

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
1	Presencia de factores de riesgo sanitarios y ambientales que favorecen la incidencia de eventos morbidos o mortales en la población del D.C. representados en establecimientos industriales, institucionales o comerciales que no cumplen las condiciones sanitarias existentes en las normas vigentes; aumento de la población de animales de compañía y callejeros; incremento en la contaminación ambiental y el cambio climático.	885. Salud Ambiental	Establecimientos vigilados y controlados en el marco de las cinco líneas que adelantan IVC en los establecimientos abiertos al público. Actividades educativas sobre los aspectos que deben tener en cuenta para evitar riesgos relacionados con salud ambiental que puedan causar eventos morbidos o mortales. Control de población canina y felina a través de la esterilización quirúrgica y de operativos de recolección animal. Prevención y control de enfermedades zoonóticas como la Rabia a través de actividades regulares y jornadas masivas de vacunación. Seguimiento a la atención de accidentes ocasionados por agresión animal. Consolidación del 78% de la fase de diseño del modelo de Vigilancia Epidemiológica para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados. Finalización de la fase operativa del proyecto de investigación "Determinación de la prevalencia de biomarcadores de exposición a metales pesados (mercurio y plomo), sus posibles efectos en salud y la relación con zonas de exposición ambiental, en población general de Bogotá". Levantamiento de la línea base de concentración de mercurio y plomo en población general de Bogotá, a través de la caracterización de los biomarcadores cabello, sangre y orina. Avance del 5% de la fase de implementación del modelo de Vigilancia Epidemiológica a través del procesamiento de variables disponibles en los RIPS. Documento preliminar sobre la caracterización de la problemática de exposición a plomo y mercurio para la ciudad de Bogotá, en relación con los subsistemas ambientales aire, agua y suelo. Documento preliminar sobre la caracterización de la problemática de presencia de metales pesados (mercurio y plomo) en alimentos para la ciudad de Bogotá. Monitoreo de las enfermedades sensibles al clima posiblemente asociadas a cambio climático. Monitoreo de fenómenos de remoción en masa, inundaciones, daños en alcantarillado, encharcamientos, vendavales, y damnificados. Actividades de comunicación social, educación e información encaminadas a:	Si bien las acciones de salud ambiental cubren todos los habitantes y visitantes de la ciudad de Bogotá. En relación a la población animal, de acuerdo al estudio realizado en el año 2013, se cuenta con: 935.374 caninos y 335.585 felinos. En relación a los eventos climáticos extremos, las localidades que presentan una mayor vulnerabilidad asociadas a condiciones de pobreza son: • Inundaciones: Zonas aledañas a cuerpos de agua como Engativá, Kennedy, Bosa y Tunjuelito. • Incendios forestales: San Cristóbal y Chapinero. • Fenómenos de remoción en masa: Ciudad Bolívar, San Cristóbal.	65.068 establecimientos vigilados y controlados en el Distrito durante el año 2012. 2.345 actividades educativas con la asistencia de 35.819 personas. 28.370 caninos y felinos esterilizados • cero casos de rabia autóctona • 140 operativos de recolección selectiva y humanitaria por año • Análisis retrospectivo de las posibles enfermedades respiratorias agudas asociado al clima en Bogotá durante el periodo 2007 - 2011. • Selección de 184 unidades centinela para implementación de la vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria de los efectos en salud por contaminación del aire por medio de la caracterización de 8495 personas entre menores de 14 años y adultos mayores de 60 años y canalizando 5234 niños menores de 14 años para ser valorados en los servicios de salud. • Identificación de 102 casos de intoxicación aguda por exposición a monóxido de carbono intramural. • Política de Salud Ambiental implementada con la formalización de las ocho líneas de intervención año 2011	Número de establecimientos programados por línea Alimentos sanos y seguros: 37.794 Calidad del agua y saneamiento básico: 17.818 Seguridad Química: 11.920 Eventos transmisibles de origen zoonótico: 2.083 Medicamentos Seguros: 6.304 Eventos transmisibles de origen zoonótico: 950 Número aproximado de personas a capacitar por línea (alimentos sanos y seguros): 20.160 Calidad del agua y saneamiento básico: 17.790 Seguridad Química: 2.610 Medicamentos Seguros: 1.580 Eventos transmisibles de origen zoonótico: 8.260 Aire, ruido y REM: 37.376 Número de actividades educativas programadas por línea Alimentos sanos y seguros: 2.016	Número de establecimientos intervenidos por línea Alimentos sanos y seguros: 81.649 Calidad del agua y saneamiento básico: 37.244 Seguridad Química: 11.249 Medicamentos Seguros: 10.666 Eventos transmisibles de origen zoonótico: 2.083 Número de personas capacitadas por línea Alimentos sanos y seguros: 23.658 Calidad del agua y saneamiento básico: 18.377 Seguridad Química: 6.409 Medicamentos Seguros: 4.242 Eventos transmisibles de origen zoonótico: 9.289 Número de actividades educativas realizadas por línea ( alimentos sanos y seguros): 2.100 Calidad del agua y saneamiento básico: 2.098 Seguridad Química: 395 Medicamentos Seguros: 118 Eventos transmisibles de origen zoonótico: 672	Número de medidas sanitarias aplicadas establecimientos por línea, (clausuras y suspensiones) Alimentos sanos y seguros: 758 Calidad del agua y saneamiento básico: 197 Seguridad Química: 63 Medicamentos Seguros: 33 Eventos transmisibles de origen zoonótico: 15 Desarrollo e implementación del Sistema de Información en Salud ambiental - SISA Alianza público privada con el Programa de Transformación Productiva del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo y la Cámara de Alimentos de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia ANDI, permitiendo la capacitación de 230 funcionarios de la Línea de Alimentos Sanos y Seguros. Identificación de las sustancias químicas más almacenadas en los establecimientos intervenidos, siendo el 65% de estas, materiales con características de inflamabilidad. Elaboración y socialización del protocolo de acciones responsables para la comercialización de pequeños animales domésticos de compañía, en el Distrito Capital Realización de 735 visitas de asistencia técnica a prestadores de servicios de salud, sensibilizándolos en temas de fármaco vigilancia; 51 establecimiento de estética y 72 establecimientos de ópticas y talleres ópticos sobre la implementación del programa de técnico vigilancia y gestión de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos. Seguimiento a 1911 casos de intoxicaciones agudas por medicamentos. Cobertura del 100% de los 75 sistemas de tratamiento de agua para consumo humano, identificados tanto en área urbana y rural. Caracterización sanitaria de 5 establecimientos carcelarios y/o penitenciarios, 13 salas y centros de retención y los centros de rehabilitación de menores de la ciudad. Se alcanza una cobertura de esterilización de perros y gatos del 4%; adicionalmente favoreció el incremento en el número de esterilizaciones respecto al año 2012 en 81%, año en el que se hicieron 27.134. Realización del estudio "dinámica poblacional canina y felina", evidenciando que en la ciudad existen aproximadamente 934.419 caninos y 329.160 felinos Se logró levantar la línea base de concentración de mercurio y plomo en población general de Bogotá y avanzar en la consolidación del 78% de la fase de diseño y 5% de la fase de implementación del modelo de Vigilancia Epidemiológica para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y plomo de origen ambiental. Realización de 314 encuestas de percepción de factores de riesgo asociados con eventos climáticos extremos. Publicación de 10 boletines informativos en donde se detalla la relación clima – salud en la ciudad de Bogotá.
2	Falta de continuidad en la divulgación y promoción de proyectos, programas y acciones de interés público en salud que contribuyan a promover la prevención y autocuidado en la población bogotana, específicamente en: Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), cáncer de pulmón, vacunación, donación de órganos y tejidos, lactancia materna, higiene oral y no uso de pólvora.	948. Divulgación y promoción de planes, programas y proyectos y acciones de interés público en salud	Campaña ERA que tuvo dos fases en abril-mayo y octubre-noviembre: Comercial emitido 103 veces en medios masivos, 5 en Transmisión, Cuña emitida 818 veces. Publicación de aviso de prensa en 6 periódicos. Comercial para cine emitido 700 veces en salas de Cine Colombia, Eucloes, pendones de poste, elaboración de boletín y convocatoria a rueda de prensa a medios de comunicación. Campaña antitabaco: Difusión en 6 medios masivos de televisión dos referencias de comercial de 20 segundos. Cuña emitida 15 veces, publicación de aviso de prensa en 7 periódicos, estrategia voz a voz mediante jornadas de sensibilización en 8 zonas de rumba. Entrega de 2.500 camisetas y 1.300 manillas. Elaboración de boletín y convocatoria a rueda de prensa a medios de comunicación. Vacunación: difusión de comercial 46 veces en 20 programas de canales nacionales y 50 veces en 21 programas de canales locales. Cuña emitida 269 veces en 20 programas de cadenas nacionales. Aviso de prensa en ADN Bogotá, EL TIEMPO, El Espectador, Pregón Distrital, El Vocero 25. Elaboración de boletín de prensa y envío a medios de comunicación nacional y comunitarios. Vacunación tosferina: Diseño e impresión de 10 mil volantes, los cuales se entregaron a los 22 hospitales de Red Pública. Grabación de cuña emitida 615 veces en las principales cadenas radiales. Elaboración de boletín de prensa divulgado en 19 medios de comunicación. Campaña Donación de órganos y tejidos: Divulgación de 4 referencias de	Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE)	No se cuenta con línea de base porque el proyecto 948 inició a partir de la vigencia 2013	Por ser campañas masivas de comunicación dirigidas a toda la población bogotana 7.674.366.	La población directamente beneficiada son los habitantes de las 20 localidades del Distrito. 7674366 (datos de población Bogotá, proyección año 2013, DANE).	Campaña ERA: Concientiar a la ciudadanía sobre los riesgos de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), mediante las cuñas radiales, volantes, pendones, eucloes y comerciales de televisión emitidos por los principales medios de comunicación, con tips de promoción y prevención de ERA. Campaña antitabaco: contribuir con la reducción del consumo de tabaco y a su vez mostrar las consecuencias que trae el consumo y adicción al mismo. - Divulgación en 2 medios masivos de comunicación del boletín (Caracol Noticias, Telepás y en un canal Comunitario de Bosa). Campaña vacunación: concientizar a la población objetivo de la importancia de que los niños entre 0 y 1 año estén vacunados contra las enfermedades inmunoprevenibles. El objetivo igualmente se relaciona con iniciar y completar esquemas de vacunación de los menores en este rango de edad. Vacunación tosferina: Disminuir el riesgo de enfermedad y muerte por tos ferina en la población menor de un año. Transmitir al público objetiva la importancia de vacunarse durante la etapa de gestación para que su bebé nazca protegido contra la tosferina. Campaña donación órganos y tejidos: desde la campaña se ayudó a promover la educación sobre la trascendencia de donar órganos y tejidos, sensibilizar a la ciudadanía frente a la importancia de la donación de órganos y tejidos y desmitificación del tema. Campaña primera infancia: Apoyar la disminución de muertes infantiles pasando de 828 casos en el año 2012 a 694 en lo corrido de 2013. Campaña no uso pólvora: sensibilizar a la ciudadanía en la prevención del uso indebido de pólvora en adultos, adolescentes y niños, creando conciencia y evitando que resulten quemados en esta Navidad. Esto incluye, por supuesto, la reducción del consolidado de personas quemadas en el 2013-2014.
3	Continúan las falencias que impiden el ejercicio de la participación como sujeto social y político, por lo cual continúa la vulneración del derecho a la salud, al afectarse el acceso a los servicios de salud, incidiendo negativamente en los indicadores de morbi-mortalidad y el cumplimiento de políticas públicas sectoriales para la calidad de vida.	887. Bogota Decide en Salud	1.1 Implementación de la estrategia de exigibilidad por el derecho a la salud, en las localidades del Distrito Capital. 1.2 Asesoría técnica al 100% de localidades en el ejercicio de presupuestos participativos en salud. 1.3 Asesoría técnica a las organizaciones sociales para el ejercicio de la exigibilidad y la movilización social por el derecho a la salud en el Distrito Capital. 2.1 Supervisión de las estructuras institucionales de las ESE y EAPB en los procesos de participación social. 2.2 Asesoría técnica a las formas de participación social en salud en lo referente a la planeación local en salud, el seguimiento a la prestación de los servicios de salud y a la vigilancia y control social del gasto público. 2.3 Realización de capacitaciones y eventos masivos para brindar herramientas efectivas a las formas de participación en la exigibilidad del derecho a la salud y legitimar su acción política y social. 3.1 Ejecución de jornadas de participación ciudadana con enfoque poblacional y temático en las cuales se establezca un buzón como estrategia para la exigibilidad del derecho a la salud en las 20 localidades del Distrito. 3.2 Ejecución de una red social que permita la interacción entre institución y ciudadanía que promueva la exigibilidad por el derecho a la salud desde un enfoque poblacional y temático. 3.3 Ejecución de proyectos de autogestión por las organizaciones sociales, promocionados y apoyados desde una perspectiva de participación social en salud en estilos de vida saludable con enfoque poblacional y temático. 4.1 Ejecución de proyectos prioritarios del programa Territorios Saludables y Red	Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE) 7.674.366	10.413 Requerimientos y Derechos de Petición que fueron ingresados en el Sistema de Quejas y Soluciones (SQS) de la Secretaría de Salud-SDS. A través de la figura del Defensor del Ciudadano, se atendieron 390 Derechos de Petición, en cumplimiento de la Resolución 645 del 01 de junio de 2010 de la Secretaría Distrital de Salud. Se intervino un acumulado de 232.002 Atenciones Ciudadanas de Orientación e Información. 3059 ciudadanos-as vinculados a las Formas de Participación Social en Salud.	325.274	380.042	-A diciembre de 2013, en los 8 PDS en el distrito, se han atendido a 122872 personas, de las cuales 30812 han sido formadas respecto a la exigibilidad del derecho a la salud, mientras que 92060 han sido partícipes de proceso de orientación respecto a la garantía del derecho a la salud en los ámbitos jurídico, de gestión resolutiva y orientación en general; 970 organizaciones y agrupaciones sociales han sido asesoradas asistidas técnicamente. -22 ESE del Distrito, 3 EAPB Subsidias y 10 EAPB Contributivas supervisadas con acciones definidas para el mejoramiento de sus estructuras institucionales, a saber: ESE: Usaqué, Suba, Engativá, Chapinero, Simón Bolívar, Fontibón, Pablo VI, del Sur, Bosa, Occidente de Kennedy, Usme, Vista Hermosa, Meissen, Tunal, Nazareth, Centro Oriente, San Cristóbal, San Blas, la Victoria, Santa Clara y Rafael Uribe Uribe; EAPB Subsidias: Caprecom, Unicajas y Capital Salud; Y Contributivas: Famisanar, Nueva EPS, Aliansalud, Coomeva, SOS, Sanitas, Compensar, Salud Total, Saludcoop y Golden Group. -Se amplió la base social de los COPACOS y Asociaciones de Usuarios de ESE y EAPB a 64 integrantes nuevos durante este mes, a partir del acompañamiento y asesoría a las instituciones y a las Formas, para un acumulado de 601 integrantes nuevos en 2013. -18 procesos participativos, 9 jornadas de participación ciudadana y 29 organizaciones participantes en la red social, ejecutados desde un enfoque poblacional y temático en la garantía del derecho a la salud y el derecho a un ambiente sano. -Los dos proyectos prioritarios del programa Territorios Saludables y Red Pública de Salud Para la Vida, desde la Diversidad: Hospital San Juan de Dios y modernización e infraestructura de salud. -256.569 ciudadanos-as que han sido atendidos en el acumulado a 15 de diciembre-2013, a través de los diferentes canales de servicio al ciudadano, se les garantizó su derecho a la información y orientación para su acceso, trámites y exigibilidad del derecho a la salud -Se atendió un acumulado de enero a 15 de diciembre de 16.320 (100%) Derechos de Petición, Requerimientos, a través del Procedimiento de Servicio al Ciudadano, el aumento es debido a que por la entrada en vigencia de la Ley 1437 de 2011 (Nuevo Código Contencioso Administrativo desde el mes de julio de 2012), toda solicitud

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
4	La corrupción en sus diferentes expresiones, se define como el tráfico de influencias, u obtención de favores ilícitos a cambio de dinero u otros favores, constituye una vulneración de los derechos humanos por cuanto que generalmente entraña una violación del derecho a la igualdad ante la ley, y en ocasiones, llega a suponer una vulneración de los principios democráticos, conduciendo a la sustitución del interés público por el interés privado de quienes se corrompen. Por añadidura, el fenómeno de la corrupción lleva	946. Transparencia, probidad en salud en Bogotá D.C.	1.1. Conformar el comité anticorrupción de la SDS y las ESE adscritas y mantenerlo en funcionamiento. 1.2. Mantener los comités de seguimiento a los pactos de transparencia de las ESE. 2.1. Implementar estrategias de formación dirigida a veedores y comunidad que realiza el ejercicio de control social. 2.3. Implementar las herramientas existentes y las que se generen, para el ejercicio del control social. 4.1 Conformar y mantener una alianza público privada con organismos de orden nacional o internacional para el control social a la contratación, a la interventoría y a la gestión pública en salud.	Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE) 7.674.366	No aplica porque en la vigencia anterior no se estaba trabajando el problema.	400 Funcionarios planta 924 contratistas SDS. 6430 funcionarios de planta 13.389 contratistas ESE	Los comités de seguimiento a los pactos de transparencia 115 Los comités funcionales de control social de las ESE. 138 Proyectos de autogestión 60 Veedores elegidos en territorios 370 Mesas temáticas de control social 333 TOTAL 1016	Expedición de la Resolución 1482 de 11 de diciembre de 2013 por la cual se crea el Comité Anticorrupción del Sector salud de Bogotá D.C. Diseño de una herramienta metodológica que permite a los miembros de los comités de seguimiento a los pactos de transparencia realizar seguimiento a la gestión del control social de las ESE. Implementación con las ESE de las herramientas operativas para el ejercicio del control social. Firma de Convenio 1779-2013 suscrito entre la Veeduría y SDS.
5	Incumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema Único de Habilitación por las instituciones prestadoras de servicios de salud, que afecta y pone en riesgo la salud de los usuarios del D.C., en el marco de las atenciones brindadas por dichas instituciones.	877. Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá D.C.	1. Capacitación y asistencia técnica a prestadores de servicios de salud para la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. (\$154.757.600) 2. Verificación de los prestadores de servicios de salud en el cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación. (\$4.620.364.327) 3. Dar trámite a las diferentes solicitudes para la legitimidad del Recurso Humano en salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud. (\$3.210.880.120)	1). 20.376 Prestadores 2) 20.376 Prestadores 3) Por demanda	1.183 prestadores de servicios de salud certificados en el año 2012	1) 100% de la demanda 2) 5344 Prestadores 3) 100 %	1) 8925 2) 5344 3) 100%	1) Se capacitó a 1.602 Prestadores en bioseguridad y residuos, temas con mayor desconocimiento y dificultad para su cumplimiento. Capacitación específica a Odontólogos (30) en temas de Bioseguridad. Se brindó asesoría a 12 instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en temas específicos de Bioseguridad. Se Capacitó a 1441 prestadores en el Sistema de Información de Residuos Hospitalarios para facilitar el reporte que cada prestador debe realizar anualmente (IPS Semestralmente) sobre los residuos generados en cada institución. Capacitación a 30 prestadores en Tecno y Fármaco vigilancia. Adicionalmente se brindó asesoría a 5.975 prestadores de servicios de salud, sobre las condiciones que estos deben cumplir para habilitar dichos servicios. Capacitación en el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad a 525 prestadores Lo antes mencionado permitió que los prestadores apliquen estos conocimientos de manera asertiva en las instituciones, propendiendo en el cumplimiento de los requisitos exigidos y por ende el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. 2) Durante la vigencia se visitó a 5.534 prestadores dentro de los cuales se encuentran las Empresas Sociales del Estado con sus respectivas sedes , Prestadores Independientes, Instituciones de Transporte Especial de pacientes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas. Con base en las dificultades detectadas y las quejas presentadas frente a la prestación de servicios de estética,
6	Barreras de acceso de tipo económicas, geográficas, administrativas de la población pobre no asegurada a los servicios de salud, incluyendo la población afiliada al régimen subsidiado y que demanda servicios de salud No POS, acompañadas de la débil capacidad resolutiva y operatividad en el modelo de prestación de servicios, generándose fragmentación de los servicios de salud; pérdida de continuidad en la prestación de los servicios asistenciales; débil empoderamiento ciudadano en torno a la salud de la población y frente a la exigencia del derecho fundamental a la salud sumada a la débil rectoría ejercida por el Ente Territorial.	875. Atención a la Población Pobre no Asegurada	1. Gestión con las ESE e IPS de la red complementaria, por servicios de salud carentes y/o deficitarios en la red pública distrital adscritos, para el acceso efectivo a los servicios de salud de la población pobre no asegurada y poblaciones especiales. Con acciones complementarias para garantizar el impacto: gestión Línea 195. Gratuidad en salud, Auditoría e interventoría a la prestación de los servicios, seguimiento a quejas reclamos, derechos de petición y visitas domiciliarias para identificar condiciones de vulnerabilidad de la población no asegurada incluida la población extranjera. 2. Gestión e intervención a solicitudes telefónicas por requerimientos de usuarios Línea 195 por inoportunidad o negación del servicio tipo administrativo y/o asistencial por parte de las ESE, IPS EPSS y otros actores del sistema. 3. Gestión e intervención con las ESE, para la contratación, desarrollo y seguimiento a la prestación de servicios de salud para la población desplazada, con los términos definidos en la política pública: ley 1448/2012 y Acuerdo 415/2009. 4. Utilización y desarrollo del mecanismo de Controversias para análisis y discusión de temas como: cobertura de servicios de salud por parte de los Aseguradores cuando existía la brecha entre planes de beneficios: EPSS, ESE IPS, Entes Territoriales. 5. Seguimiento a las medidas provisionales, requerimiento de los usuarios y cumplimiento a los fallos de tutela tanto a las EPSS, ESE e IPS Red Complementaria, para garantizar el acceso efectivo a la salud. 6. Reconocimiento de la facturación presentada por Servicios de Salud, por parte de las IPS de la Red Complementaria contratada y NO contratada, a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSSS y por Recobros (EPSS), por concepto de Comité Técnico Científico - CTC y Fallos de Tutela. 7. Gestión y seguimiento a la respuesta de los requerimientos interpuestos por usuarios, demandantes de servicios de salud, ante la Secretaría Distrital de Salud- Aseguramiento respecto de quejas, reclamos, solicitudes de información, por inoportunidad, negación, en la prestación de los servicios de salud por parte de las EPSS, EPSC, IPS ESES. 8. Autorización de servicios de salud en "Tiempo Real", el cual contiene las solicitudes de cualquier prestador que considere que el usuario objeto de la	La población afectada se ubica en Bogotá D.C., de manera primordial habita en las zonas marginadas de la ciudad en los estratos 1, 2 y 3 caracterizada e incluida aquella potencial para eventos No POS. Registros históricos 2012:  Menor de 1 año: hombres: 2.645 – Mujeres: 2.687; 1 - 5 años: hombres: 12.888 – mujeres: 12.901; 6 - 13 años: hombres: 22.448 – mujeres: 22.228; 14 - 17 años: hombres: 13.852 – mujeres: 12.476; 18 - 26 años: 48.034 – Mujeres: 41.379; 27 - 59 años: hombres: 88.031 – mujeres: 84.821; 60 - 64 años: hombres: 4.805 – mujeres: 6.213; 65 años o más: hombres: 4.603 – mujeres: 7.121. Total: hombres: 198.306 - mujeres: 189.826 Fuente: Base de datos SISBEN avalada por el DNP, Secretaría Distrital de Planeación con corte a Agosto de 2012 (vigente a diciembre 2012).	Total población atendida: 369.030. El 100% de la Población que demando servicios de salud en la vigencia 2012	388.182. El 100% de la Población que demanda servicios de salud en la vigencia 2013  Población pobre no asegurada:  Grupo etareo: 0-5; 6-13; 14-17; 18-26; 27-59; >60. Poblaciones Especiales: Desplazados, Imputables; Habitante de Calle  En la Columna de Población Atendida se aclaran las siguientes siglas:  H = Hombres; M = Mujeres; G. ET = (Grupo Etareo); ET =Etareo; PROCEDIM. = 945 atenciones. Procedimientos: URG = Urgencias. Fuente Población Atendida de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS. PNA = Población Pobre Asegurada -Vinculados	Total Individuos atendidos: 221391; Total atenciones prestadas: 2466597; Total desplazados atendidos: 8668; Total pobres no asegurados atendidos: 197408; Total pobres no asegurados atendidos por PROCEDIM. No POS: 16042; Corte RIPS 22 de diciembre de 2013. DESPLAZADOS: -SULTA G. ET. 0-5: H. 501 - 1612 atenciones; M. 473 - 1487 atenciones; ET. 6-13: H. 316 - 775 atenciones; M. 288 - 725 atenciones; ET. 14-17: H. 131 - 326 atenciones; M. 287 - 1119 atenciones; ET. 18-26: H. 237 - 600 atenciones; M. 790 - 3511 atenciones; ET. 27-59: H. 893 - 3247 atenciones; M. 1780 - 7814 atenciones; ET. 60+ H. 199 - 682 atenciones; M. 203 - 945 atenciones. DESPLAZADOS EGRESO G. ET.: 0-5: H. 72 - 87 atenciones; M. 62 - 77 atenciones; ET. 6-13: H. 23 - 29 atenciones; M. 29 - 32 atenciones; ET. 14-17: H. 19 - 71 atenciones; M. 71 - 82 atenciones; ET. 18-26: H. 43 -	1. Las poblaciones especiales, accedan a los servicios de salud, sin el cobro de cuotas de recuperación y se pueden afiliar al Régimen Subsidiado por listado censal. 2. Empoderamiento y exigibilidad del usuario frente a sus derechos, a través de la Línea 195 del Derecho a la Salud, con la gestión, intervención y seguimiento de casos hasta el cierre efectivo del mismo, contribuyendo en la reducción de barreras de acceso administrativo y asistencial. 3. Reconocimiento y empoderamiento del Ente Rector frente a los servicios en salud ordenados por fallos de tutela y prescritos a los usuarios. 4. Al generarse las respectivas certificaciones (Actas de Conciliación) como consecuencia de la Auditoría Integral a la facturación se está garantizando la sostenibilidad Financiera a las IPS y EPSS, facilitando así la continuidad en la prestación de los Servicios de Salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSSS. 5. Se garantiza la calidad en la prestación de los Servicios de Salud deficitarios y carentes en la red pública, atendiendo a los criterios: pertinencia, integralidad y oportunidad 6. En desarrollo de los seguimientos caso por caso de los requerimientos, quejas y peticiones se ha evidenciado mejora en la oportunidad de respuesta efectiva por parte de las EPSS e IPS. 9. La población pobre no asegurada cuenta con la garantía de ser atendida a nivel Bogotá y Nacional, en IPS en tiempo real, previa autorización de la Secretaría de Salud en tiempo Real, sea por que los prestadores soliciten la autorización o el usuario llegue directamente por un accidente a la IPS.

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
7	Se evidencia deterioro de los indicadores de mortalidad evitable y morbilidad en la ciudad, incremento en la demanda de servicios asistenciales y de alto costo; la ineficiencia y aumento del gasto en salud, la crítica situación de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, el alto riesgo a la sostenibilidad y viabilidad de los hospitales públicos, las redes de servicios desintegradas y fragmentadas, con numerosas y grandes barreras de acceso a servicios de salud; la insatisfacción con la prestación de servicios por parte de usuarios y el abordaje no integral de las necesidades de salud de la población. Fragmentación y segmentación dadas por la coexistencia de múltiples actores y sistemas públicos y privados, que actúan de manera desarticulada, cada uno de acuerdo a sus intereses particulares, sin una concepción clara de la salud como derecho fundamental de todas las personas. De esta manera, se evidencian serias barreras e inequidades en el acceso a los servicios de salud, escasas resolutividad, desintegración de servicios de salud, fallas en la calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) y altos gastos de bolsillo para la población.	876. Redes para la Salud y la Vida	Elaboración Propuesta de Conformación de la Red Pública Prestadora de Servicios de Salud de Bogotá D.C., avalada por el Ministerio de Salud y la Protección Social, se integran funcionalmente y se fortalecen los hospitales públicos de Bogotá conformando redes de servicios de salud, consolidando las ESE de alta complejidad (con unidades para la atención de eventos de alto costo), fortaleciendo los hospitales de segundo nivel con servicios de alta complejidad y mejorando la resolutividad de los primeros niveles de atención, teniendo como premisas la atención a las necesidades de salud de la población, la integralidad de servicios de salud, la capacidad de oferta y producción de los servicios de salud y la accesibilidad a los servicios de salud del Distrito Capital. Asistencia técnica a las ESE con el fin de fortalecer la atención en salud de las ESE, 64 conceptos técnicos favorables para la viabilización de los proyectos de inversión de las ESE, en infraestructura y dotación, la viabilización de 6 propuestas de apertura de servicios, mejorando la respuesta institucional a las necesidades de salud de la población de la ciudad. Se suscribieron 150 convenios en su mayoría con las ESE, para fortalecer la prestación de los servicios de Salud en el marco de las redes integradas de servicios de salud. Se fortalecieron las redes prioritarias (red de sangre y trasplante) y redes de eventos de interés en salud Pública (Materno perinatal, rehabilitación, salud mental, salud oral y modalidades de atención como son: VIH, atención domiciliaria, dolor, medicina alternativa y terapias complementarias, así como el fortalecimiento de los programas de aulas hospitalarias, ruta de la salud, entre otros. En la red Materno Perinatal se brindó asesoría y asistencia técnica para fortalecer y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las gestantes tanto en las IPS públicas como privadas, y en las EAPB. Adicionalmente, se fortalecieron los servicios de control prenatal, atención de parto y parto, UCI intermedio y Neonatal y cuidado básico, programa Madre canguro. Avance en Actualización de la Política Pública y formulación del Plan Distrital de	Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE)	Población total Bogotá 2012: 7.571.345 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE)	Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE)	Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE)	Como cambios fundamentales para la problemática planteada se encuentran: Una propuesta de organización de la red pública hospitalaria avalada por el Ministerio de Salud y la Protección Social, que permite generar cambios en la situación actual de la provisión de servicios de salud y tomar la decisión más favorable en relación con el rediseño, reorganización y/o modernización de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá, teniendo en cuenta la definición de los sistemas integrados de los servicios de salud con enfoque familiar individual y comunitario del Distrito, el cual se enmarcan en los Sistemas de Salud orientados por la Atención Primaria, que fueron definidos en el artículo 63 de la Ley 1438 de 2011, impactando en la respuesta integral a las necesidades de salud la población del Distrito Capital. Se fortalecieron las redes prioritarias (red de sangre y trasplante) y redes de eventos de interés en salud Pública (Materno perinatal, rehabilitación, salud mental, salud oral y modalidades de atención como son: VIH, atención domiciliaria, dolor, medicina alternativa y terapias complementarias, así como el fortalecimiento de los programas de aulas hospitalarias, ruta de la salud, entre otros, que han permitido a las ESE, IPS y EAPB, mejorar la prestación de los servicios de salud en el Distrito Capital, reflejada en el fortalecimiento de los servicios de salud y mejoras en calidad de la atención. Con relación a las muertes maternas se vio una importante reducción para el año 2013 comparadas con el año anterior, así: 44 muertes para el año 2012 y 23 muertes para el año 2013. Esta misma situación se presenta para las muertes perinatales, las cuales para la vigencia 2012 fueron muertes perinatales 1456 casos, Tasa de Mortalidad Perinatal 18,8 x 1000 Nacidos Vivos. Para el año 2013, a la fecha de cierre de este informe no se cuenta con la Tasa de Mortalidad Perinatal sin embargo con corte al 31 de diciembre de 2013 se registraron 1494 muertes perinatales (reporte entregado por la Dirección de Salud Pública- RUAF). Con relación al Programa de aulas Hospitalarias se atendieron en el año 2012, 6.403 niños y para el año 2013 y se atendieron 4.441 niños en consulta externa y hospitalizados. Para el Programa de Ruta de la Salud, Para el año 2013 se realizaron 218.658 (con corte a 31 de diciembre) traslados de usuarios de las poblaciones más vulnerables (mayores de 60 años, menores de 5 años, gestantes y personas en condición de discapacidad), que corresponden a un total acumulado de 120.927 usuarios, a los puntos de atención de la red adscrita, según las necesidades de cada paciente, evidenciándose un aumento con relación al año 2012 en el cual se realizaron 177.442 traslados Tres centros de referencia en Bogotá, 2 (dos) para la atención del dolor (Tunal y Meissen) y 1 (uno) para la
8	Pese a los avances alcanzados en las diferentes iteraciones en cada uno de los niveles de integración de los sistemas de información de la Secretaría Distrital de Salud, persiste el problema principal fundamentado en la falta de información integrada, oportuna, confiable, consistente, segura, actualizada y en línea que soporte la toma de decisiones para planear, implementar, monitorear, controlar y optimizar el modelo de atención en salud.	883. Salud en Línea	Implementación de una estrategia de eSalud (Salud electrónica) para el Distrito Capital. (Sistemas de Información para salud en los Territorios, Historia Clínica Electrónica Unificada - HCEU, Redes Telesalud, Factura Electrónica) Integración de Sistemas de Información para la Gestión Corporativa de la Secretaría Distrital de Salud.	La población afectada indirectamente por el problema principalmente expuesto, corresponde a la población que demanda servicios de salud en el Distrito Capital, toda vez que en algún momento esa población puede tener contacto con las Empresas Sociales del Estado o con la Secretaría Distrital de Salud. La población atendida directamente corresponde principalmente a los usuarios que pertenecen al régimen subsidiado y vinculados del Distrito Capital. La población objetivo del proyecto se puede identificar en dos niveles: en primer término se encuentran todos los funcionarios y colaboradores de las veintidós (22) ESE adscritas al DC y de la Secretaría Distrital de Salud como usuarios del Sistema Integrado	5,5 % de avance en la implementación de la estrategia E-Salud a junio 2012. 34% de avance en la estrategia de incorporación de Sistemas de Información para la Gestión Corporativa a junio 2012.	22 ESE, 1100 funcionarios de la SDS, 7.674.366 Población indirecta potencialmente beneficiaria, 1.438.889 Población subsidiada	22 ESE, 1100 funcionarios de la SDS, 7.674.366 Población indirecta potencialmente beneficiaria, 1.438.889 Población subsidiada	15% del logro de la meta. Si Capital: 800 funcionarios capacitados (capacitaciones funcionarios Presupuesto, tesorería y Correspondencia). Información cargada, actualizada y ajustada del módulo de PERNÓ (Personal Nomina). Actualización y ajustes de incidencias ambiente producción módulo CORDIS (Correspondencia). Si Territorios: Reafirmación del diseño del Cabezote de la Base de Datos del sistema Mi-Territorio estableciendo esta como punto de partida y teniendo como referencia la Base de datos Centralizada. Integración de la estructura documental del modelo (formatos de captura de información) a la definición de requerimientos. Reactivación de grupo semilla para acompañar desarrollo de la herramienta con participación de las Direcciones de Planeación y Sistemas y Salud Pública. Infraestructura: Adquisición de recursos TIC a través de ocho (8) operaciones por Bolsa Mercantil de Colombia (3.490 Computadores de Escritorio, 245 Computadores portátiles, 127 Impresora multifuncional alto desempeño, 505 Impresora multifuncional medio desempeño, 176 Switches 24 puertos ESE, licencia Software Aranda, Licenciamiento Microsoft, 1075 Tabletas). Equipos de infraestructura de Tic de la línea 195. Identificación de la problemática de los hospitales y las alternativas solución al servicio prestado en la línea 195. Se cuenta con un instrumento de seguimiento a la programación y ejecución de turnos. PAI: (Programa ampliado de inmunizaciones). Sistema PAI en producción y funcionando. Servicio Web de integración con Compensar terminado y con pruebas realizadas por parte de Compensar. D divulgación e incorporación de la información en el servicio de la línea 195 de cáncer de mama (Mamografías). Divulgación de la información en el servicio de la línea 195 de disponibilidad de citas. Implementación de reportes consolidados para el proceso de
9	Deficiencias en el Acceso Efectivo a la Salud en la ciudad de Bogotá D.C. Para acceder al SGSSS existen diferentes condiciones según el régimen, lo cual genera segregación dadas las características y requisitos que debe cumplir la población para pertenecer a alguno de los regímenes definidos por la normatividad vigente (contributivo y subsidiado), así mismo la complejidad del sistema con múltiples actores, diversidad en funciones y competencias afectan la operación del mismo y limitan la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. Dificultad en el ejercicio pleno del derecho a la salud de personas y familias habitantes de la capital (no acceden a la afiliación del régimen subsidiado o presentan barreras en el acceso a los servicios de salud) lo que genera que en la ciudad no se alcance la equidad en salud y una mejor calidad de vida para todos los bogotanos y bogotanas.	874. Acceso Universal y Efectivo a la Salud	Durante la vigencia se desarrollaron diferentes estrategias de orientación, información, divulgación, acompañamiento vigilancia y control para garantizar la cobertura universal de la salud, la ubicación de personal capacitado dentro de la red de Hospitales Públicos del Distrito, Cades y Supercajes y en los puntos de atención de las EPS-S, cumpliendo funciones de Información y Orientación sobre Aseguramiento en Salud, aplicación de novedades y traslados de EPS-S a los habitantes del Distrito que allí lo soliciten, brindando así el acompañamiento, apoyo y seguimiento a dichos procesos y garantizando su correcta operatividad. En el Nivel Central desde el Grupo de Sistemas de Información se realizan las actividades de administración y depuración de las Bases de Datos, que buscan garantizar que los ciudadanos que cumplen con los criterios para ser beneficiarios del Régimen Subsidiado hagan uso de su derecho y que los que ya pertenecen al régimen Subsidiado permanezcan y tengan el goce efectivo del derecho a la salud. En el Nivel Extramural existe un equipo de Profesionales y técnicos que adelantan la Estrategia de Promoción del Aseguramiento realizando actividades para promover la universalización del aseguramiento dentro de las cuales se encuentran: - Promoción de la Afiliación - Resolución de barreras de acceso - Información y Atención al Usuario en Procesos de Aseguramiento en Salud - Verificación de derechos - Orientación sobre debidos procesos Fomentar la garantía del derecho de las poblaciones especiales (menores en protección del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, persona mayor en protección, habitante de la calle, personas en programa de protección a testigos y cárcel distrital. El pueblo ROM- Gitano, población indígena de los cabildos reconocidos en el distrito por el MINISTERIO DEL INTERIOR). Para este efecto se adelantan las siguientes actividades:	Años: 2012 - 2014: 1.678.622 Usuarios Régimen Subsidiado en Salud. El problema afecta a la población más pobre y vulnerable de la ciudad, con corte a 31 de diciembre/2012, el Total de Población afiliada al Régimen Subsidiado fue: 1.251.930 personas, los cuales se distribuyen así: - Sistbenizados 1.136.068, - Desplazados: 81.417; - Población infantil a cargo del ICBF 8.382, - Población rural no migratoria: 6.726, - Habitante de la calle 6.119, - Comunidades indígenas 5.162, - desmovilizados 3.745 - Población reclusa 1.956, Afro descendiente 991; - Creador o gestor cultural (Decreto 2283/2010) 555 - Persona discapacitada 235; - Menores desvinculados del conflicto armado 180, - ROM (Gitanos) 102 - Población rural migratorio 99, - Población de la tercera edad en protección de ancianos 91; - Programa en protección a testigos 55; - Población en centros psiquiátricos 21; - Madres comunitarias 21 - Población infantil vulnerable bajo protección	1.251.930 BDUU - Dic/2012	1.355.400	1.267.871 BDUU - Dic/2013 Infancia (Menores de 5 años): Al cierre del periodo continúan afiliados 107.356 niños y niñas en el Régimen Subsidiado en salud en el Distrito Capital. - BDUU (activos - 30/diciembre/2013) - Desplazados: Al cierre del periodo continúan afiliados 88.332 personas al Régimen Subsidiado en salud, de acuerdo al reporte de la BDUU (Activos - 30/diciembre/2013)	Los proyectos permitieron establecer estrategias para la promoción y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fortalecimiento de los mecanismos de divulgación de los procedimientos a través de los cuales la población objeto puede acceder a la afiliación al régimen subsidiado y a la prestación de servicios según sus necesidades de salud. De la misma forma se impulsó el desarrollo institucional a través de acciones de mejoramiento donde se optimizaron los diferentes procesos de carga, cure, validación y presentación de información reduciendo los tiempos en la actualización y reporte de información a los diferentes Actores del SGSSS y la respectiva actualización del Comprobador de Derechos de la SDS. Al cierre del periodo se logró la continuidad de 1.267.871 ciudadanos afiliados al régimen subsidiado, de acuerdo a la información reportada por el Ministerio en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA - dic. 2013). Respecto del grupo de focalización inicialmente pactado existe un grupo de población que no registra en la BDUU, debido a los cambios normativos respecto de la nueva aplicación de la encuesta Sisben metodología 3, los traslados al régimen contributivo, las glosas generadas en la información reportada por las EPS-S al Ministerio, entre otras.

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
10	Deficientes condiciones físicas de la prestación del servicio de salud en la red pública hospitalaria	880. Modernización e Infraestructura de Salud	*Actualización del plan maestro de equipamiento en salud, acorde al modelo de atención definido y a la red integrada, al 2016. *Se avanzó en la creación de una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción. (Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud). *Se avanzó en el Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas. *Se avanzó en el Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016 *Se avanzó en el Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas	La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las 20 Localidades del Distrito. Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE)	7674366 (datos de población Bogotá, proyección año 2013, encuesta calidad de vida)	La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las 20 Localidades del Distrito. 7674366 (datos de población Bogotá, proyección año 2013, encuesta calidad de vida)	La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las 20 Localidades del Distrito. 7674366 (datos de población Bogotá, proyección año 2013, encuesta calidad de vida)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de la capacidad instalada para la atención de servicios de salud, así como la construcción de espacios para el desarrollo de políticas distritales que impactan determinantes sociales (atención primaria, primera infancia, discapacidad entre otros)</li> <li>Reducción en la tasa de morbilidad por enfermedades transmisibles, materno perinatales y nutrición, por no transmisibles y por lesiones de causa externa: por población y por localidad.</li> <li>Reducción en la Tasa de mortalidad por las diez primeras causas: por población y por localidad</li> <li>Afectación positiva en las actividades diarias debido a aumento de la calidad de la salud y del estado de salud en general.</li> <li>Aumento en los grados de satisfacción con la salud, de satisfacción en las relaciones familiares y de satisfacción de las relaciones con la comunidad</li> <li>Aumento en el bienestar subjetivo de la población: satisfacción con el nivel de vida, la satisfacción con las condiciones económicas, percepción sobre seguridad humana, percepción sobre la seguridad futura y satisfacción con los logros en la vida.</li> </ul>
11	Déficit de servicios especializados de la red pública del Distrito Capital específicamente en los servicios de medicina interna y sus subespecialidades, así como servicios de hospitalización de salud mental y en servicios de cuidado neonatal y cuidado intensivo para el binomio madre – hijo que garantice a la población bogotana, en especial el segmento del régimen subsidiado, viviendas y una adecuada oferta de servicios para garantizar disponibilidad, calidad, pertinencia y oportunidad en los servicios citados.	878. Hospital San Juan de Dios	1. Seguimiento y acompañamiento al convenio 1728 de 2012 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud- Secretaría Distrital de Salud y el Hospital Rafael Uribe Uribe para adelantar los estudios y reparaciones necesarias para poner en funcionamiento el Centro de Salud San Juan de Dios. 2. Seguimiento y acompañamiento al convenio 2615 de 2012 suscrito entre el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural y el Fondo Financiero Distrital de Salud- Secretaría Distrital de Salud para los diseños de restauración del Instituto Materno Infantil. 3. Asesoría técnica y seguimiento a la contratación de la Universidad Nacional de Colombia, para la elaboración del Plan Especial de Manejo y Protección del conjunto hospitalario San Juan de Dios, a través de convenio interadministrativo 1795 de 2013 suscrito entre el instituto Distrital de Patrimonio Cultural, Planeación Distrital y el Fondo Financiero Distrital de Salud- Secretaría Distrital de Salud. 4. Asistencia a audiencias convocadas por la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y Veeduría Distrital, dentro del control y seguimiento que cada una de estas entidades tienen dentro de sus competencias. 5. Participación en el proceso de participación de la Convocatoria Pública No. 1 abierta por el proceso de liquidación de la extinta Fundación San Juan de Dios, para la compra del Lote Molino de la Hortua con sus 24 edificaciones. 6. Construcción, junto con la Universidad Nacional de Colombia, de escenarios de docencia y de excelencia, en los diseños del Centro de Salud para Atención Primaria en Salud, y de la atención de alta complejidad para el binomio madre-recién nacido	El Conjunto Hospitalario San Juan de Dios (Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil) se proyecta como una institución cuyo objeto es atender la demanda de servicios de salud de alta complejidad para la población adulta, materna y neonatal, de la ciudad de Bogotá, del departamento de Cundinamarca y con proyección nacional. Se busca poner a disposición de la comunidad una institución hospitalaria moderna, sostenible, con tecnología de punta, segura para sus usuarios, responsable social y ambientalmente en donde las personas atendidas gocen de servicios con altos estándares de calidad sin importar su condición socioeconómica, credo o raza, privilegiando la equidad y atendiendo con dignidad y de forma integral a los adultos, las mujeres gestantes, neonatos y sus familias, propiciando un espacio para la práctica y enseñanza de las ciencias de la salud en	7674366 (datos de población Bogotá, proyección año 2013, encuesta calidad de vida)	La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto es aquella que habita en las 20 localidades del Distrito. 7.674.366 (datos de población Bogotá, proyección año 2013, encuesta calidad de vida)	La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las 20 Localidades del Distrito. 7674366 (datos de población Bogotá, proyección año 2013, encuesta calidad de vida)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cumplimiento de la meta de "Avanzar en la primera etapa de la puesta en operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios - Instituto Materno Infantil que incluye: adecuación del centro de salud UPA San Juan de Dios; adecuación de las edificaciones actuales hasta donde las normas sobre patrimonio cultural, sismo resistencia y habilitación lo permitan y avance en la construcción de nuevas obras.</li> <li>Suscripción de un convenio entre el Ministerio de Cultura, el Distrito Capital y la Universidad Nacional de Colombia para elaborar el Plan Especial de Manejo y Protección del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, el cual dará el contexto general para garantizar su protección, conservación y sostenibilidad del centro hospitalario, con una inversión de \$1.650 millones, de los cuales el Distrito comprometió \$ 1.100 millones.</li> <li>Contratación de la actualización de los estudios técnicos y del proyecto de restauración del Instituto Materno Infantil para el Instituto Materno Infantil por \$ 439.970.271, con el fin de constituir allí un Centro de Excelencia en la Atención Materna y Neonatal.</li> <li>Contratación de los diseños de restauración, rehabilitación y readecuación de la edificación y los estudios de vulnerabilidad sísmica y patología estructural del Centro de Salud San Juan de Dios para poner en funcionamiento allí el Centro de Excelencia en Atención Primaria en Salud con una inversión de \$ 1.400 millones.</li> <li>Pago de las acreencias laborales, ordenadas por el Ministerio de Hacienda según lo establecido por la Corte Constitucional mediante Sentencia Unificada SU 484 de 2008 y seguimiento al cumplimiento de la misma mediante la participación en la comisión de seguimiento.</li> <li>Elaboración de un informe emitido por la Comisión de Seguimiento de la sentencia de unificación SU 484 de 2008 y dirigido a la Corte Constitucional donde se informa que las órdenes impartidas por la mencionada sentencia no se han cumplido a cabalidad debido a que la liquidación del conjunto de derechos y obligaciones de la extinta Fundación San Juan de Dios no definió oportunamente los conceptos de indemnización e indexación, y debido a la falta de claridad en el número de pensionados y los respectivos valores.</li> </ol>
12	Alta prevalencia de urgencias en la Ciudad por enfermedades crónicas agudizadas, lesiones de causa externa y traumas severos que requieren de una respuesta inmediata por parte del sector salud y de los diferentes actores de la Ciudad.  La Línea de Emergencias 123 recibe alrededor de 2.200 llamadas diarias 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, logrando una respuesta efectiva y oportuna al 83% de los pacientes clasificados como prioridad alta que es la razón de ser del programa del APH, teniéndose una demanda insatisfecha de estos pacientes del 17% . Adicionalmente se atienden pacientes clasificados como prioridad media o baja que solicitan el servicio, mediante asesoría e intervención telefónica y atención Pre hospitalaria con o sin traslado.	881. Ampliación y mejoramiento de la atención pre hospitalaria	Para el desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Emergencias Médicas se realizaron las siguientes acciones por subsistema durante la vigencia 2013: 1). Subsistema de Transporte: Se dio la implementación del Plan de Continuidad y Contingencia 2013, vinculándose mediante contrato de prestación de servicios con las ESE al Programa APH a corte de diciembre 168 recursos móviles y 6 equinos (localidad de Sumapaz, con cobertura al 100% de las localidades, con un incremento del 15% en el número de móviles comparado con el año anterior. Respecto al proyecto de Reposición de Ambulancias de las ESE adquiridos por la Secretaría de Salud a través de la Bolsa Mercantil, para mejorar la disponibilidad de vehículos de emergencias que se encuentran en estado de obsolescencia y deterioro para prestar el servicio de transporte, con la entrega de 52 vehículos de emergencias con adjudicación a las ESE, así mismo se recibe una ambulancia básica 4 X 2 adicional como ganancia de la compra por Bolsa Mercantil, para un total de 53 recursos. Se presentó ante el Ministerio de Salud el proyecto para la adquisición de 105 nuevos recursos para el Programa APH, recibiendo como cofinanciación a través de las cuentas maestras 10.000 millones de pesos para la compra de 65 nuevos recursos móviles, los cuales serán entregados a las ESE con el fin de fortalecer el parque automotor de las instituciones públicas en la vigencia 2014. 2). Subsistema Educación – Investigación: Formación a personas del Distrito Capital para dar respuesta a situaciones de urgencias, emergencias y eventuales desastres, logrando una cobertura de 13.865 ciudadanos y personal de sector salud capacitado a corte diciembre de 2013. Se adelantó la articulación interinstitucional con instituciones del sector educativo para el acompañamiento a dos investigaciones de estudiantes de maestrías como son: Propuesta de una metodología para la atención de usuarios en situación de desastre o emergencia, a partir de técnicas integradas de simulación y Tiempos de respuesta del sistema pre hospitalario en enfermedad cerebro cardiovascular.	La población total afectada son todas las personas a quienes se les presta cualquier tipo de servicio a través del programa de Atención Pre hospitalaria, asesoría, intervención, valoración pre hospitalario con o sin traslado por una afección súbita de salud individual (urgencias) o colectivo (emergencias o desastres), que asciende a 333.858 personas atendidas.	La población atendida, son todas personas a quienes se les presta cualquier tipo de servicio a través del programa de Atención Pre hospitalaria, asesoría, intervención, valoración pre hospitalario con o sin traslado por una afección súbita de salud individual (urgencias) o colectivo (emergencias o desastres), que asciende a 333.858 personas atendidas en el año 2012.	Se proyectó para la vigencia 2013 la atención de 420.661 llamadas efectivas con atención telefónica y/o atención pre hospitalaria, excluyendo duplicados fallidos (bromas, dato según las proyecciones para el cuatrienio.	Durante la vigencia se logró la atención de 373.795 usuarios de la Línea de Emergencias 123. La población que más solicita el servicio de atención pre hospitalaria son los mayores de 60 años, seguidos por la población entre 20 y 24, este comportamiento se ha presentado de forma similar durante los últimos 5 años, durante el 2013 el 28.1% de la población atendida ha sido mayor de 60 años. Los grupos etáreos de 15 a 19, de 20 a 24 y de 25 a 29 ocupan de forma alterna el segundo y tercer lugar. La proporción de atenciones pre hospitalarias según sexo han sido similares con un 49% para cada uno, las atenciones según grupo genero varían de acuerdo al grupo de patología que se presente.	Desde el 2008, año siguiente a la implementación de la Línea 123, la atención de las llamadas o solicitudes provenientes de la población bogotana tuvieron un crecimiento continuo de 506.906 llamadas en el 2008 a 837.238 en el 2011. En el año 2012 se observa una estabilización en la utilización de la misma por parte de la población con una variación del 0.002% (837.238 / 838.888) entre 2011- y 2012 y un decrecimiento de un 760.435 que corresponde a un 9.4% para el año 2013, este se puede deber a: 1) Disminución de un 16.7% de las llamadas duplicadas que ingresan a la DCRUE durante el año 2012; 2) Mejor uso de la línea de emergencia. 3) Posiblemente mayor utilización por parte de la población de servicios domiciliarios del sector privado, esto debido a que el porcentaje de llamadas provenientes de domicilios ha disminuido. Del total de llamadas efectivas recibidas en el Centro Operativo se generaron 179.654 despachos de vehículos de emergencias (ambulancias básicas, medicalizadas, de salud mental, neonatales, Vehículos de Respuesta Rápida y Equipo Comando en Salud), del 2008 al 2011 se ha presentado un crecimiento continuo en los despachos de vehículos para la APH de 192.855 en el 2008 a 306.490 en el 2011; en el 2012 los despachos de vehículos de emergencias disminuyeron a 266.033. El mayor crecimiento de despachos fue entre los años 2009 y 2010 con un 35.6 %, año en el cual se hizo el fortalecimiento del parque automotor del Programa de Atención Pre Hospitalaria con 70 vehículos nuevos. En el año 2012 y 2013 se ha presentado una disminución de los despachos de vehículos de emergencia en un 13.2% entre 2011- 2012 y de un 1.2% entre 2012- 2013. La oportunidad de la respuesta médica o paramédica depende de los tiempos manejados por la agencia NUSE y de la gestión del Centro Operativo de la Dirección CRUE. Se evidencia una mejoría del tiempo de despacho de los vehículos de emergencia de 55 segundos con respecto al año anterior, el tiempo de recorrido han permanecido similares con respecto al año anterior. Lo que da un tiempo total de respuesta más oportuno mejoría con respecto al 2012. El mayor porcentaje de despachos para Atención Pre Hospitalaria se hace hacia los domicilios, estas solicitudes han venido en un crecimiento continuo, es así que en el año 2008 el 38.1% de solicitudes provienen de los domicilios, en el 2009 el 43.7%, en el 2011 un 48.5%, y en el 2012 se presentó en un 57%, en el año 2013 disminuyeron las solicitudes de los domicilios a un 42%, en segundo lugar las solicitudes de servicio en vía pública las cuales venían en una franca disminución porcentual desde el 2009 al 2012 con un 43.3, 35.5, 33.2 y 26.5 por

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
13	Déficit en la promoción, regulación, funcionamiento en red y garantía de suficiencia en sangre, células madre y tejidos para la trasplante.	882. Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana.	1. Almacenamiento y conservación de las reservas de hemocomponentes y tejidos humanos, células madre para su distribución a las IPS adscritas al centro de ciencia y Biotecnología. 2. Desarrollo del Programa de promoción de la donación voluntaria, procesamiento y gestión de la calidad en los procesos del banco de sangre. 3. Desarrollo de investigaciones aplicadas al área de inmunohematología molecular entrocitaria, leucocitaria y plaquetaria. 4. Diseño e implementación del programa de plasmáferesis (vinculando procesos de promoción, procesamiento y gestión de la calidad en la unidad de plasma por aféresis) 5. Desarrollo del Programa de promoción de la donación, procesamiento y gestión de la calidad en la línea de piel del banco de tejidos. 6. Desarrollo del Programa de promoción de la donación, procesamiento y gestión de la calidad en la línea de córneas para trasplante en el banco de tejidos. 7. Diseño e implementación del programa para la obtención de tejidos osteoarticular (vinculando procesos de promoción, procesamiento y gestión de la calidad en la línea de tejido osteoarticular). 8. Desarrollo de investigaciones aplicadas al área de ingeniería tisular. 9. Diseño e implementación del programa para la obtención de homoinjertos (vinculando procesos de promoción, procesamiento y gestión de la calidad en la línea de homoinjertos) 10. Desarrollo del Programa de promoción de la donación voluntaria, procesamiento y gestión de la calidad en los procesos de células madre de cordón umbilical en el banco de cordón umbilical. 11. Desarrollo de investigaciones aplicadas a terapia celular avanzada y medicina regenerativa.	La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las Instituciones Prestadoras de Salud de la red distrital con servicios Transfusionales habilitados en la ciudad de Bogotá (13) y servicios Transfusionales privados de la ciudad y el país (30). Indirectamente, la población beneficiada corresponde a los pacientes que en la ciudad y en el país requieran transfusiones sanguíneas, trasplantes y/o implantes de tejidos, así como los que requieran tratamientos basados en el trasplante con células madre. En este sentido son 63.819 paciente potenciales transfundidos, 92 pacientes con trasplante de corneas, 10 pacientes con tratamientos de quemaduras y úlceras.	Línea base 2012: 76% Suficiencia sangre y tejidos. 58.047 componentes sanguíneos distribuidos. 36.334 unidades de sangre colectadas 112 córneas disponibles para trasplante 37102 cm2 piel para tratamiento de quemaduras y úlceras. Implementación del Banco de Tejido Osteo Articular. Implementación Banco de Cordón Umbilical.	Población Meta Directamente TODAS las IPS de la Red Distrital con servicios Transfusionales habilitados en la ciudad de Bogotá (13) y servicios Adscritas al Hemocentro Distrital). Indirectamente, los pacientes que en la ciudad y en el país requieran transfusiones sanguíneas, en el país requieran trasplantes y/o implantes de tejidos, así como los que requieran tratamientos basados en el trasplante con células madre. Son 60.000 paciente potenciales transfundidos, 112 pacientes con trasplante de corneas, 10 pacientes con quemaduras y úlceras, 270 unidades de cordón umbilical disponible para trasplante.	La Población directamente beneficiada con el desarrollo del proyecto son las Instituciones Prestadoras de Salud de la red distrital con servicios Transfusionales habilitados en la ciudad de Bogotá (13) y servicios Transfusionales privados de la ciudad y el país (30). Indirectamente, la población beneficiada corresponde a los pacientes que en la ciudad y en el país requieran transfusiones sanguíneas, en el país requieran trasplantes y/o implantes de tejidos, así como los que requieran tratamientos basados en el trasplante con células madre. En este sentido son 58.047 paciente potenciales transfundidos, 112 pacientes con trasplante de corneas, 10 pacientes con quemaduras y úlceras.	1. Se logró satisfacer el 84.6% de la demanda de componentes sanguíneos y 37% tejidos de las IPS públicas y privadas adscritas al Hemocentro Distrital, del orden distrital principalmente y nacional. 2. Se logró obtener una capacidad de disponibilidad de componentes sanguíneos, permitiendo la distribución de 63.819 componentes sanguíneos a IPS públicas y privadas. 3. Se logró vincular más de 35.827 donantes de sangre de los cuales 96% son donaciones altruistas. 4. Se logró contribuir a disminuir el déficit en el trasplante de corneas en la ciudad, con 92 trasplantes realizados. 5. Se logró tener a disposición de las IPS que cuentan con servicios habilitados para el tratamiento de quemaduras y úlceras en la piel, con 32663 cm2 piel para implante. 6. Se logró realizar las gestiones correspondientes a la Implementación del banco de tejido osteo articular para inicio de operaciones en la vigencia 2014. 7. Se logró realizar las gestiones correspondientes Implementación Banco de Cordón Umbilical, lo cual en desarrollo de la fase de validación y pre operación del mismo, hace parte del desarrollo del proyecto de investigación beneficiado con recursos de la nación (Sistema General de Regalías), con alto impacto para la salud de los habitantes colombianos, puesto representa en muchos casos, la única alternativa de vida. 8. Se gestionó la consolidación del grupo de investigación GRUPO GIMTTYC – SDS, cuyo fin es el de fortalecer el proceso de investigaciones en el Hemocentro Distrital. 9. Se conformó de la Red de Terapias Celulares basada en Células Madre (Universidades, Nacional, Javeriana, El Bosque, y grupo GIMTTYC – SDS.
14	Existencia de Barreras de acceso que dificultan o niegan la efectiva utilización de los servicios de salud. Ante la solicitud de servicios de salud, por parte de un ciudadano, es frecuente encontrar largas filas, listas de espera con oportunidades de cita a varios meses e incluso se evidencian cierres parciales o definitivos de servicios vitales de salud en los hospitales como consecuencia del inadecuado flujo de recursos económicos hacia estas entidades. Adicionalmente es frecuente que las acciones individuales y colectivas de promoción y prevención no se realicen ni se garanticen en la población. Finalmente es norma que el ciudadano que requiera servicios de salud tenga que trasladarse a diferentes sitios, incluso a localidades distantes, para tratar de obtener acceso a los servicios, pues no se garantiza la integralidad y continuidad de los mismos. El sistema de aseguramiento de salud en Colombia ha generado, en la práctica, múltiples formas de negar o retrasar el acceso a los servicios de salud a los individuos y a los colectivos, a través de la conformación de estrategias, por parte de las EPS, para la contención de costos que generan barreras de acceso, entre las cuales se cuentan: los engorrosos procesos de autorizaciones de servicios, actividades o medicamentos, así	869. Salud para el Buen Vivir	1. Componente Modelo de Salud familiar y comunitaria de acciones colectivas: Consolidación de la estructura del modelo de atención en Salud Humana: territorios Saludables, basado en Atención Primaria en Salud el cual se considera como la organización de respuestas sectoriales, transectoriales y sociales en salud para Bogotá, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho a la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales, con un enfoque territorial y poblacional. Profundización de la Atención Primaria en Salud –APS– con la ampliación en la cobertura y del que hacen parte los equipos territoriales de salud. La conformación de "Equipos de Respuesta Inicial" que consisten en equipos de salud con presencia, además de los promotores, de médico y enfermera, quienes realizaran visita domiciliar y atención en salud extramural en las casas, colegios, jardines infantiles, instituciones de protección y en general en los sitios donde habita las comunidades en los barrios de las diferentes localidades del Distrito Capital. La conformación de "Equipos de Respuesta Complementaria" constituidos por un equipo de salud con cerca de profesionales y especialistas en salud. Estos profesionales operarán a nivel de los territorios complementando la atención integral en salud de cada 12 Equipos de Respuesta Inicial, es decir cada equipo de respuesta complementaria cubrirá 9.600 familias en promedio. Se proyecta el funcionamiento de 83 equipos de respuesta complementaria en la ciudad para consolidar 83 Territorios Saludables. Estos equipos serán el primer contacto y la puerta de entrada de la población con los servicios de salud, abordando de forma integral e integrada a la población por ciclo vital, las familias y sus ámbitos de vida cotidiana, con un enfoque diferencial y para la diversidad. Además se cuenta en la perspectiva de herramienta para la rectoría y la toma asertiva de decisiones en salud pública del componente de vigilancia en salud pública unida al fortalecimiento del laboratorio central de salud pública del Distrito Capital. 2. Componente de organización, movilización y participación en salud en los micro territorios y territorio de salud: desde este componente se implementaron intervenciones para la promoción de la movilización en torno a la acción comunitaria en salud a través de la constitución de consejos de salud por micro territorios y	Población total Bogotá 2013: 7.674.366 (Fuente: Proyecciones de Población de Bogotá D.C., Estimaciones 1985 - 2005 y Proyección 2006-2020. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE)	El programa "Salud a su Casa" de la anterior vigencia, se dirigió a las familias de 19 de las 20 localidades, en los 447 micro territorios de 611.000 familias de la zona urbana y rural del Distrito Capital. Se aclaró que no contaba con ERI y ERC.	800.000 familias a intervenir con el programa Territorios Saludables año 2013	A través de la intervención de seguimiento y mantenimiento a familias de territorios antiguos se desarrollaron acciones educativas, de promoción y prevención a las familias de 1.005 micro territorios a corte (Diciembre de 2013 - bases preliminares). En APS en Línea se registran 941.630 familias, correspondientes a los diferentes espacios de vida cotidiana, agrupan un total de 2.926.694 individuos. 18. - Número de Familias Cubiertas: 220.686 - Número de Individuos Caracterizados: 715.148 - Número de Territorios: 18. - Número de Equipos de Respuesta Inicial: 214. - 2. Red Centro Oriente (Santa Fe, Candelaria, Mártires, Rafael Uribe, Antonio Nariño y San Cristóbal). Número de Familias Cubiertas: 211.763 - Número de Individuos Caracterizados: 597.320 - Número de Territorios: 15. - Número de Equipos de Respuesta Inicial: 178. 3. Red Sur (Sumapaz, Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar). Número de Familias Cubiertas: 228.889 - Número de Individuos Caracterizados: 743.686 - Número de Territorios: 28. - Número de Equipos de Respuesta Inicial: 328. - 4. Red Sur Occidente (Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón) Número de Familias Cubiertas: 280.292 - Número de Individuos: 870.540 - Número de Territorios: 24. - Número de Equipos de Respuesta Inicial: 288. - Componente de Acción y salud comunitaria en los territorios: Acciones movilización de la acción comunitaria en salud a través de la promoción, implementación de consejos de salud de en 645 micro territorios y 85 territorios en salud. De esta estrategia operativa se logró ejecutar 2.507 sesiones en cada micro territorios en la vigencia del año 2013. Hacer seguimiento de la gestión pública por parte de la comunidad en los 85 Consejos Territoriales de salud con participación de distintos sectores de la gestión pública de la ciudad articulados con el Programa Territorios Saludables. Esto permitió una participación de 19.188 ciudadanos y ciudadanas en procesos de planificación y seguimiento a la ejecución de este programa. De otro lado se generaron procesos de organización de redes sociales comunitarias para promover respuestas comunitarias y sociales en todos los territorios ello permitió implementar las siguientes redes en la ciudad: Red comunitaria de salud e infancia: 20 Red comunitaria de Salud y Juventud 20	

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
15	<p>Persiste la muerte y la enfermedad grave por enfermedades prevalentes en los niños y niñas en primera infancia principalmente por condiciones socio-económicas que determinan la salud/enfermedad de la infancia.</p> <p>En el Distrito Capital, según proyecciones del censo DANE del 2005, para el 2013 se estima que hubo 719.705 niños y niñas en primera infancia (0 a 6 años) que correspondían al 9,4% de la población total y 964.423 niños y niñas en la infancia (6 a 13 años) que correspondían al 12,6% del total de habitantes de la capital.</p> <p>Desde las competencias del sector salud existen razones como el desconocimiento de los deberes y derechos en salud por parte de las y los usuarios, las fallas en la identificación de signos de alarma frente a las enfermedades prevalentes de la infancia, las fallas en el seguimiento nutricional y en la integralidad de la atención de las enfermedades prevalentes de la niñez lo que se asocia a baja adherencia de los pacientes a los servicios de salud, que se exacerban con los problemas de barreras de acceso que se generan en el actual sistema de aseguramiento, el SGSSS.</p> <p>Hechos que culminan en interales muertes que en el 2011 alcanzan las siguientes tasas: Mortalidad infantil de 12,1 por 1.000 nacidos vivos, Mortalidad en menores de 5 años 24,5 por 10.000 menores de 5 años, Mortalidad por</p>	869. Salud para el Buen Vivir	<p>Las actividades realizadas por los Equipos de respuesta inicial ERI (técnicos/as en salud y profesionales de medicina y enfermería) en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, implican la identificación y categorización de las necesidades de niños/as y mujeres gestantes en salud y calidad de vida, para posteriormente desarrollar una asesoría que profundiza en los procesos de información, educación y comunicación con cuidadores/as, madres, padres y con los niños y niñas sobre prácticas protectoras y de riesgo en salud. Los temas tratados con niños/as y sus cuidadores en la primera infancia se concentran alrededor del AIEPI: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años, consumo adecuado de vitaminas y micronutrientes, dar afecto-cariño y estimulación temprana a los niños/as, vacunación completa para la edad, ambiente sano, búsqueda de acceso efectivo a servicios de salud oral desde temprana edad, protección de accidentes y lesiones, prevención de TBC, prevención del todas las formas de violencias contra niños y niñas, reconocimiento de signos y síntomas de alarma de las enfermedades prevalentes de la infancia, reconocimiento de prácticas de cuidado de las enfermedades prevalentes de la infancia, y rutas de atención de los servicios de salud y de los servicios sociales. Estas acciones se hacen de forma individual a través de: Asesoría Integral en Casa a los niños, niñas y sus Familias (ámbito familiar); Asesoría Individual a niños y niñas (ámbito escolar, institucional y servicios de salud colectiva para niños y niñas).</p> <p>Por su parte, con las mujeres gestantes y sus familias, posterior a la identificación de la situación de la mujer gestante se da inicio a un proceso educativo con los siguientes énfasis: signos de alarma de la gestación, derechos de la mujer gestante en el SGSSS, deberes de la mujer gestante en el SGSSS, promoción de la lactancia materna exclusiva, prácticas de cuidado y autocuidado durante la gestación, regulación de la fecundidad posparto, cuidados del recién nacido. Además se realiza canalización a servicios de salud y servicios sociales según necesidad encontrada en la mujer gestante.</p> <p>De forma complementaria, el equipo de respuesta complementaria ERC (profesionales y técnicos/as de odontología, nutrición, terapias, psicología, ciencias</p>	719.705 niños y niñas de 0 a 5 años.  (Fuente: proyecciones poblacionales del DANE, para el 2013)	2.974 gestantes  (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 1 de julio al 31 de diciembre de 2012)	270.000 niños y niñas en primera infancia  15.000 gestantes	197.013 niños y niñas en primera infancia.  12.417 gestantes  (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, discapacidad, nutrición, salud mental y acciones colectivas, corte enero- sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares)	<p>En 2013 se realizaron acciones con 569.312 familias, llegando a un acumulado de 941.630 familias 2004-2013 también se intervinieron 403 HCB - Infancia 435 Jardines 829 sedes de colegios y 85 SSC. Con esto damos cobertura al 100% de las familias sin estrato y de estrato 1, y al 50% del estrato socioeconómico 2.</p> <p>Mujer y Familia Gestantes: Se visitaron por ERI 12.417 gestantes, 79 de 10 a 14 años, 2.965 de 15 a 19 años, 8.322 de 20 a 34 años y 1.091 de 35 a 55 años. De ellas 4.813 (38,8%) tenían alto riesgo materno – perinatal. El 100% de las gestantes fueron valoradas por profesional de medicina y 3.303 (26,6%) fueron visitadas por profesionales de medicina y enfermería +5.187 gestantes (41,7%) fueron asesoradas por nutricionista. De ellas el 6,1% (316) presentaron bajo peso gestacional y el 2,6% (133) se encontraron con bajo peso en recuperación +867 (6,9%) fueron atendidas integralmente con SDIS +Con 114 (0,9%) se realizó intervención psicológica (0,9%) +5.612 (45,2%) recibieron atención por el equipo de salud oral +La mortalidad materna en el 2013, disminuyó respecto al 2012, 2012 41 muertes y 2013 24 muertes. Con esto hubo una disminución en la razón de mortalidad materna de 39,2 por 100.000 NV en el 2012 a 24,68 x 100.000 NV en el 2013. Se redujo la transmisión materno perinatal de VIH al pasar de 4 casos en el 2012 a 2 casos en el 2013, lo que significa una reducción del 25% al pasar de una incidencia de 0,04 x 1000 NV a 0,03 x 1000 NV en este periodo +En 2013 se presentaron 387 nacimientos en niñas &gt; 15 años, mientras que en el 2012 fueron 485 casos, disminuyó en 20% y se presentaron 17.974 nacimientos en adolescentes de 15-19 años, en el 2012 fueron 19.022 casos, disminuyeron el 5,5%-La tasa de incidencia de sífilis congénita presenta una leve tendencia al aumento al pasar de 2,2 X 1.000 NV en 2012 a 2,3 x 1.000 NV en 2013 +Se aplicaron 102.923 dosis de DPT a celular a mujeres gestantes, lo que aporta a la reducción de casos de morbilidad y mortalidad por toslerina en los neonatos y lactantes menores.</p> <p>Primera Infancia (0 a 5 años): En el 2013 se realizó seguimiento a 197.013 NN de 0 a 5 años (25.305 menores de 1 año y 171.708 NN de 1 a 5 años). Para el ámbito familiar se alcanzó una cobertura del 91,6% de los niños y niñas menores de 1 año activos en el Programa, y del 63,9% para NN de 1 a 5 años. De los NN de 0 a 5 años atendidos según datos preliminares de las bases de datos del FTS al 30/09/13, se realizó valoración integral en salud por profesionales del ERI a 30.737 NN, con quienes se hizo IEC en AIEPI comunitario, y se identificó en 919 NN (2,98%) problemas en el neurodesarrollo, 234 NN tamizaje visual anormal (1%), y 176 NN tamizaje positivo para maltrato infantil (0,6%). Datos esto con el ERC en esta población se realizó: 448 NN de 3 a 5 años (1,45%) asesorados por nutricionista: 106 con DNT global, 132 con riesgo a DNT global, 77 con bajo peso en recuperación y 133 con DNT Crónica. 1.209 NN de 0 a 2 años (3,9%) +Se incluyeron 895 NN con discapacidad en la ruta de RBC (2,9%) +Se realizó intervención psicosocial a 442 NN (1,43%) +Se intervinieron 15.766 de 1-5 años por equipo de salud oral en el ámbito escolar e institucional y 7.726 en el ámbito familiar (76,4%).</p> <p>En el D.C. -Se implementó "Bogotá Humanizada con la lactancia materna" en 24 IPS con las que se fortaleció la estrategia IAMJ, se realizó evaluación externa a 16 IPS que atienden partos, de las cuales 14 fueron acreditadas</p>
16	<p>Para el grupo evolutivo niños de 6 a 13 años las principales problemáticas en el Distrito Capital se expresan en mortalidad evitable, morbilidad por aspectos nutricionales y de salud oral y condiciones socioeconómicas que se expresan en el trabajo infantil.</p> <p>La principal causa de mortalidad para niños y niñas de 6 a 13 años es la accidentalidad del transporte terrestre y las leucemias pediátricas, la accidentalidad con una tasa de 3,3 x 100.000 habitantes en el 2010 y las leucemias pediátricas con una tasa de mortalidad de 2,4 por 100.000 menores de 15 años.</p> <p>Al observar estas situaciones de salud en esta población vemos por ejemplo una prevalencia de obesidad de 25,7 para el 2011 (Fuente SISVAN 2011), asociados a problemas en salud oral como que el promedio de dientes COP-D (cariados, obturados o perdidos) a los 12 años fue de 3,1 en Bogotá, mientras que en el país es de 2,3 (ENSAB, 1998), al tiempo que en Bogotá el 88,7% de los niños y niñas mayores de 12 años ha tenido alguna vez carias en la dentición permanente (ENSAB, 1998).</p> <p>Otro de los problemas más críticos con esta población es el trabajo infantil, la tasa de trabajo infantil de la ciudad para el año 2012 es de 10,7 teniendo en cuenta los oficios del hogar y de 7,5 sin contar con esta última actividad, la tasa tiene un cambio significativo</p>	869. Salud para el Buen Vivir	<p>Las actividades realizadas por los Equipos de respuesta inicial ERI (técnicos/as en salud y profesionales de medicina y enfermería) en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, implican la identificación y categorización de las necesidades de niños/as en salud y calidad de vida, para posteriormente desarrollar una asesoría que profundiza en los procesos de información, educación y comunicación con cuidadores/as, madres, padres y con los niños y niñas sobre prácticas protectoras y de riesgo en salud. Los temas tratados con niños/as y sus cuidadores son: búsqueda de acceso efectivo a servicios de salud oral desde temprana edad, protección de accidentes y lesiones, prevención de TBC, prevención de todas las formas de violencias contra niños y niñas, reconocimiento de signos y síntomas de alarma de las enfermedades prevalentes de la infancia, reconocimiento de prácticas de cuidado de las enfermedades prevalentes de la infancia, y rutas de atención de los servicios de salud y de los servicios sociales, prevención de uso y abuso de sustancias psicoactivas y cultura de una sexualidad libre y plena, que incluye prevención y protección de ETS - énfasis en VIH y Sífilis-, y prevención de maternidad/paternidad temprana, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Estas acciones se hacen de forma individual a través de: Asesoría Integral en Casa a los niños, niñas y sus Familias (ámbito familiar); Asesoría Individual a niños y niñas (ámbito escolar, institucional y servicios de salud colectiva para niños y niñas).</p> <p>De forma complementaria, el equipo de respuesta complementaria ERC (profesionales y técnicos/as de odontología, nutrición, terapias, psicología, ciencias humanas/sociales, ciencias ambientales) desarrollan acciones de información, educación y encaminan hacia rutas intersectoriales y de inclusión social a niños y niñas con necesidades particulares en salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad, educación ambiental, entre otros a través de asesorías individuales. Al tiempo estos mismos temas son desarrollados por los equipos de respuesta inicial y los equipos de respuesta complementaria a través de asistencia técnica a instituciones para ganar competencias ciudadanas e institucionales para la protección y el cuidado de niños y niñas en instituciones educativas, organizaciones sociales y comunitarias, entre otros.</p>	964.423 niños y niñas en la infancia (6 a 13 años)  (Fuente: proyecciones poblacionales del DANE, para el 2013)	290191  (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 1 de julio al 31 de diciembre de 2012)	242.856 niños y niñas en infancia	253.257 niños y niñas en infancia  (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, discapacidad, nutrición, salud mental y acciones colectivas, corte enero- sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares)	<p>En 2013 se realizaron acciones con 569.312 familias, llegando a un acumulado de 941.630 familias 2004-2013, también se intervinieron 403 HCB - Infancia, 435 Jardines, 829 sedes de colegios y 85 SSC. Con esto damos cobertura al 100% de las familias sin estrato y de estrato 1, y al 50% del estrato socioeconómico 2.</p> <p>En el 2013 se realizó seguimiento a 235.257 niños y niñas de 6 a 13 años. Las actividades con este grupo poblacional se concentraron en el ámbito escolar.</p> <p>De los niños y niñas de 6 a 13 años atendidos en el periodo, según datos preliminares de las bases de datos del Programa Territorios Saludables al 30 de septiembre de 2013, se realizó valoración integral de riesgos en salud realizados por profesionales del equipo de respuesta inicial y del equipo de respuesta complementaria a 235.257 niños y niñas, con quienes se desarrollaron procesos educativos en torno a las prácticas protectoras en salud y se identificó que el 16% niños y niñas tenían tamizaje visual anormal y el 0,37% tenían tamizaje auditivo anormal, adicionalmente se encontró que 22% de los NN tenían riesgo de violencias, 14,2% tenían riesgo de consumo de SPA, 21,9% tenían riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, 4,09% tenían riesgos de conducta Suicida, y el 68% tenían una calidad del cepillado inadecuada. Datos estos hallazgos a través de la intervención del equipo de respuesta complementaria se realizaron las siguientes actividades con esta población:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el ámbito escolar en Instituciones educativas de las 3.281 asesorías individuales realizadas por nutrición a niños, niñas y adolescentes hasta los 17 años, se identificaron 140 NN con sobrepeso, 16 con riesgo a sobrepeso y 39 con obesidad, a quienes se les ofrecieron las recomendaciones nutricionales según su edad y condición. Adicionalmente, se desarrolló el tamizaje nutricional de 90.614 escolares de 5 a 17 años pertenecientes a 83 colegios centinela, producto del análisis de esta información se realizó la certificación de 17 tiendas escolares de los mismos colegios.</li> <li>• Se incluyeron 2003 niños y niñas con discapacidad en la ruta de RBC.</li> <li>• Se realizó intervención psicosocial a 1139 niños y niñas menores de salud mental, por eventos prioritarios en salud mental (conducta suicida, consumo de SPA, trastornos de la conducta alimentaria, SPA).</li> <li>• Se intervinieron 42483 de 1 a 5 años por higienista oral y profesional de odontología en el ámbito escolar e institucional desarrollando monitoreo de la calidad del cepillado y educación en salud oral y prácticas favorables, tanto con los niños y niñas como con sus cuidadores.</li> <li>• En términos de cobertura PAI, para el 2013 en el Distrito Capital, con la población de niñas mayores de 9 años realizó aplicación de 2 dosis para VPH, llegando a una cobertura de 67,5%.</li> <li>• Según datos preliminares de SIVIGILA, con corte a la semana 52, para el año 2013 en Bogotá se presentaron 145 casos nuevos de leucemias pediátricas, encontrando que la tasa de incidencia para leucemia linfocítica fue de 6,5 x 100.000 menores de 15 años y para leucemia mielocítica fue de 1,5 x 100000 menores de 15 años. Esta</li> </ul>

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
17	En la población adulta (27 a 59 años) la problemática en salud se expresa en morbi-mortalidad por enfermedades crónicas y en segunda instancia las infecciosas  Los Hombres y mujeres adultos entre 27 y 59 años de la ciudad de Bogotá, representarían el 46% de la población total (3.493.538 personas) los cuales reúnen una serie de necesidades y características propias de una ciudad capital en desarrollo, entre ellas se puede mencionar el lugar protagónico que ocupan las causas de muerte por condiciones crónicas, así lo demuestran los registros de mortalidad de personas entre 45 y 59 años, donde se observa como principal causa de muerte para el año 2011 las Enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 32,3 x 1000 Hab., seguida por Enfermedades cerebro vasculares con una tasa de 18,7 x 1000 Hab., luego aparece un grupo de muertes causada por tumores malignos de estómago, mama y colon con tasas de 16,1, 12,7 y 10,4 x 1000 Hab. respectivamente. Adicionalmente es importante resaltar la presencia de mortalidad por diabetes mellitus y neumonía entre las primeras causas de muerte con tasas de 8,2 y 5,3 x 1000 Hab. (FUENTE: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS.), por lo tanto las enfermedades crónicas se convierten en el principal problema de salud pública de la ciudad a pesar de ser	869. Salud para el Buen Vivir	Las actividades realizadas por los Equipos de respuesta inicial (técnicos/as en salud y profesionales de medicina y enfermería) en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, implican la identificación y categorización de las necesidades de adultos y adultas en salud y calidad de vida, que incluye valoración del riesgo en salud y tamizaje para condiciones crónicas. Posteriormente se desarrolla una asesoría que profundiza en los procesos de información, educación y comunicación en prácticas protectoras y de riesgo en salud con énfasis en prevención de enfermedades crónicas y transmisibles, promoción de la actividad física, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de frutas y verduras, signos o síntomas de alarma de las condiciones crónicas y transmisibles. Manejo de residuos sólidos y ambientes saludables para el desarrollo de la cotidianidad, protección de accidentes y lesiones, prevención de todas las formas de violencias (énfasis en violencia de género), rutas de atención de los servicios de salud y de los servicios sociales, prevención de uso / abuso de sustancias psicoactivas y cultura de una sexualidad libre y plena, que incluye prevención / protección de ETS, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Estas acciones se hacen de forma individual a través de: Asesoría Integral en Casa a los niños, niñas y sus Familias (ámbito familiar); Asesoría Además en el ámbito laboral se desarrolla promoción del Trabajo decente y saludable en Unidades de Trabajo Informal a través de la identificación, caracterización de condiciones de trabajo, salud y de datos sociodemográficos de los y las trabajadoras, plan de trabajo y sesiones pedagógicas y seguimiento, implementación de la estrategia de entornos a nivel grupal con la conformación de grupo de trabajo saludable para promoción de prácticas saludables en el trabajo, conformación y formación a líderes en salud y trabajo.	3.493.538 (Fuente: proyecciones poblacionales del DANE, para el 2013)	117.193 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 1 de julio al 31 de diciembre de 2012)	656.681	584.688 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, discapacidad, nutrición, salud mental y acciones colectivas, corte enero - sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares)	Durante el 2013 el Programa Territorios Saludables presenta los siguientes resultados y avances: * 584.688 adultos atendidos en alguno de los ámbitos de vida cotidiana, de los cuales el 55,9% son hombres y 43,8% mujeres. El 97,2% de esta población ha sido atendida en el ámbito familiar. * Se han realizado 24.156 intervenciones individuales por profesionales del ERI. * 2.335 individuos fueron abordados con la intervención psicosocial por eventos prioritarios en salud mental. * 428 individuos víctimas del conflicto armado recibieron atención psicosocial * Se valoraron por el equipo de salud 785 adultos/as, con quienes se hizo monitoreo de la calidad del cepillado dental y acciones colectivas, encontrando que el 66% de la población tiene una inadecuada higiene oral. * En servicios de salud colectiva han participado 4.392 personas en actividades de promoción de prácticas saludables, actividad física y alimentación saludable. * Se realizó tamizaje para condiciones crónicas a 9.447 personas, de los cuales 2.911(30%) eran hombres y 6.536 (69%) mujeres. De las personas tamizadas para condiciones crónicas 1.903(20%) presentaron riesgo de exposición a padecer riesgo cardiovascular, 1.437 (15%) presentaron obesidad y de ellos 116 (1.1%) presentaron riesgo de diabetes. Frente a los riesgos de exposición a padecer enfermedades crónicas: 1.231(13%) fuman, 2.352(24%) consumen sal antes de probar los alimentos, 1.275 (13%) consumen licor, 4.961 (52%) no hacen actividad física, 2.544 (26%) no consumen fruta y verduras. Es de destacar que el 5.712 (60%) de las personas no concilian su estado de salud en el momento del tamizaje * El Programa Territorios saludables ha brindado a 18.171 personas educación sobre promoción de prácticas saludables, alimentación sana y signos de alarma para condiciones crónicas; de los cuales el 2% corresponde a adultos * Se ha vacunado con influenza a 44.283 personas entre 50 y 59 años y con neumococo a 53.221 personas en el mismo rango de edad. * Se han intervenido 6.334 trabajadores/as informales (preliminar a 30/09/13). Y respecto a la meta, según reporte de tablero de indicadores se realizó proceso en 6.090 Unidades de Trabajo Informal de promoción de entornos de trabajo saludable implementado y se conformaron 33 grupos de trabajadores conformados * El porcentaje de UTIS con mejoramiento de las condiciones de trabajo fue del 54% con 2.425 unidades de trabajo intervenidas de marzo a diciembre de 2013, y de las UTIS intervenidas en el año 2012 se reportaron en enero y febrero el mejoramiento de sus condiciones en 4506. * 530 trabajadores formados y certificados en salud y seguridad social. * Se realizaron 22.545 pruebas voluntarias de VIH. * En mujeres adultas se realizaron 93.073 citologías, de las cuales 4.294 (4,6%) presentaron resultados anormales. Logrando que el 100% de los resultados fueran entregados, y que los casos positivos fueran
18	La población adolescente (14 – 17 años) y joven (18 -26 años) del Distrito, presenta como principales causas de mortalidad: las lesiones de causa externa incluyendo: homicidios y secuelas por agresiones, accidentes de tránsito, lesiones auto infligidas (suicidios) y enfermedad por VIH. (Fuente 2007-2010: Certificado de nacido vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Datos Oficiales. Actualización 2010: 17-07- 2012 Fuente 2011 Bases de datos DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS --Datos preliminares Actualización: 09-07- 2012; Fuente 2012: Certificado de nacido vivo - Bases de datos SDS y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares. Actualización 04-03- 2013). Los que sustentan la necesidad de continuar	869. Salud para el Buen Vivir	Las actividades realizadas por los Equipos de respuesta inicial (técnicos/as en salud y profesionales de medicina y enfermería) en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, implican la identificación y categorización de las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud y calidad de vida, que incluye valoración del riesgo en salud. Posteriormente se desarrolla una asesoría que profundiza en los procesos de información, educación y comunicación en prácticas protectoras y de riesgo en salud con énfasis en prevención de enfermedades crónicas y transmisibles, promoción de la actividad física, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de frutas y verduras, signos y síntomas de alarma de las condiciones crónicas y transmisibles. Manejo de residuos sólidos y ambientes saludables para el desarrollo de la cotidianidad, protección de accidentes y lesiones, prevención de todas las formas de violencias (énfasis en violencia de género), rutas de atención de los servicios de salud y de los servicios sociales, prevención de uso y abuso de sustancias psicoactivas y cultura de una sexualidad libre y plena, que incluye prevención y protección de ETS, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Estas acciones se hacen de forma individual a través de: Asesoría Integral en Casa, Asesoría individual y grupal en el ámbito escolar y el los Servicios de Salud Colectiva.	511.837 (Fuente: proyecciones poblacionales del DANE, para el 2013)	158.591 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 1 de julio al 31 de diciembre de 2012)	386.521	373.994 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, discapacidad, nutrición, salud mental y acciones colectivas, corte enero - sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares)	Durante el 2013 se atendieron un total de 373.994 adolescentes y jóvenes, la intervención con ellos se realizó mayoritariamente a través del ámbito escolar en donde se intervinieron 439 sedes educativas, además de la realización de 85 servicios de salud colectiva. Obteniéndose: * 322.908 adolescentes y jóvenes con asesoría en casa por equipo de respuesta inicial para información, educación y comunicación en salud con énfasis en derechos sexuales y reproductivos, prevención del uso de SPA y uso del tiempo libre. Vale la pena resaltar que el 80% de esta población también recibió asesoría en el ámbito escolar. De la población intervenida el 54,6% son mujeres (204.804), 45% son hombres (168.305) y 0,44% no se tiene dato de sexo (1.605). * 5.995 adolescentes y jóvenes valorados por profesionales de medicina o enfermería, incluyendo 2599 adolescentes, 5396 jóvenes, en el ámbito familiar. * 20.112 adolescentes y 7.104 jóvenes valorados por profesionales de medicina o enfermería, en el ámbito escolar. * 2.235 adolescentes y jóvenes valorados por salud mental, realizada por equipo de repuesta complementaria, incluyendo: 1062 adolescentes, y 1173 juventud, para intervención psicosocial por eventos prioritarios en salud mental. * 1.579 adolescentes y jóvenes valorados por salud oral, realizada por equipo de respuesta complementaria. * 1.966 adolescentes y jóvenes con discapacidad incluidos en la ruta de RBC.
19	Deficiencias en las condiciones estructurales, de habitabilidad de la vivienda y el entorno que ocasionan problemas de calidad de vida y salud en las personas y ponen en riesgo a sus habitantes por la alta vulnerabilidad, igualmente débiles procesos de apropiación de hábitos y conductas saludables por parte de la comunidad. Línea Base: 48.400 familias abordadas con la estrategia de Vivienda Saludable entre el periodo 2008 - 2011. 36 Planes de Entornos Saludables	869. Salud para el Buen Vivir	Estrategia de Entornos Ambientalmente Saludables, a partir de: a) Asesorías en salud ambiental, las cuales incluyen vivienda saludable, transferencia de tecnología e iniciativas en Basura Cero por micro territorio. b) Mejoramiento del entorno físico y social, a partir de asesorías en colegios, jardines, HCB – Infancia (HOBIS) e instituciones de protección. c) Acciones de reconocimiento y apropiación del territorio, con base en el desarrollo de jornadas de alto impacto orientadas a reconocer la deuda ambiental y campañas de mediano impacto de reconocimiento y apropiación del entorno. d) Fortalecimiento de la base social en salud ambiental, con la formación de gestores ambientales comunitarios, servicios de salud colectiva y la Red de Salud Ambiental a partir de Encuentros locales y distritales. e) Gestión territorial, en el marco de las necesidades de los Territorios Ambientalmente Saludables con base en la gestión intersectorial y territorial, como el	800.000 familias a intervenir con el programa Territorios Saludables año 2013	17.711 familias con desarrollo de la estrategia vivienda saludable (1 de julio a 31 de diciembre de 2013)	42.094 familias proyectadas a abordar con la estrategia de vivienda saludable en 2013	42.094 familias con desarrollo de la estrategia de Vivienda Saludable en 2013 Abordaje con la estrategia de Entornos Ambientalmente Saludables: un promedio de 49.612 personas mes, con 28.114 mujeres y 21.499 hombres, en 2013. * 42.094 familias con desarrollo de la estrategia de Vivienda Saludable en 2013. * Priorización inicial de 433 familias de los Territorios de Salud a partir de la Estrategia de Vivienda Saludable, para su inclusión en los procesos de mejoramiento de vivienda de la Secretaría Distrital de Hábitat y la Caja de Vivienda Popular, para las localidades de Santa Fe, Usme, Bosa, Kennedy, Suba, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar. * Concertación de 5 grupos de maestros de obra de los Territorios de Salud de las localidades de Usme, San Cristóbal, Suba, Ciudad Bolívar y Santa Fe, a iniciar el curso de Construcción Saludable, Sostenible y Segura, en el marco del Convenio 8071/2012 entre la Fundación Swisscontact y la SDS. * Promoción de la cultura del reciclaje y la separación en la fuente, con 39.701 familias y 43.882 personas con acciones educativas en Basura Cero (corte agosto 2013), adicional a los colegios, jardines infantiles, hogares de	

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CÓDIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSIÓN	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACIÓN TOTAL AFECTADA	POBLACIÓN ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACIÓN META DE LA VIGENCIA	POBLACIÓN ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
20	Discriminación e inequidad en las personas con discapacidad, lo que se refleja en la disminución de oportunidades en el acceso a espacios y oportunidades de desarrollo y participación por restricciones en los entornos familiares, sociales, políticos, productivos, educativos y culturales, que generan detrimento en la calidad de vida y salud no solo de las personas con discapacidad, sino también de sus familias, sus cuidadores y cuidadoras; hechos estos que se ilustran con situaciones como que en el 2011 el 7,4% de la población con discapacidad no estaba afiliada al sistema de seguridad social en salud, el 31% de la población requería de ayuda permanente en las actividades de la vida diaria y considerando que el 45% de la población con discapacidad tiene 60 o más años, se aumenta la dependencia de todo orden de estas personas para con su familia. (Fuente: SDS - Plan Territorial de Salud 2012-2016, p. 116).	869. Salud para el Buen Vivir	La SDS orienta la respuesta a las necesidades de la población con discapacidad en los territorios mediante la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), esta se estructura desde el accionar de los equipos de respuesta inicial (Profesionales de medicina y enfermería y Técnicos/as en Salud), de los equipos de respuesta complementaria (Interdisciplinario) y se potencia en servicios de salud colectiva para personas con discapacidad. Las asesorías en casa para personas y familias en situación de discapacidad tienen como objetivo restituir la autonomía funcional y social de la persona con discapacidad, su familia, cuidador/ cuidadora, en su vida cotidiana como punto de partida para avanzar en su inclusión social y mejorar la calidad de vida. Contiene acciones para la identificación de población con discapacidad, con su respectiva caracterización de condición de salud y canalización a servicios de salud lo mismo que la valoración del entorno familiar domiciliario para reconocer las barreras físicas, actitudinales y comunicativas y los facilitadores en el contexto, relacionados con el desempeño de la persona, utilizando los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud CIF 2001. A partir de un plan de trabajo concertado y mediante acciones de información, comunicación y educación, se ha orientado a la persona, familia y cuidadores sobre prácticas de cuidado con énfasis en el manejo de rutinas diarias, comunicación, corporalidad, técnicas de conservación de energía, manejo de estrés, actividades de la vida doméstica y social y afrontamiento de la condición. En los casos que lo requieran, se brindan	Población con discapacidad Registrada y Caracterizada por la SDS: 202.879 personas (Fuente: SDS - Aplicativo del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Datos preliminares aplicativo SDS de 2004 a septiembre 2013).	50.000 personas incluidas en la estrategia RBC a corte 2004 a 2012. Fuente: SDS - DSP, Grupo técnico de discapacidad. 2012 53.042 personas en condición de discapacidad severa atendida gratuitamente en 2010. Fuente: SDS - Dirección de Aseguramiento. 2010. 16 Políticas de salud pública, con enfoque poblacional, diferencial y de género, desde la diversidad actuales, 1 de ellas de la población en condición de discapacidad.	7500 individuos con asesoría en RBC 5000 personas cuidadores/as y líderes/az en acciones inclusivas y en servicios de salud colectiva 8000 personas con discapacidad severa atendidas gratuitamente	14.232 individuos con asesoría en RBC 5.428 personas cuidadores/as y líderes/az participando en acciones inclusivas y en servicios de salud colectiva 7898 personas con discapacidad severa atendidas gratuitamente (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, mental y acciones colectivas, corte enero- sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares)	En el 2013 se identificaron por parte del equipo de respuesta inicial 20.258 personas con posible condición de discapacidad de las cuales recibieron asesoría en RBC por el equipo de respuesta complementaria 14.232. (6.739 hombres, 7.488 mujeres y 5 reportaron ser intersexuales); 64 de ellas referen estar en situación de desplazamiento por conflicto armado, 137 pertenecían a un grupo étnico (19 afro descendientes, 23 indígenas, 18 palenqueros, 9 raizales y 4 ROM). El grupo de edad con mayor número de personas con discapacidad están entre los 45 y 84 años (6.177 personas), seguido de los adultos entre los 18 años y 44 años (3.087 personas), sigue la población infantil de 0 a 13 años (2.896 personas), seguidos de los adolescentes de 14 a 17 años (814 personas) y se han intervenido 178 personas centenarias, en 353 personas no se obtuvo el dato de edad. Se superó la meta programada del año, aspecto que enmarca una respuesta efectiva a la población ante las necesidades demandadas en los territorios. Para el periodo enero- septiembre de 2013, se han logrado identificar a través del "Registro Para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad" a 7.898 nuevas personas con discapacidad en las 20 localidades del Distrito Capital y se realizaron 3.016 actualizaciones de información de personas con discapacidad. Para este mismo periodo se realizó la estimación preliminar y parcial de las atenciones en salud realizadas en la población con discapacidad del régimen subsidiado y vinculado para el periodo Enero- Septiembre de 2013; evidenciando lo siguiente: 3.767 individuos con discapacidad atendidos intramuralmente. De acuerdo con lo anterior se pudo evidenciar que el indicador de la meta "Porcentaje de atención integral en salud a personas en condición de discapacidad" para la población del régimen subsidiado y no asegurados se ha cumplido en un 8,6%. La estimación parcial y preliminar que se está realizando corresponde a una proporción pequeña de RIPS del régimen subsidiado y vinculado, que se aportan desde la Dirección de Planeación de esta misma Secretaría. Durante el periodo correspondiente la SDS da cumplimiento a las actividades dispuestas en el plan operativo del
21	Segregación con las personas que hacen parte de grupos étnicos, lo que se evidencia a través del trato excluyente a que son sometidos al interior de los servicios de salud y de los servicios sociales. Tal como se observa en las siguientes situaciones: *1) El 2% de población en primera infancia con pertenencia étnica presenta desnutrición aguda y 11% desnutrición crónica; 2) el 34,2% de la población mayor de 18 años tiene sobrepeso y el 11,3% obesidad; 3) las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio representan el 26% de las consultas a urgencias en esta población, pues por razones culturales la gestación inicia desde los 14 años, lo que aumenta el riesgo biológico...; todas ellas producto de la invisibilización de sus particularidades culturales, sociales que configuran una cosmovisión del mundo y del proceso salud - enfermedad diferente que entra en tensión con las prácticas sociales de la cultura occidental y que contribuye de forma sistemática a la generación de barreras de acceso para el goce efectivo y pleno del derecho a la salud. (Fuente: SDS - Plan Territorial de Salud 2012 - 2016, p. 83).	869. Salud para el Buen Vivir	La SDS a través de los subprogramas poblacionales del Programa Territorios Saludables - Salud para el Buen Vivir ejecutado por las Empresas Sociales del Estado que operan el PIC desarrolló acciones individuales y colectivas con la población étnica en los territorios de APS con miras a identificar riesgos en salud y calidad de vida de la población, hacer procesos de información, educación y canalización a los servicios de salud y servicios sociales sobre la base de los hallazgos encontrados. Acciones estas que se desarrollaron en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. Adicionalmente, se realizaron durante el 2013 las siguientes actividades: 1) A través de las Empresas Sociales del Estado en la ejecución de proyectos especiales se avanzó en el Cubrimiento de cuatro pueblos étnicos: indígenas (ESE Centro Oriente población Embera), afro descendientes (ESE Rafael Uribe), Rom y raizales (ESE Bosa), en la construcción de una estrategia de salud intercultural a partir de las concepciones y practicas propias de la salud y de la medicina tradicional de cada pueblo. 2) Se avanzó en la implementación de la primera fase del modelo de Sistema Intercultural de Salud Pública Indígena [SISPI], en Bogotá, el cual viene desarrollándose en consulta con la mesa de concertación Indígena en la cual tienen asiento 14 pueblos.	47.250 personas distribuidas así: 25.000 indígenas, 1.800 raizales, 750 ROM, 20.000 afro descendientes. Fuentes: Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Aseguramiento - Dirección de Salud Pública, 2010.	4.869 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 1 de julio al 31 de diciembre de 2012)	23.775 personas distribuidas así: 12500 indígenas, raizales, 375 Rom, 10.000 afro descendientes	9.934 personas distribuidas así: 7683 por acciones desarrolladas en los territorios por los equipos territoriales de APS (ERI y ERC) (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, cardiovascular y que de éstas el 21% (5) conoció dicho estado gracias al tamizaje; además 4,6% (4 casos, todas mujeres, 3 afro descendientes y 1 indígena) tenían riesgo de diabetes mellitus y el 75% de éstas no conocía su estado de salud previo al tamizaje. De igual forma se desarrollaron durante esta vigencia un total de 14 Servicios de Salud Colectiva para población étnica, con atención de 265 individuos (127 indígenas, 121 afro descendientes, 16 rom y 1 raizales). De las personas intervenidas por los equipos de respuesta inicial y complementaria 260 fueron canalizadas a servicios (49 a acciones del PIC; 202 a acciones del POS y 11 a programas intersectoriales); de éstas 56 personas accedieron efectivamente a los servicios canalizados (49 PIC; 6 a POS y 1 a programas intersectoriales); lo que evidencia una efectividad del 21% en la canalización a servicios sociales y servicios en salud. En el marco de los proyectos especiales con las K27s comunidades Étnicas se permitió: 1) con la ESE Centro Oriente acciones en salud dirigidas a 482 indígenas correspondientes a 109 familias víctimas del conflicto armado del pueblo Embera; 2) Para el pueblo Raizal y Gitano se ejecutaron acciones inicialmente con la ESE Chapinero y	
22	Debilidad en la capacidad de respuesta a la atención psicosocial que requiere la población víctima de la violencia que reside o se ha desplazado a la capital. La ciudad de Bogotá es receptora de población víctima de la violencia en todo el país, pese a los esfuerzos del gobierno nacional y distrital aún se evidencia debilidad en la capacidad de respuesta a la atención psicosocial que requieren y la población no identifica con claridad la ruta de atención en salud diferencial	869. Salud para el Buen Vivir	La SDS a través de los subprogramas poblacionales del Programa Territorios Saludables - Salud para el Buen Vivir ejecutado por las Empresas Sociales del Estado que operan el PIC desarrolló acciones individuales y colectivas con la población víctima del conflicto armado en los territorios de APS con miras a identificar riesgos en salud y calidad de vida de la población, hacer procesos de información, educación y canalización a los servicios de salud y servicios sociales sobre la base de los hallazgos encontrados; además de realizar intervenciones psicosociales con esta población con miras a fortalecer la implementación de una ruta de atención a esta población. Acciones estas que se desarrollaron en los diferentes ámbitos de vida cotidiana.	77.599	17.044	31.040	14.363 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, discapacidad, nutrición, salud mental y acciones colectivas, corte enero- sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares)	* Frente a la meta de la vigencia es posible afirmar que se alcanza un avance acumulado de la misma del 84% para el periodo y del 34% para el cuatrenio, que corresponde a 26.007 personas víctimas del conflicto armado * Se beneficiaron 284 personas víctimas del conflicto con servicios de salud colectiva de los cuales 74% son mujeres y 26% son hombres. Estos servicios fueron realizados por las ESES de: Bosa, Chapinero, Del Sur, Engativá, Pablo VI, Rafael Uribe, San Cristóbal, Suba, Usaquén, Usme y Vista Hermosa. En los temas de: Actividad física, Ambiente, Discapacidad, Salud alimentaria y nutricional, Salud mental, Salud oral y Salud sexual y reproductiva. * Desde aseguramiento es posible afirmar que se encuentran 88.332 personas víctimas del conflicto armado interno afiliadas al régimen subsidiado de las cuales 49.172 (56%) son mujeres y 39.160 (44%) hombres

ANEXO 3. APORTE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN MICROTERRITORIOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE GOBIERNO

No.	PROBLEMA SOCIAL ATENDIDO	CODIGO Y NOMBRE PROYECTO(S) DE INVERSION	ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA ATENDER EL PROBLEMA	POBLACION TOTAL AFECTADA	POBLACION ATENDIDA VIGENCIA ANTERIOR	POBLACION META DE LA VIGENCIA	POBLACION ATENDIDA EN LA VIGENCIA	EVALUACION DE RESULTADOS
23	En la población adulta mayor residente en Bogotá, persiste la muerte y la morbilidad relacionadas con enfermedades crónicas asociadas al sedentarismo, inadecuados hábitos de alimentación y omisión de prácticas de autocuidado, adicionalmente esta población es afectada por las barreras de acceso a los diferentes servicios. Según las proyecciones poblacionales del DANE, para el 2013, Bogotá contaba con una población de 7.674.366 habitantes, de las cuales el 10.6% (817.800), corresponden a adultos y adultas mayores es decir personas con 60 años o más. Respecto a la distribución de la población adulta mayor en Bogotá, se observa que la mayor cantidad se ubica en las localidades de: Suba (14.6%), Kennedy (13.6%), Engativá (11.2%) y Ciudad Bolívar con (8.6%); mientras que las localidades menos pobladas por adultos mayores son: Teusaquillo (1.9%), Chapinero (1.8%), Santa Fe (1.4%), Antonio Nariño (1.4%), Los Mártires (1.3%), La Candelaria (0.3%) y La Sumapaz (0.1%).	869. Salud para el Buen Vivir	Para la vigencia 2013 se realizaron las actividades de promoción de una vida cotidianamente saludable con el fin de disminuir los riesgos de exposición de la población a padecer una condición crónica así como la gestión para la optimización de los servicios de salud en pro de mejorar la calidad en la atención, continuidad y adherencia al tratamiento de los pacientes con condiciones crónicas por lo cual se diseñaron actividades dentro de territorios saludables como: 1. Estrategia de Tamizaje para valoración de condiciones crónicas en Espacio Público, 2. Gestión para la detección precoz y control del cáncer de cuello uterino y control de las personas afectadas o expuestas a condiciones crónicas en territorios saludables 3. Servicios de salud colectiva en promoción de prácticas saludables y Salud para el buen vivir 4. Asesorías a familias con prioridad media. 5. Asesoría para trabajo digno y saludable (Intervención ser prevenido) 6. Jornadas distritales para la promoción de prácticas saludables, detección de cáncer de cuello uterino y seno 7. Asesoría en el abordaje de las condiciones crónicas en el ámbito institucional 8. Proyecto Movilización social frente a la detección temprana, atención integral a niños, niñas y adolescentes con cáncer infantil (leucemias pediátricas) fortaleciendo las capacidades de la familia para la exigibilidad de sus derechos 9. Vigilancia en salud pública de personas con condiciones crónicas en el Distrito Capital 10. Implementación del modelo de atención y prestación en las EAPB y su red de prestadores y el desarrollo e implementación de un sistema de vigilancia para la prevención y control de personas con condiciones crónicas.	817.800 (Fuente: proyecciones poblacionales del DANE, para el 2013)	64133 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 1 de julio al 31 de diciembre de 2012)	181.210 adultos y adultas mayores	194.520 adultos mayores (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, discapacidad, nutrición, salud mental y acciones colectivas, corte enero - sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares)	Dentro de las intervenciones del Programa de Territorios Saludables, dirigidas a la población adulta mayor, se realizaron un total de: 168.459 adultos y adultas mayores atendidas en el ámbito familiar. 13.819 adultos y adultas mayores con valoración individual realizadas por profesionales de medicina o enfermería, incluyendo 12921 adultos mayores jóvenes, 884 adultos mayores por mayores y 14 centenarios. 709 adultos y adultas mayores recibieron intervención psicosocial por presentar eventos prioritarios en salud mental, realizada por equipo de repuesta complementaria, incluyendo: la intervención de: 3 paleoqueros, 7 afro descendientes, 2 indígenas y 1 ROM. 217 adultos y adultas mayores fueron valorados por el equipo de salud oral, para fortalecer las prácticas de cuidado en salud oral. 4.877 personas con discapacidad fueron incluidas en la ruta de RBC. 53.221 personas mayores fueron vacunadas contra neumococo (SDS- SIS 151 Informe mensual corte 31 de diciembre 2013) 310.107 personas fueron vacunadas contra influenza (SDS- SIS 151 Informe mensual corte 31 de diciembre 2013) 3.967 Adultos y adultas mayores que participaron en servicios de salud colectiva de promoción de prácticas saludables, actividad física y alimentación saludable. En mujeres adultas mayores se realizaron 11.149 citologías, de las cuales 3 18 (2,8%) presentaron resultados anormales. Logrando que el 100% de los resultados fueran entregados, y que los casos positivos fueran efectivamente atendidos. Durante el período enero - noviembre de 2013; se registraron un total de 959 adultos y adultas mayores víctimas de Violencia Intrafamiliar, Abuso Sexual y/o Maltrato, es decir un caso por cada 1000 habitantes del distrito; evidenciando predominio de casos en mujeres con el 67% de los casos (646 personas) y en hombres el 33% de los casos (313 personas). (Fuente: SDS, SIVIN, enero - noviembre de 2013).
24	La población en ejercicio de prostitución es uno de los grupos con más alta vulnerabilidad para presentar VIH/SIDA, ITS, embarazos no planeados, cáncer de cuello uterino, violencia sexual, violencia de género, maltrato, abuso, discriminaciones y fobias entre otros. Lo anterior se debe a diversos factores sociales y culturales como la pobreza, el bajo nivel educativo, falta de conocimiento, la falta de oportunidades, la inequidades de género, identidades de géneros y orientaciones sexuales, lo cual sumado a las condiciones del trabajo y el riesgo permanente a que están expuestas estas personas son factores que aumentan la probabilidad de que se presente alguno de estos eventos que tanto impactan a la salud pública del Distrito Capital. En Colombia la prevalencia de infección por VIH entre mujeres trabajadoras sexuales que se ha encontrado está entre el 0,2% y el 1,4% en estudios realizados en la década de los noventa en varias ciudades incluyendo Bogotá. El último estudio realizado en esta ciudad, en el	869. Salud para el Buen Vivir	Para 2013, se participó en el desarrollo de los encuentros interlocales en donde se promovieron los derechos humanos sexuales y reproductivos; se fomentaron prácticas de autocuidado, exigibilidad del derecho a la salud, autoestima y proyecto de vida, entre otros. (Acuerdo 79 del 2003). En este espacio se informaron y capacitaron en salud a personas vinculadas y en ejercicio de la prostitución, se canalizaron a los servicios sociales y de salud y se realizó seguimiento para verificar su efectividad. Se realizaron recorridos diurnos y nocturnos establecimientos donde se ejerce la prostitución en zonas de alto impacto en donde se convocaron a las personas en ejercicio de la prostitución a participar de los espacios de capacitación establecidos, se divulgó la Ruta Institucional y comunitaria de acceso a los servicios de salud, se identificaron. Tanto en los encuentros interlocales como en los recorridos se realizó la entrega de preservativos, esta distribución se acompañó de acciones educativas sobre el uso correcto y consistente del condón. Se ejecutó proyecto "Construyendo tejido social con y para las personas en situación de prostitución", en la Localidad de Chapinero. Se realizó trabajo de coordinación: Mesa Social Cultural (Decreto 126 de 2007) Por el cual se crea y reglamenta la Mesa Interinstitucional para el manejo y control de los servicios de alto impacto referidos a la prostitución y actividades afines en el Distrito Capital.	No hay línea de base.	En la anterior vigencia, se realizaron acciones diversas bajo el ordenador "número de actividades" sin un enfoque específico de articulación en términos de "población", por tanto no se cuenta con una información que permita realizar un ejercicio de trazabilidad que facilite una comparación objetiva de los resultados.	100% de la población identificada	3870 (Fuente: SDS - DSP, Informes de proyectos especiales. Corte 31 de diciembre de 2013. Datos preliminares)	En el año 2013, se realizaron 65 encuentros interlocales, en donde se beneficiaron 3.870 personas en ejercicio y vinculadas a la prostitución, se capacitaron en salud a 1.616 personas en ejercicio de la prostitución, se canalizaron 197 personas a los servicios sociales y de salud, siendo efectiva esta canalización en un 81%. Se realizaron 33 recorridos diurnos y nocturnos a los establecimientos en donde se ejerce la prostitución. En los encuentros interlocales como en los recorridos se realizó la entrega de 19.392 preservativos, acompañado de acciones educativas sobre el uso correcto y consistente del condón. Período de enero a diciembre de 2013. Se realizaron 12 reuniones de la Mesa Social Cultural en donde participaron: Secretaría de Salud; Talleres, recorridos, atención y referenciación, Naciones Unidas; Conversatorios frente al tema de trata y tráfico de personas, Ministerio del Trabajo; Conversatorios sobre Derechos laborales y recorridos en calle y establecimiento, Fondo Nacional del Ahorro; Creación de la Línea Fucsia, Conversatorios para la motivación hacia la vinculación para el ahorro programado, Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá ETB; Formación en sistemas (capacitación en los TIC - Localidad de Mártires), Secretaría de Educación; Convalidación de las personas para la iniciación y finalización de los niveles básicos primaria y bachillerato, Secretaría de Gobierno; Talleres en Derecho humanos, Secretaría de Desarrollo Económico; Misión Bogotá: Inducción, aplicación de pruebas, referenciación hacia la vinculación de 425 personas; Personería de Bogotá; Conversatorios en Derechos y atención hacia las víctimas, Instituto Distrital Recreación y Deportes IDRD; Actividades recreativas y culturales, Fundación EUIDES; Atención psicosocial, atención en VIH, Secretaría de Planeación Distrital; Activación de la mesa de zonas especiales de servicios de alto impacto, Socialización del Plan de ordenamiento territorial, Secretaría de la Mujer; Articulación de acciones, recorridos, talleres, referenciación de personas para la atención psicológica, Ong - Asociación de mujeres buscando libertad "ASOMUBUL" Participación de mujeres en ejercicio de prostitución y Representante de personas vinculadas a la prostitución - Establecimientos del sector de Barrios Unidos y Engativá.
25	Existencia de barreras de acceso a la población habitante de calle, quienes expresan morbilidad por enfermedades infecciosas y farmacodependencia. En contexto de la situación de atención en salud de la Población habitante de calle institucionalizada se identifican barreras para el acceso a las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en especial en la atención de eventos como Tuberculosis, VIH/SIDA, ITS, dada las barreras de acceso a los servicios de salud, falta de capacitación en torno al componente salud en el personal que labora en centros de protección al ciudadano habitante de calle. Según datos de la Secretaría de Integración Social y Secretaría de Gobierno en la ciudad se estima un total de 8353 habitantes de calle en Bogotá. Se identifican como localidades críticas Santa Fe, Puente Aranda, La Candelaria. En la ciudad de Bogotá se identifican 3 albergues ubicados en las localidades de Puente Aranda	869. Salud para el Buen Vivir	Durante el año 2013 la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá desarrollo acciones para fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de eventos de interés en salud pública del distrito capital mediante la implementación de un proyecto especial en albergues de paso de la secretaria de integración social mediante acciones de búsqueda activa de síntomas respiratorios para tuberculosis en albergues de habitantes de calle El Oasis, El Camino y Vía Libre, la aplicación de pruebas rápidas para VIH, Sífilis, capacitaciones y entrenamiento a funcionarios de salud de los albergues de paso, formación de grupos de apoyo a nivel de salud mental entre otras acciones. A corte del mes de diciembre de 2013 se realizaron las siguientes actividades: 1) Capacitación a 31 funcionarios de la Secretaría de Integración Social, 2) Seguimiento a casos de VIH reportados en los albergues de paso, 3) Entrega de preservativos, canalizaciones de síntomas respiratorios 4) Canalización de los pacientes de tuberculosis para inicio de tratamiento, canalización al equipo de psicólogos y trabajadores sociales. Fuente: Base de datos programa de Tuberculosis. La ciudad cuenta con 4 CAMAD, ubicados en el sector del Bronx -Localidad de Mártires, el Amparo -localidad de Kennedy, la Localidad de Rafael Uribe y Antonio Nariño y en la Cárcel Distrital de varones y anexo de mujeres.	9.614	En la anterior vigencia, se realizaron acciones diversas bajo el ordenador "número de actividades" sin un enfoque específico de articulación en términos de "población", por tanto no se cuenta con una información que permita realizar un ejercicio de trazabilidad que facilite una comparación objetiva de los resultados.	100% de la población identificada	1140 (Fuentes: SDS - Dirección de Salud Pública - APS en línea, corte 31 de diciembre de 2013 y Bases de datos: primera infancia, infancia, escolar, discapacidad, nutrición, salud mental y acciones colectivas, corte enero - sep. 2013, revisión del 14/01/14. Datos preliminares). La estrategia de los Centros de Atención Móvil a Drogodependiente -CAMAD- permitió en 2013, brindar una atención integral a un total de 11.844 personas en condición de vulnerabilidad y marginalidad, asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, entre las cuales se encuentran habitantes de la calle.	Se evidencia el desarrollo de acciones promocionales en salud y preventivas en la atención en salud de la población ciudadana habitante de calle en albergues. Sin embargo persisten barreras de acceso a los servicios de salud en esta población, escaso compromiso político de las aseguradoras y prestadores en el seguimiento bacteriológico y médico de los casos de tuberculosis reportados en especial en el régimen contributivo y subsidiado. Se evidencia un alto porcentaje de mortalidad de casos asociados a la coinfección TB/VIH/SIDA y abandonos al tratamiento de Tuberculosis relacionadas a bajo acceso a tratamiento antirretroviral, diagnósticos tardíos y barreras de tipo administrativas. Fuente: Base de datos programa de Tuberculosis. * Se beneficiaron 544 ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle con servicios de salud colectiva de los cuales 15% son mujeres y 85% son hombres. Estos servicios fueron realizados en los temas de: Actividad física, Salud alimentaria y nutricional, Salud mental, Salud oral y Salud sexual y reproductiva * Se canalizaron efectivamente a 411 ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle a servicios sociales y de salud. * Identificación de 11 organizaciones para proceso de fortalecimiento de redes, que trabajan con la población habitante de calle desde el ámbito comunitario. * La estrategia CAMAD ha logrado impactar en estrategias de adherencia y escucha frente a procesos de mitigación de riesgo y reducción de daño en el consumo de sustancias psicoactivas, en el cambio de comportamiento de los consumidores, y en el fortalecimiento del tejido social y redes de soporte socio-afectivo para contrarrestar y superar el uso nocivo de sustancias.



ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
1	<p>Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá 2011-2023 (PDSA)</p>	<p>7 establecimientos del sector belleza con Distinción de Sello de Bioseguridad, en el marco de la estrategia de acreditación de centros de cosmetología y similares. Se evitó el consumo del producto atún con alto contenido de mercurio en consumidores que lo hubieran adquirido en el mercado del Distrito Capital, con las consecuencias de patologías ocasionadas por su consumo. 44 empresas del sector industrial y productivo del Distrito Capital certificadas en la implementación del Sistema de Gestión en Salud Ambiental Sensibilización de 117.159 establecimientos, sobre el programa "Basura cero" Posicionamiento del Portal Web del Sector Belleza, como herramienta oficial, de referencia distrital y nacional para información, consulta y comunicación con trabajadores, usuarios y demás interesados en el marco normativo sanitario y desarrollo del sector belleza Caracterización de condiciones de trabajo en 42 establecimientos de tatuaje y perforación corporal en el Distrito Capital. 541 reportes activos al programa distrital de fármaco vigilancia (IPS que han reportados en algunos de los últimos tres meses); consolidación, análisis y reactualización de 1104 eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, los cuales han sido notificados por 124 instituciones. Al realizar la verificación de los Índices de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA), se observa que estos se mantienen en valores sin riesgo para la E.A.A.B. y para los ubicados en las localidades de Usme, Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar, se evidencian mejoras en la disminución del riesgo pasando de riesgo alto a medio en la mayoría de los casos. Producto del mantenimiento de la cobertura de vacunación junto con actividades complementarias como la recolección selectiva y humanitaria y estrategias como la vigilancia activa de la rabia, se mantiene a la ciudad libre de la presentación de casos de rabia autóctona en animales y en personas. Se logró la participación activa de la población general en el proyecto de investigación para levantar línea base de concentración de mercurio y plomo, sensibilizándolos frente a las posibles fuentes de exposición a metales pesados en sus ambientes habituales. Determinación preliminar de la escala de riesgo por exposición a radiación ultravioleta (Alto riesgo exposición radiación ultravioleta: 9% hombres, 1% mujeres). Correlación bivariada entre eventos en salud y variables meteorológicas: de los eventos de salud objeto del monitoreo mediante evaluación estadística y epidemiológica se encontró correlación entre circulación de virus respiratorios y humedad (<math>r=0.28</math>), así como lluvia y enfermedad respiratoria aguda (<math>r=0.37</math>). Reducción de prevalencia sibilancias en el último año de un 5% (de 19% en 2012 a 14% en 2013) Reducción de proporción de ausentismo escolar por enfermedad respiratoria en un 5% (de 23% en 2012 a 18% en 2013) Reducción de prevalencia de tos nocturna en un 9% (de un 27% en 2012 a un 18% en 2013) La prevalencia de exposición al humo de segunda mano se mantuvo estable en 2013 con relación al 2012 (25%). En relación a la Calidad del sueño: De 205 encuestas de calidad del sueño en Fontibón, un total de 80 personas (39%) tuvo una latencia del sueño inadecuada, la cual es característica del insomnio de conciliación crónica. Además, 138 personas (67%) tienen una duración inadecuada del sueño, ya que duermen menos de 7 horas. Finalmente, la eficiencia del sueño calculada como el total de horas dormidas/ el total de horas en cama- fue patológica (definida como &lt;85%) en 76 personas (37%). Esto refleja el alto impacto del ruido sobre la población de la localidad de Fontibón. Evaluación fiscal realizada a través del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental - PACA, en conjunto con SDA, y seguimiento anual de la Contraloría de</p>	
2	<p>Política Distrital de Salud Ambiental: campaña adopción de caninos y felinos. Política de Infancia y Adolescencia: campaña primera infancia. Política de salud oral para Bogotá. 2011-2021. "En boca de todas y todos". Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y Prevención de la Vinculación de la Oferta de SPA en Bogotá. Decreto Distrital 751 de 2001: «Por el cual se adoptan medidas de control sobre la fabricación, almacenamiento, transporte, venta y manipulación de fuegos artificiales o artículos pirotécnicos en el Distrito Capital de Bogotá». Política de infancia y adolescencia</p>	<p>Contribución, con respecto al año 2012, a la disminución en 56.570 casos de mortalidad y en 7 casos la mortalidad por ERA. Concienciar a 3.800 bogotanos sobre las graves consecuencias de fumar. Se recolectaron 4.050 cigarrillos dados voluntariamente por fumadores. La campaña de vacunación ayudó a aumentar la asistencia y por ende a aumentar el porcentaje de cumplimiento de ciudadanos inmunizados. Inmunización anti polio incrementamos de 70.463 dosis aplicadas en el 2012 a 81.484 en lo corrido de 2013. Lo mismo ocurrió con las dosis de: • DPT: en el 2012 se aplicaron 70.469 dosis y en lo corrido de 2013 se aumentó a 81.451 dosis • Hepatitis B: en el 2012 se vacunaron 70.336 personas mientras que en lo corrido de 2013 se aumentó la vacunación a 81.289 • Neumococo: en el 2012 se aplicaron 69.408 dosis y en lo corrido de 2013 aumentamos a 76.828 dosis. • Fiebre amarilla: en el 2012 se vacunaron 61.134 personas y en lo corrido de 2013 fueron vacunadas 73.610. Disminución de casos de Tos Ferina en la ciudad. En el 2012 hubo 18 casos de mortalidad en menores de 5 años por esta enfermedad, en lo corrido de 2013 se presentaron 3 casos, reduciendo en 83 % la mortalidad por esta causa. El balance en adopciones de caninos y felinos para el 2013 duplica las cifras del año 2012, el proceso se soporta, en un estudio socio económico tipo encuesta (realizada por Zoonosis) que permite hacer una mejor selección del adoptante con el fin de tener un proceso exitoso. Posicionamiento del Centro de Zoonosis como el punto más importante de adopción en Bogotá. Lo anterior se valida en las 400 solicitudes recibidas en la jornada de adopción del mes de septiembre. Incremento en el número de llamadas para solicitar información sobre donación de órganos y tejidos. En un mes se pasó de 5 llamadas a 16, es decir aumento del 32 %. Disminución de muertes infantiles por falta de cuidado en el periodo de gestación. Disminución de 12 casos de niños menores de edad quemados por pólvora (29 casos en 2012 y 17 en 2013).</p>	<p>La campaña ERA se desarrolló en dos fases (de acuerdo a la temporada de lluvia en la ciudad). La Campaña de Primera Infancia fue transectorial realizada por las Secretarías del sector social: Integración Social, Salud, Educación, Cultura, Recreación y Deporte. La Campaña contra usos de la Pólvora fue integral de la Alcaldía Mayor con mensajes de No Violencia, No Pólvora, Ruta de la Navidad.</p>
3	<p>Política pública de participación social y servicio a la ciudadanía en salud para Bogotá, D. C. Decreto 530-2010</p>	<p>Con las acciones realizadas se aporta a la implementación de la Política, en las líneas de acción establecidas a saber: 1. Fortalecimiento del reconocimiento de la ciudadanía en salud. 2. Fortalecimiento institucional para la participación en salud. 3. Fortalecimiento de la organización social autónoma en salud y de las formas de participación en salud. 4. Articulación de acciones locales, distritales, regionales, nacionales e internacionales para potenciar la participación social en salud. 5. Fortalecimiento de la gestión social territorial. • Ciudadanos formados en la exigibilidad del derecho a la salud, participe de procesos de orientación respecto a la garantía de este derecho en los ámbitos jurídico, de gestión resolutoria y orientación en general, como estrategia fundamental para la garantizar el derecho a la salud. • Desde la estrategia de los PDS implementado desde la SDS, abordó ampliamente una serie de poblaciones que requieren un tratamiento diferencial, específicamente en la identificación de necesidades de salud, individual y colectivamente. Con diversas poblaciones: persona mayor, indígenas, discapacidad y tema ambiental. La mayor parte de los estos procesos organizativos expresan el interés de abordar el tema de salud. Se retomó el tema de la participación social, como escenario para la toma de decisiones y que se pueda afectar la calidad de vida de las personas de manera positiva. • Con la ampliación de las bases sociales (65% acumulado de ene. A dic. 2013), se evidencia que el sector salud realiza un esfuerzo importante por informar, sensibilizar y promover en los ciudadanos la cultura de la participación en los asuntos públicos de salud, que se traduce en mayor seguimiento comunitario para el mejoramiento de la calidad de los servicios en salud. • El proyecto semillas en control social, cuyo objetivo es vincular nuevos actores, con excelentes resultados: se vinculan nuevos actores y los ya existentes, tienen la oportunidad de liderar procesos pedagógicos. • El favorecimiento de la confianza ciudadana en la gestión de Servicio al Ciudadano de la SDS en los diferentes escenarios donde se hace presencia institucional, reconociéndose la intervención profesional con adecuados mecanismos de coordinación y generación de acciones que inciden en instancias institucionales y sectoriales para la resolutoria de la casuística identificada, a pesar de las limitaciones que presenta el SGSSS, y que genera incertidumbre por repercusiones de la implementación de la Portabilidad Nacional sin una infraestructura que permita su adecuado cumplimiento. • Se gestionó durante estos meses el (16.320) 100% de los requerimientos o derechos de petición, ingresados por los diferentes canales dispuestos en la SDS, lo cual ha permitido responder a los peticionarios con calidad es decir con oportunidad, claridad y coherencia. El trámite de los requerimientos</p>	

ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
4	Pendiente de formular la política pública de transparencia, probidad y lucha contra la corrupción en el sector salud.	No aplica porque la política aún no se ha formulado.	
5	Política de provisión de Servicios de Salud para Bogotá, D.C. estrategia 13 Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	<p>1) Capacitación y asistencia técnica a 9.570 prestadores de servicios de salud para la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Las capacitaciones y asesorías brindadas han dado las herramientas a los prestadores para que apliquen estos conocimientos de manera asertiva en las instituciones, propendiendo en el cumplimiento de los requisitos exigidos y por ende el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Se logra un 52% de prestadores certificados frente a los prestadores visitados, es decir que de las 5.344 visitas realizadas en esta vigencia, se certifican 5.344 prestadores de servicios de salud.</p> <p>2) Verificación de 5.534 prestadores de servicios de salud en el cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación: Como producto de las visitas se crearon 1.417 investigación administrativa para aquellos prestadores que presentaron incumplimiento en las condiciones del Sistema Único de Habilitación y se impusieron medidas de seguridad en los casos en que se encontró riesgo inminente para los usuarios de dichos servicios de salud. Se encuentra que aproximadamente un 50% de las Instituciones a las cuales se les realizó visita, no ha sido autorizado para inscripción porque no se encuentra cumplimiento en la planeación de los estándares de talento humano, historia clínica y procesos prioritarios.</p> <p>3) 94.115 Trámites gestionados dentro de los que se mencionan: 12.865 Profesionales y técnicos de la Salud, con cumplimiento de los requisitos legales para el ejercicio de su profesión.</p>	
6	Política Pública Política Distrital de Salud 2012-2016, para la Garantía del Derecho a la Salud. Política Pública de Salud para la Población Desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, D.C.	<p>1. Se evidencia una disminución de las solicitudes telefónicas, se lleva a cabo "Búsqueda activa de casos" en los hospitales de la red pública, con el propósito de disminuir las barreras de acceso en el componente de Referencia y Contra-referencia.</p> <p>2. Realización de auditoria concurrente, por parte de Garantía de la Calidad, para los casos de barreras de acceso que han superado los cinco días hábiles de gestión e intervención por parte de la Línea 195 del Derecho a la salud, cuando los actores comprometidos "No han dado respuesta efectiva y oportuna".</p> <p>3. Disminución en el tiempo para la respuesta efectiva a los derechos de petición.</p> <p>4. Se evidencia la trazabilidad de cada uno de los casos hasta su resolución definitiva.]</p> <p>5. Garantizar la prestación de los servicios de salud habilitados de todos los niveles de complejidad para la población pobre y vulnerable no asegurada, incluida las poblaciones especiales: desplazados, mediante la contratación de las Empresas Sociales del Estado ESE de la Red Adscrita y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas IPS de la Red Complementaria. Cuando el servicio es carente o deficitario frente a la demanda de la población.</p> <p>6. Prestación de servicios de salud a la población entre 1 y 5 años; mayores de 65 años y a población en condición de discapacidad severa, afiliados al régimen subsidiado con encuesta SISBEN nivel 1 y 2, asumiendo los copagos y cuotas de recuperación, facilitando así la disminución de barreras de acceso de tipo económico.</p> <p>7. Oportunidad e integralidad en la prestación del servicio de urgencias al garantizar el reconocimiento y pago de los servicios de urgencias espontáneas, prestados a la población vinculada, por parte de IPS sin relación contractual con el FFDS.</p> <p>8. Empoderamiento de la población bogotana, sobre los deberes y derechos del usuario en cuanto a los servicios de salud, a través de campañas masivas de comunicación: Intranet, Pagina WEB Secretaria de Salud, Radio TV, y otros medios de apoyo; igualmente a través de la respuesta a los requerimientos interpuestos por los usuarios internos y externos y la atención de la Línea 195</p> <p>9. La gestión de la Línea 195, incluíde de manera efectiva y oportuna en lo relacionado con los servicios de salud de los usuarios del Régimen Subsidiado, Vinculado, Contributivo y Regímenes especiales de Salud, centrando su gestión en la población pobre y vulnerable en el Distrito Capital con criterios de oportunidad, celeridad y pertinencia</p> <p>10. Llamadas ingresadas: 18.179, solicitudes que requieren un total de 50.602 seguimientos, llamadas contestadas en tiempo real: 9.726; llamadas en trámite diferido: 8.437, (llamadas que no fueron contestadas en tiempo real, por tráfico telefónico. Llamadas devueltas al usuario en las siguientes 48 horas para su ingreso y gestión.</p> <p>11. Se priorizan los casos que presenta barreras de acceso en grupos poblacionales vulnerables como son Menores de 5 años, mayores de 65 años, discapacidad severa, alto costo, gestantes, paciente infecciones respiratorias agudas, población en condición de desplazamiento, re-insertado y usuario con medidas cautelares.</p> <p>12. Se realizó seguimiento a 3.667 acciones de tutela, de las cuales el 52% corresponden a EPSS; 14% a Vinculados; 17% a EPSC y 12% otros entes territoriales. El análisis causal permitió evidenciar la necesidad de la unificación de los planes de beneficios.</p> <p>13. La auditoría Integral es el garante de la transparencia y vigilancia de en el reconocimiento y certificaciones de giro a las ESE por prestación de servicios de salud; permitiendo de esta manera la inclusión de todos los residentes al acceso efectivo a los servicios de salud</p>	<p>1. La línea base toma de la población atendida que demandó servicios de salud durante la vigencia, reportada en el RIPS con corte 31 de diciembre de 2012 y reportado los registros el 31 de enero de 2013.</p> <p>2. La contratación con la Red Complementaria se hace previa aprobación del Ministerio de Salud, en el contexto de lo estipulado en el artículo 20 de la Ley 1122/200. Teniendo en cuenta además las necesidades de la población objeto, y de servicios de salud deficitarios.</p> <p>3. Falta de conocimiento de la estrategia Línea 195 Derecho a la Salud, por parte de los usuarios por desarticulación en el desarrollo de las actividades de los diferentes procesos de la gestión en salud.</p> <p>4. Gestión y coordinación inter institucional para determinar la competencia y conducta a seguir para aquella población en estado de abandono.</p> <p>5. Reiterado incumplimiento de los fallos de tutela por parte de las EPSS y ESE.</p> <p>6. La no respuesta oportuna a os requerimientos de justificación de glosa por parte de las IPS y EPSS, puede desencadenar en la no prestación del servicio de salud con continuidad e integralidad, por falta de sostenibilidad financiera.</p> <p>7. Los usuarios acuden a la figura de derecho de petición, a la instauración de tutelas y a demandas, para reclamar los servicios a los cuales tiene derecho, como consecuencia de la vulneración de sus derechos por aparte de las EPSS e IPS públicas y/o privadas.</p> <p>8. Desde la atención en salud a la población pobre no asegurada, se identifica población con encuesta SISBEN metodología tres con niveles 1 y 2 potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, que aún no han sido afiliados y siguen demandando servicios de salud con el subsidio a la oferta.</p> <p>9. SQS- La gestión y el seguimiento a los Derechos de Petición se realizan a través del aplicativo de la Alcaldía Mayor de Bogotá Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, de acuerdo a lo contemplado en la ley 1437 de 2011.</p> <p>10. SQS: Los requerimientos son recibidos a través de los siguientes medios: 1) Escrito; 2) Teléfono; 3) Presencial; 4) Web; 5) Correo electrónico y 6) Buzón. Los requerimientos una vez recibidos se procede al trámite respectivo en coordinación con los actores comprometidos: EPS-S; IPS, EPS-C, Supersalud, ICBF, Secretaria de Integración Social, entre otros</p> <p>11. El comportamiento en el aumento de los requerimientos con relación a la vigencia del</p>

ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
7	Plan de Desarrollo Bogotá Humana	<p>El mayor impacto en la población del Distrito Capital está relacionado con las muertes maternas con una importante reducción para el año 2013 comparadas con el año anterior, así: 44 muertes para el año 2012 y 23 muertes para el año 2013. Esta misma situación se presenta para las muertes perinatales. Para la vigencia 2012 muertes perinatales 1456 casos. Tasa de Mortalidad Perinatal 18,8 x 1000 Nacidos Vivos. Durante el 2013, a la fecha de cierre de este informe no se cuenta con la Tasa de Mortalidad Perinatal sin embargo con corte al 31 de diciembre de 2013 se registraron 1494 muertes perinatales (reporte entregado por la Dirección de Salud Pública- RUAF). Se fortaleció la operación de la Ruta Saludable, pasando de 21 a 33 vehículos, con una capacidad máxima de 402 usuarios sentados y 66 sillas de ruedas debidamente acondicionados con rampa, que trasladan adultos mayores, gestantes, menores de 14 años y personas en condición de discapacidad, con sus respectivos acompañantes, entre los 178 puntos de atención de la red adscrita, con el fin de mejorar el acceso de la población a los servicios de salud. Para el año 2013 se realizaron 218.658 traslados que corresponden a un total acumulado de 120.927 usuarios (Análisis y Políticas de servicios de salud, Dato con corte a 31 de diciembre 2013)</p> <p>Meta 1. Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluyan la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016. Programación 25% vigencia 2013. Ejecutado 25%</p> <p>Meta 2. Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016. Programación vigencia 2013: 36 Por ser una tasa el reporte se da hasta el próximo año.</p> <p>Meta 3. Reducir la razón de mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, a 2016. Programación vigencia 2013: 17 Por ser una Razón el reporte se da hasta el próximo año.</p> <p>Meta 4. Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016. Programación 25% vigencia 2013. Ejecutado 25%</p> <p>Meta 5. Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006, al 2016. Programación 100% vigencia 2013. Ejecutado 100%</p> <p>Meta 6. Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016. Programación 25% vigencia 2013. Ejecutado 25%</p> <p>Meta 7. Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016. Programación 25% ejecutado 2013 24%</p> <p>Meta 8. Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas. Programación 25% vigencia 2013. Ejecutado 25%</p> <p>Meta 9. Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016. Programación 25% vigencia 2013. Ejecutado 25%</p> <p>Meta 10. Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas. Programación 25% vigencia 2013. Ejecutado 25%</p> <p>Meta 11. Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco</p>	
8	El proyecto "Salud en Línea" se enmarca dentro del Programa de Territorios Saludables y busca mejorar la oportunidad, veracidad y consistencia de la información con enfoque diferencial para la toma de decisiones en salud del Distrito Capital, facilitar los flujos de información y comunicación, en los niveles intersectoriales, intersectoriales y favorecer la incorporación de la tecnología a los procesos de salud en los territorios con énfasis en la promoción de la salud y la detección y prevención de la enfermedad. Se dio inicio a la aplicación de las políticas generales expedidas por la Comisión Distrital de Sistemas, a través de políticas básicas, en las siguientes temáticas: planeación de informática, seguridad y control, democratización de la información, calidad y racionalización del gasto. Igualmente se aportó en políticas de tecnología de Tlc, relacionadas con	<p>15% del logro de la meta</p> <p>Se continuó con los estudios de implementación de una estrategia de eSalud (Salud electrónica) para el Distrito Capital. (Sistemas de Información para mejorar la oportunidad, veracidad y consistencia de la información con enfoque diferencial para la toma de decisiones en salud del Distrito Capital, facilitar los flujos de información y comunicación, en los niveles intersectoriales, intersectoriales y favorecer la incorporación de la tecnología a los procesos de salud en los territorios con énfasis en la promoción de la salud y la detección y prevención de la enfermedad. Se dio inicio a la aplicación de las políticas generales expedidas por la Comisión Distrital de Sistemas, a través de políticas básicas, en las siguientes temáticas: planeación de informática, seguridad y control, democratización de la información, calidad y racionalización del gasto. Igualmente se aportó en políticas de tecnología de Tlc, relacionadas con</p> <p>Se continuó con los estudios de implementación de una estrategia de eSalud (Salud electrónica) para el Distrito Capital. (Sistemas de Información para mejorar la oportunidad, veracidad y consistencia de la información con enfoque diferencial para la toma de decisiones en salud del Distrito Capital, facilitar los flujos de información y comunicación, en los niveles intersectoriales, intersectoriales y favorecer la incorporación de la tecnología a los procesos de salud en los territorios con énfasis en la promoción de la salud y la detección y prevención de la enfermedad. Se dio inicio a la aplicación de las políticas generales expedidas por la Comisión Distrital de Sistemas, a través de políticas básicas, en las siguientes temáticas: planeación de informática, seguridad y control, democratización de la información, calidad y racionalización del gasto. Igualmente se aportó en políticas de tecnología de Tlc, relacionadas con</p> <p>En lo relacionado con Telemedicina se cuenta con una propuesta del Plan de trabajo para la implementación por fases de la Telemedicina en el distrito y la información del estado actual de la Telemedicina/Telesalud en el distrito y de la propuesta inicial para el desarrollo por fases de la Telemedicina. Adelanto de las actividades para la formulación del Proyecto de Telesalud. "Inclusión y avance de factibilidad de la Telesalud en el modelo de APS. "Conocimiento y análisis actualizado de la producción de servicios de salud en la red adscrita para los años 2010, los años 2010 y 2011. "Información complementada de proveedores de Telemedicina y Telesalud. Información más completa de proveedores de productos y servicios de Telesalud 2011 y 2012. "Conocimiento y análisis actualizado de la situación de salud en el DC</p>	
9	<p>Política Pública Política Distrital de Salud 2012-2016, para la Garantía del Derecho a la Salud.</p> <p>Política Pública de Salud para la Población Desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, D.C.</p> <p>El Plan territorial de Salud de Bogotá D.C. armonizado con el Plan de Desarrollo "Bogotá Humana", recoge y traduce postulados contenidos en la normatividad nacional y los compromisos internacionales hasta aquí referidos, en particular enfatiza en los mandatos de la Ley 1438 de 2011, en cuanto a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, promoviendo la integración del gobierno distrital con las instituciones y la sociedad, consolidando las redes integradas de servicios de salud, a fin de desarrollar una propuesta a nivel territorial que afecten, positivamente los determinantes sociales expresados de forma diferencial en el proceso salud-enfermedad de la población y que armonice con las políticas de los gobiernos de la región central del país.</p> <p>Ley 1450 de 2011. Otro elemento de política</p>	<p>Desde el proyecto de inversión que se adelanta por parte de la Dirección de Aseguramiento se aporta a la Política Distrital de Salud actual, cubriendo a la población que cumple con los criterios de selección, con el subsidio en salud, a quienes se les aporta recursos para la financiación, que garantice la prestación de los servicios y con la garantía provisión de servicios para la población que aún no ha sido incluida en alguno de los dos regímenes (subsidiado y contributivo), con el propósito de crear las condiciones para que todas las bogotanas y bogotanos alcancen y mantengan un mejor nivel de salud y mejoren su calidad de vida.</p> <p>En este propósito se ha avanzado con la colaboración de todas las dependencias de la institución y en una alianza interinstitucional con las demás dependencias del Gobierno Distrital, trabajo en el cual se ha venido interviniendo sobre aquellas prioridades globales de la población, cuyas respuestas se circunscriben en intervenciones que se desarrollan en los tres ejes del Plan de Gobierno (No segregar, No deprecar, No robar) en este contexto se llevan a cabo medidas e intervenciones de política pública que integralmente le aportan a la salud de todos los habitantes de la capital.</p> <p>En desarrollo del proyecto de inversión 874 "Acceso Universal y Efectivo a la Salud", se ha estructurado una propuesta para dar respuesta a la problemática del sector en lo relacionado con las dificultades en el acceso a la atención, buscando alcanzar la cobertura universal del aseguramiento en el Distrito Capital, así como el fortalecimiento de la Rectoría propendiendo para que el actor asegurador cumpla con sus responsabilidades asumiendo sus competencias y así mejorar el acceso y la calidad de la atención de los habitantes de Bogotá.</p> <p>El marco general de la política se fundamenta en buscar la equidad, como factor de beneficio hacia las personas con mayor riesgo y vulnerabilidad social, a través del reconocimiento de las necesidades de las personas así como las posibilidades institucionales de respuesta, para lo cual se requiere de la participación activa de todos los actores.</p> <p>En respuesta al eje estratégico 1: "Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo", programa: Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad, proyecto prioritario: Acceso universal y efectivo a la salud, se forja el proyecto 874 que buscan el garantizar el derecho a la salud manteniendo la cobertura de los servicios de salud demandados para la población pobre no asegurada y los servicios no POS, promoviendo también la universalización del aseguramiento estableciendo para este efecto acciones interinstitucionales e intersectoriales.</p> <p>En este contexto Distrital y con la expedición e implementación de la Ley de Víctimas - Ley 1448 de 2011, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en lo transcurrido del año 2013 no ha certificado a las personas que han declarado su hecho victimizante y tampoco remitido listados censales, lo que no ha permitido actualizar la población desplazada en el comprobador de derechos del régimen subsidiado; generando barreras de acceso en la identificación, afiliación y prestación de los servicios de salud de las personas desplazadas migradas en Bogotá en el último tiempo. En virtud de lo anterior y evaluada la situación antes mencionada en conjunto con la Alta Consejería para los derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación de la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Salud de Bogotá implementa medidas inmediatas y provisionales para garantizar la atención integral en salud de esta población. Por tanto expide la Circular 024 de 2012 donde se precisa la ruta de</p>	<p>OK, REVISADO Y CORREGIDO. Los constantes cambios en la normatividad, la crisis estructural del sistema que ha llevado al cierre, quiebra y liquidación tanto de aseguradores como de prestadores; así como la anunciada reforma de la salud, ha suscitado una gran incertidumbre tanto en el ámbito institucional como el de la población en general, lo que genera que en un momento dado, pese a los esfuerzos de la Secretaría Distrital de Salud no se alcance todos los resultados previstos ni se puedan desarrollar en el tiempo previsto, habrá que reevaluar una vez se lleve a cabo la reorganización o la reforma del Sistema Salud, con lo cual habrá que adelantar la consecuente reestructuración de las políticas sociales con características propias para el aseguramiento en Salud y de la Secretaría en su conjunto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los continuos cambios normativos que afectan el cumplimiento de las metas inicialmente establecidas en el proyecto.</li> <li>• Dificultad en la consolidación de un solo sistema de información en línea que permita tener un mejor control de la información.</li> <li>• Inoportunidad en el envío de la información e inconsistencias en la misma de poblaciones especiales (listados censales) por parte de las Entidades encargadas, que no permiten tener datos reales de dicha población.</li> <li>• El manejo de los períodos de transición que se sugieren por los cambios normativos que afectan la atención y afiliación del usuario final.</li> <li>• Desactualización de las bases de datos del SISBEN, lo que no permite tener un dato real de las proyecciones establecidas para la universalización del aseguramiento en salud de la población del Distrito C.</li> </ul>

ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Política Pública de Infancia y Adolescencia.</li> <li>*Política Pública de Discapacidad</li> <li>*Política Pública para envejecimiento y vejez en el D.C.</li> <li>*Política Pública para la Adultez en el D.C.</li> <li>*Política pública para las familias de Bogotá</li> <li>*Política Pública para la Población desplazada.</li> <li>*Política pública LGBTI</li> <li>*Política Pública de Juventud</li> </ul>	<p>El desarrollo de servicios de salud, se hace necesario a lo extenso del Distrito Capital, haciendo énfasis particular el desarrollo de infraestructura hospitalaria y equipamientos orientados a la promoción y prevención en los sectores deficitarios enunciados (periféricos), pero así mismo debe considerar estrategias particulares para buscar el equilibrio económico de la prestación, buscando ofertar servicios especializados en espacios de nicho de mercado, con el potencial suficiente para nuevos desarrollos.</p> <p>Las intervenciones que se realizan para la red pública adscrita a la SDS, 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.</p> <p>Actualmente la administración comprende la necesidad de avanzar en mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas. Es por esto que tiene formulado el Acuerdo 489 de 2012 por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 - BOGOTÁ HUMANA. En este Plan, se buscará que en Bogotá se reduzcan todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.</p>	
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Política Distrital de Servicios de Salud.</li> <li>* Política Distrital para la Salud Materna y Perinatal</li> <li>*Política Pública de Infancia y Adolescencia.</li> <li>*Política Pública de Discapacidad</li> <li>*Política Pública para envejecimiento y vejez en el D.C.</li> <li>*Política Pública para la Adultez en el D.C.</li> </ul>	<p>Actualmente la administración comprende la necesidad de avanzar en mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas. Es por esto que tiene formulado el Acuerdo 489 de 2012 por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 - Bogotá Humana. En este Plan, se buscará que en Bogotá se reduzcan todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.</p> <p>A su vez, el plan de desarrollo contribuirá al ordenamiento del territorio alrededor del agua, minimizando las vulnerabilidades futuras derivadas del cambio climático y protegiendo en forma prioritaria la estructura ecológica principal de la ciudad, como base de un nuevo modelo de crecimiento urbano basado en la sostenibilidad ambiental, que incluye la revitalización de los espacios urbanos y rurales como expresión del uso democrático del suelo, y la promoción de un sistema de transporte multimodal.</p> <p>El Plan de Desarrollo Distrital - Bogotá Humana, también fortalecerá lo público como principio del Estado social de derecho, mediante el fomento de la participación y decisión de la ciudadanía, la eficacia y eficiencia administrativa, la transparencia y lucha contra la corrupción y la seguridad ciudadana como baluarte de la convivencia.</p> <p>Impactos directos en la población: la puesta en operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios posibilitará la atención integral de la población adulta, gestante y neonata con patologías que requieran servicios de salud de alta complejidad de la Red Centro Oriente y el D.C., con criterios de disponibilidad, calidad, aceptabilidad mejorando la oportunidad del acceso a servicios de salud en vía de la garantía del derecho a la salud.</p> <p>La operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios beneficiará a los estudiantes de pregrado y posgrado de carreras de la salud de la red centro oriente y Bogotá al poner a disposición centros de práctica y residencia.</p> <p>Impactos indirectos en la población: La puesta en operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios potencializará la concreción del proyecto Ciudad Salud, lo cual beneficiará en principio al sector de la zona centro de la ciudad en temas de calidad de vida, vivienda, seguridad, valorización.</p>	<p>La intervención del Distrito Capital sobre la totalidad de edificios que componen el Conjunto Hospitalario, depende del proceso de se adelante en instancias como las entidades de control (Procuraduría y Contraloría), de la concertación político-administrativa con la Gobernación de Cundinamarca y la Beneficencia de Cundinamarca y de los avales que deberán emitir en su momento tanto el Ministerio de Cultura como el Ministerio de Salud, en lo que corresponde a cada una de sus competencias, sin embargo ya se tiene abonado el camino para que estos procesos se adelanten durante el año 2014.</p>
12	<p>La Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, contribuye al cumplimiento de las diferentes políticas en el marco del Plan de Desarrollo Bogotá Humana bajo la responsabilidad de los sectores de la administración distrital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá D.C.</li> <li>• Política Pública de Juventud para Bogotá D.C.</li> <li>• Política Pública de Discapacidad</li> <li>• Política Pública Social para el envejecimiento y la vejez</li> <li>• Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital</li> <li>• Garantía y Restablecimiento de los Derechos de los Desplazados</li> <li>• Víctimas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* En el año 2012 y 2013 se atendieron 1.999 y 2.089 menores de 5 años respectivamente, la causa más frecuente fue la enfermedad común (Enfermedad respiratoria y EDA) y en segundo lugar los accidentes caseros y de tránsito. Las tres primeras localidades a las cuales se les prestó el servicio fueron: Bosa con un 19.8%, seguida de Kennedy y Engativá con un 10.1 y 9.5% respectivamente</li> <li>* Se da asesoría, intervención y atención en salud mental a toda la población, especialmente infancia, adolescencia y a mujeres apoyando también la Política de mujeres y equidad de género. En el año 2013 se dio respuesta a 15.281 solicitudes por maltrato, 3.977 por abuso sexual y 3.686 por abandono, despachándose 1014 vehículos de emergencia, aparte de los grupos anteriores están aquí incluidos todos las personas en condición de incapacidad y de abandono.</li> <li>* El programa igualmente apoya en el cumplimiento de la Política Pública Social para el envejecimiento y la vejez, tanto en la parte emocional, como en la asistencia médica, ya que los pacientes mayores de 60 años son los que más solicitan el servicio de atención pre hospitalaria con un 28.1% del total de las solicitudes e igual que el grupo etareo de menores de 5 años son la enfermedad común y los accidentes caseros los que más predominan.</li> <li>* Se da apoyo al 100% de los accidentes de tránsito, vía pública y caseros a los que asistimos, lo cual contribuye a que se preste una atención oportuna con la probabilidad de disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidades que generan los accidentes.</li> <li>* Se presta soporte psicológico y atención médica a las personas desplazadas, apoyando la política del derecho a la salud en estas poblaciones.</li> <li>* Se atiende a las víctimas de violencia física (pacientes con Heridas con arma de fuego y Corto punzante), en 2013 se atendió 176 víctimas de arma de fuego y 559 de arma blanca</li> </ul>	

ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
13	Plan de Desarrollo Bogotá Humana	<p>Contribuir a satisfacer la demanda de componentes sanguíneos, tejidos humanos y células; asimismo, desarrollar programas y líneas de investigación e innovación en salud, con énfasis en medicina transfusional, terapia tisular y celular, y formación y entrenamiento del talento humano en las anteriores áreas del conocimiento, a través de un equipo humano altamente calificado, con estándares de calidad, suficiencia y equidad, para toda la población, principalmente la más vulnerable.</p> <p>Se realizaron importantes acciones para aumentar la colecta de sangre de manera voluntaria, encaminados a garantizar la seguridad a los pacientes transfundidos y la calidad del producto distribuido. Igualmente se contribuyó a satisfacer la demanda de componentes sanguíneos y tejidos, mediante la distribución a las diferentes IPS en la ciudad y en el país, lo que contribuyó a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de Bogotá, por ende la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud.</p> <p>Con la implementación realizada del Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical se garantizará el acceso de los servicios de trasplante hematológico a unidades de sangre de cordón umbilical, que habitualmente, de requerir estas unidades, las solicitan a Bancos Públicos en el exterior a costos elevados.</p> <p>Para la población colombiana, se estima que se realicen alrededor de 100 trasplantes de cordón umbilical en un año (Dra. Mónica Estupiñán, Hospital de la Misericordia, comunicación personal), si se logra aumentar el acceso a las células, se mejoran los procesos de búsqueda y se ajustan las indicaciones en las patologías en las cuales el trasplante ha demostrado aumentar la sobrevivencia de los pacientes.</p> <p>Se adelantaron acciones importantes orientadas a la investigación, especialmente relacionada con terapias celulares, por ende la puesta en operación de un BSCU público en Colombia, generará un alto impacto en la atención sanitaria de la Ciudad – Región - País, ya que propone dar alternativas terapéuticas a los pacientes con enfermedades hematológicas malignas (leucemias y linfomas) y no malignas (o enfermedades raras), enfermedades metabólicas y algunas degenerativas en las que el trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) provenientes de Sangre de Cordón Umbilical (SCU) responde a la necesidad de proporcionar una última opción de vida y el algunos casos de trasplantes de CPA (células madre), son curativas de enfermedades raras. La esencia de un BSCU público en Colombia, busca contribuir a subsanar la inequidad en los servicios de salud y a disminuir las barreras de acceso a la salud, especialmente en los sectores más vulnerables y desprovistos de tratamientos ampliamente utilizados en el mundo desde hace más de 15 años y hasta ahora no disponibles en nuestro país y que constituyen parte de los derechos inalienables y fundamentales de los seres humanos a la salud y a la vida.</p>	
14	<p>Acuerdo 489 del 2012 por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá. 2012-2016 Bogotá Humana.</p> <p>Con el desarrollo del Modelo de atención en salud Bogotá Humana se aporta en la concreción del objetivo del Proyecto Salud para el buen vivir: "Afectar los determinantes y necesidades sociales en salud de la población en los territorios, implementado respuestas en salud pública desde las perspectivas territorial y poblacional en el marco del modelo de atención en salud para la garantía del derecho a la salud en el Distrito Capital"</p>	<p>Implementación del Modelo de la Bogotá Humana: Territorios Saludables Salud para el Buen Vivir, en 20 localidades 1005 micro territorios y 85 territorios de salud en Bogotá.</p> <p>Se ha logrado instaurar un Modelo de salud humana de territorios saludables atención con enfoque diferencial para la población reconociendo las particularidades y los acumulados de los grupos poblacionales en materia de salud, lo que permite acercar a las poblaciones a la garantía del derecho a la salud en la ciudad de Bogotá.</p> <p>Por su parte el grupo de trabajo de Vigilancia de Ambiente y consumo que apoya la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo del consumo, riesgos físicos y riesgos químicos, realiza pruebas fisicoquímicas, microbiológicas y toxicológicas; durante el 2013 recibió y analizó un total de 10.101 muestras así: 3.082 muestras de agua, 1.657 muestras de bebidas alcohólicas, 362 muestras de control de calidad de alimentos, 1.579 muestras de control especial, 84 muestras de formas farmacéuticas, 2.666 muestras de mayor riesgo biológico, 201 muestras de menor riesgo biológico y 26 muestras de toxicología ambiental.</p> <p>Adicionalmente, el Laboratorio de Salud Pública comprometido con el papel que juega el desarrollo científico y tecnológico en la mejora de la salud de los capitalinos, ha desarrollado convenios marcos nacionales e internacionales con centros, institutos y/o Universidades líderes en el desarrollo científico en temas de salud no sólo a nivel nacional sino internacional. Gracias a esto ha permitido la consolidación del proceso de gestión del conocimiento e investigación en el LSP traduciendo en la realización de proyectos de investigaciones, tesis de grado y posgrado, participación en congresos y simposios nacionales e internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación con (3) trabajos en el 13 Congreso Internacional de Bacteriología del 1-4 de noviembre del 2013.</li> <li>• Participación con (2) Charlas magistrales y (3) Posters los cuales fueron publicados en Hechos microbiológicos Vol 4 Numero 2 Suplemento 1, Noviembre del 2013</li> <li>• Mención Honorífica otorgada por la Academia Nacional de Medicina en la línea de Ciencias Clínicas por el trabajo de investigación titulado "Epidemiología molecular de los virus respiratorios de notificación obligatoria y virus emergentes asociados al programa de vigilancia para enfermedad respiratoria en Bogotá durante el año 2010" Noviembre 19 del 2013.</li> </ul> <p>Se destaca el avance del Sistema de información web que posee el Laboratorio de Salud Pública (SILASP) diseñado y desarrollado a la medida desde el 2008 y que le realiza mantenimiento y actualizaciones permanentes, siendo pionero entre los laboratorios de salud pública, durante el 2013 se trabajó en diseñar y desarrollar la solución que permita digitalizar las firmas al momento de generar los reportes de resultados, el cual se espera implementar en el 2014.</p> <p>Así mismo desde el componente de vigilancia en salud pública se han mantenido los subsistemas de vigilancia, tanto el SIVIGILA nacional, como los</p>	<p>La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunos de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.</p>

## ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
15	<p>Infancia y Adolescencia Política de salud oral para Bogotá. 2011-2021. "En boca de todas y todos". Política Pública para la Calidad de Vida y Salud de los y las Trabajadoras del Distrito</p>	<p>Eje 1: NNA en ciudadanía plena. Eje 2: Bogotá construye ciudad con los NNA Eje 3: gobernanza por la calidad de vida de la infancia y adolescencia. Se le aporta a los 4 ejes de la política de salud oral. Gestión de la política de salud oral, Modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral. Fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico, Producción y circulación del conocimiento; con mayor énfasis al eje dos. El aporte se da en la línea 2 de la política, donde se destaca la Prevención y erradicación del Trabajo Infantil, y el aporte se da en la sensibilización a comunidades sobre el tema, con 6636 casos intervenidos, 4649 niños y niñas, con un porcentaje de cumplimiento de 93% y 88,3% de los casos de adolescentes programados (1987). IMPACTO. Mujeres y familias gestantes: • El 100% de las gestantes con valoración integral del riesgo en salud por profesional de medicina o enfermería; 26,6% con proceso integral por estos dos perfiles, además 41,7% de las gestantes recibió atención por profesional de nutrición, 6,9% de ellas recibieron atención integral con la SDIS. 0,9% recibió intervención psicosocial y 45,2% de las gestantes recibió atención por Salud Oral. • Disminución de la razón de mortalidad materna de 39,2 por 100.000 NV en el 2012 a 24,6 x 100.000 NV en el 2013, lo que equivale al 37,2% • Reducción del 25% en la tasa de incidencia de la transmisión materno – perinatal de VIH al pasar de una de 0,04 x 1000 NV en 2012 a 0,03 x 1000 NV en 2013. • Disminución del 20% en los nacimientos de niñas madres menores de 15 años y del 5,5% en nacimientos de adolescentes gestantes. Niños y niñas de 0 a 5 años. Se alcanzó una cobertura en el ámbito familiar del 91,6% de los niños y niñas menores de 1 año activos en el Programa, y del 63,9% para NN de 1 a 5 años. • Realización de valoración integral del riesgo en salud al 15,6% de los niños y niñas atendido por el Programa, de los cuales el 1,45% recibió atención por profesional de nutrición, 2,9% de los NN fueron incluidos en la ruta de la RBC, 1,43% recibió atención psicosocial por riesgos en salud mental y 76,4% recibió atención en salud oral. • Se acreditaron 14 cumplieron IPS con la estrategia IAMI. • Se inauguró el Banco de leche humana ubicado en el Hospital Occidente de Kennedy, lo cual contribuye a la promoción de la estrategia en la red sur. • Se alcanzaron coberturas superiores al 95% en los trazadores para menor de un año (terceras dosis de polio y pentavalente, con 102,9%) y de 90% en los trazadores para niños/as de 1 año (triple viral, neumococo, fiebre amarilla y hepatitis A - 92,7%, 93,1%, 95,9% y 95,5% respectivamente-). • Reducción del 100% en la mortalidad directa por desnutrición, asociado a esto a la disminución de la prevalencia de desnutrición global del 5%, y de la desnutrición crónica del 4% con respecto al 2011. • Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda del 71,6% en el periodo 2011-2013. • Reducción del 34,3% en la mortalidad por neumonía en menores de 5 años con respecto al 2011. • Reducción del 20,2% en la mortalidad infantil y del 59,9% en la mortalidad perinatal con respecto al 2011.</p>	<p>La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.</p>
16	<p>Infancia y Adolescencia Política de salud oral para Bogotá. 2011-2021. "En boca de todas y todos". Política Pública para la Calidad de Vida y Salud de los y las Trabajadoras del Distrito</p>	<p>Eje 1: NNA en ciudadanía plena. Eje 2: Bogotá construye ciudad con los NNA Eje 3: gobernanza por la calidad de vida de la infancia y adolescencia. Se le aporta a los 4 ejes de la política de salud oral. Gestión de la política de salud oral, Modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral. Fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico, Producción y circulación del conocimiento; con mayor énfasis al eje dos. El aporte se da en la línea 2 de la política, donde se destaca la Prevención y erradicación del Trabajo Infantil, y el aporte se da en la sensibilización a comunidades sobre el tema, con 6636 casos intervenidos, 4649 niños y niñas, con un porcentaje de cumplimiento de 93% y 88,3% de los casos de adolescentes programados (1987). IMPACTO. Mujeres y familias gestantes: • El 100% de las gestantes con valoración integral del riesgo en salud por profesional de medicina o enfermería; 26,6% con proceso integral por estos dos perfiles, además 41,7% de las gestantes recibió atención por profesional de nutrición, 6,9% de ellas recibieron atención integral con la SDIS. 0,9% recibió intervención psicosocial y 45,2% de las gestantes recibió atención por Salud Oral. • Disminución de la razón de mortalidad materna de 39,2 por 100.000 NV en el 2012 a 24,6 x 100.000 NV en el 2013, lo que equivale al 37,2% • Reducción del 25% en la tasa de incidencia de la transmisión materno – perinatal de VIH al pasar de una de 0,04 x 1000 NV en 2012 a 0,03 x 1000 NV en 2013. • Disminución del 20% en los nacimientos de niñas madres menores de 15 años y del 5,5% en nacimientos de adolescentes gestantes. Niños y niñas de 0 a 5 años. Se alcanzó una cobertura en el ámbito familiar del 91,6% de los niños y niñas menores de 1 año activos en el Programa, y del 63,9% para NN de 1 a 5 años. • Realización de valoración integral del riesgo en salud al 15,6% de los niños y niñas atendido por el Programa, de los cuales el 1,45% recibió atención por profesional de nutrición, 2,9% de los NN fueron incluidos en la ruta de la RBC, 1,43% recibió atención psicosocial por riesgos en salud mental y 76,4% recibió atención en salud oral. • Se acreditaron 14 cumplieron IPS con la estrategia IAMI. • Se inauguró el Banco de leche humana ubicado en el Hospital Occidente de Kennedy, lo cual contribuye a la promoción de la estrategia en la red sur. • Se alcanzaron coberturas superiores al 95% en los trazadores para menor de un año (terceras dosis de polio y pentavalente, con 102,9%) y de 90% en los trazadores para niños/as de 1 año (triple viral, neumococo, fiebre amarilla y hepatitis A - 92,7%, 93,1%, 95,9% y 95,5% respectivamente-). • Reducción del 100% en la mortalidad directa por desnutrición, asociado a esto a la disminución de la prevalencia de desnutrición global del 5%, y de la desnutrición crónica del 4% con respecto al 2011. • Reducción de la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda del 71,6% en el periodo 2011-2013.</p>	<p>La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.</p>

## ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
17	<p>Lineamientos de Política Pública para enfermedades crónicas Distrito Capital</p> <p>Política Pública para la Calidad de Vida y Salud de los y las Trabajadoras del Distrito</p> <p>El aporte se da en la primera línea de la política promoción del trabajo decente, con la implementación de la estrategia en 6090 (43,5%) unidades de trabajo informal (dato tablero de indicadores, a diciembre) y la participación de 6334 trabajadores (dato de base de datos consolidada a la fecha) en el proceso.</p> <p>Política Pública de Mujeres y Equidad de Género creada por Decreto No. 166 de 2010 del Concejo de Bogotá D.C.</p>	<p>Para el año 2013 se surtió el proceso de diseño de propuesta para el ajuste a la política para población expuestas y/o afectada por condiciones crónicas con un enfoque de derechos, etapas de ciclo, diferencial y exigibilidad de sus derechos.</p> <p>Partiendo que la política pública se materializa en las acciones en territorios se realizó un trabajo de posicionamiento de la política pública a nivel sectorial e intersectorial a nivel local, enfatizando en las tres líneas de acción. 1- Promoción de una vida cotidiana saludable. 2. Optimización de los servicios de prevención, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación de las condiciones crónicas 3. Fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica e investigación.</p> <p>El aporte se da en la primera línea de la política promoción del trabajo decente, con la implementación de la estrategia en 5373 unidades de trabajo informal (dato Fuente: SDS - tablero de indicadores, corte Enero a noviembre, 2013) y la participación de 6334 trabajadores (Fuente: SDS - Base de datos UTIS, corte enero a 30 sep. 2013 dato de base de datos consolidada a la fecha) en el proceso.</p> <p>El aporte se da en la primera línea de la política promoción del trabajo decente, con la implementación de la estrategia en 6090 (43,5%) unidades de trabajo informal (dato tablero de indicadores a diciembre) y la participación de 6334 trabajadores (dato de base de datos consolidada a la fecha) en el proceso.</p> <p>Implementación local de acciones que posicionan y territorializan el derecho a la salud plena de las mujeres.</p> <p>Construcción de conocimiento desde los diagnósticos locales de salud de las mujeres.</p> <p>Gestión local y distrital transectorial para la coordinación de acciones que contribuyan a mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres en el D.C.</p> <p>Promoción, divulgación y sensibilización frente al derecho de las mujeres a una salud plena, lo que ha permitido procesos comunitarios y de base para la exigibilidad del derecho.</p> <p>Incorporación del enfoque de género en algunas intervenciones que desde el sector salud, se hacen con comunidad en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Articulación para la implementación de acciones coherentes y concertadas entre la SDS y la Secretaría de la Mujer.</p> <p>IMPACTO.</p> <p>* A la fecha se ha alcanzado una cobertura del 89% sobre la esperada para el 2013.</p> <p>* En los servicios de salud colectiva han participado en actividades de promoción de prácticas saludables, actividad física y alimentación saludable 12.200 personas, de las cuales el 36% (4382) corresponde a población adulta</p> <p>* Durante el año 2013 se realizaron 9447 tamizajes para valoración de condiciones crónicas, el 30% se realizó en hombres y el 69% en mujeres.</p> <p>* De los adultos tamizados 1.903, es decir el 20%, presentaron exposición a riesgos cardiovasculares, 1437 personas (15%) presentaron obesidad y de ellos 116 (1,1%) presentaron riesgo de diabetes.</p> <p>* Frente a los riesgos de exposición a padecer enfermedades crónicas: 1231 personas (13%) fuman, 2352 (24%) consumen sal antes de probar los alimentos, 1275 (13%) consumen licor, 4961 (52%) no hacen actividad física y 2544 (26%) no consumen ni frutas ni verduras.</p> <p>* Es de destacar que 5.712, es decir el 60% de las personas tamizadas, no conocían su estado de salud y riesgos en el momento del tamizaje</p> <p>* El porcentaje de UTIS con mejoramiento de las condiciones de trabajo fue del 54% con 2.425 unidades de trabajo intervenidas de marzo a diciembre de 2013, y de las UTIS intervenidas en el año 2012 se reportaron en enero y febrero el mejoramiento de sus condiciones en 4506.</p> <p>* En el año 2011 se obtuvo una meta de curación del 65% de casos Bk positiva. Para el año 2012 se logró mejorar al 73% de casos curados Bk</p>	<p>La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.</p>
18	<p>Política Pública de Juventud 2.006-2.016</p>	<p>Se le aporta al artículo 18°. Sobre el derecho a la salud que se encuentra dentro de los derechos económicos, sociales y culturales en el lineamiento I. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes y la prevención de los embarazos, la maternidad y la paternidad no deseadas.</p> <p>IMPACTO.</p> <p>* Disminución 5,5% en nacimientos de adolescentes gestantes.</p> <p>* A la fecha se ha alcanzado una cobertura del 96,7% sobre la esperada para el 2013.</p> <p>* 3982 jóvenes tamizados de los cuales 181 (4,5%) presentaron riesgo de exposición a padecer riesgo cardiovascular, 139(3,4%) presentaron obesidad de los cuales 12(6,8%) presentaron riesgo de diabetes. De la población tamizada, 2.890(72%) no conocían su estado de salud en el momento del tamizaje.</p> <p>*482 adolescentes desvinculados de la actividad laboral en el año 2013, es decir el 24% de la población intervenida, de los cuales 124 se reportaron en los meses de enero a marzo y 358 entre el mes de abril a diciembre de 2013. Además se logró la condición de trabajo adolescente protegido se dio en 302 casos (15%), Sumando los dos resultados la efectividad de la intervención se dio en un 39%. la atención efectiva en servicios de salud se realizó a 365 (18%) y la afiliación a salud se realizó con 132 adolescentes y la atención efectiva en programas sociales se realizó con 187 adolescentes (9%)</p> <p>*46.073 (12,3%) adolescentes y jóvenes participaron de acciones colectivas de promoción de prácticas saludables.</p>	<p>La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.</p>
19	<p>Política Distrital de Salud Ambiental Decreto 596/2011</p>	<p>Implementación en un 99% en 2013 de la estrategia de Promoción de Entornos Ambientalmente Saludables, la cual hace parte de la Política Distrital de Salud Ambiental.</p> <p>Evaluación fiscal realizada a través del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental - PACA, en conjunto con SDA, y seguimiento anual de la Contraloría de Bogotá.</p>	<p>La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.</p>

## ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
20	Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital (Decreto 470 de 2007. Alcaldía Mayor de Bogotá.)	<p>La Política Pública de Discapacidad para el D.C. se estructura a partir de cuatro dimensiones: Desarrollo de capacidades y oportunidades, ciudadanía activa, cultural simbólica y entorno, territorio, medio ambiente. Cada una de ellas proyecta una visión dinámica para la apropiación y desarrollo de temas tales como: protección y garantía de los derechos, la accesibilidad, la productividad, la inclusión laboral, la educación, la salud, la integración social, la participación y demás aspectos que hacen parte de las necesidades, intereses y expectativas de la población.</p> <p>La SDS a partir del modelo y plan sectorial de salud transversaliza acciones para las cuatro dimensiones haciendo énfasis en la primera que contempla el derecho a la Salud.</p> <p>A estas dimensiones de la política, la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) establece una ruta para la inclusión que realiza acciones en los ámbitos escolar, laboral, institucional, comunitario, espacio público, además de la implementación de servicios de salud colectiva en las modalidades de desarrollo de capacidades, red de cuidadores/as, centros de escucha comunitario. Todas realizan asistencia técnica individual y colectiva, que parte desde la facilitación y promoción del desarrollo infantil, hasta prácticas inclusivas que favorezcan los entornos, brinden la ampliación de competencias a los cuidadores/as, líderes y lideresas, Instituciones y organizaciones para desarrollar acciones de cuidado, cuidado mutuo y socio cuidado, lo mismo que canalización efectiva a programas y servicios de salud y sociales, a partir de gestión interinstitucional e intersectorial.</p> <p>Se suma a lo anterior la implementación de una Estrategia de comunicación incluyente y accesible, además de convenios para la prestación de servicio de lenguas de señas y guías intérpretes y demás proyectos de injerencia distrital y local que aportan a los propósitos de la política y a transformar a la Ciudad en un escenario para el goce efectivo de los derechos y la participación de este grupo poblacional a partir de los principios de dignidad y justicia social.</p> <p>El registro de caracterización de población con discapacidad se define como uno de los principales insumos estadísticos para la toma de decisiones en materia de política pública. De esta manera, permite marcar las líneas d base con las que se logran implementar diferentes programas y proyectos definidos en el plan de la política, además de unificar los elementos técnicos de identificación y reconocimiento de la condición de discapacidad y su coherencia con el marco de la convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad.</p>	La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.
21	<p>Apunta a tres políticas públicas y un acuerdo de lineamiento de política:</p> <p>1. Decreto 543 de 2011 "Por el cual se adopta la Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C."</p> <p>2. Decreto 554 de 2011 "Por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la garantía, la protección y el restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá"</p> <p>3. Decreto 582 de 2011 "Por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el grupo étnico Romo Gitano en el Distrito Capital"</p> <p>4. Acuerdo 175 DE 2005 "por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la Población Afro descendiente residente en Bogotá"</p>	<p>Las acciones de salud aportan a las políticas de manera general para los grupos étnicos de la siguiente manera:</p> <p>Política Indígena: Camino de salud y medicina Ancestral Incorporación de las características culturales y particulares de la población indígena al Modelo de Atención Integral en Salud de Bogotá, D. C., y diseño de las rutas de atención que correlacionen la medicina ancestral y la medicina facultativa, y una vez aprobado el Sistema Integral de Salud de Pueblos Indígenas –SISPI-, por parte del Gobierno Nacional, el Distrito garantizará su implementación.</p> <p>Política Raizal Eje de Salud: promoción del ejercicio efectivo del derecho a la salud de la población Raizal a través de su inclusión en el diseño e implementación de la política pública intercultural de Salud y en los planes, programas y proyectos que se desarrollen en el Distrito, con enfoque diferencial.</p> <p>Política Gitana Eje Salud: Este eje corresponde a la protección y restitución del goce efectivo del derecho a la salud, el reconocimiento de sus particularidades en el modelo de atención y el fortalecimiento de su medicina tradicional ancestral.</p> <p>Acuerdo Afro descendiente: Mejoramiento de la calidad de vida de la población afro descendiente del Distrito Capital.</p> <p>IMPACTO.</p> <p>Se ha logrado instaurar un modelo de atención con enfoque diferencial para la población étnica que ha empezado a reconocer las particularidades y los acumulados de estas poblaciones en materia de salud, lo que permite acercarse a las poblaciones a la garantía al derecho a la salud.</p> <p>Aunque incipiente se observa canalización efectiva a los servicios de salud y a servicios sociales de la población en quien se ha identificado necesidad de los mismos.</p>	La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.
22	Política pública de víctimas del conflicto armado interno Ley 1448 de 2011 - Política pública en salud para personas desplazadas víctimas del conflicto armado interno asentada en Bogotá.	<p>Articulación con el MSPS para la operativización del PAPSIVI en el distrito.</p> <p>Articulación con el subcomité de asistencia ya tención, la mesa de trabajo del sector salud y el equipo funcional de víctimas para la definición de la ruta de atención.</p> <p>Proceso de articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, La Unidad para Atención y Reparación a las Víctimas y la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación. Con el fin de definir una ruta de atención en salud única para la población que erradique las barreras de acceso, en el marco de la mesa de salud del subcomité de Asistencia y Atención que depende del Comité Distrital de Justicia Transicional.</p>	La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.

ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
23	Política pública de envejecimiento y vejez armonizada con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana	Implementación del componente de salud del plan de acción distrital y local de la política pública de envejecimiento y vejez armonizada con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana. Las intervenciones desarrolladas por los equipos territoriales de salud se enfocaron a la promoción de la restitución de la autonomía de los derechos individuales de los adultos mayores y sus familias; de manera conjunta y en la perspectiva de la promoción de la salud comunitaria y de la participación ciudadana. Se superó en 6,8% la cobertura esperada para el 2013. Se alcanzó una cobertura del 37,9% con la vacunación contra influenza para esta población prioritaria del Distrito Capital. * Se redujo el número de casos de mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años, al pasar de 14.880 en 2011 ( tasa 6,7 x 100.000 Hab.) a 9953 casos en 2013 ( tasa 6,6 x 100.000 Hab). Así como el desarrollo de espacios colectivos para las familias con el fin de que se adapten mejor a los cambios que suceden con el proceso de envejecimiento.	La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.
24	1. A pesar que en el Distrito Capital no existe una política integral dirigida a la población en situación de prostitución, las acciones adelantadas permitieron avanzar en la apropiación de los derechos humanos, fundamentales, sexuales y reproductivos y de los deberes contraindidos al ejercer la prostitución por parte de la población identificada, a través del desarrollo de talleres que redundaron en la humanización de éste ejercicio, así como en la restitución de los derechos de los participantes. 2. De otra parte, la atención a las necesidades identificadas en salud en esta población, constituye un aporte al Eje: "Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación" del Plan de Desarrollo Bogotá Humana. 3. "Fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad, para favorecer la información y la educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporar enfoques diferenciales". Son las acciones que se desarrollan a través de la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo.	La coordinación intersectorial de la Mesa Social Cultural y las acciones que desde allí se planean y ejecutan han permitido realizar acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano y atención a las personas vinculadas y en ejercicio de la prostitución en aspectos sociales y de salud, impactando en las barreras de acceso a los servicios de salud, dado que moviliza a la comunidad en el reconocimiento y apropiación de sus derechos, se identifican líderes y lideresas para la movilización hacia la participación, se propicia un espacio de recreación y de resignificación de la diversión para las personas participantes, se brinda orientación para el aseguramiento en salud, toma de pruebas VIH, orientación en salud sexual y reproductiva, información en consumo de SPA, entre otras atenciones que se logran gestionar, orientación e información para la vinculación a seguridad social (Pensión EPS, ARP), se promueve el cuidado de la salud mental y corporal, se promueve el conocimiento de las rutas de servicios en salud, se incentiva hacia el ahorro programado – gestionar préstamos para vivienda, Favoreciendo la posibilidad de acceso a vivienda y se incentiva la educación formal, entre otros.	La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.
25	A pesar que en el Distrito Capital no existe una política integral dirigida a la población habitante de calle, se desarrollan acciones en beneficio de la población en el marco del modelo definido por la SIS de manera integral; para esto desde el sector salud se busca, "fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad para favorecer la información y la educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporar enfoques diferenciales. Esto se hace mediante la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria, y las redes integradas de servicios para desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y, por ende, la salud de las personas, acercar y facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el plan obligatorio de salud, promover la participación social de actores en procura de reconocer la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables, y establecer una propuesta de operación territorial", precisamente el desarrollo	Se debe continuar impulsando el desarrollo de acciones de sensibilización, capacitación al personal de salud, y al fomento del compromiso político de los actores implicados en la atención de la población ciudadano habitante de calle. Formulación de proyectos especiales en beneficio de la población habitante de calle con el fin de disminuir barreras de acceso y canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud: 1. Ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle en contexto de escucha y reconocimiento de una realidad emergente con el objetivo de generar procesos de inclusión social hacia población ciudadanos/as habitantes de calle en las localidades de influencia del hospital Chapinero, a través de procesos comunitarios que mejoren la calidad de vida y las condiciones de salud que viven los mismos en su entorno de desarrollo. 2. Acciones de promoción y prevención dirigidas a la habitante de calle de Bogotá, con el objetivo de Fomentar acciones de Promoción de la Salud y educación familiar y comunitaria en los territorios, albergues de paso el Oasis, el Camino, Vía Libre. La estrategia CAMAD ha logrado impactar en estrategias de adherencia y escucha frente a procesos de mitigación de riesgo y reducción de daño en el consumo de sustancias psicoactivas, en el cambio de comportamiento de los consumidores, y en el fortalecimiento del tejido social y redes de soporte socio-afectivo para contrarrestar y superar el uso nocivo de sustancias.	La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.

ANEXO 3. AP

No.	POLÍTICA PÚBLICA	APORTES POLÍTICA PÚBLICA	OBSERVACIONES
26	Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero y orientaciones sexuales en el distrito capital.	<p>La Adecuación de Servicios y productos del sistema distrital de salud para garantizar el acceso, uso y disfrute de este servicio por parte de todas las personas de los sectores LGBT. La Generación estrategias promocionales, protectorias y reemplativas para el aseguramiento en salud de las personas de los sectores LGBT. La Generación y desarrollo de estrategias para la promoción de la salud y bienestar integral y la detección de factores y condiciones que afectan al estado integral de salud de las personas de los sectores LGBT. El Acompañamiento y asesoría integral a hombres y mujeres transgénero en los procesos de construcción identitaria. Garantía el acceso al sistema de salud para las personas intersexuales y realizar un acompañamiento integral a las persona intersexuales que incluya información pertinente y respetuosa de la autodeterminación del cuerpo.</p> <p>La Generación de pilotajes que contemplan una atención diferencial desde el Programa Territorios Saludables visibiliza a la población y tiene en cuenta otras intervenciones y miradas de salud más allá de las asociadas al proceso salud-enfermedad.</p>	La Dirección De Salud Pública presenta un corte preliminar de algunas de sus bases de datos al 30 de septiembre de 2013, dado que se han presentado deficiencias en el sistema de información que sostiene el modelo de Salud Bogotá Humana, sin embargo desde esta dependencia se han hecho esfuerzos sistemáticos y permanentes que permiten dar cuenta de los resultados estratégicos del Programa.
N			