP). El adecuado diligenciamiento del aplicativo de la producción de capacidad Instalada y de Servicios (CIP) permitirá definir estándares de rendimiento y lineamientos

para hacer servicios de salud oral más eficientes y productivos que responda a las necesidades de salud de la población.

- 100% de los referentes del servicio de Salud Oral de la 18 ESE que ofertan el servicio capacitados en formulación de indicadores.
- Los resultados en la aplicación del instrumento de seguimiento al servicio de salud oral ajustado permitirán el seguimiento y la evaluación de los estándares de calidad propuestos.
- Fortalecimiento desde lo técnico de los criterios para el diseño tipo del consultorio de salud oral en los servicios de las ESE.
- Política de salud oral en el DC: Entrega de Guías de salud Oral a referentes de las ESE, academia, y SDS para fortalecer y mejorar la calidad de la atención del servicio de salud oral en el Distrito Capital.

**Ruta saludable:** Se cuenta con 29 vehículos en el Distrito Capital, con una capacidad máxima de 348 usuarios sentados y 34 sillas de ruedas para personas en condición de discapacidad y 17 vehículos con rampa con lo cual en el año 2011 se han realizado 150.561 traslados de usuarios a los 146 puntos de atención de la red adscrita mejorando el acceso a la prestación de los servicios. Entre los años 2006 y 2010 hemos realizado 689.492 traslados. Funcionarios del área de Servicio al ciudadano capacitados para que puedan suministrar a las personas la información adecuada acerca de la Ruta de la Salud.

### **3. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública para el mejoramiento de la gestión y calidad de los servicios de salud:**

- Se cuenta con el análisis de la implementación de la política de provisión de servicios que muestran que la misma se está implementando a través de los proyectos de inversión que desarrolla la secretaria distrital de salud. La tercera evaluación se revisa y ajusta su resultado a un desarrollo del 87,5% en la implementación.
- Definición y Análisis de indicadores de calidad para los servicios materno perinatal teniendo en cuenta la información SISPRO Ministerio de Salud año 2010.
- Definición y aplicación de Instrumento de estándares de Calidad de servicios de salud mental y Salud Oral que permite monitorear a través del reporte de información realizado por las ESE, la calidad de la atención de estos servicios en la red adscrita.
- Documento definitivo con indicadores y lineamientos para la verificación de los estándares de calidad del servicio salud oral que permitirá el monitoreo de la calidad en el servicio de salud oral en la red adscrita y para el mejoramiento del mismo.
- Formulación de herramienta técnica para evaluación de estándares de calidad de los servicios de salud mental de la red pública y privada del D. C., en el marco de la asesoría



y asistencia técnica para el fortalecimiento y mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios.

- Documento definitivo con indicadores y lineamientos para la verificación de los estándares de calidad del servicio salud oral que permitirá el monitoreo de la calidad en el servicio de salud oral en la red adscrita y para el mejoramiento del mismo.

#### **4. Diseñar e implementar la política pública de medicamentos e insumos para la atención en salud:**

**Implementar la Política:** 22 ESE asesoradas en la formulación e implementación de Planes de Mejoramiento, para el fortalecimiento a la gestión de calidad de los servicios farmacéuticos. La Secretaría Distrital de Salud cuenta con el documento para la implementación de la Política Distrital de medicamentos.

Relacionado con la gestión Distrital para la red de distribución de oseltamivir, los principales indicadores son: 101 reposiciones de stock del medicamento a las instituciones de referencia; 44 instituciones capacitadas, específicamente 55 referentes; 40 comunicaciones enviadas a EPS y ESE, dando lineamientos para gestión de oseltamivir; 2 comunicación enviada a todas las instituciones de referencia informando acerca de las medidas de almacenamiento y segregación del medicamento vencido, elaboración de informe ejecutivo realizado de la gestión del oseltamivir para la Dirección de Salud Pública de la SDS y 5 sesiones de socialización de información con los referentes institucionales para la gestión de oseltamivir.

**Asesoría y asistencia técnica fortalecimiento de la gestión de insumos y medicamentos:** Se consolida la información y se realiza el análisis de la gestión de compras de la cual se realiza el análisis de gestión de compras en el 2010, por nivel de atención, análisis del paretto de medicamentos y dispositivos médicos, se identifica el monto de inversión en adquisición de medicamentos y dispositivos médicos y la participación en la compra de medicamentos por parte de productores y distribuidores de éstos insumos.

Asesoría y asistencia técnica para la elaboración de planes de mejoramiento de gestión de calidad de servicios farmacéuticos, socializados y aprobados por los Comités de Farmacéutica y Terapéutica en las 22 ESE de la red adscrita.

#### **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:**

- Asesoría y asistencia técnica en el manejo de los convenios docencia de servicios a las 15 ESE (Fontibón, Pablo VI Bosa, Tunal, Suba, Centro Oriente, Engativá, Simón Bolívar, La Victoria, Meissen, Santa Clara, San Blas, Tunjuelito, Sur y Nazareth), mediante la aplicación de los lineamientos del Decreto 2376 de 2010 en las ESE asesoradas

- Cartilla: “lineamientos para el desarrollo de los convenios docencia de servicios en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” ajustada, socialización de la cartilla a 18 instituciones prestadoras de servicios de salud (Hospital Fontibón, Pablo VI Bosa, Tunal, Suba, Centro Oriente, Engativá, Simón Bolívar, La Victoria, Meissen, Santa Clara, San Blas, Bosa II Nivel Fundación Cardionfantil y Hospital Militar, Sur, Tunjuelito y Nazaret)
- Armonización del plan de mejoramiento basados en la autoevaluación de la relación docencia de servicios, realizada por las 10 ESE con base en la metodología del Ministerio de la Protección Social y del Ministerio de Educación.
- Definición de capacidad instalada del Hospital Santa Clara, Simón Bolívar, Fontibon, San Blas, La Victoria, Centro oriente, Meissen, Fundación Cardionfantil, Tunal, Suba, Tunjuelito y Sur (en inicio) para la docencia servicio.
- Apoyo al MPS para la aplicación de una encuesta a las ESE sobre la práctica formativa para auxiliares en el marco de los convenios docencia servicio.
- Se inicio el censo de profesionales de 9 ESE (Suba, Tunjuelito, Fontibón, Centro Oriente Santa Clara, San Blas, Engativa, Simon Bolívar y la Victoria) para establecer las necesidades de capacitación del recurso humano en practicas formativas.
- Piloto de Plan de Práctica Formativa Estructurado en el Hospital santa Clara y Hospital Simon Bolívar y Piloto de Oferta de programas y ámbitos para Prácticas de Salud Publica en el Hospital Pablo VI Bosa.
- Asignación de cupos de práctica Formativa por demanda para la facultad de Medicina de la Universidad Nacional en las áreas de cirugía, rehabilitación, ginecología y obstetricia.
- Suscripción del convenio Marco ente la SDS, 22 ESE y la Universidad Nacional
- La Universidad UDCA y la Universidad del Bosque concertando planes de practica formativa en el Hospital Simon Bolívar y la UDCA concertando planes de practica en Bosa, Tunjuelito y La Victoria en pregrado de medicina asignatura pediatria
- Plan de práctica formativa de la asignatura de ginecología y obstetricia concertado con la Universidad Nacional y el Hospital de Engativa.
- Se avanzó en la primera actualización de la Cartilla: “lineamientos para el desarrollo de los convenios docencia de servicios en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” con el fin de fortalecer las practicas formativas de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

## **6. A 2012: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos:**

### **Fortalecimiento de la atención materna**

**Guías de Atención:** Elaboración de Guías de Atención de cuidados de enfermería y de atención Materna: cuidado de enfermería en pos parto, control prenatal realizado por enfermería, planificación familiar, trabajo de parto y parto, cuidado de enfermería a mujeres adolescentes gestantes, orientación preconcepcional, detección de riesgo psicosocial, adaptación en el Programa Madre Canguro por Enfermería . Se realizan ajustes a la tabulación de encuestas aplicadas para la guía de parto

Elaboración y aplicación de 82 encuestas a padres o acudientes de adolescentes en embarazo y para hombres y mujeres embarazadas de 10 – 19 años, como insumo para la Guía de Embarazo en adolescentes, 45 encuestas para la incorporación de la evidencia del usuario en la guía de adaptación canguro enfermería basada en la evidencia y 27 en sala de partos.

Capacitación en guías de atención maternas a las 21 ESE (el Hospital Santa Clara no oferta atención materna) jornada de capacitación en temas de salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS, donde participaron 12 profesionales de las ESE y 12 de la SDS

**Adherencia a Guías de Atención:** Socialización y entrega de instrumentos de adherencia a guías a las 21 ESE (excepto Santa Clara que no oferta el servicio), definición y diseño de página para virtualización de guías de enfermería y atención materna, definición de cuestionario de preguntas por cada guía de atención materna a virtualizar como mecanismo de evaluación de adherencia a guías. Se finaliza el proceso y se inicia la estrategia para incorporar a los usuarios de las ESE e IPS en la página WEB. En evento realizado por la oficina de investigaciones se socializó la virtualización de estas guías

Diseño de Instrumentos para evaluación de adherencia a nuevas Guías (Infección Urinaria del embarazo, Adaptación y reanimación neonatal, Programa Madre Canguro y Curso de preparación para la Maternidad y la Paternidad).

Evaluación de adherencia guías de atención materna de las 21 ESE del primero y segundo y tercer trimestre del año 2011 (Infección Urinaria del embarazo, Adaptación y reanimación neonatal, Programa Madre Canguro y Curso de preparación para la Maternidad y la Paternidad). Se inició la consolidación de la adherencia a guías del cuarto trimestre de las ESE.

### **Planificación Familiar:**

- A diciembre se ha aplicado el instrumento de Planificación familiar por Enfermera en los hospitales de la red Norte en 35 puntos de atención: UPA Quirigua UPA Bachue UPA Alamos UPA RINCÓN UPA Garces Navas UPA Estrada UPA Bellavista, UPA Boyacá

Real, UPA Española, UPA Emaus, CAP Scalabrini, CAP Lisboa, CAP GAITANA, UPA MINUTO, CAP SAN CARLOS, CAP AGUADITA, cap rincón, cap Aures, CAMI Prado, CAMI SUBA, Codito, Servita , Orquídeas, Upa San Cristóbal, UPA Usaquén, CAMI Verbenal, UBA Buenavista, UPA Santa Cecilia, Engativa, y en la ESE de Chapinero: UPAS de Rionegro, Juan XXIII, San Fernando, San Luis y UBA Mariscal.

- En los hospitales de la red Centro Oriente en 15 puntos de atención: Hospital Centro Oriente (cami samper, cami perseverancia, UPA candelaria, UPA santa rosa, UPA la Fayette, UPA laches, UPA cruces) Hospital San Cristóbal (UPA Alpes, 1ª de Mayo, Bello Horizonte, Altamira, La Victoria). Hospital Rafael Uribe (UPA San José Obrero, CAMI Diana Turbay, CAMI Chircales, CAMI Olaya;
- En la Red Sur en 21 puntos de atención: hospital de Usme (UPA San Juan, UPA Santa Martha, UBA Danubio, UPA Yomasa, UPA Betania, UPA La Marichuela, Cami Usme, y Hospital Tunjuelito puntos (Clínica del Carmen, Unidad saludable I y II, Isla del Sol, y Unidad Saludable Abraham Lincom. Hospital Vista Hermosa (Cami Vista Hermosa, Cami Candelaria, Cami Jerusalén, Cami Manuela Beltrán, UBA Paraíso, UPA Casa de Teja, UBA Sierra Morena, UBA San Isidro, UPA San Francisco).
- y en la Red sur occidente en 29 puntos de atención , Hospital de Sur (UBA 65 Dindalito, UBA 50 Mexicana, UPA 35 Cundinamarca, UPA 72 Argelia, UPA Puente Aranda, UPA 36 Bochica, UPA 105 Catalina, UPA 79 Carvajal, UPA Britalia 68, UPA 10 Centro Geriátrico Abastos, UPA 37 Pío XII, UPA 46 Santa Rita, UPA 63 Alquería, UPA 26 Alcalá MUZO, UPA 91 CLASS, UPA 92 PATIOS), Se aplicaron instrumentos de evaluación de Planificación familiar, en los puntos de atención (UPA 30 Bomberos, CAMI 71 Patio Bonito, UPA 48 San Pablo, UPA 49 Internacional, UPA 50 Puerta de Tejar, Centro Día. En la ESE Pablo VI Bosa en los puntos: UBA El Jardín, UBA El Toche, UBA Porvenir, UBA San Joaquín, UPA La Palestina y UPA Laureles, UBA San Bernardino, UPA Olarte, UPA Cabañas, UPA José María Carbonell, CAMI Pablo VI Bosa.
- Igualmente se evaluaron los hospitales de Bosa, CAMI Pablo VI y Kennedy en la atención por profesional de enfermería en sala de parto y posparto. Se realizó visita a Hospital San Blas y La Victoria para aplicación del instrumento Sala de Partos y Posparto.
- Instrumentos de planificación familiar aplicados al 100% de las 21 ESE Subred Centro Oriente (H LA Victoria, San Blas, Centro Oriente, San Cristóbal y Rafael Uribe); en la Subred Sur (H Tunal, Meissen, Vista hermosa, Usme Nazareth y Tunjuelito; en las ESE de la Subred Norte (H Simon Bolívar, Chapinero, Usaquen, Suba y Engativa); en las ESE de la Subred Sur Occidente (H Kennedy, Fontibón , Bosa, Pablo VI Bosa, y el Sur)
- Visitas de asesoría y asistencia técnica en sífilis gestacional a 3 ESE (Victoria, Meissen, Tunal), evaluando la integralidad de la atención, la calidad, oportunidad del diagnóstico, seguimiento, vigilancia y notificación.

- Evaluación de control prenatal de enfermería de todos los puntos de atención de las 21 ESE. Se tiene documento consolidado y analizado
- Diseño de Formato de Planes de Mejoramiento de mortalidad materna y perinatal para las ESE y asesoría y asistencia técnica en la formulación de planes de mejoramiento para el fortalecimiento de la atención materna y perinatal de las 4 subredes.
- Diseño de instrumento de evaluación del programa institucional de regulación de la fecundidad para las ESE a ser aplicado por los ginecólogos
- Aplicación de 52 encuestas a hombres y mujeres en edad fértil aplicadas como soporte para la guía de planificación familiar por Enfermera
- Presentación de resultados del proceso de evaluación de control prenatal por Enfermeras en la jornada de capacitación realizada el día 2 de septiembre con 233 profesionales de las ESE que trabajan con las mujeres gestantes.

### **Salud sexual y reproductiva y atención materna:**

- EPS asesoradas en el curso de preparación para la maternidad y paternidad. (FAMISANAR en; Cafam Floresta y Colsubsidio, EPS Col médica en sus 2 IPS. Sol Salud, Sura, y Saludcoop
- La EPS SALUCOOP ha implementado el plan de mejoramiento en los hallazgos encontrados en la primera visita de seguimiento a la implementación de la Política Cero Indiferencia con la Mortalidad Materna y Perinatal. La EPS SALUCOOP recibió apoyo de la SDS para realizar 5 talleres de capacitación en Código Rojo a los funcionarios de esta EPS.
- Se cuenta con los insumos que permiten el análisis y consolidación del estado del control prenatal de enfermería en las ESE.
- La EPS Salud Total fue visitada y se evaluó el cumplimiento al plan de mejoramiento, al igual que la EPS Caprecom y Aliansalud. Se realiza visita de seguimiento a la EPS ECOOPSOS.
- Evaluación de Control Prenatal y partos por ginecólogos en las ESE.
- Se inició la evaluación del servicio de Control Prenatal y Parto en 19 ESE con el Instrumento de evaluación con la siguiente relación: Hospital Tunjuelito (instrumento sala de parto), Hospital Tunal (Instrumento sala de partos y Control prenatal), Hospital Nazaret (control prenatal), Hospital Meissen (control prenatal y partos). San Blas, la Victoria y Centro oriente (Control pre natal y atención de parto); Hospital de Kennedy (control prenatal y partos). Control pre natal y atención de parto en Hospital San Blas y la Victoria. Centro oriente, Rafael Uribe. En la red norte se ha aplicado en el hospital Asaquen, y Suba

## **Articulación de acciones intrainstitucionales, intrasectoriales y con otros actores distritales incluida la academia:**

- Se llevó a cabo el XIII Congreso Bienal de la Zona Centro Oriente de Ginecología y Obstetricia en marzo de 2011, la agenda contemplo diversos temas actualizados de Ginecología y Obstetricia dictados por expertos del nivel Nacional e Internacional., con la asistencia de 1500 profesionales de enfermería, ginecólogos y médicos generales de todas las ESE y algunas EPS y EAPB".
- Realización de actualización en guías maternas a 446 profesionales de enfermería, médicos generales y ginecólogos de ESE, EPS e IPS del D.C.
  - profesionales en promedio del servicio social obligatorio con inducción en el tema materno perinatal. Se realizó jornada de capacitación el 2 de septiembre con asistencia de 233 profesionales con temas de salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS
- Se llevó a cabo el Foro sobre la Disminución de la Mortalidad Materna en el Concejo de Bogotá con la asistencia del Ministerio de Protección Social, la SDS, el INS, y la Fundación Canguro.
- Participación en el programa Así Vamos en Salud, en el cual el grupo materno publicó resultados a nivel comunitario y brindó entrevistas articuladas con 2 ESE (Hospital Engativa y Tunal), en el tema del Programa Madre Canguro y en el Curso de preparación para la maternidad y paternidad.
- Participación de la SDS con la OPS, ACEMI y el ministerio de Protección Social en la elaboración de una Alianza para la disminución de la sífilis congénita y gestacional, y la transmisión vertical del VIH.
- Reconocimiento a experiencia exitosa de la SDS en Maternidad Segura ante la OPS, Ministerio de Protección Social y el INS, genera adicionalmente impacto ya que SDS se posiciona como entidad que contribuye a la disminución de la mortalidad materna.
- Participación y asesoría y asistencia técnica en 29 COVE de Mortalidad Materna en la cual se presentan hallazgos de las mortalidades para que se generen Planes de mejoramiento de las IPS, EPS y ESE que hayan participado en la atención de la mujer gestante.
- Visitas de asesoría y asistencia técnica a las EAPB en la implementación de la Política "Cero Indiferencia con la Mortalidad Materna y Perinatal" y al plan de mejoramiento en las EPS Saludcoop, Sol salud, Colsubsidio, Humana Vivir, Salud Total, Caprecom. Aliansalud y ECOOPSOS. Se envía hallazgos y solicitud de plan de mejoramiento sobre visita practicada a Caprecom.
- Diseño de Instrumento del "observador" e instructivo para evaluación de servicios de Ginecoobtetricia en IPS privadas validado para su aplicación, se iniciará como prueba

piloto en la IPS La Candelaria. Se realiza prueba piloto en el Hospital de Meissen teniendo en cuenta el número de muertes maternas del año 2011.

- Taller de evaluación de las metas de mortalidad evitable

### **7. A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos:**

- Empoderamiento del equipo perinatal en las reuniones de subredes del distrito y a nivel de las ESE.
- Diseño y aplicación de instrumento para hacer seguimiento y evaluación de la calidad de la oferta de servicios en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal y Salas de Adaptación Neonatal, que permitió establecer recomendaciones a las ESES para que estas establezcan planes de mejora con el fin de fortalecer la calidad de atención neonatal.
- Seguimiento de adherencias a guías de atención perinatal del I semestre del 2011, socializados en la reunión de las 4 subredes lo que permite generar estrategias de mejoramiento para mejorar la calidad de la atención a los neonatos, se evidencia un fortalecimiento de las ESE en la calidad del reporte.
- Asesoría y acompañamiento técnico, para fortalecer el servicio neonatal de 7 EAPB visitadas (Colsubsidio, Sol salud, Humana Vivir, Saludcoop y compensar, Caprecom y Salud Total), de las 12 unidades de cuidado intensivo neonatal privado y 9 hospitales público que cuentan con unidades de atención neonatal con intensivos, intermedios y básicos y salas de adaptación neonatal (Tunal, Instituto Materno Infantil, Victoria, Kennedy, Simón Bolívar, San Blas y Meissen, Suba y Engativa), 2 hospitales de II nivel que cuentan con unidad de cuidado básico y sala de adaptación neonatal (Hospital de Fontibón y Bosa II Nivel) y 3 sala de adaptación en 2 ESE de primer nivel, Hospital de Usaquen (Cami Verbenal), Hospital Vista Vista Hermosa(UPA Candelaria y Cami Vista Hermosa), para generar responsabilidad en la calidad en la prestación de los servicios Neonatales.
- Fortalecimiento del Programa Madre Canguro de la red distrital y sensibilización a los referentes de EAPB en el mismo.
- Empoderamiento del equipo perinatal en las reuniones de subredes del distrito y a nivel de las ESE.

### **8. A 2012 diseñar e implementar el modelo de atención en redes de servicios:**

- Nueva propuesta metodológica para realizar proceso de validación y ajuste del modelo de atención.

- Validación y ajuste del instrumento de caracterización para el modelo de ciudad, con las variables pertinentes para materno perinatal, salud mental y rehabilitación, con aportes de eventos de interés de salud pública, de ciclo vital y LGTBI incorporados.
- Documento preliminar del Modelo de Atención con los ajustes y aportes de las diferentes dependencias de la SDS
- Propuesta de decreto de reglamentación de la ley 1438 en lo referente a Atención Primaria en Salud y equipos básicos de salud.
- La Secretaría de Integración Social conoce la propuesta de modelo de atención propuesto por la SDS, como referente para diseño del modelo de atención a implementarse para la atención de personas mayores en entidades del D.C.
- Propuesta de modelo de gestión administrativa de salud oral para las ESE adscritas a la Secretaría Distrital de salud (presentado por la Universidad Javeriana)
- Se firma acuerdo de intención entre secretaria de salud, ministerio de salud y Protección Social y OPS para implementar el modelo de atención en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.
- Validación y ajuste inicial de propuesta de modelo de atención con referentes de agremiaciones, Colsubsidio EPS-S, Gestar salud, OPS, hospital de San Cristóbal, san Blas, Santa Clara y referentes de la Dirección de Salud Pública.

**Atención domiciliaria:** Se consensuó el marco conceptual de la modalidad de atención domiciliaria, con ESE (Simon Bolívar, Engativá, Tunjuelito, San Blas, Bosa II, La Victoria, Tunal, Santa Clara) y entidades privadas. (Famisanar, Coomeva, Médicos Asociados, ENFASO, ADOM). Ajuste de la Guía de Cuidados de Enfermería en Atención domiciliaria/hospitalización en lo referente a Cuidados de Enfermería según taxonomía NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), -NIC- (Intervenciones de Enfermería), NOC Clasificación de Resultados). Para paciente con patología de vías respiratorias patología osteomuscular, Patología sistema circulatorio, patología del sistema nervioso. Elaboración de la ruta de atención para paciente pediátrico, quirúrgico, paciente crónico con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención domiciliaria. Instrumento de caracterización de servicios de atención domiciliaria ajustado y estandarizado.

### **Medicina Alternativa:**

Socialización de estudios de investigaciones (Descripción del uso de la acupuntura, terapia neural y homeopatía en el tratamiento de paciente con dolor crónico, caracterización de la atención de medicina alternativa durante el periodo 2008-2010, Impacto de la ozonoterapia en la recuperación funcional de pacientes con síndrome doloroso crónico asociado a patología Osteo Muscular, percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as del servicio de medicina alternativa, caracterización del uso de la homeopatía como terapéutica alternativa en un I nivel de atención, estos



estudios de investigación permitieron determinar la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de pacientes con patologías de tipo crónico.), a 70 personas, representantes de las ESE adscritas a la SDS, profesionales de la entidad y de la academia.

Se definieron los resultados de los estudios de investigación de las áreas demostrativas de las ESE:

- Hospital de Tunjuelito: descripción del uso de la acupuntura, terapia neural y homeopatía en el tratamiento de paciente con dolor crónico
- Hospital de Suba: caracterización de la atención de medicina alternativa durante el periodo 2008-2010
- Hospital del Sur: Impacto de la ozonoterapia en la recuperación funcional de pacientes con síndrome doloroso crónico asociado a patología Osteo Muscular.
- Hospital de Usaquén: percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as del servicio de medicina alternativa hospital Usaquén.
- Hospital de Pablo VI Bosa: caracterización del uso de la homeopatía como terapéutica alternativa en un I nivel de atención, estos estudios de investigación permitieron determinar la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de pacientes con patologías de tipo crónico.

Sensibilización a 2 ESE (Tunal y San Cristóbal), para la incorporación del programa de Medicina Alternativa dentro de los servicios que ofertan.

Indicadores de gestión definidos para evaluación y seguimiento de la gestión de las áreas demostrativas de medicinas Alternativas y terapias complementarias- Medicina Alternativa y Terapia Complementaria de las 6 ESE (Sur, Simón Bolívar, Suba, Pablo VI Bosa, Tunjuelito y Usaquén) con el fin de iniciar su aplicación y seguimiento.

Instrumento de actualización del diagnóstico para los servicios de medicina alternativa y terapias complementarias.

Propuesta aprobada de implementación de medicinas alternativas en el hospital San Cristóbal.

Definición de prueba piloto de los indicadores de gestión construidos en los hospitales de Tunjuelito, Usaquén, Pablo VI, Suba y Sur,

### **Crónicas:**

Investigación "Evaluación del modelo de prestación de servicios a personas con Diabetes Mellitus", adelantada con recursos Colciencias entre la Fundación FES Social - SDS - Hospitales de la red Centro Oriente, así como la de resultados finales de dos investigaciones complementarias que aportan información sobre las variables de Apoyo social y Calidad de vida y Diabetes, en el marco de la investigación principal.

Socialización y sensibilización de estudios de investigaciones con funcionarios del hospital de Usaquén, administrativo y asistencial como una forma de despertar interés en la continuación del proceso de implementación de estrategias de atención a personas con condiciones crónicas. .

Se Inicio la segunda fase de investigación "Evaluación del modelo de prestación de servicios a personas con Diabetes Mellitus", en la que participan funcionarios de la SDS, del hospital Usaquén y San Cristóbal, la cual ha tenido continuidad a lo largo de cuatro sesiones.

Socialización de los resultados de la investigación "Evaluación del modelo de prestación de servicios a personas con Diabetes Mellitus", adelantada con recursos Colciencias entre la Fundación FES Social - SDS - Hospitales de la red Centro Oriente, en el II Foro "Proteger y atender a la población expuesta o afectada por condiciones crónicas, una prioridad en Salud Pública en el D.C.", aproximadamente a 200 personas de ESE e IPS privadas.

Entrega a la OPS de seis Plantillas de atención Integral e Integrada a pacientes de HTA (HTA bajo, moderado y Alto Riesgo) y Diabetes Mellitus Tipo II (Prediabético, Diabético sin y con complicaciones), en donde se discriminan los servicios, medicamentos e insumos requeridos para la atención de Promoción y Prevención, Detección Temprana, Diagnóstico, ambulatorio y Rehabilitación, Urgencias, Hospitalización Cuidados Intermedios y Cuidados Intensivos).

**Cartera Integral:** Se diseño metodología para desarrollo de taller de cartera integral el cual permite articular las acciones de los planes de benéficos para afectar los determinantes de salud y para establecer las necesidades de capacidad instalada y recursos financieros, que permitan brindar una atención integral e integrada a la población del Distrito Capital, para dos eventos particulares de interés en salud pública: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Fue validada la propuesta de cartera para dos eventos de alta prevalencia en la población: diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

**Salud oral:** Diseño y socialización del Modelo de Gestión Administrativa de prestación de servicios atención y costos de Salud Oral para el Distrito Capital y Finalización y aprobación de productos de modelo de salud oral con la Universidad Javeriana.

### **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.

### **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 los 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:**

No se reportan otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas.

### **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 tiene ya la evaluación de la red y la 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

## 1. Reconstrucción del Problema Social

### 1.1. Identificación del problema:

En el Distrito Capital, aunque la situación que se presenta respecto al tema de la sangre, componentes sanguíneos, células, órganos y tejidos, ha mejorado, aún no satisface plenamente la demanda en lo referente a la donación de sangre, órganos, y tejidos. Existen necesidades crecientes de utilización de componentes sanguíneos; se estima que 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. 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 de sangre o sus componentes para las cirugías programadas, trasplantes, cirugía cardiovascular, quemados, maternas y otras patologías.

De otra parte se ha evidenciado un déficit de tejidos humanos con destino a trasplante o implante especialmente de corneas, piel, vasos sanguíneos, válvulas cardíacas y tejido osteo articular como hueso, y tendones. Así como células progenitoras hematopoyéticas para trasplante de médula ósea. No se cuenta actualmente, ni en la ciudad ni en el país, con un banco de tejidos 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 tejidos. Es notoria la falta de corneas y de piel entre nuestra red pública de hospitales, por lo cual se hace necesario montar un Banco Distrital de Tejidos y de Células, que satisfaga las demandas presentes y futuras, con criterios de suficiencia, oportunidad, alta calidad y seguridad y costo razonable de los mismos. A la vez, en el país no se cuenta con un centro que apoye la investigación, la formación y el desarrollo de estas disciplinas y que ofrezca un servicio que colecte, analice, preserve y distribuya células madre con calidad, suficiencia y facilidades de acceso para la población que lo requiera.

### 1.2. Identificación de las causas y efectos del problema:

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 de sangre o sus componentes para las cirugías programadas, trasplantes, cirugía cardiovascular, quemados, maternas y otras patologías.

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 por mil habitantes promedio, comparado con continentes como Norteamérica con 24,1 mil habitantes promedio o Europa con 18,2; Colombia de 1997 al 2006 ha presentado un incremento en la tasa de donación, pasando de 4 donantes mil habitantes promedio en 1997 a 9.9 mil habitantes promedio en el 2006 y Bogotá D.C., 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 insuficiencia o mala calidad de los productos sanguíneos, tejidos, células y órganos en general, implican alto riesgo para el desmejoramiento de la salud y como causa de muerte por ser necesarios para la atención en salud.

### **1.3. Focalización:**

El grupo objetivo, comprende para el caso de la red de sangre, al 100% de los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea de Bogotá; para la Coordinación regional # 1 de la red de donación y trasplantes, es el 100% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que realizan trasplantes y están habilitadas e inscritas en la Coordinación, las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS implantadoras que participen voluntariamente en los programas de capacitación y los Bancos de tejidos que funcionan en la región asignada.

Las acciones de promoción de la donación de células, sangre, órganos y tejidos, son dirigidas a la población en general para su propio beneficio. El Banco Distrital de células y tejidos humanos y su laboratorio de inmunogenética, prestará servicios 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.

### **1.4. Los actores que intervienen en el problema:**

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, del

Instituto Nacional de salud [INS], el Instituto para la Vigilancia de Medicamentos [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. Roll de los actores

Dentro de los actores que se encuentran en la Coordinación Regional No. 1 tenemos: 12 IPS trasplantadoras de riñón, 2 IPS trasplantadoras de hígado, 4 IPS trasplantadoras de corazón, 60 IPS generadoras de potenciales donantes, 4 Bancos de tejidos (Cornea, Piel, Hueso y Válvulas Cardíacas).

## **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:

METAS	ACTIVIDADES
1. Aumentar la tasa de donación de sangre a 30 unidades por cada 1.000 habitantes	1.1 Diseñar y desarrollar el programa distrital de donación voluntaria y habitual de sangre 1.2 Asesorar, acompañar y brindar asistencia técnica a la Red Distrital de bancos de sangre y servicios de transfusión
2. Poner al servicio de la comunidad el primer banco público de tejidos y células del país	2.1 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. 2.2 Diseñar y validar los manuales de procesos y procedimientos para el funcionamiento del Banco público de tejidos y células del país 2.3 Gestionar y tramitar la certificación del INVIMA para el funcionamiento del Banco de tejidos y células. 2.4 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. 2.5 Poner en marcha el banco de tejidos y células del país: Fase 1. Córnea y piel. Fase 2. Homoinjertos. Fase 3. Osteoarticular. 2.6 Organizar y poner en operación el Laboratorio de Inmunogenética y banco de célula de cordón umbilical.
3. Aumentar la tasa de donación de órganos y tejidos a 28 por cada 1.000.000 de habitantes	3.1 Formular y desarrollar la política distrital de donación de órganos y tejidos en el D.C. y la regional # 1 3.2 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 3.3 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:

La apropiación definitiva para el 2011, fue de \$3.551.875.978, de los recursos de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud, de la fuente de los Aportes Ordinarios del Distrito Capital.

### 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 20 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

### **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 2011, Se realizó 176 jornadas de información; el número de personas informadas fueron 8.562 personas; se realizaron 60 asesorías y asistencia técnica a IPS, fundaciones y/o Asociaciones; se realizó 2 jornadas de capacitación para multiplicadores voluntarios y se carnetizaron 6.268 personas.

En el marco de la intervención territorial, se elaboró conjuntamente con el SENA y los diferentes actores vinculados al proceso Donación – Trasplante, la Norma Técnica de Competencia Laboral, la cual entrará en operación para el próximo cuatrienio en la Certificación del recurso humano que realice actividades de promoción así como en el diseño y ejecución de carrera técnica para la promoción a la donación de órganos y tejidos.

Se realizó acercamiento importante con la Secretarías Departamentales de Casanare, Meta, Boyacá y Tolima en aras a la celebración de convenios que permitan aumentar la notificación de potenciales donantes y fortalecer la cultura ciudadana alrededor del tema en el futuro inmediato.

En este marco, la coordinación de la red de donación y trasplantes ha intervenido y regulado la gestión de la donación y los trasplantes en la región de cobertura, lográndose beneficiar a diferentes individuos permitiendo no sólo rescatar su vida, sino incorporarlo íntegramente al ámbito social y productivo. Durante el 2011 se benefició a 332 personas, de las cuales, 240 pacientes se les realizó trasplante de riñón. Así mismo, se beneficiaron 19 pacientes con trasplante de corazón, 73 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 los actores que la conforman, permitió el cumplimiento de las metas del programa de garantía de calidad y el plan de capacitación para los integrantes de la Red Distrital de sangre.

Con relación a la meta de aumentar la tasa de donación de sangre a 30 unidades por cada 1.000 habitantes, para el año 2011 se cumplió, siendo el esperado de 29 y el obtenido 29,7 con la colecta para este año de 221.526 unidades de sangre. El no cumplimiento de la meta en los tres años anteriores estuvo influenciado por la reducción de recursos económicos al proyecto, inestabilidad del personal y falta de fortalecimiento



del programa de Promoción de la donación de sangre por parte de los 16 bancos de sangre de la ciudad, quienes son los actores fundamentales para el cumplimiento de la meta.

Durante el 2011 en la ciudad se realizaron 4.214 jornadas de donación de sangre en puntos móviles y atención permanente de donantes de sangre en 21 puntos fijos de la ciudad. La gestión realizada en la sensibilización a la comunidad potencialmente donante permitió aumento en 5% de donantes de primera vez en comparación con el año 2010 (54% y 59%, respectivamente); de igual manera se redujo el número de donantes por reposición (14.4% a 8.6%), 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, en el 2011 se colectaron 37.044 unidades de sangre, de estos, el 94% fueron donantes voluntarios. La reactividad en el 2011 fue de 4, 8 en promedio 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 8 estudiantes de último semestre de bacteriología de las universidades de Pamplona y colegio mayor de Cundinamarca por una parte y por otra, a 10 estudiantes de medicina en especialización. Igualmente, rotaron más de 20 pasantes bacteriólogos y auxiliares de enfermería. Con relación a lo planteado como banco de referencia, se cumplió con actividades tales como monitoreo a pasantes, seguimiento a convenios de cooperación e intercambio intelectual y apoyo tecnológico con el banco de sangre de Cataluña BST. Adicionalmente, se realizó atención, estudio y resolución de casos de incompatibilidad sanguínea, principalmente a los hospitales de la red pública.

En el Banco de Tejidos, las actividades planeadas fueron ejecutadas en un 100%. Se rescataron, procesaron, preservaron y almacenaron 208 corneas y aproximadamente 26.000 cm<sup>2</sup> 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 cm<sup>2</sup> de piel para implante como se presenta en el [Cuadro 1].

**Cuadro 1. Avance actividades Banco de Tejidos Hemocentro Distrital 2011**

<b>BANCO DE TEJIDOS HEMOCENTRO DISTRITAL - 2011</b>		
<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>ALCANZADO</b>
RESCATE DE CORNEAS	240 (100%)	208 (86%)
RESCATE DE TEJIDO DE PIEL	40000 (100%)	25923 ( 65%)
SOLICITUDES TEJIDOS ATENDIDAS*	303 (100%)	153 (50%)

<b>BANCO DE TEJIDOS HEMOCENTRO DISTRITAL - 2011</b>		
<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>ALCANZADO</b>
ADECUACION INFRAESTRUCTURA PARA IMPLEMENTACION BANCO DE TEJIDOS OSTEOARTICULAR	20(100%)	20(100%)
* Las solicitudes de piel fueron atendidas en 100%, el déficit corresponde solicitudes de corneas.		

<b>HEMOCOMPONENTES DISTRIBUIDOS POR EL HEMOCENTRO DISTRITAL POR INSTITUCION 2011</b>			
<b>INSTITUCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>HEMOCOMPONENTES POR INSTITUCION (ESES) 2011</b>	
		<b>INSTITUCION</b>	<b>CANTIDAD</b>
CLINICA CANDELARIA IPS	189	HOSPITAL DE BOSA	905
CLINICA COLSUBSIDIO ORQUIDEAS	503	HOSPITAL DE ENGATIVA	2842
CLINICA COLSUBSIDIO ROMA	26	HOSPITAL DE FONTIBON	834
CLINICA FUNDADORES	39	HOSPITAL DE MEISSEN	6108
CLINICA FUNDAORES	2	HOSPITAL DE SUBA	3642
CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO	1137	HOSPITAL DE TUNJUELITO	699
CLINICA MARLY	4	HOSPITAL EL TUNAL	8239
CLINICA PALERMO	2066	HOSPITAL LA VICTORIA	4403
CLINICA REINA SOFIA - COLSANITAS	75	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	8302
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	236	HOSPITAL SAN BLAS	1654
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	9	HOSPITAL SANTA CLARA	6629
FUNDACION MATERNO INFANTIL	2	HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	6519
FUNDACION SALUD DE LOS ANDES	168	<b>SUBTOTAL</b>	<b>50.776</b>
FUNDACIÓN SANTA FE	348		
HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	3054	<b>GRAN TOTAL</b>	<b>61.590</b>
HOSPITAL DE SAN JOSE	152		
HOSPITAL SAN IGNACIO	69		
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA ESE	930		
IPS AMERICAS	14		
JUAN N CORPAS	154		
MIOCARDIO SAS	32		
RETRIBUCIÓN PROGRAMA DE DONACIÓN	243		
UNIDAD HEMATOLOGICA - CUCUTA	1018		
VENTA DIRECTA UNION TEMPORAL	344		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10.814</b>		

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.

Además de cumplir con los indicadores asociados en los porcentajes reportados y realizar las actividades para fortalecimiento del Hemocentro como banco de sangre y tejidos y de referencia para la ciudad, específicamente para el banco de células madre y laboratorio HLA se realizaron las actividades importantes de adecuación de infraestructura, el diseño de áreas especiales, los estudios técnicos de propuestas para adquisición de equipos de alta tecnología, entre estos, la adjudicación de una unidad de tipificación HLA por

citometría para fortalecer el laboratorio de histocompatibilidad del banco de células de cordón umbilical del Hemocentro.

### **3.2. Indicadores:**

- Tasa de donación de sangre
- 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.

### **3.3. Presupuesto Ejecutado:**

Durante el 2011, se ejecutaron \$1.950.420.705 de los recursos de inversión directa, de la fuente aporte ordinario del Distrito Capital.

### **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.

En el Hemocentro distrital se pretendía aumentar la cantidad de unidades de sangre colectadas, para contribuir a incrementar el índice de donación de sangre en la ciudad y satisfacer la demanda del Hemocentro distrital sobre todo a la red pública adscrita; sin embargo, no fue posible suplir al 100% ya que se solicitaron más hemocomponentes de los disponibles y solo se cubrió la demanda en un 75%. La entrega de componentes responde a una matriz de decisión la cual es directamente proporcional al número de unidades colectadas, si estas disminuyen la entrega de componentes también disminuye y la donación se ha afectado por la cultura de donación y algunos inconvenientes de carácter logístico administrativo. En el banco de tejidos se encontraron problemas en la donación de corneas ya que hay discrepancias en los conceptos legales por parte del INML y por ende las solicitudes de piel fueron atendidas en 100%, pero el déficit corresponde solicitudes de corneas.

Es de anotar que hubo insuficientes recursos económicos, físicos, logísticos y humanos en la Coordinación Regional No 1 Red de Donación y Trasplantes para realizar las estrategias de educación, comunicación e información sobre donación órganos y tejidos y seguimiento psicosocial en pacientes trasplantados. Ausencia de continuidad en los procesos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para generar un impacto social por ausencia de recurso humano referente en este proceso. 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

Adicionalmente se observa en la población un baja cultura de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplantes de la población apta para ser donante, posiblemente ocasionada por la Influencia negativa de mensajes en televisión sobre el proceso donación trasplante e Imaginarios negativos en la población con relación al tema de Donación – Trasplante que trae como consecuencia alta Negativa familiar al proceso. Promoción de la donación.

### **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 algunas estrategias para capacitar, educar y socializar la cultura de la donación voluntaria, para la formación a integrantes de las redes y a líderes comunitarios.

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.

Con relación a gestión de la calidad se realizó exitosamente el desarrollo de los Programas de control de calidad Externo de Inmuno serología en donde 10 de los 15 bancos de sangre obtuvieron calificación de excelencia y en el Programa de Control de Calidad Externo en Inmuno hematología 32 de los 68 servicios de sangre participante obtuvo también calificación de Excelencia.

Se colectaron en el Distrito Capital un total de 191.797 unidades de Sangre en el 2010 y para el 2011 se aumentaron a 221,526 unidades de sangre. Así, se consiguió un índice de donación de sangre de 29,7 unidades por 1000 habitantes.

En el banco de tejidos se ha continuado ofreciendo corneas y piel cubriendo un 70% de lo solicitado y se continua en el avance para fortalecerlo aumentando tejidos osteo musculares y membrana amniótica.

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 2011 se han beneficiado 332 personas, de las cuales, 240 pacientes se les realizó trasplante de riñón. Así mismo, se beneficiaron 19 pacientes con trasplante de corazón y 73 pacientes con trasplante de hígado.

La Coordinación Regional No 1 de la red de donación de órganos con fines de trasplantes debe fortalecer el ejercicio de la rectoría y la cultura de donación para suplir necesidades de pacientes que requieran trasplantes o implantes en la Región asignada por la normatividad vigente.

### **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.

### **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:**

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

### **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 angustiosa situación de muchos enfermos que de no mediar una transfusión o un trasplante, estarían condenados al empeoramiento de su salud o una muerte segura.

Se ha propiciado el fortalecimiento de las organizaciones sociales de base comunitaria en el proceso de promoción a la donación de órganos y tejidos, así como la vinculación de las Empresas Sociales del Estado en la definición de Planes Operativos anuales para la ejecución de actividades propias de la gestión operativa.

Se definieron con el Concejo Distrital acuerdos tales como el 369, 363 y 419 que permiten la puesta en agenda pública del tema de donación y trasplantes.

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 2011 se colaboro en el diseño, implementación y seguimiento a la formación de líderes comunitarios con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y se desarrollo 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.

Para el desarrollo de la terapia celular, se ha avanzado en el Hemocentro en el proyecto para un convenio que permita el Diseño, construcción, adecuación y funcionamiento de un centro de terapia celular para la elaboración de productos medicinales basados en

células madre humanas y medicamentos de terapia avanzada en la ciudad de Bogotá y se ha realizado alianza con el Anthony Nolan CBB. Además, se realizó un Convenio de cooperación internacional con España para desarrollar un instituto de biotecnología.

### **3.10. Diagnostico final del problema:**

La demanda de sangre en el 2011 fue de cerca de 310.000 unidades de sangre transfundidas a cerca de 72.000 pacientes en clínicas y hospitales de la ciudad, logrando cumplir de manera oportuna y suficiente por lo menos con el 95% de la demanda de sangre en la ciudad.

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 y se ha suplido el 80% de solicitudes.

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.

Se ha propiciado el fortalecimiento de las organizaciones sociales de base comunitaria en el proceso de promoción a la donación de órganos y tejidos, así como la vinculación de las Empresas Sociales del Estado en la definición de Planes Operativos anuales para la ejecución de actividades propias de la gestión operativa.

Por primera vez, en el cuatrienio que termina, se ha dado inicio a la puesta en escena la agenda pública del tema de Donación – Trasplante, mostrando resultados a través de la gestión de la coordinación Regional No. 1. Que indudablemente forman la línea de base para la proyección del nuevo plan de desarrollo 2012 – 2016

En la actualidad con la Terapia regenerativa se abren nuevas esperanzas de reparar tejidos dañados, mediante la utilización de mecanismos similares a los que, de forma natural, usa el organismo para el mantenimiento y renovación de las poblaciones celulares dañadas o envejecidas.

# Problema Social No. 7

## 1. Reconstrucción del Problema Social

### 1.1. Identificación del problema:

La ciudad de Bogotá D.C. cuenta con una oferta promedio de 14.000 prestadores de servicios de salud efectivos, para una población aproximada de 7.467.804 de habitantes, la oferta es dinámica se abren y cierran Instituciones y consultorios permanentemente. Existen dificultades en torno a la calidad en la prestación de servicios de salud tanto en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, como en Prestadores Independientes, lo que pone 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 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.

### 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 de salud 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.

#### **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, quien 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 auditoria 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 Habilitación...**”.

## 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:

Cuadro 2. Metas 2011 Inspección Vigilancia y Control

METAS	PROGRAMADO 2011	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
1. Al 31 de diciembre de 2011 se habrán certificado 1.500 Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema Único de Habilitación.	1.500	Al 31 de diciembre de 2011 se han certificado 2.787 prestadores, por el cumplimiento de la totalidad de los estándares de habilitación.
2. A 2011 Asesorar y apoyar a 8 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital en el proceso de Acreditación.	8	Se Apoyo el proceso de acreditación en 8 Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud mediante Reuniones Efectivas con los Gerentes, 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 inicio la implementación de la política pública, estrategia 13 correspondiente al fortalecimiento del sistema obligatoria de garantía de la calidad. Y estrategia 14 difusiones para la implementación de la política de seguridad del paciente.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Desarrollo de Servicios.

## 2.4. Presupuesto asignado:

Se programaron recursos presupuestales de inversión directa por \$9.465.514.000 de Aporte Ordinario, del presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de salud de Bogotá D.C.

## 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 2011 fueron:

Cuadro 3. Unidades de Focalización Objeto de Atención

META PROYECTO 637	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMADO AÑO 2011
Al 31 de diciembre de 2011 se habrán certificado 1.500 Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema Único de Habilitación.	Número de Prestadores Certificados	1.500
Inspeccionar, Vigilar y Controlar al 100%, de los prestadores de servicios de salud	Porcentaje de Prestadores vigilados y controlados	100%
A 2011 asesorar y apoyar a 8 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 acreditación.	8
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%

## 3. Resultados en la Transformación de Problemas

### 3.1. Niveles de cumplimiento:

Los avances y resultados de las actividades desarrolladas se precisan en el [Cuadro 4].

Cuadro 4. Niveles de Cumplimiento en Metas 2011

Meta 1. En el año 2011 certificar 1.500 Prestadores de Servicios de Salud certificados en el Sistema Único de Habilitación		
ACTIVIDAD	Avances 2011	Efectos sobre el Problema
Capacitar y brindar asistencia técnica a prestadores de salud para la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Se capacito a 3.252 Prestadores de Servicios de Salud, para la implementación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad	La Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud - Vigilancia y Control de la Oferta estableció como política la capacitación, asesoría y asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital, con el fin de difundir la normatividad vigente para buscar su aplicación mediante el conocimiento de la misma y llevar a los prestadores al cumplimiento de las condiciones exigidas, certificándose y de ésta manera disminuir el riesgo y mejorar la prestación de los servicios de salud.

Verificar en los prestadores de servicios de salud el cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación.	Se realizaron 3.859 visitas para la verificación del Sistema Único de habilitación en prestadores de servicios de salud así:	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 2.787 prestadores de servicios de salud: Lo cual corresponde al 72.22% de los prestadores verificados.	La certificación lograda en el 72.22% 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 8 Empresas Sociales del Estado de la Red Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud en el proceso de acreditación		
ACTIVIDAD	Avances 2011	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 8 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 implementación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Se capacitó a 3.252 Prestadores de Servicios de Salud en temas relevantes del SOGC como: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Sistema Único de Habilitación, Sistema de Información para la Calidad y Sistema de Acreditación), Pautas para la implementación de un programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad.</li> <li>➤ Bioseguridad y Manejo de Residuos Hospitalarios.</li> <li>➤ Aplicativo SIRHO (Sistemas de Información Residuos Hospitalarios).</li> <li>➤ Se brindo asistencia técnica a 422 IPS en la definición de acciones y lineamientos para la implementación del PAMEC.</li> </ul>	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.

Inscribir y actualizar las novedades en el registro especial de prestadores de servicios de salud	Se inscribieron por primera vez en el registro especial 1.800 Prestadores, y se realizaron 13.304 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 diseccionaron 1.887 quejas por fallas en la prestación de los servicios de salud y se realizaron 1.023 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 465 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 servicios de salud por presuntas fallas de la calidad.	Se realizaron 4.869 actuaciones	Las actuaciones administrativas permiten establecer las presuntas fallas dadas en la atención en salud y su correspondiente fallo.
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 171 Prestadores de Servicios de Salud, por quejas allegadas a estos.	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 10.473 autorizaciones para el ejercicio y 15.936 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 11 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.
<b>4. Diseñar e implementar los lineamientos de política pública, para el mejoramiento de la gestión y la calidad de los servicios de salud</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>Avances 2011</b>	<b>Efectos sobre el Problema</b>
Diseñar e implementar el capítulo de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.	Una vez realizado el diseño de la política en 2010, para 2011 se inicia la implementación de los lineamientos de la política pública estrategia 13 correspondiente al fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategia 14 difusiones para la implementación de la política	Las consecuencias sociales y económicas de los eventos adversos que se producen en el contexto de la prestación de Servicios de Salud, han llevado a establecer mecanismos sobre la seguridad del paciente y sobre la gestión de riesgos, a desarrollar

	<p>de seguridad del paciente.</p> <p>Se realizaron reuniones mensuales con las asociaciones científicas de especialistas, capacitaciones y talleres sobre seguridad del paciente.</p> <p>Se efectuó, el lanzamiento del Programa distrital de seguridad del paciente, teniendo como lema: "uniendo esfuerzos disminuirémos el riesgo y lograremos instituciones prestadoras de servicios de salud seguras", en el que la organización panamericana de la salud (OPS), el Ministerio de salud y protección social, el INVIMA, las instituciones Prestadoras de servicios de salud, los equipos de atención, las asociaciones científicas, los pacientes y sus familias, como actores del mismo, interactuarán dentro de la complejidad del sistema de salud, para establecer mecanismos participativos que garanticen unos adecuados procesos que disminuyan la posibilidad de que los usuarios de servicios de salud sufran un evento adverso y se ofrezca una atención más segura.</p>	<p>recomendaciones y estrategias orientadas a la prevención, detección y mitigación de los eventos adversos, incentivando al análisis de causas, al aprendizaje de los errores y a la difusión de las lecciones aprendidas.</p>
--	---	---

### 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:

El presupuesto de inversión directa con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud ejecutado en 2011 fue \$9.335.334.268 de los recursos de los aportes ordinarios del Distrito Capital.

#### **3.4. Limitaciones y problemas del proyecto:**

No se presentaron dificultades, se contó con los recursos financieros para poder dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas.

#### **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 de control realizadas, donde se encontró personal no idóneo que prestaba servicios de salud, así como a profesionales que se encontraban prestando servicios de salud, sin estar debidamente autorizados para ello.

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

Se espera generar, en los prestadores de servicios de salud que fueron sancionados por fallas en la calidad de la atención en salud, propósitos de mejora a través de acciones preventivas y 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:**

No aplica.

#### **3.7. Población o unidades de focalización sin atender:**

No aplica para las metas y actividades desarrolladas por vigilancia y control.

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

No aplica para las metas y actividades desarrolladas por vigilancia y control.

### **3.9. Otras acciones implementadas para la solución de las problemáticas:**

Ninguna.

### **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.

Acercamiento por parte de Vigilancia y Control de la Oferta a los Prestadores de Servicios de Salud a través de fortalecimiento de actividades paralelas a las visitas, (capacitación y asesoría) lo que conlleva a aplicar en las instituciones de manera asertiva, los conocimientos adquiridos, con acciones correctivas y preventivas que mejoren la calidad en la prestación de los servicios de salud; como también a un cambio de percepción sobre el Ente rector.

## **Problema Social No. 8**

### **1. Reconstrucción del Problema Social**

#### **1.1. Identificación del problema:**

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

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

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

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

Con respecto a la acumulación de capital físico de las familias en Bogotá, la vivienda y su habitabilidad señala bajos niveles de calidad de vida, pues según los datos del Programa



de Naciones Unidas para el Hábitat (UN-HABITAT), en la ciudad de Bogotá se estima un déficit cuantitativo de 175.899 viviendas y de orden cualitativo de 149.896, que requiere tanto de la generación de vivienda nueva para solucionar el déficit cuantitativo como de intervenciones en mejoramiento de vivienda, en reforzamiento estructural y condiciones de habitabilidad.

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

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

La complejidad que caracteriza estas problemáticas obliga a la potencializar los recursos y a la búsqueda de integralidad en las acciones interinstitucionales para la garantía de los derechos.

## **1.2. Identificación de las causas y efectos del problema:**

Dentro de las causas se identifican la falta de reconocimiento de la heterogeneidad y pluralidad cultural de las familias, de sus identidades colectivas y las oportunidades para habitar y construir ciudadanía, inequidades dadas por desigualdad de oportunidades en lo relacionado con temas de género, relaciones de poder y roles sociales. Falta de apropiación institucional de la perspectiva familiar para la construcción de respuestas, fomento de la participación y ejercicio de la ciudadanía de las familias. Patrones culturales y/o procesos motivacionales que interfieren en el bienestar de sus integrantes o limitan sus actuaciones e inclusión social. Capacidades disminuidas de la familia para la modificación de entornos sociales adversos que motiven al desarrollo de las potencialidades de sus integrantes al ejercicio de la ciudadanía.

Como causas del problema, relacionadas con los ciclos vitales están:

En infancia: Diversas y marcadas expresiones de violencia contra los niños y las niñas que ponen en riesgo su salud física y emocional y determinan su desempeño en los

diferentes ámbitos de vida cotidiana. Condiciones socioeconómicas desfavorables que llevan a la falta de acceso, disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos afectando la seguridad alimentaria y nutricional de los niños, niñas y gestantes. Patrones culturales, condiciones socioeconómicas y escenarios físicos inseguros e inapropiados que limitan la inversión adecuada del tiempo libre y el desarrollo integral de los niños y niñas de Bogotá deteriorando su calidad de vida y salud. Modelo de atención y Barreras de acceso en salud que generan exclusión e inequidad en la atención de niños, niñas y gestantes

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

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

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

Como efectos del problema, se destacan por su importancia la inequidad respecto al acceso a servicios de salud y sociales de los niños y las niñas, lo que genera una mayor probabilidad de enfermar y morir principalmente por EDA y Neumonía, así como también aumentan la probabilidad de que estén más expuestos a brotes por enfermedades inmunoprevenibles, al abuso sexual y otras formas de maltrato, así como a la ocurrencia de lesiones por causa externa y los eventos que afectan la salud oral entre otras circunstancias que afectan predominantemente al grupo poblacional infantil. La atención a gestantes, lo cual genera mayor probabilidad de morbilidad y un mayor riesgo de presencia de mortalidad materna y perinatal, mayor presencia de bajo peso al nacer en los hijos de las madres que habitan las zonas más vulnerables. La falta de acceso a información y medidas preventivas del sector salud y sector social por parte de adolescentes: Esta situación los expone a mayores condiciones de fragilidad social como al embarazo en adolescentes, a ser víctimas de todas las formas de violencia y explotación, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, de eventos de salud mental como la conducta suicida, entre otros. El acceso a información, medidas promocionales y de prevención del sector salud y sector social por parte de los adultos que hace que se presenten prematuramente o en mayor frecuencia las enfermedades crónicas y

degenerativas, el cáncer de cuello uterino, afecciones agudas de aparato respiratorio, digestivo, reproductivo y urinario entre otras enfermedades de este grupo poblacional.

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

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

### **1.3. 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, Hucha y Tunjuelito, los cuales presentan condiciones ambientales sépticas en toda su longitud y hasta su desembocadura en el río Bogotá, configurando la población de las cuencas ribereñas con problemáticas ambientales específicas, todo lo cual que incide en la calidad de vida y el estado de salud de las familias que allí habitan. Para su abordaje y seguimiento en salud las familias están a cargo de un equipo de salud conformado por un médico, una enfermera, y dos promotores o gestores de salud, los problemas de la unidad micro territorio son abordados con el apoyo de los profesionales y técnicos de saneamiento de los equipos de entorno, cada uno de los cuales tiene bajo su responsabilidad 10 micro territorios.

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

Cuadro 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	356	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 623

#### 1.4 Actores que intervienen en el problema:

Los actores que están relacionados con los problemas y las respuestas que ofrece el programa se presentan a continuación: A nivel Distrital: Secretaria Distrital de Salud, Secretaria Distrital de Integración Social –SDIS., Secretaria de Educación del Distrito

Capital –SED., Registraduría Nacional, Comisarías de Familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF., Empresa de acueducto y alcantarillado, Aseo Capital, Organizaciones No Gubernamentales –ONG., Sena, Centros de Formación Secretaría del hábitat – Metro vivienda y Caja de Vivienda Popular. A nivel Local: Red hospitalaria adscrita (ESE de Nivel I y II fusionadas), EPS Régimen subsidiado y las EPS Régimen contributivo, Alcaldías locales, Universidades, Comunidad. A nivel Institucional: Empresas Sociales del Estado ESE., IPS.

## **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. 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 acciones:**

Cubrir 425 micro territorios con la estrategia Salud a su Casa.

Lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizadas en el registro de discapacidad,

contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas , sus familias, cuidadoras y cuidadores (Línea de base: 5%. Fuente: DANE 2005); Reducir la tasa de suicidio 3.0 por cada 100.000 habitantes; Implementar la política de salud ambiental en el 100% de las localidades del Distrito Capital.

Además se le aporta de manera indirecta a las siguientes metas: Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer (Línea de Base 12.1% 2006 Fuente: Sistema de Vigilancia Estadísticas Vitales SDS). A 2011 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad (mandato del plan de desarrollo aprobado por acuerdo - concejo) (línea de base 2.7 mediana en meses fuente SISVAN /2007). Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual). Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años

Las acciones que aportan a las metas descritas están organizadas en actividades, que incluyen intervenciones que buscan satisfacer las necesidades en salud de las familias de la manera más amplia posible, es decir, atendiendo la integralidad, continuidad y el respeto por la diferencia, haciendo énfasis en acciones de promoción y prevención que den a la familia y sus integrantes mayor capacidad de control de su propia salud.

- Generar espacios de participación y discusión que permitan sensibilizar a padres, educadores, cuidadores, trabajadores de la salud y adolescentes, sobre las problemáticas asociadas al embarazo en este grupo poblacional.
- Diseñar e implementar estrategias intersectoriales que permitan la identificación, realización y consolidación del proyecto de vida en el grupo de adolescentes de la ciudad para incidir positivamente en la disminución de embarazos en esta etapa.
- Hacer seguimiento y mantenimiento a los micro territorios antiguos.
- Desarrollar intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano en las familias.
- Promocionar los derechos y la calidad de vida todas las familias en situación de discapacidad.
- Generar entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional con enfoque diferencial de género.
- Desarrollar promoción de la Salud Oral en los micro territorios de Salud a su Casa
- Desarrollar la estrategia de entornos saludables
- Desarrollar la estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años (AIEPI)
- Desarrollar la estrategia Extramural de PAI en micro territorios de Salud a su Casa
- Gestionar el mejoramiento de las condiciones para la SAN en micro territorios
- Hacer acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante
- Ejecutar acciones para la garantía del derecho en necesidades urgentes relacionadas con hipotiroidismo congénito, sífilis y VIH gestacional, casos de mujeres gestantes, incluyendo a quienes se les da casa por cárcel
- Asesorar a familias en situación de discapacidad
- Desarrollar intervención Psicosocial a familias con eventos en salud mental
- Fortalecer relaciones intrafamiliares en familias desplazadas

- Dar continuidad a la asesoría y seguimiento a familias en las cuales alguno de sus miembros presento conducta suicida
- Diseñar e implementar el programa Distrital para la promoción, protección y defensa de la lactancia materna y la alimentación saludable en los niños y niñas menores de cinco años en el marco de la coordinación intersectorial.

#### **2.4 Presupuesto asignado:**

Para la vigencia 2011 se asignaron \$33.318.018.103 del presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud. De estos recursos, \$17.756.122.103 son Aporte Ordinario y \$15.561.896.000 del Sistema General de Participaciones - SGP.

#### **2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención:**

Para el año 2011 se programó la implementación de la estrategia de Salud su Casa a través de 375 micros territorios y la focalización de las acciones en 599.875 familias que corresponde a 1.919.552 personas. Además a través de la implementación de nuevos territorios nuevos se espera dar mayor cobertura y en los micro territorios ya creados el sostenimiento de las acciones.

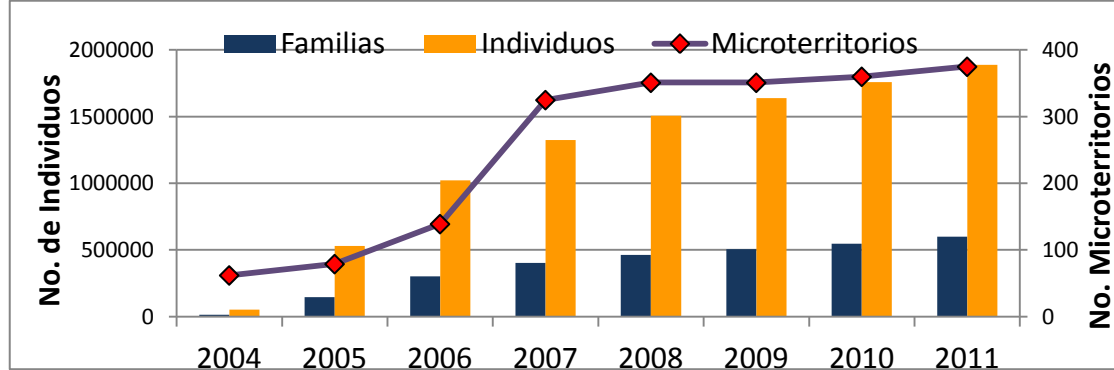
### **3. Resultados en la Transformación de los Problemas**

#### **3.1. Niveles de cumplimiento**

A diciembre de 2011 se conformaron 375 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 **599.875 familias conformadas por 1.919.552 individuos**, por parte de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria- EBSFC y los equipos de apoyo conformados por Profesionales y Técnicos.

De esta forma al comparar el proceso de territorialización alcanzado hasta diciembre de 2011 se presenta un incremento del 79% en la cobertura territorial en comparación con el año 2005 y del 6% respecto al año 2008, observándose un crecimiento en lo que se refiere al número de micro territorios del 80% entre 2004 – 2007, pues en el 2004 el programa inició con 62 micro territorios y en el 2007 se culminó con 325 micro territorios, mientras que en el periodo 2008 – 2011 el crecimiento es del 12%, al pasar de 351 micro territorios a 375. Este crecimiento en el número de micro territorios del programa se corresponde con un incremento en la cobertura a familias e individuos, cuyo comportamiento en las localidades ha sido diferencial ya que en las localidades de Suba, Bosa, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Ciudad Bolívar están en mayor crecimiento, mientras que Chapinero, Puente Aranda, Candelaria, Santafé y Mártires se mantienen estables en el tiempo figura 1 y 2.

Figura No. 1. Crecimiento anual de micro territorios SASH/SASC, 2004 – 2011

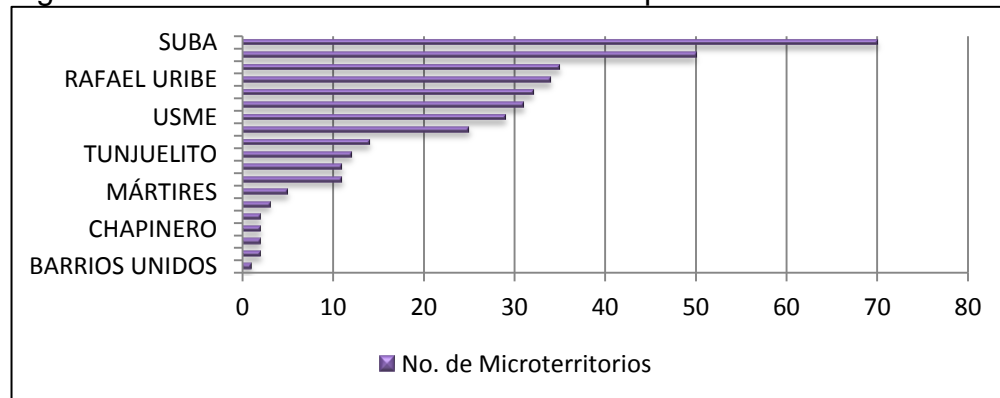


Fuente: SDS – APS en Línea, 31 de Diciembre de 2011.

En este proceso de territorialización y consolidación de 375 micro territorios donde opera el programa ha permitido la caracterización de 600.436 familias a las que pertenecen 1.887.567 individuos de las zonas más vulnerables de 20 localidades del Distrito Capital y que hasta el 31 de diciembre de 2011 se encuentran 437.211 familias activas (72.8%) y 163.225 familias inactivas (27.2%). Adicionalmente el 76% de los micro territorios se encuentran ubicados en las localidades de Suba, Bosa, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, San Cristóbal, Kennedy y Usme como se presenta en la figura No 2.

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

Figura 2. Distribución de los micro territorios por localidad SASC 2011.



Fuente: SDS–APS en Línea, 31 de Diciembre de 2011.

Cuadro 1. Distribución por grupo de edad de los individuos activos de Salud a su Casa, 2011.

Localidad	Menores de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 26 años	De 27 a 44 años	De 45 a 59 años	60 años y mas	Total general
Usaquén	493	3.953	4.627	4.820	5.175	6.992	13.183	6.863	4.473	50.579
Chapinero	98	723	1.009	1.059	1.196	1.658	2.571	1.771	1.014	11.099
Santa fe	287	2.694	3.146	3.106	3.404	4.822	7.835	5.299	4.443	35.036
San Cristóbal	1.004	7.487	9.644	10.554	11.230	14.615	25.596	17.198	12.587	109.915
Usme	779	6.654	8.779	9.888	11.133	13.413	22.850	15.957	9.769	99.222



Localidad	Menores de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 26 años	De 27 a 44 años	De 45 a 59 años	60 años y mas	Total general
Tunjuelito	217	3.202	4.085	3.975	4.410	6.237	11.646	7.985	6.572	48.329
Bosa	470	8.606	18.535	20.974	21.920	27.627	52.910	32.577	20.167	203.786
Kennedy	651	8.946	11.110	11.693	11.931	15.713	29.362	17.899	10.772	118.077
Fontibón	390	4.075	5.464	5.584	5.790	8.057	17.978	10.195	5.993	63.526
Engativá	258	4.315	7.513	8.028	8.733	12.404	23.718	15.681	11.032	91.682
Suba	846	10.729	20.534	22.845	23.668	30.742	65.603	42.909	26.465	244.341
Barrios unidos	75	327	239	204	215	435	622	412	430	2.959
Mártires	169	1.064	1.045	987	1.061	1.718	3.244	2.297	1.980	13.565
Antonio Nariño	46	479	424	469	491	769	1.331	1.142	1.060	6.211
Puente Aranda	70	532	735	753	825	1.208	2.175	1.885	1.701	9.884
Candelaria	67	485	483	533	615	933	1.600	1.196	1.127	7.039
Rafael Uribe	828	7.875	10.002	10.360	11.253	15.785	27.878	18.269	12.153	114.403
Ciudad Bolívar	1.124	10.675	15.636	16.581	17.642	21.361	35.402	21.559	11.915	151.895
Sumapaz	2	69	212	296	321	312	597	350	296	2.455
Bogotá	7.874	82.890	123.222	132.709	141.013	184.801	346.101	221.444	143.949	1.384.003
Porcentaje	0.6	6.0	8.9	9.6	10.2	13.4	25.0	16.0	10.4	100

Fuente: SDS - APS en línea. 31 de Diciembre de 2011

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

Cuadro 2. Distribuciones de familias e individuos por localidad, SASC 2011.

LOCALIDAD	Número de familias activas	Porcentaje de familias activas	No de individuos activos	Porcentaje de individuos activos	No de familias que han sido intervenidas+	Porcentaje de familias que han sido intervenidas	No de individuos que ha sido intervenidos++	Porcentaje de individuos que ha sido intervenidos
Usaquén	14.870	3	50.579	4	7.089	4	33.238	7
Chapinero	3.095	1	11.099	1	855	1	10.260	2
Santa fe	12.738	3	35.036	3	6.188	4	9.673	2
San Cristóbal	33.901	8	109.915	8	15.499	10	82.965	17
Usme	29.778	7	99.222	7	16.125	10	49.344	10
Tunjuelito	15.891	4	48.329	4	7.320	5	25.319	5
Bosa	61.759	14	203.786	15	7.865	5	18.203	4
Kennedy	37.039	9	118.077	9	14.800	9	23.479	5
Fontibón	17.875	4	63.526	5	8.019	5	12.028	2
Engativá	27.867	6	91.682	7	10.092	6	28.134	6
Suba	80.490	18	244.341	18	21.780	13	93.241	19
Barrios Unidos	980	0	2.959	0	502	0	1.121	0
Mártires	6.255	1	13.565	1	4.759	3	2.409	1
Antonio Nariño	2.619	1	6.211	0	1.729	1	1.454	0
Puente Aranda	3.471	1	9.884	1	1.573	1	1.492	0
Candelaria	2.934	1	7.039	1	1.684	1	2.784	1
Rafael Uribe	42.273	10	114.403	8	19.907	12	40.735	8
Ciudad Bolívar	42.725	10	151.895	11	17.372	11	66.212	13
Sumapaz	650	0	2.455	0	67	0	1.473	0
Bogotá	437.211	100	1.384.003	100	163.225	100	503.564	100

Fuente: SDS - APS en línea. 31 de Diciembre de 2011

\*Familias e individuos que pertenecieron al programa y por algún periodo de tiempo recibieron intervención

### 3.2. Indicadores:

Cuadro 4. Indicadores 2011 Intervención Ámbito Familiar

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad de medida
Cobertura de micro territorios con la estrategia Salud a su Casa	Número de micro territorios cubiertos con la estrategia Salud a su Casa	Total de micro territorios proyectados dentro de la estrategia	Porcentaje
Implementar la política de salud ambiental en el 100% de las localidades del Distrito Capital. (Línea de base: por desarrollar).	Número de micro territorios con Plan Integral de entornos saludables en desarrollo.	Total de micro territorios de la estrategia Salud a su Casa	Porcentaje

### 3.3. Presupuesto Ejecutado:

El presupuesto de inversión directa con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud ejecutado en 2011 fue \$33.305.048.956.

### 3.4. Limitaciones y problemas del proyecto:

En la planeación inicial del proyecto 623, para diciembre de 2011 la ciudad debió contar con 450 territorios de Salud a su Casa con sus respectivos equipos de salud familiar y comunitaria, sin embargo, dado que para el año 2011, no se asignó el total de los recursos propuestos inicialmente, la meta de implementación de micro territorios se redujo a 15 micro territorios nuevos y el mantenimiento de 360 micro territorios antiguos. Este retraso en la implementación de micro territorios, se sumó al déficit en la implementación y creación de territorios que ya venía de años 2009 y 2010.

La disminución de recursos también tuvo incidencia directa y de manera proporcional en el desarrollo de las actividades del proyecto de inversión debido a que las metas programadas no se cumplieron a cabalidad como parte del retraso en la sub ejecución de años anteriores.

Entre las actividades programadas que no se cumplieron totalmente se encuentran la intervención de Promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional, la Intervención Plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano, las asesorías por tenencia inadecuada de animales y las asesorías para control de vectores plaga en interiores, las cuales solo se llevaron a cabo en las localidades más críticas.

Otra de limitación ha sido la falta de actualización y del sistema de información del programa de forma oportuna debido a que los avances informáticos de los módulos complementarios de la APS en línea proyectados desde el año 2009, no se pudieron realizar, además de las diferencias en el desarrollo de la captura de información de los

diferentes componentes de las respuestas impulsadas desde el programa que no permiten actualizar de manera integral la información generada.

Respecto al desarrollo de las actividades y operación del programa en las localidades, la emigración de familias de manera permanente dentro de la ciudad y dentro de los micro territorios ha hecho que se generen dos situaciones; caracterización permanente de familias nuevas que llegan a los territorios para reemplazar a las familias que emigran y para mantener el mayor número de familias activas por cada territorio y la recaracterización de las familias que emigran de una localidad a otra. Lo anterior ha obligado a implementar un monitoreo que implica el traslado de información y adscripción de la familia a un territorio nuevo en otra localidad desde el nivel central a través del aplicativo APS en línea.

No obstante esta situación de ingreso y salida de familias del programa también obedece a las características de movilidad de la ciudad encontrándose en promedio un 25% de recambio anual de familias de acuerdo con los análisis de los datos obtenidos del aplicativo APS en línea.

En la temporada de fin de año se dificultó el proceso de caracterización y seguimiento a familias de los micro territorios, dado que muchas familias se encontraban fuera de la ciudad, lo generó aumento de visitas infectivas.

Dado que Salud a su Casa concentra la mayor parte de sus acciones en zonas altamente vulnerables, implica que los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria, tengan que ingresar a estas zonas de la ciudad, y permanentemente se expongan a Atracos (Por ejemplo en los territorios de salud a su casa que se ubican cerca de la Calle del Bronx, las brisas, cinco huecos, la calle del tango, etc.); robos a familias y suplantación de funcionarios. Las anteriores situaciones se han reportado de manera importante en al menos tres localidades, se han conocido situaciones de personas que suplantan a los funcionarios (haciéndose pasar como médicos, promotores, etc.) para realizar robos, estafa y situaciones afines, lo que ha hecho que las comunidades desconfíen y se resistan a recibir visitas de personas desconocidas y/o ajenas a su territorio.

### **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 hallazgos según la fuente del programa APS en línea con corte a Diciembre 31 de 2011:

- Se ha caracterizado un total 600.436 familias a las que pertenecen 1.887.567 individuos y llegando a cubrir al 25.2% de la población del Distrito, de estas familias permanece activas hasta el 31 de diciembre 437.221 que corresponden a 1.384.003 individuos con una cobertura distrital del 18.5%.
- Hasta el año 2011 permanecieron activas 18.701 familias en las cuales alguno de sus integrantes presenta discapacidad. De este total, el 75.8% de estas familias fueron visitadas por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa en el año 2011 y entre el

periodo 2008 al 2011 a 54.697 familias para el desarrollo de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).

- Hasta el año 2011 permanecieron activas 9.370 familias en situación o condición de desplazamiento. De este total, el 41.3% de estas familias fueron visitadas por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa durante el año 2011 y entre el periodo 2008 al 2011 se visitaron a 13.297 familias, para el desarrollo de visitas de seguimiento o intervención Psicosocial.
- A través de la Intervención Psicosocial en eventos que afectan la salud mental y calidad de vida de las familias, se incluyeron un total de 9.858 familias nuevas. Teniendo en cuenta que la Intervención Psicosocial es un proceso de apoyo Psicológico en el domicilio de las familias, del total de familias incluidas, se logró que 8.688 (93.62%), terminaran el proceso. De las familias que terminaron el proceso, 7.906 (91%) generaron un cambio positivo en su dinámica familiar frente al evento de salud mental presentado. Por otra parte, dado que la Intervención Psicosocial, se constituyó en una respuesta a los eventos de conducta suicida que se identificaron en la ciudad; durante el año 2.011 se brindó apoyo Psicológico en el domicilio a 1.519 familias en las cuales alguno de sus integrantes presentó ideación, amenaza, intento o suicidio consumado.
- Permanecieron activas 4.813 familias con diferencia étnica que habitan en los territorios. De este total, el 60.6%% de estas familias fueron visitadas por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa durante el año 2011 para el desarrollo de visitas regulares de seguimiento o atención diferencial. Dicha intervención se lleva a cabo a partir de este año y busca la restitución de los derechos de la familia étnica.
- Desde el inicio del programa se ha dado prioridad a las acciones con la familia gestante es por ello que durante el periodo 2004 a 2011 se han identificado 63.492 familias con mujeres en gestación e identificando al 17.8% de estas familias en el año 2011. Al comparar el periodo 2004 al 2007 y 2008 al 2011 se observa un incremento en la identificación de familias en esta situación en especial en los años 2010 y 2011, Las localidades con mayor numero de familias con mujeres en gestación identificadas son Ciudad Bolívar , Suba, San Cristobal y Rafael Uribe. Específicamente en el año 2011, el programa identificó a 11.333 familias con mujeres gestantes en los territorios de SASC e interviniendo al 64% de estas familias con visitadas domiciliarias por los profesionales y/o técnicos, las visitas brindan información, educación, comunicación y seguimiento a la mujer gestante y la verificación de la asistencia al control prenatal.
- Permanecieron activas en la vigencia 2011, 90.269 familias en donde alguno de sus integrantes tenía Hipertensión Arterial e interviniendo al 74% de estas familias con visitadas domiciliarias por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa, para el desarrollo de visitas de información, educación, comunicación y seguimiento para identificar su asistencia al control de enfermedades crónicas.
- Durante el año 2.011, permanecieron activas 23.939 familias donde alguno de sus integrantes tenía diabetes. De este total, el 73% de estas familias fueron visitadas regularmente por los profesionales y/o técnicos de salud a su casa, para el desarrollo de visitas de información, educación, comunicación y seguimiento para identificar su asistencia al control de enfermedades crónicas.

A través de la intervención Plurimodal, durante el 2011 se inició el desarrollo de actividades con familias para promoción de la salud mental y desarrollo humano a través

de la intervención denominada círculos de existencia que surgen en respuesta a los núcleos problematizadores identificados a lo largo de la experiencia del programa SASC en el histórico de las lecturas de necesidades, las visitas realizadas en casa y del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2010. En éstos se identificó que el bajo reconocimiento de las diferencias entre los miembros de las familias, de sus subjetividades y de sus proyectos de vida, condiciona relaciones de poder asimétricas que limitan el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones de cada individuo en su núcleo familiar y en sus contextos sociales. Es por ello que los círculos de existencia son comprendidos como encuentros de grupos de familias en los cuales se facilitan elementos de diálogo que llevan al fortalecimiento de prácticas saludables relacionadas con el cuidado de la salud, el medio ambiente y la convivencia los principales resultados de esta estrategia de promoción de prácticas saludables se presenta a continuación:

- Durante los meses de mayo a noviembre de 2011, se logró el desarrollo de 352 círculos de existencia de ciclo vital con 1.387 sesiones en 12 ESEs y en 16 localidades con un total de 34.431 asistentes. Según la participación por del género se tiene que 7.180 fueron hombres y 27.251 fueron mujeres, este último grupo equivalente al 79.14% del total de la población que participó en los círculos de existencia siendo la localidad de Suba quien reportó el mayor número de participantes con el desarrollo de 80 círculos de existencia de ciclo vital, seguido de la localidad de Bosa con 50 círculos de existencia.

Es importante destacar que el desarrollo de los contenidos abordados en los círculos de existencia se presentó un total de 74 temas de los cuales 71 fueron desarrollados entre todos los ciclos y el conjunto de las ESE. Dichos contenidos caracterizaron lo promocional por el vínculo más estrecho con procesos educativos colectivos (derechos, proceso protectores construidos) y la relación con la participación y movilización, mientras que la prevención hizo mayor énfasis en informar situaciones que potencialmente dañan la salud de los individuos. De esta forma se encuentra que las temáticas priorizadas en los círculos de existencia de ciclo vital la vejez fue el más frecuente con el 31.25%, seguido del ciclo de infancia 2 a 5 años con el 29.54% y el 13% para el grupo de Adultez.

Por otra parte también en la vigencia 2011 se desarrolló encuentros denominados redes primarias con el fin de aportar a las agendas sociales comunitarias, lo cual partía de visibilizar temas movilizadores y la identificación de rutas de atención a servicios e iniciativas comunitarias en los grupos de confluencia según los territorios de salud o Gestión Social Integral. Frente los resultados se realizaron 105 redes primarias que constaron de una jornada de ferias de servicios y 2 sesiones. Para un total de 7.826 participantes.

### **3.6. Población o unidades de focalización atendidas:**

Para el 2011, conformación, seguimiento y mantenimiento de 375 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 **599.875 familias conformadas por 1.919.552 individuos**, por parte de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria- EBSFC y los equipos de apoyo conformados por Profesionales y Técnicos.

### **3.7. Población o unidades de focalización sin atender:**

Para el año 2.011 a través de la implementación de los 375 micro territorios, se había programado visitar a un promedio de 450.000 familias, de este total de familias, permanecieron activas 437.211 familias que corresponden al 97% del total programado. El 3% faltante se debe a que no todos los territorios estuvieron conformados por 1.200 familias; por ejemplo la localidad de Sumapaz.

### **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 2012 la implementación de 450 micros territorios, de los cuales a diciembre de 2.011 se han implementado 375. Se espera durante el año 2.012 implementar los 75 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 y en algunos casos servicios sociales lo cual 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 2011, se continuaron desarrollando 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 2011 se trabajó de manera articulada con instituciones como Bomberos, Policía Nacional, la secretaria de Integración social, entre otras, para el abordaje a familias afectadas por la Ola invernal en el occidente de la ciudad y además se desarrollaron acciones articuladas con instituciones escolares e IPS Primarias públicas para prevención y control de la ERA, que se presentó como efecto crítico derivado de la ola invernal.

Finalmente, y dado a los resultados de coberturas de vacunación en la ciudad, los equipos de salud familiar y comunitaria, apoyaron el desarrollo el desarrollo de Jornadas de vacunación para inmunización con biológicos de sarampión-Rubéola.

### **3.10. Diagnóstico final del problema:**

Se ha logrado abordar a la mayor parte de la población caracterizada por el programa los, sin embargo hace falta articular el trabajo con otros actores y sectores que deben participar en la construcción de las respuestas integrales que se requieren para las necesidades ya sociales identificadas en las familias mas vulnerables de la ciudad. Esto en razón a 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.

De acuerdo con 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

## 1. Reconstrucción del Problema Social

### 1.1. Identificación del Problema:

“La 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:
  - Baja capacidad de incidencia en el escenario público.
  - Desempeño básicamente en el ámbito barrial y zonal, sin constituirse en actores locales y distritales.
  - Reducida capacidad de gestión, que les posibilite adelantar autónomamente proyectos y canalizar recursos.
  - Operan más como aparatos, que como instrumentos ágiles de acción colectiva, en la consecución de fines sociales.
- 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.



- Poca credibilidad de la comunidad en las instancias del Estado, lo que obedece en muchas ocasiones a la falta de reconocimiento, por parte del Estado, de la voz de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones públicas.
- Debilidades institucionales en los Procesos de Participación, expresadas en:
  - 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.
  - Prevalece la lógica institucional sobre los procesos y dinámicas locales, debido a la sujeción a la normatividad.
  - Limitada capacidad técnica, discursiva y de recursos, que le permita a la institucionalidad disponer de medios efectivos que faciliten los procesos de participación.
  - Desarticulación del área de Participación y Servicio al Ciudadano con otras áreas estratégicas, como Salud Pública, Planeación, Aseguramiento y Desarrollo de Servicios. De igual forma, desarticulación entre las instancias distritales y locales.
  - 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.
  - Barreras de acceso para el desarrollo de la participación. Son barreras culturales, económicas y geográficas para la participación social.
  - 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.

### **1.3 Focalización:**

Con la problemática identificada, se ven afectados de manera indirecta todos los habitantes de Bogotá D.C., equivalentes a 7.467.804, de acuerdo con las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. De igual forma, se ven afectados 272.743 usuarios atendidos, organizaciones sociales de territorios y ciudadanos beneficiados con la gestión de las formas de participación. Respecto a su relación con el sector salud, en su gran mayoría tienen desconocimiento sobre su derecho a la salud, su ejercicio de ciudadanía y el nuevo Modelo de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. La alta migración tanto entre localidades como del resto del País hacia el Distrito Capital y el cambio continuo de aseguradoras y prestadoras de servicios de salud también son factores que afectan el desarrollo y seguimiento de los procesos participativos.

La población directamente afectada con el problema está conformada por Integrantes de las familias beneficiadas con salud a su casa; miembros 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, se brinda por parte del equipo humano con que cuenta la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano para este procedimiento.

Así mismo, está conformada por ciudadanos y ciudadanas que acuden a los servicios de atención al usuario de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., CADES y SUPERCADÉ 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. El otro grupo se caracteriza por ser población especial (discapacitados, tercera edad, mujeres en estado de embarazo y menores de un año fundamentalmente), que igualmente no han definido su estado de aseguramiento en salud y que probablemente requieren de dicho beneficio.

### 1.5. Los actores que Intervienen en el Problema:

Cuadro 1. Actores Involucrados en el Problema Social

Causas del Problema	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.	ESEs del Distrito, EPS subsidiadas y Contributivas, Organismos de Control, Secretaría Distrital de Salud y Actores Institucionales.
Participación instrumentalizada.	ESEs del Distrito, EPS subsidiadas y Contributivas, Organismos de Control, Secretaría Distrital de Salud y Actores Institucionales. Organizaciones Sociales y Formas de Participación en Salud.
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 institucionales en los Procesos de Participación	ESEs 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.	ESEs 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	ESEs del Distrito, EPS subsidiadas y Contributivas, Organismos de Control, Secretaría Distrital de Salud y Actores Institucionales

## 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 y en el programa Ahora Decidimos Juntos 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.

Cuadro 2. 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

### 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 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:

Cuadro 3. Metas del Proyecto de Participación Social por el Derecho a la Salud.

Detalle	Acciones
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.	Porcentaje de avance en la elaboración y ejecución de planes de acción de intervenciones colectivas con participación comunitaria por localidad
A 2012 tener incluidos en la agenda pública temas estratégicos de promoción social.	Porcentaje de avance
A 2012 estarán conformadas y funcionando 20 redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud.	Redes territoriales
A 2012 fortalecer las redes sociales existentes en Bogotá.	Redes Sociales
A 2012 estará conformado y funcionando el Comité Distrital de Participación en el contexto de la Política sectorial y el Sistema Distrital de Participación	Porcentaje de avance
A 2012 fortalecer las formas de participación social instituidos legalmente.	Porcentaje de avance
A 2012 fortalecer en el 100% de las localidades las organizaciones sociales y comunitarias.	Porcentaje de avance
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.	Porcentaje de avance
Formular 4 políticas relacionadas con la salud con participación ciudadana	Políticas formuladas
Formular 80 proyectos de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida.	Proyectos formulados
A 2012 implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano.	Porcentaje de avance
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.	Escuela de formación en ciudadanía en salud diseñada e implementada
Atender anualmente el 100% de las peticiones, quejas y demandas ciudadanas e identificar las barreras de acceso a los servicios de salud, para proponer planes de mejoramiento con el fin de alcanzar mayores estándares de calidad de los servicios de salud y la organización del sistema de salud en la ciudad.	Peticiones, quejas y demandas atendidas. Barreras de acceso identificadas. Planes de mejoramiento implementados

### 2.3. Presupuesto Asignado:

El presupuesto asignado es \$3.982.522.508 proveniente del Aporte ordinario del Distrito Capital, para la vigencia 2011, de los recursos de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud.

## 2.5. Población o Unidades de focalización objeto de atención:

La población directamente beneficiada con el proyecto está conformada por integrantes de las familias beneficiadas con salud a su casa; miembros de las 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, se brinda por parte del equipo humano con que cuenta la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano para este procedimiento; ciudadanos y ciudadanas que acuden a los servicios de atención al usuario de la Entidad, CADES y SUPERCADÉ 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.

El otro grupo se caracteriza por ser población especial (discapacitados, tercera edad, mujeres en estado de embarazo y menores de un año fundamentalmente), que igualmente no han definido su estado de aseguramiento en salud y que probablemente requieren de dicho beneficio. 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 de Bogotá D.C., Centro de Atención Distrital Especial [CADE] y Supercades.

## 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:

Cuadro 4. Cumplimiento 2011 Metas Participación Social y Servicio al Ciudadano

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
A 2012 tener incluidos en la agenda pública temas estratégicos de promoción social.  <b>25% ejecutado. (Programado 25% del cuatrienio)</b>	Se incluyen en la agenda pública temas estratégicos de promoción social como: Mujer y género, población étnica, población en situación de desplazamiento, infancia, juventud, adulto y adulto mayor.
A 2012 estarán conformadas y funcionando 20 redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud.  <b>4 Redes ejecutadas. (Programado 4 para 2011)</b>	Durante el año 2011 se ha promovido 2.376 líderes y 233 líderes vinculados las Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud (MTCVyS) desde los procesos comunitarios acompañados y fortalecidos por gestión territorial de la Dirección de Participación Social. 54 espacios de ciudadanía activa fortalecidos como MTCVyS, comedores comunitarios, Consejos territoriales, organizaciones sociales de jóvenes y persona mayor, colectivo "nada sobre nosotros, sin nosotros", comunidad MISAK, pastoral social, bandas de resistencia de jóvenes, en ciudadanía activa en las 20 localidades del D.C.

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
<p>A 2012 fortalecer las redes sociales existentes en Bogotá.</p> <p><b>2 ejecutado. (programado 2 para 2011)</b></p>	<p>Durante la vigencia 2011 se dio continuidad al fortalecimiento de redes que se han venido trabajando con anterioridad, para contribuir a la atención integral en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de Comunicadores comunitarios en salud.</li> <li>• Red Materno Perinatal</li> <li>• Red de Control Social</li> <li>• Red social integral por el derecho a la alimentación y la salud.</li> </ul> <p>Para la meta del 2011, se fortalecieron las siguientes redes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red inter local de de jóvenes por el derecho a la salud y Red de salud y trabajo. Realizada primera Asamblea Juvenil por el Derecho a la Salud con la participación de 164 jóvenes de las diferentes subredes del Distrito Capital.</li> <li>• Red de salud y trabajo.</li> </ul>
<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><b>25% ejecutado. (programado 25% del cuatrienio)</b></p>	<p>Se realizaron las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizada la Sexta Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida, con la asistencia de 637 personas (62 servidores públicos y 575 representantes de 160 organizaciones sociales), pertenecientes a las 20 localidades.</li> <li>• Realizada la Séptima Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y la Calidad de Vida con asistencia de 557 personas delegadas de Copacos, Asociaciones de Usuarios y organizaciones autónomas.</li> </ul>
<p>A 2012 fortalecer las formas de participación social instituidos legalmente.</p> <p><b>25% ejecutado. (programado 25% del cuatrienio)</b></p>	<p>En el año 2011 continuó la asesoría, asistencia técnica y capacitación a las Formas de Participación Social en Salud, a través de:</p> <p>Acciones directas de fortalecimiento y asistencia técnica (asesoría y acompañamiento) con el 96% (que corresponde a 72 de las 75 existentes) de las formas de participación social en salud así: Asociaciones de Usuarios de las ESE de Bosa II, Fontibón, Del Sur, Tunal y Santa Clara. Asociaciones de Usuarios de EPS Contributiva de Famisanar, Humana Vivir, SOS, Sanitas y Sol salud. Comités de Participación Comunitaria en Salud de las localidades de Santa Fe, Tunjuelito, Mártires, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar, Nazareth y Usme.</p> <p>Acciones indirectas de fortalecimiento (a través de las Oficinas de Participación Social de ESE y EPS; convocatoria telefónica, correos electrónicos; comunicaciones escritas) con el 100% de las formas de participación social en salud (20 Copacos, Asociaciones de Usuarios de 22 ESE; 8 EPSS y 10 EPSC; 22 Comités de Ética Hospitalaria), legalmente instituidas.</p>
<p>A 2012 fortalecer en el 100% de las localidades las organizaciones sociales y comunitarias.</p> <p><b>25% ejecutado. (programado 25% del cuatrienio)</b></p>	<p>Durante la vigencia 2010, se fortalecieron 84 organizaciones sociales y comunitarias, distribuidas en las diferentes localidades de la ciudad y hubo asistencia y Acompañamiento técnico a 47 núcleos de gestión en las localidades del Distrito Capital</p>

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
<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><b>25% ejecutado. (Programado 25% del cuatrienio)</b></p>	<p>Se implementan 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:</p> <p>En democratización, implementación y seguimiento a las ESE para la ejecución del ejercicio de control social en el Plan de Intervenciones Colectivas: Se realizaron 34 reuniones de seguimiento a las Empresas Sociales del Estado, con el objetivo de revisar la implementación del lineamiento “Control Social para la garantía y la exigibilidad del derecho a la salud”, y de realizar seguimiento al ejercicio de control social en el sector, con la asistencia de aproximadamente 264 funcionarios/as.</p> <p>Acompañamiento a las ESE, en la realización de pre-asambleas o asambleas para elección de veedores, dentro de los cuales están los elegidos para el PIC, con una asistencia de 580 personas divididas en 436 personas de la comunidad y 144 funcionarios.</p> <p>En participación en los escenarios locales (CLIP) y distritales (CDPS con su UAT, CIP con su UAT), para posicionar y articular temas de salud, participación y calidad de vida:</p> <p>Presentación de las experiencias en salud, en el “Encuentro de Buenas Prácticas” y participación en los eventos de preparación metodológica para realizar los Encuentros Inter locales de Alistamiento a Encuentros Ciudadanos 2012. Balance de los 12 sectores sobre la gestión de la Comisión en el tema de participación ciudadana.</p> <p>La participación en escenarios locales (Comisión Local Intersectorial de Participación Local CLIP) se vio reflejada en el posicionamiento de temas de salud y calidad de vida. Total 135 ejercicios de CLIP en las 20 localidades del Distrito Capital, en donde se adelantaron acciones como: construcción de metodología para encuentros ciudadanos, concertación de agendas locales, evaluación de proyectos a partir de las necesidades sociales identificadas, avances en temas de construcción de respuestas integrales en las Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud, formación en temas sociales y políticos, Acuerdo 13, y todos los temas estratégicos de organización, gestión, participación, decisión y movilización social.</p> <p>Durante el año 2011 se logró establecer acuerdos entre los sectores que hicieron parte del equipo conductor de GSI en las localidades, logrando construir y consolidar agendas locales, con el acompañamiento a 155 ejercicios del equipo conductor en 19 de las 20 localidades a excepción de Sumapaz, localidad en donde no se desarrolló la dinámica de Gestión Social Integral por falta de voluntad política y por las condiciones de seguridad pública y por ende no se desarrolló el ejercicio de equipo conductor.</p> <p>En la Secretaría técnica del equipo de coordinación intrainstitucional de GSI, hubo posicionamiento del liderazgo de la secretaria técnica que tiene la Dirección en el proceso de consolidación. Consolidación de 20 agendas territoriales, 20 diagnósticos locales y 20 planes transectoriales. Posicionamiento del proceso como uno de los pilares fundamentales para la nueva administración distrital.</p>



META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
<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.</p> <p><b>25% ejecutado. (Programado 25% para el 2011)</b></p>	<p>Las acciones de participación social en las políticas, planes, programas y proyectos, se ejecutaron conforme a la programación para el 2011:</p> <p>Participación en políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada: Política para la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes, Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el D.C., Política Pública Distrital de Adultez, Política para la población en desplazamiento, Plan maestro de equipamiento en salud, Plan de acciones afirmativas para indígenas, Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género (PIOEG) y proyectos de control social.</p>
<p>Formular 4 políticas relacionadas con la salud con participación ciudadana</p> <p><b>En 2011 Avance en la formulación de una política (Acumulado de 4 políticas).</b></p>	<p>Para el año 2011 se formula la Política Distrital en Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2012-2023: Adoptada por Decreto Distrital 596 del 19 de diciembre de 2011. La participación ciudadana se dio en la fase de socialización, con 1201 personas. Realización de la audiencia pública ambiental por calidad de vida en el Sur, como ejercicio de ciudadanía activa, con la participación de 527 personas de la ciudad en la Audiencia Pública, distribuidos de la siguiente manera: 198 de Usme, 113 de Ciudad Bolívar, 68 de San Cristóbal y 148 de otras localidades como Kennedy, Suba, Bosa, Chapinero, Candelaria, Santa fe y Mártires. La audiencia pública fue impulsada por siete organizaciones juveniles del Sur: una de Ciudad Bolívar, tres de San Cristóbal y tres de Usme. Dichas organizaciones están conformadas en total por 46 jóvenes.</p> <p>Desde el lanzamiento de la Política en Salud Ambiental se han realizado talleres por localidad coordinados con Salud Pública y la Secretaría Distrital de Ambiente, a los cuales han asistido un total de 840 personas.</p>
<p>Formular 80 proyectos de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida.</p> <p><b>Acumulado 73 (A diciembre de 2011).</b></p>	<p>Formulación de 13 proyectos de autogestión con organizaciones sociales en los territorios del Distrito Capital, para un acumulado de 73 durante la vigencia. Los proyectos formulados enfatizan en los temas de juventud, medio ambiente y salud.</p>
<p>A 2012 implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano.</p> <p><b>25% ejecutado. (programado 25% para el 2011)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 72 formas de participación social en salud con asesoría y acompañamiento.</li> <li>• Formulación de 13 proyectos de autogestión comunitaria.</li> <li>• 84 organizaciones sociales territoriales que mantuvieron asistencia para su fortalecimiento por parte del equipo de gestión territorial.</li> <li>• Fortalecimiento de redes con las cuales se ha estado trabajando desde años anteriores: Red Social Integral por el derecho a la alimentación y la Salud, Red de control social, Red de comunicadores comunitarios en salud, Red Materno perinatal, para contribuir a la atención integral en salud.</li> <li>• Red inter local de de jóvenes por el derecho a la salud y Red de salud y trabajo.</li> <li>• Desarrollo de jornadas con la comunidad, para potencializar el proceso de participación y control sobre la gestión en salud. Estas fueron:</li> <li>• Realizada la Sexta Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida, con la asistencia de 637 personas (62 servidores públicos y 575 representantes de 160 organizaciones sociales), pertenecientes a las 20 localidades.</li> <li>• Realizada la Séptima Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y la Calidad de Vida con asistencia de 557 personas delegadas de Copacos, Asociaciones de Usuarios y organizaciones autónomas.</li> <li>• 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 (6 ediciones en el 2011 con 5000</li> </ul>

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
	<p>eemplares cada una). Como apoyo a los medios alternativos de comunicación, en el 2011 se realizó alianza con la estación comunitaria La Kalle para la producción del programa semanal en vivo Voces de mi calle. Se realizaron 31 programas, cada uno contaba con la participación de líderes comunitarios y las temáticas abordadas estuvieron relacionadas con procesos de exigibilidad del derecho a la salud (movilizaciones, audiencias, foros) y el posicionamiento de la Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano a través de las experiencias de la ciudadanía y los profesionales de la Dirección en el desarrollo de las líneas de la Política. La frecuencia de La Kalle llega a las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme, Kennedy, Puente Aranda y Rafael Uribe Uribe, también se escucha a través de página Web (<a href="http://www.lakallefmradio.tk">www.lakallefmradio.tk</a>). Como parte de la estrategia de comunicación para el fortalecimiento de la Participación Social en Salud y con el objetivo de posicionar la Política en otros espacios, en el 2011 se incursionó en las redes sociales, específicamente Facebook y Youtube. Se coadministró el grupo de Facebook: Octava papeleta Voz y Voto por tus derechos y en tres meses pasó de 895 a 1600 personas, es decir un promedio de 230 personas nuevas por mes. Este grupo visibilizó los ejercicios de movilización social por el derecho a la salud. Creación de una cuenta en Youtube para la divulgación y promoción de videos sobre los procesos de participación. Realización y edición de videos: nueve (9) videos con casos de denuncia sobre la intermediación en salud los cuales se proyectaron en la Audiencia Pública Distrital. Un (1) video promocional para la VII Asamblea Distrital y un (1) video con la recopilación de las Asambleas Distritales las cuales reflejan los procesos de participación y movilización social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las acciones de participación social en las políticas, planes, programas y proyectos, se ejecutaron conforme a la programación para el 2011: Política para la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes, Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el D.C., Política Pública Distrital de Adultez, Política para la población en desplazamiento, Plan maestro de equipamiento en salud, Plan de acciones afirmativas para indígenas, Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género (PIOEG) y proyectos de control social.</li> <li>• Ejecución de la Primera Asamblea Juvenil por el Derecho a la Salud, con participación de 164 jóvenes, en la cual se socializan las propuestas de las redes norte con la temática Jóvenes y Participación Social en Salud; red Centro Oriente con la temática Jóvenes y Exigibilidad de Derechos en Salud; red sur occidente con la temática Organizaciones Juveniles y Salud y red sur con la temática Redes Sociales Juveniles y Salud.</li> <li>• Formulación de la Política Distrital en Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2012-2023: Adoptada por Decreto Distrital 596 del 19 de diciembre de 2011, con participación ciudadana.</li> <li>• Realización de la audiencia pública ambiental por calidad de vida en el Sur, como ejercicio de ciudadanía activa, con la participación de 527 personas.</li> <li>• Desarrollo del Diplomado de la Escuela Promocional de Calidad de Vida, con el primer Módulo Común, con participación de 66 funcionarios inscritos. Primer Lugar en el Premio Distrital a la Gestión 2011. "Valoración de mejores prácticas. Procedimientos de capacitación y formación". Se realizan ejercicios formativos a las organizaciones sociales autónomas, gestores comunitarios y profesionales de apoyo de salud a su casa por redes.</li> <li>• Realización de la Audiencia Distrital Popular por el derecho a la salud el 24 de agosto/11 con la asistencia de 1300 personas, se reafirma que en Bogotá el enfoque de derechos gana fuerza para incidir en la transformación de las condiciones de vida de la población, en unidad (Alcaldía, la Secretaría de Salud, gerentes de los hospitales,</li> </ul>

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
	<p>organizaciones de salud, organizaciones sociales y la ciudadanía en general) se posicionó la defensa de la red pública como patrimonio de los y las bogotanas generando un proceso de exigibilidad del derecho a la salud y la defensa de lo público, sin que primen intereses individuales ni protagonismos.</p>
<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><b>25% ejecutado. (Programado 25% para el 2011)</b></p>	<p>Desarrollo del Diplomado de la Escuela Promocional de Calidad de Vida, con el primer Módulo Común, con participación de 66 funcionarios inscritos. Primer Lugar en el Premio Distrital a la Gestión 2011. “Valoración de mejores prácticas. Procedimientos de capacitación y formación”. Se realizan ejercicios formativos a las organizaciones sociales autónomas, gestores comunitarios y profesionales de apoyo de salud a su casa por redes.</p>
<p>Al 31 de diciembre de 2011 se atenderá el 100% (25% de la meta del cuatrienio) de las solicitudes de orientación e información a la ciudadanía, las 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.</p> <p><b>Resultado 100% de los requerimientos de información y orientación, quejas, reclamos solicitados a la SDS.</b></p>	<p><b><u>EJE DE GESTIÓN DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Se intervino un acumulado de <b>232.002 (100%)</b> Atenciones Ciudadanas de Orientación e Información, cuyo comportamiento acumulado por canal habilitado para la atención a la ciudadanía en la gestión de orientación e información, fue:</li> </ul> <p>Módulos: 31.347 ciudadanos-as  Líneas Convencionales y 018000919551: 6.355 ciudadanos-as  Orientaciones Grupales: 3.243 ciudadanos-as  Capacitaciones: 26  Orientación Telefónica SQS: 2.119 ciudadanos-as  Ferias Servicio al Ciudadano: 2.363 ciudadanos-as  Red Cade-Supercade: 185.661 ciudadanos-as</p> <p><b>888</b> casos especiales de vulneraciones del derecho a la salud intervenidos y con seguimiento en el Procedimiento de Orientación e Información del Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud, cuya casuística implicó una gestión de soporte administrativo, una intervención asistencial, coordinación intra e interinstitucional, un seguimiento y cierres de caso.</p> <p><b>6.655</b> personas identificadas como población especial, dentro de la clasificación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, atendidas con orientación e información para su acceso a la garantía del derecho a la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciudadano habitante de la calle: 286</li> <li>• Comunidades Indígenas: 161</li> <li>• Menores desvinculados del conflicto armado: 30</li> <li>• Personas incluidas programa de protección a testigos: 8</li> <li>• Personas mayores en centros de protección: 10</li> <li>• Población desmovilizada: 84</li> <li>• Población en desplazamiento forzado: 5.964</li> <li>• Población infantil abandonada a cargo del ICBF: 56</li> <li>• Población infantil vulnerable en instituciones diferentes al ICBF: 48</li> <li>• Población ROM: 2</li> <li>• Población rural migratoria: 6</li> </ul> <p><b>32.153</b> personas identificadas como población prioritaria y/o de interés, por Plan de Desarrollo Distrital de Salud Pública, atendidas con orientación e información para su acceso a servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes: 2.123</li> <li>• Menores de 5 años: 11.763</li> <li>• Mayores de 65 años: 15.720</li> </ul>

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con discapacidad severa: 885</li> <li>• Personas con enfermedad crónica: 1.024</li> </ul> <p><b>14.902</b> casos con motivos de barreras de acceso, intervenidos en el proceso de orientación e información, con gestión de soporte intra e interinstitucional (con áreas SDS, ESE, EPS-S, EPS-C otras Entidades), para la resolución de sus problemáticas de acceso a los servicios de salud o de vulneraciones frente al derecho a la salud, desestimulando que estas personas interpusieran derechos de petición o tutelas. Estos casos son identificados a través del <b>SIDBA</b> - Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso.</p> <p><b><u>EJE DE GESTIÓN DE LOS SISTEMAS PARA LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD:</u></b></p> <p>Se gestionó un acumulado de <b>10.413 (100%)</b> Requerimientos y Derechos de Petición que fueron ingresados en el Sistema de Quejas y Soluciones (SQS) de la Secretaría de Salud-SDS, cuyo comportamiento por modalidad del Derecho de Petición fue:</p> <p>Derechos de Petición de interés general: 165  Derechos de Petición de interés particular: 3.778  Quejas: 510  Reclamos: 4.907  Manifestaciones: 14  Solicitud Copias: 75  Solicitud Información: 914  Sugerencias: 14  Felicitaciones: 36</p> <p>Los 8 principales motivos de barreras de acceso identificadas a través del SQS-SIDBA (Sistema de Quejas y Soluciones–Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso), han sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para prestación servicios POS: 3.764 casos.</li> <li>• Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en Base de Datos: 2.234 casos.</li> <li>• Inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar: 1.324 casos.</li> <li>• Atención deshumanizada, o extralimitación y abuso de responsabilidades: 1.219casos.</li> <li>• Dificultad acceso servicios por inadecuada referencia-contrarreferencia: 1.136 casos.</li> <li>• Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios, ó de alto costo, ó tutelas: 1.102 casos.</li> <li>• Dificultad para Prestaciones Extraordinarias de Salud-NO POS: 952 casos</li> <li>• Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario: 760 casos.</li> </ul> <p><b>5.525</b> Seguimientos realizados a derechos de petición o requerimientos que fueron ingresados al Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaría Distrital de Salud.</p> <p>3.439 fueron Seguimientos realizados a requerimientos de competencia de las dependencias de la Secretaria Distrital de Salud-SDS.</p> <p>1.376 Seguimientos realizados a requerimientos de competencia de las dependencias de las Empresas Sociales del Estado-ESE.</p> <p>457 Seguimientos realizados a requerimientos direccionados a la Empresas</p>

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
	<p>Promotoras de Salud-Subsidiado-EPS-S, con el fin de garantizar respuesta oportuna al usuario.</p> <p>178 Derechos de Petición direccionados a las EPS-S sin respuesta oportuna a peticionarios y remitidos a Garantía de la Calidad.</p> <p>75 Seguimientos a Casos Especiales de Supersalud y CURYC.</p> <p>-TOTAL REQUERIMIENTOS POR <u>NO RESPUESTA OPORTUNA A DERECHOS DE PETICION</u>: <b>1.280</b> requerimientos realizados. De los cuales fueron:</p> <p>876 Requerimientos realizados de forma escrita a dependencias de la Secretaria de Salud – SDS, los cuales fueron con copia a la Oficina de Control Interno Disciplinario</p> <p>404 Requerimientos realizados de forma escrita a dependencias de los Hospitales – ESE, los cuales fueron con copia a la Oficina de Control Interno Disciplinario.</p> <p><b>331</b> Derechos de Petición tramitados en relación a problemáticas de la población en condición de desplazamiento</p> <p><b>70</b> Capacitaciones realizadas a nuevos operadores del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones - SDQS durante, con el fin de garantizar su adecuado manejo por parte de las dependencias de SDS, de las ESE y EPS-S.</p> <p><b>1.163</b> Asistencias Técnicas tutoriales brindadas a los diferentes funcionarios y funcionarias de las dependencias de la Secretaría y de las Empresas Sociales del Estado, sobre la revisión de requerimientos y para definir acción frente a competencias para responder a peticionarios.</p> <p><b>12</b> Comités realizados de Seguimiento trimestrales al SQS-SIDBA, 4 realizados a nivel de las ESE, 4 a nivel de las EPS-S y 4 a nivel de las Dependencias de la SDS. Estos Comités de Seguimiento son un espacio de análisis y de toma de acciones conjuntas, que permitieron establecer compromisos para la implementación de planes de mejora por los competentes y además favoreció la Rendición de Cuentas sobre avances en resultados de acciones de mejora.</p> <p><b>390</b> Derechos de Petición bajo la Figura del Defensor del Ciudadano, teniendo en cuenta que esta responsabilidad está en la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, específicamente en la Coordinación de Servicio al Ciudadano de acuerdo a la Resolución 645 del 01 de Junio de 2010 de la Secretaria Distrital de Salud, realizando gestión de enlace y coordinación intra e interinstitucional e incidiendo en la rectoría y control para que los competentes no solo respondieran oportunamente a los peticionarios sino que también repararan vulneraciones frente a la garantía del derecho a la salud.</p> <p><b><u>EJE DE GESTIÓN MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN</u></b></p> <p>Se midió el Indicador de gestión de efectividad, sobre la <b><u>Proporción de la Percepción y Satisfacción de los ciudadanos y ciudadanas</u></b> con la calidad del Servicio brindado en los Módulos de la Dependencia de Servicio al Ciudadano del Centro Distrital de Salud y de la atención de Casos Especiales, a través de los cuatro trimestres del año 2011 y de manera mensual, utilizando metodologías tales como evaluación in-situ soportada por los calificadores del Digiturno y de Grupos Focales. Como resultado promedio acumulado de los cuatro trimestres-2011 se obtuvo un resultado aprox. de <b>94% de satisfacción</b>, lográndose positivamente un incremento</p>

META Y RESULTADO DEL INDICADOR EN EL 2011	DESCRIPCIÓN
	promedio aprox. del 8% respecto a la línea de base de este indicador que es del 87%, teniendo en cuenta que este Indicador debe presentar una tendencia creciente. El tamaño de la muestra acumulada para los cuatro trimestres fue de 15.990 personas que calificaron el Servicio de Atención a la Ciudadanía, de las cuales 15.035 calificaron como excelente y bueno la atención recibida.

### 3.2. Indicadores:

Indicador	Fórmula
Planes de acción de intervenciones colectivas elaborados y ejecutados con participación comunitaria por localidades del Distrito Capital	No. De acciones ejecutadas para formular el PIC con participación/No. Acciones programadas para formular el PIC) x 100
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
Número de redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud conformadas y funcionando	El indicador es un valor absoluto (No. Redes).
Número de redes sociales existentes fortalecidas.	El indicador es un valor absoluto (No. Redes)
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.	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
Porcentaje de avance en el fortalecimiento de las formas de participación social instituidos legalmente (meta física llegar a 200 formas)	No. De Formas de Participación fortalecidas / No. De Formas de participación Programadas) x 100
Porcentaje de avance en el fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias	No. De acciones ejecutadas para el fortalecimiento de las organizaciones sociales / No. De acciones programadas para el fortalecimiento de las organizaciones sociales) x 100
Número de políticas formuladas relacionadas con la salud con participación ciudadana	El indicador es un valor absoluto (No. Políticas).
Número de proyectos formulados de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida.	El indicador es un valor absoluto (No. Proyectos formulados)
Porcentaje de avance en la implementación y evaluación de la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano	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

Indicador	Fórmula
Porcentaje de avance en el diseño e implementación de la escuela de participación social	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 implementar un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud) X 100
Porcentaje de atención de peticiones, quejas y demandas ciudadanas.	No. De peticiones, quejas, demandas y solicitudes de orientación ciudadanas atendidas/No. De peticiones, quejas, demandas y solicitudes orientación interpuestas) x 100

### 3.3. Presupuesto Ejecutado:

En total para la vigencia 2011, se ejecutaron **\$3.834.292.408** millones de pesos, de **\$3.982.522.508** millones apropiados, lo que implica una ejecución de 96.28%. Menor que la ejecución del periodo inmediatamente anterior.

### 3.4. Limitaciones y Problemas del Proyecto

- Durante la vigencia 2011, por diferentes circunstancias los procesos contractuales se dilataron y los términos de los mismos no se pudieron cumplir antes de finalizar el año lo que significó declararlos desiertos, particularmente en el rubro de dotación.
- La Dirección no cuenta con un sistema de información que consolide los procesos y que permita de forma estructurada, acceder o consultar la información proveniente de las acciones que los diferentes profesionales han desarrollado en cada uno de los territorios del Distrito Capital.

### 3.5. Efectos del Proyecto y/o Acciones sobre el Problema:

#### Empoderamiento Comunitario bajo en Enfoque de Exigibilidad del Derecho a la Salud

- Fortalecimiento de procesos de organización y movilización social y comunitaria, alrededor de la exigibilidad del derecho a la salud.
- Se han fortalecido los procesos y espacios de participación social en salud, en el ámbito distrital y territorial, a través de la implementación de la Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano, producto del trabajo desarrollado por los equipos de Gestión Institucional, Gestión Territorial, Servicio al Ciudadano y transversalidades.
- La apropiación por parte de las comunidades de los sistemas de información de SQS (Sistema de Quejas y Soluciones) y SIDBA (Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso), como herramientas para la democratización de la información y la exigibilidad del derecho a la salud.
- Empoderamiento social a través de la implementación del Sistema Distrital de Participación y de la planeación local participativa.
- Se continúa el proceso de fortalecimiento a las formas normatizadas de participación en salud, y se da inicio al fortalecimiento de organizaciones sociales autónomas, a partir del trabajo territorial, que a su vez han propiciado que las comunidades exijan a

los diferentes actores del sistema, la respuesta y desarrollo de procesos, para mejorar la prestación de servicios de salud y la gestión de respuesta a necesidades identificadas.

### Fortalecimiento de la Participación Social en Salud

- Las formas de participación social en salud (COPACOS, Asociaciones de Usuarios, Comités de Ética y Veedurías en salud) avanzaron en el fortalecimiento de su organización interna y su gestión alrededor de la garantía y exigibilidad al derecho a la salud.
- 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.

- 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. Mediante la Expedición de la Resolución 1073 de 7 septiembre de 2011, por la cual se adoptan nuevas disposiciones en materia de Gestión Social Integral en la Secretaría Distrital de Salud, en la que la secretaría técnica está a cargo de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. Se realizaron 41 reuniones del equipo conductor institucional de GSI de la SDS, y 5 reuniones de coordinación externa.
- Participación de diferentes poblaciones en los eventos de movilización, como ejercicio de la ciudadanía activa y la exigibilidad del derecho a la salud, para incidir en la transformación de las condiciones de vida de la población, como fueron la sexta y séptima Asambleas Distritales por el derecho a la salud, Audiencia Distrital Popular por el derecho a la salud, audiencia pública ambiental por calidad de vida en el Sur y Primera Asamblea Juvenil por el Derecho a la Salud.

### Impacto Sobre la Respuesta del Sector, a partir de los Sistemas de Escucha de la SDS

- La principal contribución de los Sistemas de información para la exigibilidad del derecho a la salud, es la articulación y complementariedad de la información para la exigibilidad ciudadana del derecho a la salud, permitiendo la anticipación de resolver problemáticas de barreras de acceso a través de un procedimiento de orientación, que opera vía derecho de petición. Así mismo, la implementación de la estrategia de semaforización y gestión del Sistema de Quejas y Soluciones-SQS, la cual genera alertas a los tiempos de respuesta al derecho de petición, contribuyendo a incentivar la cultura del auto-control para dar respuestas oportunas a los requerimientos, a la



disminución de los tiempos establecidos legalmente a los derechos de petición por parte de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, Empresas Sociales del Estado-ESE y Empresas Promotoras de Salud-Subsidiado-EPS-S, para el mejoramiento de la oportunidad y adecuado manejo del Sistema de Quejas, generando un impacto a la garantía de oportunidad y calidad en la respuesta.

- La democratización de la información sobre barreras de acceso a los actores institucionales, de control y sociales para la implementación de planes de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios y disminución de vulneraciones e inequidades en salud, es la principal herramienta de rectoría y asistencia técnica de la Secretaría Distrital de Salud, que permitió el direccionamiento estratégico de la información para la exigibilidad del derecho a la salud a nivel de las Dependencias de Servicio al Ciudadano de las Empresas Sociales del Estado y de las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas, lo que constituyó un sistema para la ciudadanía activa en salud, desconcentrado, que opera a nivel Distrital y Local, el cual aporta a la construcción de una ciudad garante de derechos; a la formación de mecanismos de organización de la ciudadanía sobre sus derechos y deberes en salud, para la exigibilidad y garantía del derecho a la salud.
- La visibilización documentada que se hizo sobre el panorama de barreras de acceso en salud que tiene la ciudadanía en la capital de la república, con los actores tanto del Sistema Distrital de Salud, como a nivel de actores del Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud, así como también con los diferentes Entes de Control, contribuyó a que hoy día se esté examinando si el Sistema de Salud actual realmente favorece el derecho a la salud, si lo que requiere el Sistema son más modificaciones y ajustes o si lo que necesita el país es un Nuevo Modelo de Salud.
- A partir de los Sistemas de Información SIDBA-SQS, la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano contribuyó a resultados tales como generar opinión pública en favor del derecho a la salud, a avanzar en la disminución de barreras de acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios. También en cualificar los recursos de poder de la ciudadanía para que exija de manera individual y colectiva el cumplimiento del derecho a la salud a través de escenarios de deliberación, de rendición de cuentas, de procesos de Gestión Territorial que se realizan en las mesas y redes de calidad de vida, en los espacios cívicos, en las Asambleas Distritales por el Derecho a la Salud, en Audiencias Públicas, en las Consultas Ciudadanas, Foros, Plantones, marchas ciudadanas y toda la diversidad de propuestas que surgen de la ciudadanía.
- La Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, ha venido trabajando en fortalecer el papel del Estado garante frente a los derechos a la salud y a la participación social de la ciudadanía para incidir y decidir en la salud como construcción social. Es claro que las transformaciones que se requieren para que en el país haya derecho a la salud pasa necesariamente por la disminución de las inequidades en la distribución del poder y esto es posible si se profundizan los procesos de participación con decisión.
- Finalmente, es de resaltar que en el 2011 la Dependencia de Servicio al Ciudadano ganó el galardón de segundo puesto del “Premio Distrital a la mejor dependencia y persona encargada del Proceso misional de atención de Quejas y Reclamos en las Entidades Distritales, Hospitales y Alcaldías” el cual es otorgado por la Veeduría Distrital, por su gestión en el Sistema de Quejas y Soluciones.

### 3.6. Población o unidades de focalización atendidas:

Cuadro 5. Población o unidades de focalización atendidas

GRUPO OBJETIVO	Población Proyectada 2011
Usuarios-as, Organizaciones Sociales de Territorios y Ciudadanos de las Formas de Participación, que se pretendían beneficiar en el 2011	312.263
Ciudadanía Atendida en el 2011 por Servicio al Ciudadano	232.002

### 3.7. Población o Unidades de Focalización sin atender

Cuadro 6. Grupo Sin Intervenir

GRUPO OBJETIVO	Población Proyectada 2011
Ciudadanía de Organizaciones sociales, que por limitado del Presupuesto del Proyecto quedo sin atender.	0

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

Cuadro 7 Grupo Demandante de Servicios 2011[Final Vigencia]

GRUPO OBJETIVO	Población Proyectada 2012
Ciudadanía que se prevé seguirá requiriendo de las acciones del Proyecto.	334.121

### 3.9. Otras acciones implementadas para la solución del problema

- Evaluación de la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía a partir de recoger la percepción de los actores institucionales, principalmente de las ESE, EPSS y EPSC, por medio de una metodología lúdica que facilitó la expresión, discusión y conclusión frente a qué le deja a la ciudad el desarrollo de cada una de las 5 Líneas de la Política, en términos de avances o logros, dificultades y propuestas, y que aportes se deben considerar para potenciar la implementación de la Política.
- Implementación del Sistema Integrado de Gestión (Sistema de Gestión de Calidad y MECI), para precisar la respuesta a las expectativas y necesidades de las partes interesadas, que inciden en la gestión frente al problema identificado.
- 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, a 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 asambleas, audiencias y reuniones liderados por actores sociales y comunitarios.
- Acompañamiento en la formulación de proyectos de autogestión para la el fortalecimiento de organizaciones de población de jóvenes mujeres y en condición de discapacidad.

### 3.10. Diagnóstico Final del Problema.

Frente al problema expuesto de ***“Ciudadanía de Distrito Capital, que no ejerce de forma efectiva, eficiente y eficaz, el derecho fundamental a la salud, y limita su participación a procesos informativos, sin incidir de forma activa y relevante, en la gestión de prestación de servicios y en la respuesta a las necesidades sociales, que afectan condiciones de salud o enfermedad y en últimas sus condiciones de vida”***, el Distrito Capital ha avanzado en el ejercicio de la ciudadanía activa, de la exigibilidad del derecho a la salud, (a través del conocimiento de sus derechos y los mecanismos de exigibilidad) que inciden directamente en la afectación de las condiciones de salud de la población. Sin embargo esta es una labor permanente que exige de la continuidad de los procesos de fortalecimiento de la participación social y la definición e implementación de indicadores que permitan medir el impacto de la gestión adelantada por la Dirección con articulación institucional, sectorial e intersectorial, en respuesta al problema identificado.

# **Problema Social No. 10**

## **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 del 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. Diariamente la línea de emergencias 123 recibió al rededor de 2.200 llamadas para la atención de situaciones de urgencias por enfermedades crónicas agudizadas o por trauma y situaciones de emergencias, que requieren de una respuesta inmediata en el lugar del incidente por parte del sector salud, no logrando una respuesta efectiva y oportuna en el 100% de los pacientes críticos.

### **1.2. Identificación de las causas y efectos del problema**

Fragmentación del Sistema Distrital de Emergencias Médicas, como estrategia fundamental para atender las necesidades en salud de la población que se demandan por la urgencia, emergencia y desastre; que obligan al sector salud 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.

En los años de vigencia del Sistema de Urgencias Médicas en el sector salud se han registrado sustanciales modificaciones de orden conceptual, político, económico y técnico que le determinan las necesarias adecuaciones del modelo original. Con la expedición de la Ley 100 de 1993 se instituye 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 asunción 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 recuperación de costos y establecimiento de cuotas moderadoras al uso de los servicios de salud, incluidos los servicios de urgencias, la descentralización hacia niveles subnacionales y privatización o externalización de servicios públicos, la subsidiaridad del Estado en Salud, entre otros.

Surgen nuevos escenarios de atención en salud individual y fuentes de financiación, como el Plan de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional ATEP, Plan Obligatorio

de Salud POS, Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, los planes complementarios, el Plan de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT y SOAT. Al encontrarse vigente el Sistema Distrital de Salud establecido mediante el Acuerdo 20 de 1990 se mantienen elementos de un sistema público estructurado sobre la base de considerar que garantiza la salud mediante la oferta de servicios, de ahí que su concepción, organización, financiamiento, planeación y demás aspectos del funcionamiento en general del Sistema de Salud, giran alrededor de la prestación de servicios a la población vinculada al Sistema.

No se reguló el 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.

Con la expedición de la ley 715 de 2001 los vacíos legales e inconsistencias que presentaba la Ley 100 de 1993, se resuelven en cuanto a la posibilidad de armonizar el modelo de aseguramiento individual con las acciones de salud pública tanto del Plan de Atención Básica del Sistema General de Seguridad Social [hoy en día plan de acciones colectivas establecido en la ley 1122 del 2007], como con un Plan de Salud Pública Distrital unido al Plan de Desarrollo, en concordancia con las responsabilidades específicas de las entidades territoriales frente a la salud pública, incluido el servicios de urgencias. Las competencias de los departamentos, distritos y municipios para ejercer la rectoría del Sistema de Aseguramiento y la rectoría del sector salud.

Como efectos se tienen la mayor morbilidad y mortalidad por deficiencias en la atención. Mayor tiempo de respuesta pre hospitalaria; La pérdida de recursos por la asistencia de varias ambulancias para el mismo incidente por falta de articulación y coordinación; Problemas en la comunicación que afectan la prestación del servicio.

### **1.3. Focalización**

La población beneficiaria del Sistema de Emergencias Médicas es toda la población bogotana que requiera un servicio en caso de urgencias, emergencias y desastres.

### **1.4 Actores que intervienen en el problema**

Para el desarrollo del proyecto Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre hospitalaria, se realiza articulación con diferentes sectores y actores, como son las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud públicas (Empresas Sociales del Estado) y privadas, Aseguradores, Empresas Administradores de Planes de Beneficios, Administradoras de Riesgos Profesionales, Ministerio de Protección Social. El Sector científico representado por la Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología [SCOT], la Sociedad

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

## 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.

### 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 2011 avanzar en un 18% 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.

Cuadro 1. Metas 2011 Proyecto de Inversión

Acciones	Proyección 2011
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	22%
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.	15%
Actualización y Desarrollo del Plan de Preparación y Respuesta frente a la Influenza Pandémica en el Sector Salud- y demás contingencias en el sector salud.	15%
Implementación y seguimiento al Plan de Respuesta del Sector Salud frente a un Terremoto e Incidentes de Gran Magnitud	32%
Actualización e Implementación el Plan Institucional Para La Respuesta A Emergencias Externas de la SDS	20%
Conformación, entrenamiento y capacitación permanente de un equipo de salud multidisciplinario del sector salud para apoyo a la respuesta extra- hospitalaria frente a situaciones de urgencias, emergencias y desastres	17%
Adquisición de insumos y elementos que fortalezcan la capacidad de respuesta de atención médica frente a urgencias, emergencias y desastres	60%
Apoyar en el diseño e implementación protocolos de los Respuesta del Sector Salud frente a urgencias, emergencias y desastres	25%

Meta 2. A 2011 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 2011
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	15%

Meta 3. A 2011 capacitar a 10.000 gestores comunitarios como multiplicadores que promuevan el desarrollo de planes específicos para diferentes escenarios (oficinas, edificios, barrios, colegios, etc.).

<b>Acciones</b>	<b>Proyección 2011</b>
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.	27%
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 2011 se habrá avanzado en un 24% en la revisión, ajuste y puesta en marcha el Sistema de Emergencias Médicas para el Distrito Capital en el contexto del modelo de salud.

<b>Acciones</b>	<b>Proyección 2011</b>
Diseñar e Implementar estrategias que permitan descongestionar los servicios de urgencias y aumentar su capacidad resolutive	23%
Diseñar e implementar el plan de vigilancia de la calidad en la prestación de los servicios de Atención PRE Hospitalaria, de urgencias y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	25%
Incremento en la capacidad de respuesta y la eficiencia a través de la estandarización de los procesos y procedimientos	24%
Diseñar e implementar y realizar el seguimiento planes de mejoramiento para la gestión de los procesos de regulación medica para la urgencia y el sistema de referencia y contra referencia	24%
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 publica y privada del Distrito Capital	31%

Meta 5. Mejorar en 2 minutos los tiempos de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria.

<b>Acciones</b>	<b>Proyección 2010</b>
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,	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	24%



Meta 6. A 2011 avanzar en un 17% con un sistema de identificación de riesgos actualizado para el distrito capital.

Acciones	Proyección 2011
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)	20%
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,	17%
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	17%

#### 2.4. Presupuesto asignado:

Para 2011 se asigno un presupuesto de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud de \$55.150.703.050, provenientes de los aportes ordinarios del Distrito Capital, de estos recursos, \$300.000.000 provienen de otras transferencias de la nación.

#### 2.5. Población o unidades de focalización objeto de atención:

La población beneficiaria del proyecto Ampliación del Programa Atención Pre hospitalaria es toda la población bogotana que requiera un servicio en caso de urgencias, emergencias y desastres.

### 3 Resultados en la transformación de los Problemas

#### 3.1. Niveles de cumplimiento:

**Meta 1. A 2011 avanzar en un 18% 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 87%. En trabajo conjunto con el Sistema de Distrital de Atención de Emergencias se logro la actualización e implementación conjunta del 100% de los Planes de Preparación y Respuesta del Sector Salud y la construcción de los protocolos interinstitucionales, permitiendo generar acciones de coordinación al interior de la Secretaria Distrital de Salud para el desarrollo de las fases de preparación y respuesta ante emergencias, aglomeraciones de público y eventos de interés en salud pública.
- Con relación a una de las emergencias de mayor impacto en la vigencia 2011 Oleada Invernal, se adelanto acciones articuladas con el Sistema Distrital de Atención de Emergencias a través de la actualización e implementación conjunta del Plan de

Contingencia Sector Salud Emergencia Oleada Invernal, y la construcción de los protocolos interinstitucionales de respuesta, generando acciones de coordinación al interior de la Secretaría Distrital de Salud para establecer, en las zonas identificadas como críticas, medidas de prevención, control y mitigación tendientes a disminuir el impacto sobre el estado de salud de la población del Distrito Capital, como consecuencia del incremento de las lluvias, inundaciones, fenómenos de remoción en masa, fallas en el sistema de drenaje, vendavales, tormentas y granizadas.

- En el 2011 se atendieron en promedio por incidentes asociados a la Ola invernal por semestre 987 llamadas, dato similar al reportado en la ola invernal del segundo semestre del 2010 que fueron 981 llamadas, encontrándose que tanto en el 2010 como en el 2011 las localidades que mayor porcentaje de solicitudes de información o asesorías atribuibles a esta causa fueron en su orden Ciudad Bolívar, Rafael Uribe y San Cristóbal las cuales solicitaron el 78% en el 2010 y 70% en el 2011.
- Frente al Decreto 553 del 7 de diciembre de 2011 expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Resolución No. 1434 “Por la cual se declara la Urgencia Manifiesta y se adoptan las acciones para mitigar los efectos ocasionados por la situación de emergencia declarada en el Distrito Capital y minimizar el impacto sanitario”, se le asignaron al proyecto 634, \$4.200.000.000 millones de pesos con los cuales se tramitaron contratos con los hospitales (Suba, Engativa, Pablo VI Bosa, Del Sur y Fontibon), para realizar acciones de recuperación y mitigación de la Emergencia Invernal y Ambiental de la Ciudad ; y para adquisición de carpas tipo hospital inflable para la atención de los pacientes y elementos e insumos de protección personal y bioseguridad, para el personal de apoyo y la ciudadanía afectada por dicha Emergencia.
- Uno de los avances en esta vigencia es la estructuración en un 100% del Plan de Respuesta Institucional a Emergencias Externas, instrumento que define los lineamientos y establece las acciones del sector salud articuladas con el SDPAE, y así responder eficaz y eficientemente en situaciones de emergencia y/o desastre.
- Se adelanto la asesoría y asistencia técnica en el Plan de Emergencias Hospitalarios al 100% de las ESE, con el objeto de conocer el grado de implementación y los planes de contingencia que tiene definido las ESE para dar respuesta a situaciones de emergencias y desastres.
- La revisión del 100% de los planes de aglomeraciones y planes anuales de contingencia radicados ante la SDS y en el SUGA, permitió prevenir o mitigar los riesgos en las aglomeraciones y determinar si las instituciones cuentan con las medidas de prevención frente a situaciones de urgencias y emergencias respectivamente, así mismo se realizó el apoyo en promedio mes a 47 aglomeraciones de público, a las cuales se les asignaron en promedio 72.8 vehículos/ mes del Programa APH.
- La Secretaría Distrital de Salud como líder del sector salud dentro del Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias participó activamente en el Comité Organizador Local del Mundial Sub 20, logrando estructurar el Plan de Preparación y

Respuesta del Sector Salud para el evento, para lo cual preparo a la red prestadora de servicios de salud pública y privada.

**Meta 2. “...A 2011 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 17.608 personas en el curso Primer Respondiente.

**Meta 3. “...A 2011 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 180%. Formación a personas del Distrito Capital para dar respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y eventuales desastres, logrando una cobertura en el 2011 de 18.202 personas capacitadas, con un cumplimiento del 182% de acuerdo a población programada, este crecimiento fue gracias a la implementación de estrategias transversales de articulación con otros sectores y actores del Sistema como Brigadas de Emergencias, Policía Nacional, Trans Milenio, Educación.

Cuadro 2. Programas de Formación

PROGRAMAS DE FORMACION		COBERTURA
<b>CURSOS DE URGENCIAS BASICOS</b>	Primer Respondiente Esencial Comunidad	15.754
	Primer Respondiente Esencial Salud	1.977
	Patologías frecuentes relacionadas con la urgencia	61
<b>CURSOS DE URGENCIAS AVANZADO</b>	Soporte Vital Modulado en Trauma	171
<b>CURSOS DE EMERGENCIAS</b>	Sistema Comando de Incidentes Básico	189
	Misión Medica	50
<b>TOTAL</b>		<b>18.202</b>

Con relación a la educación virtual para el fortalecimiento de las competencias los integrantes del Programa APH en el Sistema de Emergencias Medicas se diseño e implemento seis módulos durante el año 2011 así: i)Ventajas de la educación virtual, ii)Sistema Distrital de Emergencias Medicas, iii)Recurso Humano y Ámbito Pre hospitalario, iv) Primer Respondiente, v)Equipamiento de Ambulancias y vi) Sistema Comando de Incidentes, participando en el programa 400 personas que hacen parte de las tripulaciones del Programa Atención Prehospitalario y de los servicios de urgencias de las ESE.

**Meta 4. “...A 2011 se habrá avanzado en un 22% en la revisión, ajuste y puesta en marcha del Sistema de Emergencias Médicas para el Distrito Capital en el contexto del modelo de salud...”.** Cumplimiento 83%.

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

Rectoría: Presentación de la propuesta al Ministerio de Protección Social de las observaciones de la Resolución 1043 de 2006, en el componente de transporte siendo el eje fundamental Vehículos de Respuesta Rápida, Ambulancia en Salud Mental, y el componente de Emergencias en lo relacionado con los Planes Hospitalarios de Emergencias.

Construcción de la propuesta de reglamentación de la Ley 1438 de 2011, en el artículo 67 relacionado con el Sistema de Emergencias Médicas y Redes de Urgencia, estableciendo los lineamientos de orden nacional con los siguientes subsistemas:

1. Prestación de servicios (Atención Pre hospitalaria, hospitalaria e ínter hospitalario), 2. Gestión del Riesgo, 3. Promoción, prevención y participación ciudadana, 4. Educación, investigación y cooperación, 5. Información y telecomunicaciones, 6. Transporte, 7. Vigilancia Epidemiológica y 8. Administración gestión y dirección

Calidad: Diseño y ejecución del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Dirección CRUE, para garantizar la mejora de los procesos, a través del seguimiento a los controles de los procedimientos así como la identificación e implementación de oportunidades de mejoramiento con un cumplimiento del 100% en el diseño y 91% en la implementación con los siguientes resultados:

- Cumplimiento global del 84% a la obligación contractual frente a dotación y funcionamiento de equipos, dispositivos e insumos médicos de las móviles del Programa Atención Pre hospitalaria.
- Cumplimiento del 81% frente al seguimiento de idoneidad y perfiles del personal del Programa Atención Pre hospitalaria realizado a las hojas de vida del recurso humano vinculado en el 2011 y vigente a la fecha de este reporte.
- Cumplimiento de 92% en lo relacionado con el procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica evaluando la adherencia a la actividad establecida en el procedimiento y calidad del dato para mejorar la atención brindada por el Centro Operativo a la comunidad que realiza una solicitud a la Línea de Emergencias 123.

Prestación de Servicios de Salud : Integración de los actores del Sistema de Emergencias Médicas Distrital bajo el liderazgo y coordinación de la Dirección CRUE, los actores participantes son 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, Secretaria de Gobierno , FOPAE, Unidad Administrativa Cuerpo oficial de Bomberos entre otros.

Definición de los lineamientos técnicos para la Estandarización de Triage en la red pública y privada, para unificar los criterios de clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, basado en sus condiciones clínicas, con el fin de priorizar la atención médica oportuna y de calidad.

**Meta 5. Mejorar en 2 minutos los tiempos de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria.**

**Tiempo de Respuesta: 14 minutos y 31 segundos - Tiempo Disminuido 29 segundos.**

- El tiempo de respuesta del mes de enero - diciembre medido en mediana es de 14 minutos 31 segundos para los casos clasificados como triage rojo, con un incremento de 33 segundos comparado con el mismo periodo de 2010 donde se presentó un tiempo de respuesta acumulado de 13 minutos 58 segundos.
- Con relación a los despacho de vehículos de emergencia en el año 2011 se realizo 306.490 despachos de vehículos de emergencia de los cuales el 61% corresponde a Transporte Ambulatorio Básico y el 16% de Transporte Ambulatorio Medicalizado con un crecimiento del 5% (289.029) comparado con los despachos realizados en el año 2010,
- Con relación a la referencia de pacientes se logro un cumplimiento de la oportunidad del 99% de las solicitudes de ubicación de maternas en los servicios de urgencias en traslados secundarios equivalente a 266 pacientes, y un 95% en la ubicación de pacientes críticos de 1.234 solicitudes que ingresaron al Centro Operativo durante la vigencia.
- Respuesta al 100% de las emergencias en salud presentadas en el distrito capital, con 629 emergencias, atención de 4.538 pacientes durante el año 2011, el 52% de las emergencias corresponden a accidentes de tránsito con multiples victimas (mas de tres).
- Con el fin conocer la el grado de satisfacción del usuario del programa atención prehospitalaria se aplico la encuesta de satisfacción a una muestra de 100 usuarios vía telefónica con un resultado de satisfacción de excelente y buena en un 93.75%. Los mayores ítems calificados fueron: el respeto que se le brindo y la amabilidad con un 97% y la presentación personal con un 98%. El 100% consideran que hacen buen uso de la línea, lo que nos demuestra que no hay claridad en cuales casos se debe llamar a la línea.

**Meta 6. “A 2011 avanzar en un 17% en el sistema de identificación de riesgos actualizado para el distrito capital.”.**

- Cumplimiento 92%. Mantenimiento de la sala situacional de urgencias y emergencias a través de la captura, análisis y divulgación de la información para la toma de decisiones, con publicación en boletines epidemiológicos y estadísticos.
- Publicación de la investigación “Factores de riesgo y de protección en accidente de tránsito fatales y no fatales en tres ciudades de Colombia Cali, Medellín, Bogotá” en convenio con la Universidad de Antioquia y auspiciado por Colciencias, para establecer en conjunto con la Secretaria de Movilidad y Secretaria de Gobierno estrategias de prevención.

- Diseño y desarrollo del Software de Trauma en su fase prehospitalaria y de servicios de urgencias, con el levantamiento de la información y análisis de 112 registro de historias clínicas de pacientes con trauma mayor que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital el Tunal.
- Elaboración de mapas de localización de los vehículos de emergencia, georeferenciación de las emergencias atendidas en el Distrito en el año 2010 y 2011, así mismo la georeferenciación de lesiones de causa externa (heridas por arma de fuego, arma corto punzante, accidentes de tránsito) entre otros con el propósito de realizar el análisis de riesgos relacionados a los incidentes y establecer así la concentración de incidentes por localidad.
- Desarrollo, implementación y mantenimiento del Sistema de Información de la Dirección CRUE, con veintitrés (23) módulos permitiendo mejorar la celeridad, oportunidad y calidad de la información de la Dirección CRUE.

### **3.2. Indicadores:**

- 1]. Porcentaje de avance en la implementación de los planes operativos de prevención y atención de urgencias, emergencias y desastres programados.
- 2]. Porcentaje de avance en la implementación de una estrategia de comunicación masiva de prevención de emergencias y desastres.
- 3]. Número de personas capacitadas en urgencias, emergencias y desastres.
- 4]. Porcentaje de avance en el desarrollo e implementación del Sistema de Emergencias Medicas.
- 5]. Número de minutos disminuido en la respuesta de la Atención Pre Hospitalaria.
- 6]. Porcentaje de avance en la identificación y actualización del Sistema de identificación de riesgos

### **3.3. Presupuesto Ejecutado:**

En 2011 se ejecutaron \$52.569.149.284 del presupuesto de la inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud [FFDS], financiados con la fuente de aportes ordinarios del Distrito Capital.

### **3.4. Limitaciones y problemas del proyecto:**

Limitaciones de orden técnico, tecnológico, científico y de administración debidos a la dinámica innovación en los medios de comunicación, de transporte, de información, procedimientos y procesos, medios e instrumentos que permiten desarrollar 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 del proyecto.

### **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 y geográfica del programa de atención Pre hospitalaria con el fortalecimiento del parque automotor y la implementación del Programa de Respuesta Rural Equina que permite la atención en áreas de difícil acceso geográfico en la localidad 20 de Supamaz.
- Mantenimiento del parque automotor del programa Atención Pre hospitalaria en la ciudad,
- Inclusión de nuevos programas para mejorar la cobertura del servicio de Atención pre hospitalario como son: Respuesta Rural Equina, - Vehículo de Apoyo en Psicología, con el propósito de articular las acciones intersectoriales en situaciones de maltrato y abuso en población vulnerable.
- 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 de público 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.

### **3.6. Población o unidades de focalización atendidas:**

Se atendieron 837.216 solicitudes a través del Numero Único de Seguridad y Emergencia y se prestó el servicio Pre Hospitalario [atención y/o traslado] a 306.490 Bogotanos<sup>3</sup>, que solicitaron el servicio

### **3.7. Población o unidades de focalización sin atender:**

Se estima que una tercera parte de la población a la que se le despacha el servicio de ambulancia para Atención Pre Hospitalaria son fallidos, pues cancelan el servicio o son trasladados por otros vehículos ya sea particular, otras ambulancias o por policía.

---

<sup>3</sup> Fuente: Crystal Report Número Único de Servicios de Emergencias, para el total el dato de diciembre es proyectado.

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

La población beneficiaria que requiere de la atención pre hospitalaria es toda la población bogotana que demande un servicio de urgencias, emergencias y desastres.

### **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 la Dirección Desarrollo de Servicios la Reorganización de la Redes de Servicios del Distrito en el componente Urgencias.
- 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.
- 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.
- Medición de la trazabilidad del trauma mayor en Bogotá a través del software de trauma.
- Participación en la reglamentación de la Ley 1438 de 2011, en lo relacionado con el Sistema de Emergencias Medicas.

# Problema Social No. 11

## 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 de Vista hermosa I Nivel de atención con los 14 puntos de atención que lo conforman y el Hospital de 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 Hospital 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 de Salud de Bogotá D.C., 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 transito de baja, media y alta complejidad que deben ser revisados por la Secretaria de Transito, 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 otro 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.

## **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 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 es la población pobre y vulnerable usuaria de los servicios de las Empresas Sociales del Estado, que se encuentran en las veinte [20]

localidades en las que está distribuida Bogotá, aunque la salud es un derecho adquirido para por toda la comunidad, el desarrollo del proyecto se ha centrado en la población que pertenece a las localidades con necesidades básicas insatisfechas.

#### **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 y 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 de Salud de Bogotá D.C. 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: “...Dotar el 100% de las infraestructuras nuevas de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C....”

Meta 03: “...Renovar el 5% de los equipos de tecnología biomédica de las empresas sociales del Estado para servicios críticos priorizados...”

Meta 04: “...Ejecutar obras, suministrar dotación para la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C...”. Las metas están enfocadas a apoyar a los hospitales de la red adscrita para suplir las necesidades de dotación de equipos biomédicos y reposición de equipos en razón a su obsolescencia tecnológica y cumplimiento de vida útil; al fortalecimiento de las políticas intersectoriales en salud y ambiente, realizar estudios, ejecutar obras de reposición, adecuación, reforzamiento estructural y construcción nueva.

### **2.4. Presupuesto asignado:**

El proyecto 633 “Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria”, durante la vigencia 2011, tuvo una apropiación definitiva de \$39.786.794.169, del presupuesto de inversión del Fondo Financiero Distrital de salud, de los cuales 30.905.737.045 son de Aporte Ordinario y 8.881.057.124 son de otros Recursos de Banca Nacional y Multilateral.

### **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 obras y actividades programadas en el año 2011, los cuales consistieron en:

- Hospital Chapinero: En ejecución contratos 1372/2010 y 1387/2010, cuyos objetos son las obras para la Reposición del CAMI Chapinero y la interventoría para las obras del

CAMI Chapinero y UPA Libertadores. Se han adelantado las actividades de demolición, excavación, pilotaje, estructura y mampostería.

- Hospital de Bosa: En ejecución convenio No.1116/2009, cuyo objeto es "Aunar esfuerzos para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la ejecución del proyecto de inversión denominado "Obra Nueva: Construcción y Dotación Nueva Sede Hospital Bosa II Nivel San Bernardino". La etapa precontractual para los estudios presenta un avance del 100%, a cargo de la ESE.
- Hospital Fontibón: Convenio No.1228 de 2009, cuyo objeto es "Aunar esfuerzos para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la adecuación del servicio de medicina interna del CAMI I del Hospital Fontibón II Nivel ESE, consistente en la ejecución de obras de adecuación, interventoría, con el fin de dar respuesta al plan de contingencia a la pandemia AH1N1, mediante la apertura de 40 camas, presenta un avance del 100% en obra e interventoría. Ejecutado en su totalidad.
- Upa 48 zona franca: En ejecución convenio No.1123/2009, cuyo objeto es "Obra nueva por reposición y reubicación de la UPA San Pablo del Hospital Fontibón, localidad 09-UPZ77, Zona Franca", se cuenta con todos los estudios técnicos, diseños, especificaciones técnicas, presupuesto para la construcción y licencia de construcción. Se adelantaron actividades preliminares de localización, replanteo, cerramiento y actualmente se adelantan actividades de cimentación y estructura.
- Hospital de Usme: En ejecución convenio No.794/2007, cuyo objeto es "Cooperación técnica y financiera por parte del Fondo, para la ejecución de la primera y segunda fase del proyecto denominado "construcción y dotación del hospital II nivel", se adelanta la elaboración de los términos de referencia para la ejecución de los estudios técnicos, contratación de las obras e interventoría.
- Hospital Tunal: En ejecución convenio No.852 de 2007, cuyo objeto es "Cooperación mutua entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la ESE Hospital Tunal, para el mejoramiento del sistema distrital de seguridad social en salud. Se adelanta la ejecución de estudios técnicos, de reordenamiento y plan de regularización y manejo.
- Hospital Tintal: En trámites internos por parte de las Direcciones de Jurídica, Planeación y Administrativa para el proceso de liquidación.
- Hospital de Meissen: Ejecutado el 100% de la primera etapa con su interventoría, para la segunda etapa se cuenta con actividades de: Cimentación, estructura, mampostería, instalaciones sanitarias e instalaciones de gases.
- Hospital Occidente de Kennedy: En ejecución contratos 1671-2010 y 1709- 2010, se adelantan actividades como desmonte, demolición y actividades de cimentación.
- Hospital Rafael Uribe - UPA Antonio Nariño: Porcentaje de ejecución de estudios 100%, contrato adjudicado y suscrito.
- Hospital San Cristóbal – UPA Libertadores: Porcentaje de ejecución de estudios 100%, pendiente inicio de obra. Contrato adjudicado y suscrito.

## **Meta 2: Dotar el 100% de las infraestructuras nuevas de la red pública adscrita a la SDS.**

- Hospital Occidente de Kennedy: En ejecución convenio No.1121 de 2009, cuyo objeto es "Aunar esfuerzos para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la ejecución del proyecto de inversión denominado "Actualización y adquisición de

equipos y elementos de dotación general para las instalaciones del Hospital Occidente de Kennedy 2008-2012.

- Hospital Santa Clara: En ejecución convenio No.1064 de 2008, cuyo objeto es "Desarrollar acciones necesarias para el mejoramiento de la planta física y dotación del Hospital Santa Clara III Nivel ESE".
- Hospital Tunal: En ejecución convenio No.1122 de 2009, cuyo objeto es "Aunar esfuerzos para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la ejecución del proyecto de inversión denominado "Renovación y adquisición de equipos y tecnología médica para el Hospital el Tunal III Nivel de atención ESE".
- Hospital Simón Bolívar: En ejecución convenio No.907 de 2006, cuyo objeto es "Desarrollo del centro de referencia distrital en rehabilitación funcional y atención del adulto mayor en las instalaciones de la Clínica Fray".

### **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 de Salud de Bogotá D.C.
- 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:**

La ejecución total de recursos presupuestales de inversión directa del Fondo Financiero Distrital de Salud presentada en el 2011 para la solución del problema planteado fue de \$25.306.414.688, de la fuente de aportes ordinarios del Distrito Capital y de recursos del crédito del Banco Mundial.

### **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 logra 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 las puntos de atención adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.



Anexo 1

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA D.C.**  
**DIRECCION DE SALUD PUBLICA - AREA VIGILANCIA EN SALUD**  
**% VACUNACION POR BIOLÓGICO SEGUN LOCALIDADES**  
**ENERO - DICIEMBRE DEL 2011**

LOCALIDADES	POBLACION MENOR 1 AÑO	MENORES DE UN AÑO											
		ANTIPOLIO		D.P.T		B.C.G		HEPATITIS B		HAEMOPHILUS		ROTAVIRUS	
		YACUNA-DOS	%	YACUNA-DOS	%	YACUNA-DOS	%	YACUNA-DOS	%	YACUNA-DOS	%	YACUNA-DOS	%
1 USAQUEN	8700	8310	95,5	8317	95,6	10629	122,2	8330	95,7	8317	95,6	8361	96,1
2 CHAPINERO	8303	8127	97,9	8105	97,6	8845	106,5	7939	95,6	8105	97,6	8278	99,7
3 SANTA FE	1285	1112	86,5	1111	86,5	34	2,6	1112	86,5	1111	86,5	1070	83,3
4 SAN CRISTOBAL	6150	5372	87,3	5368	87,3	11191	182,0	5432	88,3	5368	87,3	5183	84,3
5 USME	5980	5077	84,9	5076	84,9	359	6,0	5086	85,1	5076	84,9	4757	79,5
6 TUNJUELITO	3510	2928	83,4	2927	83,4	4261	121,4	2928	83,4	2927	83,4	2954	84,2
7 BOSA	8960	8196	91,5	8194	91,5	2267	25,3	8203	91,6	8194	91,5	7693	85,9
8 KENNEDY	14800	13284	89,8	13287	89,8	10574	71,4	13292	89,8	13287	89,8	13036	88,1
9 FONTIBON	6350	5531	87,1	5529	87,1	1427	22,5	5505	86,7	5529	87,1	5556	87,5
10 ENGATIVA	8600	7501	87,2	7537	87,6	5488	63,8	7542	87,7	7537	87,6	7310	85,0
11 SUBA	11170	9127	81,7	9129	81,7	5449	48,8	9129	81,7	9129	81,7	8756	78,4
12 BARRIOS UNIDOS	3965	3731	94,1	3722	93,9	10279	259,2	3742	94,4	3722	93,9	4097	103,3
13 TEUSAQUILLO	3165	2611	82,5	2614	82,6	24872	785,8	2620	82,8	2614	82,6	2784	88,0
14 MARTIRES	1084	924	85,2	929	85,7	6116	564,2	799	73,7	929	85,7	893	82,4
15 ANTONIO NARINO	2770	2473	89,3	2480	89,5	67	2,4	2482	89,6	2480	89,5	2405	86,8
16 PUENTE ARANDA	5672	5401	95,2	5400	95,2	4714	83,1	5399	95,2	5400	95,2	5490	96,8
17 CANDELARIA	147	127	86,4	127	86,4	2	1,4	127	86,4	127	86,4	109	74,1
18 RAFAEL URIBE	7443	6790	91,2	6799	91,3	4179	56,1	6805	91,4	6799	91,3	6849	92,0
19 CIUDAD BOLIVAR	12000	10775	89,8	10779	89,8	7963	66,4	10787	89,9	10779	89,8	10343	86,2
20 SUMAPAZ	52	57	109,6	57	109,6	7	13,5	57	109,6	57	109,6	49	94,2
<b>TOTAL</b>	<b>120106</b>	<b>107454</b>	<b>89,5</b>	<b>107487</b>	<b>89,5</b>	<b>118723</b>	<b>98,8</b>	<b>107316</b>	<b>89,4</b>	<b>107487</b>	<b>89,5</b>	<b>105973</b>	<b>88,2</b>

FUENTE : SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE YACUNACION

FUENTE POBLACION: Proyecciones de Población DAME censo 2005, distribución Localidades por DAPD

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA D.C.**  
**DIRECCION DE SALUD PUBLICA - AREA VIGILANCIA EN SALUD**  
**% VACUNACION POR BIOLÓGICO SEGUN LOCALIDADES**  
**ENERO - DICIEMBRE DEL 2011**

LOCALIDADES	POBLACION DE 1 AÑO	1 AÑO								POBLACION DE 5 AÑOS	5 AÑOS	
		TRIPLE VIRAL		NEUMOCOCO		FIEBRE AMARILLA		HEPATITIS A			TRIPLE VIRAL	
		VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%		VACUNADOS	%
1 USAQUEN	9046	8472	93,7	8214	90,8	8212	90,8	11150	123,3	7300	6698	91,8
2 CHAPINERO	7818	7610	97,3	7471	95,6	7508	96,0	9908	126,7	6900	5143	74,5
3 SANTAFE	1356	1211	89,3	1205	88,9	1357	100,1	1594	117,6	1700	1203	70,8
4 SAN CRISTOBAL	6237	5485	87,9	5344	85,7	6022	96,6	7103	113,9	5800	4648	80,1
5 USME	6259	5684	90,8	5630	90,0	6559	104,8	8182	130,7	6400	5070	79,2
6 TUNJUELITO	3485	3166	90,8	3174	91,1	3673	105,4	4362	125,2	3500	2761	78,9
7 BOSA	9515	9280	97,5	9227	97,0	10273	108,0	13002	136,6	7200	8023	111,4
8 KENNEDY	13868	13529	97,6	13421	96,8	15312	110,4	18864	136,0	14116	12156	86,1
9 FONTIBON	6394	5940	92,9	5689	89,0	7060	110,4	8318	130,1	6800	5635	82,9
10 ENGATIVA	8636	7800	90,3	7740	89,6	8463	98,0	10867	125,8	9100	6891	75,7
11 SUBA	11063	9700	87,7	9549	86,3	11101	100,3	13654	123,4	13100	8918	68,1
12 BARRIOS UNIDOS	3807	3524	92,6	3622	95,1	3987	104,7	4890	128,4	3500	2498	71,4
13 TEUSAQUILLO	3447	2501	72,6	2428	70,4	2752	79,8	3491	101,3	3048	2323	76,2
14 MARTIRES	1100	983	89,4	966	87,8	1030	93,6	1237	112,5	1400	640	45,7
15 ANTONIO NARINO	2607	2470	94,7	2452	94,1	2593	99,5	3394	130,2	2800	2434	86,9
16 PUENTE ARANDA	5449	5430	99,7	5398	99,1	5837	107,1	7455	136,8	5400	4414	81,7
17 CANDELARIA	174	144	82,8	144	82,8	181	104,0	209	120,1	300	220	73,3
18 RAFAEL URIBE	7265	7245	99,7	7110	97,9	8566	117,9	10171	140,0	7500	6333	84,4
19 CIUDAD BOLIVAR	12150	11136	91,7	11156	91,8	12339	101,6	16732	137,7	12500	9851	78,8
20 SUMAPAZ	58	56	96,6	63	108,6	52	89,7	48	82,8	100	47	47,0
<b>TOTAL</b>	<b>119734</b>	<b>111366</b>	<b>93,0</b>	<b>110003</b>	<b>91,9</b>	<b>122877</b>	<b>102,6</b>	<b>154631</b>	<b>129,1</b>	<b>118464</b>	<b>95906</b>	<b>81,0</b>

FUENTE : SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

FUENTE POBLACION: Proyecciones de Población DANE censo 2005, distribución Localidades por DAPD

i ARTÍCULO 153, la equidad uno de los fundamentos y regla del servicio público de salud, rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud, expresa que: "para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable (...).

<sup>i</sup> Artículo 157, inciso B. Personas vinculadas al Sistema. Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

<sup>iii</sup> ARTÍCULO 214. RECURSOS DEL RÉGIMEN: (...) El porcentaje restante de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP.S se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública. Modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007