

PROYECTO DE ACUERDO No. 076 DE 2016

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE REORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD PARA BOGOTÁ

En esta exposición de motivos se realiza un análisis de la normatividad, experiencias nacionales e internacionales desde la Política de Atención Integral en salud y la gestión Integral del riesgo definidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, teniendo en cuenta además la normativa existente, el plan decenal de salud pública y los esfuerzos realizados por la anterior Secretaria de Salud en mejorar el acceso a servicios.

El propósito de este proyecto de acuerdo es avanzar en la integralidad de las acciones del sector salud y lograr la integración de las instituciones del Distrito Capital o en las que el Distrito participa y que tienen responsabilidad en relación con la rectoría, la gestión del riesgo o la administración y prestación de los servicios de salud, en favor de los habitantes de la ciudad y su zona rural, con el propósito de facilitar el desarrollo de un sistema en el cual los ciudadanos recuperen el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva.

RESUMEN DE LA PROPUESTA:

El objetivo de la reorganización del sector salud para Bogotá es que los ciudadanos recuperen el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva, para lo cual se busca elevar la calidad, mejorar el acceso y hacer un mayor control social de los servicios de salud.

Diagnóstico:

1. Existe una baja legitimidad de la Secretaría de Salud como líder del sector salud tanto en el sector público como privado.
2. El sector salud en Bogotá no cuenta con un organismo de deliberación y toma de decisiones que involucre a todos los agentes del sistema y optimice la planificación sectorial.
3. No existe una clara articulación entre la Secretaría de Salud y las entidades adscritas y vinculadas.

4. La Secretaría de Salud no ha enfatizado de manera suficiente las acciones de rectoría y está concentrada en apoyar la prestación, por lo que en algunos casos realiza labores paralelas a las que corresponden a los prestadores y a los aseguradores.
5. Las 22 Empresas Sociales del Estado, ESE, no están articuladas, compiten entre sí y no existe una planeación como RED. Adicionalmente se deben enfocar con frecuencia en labores administrativas ajenas a la prestación de servicios de salud.
6. Los servicios ofertados están fragmentados, tienen una lógica de facturación y no de necesidades en salud de la población.
7. Hay una baja capacidad resolutoria en los niveles básicos de atención. Las urgencias están saturadas en la ciudad, los pacientes pasan 5 y más días sin que se le resuelva su caso y las urgencias se han convertido en la principal puerta de entrada al sistema.
8. Existen largas filas para solicitar citas y autorizaciones.
9. La ciudad requiere una estrategia renovada de atención primaria en salud, APS, más efectiva, que responda a la creciente demanda de mayor oportunidad, calidad y priorización de los servicios.
10. No se cuenta con un sistema de información en salud centrado en la persona y que sea interoperable entre prestadores, aseguradores y Secretaría de Salud.
11. Se percibe una baja participación ciudadana en las decisiones, vigilancia, control y rendición de cuentas.
12. La principal EPS del régimen subsidiado (Capital Salud), tiene un déficit que supera los 330.000 millones de pesos.

PROPUESTAS:

1. Crear el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud Ampliado como máxima instancia asesora del sector y con participación de todos los actores.
2. Fortalecer el liderazgo de la Secretaría de Salud, buscando mejorar su capacidad para adoptar y adaptar las políticas nacionales, vigilar y controlar el desarrollo del sistema en la ciudad.
3. Garantizar el aseguramiento y la prestación directa de servicios de salud a todas las personas pertenecientes al régimen subsidiado, así como todas las acciones incluidas en el Plan de Intervenciones colectivas.

4. Crear una RED pública única para Bogotá que garantice los servicios a los afiliados a Capital salud y oferte servicios a otras EPS del régimen contributivo, subsidiado y regímenes especiales en la zona de influencia.
5. Estructurar la RED con cuatro ESEs organizadas territorialmente, priorizando las zonas sur y occidente de la ciudad por tener menor oferta de prestadores. Las ESEs contarán con sedes de prestación que hacen parte integral de sus servicios.
6. Fusionar las 22 ESE en 4, que conformarán la RED pública única. Esta fusión se realizará sin reducción del personal asistencial o de apoyo en las ESEs y seguirá el lineamiento de trabajo en red planteado por las últimas cuatro administraciones de la ciudad.
7. Crear la entidad de logística y servicios compartidos. Esta entidad gestionará los suministros, compra de medicamentos, insumos, facturación, citas y el sistema de información en salud.
8. Robustecer los aspectos relacionados con la Calidad Hospitalaria de la red pública como primer paso hacia la búsqueda de la excelencia en el servicio
9. Reorganizar los servicios mejorando la resolutiveidad de las acciones ambulatorias por medio de los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), distribuidos a través de la ciudad que, cercanos a la gente, atenderán y resolverán más del 70% de las consultas que hoy se hacen injustificadamente por urgencias
10. Estos centros liderarán en el territorio las acciones de la Nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud, que se enfoca en los conceptos técnicos de la salud urbana y en los modelos de gestión de riesgo en salud, de tal manera que se dispondrá de equipos multidisciplinarios extramurales de atención en coordinación con EPS y prestadores de servicios, encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables y del apoyo de médicos especialistas para la solución de los diversos problemas de salud de la población.
11. La reorganización de la red permitirá además avanzar en la consolidación de Centrales de Urgencias y en la reposición y construcción de nuevas sedes hospitalarias en algunas zonas de la ciudad en las que la infraestructura hoy es insuficiente.
12. Crear una entidad mixta sin ánimo de lucro que convierte al Hemocentro y Banco de Tejidos en un instituto de investigación.

13. Implementar el Programa Bogotá Salud Digital para poner fin a las inhumanas filas que a diario se ven desde tempranas horas en prácticamente todas las instituciones de salud de la ciudad.

Marco Normativo.

Constitución Política de Colombia

“ARTÍCULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

“ARTÍCULO 49 (Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009). La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad

ARTICULO 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo

fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”

Ley 100 de 1993

“Artículo 152. Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”.

Ley 1438 del 2011.

“Artículo 12. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 13. Implementación de la atención primaria en salud

.....

- *Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.*
- *Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.*
- *Cultura del autocuidado.*
- *Orientación individual, familiar y comunitaria.*
- *Atención integral, integrada y continua.*
- *Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.*
- *Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.*
- *Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.*
- *Participación activa de la comunidad.*
- *Enfoque territorial.*

Artículo 14. Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad. El Gobierno Nacional formulará la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que

se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.

ARTÍCULO 16. Funciones de los equipos básicos de salud. Los equipos básicos de salud tendrán entre sus funciones las siguientes:

- *Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.*
- *Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.*
- *Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las Políticas y reglamentación de dichos servicios.*
- *Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se insiste en el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.*
- *Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.*
- *Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.*
- *Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.*

Artículo 60. Definición de redes integradas de servicios de salud. Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”.

Ley estatutaria de salud 1751 de 2015.

“Artículo 2. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el

legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia”.

Ley 1753 de 2015. Plan Nacional de Desarrollo.

Reiteró que la Salud universal y de calidad es una de las condiciones básicas para preservar el capital humano a través de la promoción del aseguramiento de la población, por sus propios medios o mediante subsidios, para el manejo de los riesgos individuales, y por medio de acciones de salud pública, para intervenir los riesgos colectivos a los que está expuesta la población. En este sentido, mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad se constituye como el objetivo central del Sistema de Salud colombiano.

En línea con lo anterior, indica que se deben desarrollar los siguientes objetivos específicos:

- i) mejorar el acceso universal y efectivo a servicios de salud con calidad;

- ii) implementar actividades que mejoren las condiciones y reduzcan las brechas de resultados en salud;
- iii) recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema; y
- iv) asegurar la sostenibilidad financiera del sistema en condiciones de eficiencia.

En el artículo 65 establece la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, dentro del marco legal de la ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud y las leyes vigentes, que es de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, como de las demás entidades que presten el servicio de salud.

Indica que la política Integral en salud se basará en cuatro enfoques fundamentales:

- Atención Primaria en Salud (APS)
- Salud familiar y comunitaria
- Articulación de las acciones individuales y colectivas
- Enfoque poblacional y diferencial.

Resolución 518/2015 Plan Intervenciones Colectivas.

“Artículo 3. Intervenciones Colectivas: Son el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida: definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.

Artículo 4. Gestión de la Salud Pública. En el marco de lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública, se constituye en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria. Vigilancia en salud pública para generar información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población de forma sistemática y oportuna, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública.

Artículo 8. Definición del PIC. Es un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud - POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la presente resolución, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan”.

Ley 715 de 2001

“Artículo 54 Organización y consolidación de redes ” El servicio a nivel territorial deberá prestarse mediante la interacción de redes que permita la articulación de las entidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta de salud y la racionalización del costo de las atenciones beneficiando la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta...”

Ley 1122 de 2007:

“Artículo 26. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE”.

Sentencia: T 760 de 2008

“En la presente sentencia, la Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud –concretamente, el acceso a servicios de salud que se requieren–, cuya solución ha sido clara y reiterada en la jurisprudencia de esta Corporación.

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad.

3.4.2.2. El Comité advierte que ‘todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

3.4.2.7. Con relación al cumplimiento de las obligaciones que se derivan del derecho a la salud, el Comité resalta que el derecho a la salud impone a los Estados obligaciones inmediatas como (i) la garantía de que será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y (ii) la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12 (PIDESC)”

Decreto 1421 de 1993.

Este Decreto con fuerza de ley establece el régimen especial al que está sometido el Distrito Capital de conformidad con la Constitución Política de Colombia.

En lo pertinente respecto de las competencias del Concejo de Bogotá señala:

“ARTÍCULO 12. ATRIBUCIONES. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a la ley:

1. Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.

2. Adoptar el Plan General de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas.

El plan de inversiones, que hace parte del Plan General de Desarrollo, contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos y la determinación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

3. Establecer, reformar o eliminar tributos, contribuciones, impuestos y sobretasas: ordenar exenciones tributarias y establecer sistemas de retención y anticipos con el fin de garantizar el efectivo recaudo de aquellos.

4. Dictar las normas orgánicas del presupuesto y expedir anualmente el presupuesto de rentas y gastos.
5. Adoptar el Plan General de Ordenamiento Físico del territorio, el cual incluirá entre otras materias, la reglamentación de los usos del suelo y el desarrollo físico en las áreas urbanas y rurales. Con tal fin, dictará las normas que demanden los procesos de urbanización y parcelación, la construcción de vías y el equipamiento urbano.
6. Determinar los sistemas y métodos con base en los cuales las juntas administradoras locales podrán establecer el cobro de derechos por concepto de uso del espacio público para la realización de actos culturales, deportivos, recreacionales o de mercados temporales, de conformidad con lo previsto en este estatuto.
7. Dictar las normas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el medio ambiente.
8. Determinar la estructura general de la Administración Central, las funciones básicas de sus entidades y adoptar las escalas de remuneración de las distintas categorías de empleos.
9. **Crear, suprimir y fusionar establecimientos públicos y empresas industriales y comerciales y autorizar la constitución de sociedades de economía mixta y la participación del Distrito en otras entidades de carácter asociativo, de acuerdo con las normas que definan sus características.**
10. Dictar las normas que garanticen la descentralización, la desconcentración y la participación y veeduría ciudadanas.
11. Revestir pro tempore al alcalde mayor de precisas facultades para el ejercicio de funciones que corresponden al Concejo. El alcalde le informará sobre el uso que haga de las facultades al término de su vencimiento.
12. Promover y estimular la industria de la construcción, particularmente la de vivienda; fijar los procedimientos que permitan verificar su sometimiento a las normas vigentes sobre uso del suelo; y disponer las sanciones correspondientes. Igualmente expedir las reglamentaciones que le autorice la ley para la vigilancia y control de las actividades relacionadas con la enajenación de inmuebles destinados a vivienda.
13. Regular la preservación y defensa del patrimonio cultural.
14. Fijar la cuantía hasta la cual se pueden celebrar contratos directamente y prescindir de la formalidad del escrito, según la naturaleza del contrato y de la entidad contratante.
15. Organizar la Personería y la Contraloría Distritales y dictar las normas necesarias para su funcionamiento.

16. *Dividir el territorio del Distrito en localidades, asignarles competencias y asegurar su funcionamiento y recursos.*
17. *Autorizar el cupo de endeudamiento del Distrito y de sus entidades descentralizadas.*
18. *Expedir los Códigos Fiscal y de Policía.*
19. *Dictar normas de tránsito y transporte.*
20. *Crear los empleos necesarios para su funcionamiento.*
21. *Expedir las normas que autorice la ley para regular las relaciones del Distrito con sus servidores, especialmente las de Carrera Administrativa.*
22. *Evaluar los informes periódicos que deban rendir los funcionarios y servidores distritales.*
23. *Ejercer de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7o. del presente estatuto, las atribuciones que la Constitución y las leyes asignen a las asambleas departamentales.*
24. *Darse su propio reglamento, y*
25. *Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes.”*

Adicionalmente el artículo 38 del mismo Decreto señala:

“ARTICULO 38. ATRIBUCIONES. Son atribuciones del alcalde mayor:

1. *Hacer cumplir la Constitución, la ley, los decretos del Gobierno Nacional y los acuerdos del Concejo.*
2. *Conservar el orden público en el Distrito y tomar las medidas necesarias para su restablecimiento cuando fuere turbado, todo de conformidad con la ley y las instrucciones que reciba del Presidente de la República.*
3. *Dirigir la acción administrativa y asegurar el cumplimiento de las funciones, la prestación de los servicios y la construcción de las obras a cargo del Distrito.*
4. *Ejercer la potestad reglamentaria, expidiendo los decretos, órdenes y resoluciones necesarios para asegurar la debida ejecución de los acuerdos.*
5. *Cumplir las funciones que le deleguen el Presidente de la República y otras autoridades nacionales.*
6. *Distribuir los negocios según su naturaleza entre las secretarías, los departamentos administrativos y las entidades descentralizadas.*
7. *Coordinar y vigilar las funciones que ejerzan y los servicios que presten en el Distrito las entidades nacionales, en las condiciones de la delegación que le confiera el Presidente de la República.*
8. *Nombrar y remover libremente los secretarios del despacho, los jefes de departamento administrativo, los gerentes de entidades descentralizadas, el Tesorero Distrital y otros agentes suyos. Conforme a las disposiciones*

pertinentes, nombrar y remover a los demás funcionarios de la administración central. Igualmente, velar por el cumplimiento de las funciones de los servidores distritales y ejercer la potestad disciplinaria frente a los mismos.

9. Crear, suprimir o fusionar los empleos de la administración central, señalarles sus funciones especiales y determinar sus emolumentos con arreglo a los acuerdos correspondientes. Con base en esta facultad, no podrá crear obligaciones que excedan el monto global fijado para gastos de personal en el presupuesto inicialmente aprobado.

10. Suprimir o fusionar las entidades distritales de conformidad con los acuerdos del Concejo.

11. Conceder licencias y aceptar la renuncia a los funcionarios cuyos nombramientos corresponda al Concejo Distrital, cuando éste no se encuentre reunido, y nombrar interinamente sus reemplazos. Cuando por otra causa esos mismos funcionarios falten absolutamente, también nombrará interinamente a quienes deban reemplazarlos.

12. Presentar al Concejo los proyectos de acuerdo sobre el Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas, presupuesto anual de rentas y gastos y los demás que estime convenientes para la buena marcha del Distrito.

13. Colaborar con el Concejo para el buen desempeño de sus funciones y presentarle un informe anual sobre la marcha de la administración.

14. Asegurar la exacta recaudación y administración de las rentas y caudales del erario y decretar su inversión con arreglo a las leyes y acuerdos.

15. Adjudicar y celebrar los contratos de la administración central, de conformidad con la ley y los acuerdos del Concejo. Tales facultades podrán ser delegadas en los secretarios y jefes de departamento administrativo.

16. Velar porque se respete el espacio público y su destinación al uso común.

17. Colaborar con las autoridades judiciales de acuerdo con la ley.

18. Dictar los actos y tomar las medidas que autoricen la ley y los acuerdos municipales en los casos de emergencia e informar al Concejo sobre su contenido y alcances.

19. Ejercer de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7o. del presente estatuto, las atribuciones que la Constitución y las leyes asignen a los gobernadores. Conforme a la ley, escogerá los gerentes o jefes seccionales de los establecimientos públicos nacionales que operen en el Distrito. Si la respectiva seccional opere en el Distrito y el Departamento de Cundinamarca, la escogencia la harán el alcalde y el gobernador de común acuerdo, y

20. Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes.”

Si bien existe una aparente contradicción entre los dos artículos transcritos respecto de la competencia para determinar la fusión de entidades en el Distrito Capital, la misma ha sido aclarada mediante concepto del Consejo de Estado Sala de Consulta y Servicio Civil Consejero Ponente: Gustavo Aponte Santos Bogotá D.C., veinticinco (25) de septiembre de dos mil tres (2003).-Radicación número 1.529 en donde se señaló:

“De conformidad con los artículos 8º, 12 numeral 9º, 38 numeral 10º y 55 del Decreto Ley 1421 de 1.993, la competencia para suprimir y fusionar entidades distritales corresponde ejercerla al Gobierno Distrital, previa expedición de un Acuerdo del Concejo que fije los criterios generales, causales y reglas dentro de las cuales el Alcalde Mayor pueda ejercer esas competencias específicas.”

Dado que ese Acuerdo habilitante no ha sido expedido por el Concejo de Bogotá en relación con las Empresas Sociales del Estado, se hace necesario que esa corporación adopte la decisión correspondiente.

De otro lado en relación con la autorización para la creación de personas jurídicas mixtas sin ánimo de lucro el numeral 9 del artículo 12 del Decreto 1421 de 1993, es claro en señalar esta atribución a cargo del Concejo de la ciudad, para que posteriormente la administración realice las acciones necesarias para perfeccionar la creación de estas nuevas entidades que tendrán el carácter de descentralizadas indirectas.

MARCO TEÓRICO

Gestión de Riesgo Individual y Colectivo

Para el abordaje de las intervenciones individuales y colectivas en salud basándose en el enfoque de determinantes sociales del proceso salud enfermedad, se debe mencionar que existen al menos tres enfoques:

1. El modelo de Campo de la Salud en el cual se identifican cuatro componentes: Estilos de Vida, Ambientes, Factores biológicos y genéticos y la respuesta social organizada, en particular desde los Servicios de Salud.
2. El Modelo OMS el cual es jerarquizado y distingue al menos tres niveles de determinación subsumidos uno en el otro: El Determinante Estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; el Determinante Intermedio que está dado por las exposiciones y vulnerabilidades de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, incluyendo aquí los servicios de Salud y el Determinante Proximal el cual está representado por los factores de riesgo individuales así como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia, entre otros. Sin embargo categorías como sexo o el género pueden ser también Determinantes Estructurales en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.
3. El tercer enfoque es el histórico –Social o de Determinación Social. En este enfoque: “no es suficiente con describir las profundas desigualdades sociales y sanitarias, sino que es indispensable develar las raíces de tales desigualdades”¹.

Por este motivo en el año 2005, la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de influir, a través de políticas y programas, sobre aquellos determinantes que fomentan la equidad sanitaria, además, mitigar

¹ Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S28-S36.

las desigualdades e injusticia social que de forma directa o indirecta tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas.

Para el año 2008 la comisión presentó el Informe “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, donde se recomiendan acciones para promover la equidad sanitaria, especificando que:

“Es preciso actuar para modificar los determinantes sociales de la salud desde las condiciones estructurales de la sociedad hasta las condiciones de vida en que las personas crecen, viven y trabajan, desde la esfera mundial a la local, en todas las instancias de gobierno y respecto de todos los interesados directos, desde la sociedad civil hasta el sector privado”.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el Plan Decenal de Salud, adopta y adapta para la formulación del PDSP el modelo de la OMS (Borrel C., 2010), versión ajustada en 2006, que recoge los múltiples enfoques en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud.

En este texto se resalta que:

“Hay distintos factores relacionados con la falta de implementación de las políticas para disminuir las desigualdades en salud:

- a) falta de voluntad política, pues a menudo los partidos políticos gobernantes no tienen voluntad de incluir en la agenda política este tema;*
- b) falta de conocimiento, tanto de la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas para poner en marcha;*
- c) fondos públicos insuficientes, ya que no es posible instaurar políticas sin recursos destinados a ellas, y con frecuencia las declaraciones políticas no van acompañadas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo;*
- d) falta de coordinación y de capacidad para llevar a cabo proyectos multisectoriales, y*
- e) consideración, tanto desde una buena parte del sector sanitario como desde otros sectores y la propia población general, de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades sociales en salud son competencia exclusiva del sector sanitario”.*

En esta consideración se debe destacar que la afectación del determinante estructural no es del sector Salud sino de toda la Sociedad y del Estado, aunque desde el sector Salud se puede valorar como afecta este Determinante los resultados de salud de una población, por ende es importante insistir en la importancia de la labor articulada, tanto a nivel intrasectorial, como a nivel intersectorial, tal y como se plantea en el acuerdo propuesto.

En particular se resalta que la posibilidad de influir especialmente en el Determinante Estructural está planteada desde la Promoción de la Salud e incluye cinco líneas de acción:

1. La promoción de estilos de vida saludables y ambientes favorables a fin de desarrollar una cultura de salud y de opciones saludables.
2. Fortalecimiento de la cooperación intersectorial y de alianzas multisectoriales para aumentar las inversiones y la responsabilidad social en acciones que promuevan la salud.
3. La gestión y evaluación del impacto de políticas públicas y su influencia sobre los determinantes de la salud.
4. La educación para la salud y la comunicación social dirigida a mejorar las capacidades individuales y colectivas en torno a la salud.
5. La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción de salud, instituciones seguras para los pacientes y los trabajadores de la salud.²

En el último aspecto es importante resaltar que es necesario que exista coherencia entre el enfoque conceptual de “determinantes sociales-OMS” y la forma en que se dará operatividad al Modelo Integral de salud para Bogotá, para lo cual es necesario visibilizar la afectación de los “contextos socioeconómicos, políticos y culturales” y la “posición social” o “clase social” que se enuncian en el enfoque.

Para esta tarea, el concepto de «Salud en todas las políticas», que se explicitó en la Declaración Política de la Organización Mundial de la Salud sobre determinantes sociales de la salud, realizada en Río de Janeiro (Brasil), es clave porque implica la posibilidad de modificación de los llamados “contextos” que hacen parte del Determinante Estructural.

² OPS, Curso virtual de Funciones Esenciales de Salud Pública

Aquí el enfoque de la Gestión Integral del Riesgo³ en salud resulta muy útil, ya que implica que la enfermedad no ocurre al azar y que es posible anticiparse para que no se presente o si se tiene, detectarla en forma temprana y tratarla precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias, mediante:

- La identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad, las cuales son individuales, colectivas y del entorno donde se vive y trabaja.
- La clasificación de las personas según se vean afectadas por las circunstancias y condiciones detectadas que puedan comprometer su salud.
- El diseño y puesta en marcha de acciones para eliminar, disminuir o mitigar esas circunstancias y condiciones.

Con este fin se plantean niveles para la Gestión del Riesgo Gráfico No. 1

PUBLICO OBJETIVO	QUIEN GESTIONA	COMO CONOCE AL PUBLICO OBJETIVO	COMO INTERVIENE
Colectivo	ET	• ASIS • dx PASE • Vigilancia	G Riesgo Colectivo -Promoción salud -Prev Primordial -Agenda intersectorial
Conglomerado	EAPB	• Caracterización Poblacional • Auditoria Concurrente	G Riesgo Individual -Prev Primaria -Prev Secundaria -Prev Terciaria
Usuarios asignados	IPS – P	• Analisis BD • Vigilancia (UPGD)	G Riesgo Individual G Clínica
Pacientes atendidos	IPS – C	• Remisión clínica • Vigilancia (UPGD o Centinela)	G Clínica

Fuente: MinSalud y Protección Social

La Gestión de Riesgo Colectivo incluye las acciones de fomento y promoción de la salud enfocadas a la movilización social hacia la salud y calidad de vida, con el fin

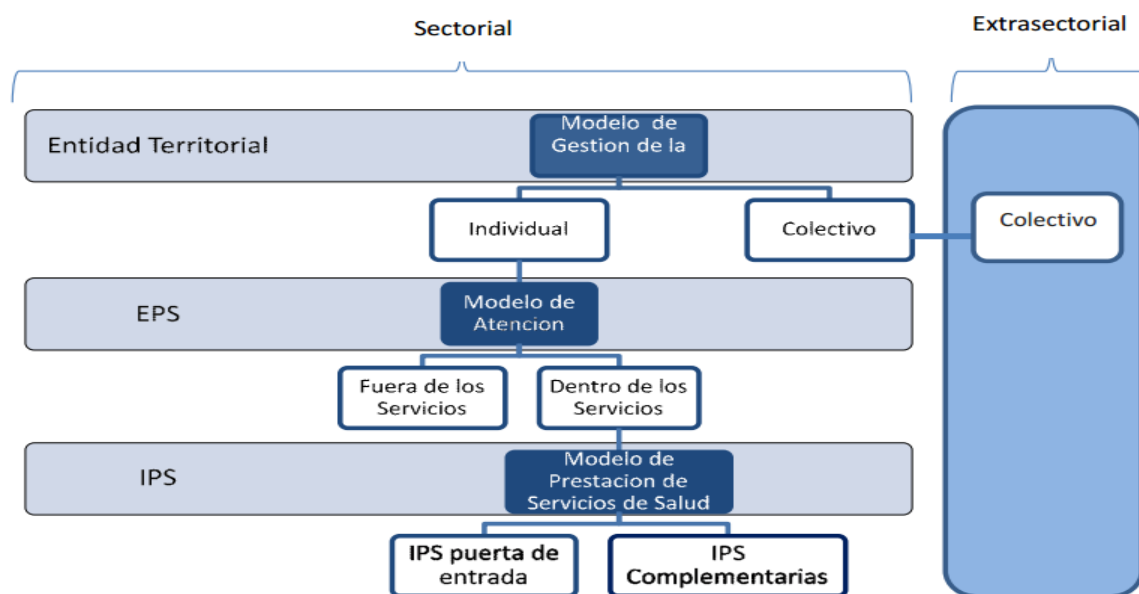
³ Minsalud <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/planeacion-integral-en%20salud.pdf#search=gestion%2520riesgo>

de que se cuente con entornos saludables y se fomenten los estilos de vida saludables.

La competencia de la gestión de riesgo colectivo es básicamente responsabilidad del ente territorial en este caso en Gobierno Distrital y la sociedad en general, por tanto el liderazgo en cada uno de los territorios para el cumplimiento de esta labor debe estar en las redes integradas de servicios de salud propuestas, las cuales tendrán la interlocución y abogacía con los gobiernos locales cuya cabeza es el Alcalde Local, así como en la construcción de agendas conjuntas con las diferentes entidades distritales y nacionales, sin menoscabo de la labor de rectoría y liderazgo del nivel central.

De otra parte, la gestión de riesgo individual se debe hacer desde las aseguradoras y la red de prestadores, con la rectoría y modulación de la SDS.

El gráfico 2 muestra cómo se da el accionar entre los diferentes actores del sistema de Seguridad Social en el distrito entre la Gestión de Riesgo Individual y la Gestión de riesgo colectivo.



Fuente: Minsalud.

Tanto la gestión de riesgo colectivo como la gestión del riesgo individual se operativizan a través del modelo integral de salud para Bogotá y utilizan estrategias como las rutas de atención.

Atención Primaria en Salud y redes integradas:

De acuerdo con la OPS, los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Por otro lado, la fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (ej. la duplicación de exámenes de laboratorio que trae aparejado un incremento innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento). (OPS 2010)

La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. (OPS 2010)

Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

Como se desprende de la definición anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas. (OPS 2010)

En ellas el prestador primario, se define como la puerta de entrada, el cual debe caracterizar e intervenir sobre riesgos individuales y colectivos para la salud, realiza prestaciones individuales y cuenta con las especialidades básicas. Los prestadores complementarios incluyen los especialistas, sub-especialistas y servicios especializados.

El fortalecimiento de los prestadores exige el trabajo en redes de salud integrales donde las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos. (OMS 2008)

El modelo asistencial propuesto por la OPS incluye:

- Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud;
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas.
- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema,
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad.
- Un sistema de gobernanza único para toda la red;
- Participación social amplia
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico;
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
- Sistema de información integrado
- Gestión basada en resultados.

- Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red. (OPS 2010)

En el Plan de desarrollo 2014-2018 define que a través de la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, programas e intervenciones en salud pública, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) busca enfrentar los retos del sistema de salud colombiano en materia de acceso efectivo, oportunidad, calidad e integralidad de los servicios de salud teniendo en cuenta las particularidades de las personas, familias y comunidades.

Lo anterior, bajo el enfoque de gestión integral de riesgo en salud, implica que cada uno de los agentes del SGSSS desarrolle un conjunto de acciones que, sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, que permita:

- Disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo por medio de acciones de promoción y prevención;
- Mitigar las consecuencias derivadas de la ocurrencia de dichos eventos;
- generar capacidad individual y colectiva para sobreponerse de manera eficiente ante una nueva ocurrencia de dichos eventos;
- Aplicar Rutas Integrales de Atención (RIA) y Rutas de Atención Específica para los grupos de riesgo priorizados.
- Desarrollar la estrategia de la atención primaria en salud (APS) con un enfoque de medicina familiar y comunitaria.
- Fortalecer la gestión de la salud pública a nivel territorial y su articulación con el
- Plan Territorial de Salud (PTS) y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), así como con los programas sociales existentes.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos mediante ocho dimensiones prioritarias que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

El plan decenal define la Atención integral como la respuesta a las necesidades de salud individual, familiar y colectiva, a través de la integración de las acciones ínter

y transectoriales para propiciar la prosperidad en salud; el énfasis del SGSSS está dirigido a la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención y la rehabilitación de la enfermedad; además de las acciones requeridas para garantizar la prestación de servicios, de manera sistemática y ordenada.

Las dimensiones prioritarias son: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral.

Ahora bien, el término Servicios de Salud Integrales se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (incluidos los cuidados paliativos) a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.

También debe ser considerado el concepto de Servicios de Salud Centrados en las Personas que significa que el cuidado debe incluir las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su curso de vida.

Experiencias nacionales e internacionales de Redes integrales basadas en la APS.

En la Región hay varias experiencias de buenas prácticas en la creación de RISS, en especial en países como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, que tradicionalmente han apoyado el desarrollo de redes de servicios. Otros países de América Latina y el Caribe están adoptando políticas similares para organizar sus servicios de salud. En América del Norte, también hay experiencias dignas de mención como la de Kaiser Permanente y la de la Administración de Veteranos, ambas de los Estados Unidos de América, además del sistema de servicios de salud de la región de Montérégie, Québec, Canadá, entre otras. (OPS 2010)

En Colombia han existido diferentes experiencias en ámbitos urbanos y rurales de implementación de APS y RISS. En el Distrito de Barranquilla, el objetivo principal es el aseguramiento universal teniendo en cuenta las necesidades. El propósito general del modelo del Distrito de Barranquilla es asegurar el mejoramiento de la

salud de la población al disminuir ‘la mortalidad y discapacidad prematura, la morbilidad evitable, en todo el ciclo de vida de la población’. Esto se plantea por medio de un enfoque que se basa en prevención y promoción, así como en el reordenamiento de la red pública de servicios de salud.

La red de servicios de Barranquilla fue reestructurada por los PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuno) y los CAMINO (Centros de Atención Médica Integral Oportuno). Los PASO son de primer nivel de atención y los CAMINO son nivel dos del sistema de atención. Para cada CAMINO hay 5 PASOS. Cada PASO y CAMINO tiene asignada una población de acuerdo a su área de influencia para la implementación del programa. Las y los promotores de salud son los encargados de remitir a los servicios de los PASO y CAMINO, por medio de una boleta de remisión.

En Barranquilla hay más de 300 Caminantes de la Salud que son los mismos promotores de Salud y diariamente se desplazan a los hogares para realizar las visitas a las familias e identificar la situación de riesgo en que se encuentre cada uno de sus integrantes y conocer su realidad social y sanitaria. Cada caminante tiene a su cargo un promedio de 450 familias para visitar a lo largo de un mes.

Entre las principales actividades que realizan están:

- Recolección de información para tener un diagnóstico de salud de la comunidad
- Plan de visitas según los riesgos identificados (Alto, medio y Bajo) para las intervenciones en salud.
- Identificación de personas a SISBENIZAR para que accedan a los servicios de salud.
- Identificación de usuarios para los PASOS y CAMINOS (canalización)

En el departamento de Santander, el programa ISABU en su barrio es un programa desarrollado con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Identifica las necesidades con participación comunitaria y las resuelve con acciones intersectoriales.

La Meta del programa es que luego de 4 años de implementado se habrán valorado 70.000 familias y aumentado en un 50% la inscripción y adherencia a los programas de promoción y prevención, el Objetivo general es aumentar la adherencia a los programas de promoción y prevención y ejecutar acciones que

contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida, en la población más pobre y vulnerable. Las principales actividades de los equipos son:

- Caracterización familiar
- Canalización a los programas de promoción y prevención.
- Capacitaciones a grupos familiares y líderes comunitarios. (OPS 2012)

Gobernanza en salud

En las sociedades modernas, los Estados tienen la función de garantizar el orden social y el mayor bienestar posible a toda la población. Esta responsabilidad la ejercen mediante la formulación e implementación de diferentes acciones de rectoría que definen la forma de proceder frente a los asuntos de interés público y que se expresan en las políticas, los planes, los programas y las acciones de vigilancia y control (OPS 2011)

Una ciudad saludable es aquella que ofrece las condiciones necesarias para que los individuos que viven en ella desarrollen todo su potencial. Para lograr esto la gobernanza de una ciudad se debe basar en la participación de todos los involucrados para la formulación, implementación, medición y evaluación de políticas públicas orientadas hacia el desarrollo del capital social, económico y natural, es decir, hacia el desarrollo humano sostenible (Hancock 2010)

En las ciudades de la Región podemos observar que el gobierno y los grupos de interés son quienes dominan la formulación de la agenda de gobierno excluyendo del proceso de toma de decisiones a la mayoría de la población, lo que en el caso de las mega -ciudades las ha llevado a la ingobernabilidad. En el sector salud esta situación se traduce en servicios de salud descoordinados y enfocados al tratamiento, desarrollo de políticas públicas que no consideran los determinantes sociales prevaletentes y exclusión de las acciones realizadas por la sociedad civil. (Hancock 2010)

El concepto de intersectorialidad no es nuevo para el sector salud. Fue reconocido como esencial en la declaración de Alma Ata en 1978 e impulsado por los defensores de la promoción de salud desde 1986. “Para alcanzar la cobertura universal de la atención y asegurar el bienestar de las comunidades se necesita una acción coordinada por y entre los gobiernos, los profesionales de salud y otros sectores sociales y económicos, por las organizaciones de voluntarios, las

autoridades locales, la industria, los medios de comunicación y la sociedad en general” (WHO 2008)

El reto al que se enfrenta el mundo sanitario es doble: por un lado el propio proceso de gobernanza en su sistema interno y su reforzamiento, y por otro, la llamada “gobernanza para la salud” que incluye relaciones intersectoriales hacia un objetivo común (Lorente 2011)

La salud se construye de una manera eficaz y eficiente, no siempre con la participación exclusiva de todo el sector, sino haciendo partícipe a todos cuantos influyen en ella y al conjunto del gobierno, por un lado, y de la sociedad por el otro (Lorente 2011)

CONTEXTO DE BOGOTÁ

Bogotá, para el año 2013, tenía 7.674.366 habitantes, ubicados en 45.705 manzanas y 5.145 barrios distribuidos en 20 localidades. La pirámide poblacional de Bogotá, es progresiva es decir, se caracteriza por tener una base ancha y una finalización en forma de pico, propia de países jóvenes y con fuerte crecimiento. (ASIS 2013)

La principal causa de mortalidad corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa promedio de 113,2 x 100.000 hab., seguido por neoplasias con una tasa promedio de 80,4 x 100.000 hab y causas externas con 45,6 x 1000.000 hab. No se observa en ninguna de las causas tendencia al aumento, excepto en las enfermedades circulatorias.

Se observa que en las mujeres la mayor pérdida de años ocurre debido a lesiones de causa externa y enfermedades circulatorias igual que en los hombres. La diferencia de las tasas extremas indica que mueren 78 niños más por cada 1.000 nacidos vivos en la localidad con mayor NBI que en la localidad con menor NBI.

La afiliación al sistema de seguridad en salud en Bogotá, se encuentra distribuida así: 66.8% en el régimen contributivo, 21,1% en el régimen subsidiado, 2,8% en régimen de fuerzas armadas, no afiliadas 8,9% y 0.4% en régimen del magisterio.

En Bogotá se encuentran organizados tanto los establecimientos públicos como privados de atención en salud adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, en tres niveles de atención. El primer nivel lo caracteriza la atención básica prestada por puestos y centros de salud y los hospitales locales, los cuales cuentan con servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización bajo la atención de médicos generales aquí se encuentran los centros de atención médica inmediata (CAMI), las UPAs y UBAs, unidades primarias y básicas de atención respectivamente, resaltando aquí el nuevo programa lanzado para las UPAs y UBAs que se trata de salud a su hogar donde el médico, enfermeras y promotores de salud según el caso de atención se desplaza a los lugares para prestar servicios de salud en atención primaria a las personas con dificultad para la movilización y pacientes crónicos entre otros.

El segundo nivel lo caracteriza la atención intermedia dada por médicos generales y de las especialidades básicas de medicina interna, cirugía gineco-obstetricia y

pediatría, así como la atención de partos de bajo y mediano riesgo, urgencias, consulta externa, odontología, cirugía ambulatoria y hospitalización.

El tercer nivel de atención está caracterizado por la atención de médicos en el resto de especialidades y subespecialidades.

Según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social, a enero de 2012 se encuentran inscritos en Bogotá un total de 40.775 prestadores de servicios de salud. De estos, el 90% (36.658 prestadores) son de carácter privado y un 10% (4.117 prestadores), públicos. Como prestadores independientes existe un total de 15.631 profesionales registrados (38,4%); como IPS, un total de 23.971 instituciones (58,8%); con objeto social diferente, 1.048 prestadores (2,5%), y registrados como transporte especial, 108 prestadores (0,3%). Del total de IPS, el 83,8% (20.097 IPS) son instituciones privadas, y el 16,2% (3.874 IPS) son de carácter público.

La Secretaría Distrital de Salud en la última década ha organizado su red adscrita con 22 Empresas Sociales del Estado, las cuales cuentan con 173 puntos de atención asistenciales que integran cinco empresas sociales del Estado de tercer nivel, ocho de segundo nivel y nueve de primer nivel.

A continuación se presenta un extracto del análisis de la encuesta de percepción de salud y estado de la salud pública tomados del Informe presentado por Bogotá Cómo Vamos y la Universidad de Los Andes (Año 2015):

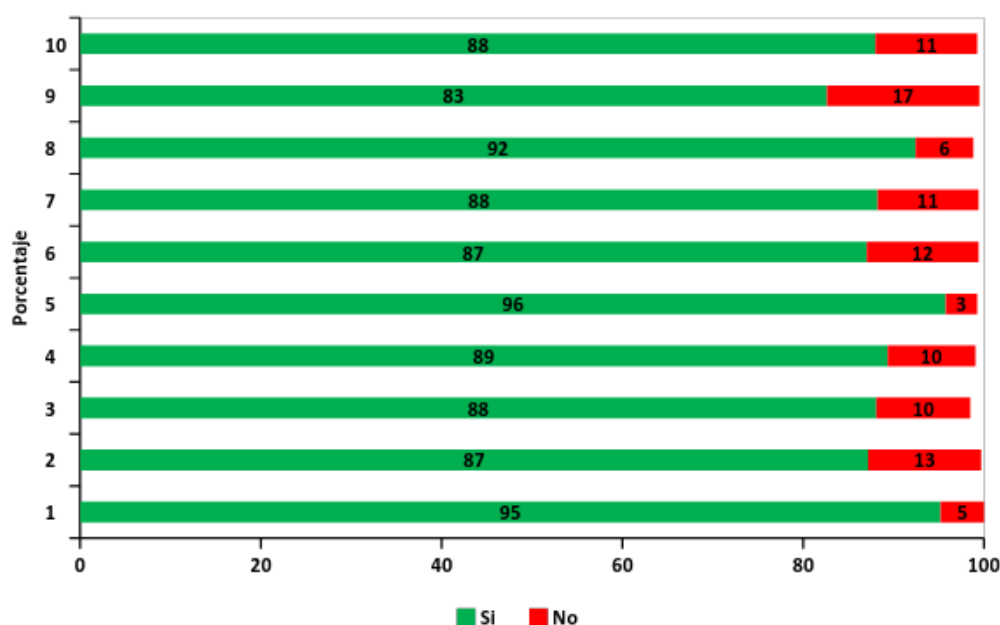
“Aspectos a destacar en la encuesta de percepción ciudadana 2014 de Bogotá Cómo Vamos”

Por primera vez en la encuesta se indagó acerca del estado de afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad en Salud SGSSS a través de la afiliación a una Entidad Promotora de Salud EPS bien sea como cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, o como beneficiario en el régimen subsidiado a través de la focalización que hace el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales SISBEN. Como se puede observar en la Gráfica 1, el 88% de los encuestados afirma estar afiliado al SGSSS. El 11 afirma no encontrarse afiliado y el 0.75% de los encuestados no sabe.

Por grupos de estratos se encuentra que el mayor porcentaje de población afiliada se encuentra en los estratos altos (5 y 6) con un 95%. Llama la atención que el mayor porcentaje de población no afiliada se encuentra en los estratos medios (3 y 4).

Por zonas de la ciudad, el mayor porcentaje de afiliación se encuentra en las zonas Chapinero y Sur-Occidental. A su vez el mayor porcentaje de población no afiliada al SGSSS se encuentra en las zonas Occidental y Centro (Ver Gráfica 1).

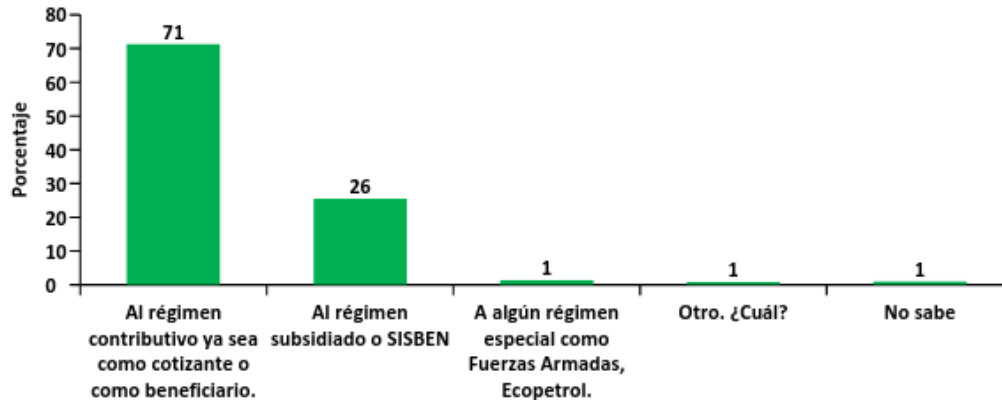
Gráfica 1: Porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por zonas y grupos de estratos.



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

Del total del porcentaje de personas que se encuentran vinculadas al SGSSS, el 71% se encuentra afiliada a través del régimen contributivo, el 26% al régimen subsidiado o a través del SISBEN y el 1% a algún régimen especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol). El 2% restante se encuentra afiliado a otro o no sabe, tal y como se observa en la Gráfica 2.

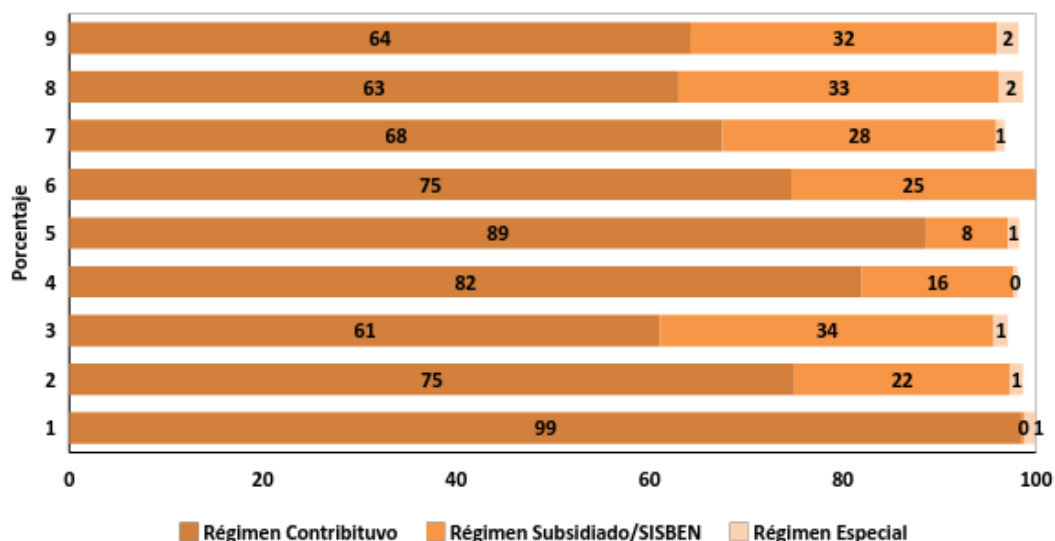
Gráfica 2: Porcentaje de afiliación por tipo de régimen.



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

El mayor porcentaje de población afiliada al régimen contributivo se encuentra en los estratos altos así como en las zonas de Chapinero y Norte. A su vez el mayor porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado se encuentra en los estratos bajos y en las zonas Sur-Occidental y Occidental. No se encuentran diferencias respecto a la distribución de la población afiliada a regímenes especiales por grupos de estratos. Por zonas, el mayor porcentaje de población afiliada a regímenes especiales se encuentra en las zonas Sur-Occidental y Occidental con 2%, como se puede observar en la Gráfica 3.

Gráfica 3: Porcentaje de afiliación por tipo de régimen, por zonas y grupos de estratos.

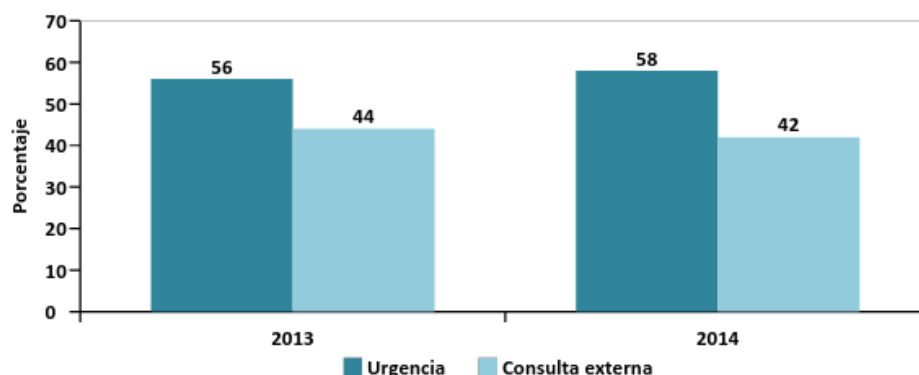


Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

Asimismo del total de personas que reportaron estar afiliadas al SGSSS, el 22% cuenta con algún tipo de plan o seguro en salud adicional cómo póliza de hospitalización o cirugía, medicina prepagada, plan complementario de salud con alguna EPS, entre otros.

Al indagar acerca del tipo de atención requerida (servicio de urgencias o consulta externa), los resultados muestran que la mayoría accede a través de los servicios de urgencias, ya que en el 2014, segundo año en el cual se realizó esta pregunta, este porcentaje aumentó a 58%. A su vez disminuyó el porcentaje de personas que acceden a través de consulta externa. En el 2014 este porcentaje fue del 42% como se observa en la Gráfica 4.

Gráfica 4: Porcentaje de personas que utilizaron servicios de salud por consulta externa o por urgencias.

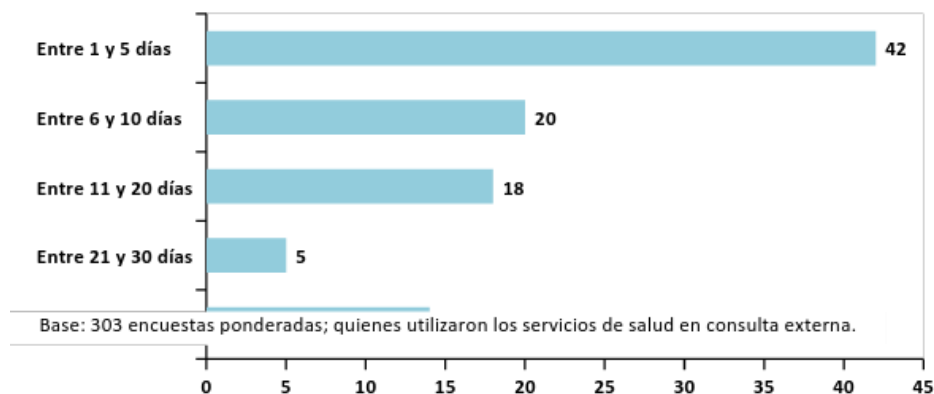


Base: 720 encuestas ponderadas; quienes utilizaron los servicios de salud.

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

A su vez, del total de personas que accedieron a los servicios de salud por consulta externa en el 2014, el 42% tuvo que esperar entre 1 y 5 días entre el momento de solicitar la cita y el momento del servicio. Por el contrario, el 14% tuvo que esperar más de 30 días, manteniendo un comportamiento similar presentado en el 2013 (Ver Gráfica 5).

Gráfica 5: Porcentaje de personas según días transcurridos entre el momento de pedir la cita y el momento del servicio.

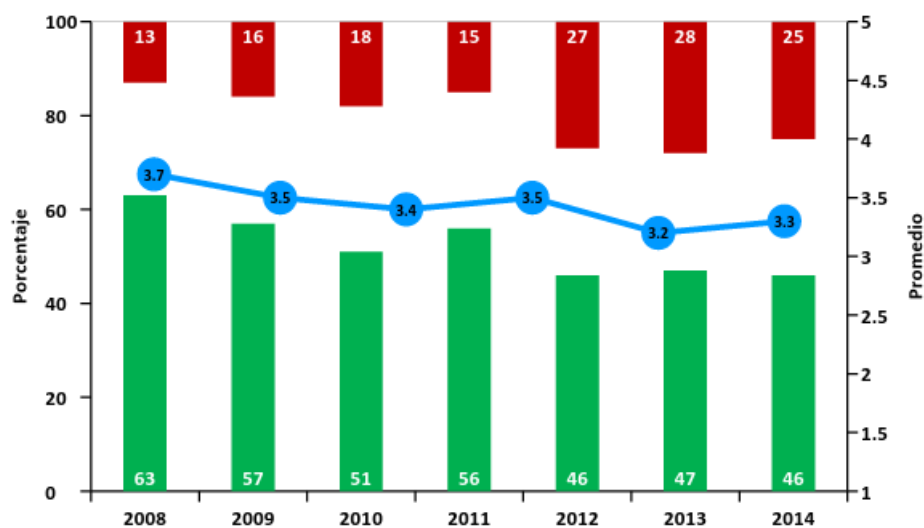


Base: 303 encuestas ponderadas; quienes utilizaron los servicios de salud en consulta externa.

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

Frente a la satisfacción con la atención en salud se mantiene casi igual en los últimos tres años, con un 46% de usuarios satisfechos, siendo los dos últimos años los más bajos de la serie que inicia en el año 2008, sin embargo el porcentaje de insatisfechos disminuyó tres puntos porcentuales respecto al comportamiento presentado en el 2013, con un 25% de encuestados insatisfechos con la salud (ver Gráfica 6).

Gráfica 6: Porcentaje de satisfacción general con la salud.

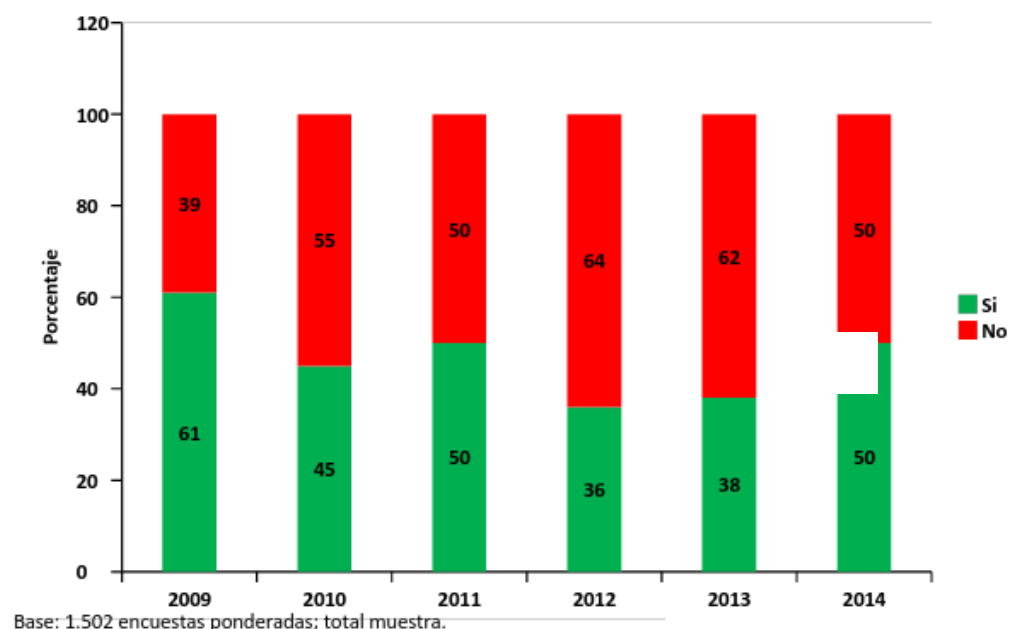


Base: 720 encuestas ponderadas; quienes requirieron y usaron los servicios de salud.

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

En Bogotá, para el 2014, el 50% de los encuestados aseguran que independientemente de su estado de afiliación al SGSSS, en Bogotá se le está garantizando el derecho a la salud, porcentaje que aumenta doce puntos respecto a los resultados presentados en 2012 y 2013.

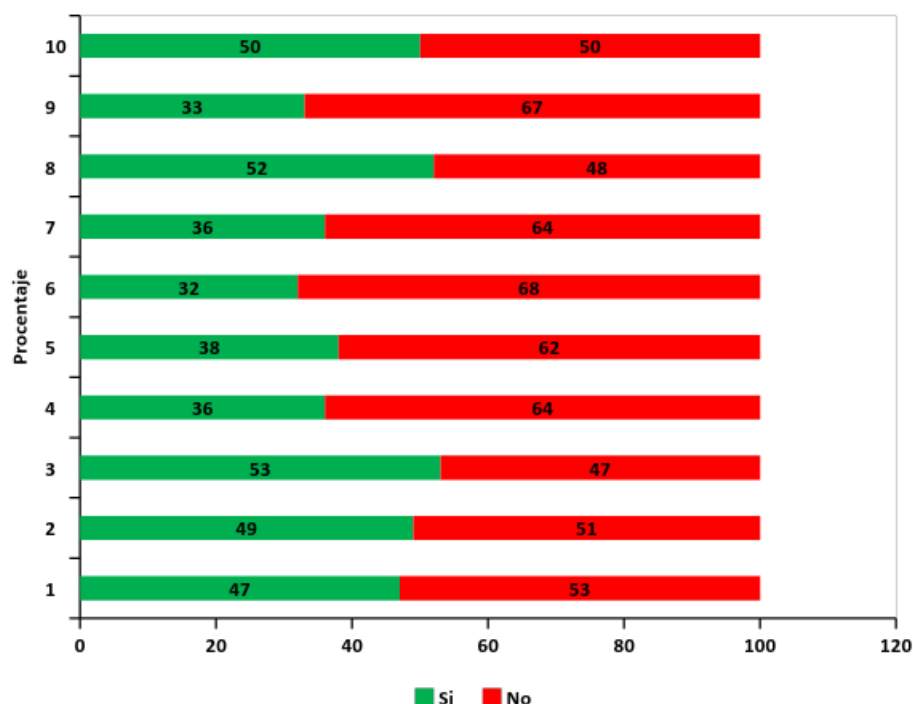
Gráfica 7: Porcentaje de personas que siente que en Bogotá se le está garantizando el derecho a la salud.



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

Por zonas, en la zona Sur-occidental está el mayor porcentaje de personas que considera que sí se está garantizando el derecho a la salud con un 52%. Por el contrario en la zona Centro se encuentra el menor porcentaje de personas que considera que sí se está garantizando el derecho a la salud. A su vez, se encuentra que a medida que aumenta el nivel socioeconómico, disminuye el porcentaje de personas que siente que en Bogotá se está garantizando el derecho a la salud (Gráfica 8).

Gráfica 8: Porcentaje de personas que siente que en Bogotá se le está garantizando el derecho a la salud, por zona y NSE.



Base: 1.502 encuestas ponderadas; total muestra.

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana. Programa Bogotá Cómo Vamos, 2014.

Indicadores trazadores:

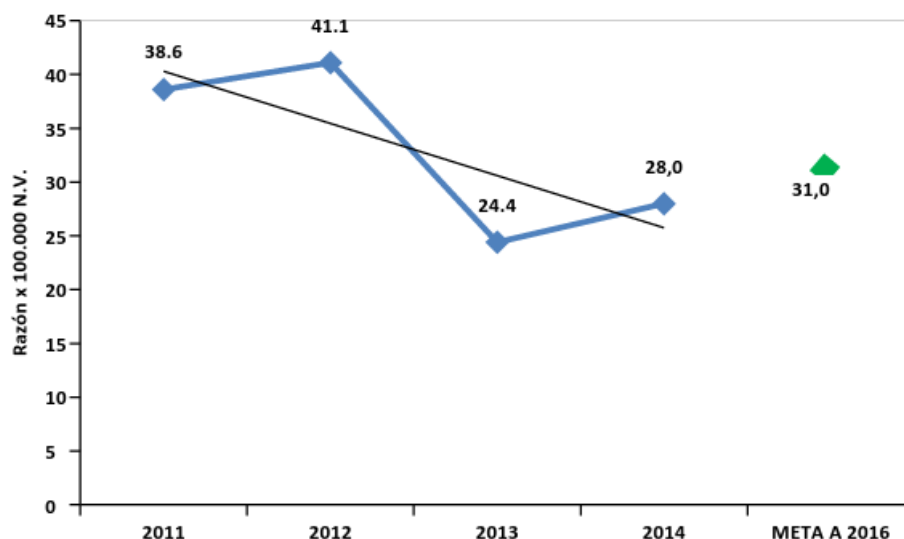
Además de los indicadores de percepción obtenidos a partir de la Encuesta de Percepción Ciudadana realizada en el año 2014, y que pueden dar una aproximación frente al acceso y satisfacción con los servicios de salud, se presenta el análisis descriptivo de los principales indicadores trazadores incluidos en el *Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016*, a partir de la información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, y con los cuales se puede evidenciar que tan cercano se encuentra el actual plan de desarrollo frente al cumplimiento de las principales metas en salud establecidas, en pro de la garantía del derecho a la salud en el Distrito Capital.

- **Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 N.V)**

La meta establecida en el Plan Distrital de Desarrollo es de reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la administración distrital al año 2016. En general, se observa una disminución en la tendencia de este indicador agregado a nivel distrital, aunque entre los años 2013 y 2014 se presentó un aumento al pasar de 24.5 x 100.000 NV (25 mortalidades) a una razón de 28 casos x 100.000 NV (29 mortalidades), como se puede observar en la Gráfica 9. Se hace la observación que al revisar el *Informe del evento mortalidad materna, hasta el periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2014*, del Instituto Nacional de Salud, ([http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/MORTALIDAD%20MATERNAL%20Periodo%20XIII%202014.pdf)

[Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/MORTALIDAD%20MATERNAL%20Periodo%20XIII%202014.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/MORTALIDAD%20MATERNAL%20Periodo%20XIII%202014.pdf)), se reportan de Bogotá 32 casos que equivale a una tasa de 33.86, es decir, se están reportando 4 casos más de mortalidad materna que los reportados por Bogotá para el año 2014.

Gráfica 9: Razón de Mortalidad Materna, período 2011-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

*NOTA: El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

Al revisar el comportamiento por localidad de residencia, 10 localidades estuvieron por encima de la razón distrital para el año 2014, siendo La Candelaria, la localidad donde se presentó la mayor razón de mortalidad materna para el 2014 (190.1 muertes maternas por 100.000 N.V), seguida de Barrios Unidos con una razón de mortalidad materna de 62.9 y Bosa con una razón de 40.1 por 100.000 N.V. Las localidades de Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Teusaquillo, Mártires, Antonio Nariño, Rafael Uribe y Sumapaz no presentaron casos de mortalidad materna.

A partir del cálculo de la razón de razones se observa que las localidades con un valor mayor a 1 se aproximan a un riesgo de mayor ocurrencia de mortalidad materna en comparación con el valor distrital, como se puede observar en la Tabla 1. Para el año 2014 la localidad de La Candelaria presentó una razón de razones de 6.79, presentando un riesgo casi 7 veces más alto de mortalidad materna en comparación con el riesgo distrital y aumentando respecto al año anterior; seguida de la localidad de Barrios Unidos con una razón de tasas de 2.25, manteniéndose constante respecto al año anterior. En Localidades como Tunjuelito, Kennedy y Ciudad Bolívar, la razón de razones se mantiene constante respecto al año anterior. Ver tabla 1:

Tabla 1: Razón de Razones para mortalidad materna por localidad 2013-2014.

Localidad	2013		2014	
	Razón por 100.000 N.V.	Razón de Razones	Razón por 100.000 N.V.	Razón de Razones
Usaquén	0,00	0,00	33,30	1,19
Chapinero	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Fe	62,00	2,64	0,00	0,00
San Cristóbal	16,60	0,71	0,00	0,00
Usme	36,00	1,53	0,00	0,00
Tunjuelito	34,00	1,45	35,80	1,28
Bosa	9,90	0,42	40,10	1,43
Kennedy	32,90	1,40	33,30	1,19
Fontibón	45,90	1,96	23,00	0,82
Engativá	0,00	0,00	30,20	1,08
Suba	13,80	0,59	40,70	1,45

Barrios Unidos	60,17	2,56	62,90	2,25
Teusaquillo	0,00	0,00	0,00	0,00
Los Mártires	0,00	0,00	0,00	0,00
Antonio Nariño	153,26	6,53	0,00	0,00
Puente Aranda	65,75	2,80	31,90	1,14
La Candelaria	0,00	0,00	190,10	6,79
Rafael Uribe Uribe	17,29	0,74	0,00	0,00
Ciudad Bolívar	30,02	1,28	28,40	1,01
Sumapaz	0,00	0,00	0,00	0,00
Sin dato de localidad	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	23,47	1,00	28,00	1,00

Fuente: Cálculos propios con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

Según la información reportada por la Secretaría Distrital de Salud, como causa nosológica de muerte el embarazo terminado en aborto se mantiene como la segunda causa desde el año 2010.

El promedio de edad de las defunciones maternas fue de 30 años. El 68 % de los casos se presentaron en los grupos de edad de 20 a 34 años, 30 a 34 años y 35 a 39 años cada uno con 7 casos, seguidos con 5 casos el grupo de edad de 25 a 29 años (16.1 %), el 9.7 % en el grupo de edad de 15 a 19 años (2 casos) y el 35.7 % en mayores de 35 años (10 casos)

En el 67.7 % de los casos pertenecían al régimen contributivo (21 casos), seguido por el subsidiado con el 22.6 % (7 casos) y no afiliadas con el 6.5 % (2 casos) y especial con 1 caso (3.2 %). Sin embargo es necesario tener el cálculo de la razón de mortalidad materna discriminada por aseguramiento.

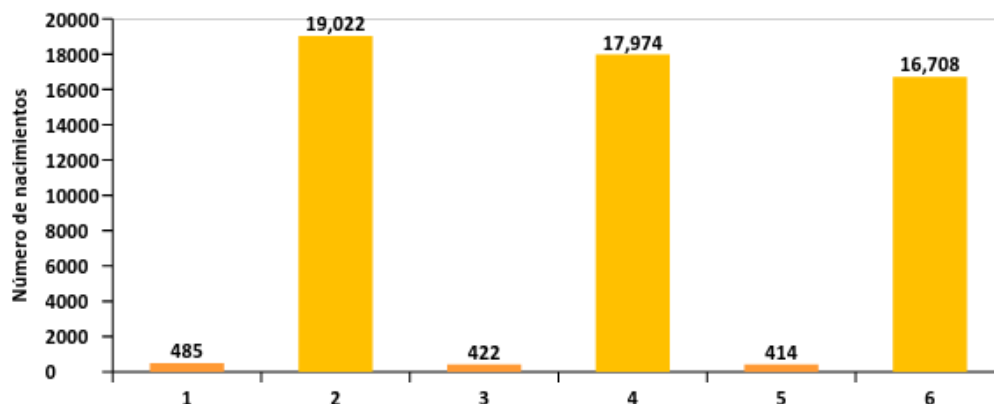
Aunque la Secretaría Distrital de Salud ha adelantado acciones como la depuración de bases de datos, la capacitación permanente a los referentes de la red hospitalaria pública y el desarrollo del programa territorial en salud para la mujer gestante desde las intervenciones encaminadas a la búsqueda activa, caracterización, acciones de demanda inducida de información para la toma de

decisiones oportunas en el cuidado de su salud; se recomienda trabajar conjuntamente también con los aseguradores e IPS privadas, para fortalecer dichos procesos con otros actores involucrados en la atención a las gestantes. Se debe analizar con especial cuidado el aumento de casos de mortalidad materna entre el 2013 y 2014 identificando claramente las causas de las demoras y formulando los respectivos planes de mejoramiento.

- **Nacimientos en mujeres con edades de 10 a 14 y de 15 a 19 años.**

Según información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, durante el período de los años 2012-2014 se observó una disminución del 14.6% en los nacimientos en niñas de 10 a 14 años al pasar de 485 nacimientos en 2012 a 414 nacimientos en 2014 y para el grupo de 15 a 19 años se obtuvo una disminución de 12% en los nacimientos en adolescentes al pasar de 19022 nacimientos en 2012 a 16708 nacimientos en 2014 (Ver Gráfica 10).

Gráfica 10: Nacimientos, mortalidades fetales y abortos en mujeres de 10 a 14 y de 15 a 19 años, período 2012-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

Datos 2012: Bases de datos DANE-RUAF. - Sistema de Estadísticas Vitales AD.
Datos 2013-2014: Bases de datos SDS -RUAF. Datos preliminares.- Sistema de Estadísticas Vitales AD. Fecha de actualización de datos del RUAF: 19 de enero de 2015.

Por tipo de desenlace, durante los años 2012 y 2013 para ambos grupos (10 a 14 y 15 a 19 años) el número de muertes fetales fue mayor en comparación con el

número de embarazos que terminaron en aborto, como se puede observar en la Tabla 2:

Tabla 2: Embarazos en adolescentes por tipo de desenlace, período 2012-2013.

Embarazo en adolescentes por tipo de desenlace.	2012			2013		
	10 a 14 años	15 a 19 años	Total 10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Total 10 a 19 años
Muertes Fetales*	69	1553	1622	64	1382	1446
Embarazos que terminaron en abortos**	59	1284	1343	56	1142	1198
Total de embarazos en adolescentes	485	19022	19507	422	17974	18396

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2015.

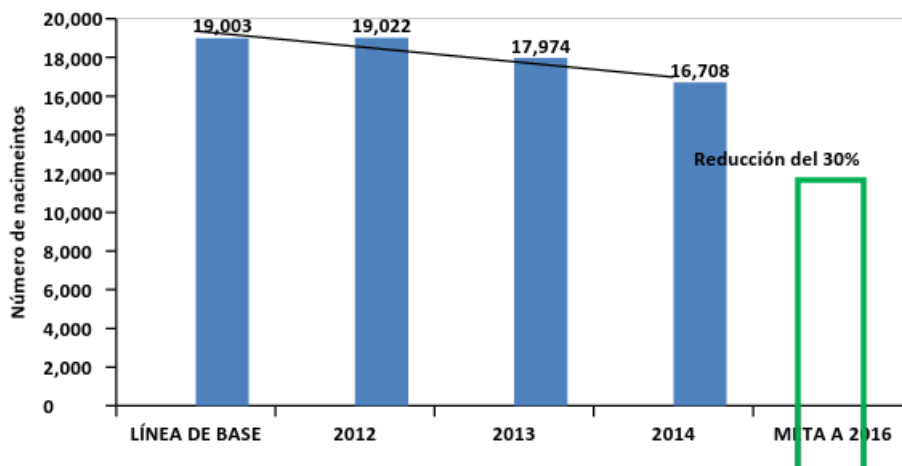
*Para muertes fetales, los datos son tomados del Certificado de Nacido Vivo.- Bases de datos DANE-RUAF-ND (Preliminar 2013)

**Para embarazos que terminaron en aborto, los datos son tomados del Certificado de defunción muertes fetales.- Bases de datos DANE-RUAF ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-(Preliminar 2013).

NOTA: La información del 2014 aún no está disponible, se espera publicación del DANE. Fecha de actualización de datos del RUAF: 19 de enero de 2015.

El Plan de Desarrollo Distrital contempla una meta de reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital a 2016. En la Gráfica 11, se observa que aunque el número de nacimientos ha tenido un comportamiento descendente, no se logrará la meta propuesta.

Gráfica 11: Nacimientos en mujeres de 15 a 19 años



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

***NOTA:** El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

La Secretaría Distrital de Salud ha identificado como causas por las cuales no se cumple la meta programada las siguientes: el difícil acceso a la información en salud sexual y salud reproductiva (Mitos), la barrera de acceso a los servicios de salud (no entrega de los métodos de regulación de la fecundidad, tipos de negociación de las EPS con las IPS), y la educación y vulneración de la población sujeto, entre otros.

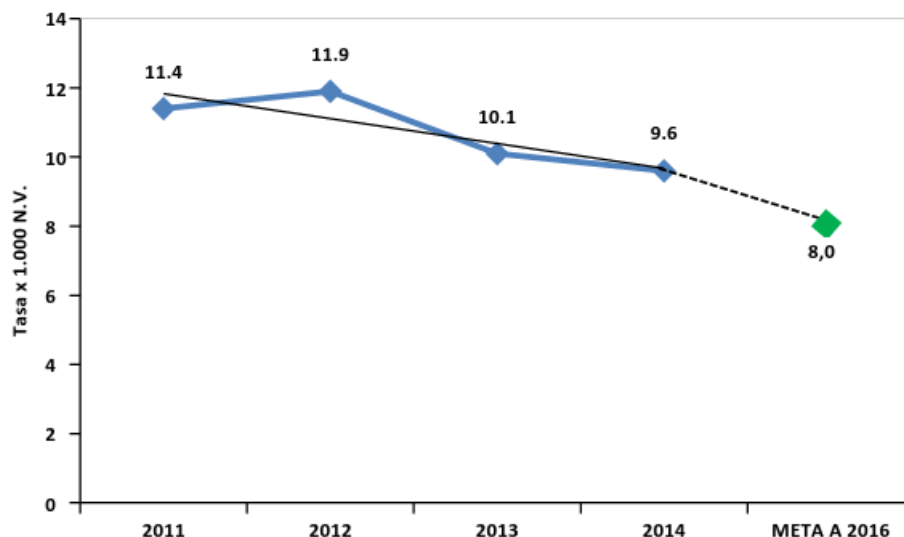
Sin embargo, tal y como lo plantea la Secretaría Distrital de Salud, es necesario continuar desarrollando intervenciones individuales y colectivas, que permitan continuar la tendencia descendente de la gestación en madres adolescentes y jóvenes, generando mejores condiciones de calidad de vida y salud en la adolescencia y la juventud.

Es importante que se haga seguimiento a la implementación del Conpes 147 en Bogotá ya que en este lineamiento es una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años

- **Mortalidad Infantil:**

La meta establecida para este indicador dentro del Plan de Desarrollo Distrital es la de reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil, en coordinación con los demás sectores de la administración distrital al 2016. Como se observa en la Gráfica 12, la tendencia ha sido decreciente:

Gráfica 12: Mortalidad infantil período 2012-2014.



Fuente:Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

***NOTA:** El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

Sin embargo al revisar los datos por localidad, hay localidades que para el año 2014 mantuvieron o aumentaron la tasa y se encuentran por encima del indicador agregado a nivel distrital. De hecho 8 localidades superan la tasa distrital, siendo la máxima la localidad de La Candelaria con 15.2 casos X 1000 NV (8 casos). En 4 localidades se mantuvo o aumentó la tasa de mortalidad infantil en el año 2014 con relación al año inmediatamente anterior: Usaquén, Tunjuelito, Bosa y Candelaria. A su vez, aquellas localidades con una razón de tasas por encima de 1 se encuentran en un riesgo de mortalidad infantil mayor al distrital, como se puede observar en la Tabla 3:

Tabla 3: Razón de tasas para mortalidad infantil por localidad 2013-2014.

Localidad	2013		2014	
	Tasa por 1.000 NV	Razón de Tasas	Tasa por 1.000 NV	Razón de Tasas
Usaquén	10,00	0,99	10,00	1,04
Chapinero	9,40	0,93	8,90	0,93
Santa Fe	13,00	1,29	6,40	0,67
San Cristóbal	10,60	1,05	10,10	1,05
Usme	11,70	1,16	10,30	1,07
Tunjuelito	8,50	0,84	11,10	1,16
Bosa	9,30	0,92	10,20	1,06
Kennedy	10,30	1,02	8,50	0,89
Fontibón	8,30	0,82	7,80	0,81
Engativá	8,40	0,83	7,80	0,81
Suba	9,80	0,97	9,60	1,00
Barrios Unidos	15,00	1,49	8,80	0,92
Teusaquillo	11,70	1,16	10,20	1,06
Los Mártires	11,60	1,15	8,70	0,91
Antonio Nariño	10,70	1,06	9,50	0,99
Puente Aranda	7,60	0,75	7,70	0,80
La Candelaria	5,90	0,58	15,20	1,58
Rafael Uribe Uribe	9,20	0,91	7,80	0,81
Ciudad Bolívar	10,80	1,07	9,80	1,02
Sumapaz	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	10,10	1,00	9,60	1,00

Fuente: Cálculos propios con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

Frente al comportamiento por aseguramiento en salud según régimen de afiliación, se observa que aunque la mayor ocurrencia de muertes infantiles se encuentran en el régimen contributivo, el riesgo de mortalidad es mayor en el régimen subsidiado y en la población sin aseguramiento; tendencia que se mantiene en los dos últimos años. Cabe aclarar que el cálculo de la tasa por aseguramiento para el 2014 se hizo con base en datos preliminares del DANE, cuya información para este año no se encuentra totalmente depurada.

Tabla 4: Frecuencia de casos por tipo de aseguramiento 2013-2014.

Tipo	de	2013	2014
------	----	------	------

régimen	Total de muertes	Tasa por 1.000 NV	Total de muertes	Tasa por 1.000 NV (preliminar)
Contributivo	577	7,32	599	8,78
Subsidiado	232	9,52	215	10,72
Excepción	24	6,35	30	9,49
No asegurado	122	13,21	136	20,77

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

NOTA: Para el cálculo de la Tasa se tomo como *Fuente del numerador*: Secretaría Distrital de Salud. Año 2013 Bases de datos DANE y RUAF-ND –Año 2014 Sistema de Estadísticas Vitales SDS y RUAF, información preliminar. *Fuente del Denominador*: Estadísticas Vitales DANE, Nacimientos por sitio de parto según departamento, y régimen de seguridad social de la madre años 2013, 2014 (preliminar).

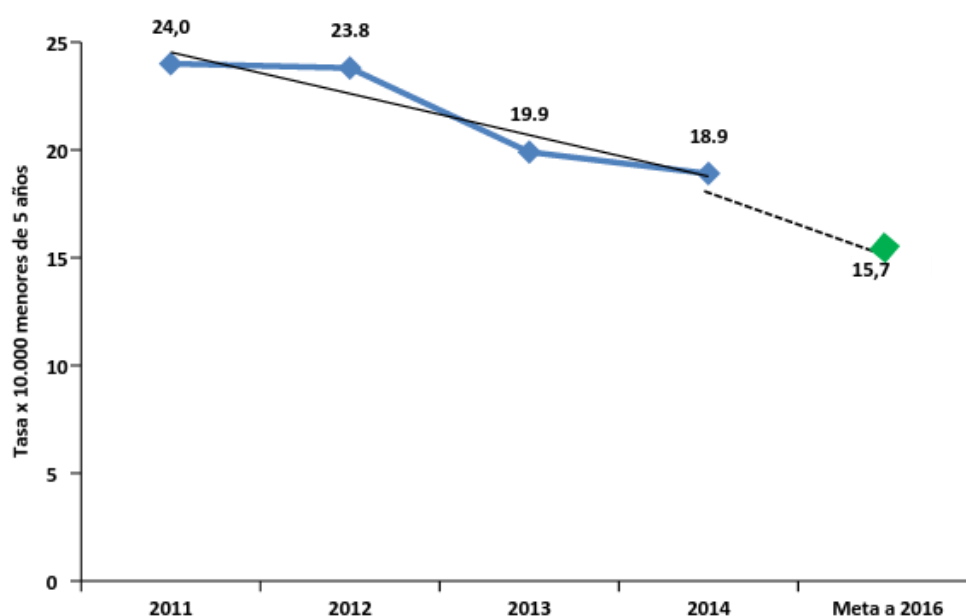
Respecto a este indicador la Secretaría Distrital de Salud señala que dos de las tres primeras causas de muerte son las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías congénitas. Las del corazón y aparato circulatorio se han reducido a partir de 2012 a expensas de aquellas que pueden ser corregidas con buen pronóstico si el diagnóstico, la remisión y cirugía son oportunos. Las que afectan los demás órganos y aparatos son de difícil solución, alta letalidad, limitada intervención y control a corto plazo, pues se requiere consejería preconcepcional, utilización de métodos de diagnóstico intrauterino de mejor calidad en una fase temprana de la gestación.

A su vez señala que la principal causa de muerte en los menores de un año son los problemas respiratorios asociados al período perinatal que requieren atención del recién nacido con alta tecnología y calidad, lo cual choca con la tendencia de cierre de camas hospitalarias pediátricas y, sobre todo, de unidades de cuidado intensivo pediátricas que afectan a las redes que prestan servicios a las aseguradoras de los diferentes regímenes, y se constituye como una barrera de acceso que sólo puede superarse desde la acción conjunta del sector salud.

- **Mortalidad en menores de cinco años:**

La meta propuesta dentro del Plan Distrital de Desarrollo es la de reducir a 15.7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación con los sectores de la administración distrital al año 2016. Según información de la Secretaría Distrital de Salud, la mortalidad en menores ha descendido un 18.8% entre 2011 y 2013 y un 22.9% hasta 2014, lo cual significa que la tasa actual está 3.2 puntos por encima de la meta de gobierno. Se requiere una reducción del 17% para alcanzar la meta.

Gráfica 13: Mortalidad en menores de 5 años, período 2011-2014.

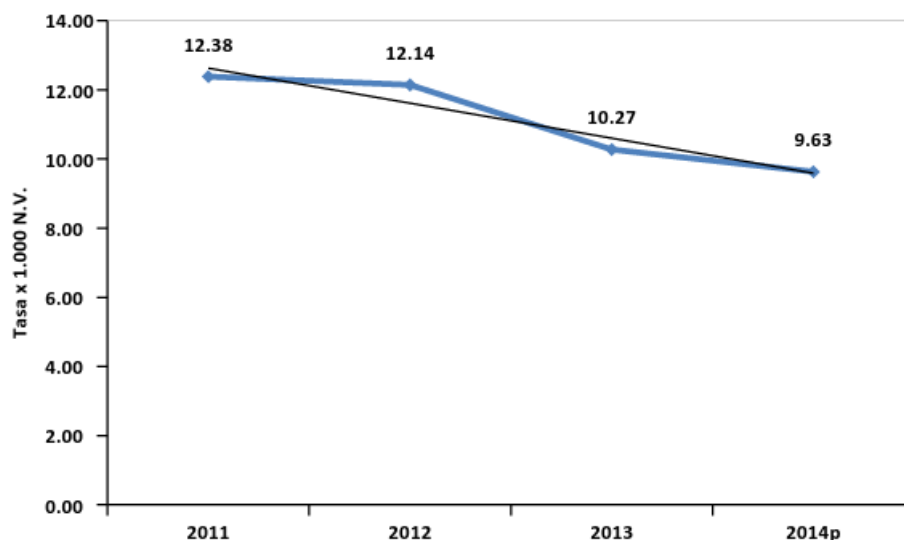


Fuente:Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

***NOTA:** El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

Aunque la Secretaría Distrital de Salud hace el cálculo de la tasa de mortalidad en menores de 5 años tomando como denominador la población menor de 5 años (por proyección), se incluye para el presente informe la tasa de mortalidad en menores de 5 años, calculada tomando como denominador los nacidos vivos, puesto que permite una mayor comparabilidad. Con este cálculo la ciudad ha pasado de una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 12.38 por 1.000 N.V., a una tasa de 9.63 por 1.000 N.V. (Ver Gráfica 14):

Gráfica 14: Mortalidad en menores de 5 años por 1.000 N.V., período 2011-2014p.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015. *Para el cálculo se tomo como fuente del Denominador:* Estadísticas Vitales DANE, Nacimientos por departamento años 2011, 2012, 2013, 2014(preliminar).

- Tasa y número de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda EDA:**

Al igual que en el año 2013 se presentó en el año 2014: 3 casos de mortalidad en menores de 5 años por EDA. La localidad de Usme repitió en un caso y con un caso estuvieron las localidades de Kennedy y Rafael Uribe Uribe. Si bien la tasa distrital fue de 0.5 casos X 100.000 menores de 5 años, en las localidades mencionadas fue superior a 1.0, siendo la máxima de 3.3 en la localidad de Rafael Uribe Uribe. Ver Tabla 5:

Tabla 5: Tasa y número de casos de mortalidad en menores de 5 años por EDA por localidad, período 2012-2014.

LOCALIDADES	2012		2013		2014	
	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años
USAQUÉN	1	3,4	0	0	0	0

CHAPINERO	0	0	0	0	0	0
SANTAFE	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTÓBAL	1	2,8	0	0	0	0
USME	0	0	1	2,4	1	2,4
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0
BOSA	1	1,8	1	1,7	0	0
KENNEDY	2	2,3	0	0	1	1,2
FONTIBÓN	0	0	0	0	0	0
ENGATIVÁ	1	1,7	1	1,7	0	0
SUBA	0	0	0	0	0	0
BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0
MÁRTIRES	0	0	0	0	0	0
ANTONIO NARINO	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0
CANDELARIA	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	0	0	0	0	1	3,3
CIUDAD BOLÍVAR	2	3	0	0	0	0
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0
SIN LOCALIDAD	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	1,3	3	0,5	3	0,5

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2015.

Datos: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- Preliminares 2013 y 2014. Fuente numerador de la tasa: Última publicación DANE Octubre 2014 de datos año 2013. Fecha de actualización de datos del RUAF: 19 de enero de 2015. Fuente denominador de la tasa: Proyecciones poblacionales DANE y DPD con base censo 2005.

- **Tasa y número de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda IRA:**

Cra. 32 No. 12-81
 Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
 Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

En el año 2014 la mortalidad por IRA en menores de 5 años fue de 75 casos para una tasa de 12 por cada 100.000 menores de 5 años sin embargo 10 localidades superaron esta tasa siendo la máxima de 33.4 casos por 100.000 menores de 5 años en la localidad de Chapinero. Ver tabla 6:

Tabla 6: Tasa y número de casos de mortalidad en menores de 5 años por IRA por sexo y localidad, año 2014.

LOCALIDAD	POBLACIÓN 2014	HOMBRES	MUJERES	CASOS	TASA AÑO 2014 (N= 75)
Usaquén	28.805	2	1	3	10,4
Chapinero	5.997	1	1	2	33,4
Santa Fe	8.505	0	0	0	0
San Cristóbal	35.209	2	4	6	17
Usme	41.615	4	2	6	14,4
Tunjuelito	15.480	2	0	2	12,9
Bosa	58.720	7	3	10	17
Kennedy	86.828	5	6	11	12,7
Fontibón	26.580	1	0	1	3,8
Engativá	59.075	3	3	6	10,2
Suba	85.235	9	2	11	12,9
Barrios Unidos	12.851	1	0	1	7,8
Teusaquillo	6.264	0	1	1	16
Mártires	6.529	0	0	0	0
Antonio Nariño	8.199	0	0	0	0
Puente Aranda	16.266	0	0	0	0
Candelaria	1.194	0	0	0	0
Rafael Uribe	30.544	1	1	2	6,5
Ciudad Bolívar	67.538	7	6	13	19,2

Sumapaz	578	0	0	0	0
Sin Información	0	0	0	0	0
TOTAL	602.012	45	30	75	12

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2015.

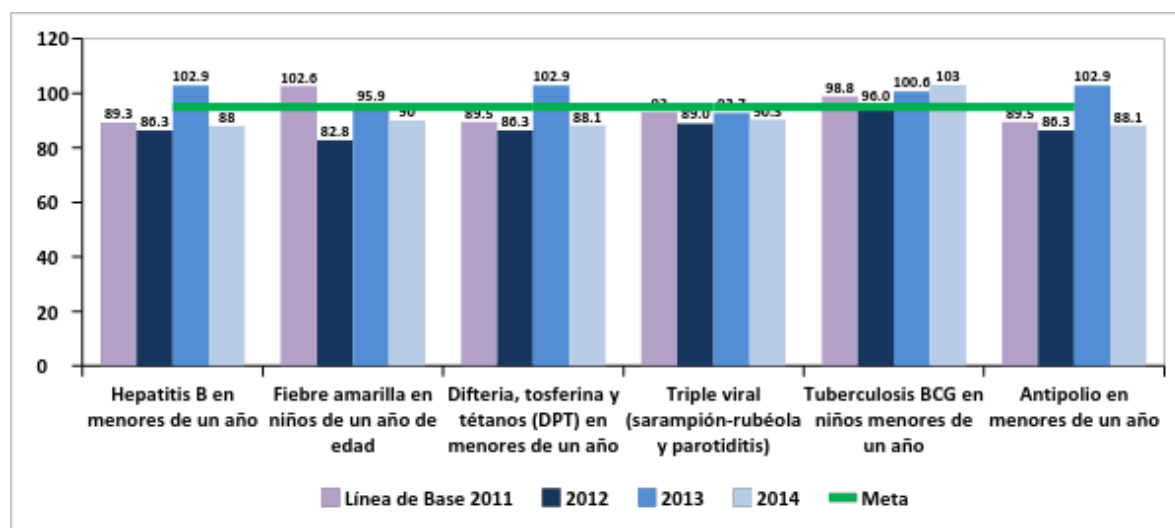
Datos: Grupo ERA Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Fecha de actualización de datos

del RUAF: 19 de enero de 2015.

- **Cobertura de vacunación:**

La meta propuesta dentro del Plan de Desarrollo Distrital es lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a 2016. Como se puede observar en la Gráfica 15, con el único biológico que se mantiene el logro de la cobertura durante el período analizado es con la vacuna Tuberculosis BCG, presentando coberturas por encima del 95%. En el caso de vacunas como Hepatitis B, Fiebre amarilla, DPT, y Antipolio, llama la atención que si bien en el 2013 se lograron coberturas por encima de la meta establecida, para el año 2014 se presenta una disminución en la cobertura por debajo del 95%.

Gráfica 15: Cobertura de vacunación, período 2012-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

Dentro de las dificultades que la Secretaría Distrital de Salud plantea como causas de no cumplimiento se encuentran:

1. La debilidad en el seguimiento estricto a cohortes de recién nacidos por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB.
2. Estrategia de comunicación no permanente.
3. Información generada por medios de comunicación, crea en los usuarios resistencia a la aplicación de biológicos.
4. El desavastecimiento de vacunas acelulares (hexa-penta) que son administradas con costo por la red privada, impactando en la población menor de un año de edad. De igual manera falta de vacuna de polio intramuscular entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, para la población de riesgo o conviviente con inmunocomprometidos.

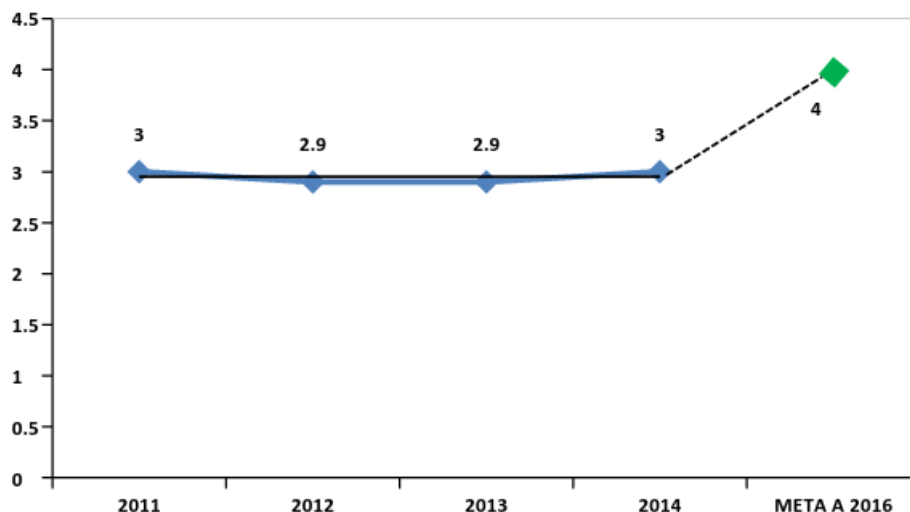
A su vez la Secretaría Distrital de Salud hace las siguientes propuestas con el fin de mejorar la cobertura:

1. Hacer seguimiento a las metas de las EAPB con el diseño de planes de mejoramiento, y evaluación mensual según avances registrados con cada IPS.
2. Realizar asistencia técnica distrital por redes y soporte con equipos extramurales con mayores destrezas y habilidades.
3. Estandarizar una estrategia masiva y permanente a través del programa Territorios Saludables que promueva, movilice, informe y adhiera la comunidad hacia los servicios de vacunación.

- **Mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva:**

Aunque la meta propuesta es de incrementar a 4 meses la lactancia materna exclusiva en los niños y niñas menores de 6 meses, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital al 2016; la mediana de lactancia materna se ha mantenido prácticamente estacionaria en los últimos tres años: 2.9 a 3 meses, y con tendencia a mantener este comportamiento, lo que dificulta el logro de la meta planteada (Ver Gráfica 16).

Gráfica 16: Mediana de lactancia materna, período 2011-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

***NOTA:** El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

La Secretaría Distrital de Salud atribuye como causa la limitación que tiene dicha entidad para reforzar conocimientos sobre la lactancia materna en las instituciones públicas y privadas, así como la recomendación de fórmulas lácteas por parte de médicos y pediatras de las IPS alentados económicamente por la industria multinacional, lo que no ha permitido un control efectivo de estas prácticas, afectando significativamente el logro de la meta a nivel distrital. Otra de las causas es el abandono de la lactancia materna por razones laborales, en donde la madre lactante y su hijo no encuentran las condiciones necesarias para continuar con el proceso de lactancia y hasta que no se presenten las condiciones laborales que favorezcan esta práctica, el cumplimiento de la meta estará por debajo de lo esperado.

Sin embargo llama la atención que al comparar los resultados por tipo de régimen de afiliación, en el régimen subsidiado se presenta una mayor duración sostenida durante los últimos tres años, y aunque esta diferencia no es muy grande, pudiera explicarse este hecho por una mayor institucionalización de la promoción de la

lactancia materna en la red hospitalaria pública, que es donde se atiende mayoritariamente la población afiliada a este régimen (Ver Tabla 7).

Tabla 7: Mediana de lactancia materna por aseguramiento, período 2012-2014

REGIMEN AFILIACION	2012	2013	2014
VINCULADO	2,6	2,7	2,6
CONTRIBUTIVO	2,7	2,7	2,9
SUBSIDIADO	3,4	3,4	3,4
REG. ESP.	3,2	3,4	3,4
MED. PREP.	3,2	2,4	3,1
PARTICULAR	3	2,9	2,8
SIN DATO	1,8	1,9	2,6

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2015.

Datos: Sistema de Vigilancia Alimentaria Y

Nutricional SISVAN D.C. Fecha de actualización de datos

19 de enero de 2015

La Secretaría Distrital de Salud aclara que por parte del sector salud se ha gestionado la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el 50% de las IPS que atienden partos en Bogotá, sin embargo, su implementación depende de la voluntad de los gerentes de las instituciones de salud ya que no existe norma que obligue a su implementación.

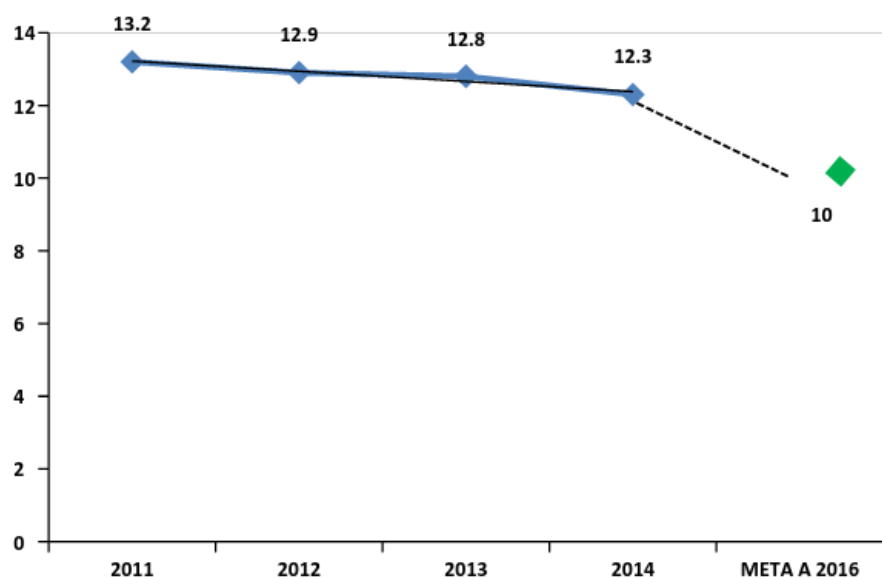
Además la Secretaría Distrital de Salud a partir del 2013, desarrolla el programa “Bogotá Humana con la Lactancia Materna” con el fin de promover, proteger y apoyar la lactancia materna, reactivando la estrategia IAMI Institución Amiga de la Mujer y la Infancia en IPSs Públicas de segundo y tercer nivel, que este año amplió su campo de acción a IPSs privadas e instituciones de primer nivel de atención, garantizando que en las instituciones donde se atiendan partos se promueva la calidad de la atención materno infantil, con énfasis en lactancia materna y parto y nacimiento humanizado. También se vienen apoyando la Implementación de las salas de extracción y salas amigas en el ámbito laboral en instituciones hospitalarias y EPS.

Sin embargo se requiere de un mayor liderazgo por parte de esta entidad para el posicionamiento de la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, teniendo en cuenta las acciones formuladas en el actual *Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*, apoyado en otras políticas como la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Política Pública de Primera Infancia, donde deben confluir otros sectores y actores como la Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

- **Prevalencia de bajo peso al nacer:**

La meta propuesta en el Plan de Desarrollo Distrital es reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital al 2016. Este indicador no ha presentado una reducción significativa en los últimos tres años, lo que impacta negativamente el logro de esta meta. Llama además la atención que el comportamiento de este indicador se ha mantenido por encima del indicador agregado a nivel nacional cuyo comportamiento ha estado entre 9.2 (2011) y 8.7 (2014).

Gráfica 17: Comparativo prevalencia de bajo peso al nacer, período 2012-2014.



Fuente: Elaboración propia. Los datos de BPN son tomados de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

*NOTA: El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

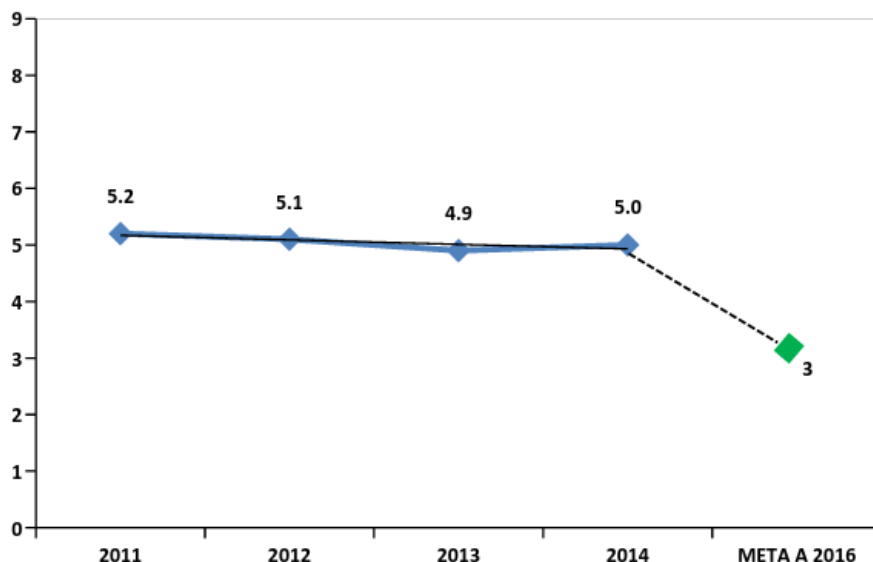
Según información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, el bajo peso al nacer es un indicador centinela de la calidad del control prenatal y en este sentido dentro de las causas que se han identificado que pueden estar incidiendo en el estancamiento de este indicador están: edades extremas de las madres con mayor prevalencia en las adolescentes, acceso limitado a una alimentación suficiente y de calidad con dietas pobres en proteína de alto valor biológico, y concentradas en carbohidratos y alimentos con escaso valor nutricional; la captación tardía de la gestante y escasa asistencia a los controles prenatales; dispensación intermitente de micronutrientes durante el periodo de gestación y débil seguimiento a la adherencia al esquema, así como antecedentes pre gestacionales y deficiente valoración del riesgo y atención a entidades como embarazo múltiple, intervalo intergenésico corto, poca ganancia de peso durante la gestación, preeclampsia, eclampsia, disfunciones de la placenta y sus membranas e infecciones urinarias.

Aunque el bajo peso al nacer se encuentra asociado a condiciones de vulnerabilidad social, hay otros determinantes asociados que merecen una mayor investigación y análisis, lo que permitiría fortalecer las políticas públicas para enfrentarlo como por ejemplo la ampliación de cobertura de programas de nutrición desde la gestación misma, y en general de la capacidad institucional para atender situaciones de vulnerabilidad, dada la gravedad de las implicaciones del bajo peso al nacer sobre el desarrollo infantil como la baja talla infantil, alteraciones inmunitarias y deficiencia de hierro, entre otras.

- **Prevalencia de desnutrición global:**

La meta planteada para este indicador es de reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016. Sin embargo este indicador no ha presentado cambios significativos en los últimos tres años, lo que implica el no cumplimiento de la meta establecida dentro del plan.

Gráfica 18: Prevalencia de desnutrición global, período 2012-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

***NOTA:** El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

Al revisar el comportamiento a nivel local, se observa que para el año 2014 localidades como Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Mártires, San Cristóbal, Usme estuvieron por encima del indicador agregado a nivel distrital. En términos generales no se observan cambios significativos en los últimos años, como se puede observar en la Tabla 5:

Tabla 8: Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años global por sexo y localidad.

LOCALIDAD RESIDENCIA	2010			2014		
	PREV. DNT GLOBAL		TOTAL NIÑOS Y NIÑAS CAPTADOS POR SISVAN	PREV. DNT GLOBAL		TOTAL NIÑOS Y NIÑAS CAPTADOS POR SISVAN
	F	M		F	M	
USAQUÉN	5,1	6,1	11125	4,7	5,4	11839
CHAPINERO	6,1	5,7	2760	4,5	4,9	3636
SANTA FE	6,5	6,5	6634	4,4	4,9	7951

SAN CRISTÓBAL	6,9	7,3	13736	5,6	5,9	17851
USME	5,9	5,8	16637	5,8	5,4	16045
TUNJUELITO	5,7	4,9	4841	4,3	4,9	7163
BOSA	4,9	5,1	30513	4,4	4,5	32850
KENNEDY	4,2	4,4	21215	6	6,1	37351
FONTIBÓN	3,9	5,2	9517	4,3	4,2	10068
ENGATIVÁ	4,3	4,9	18216	4,2	4,1	21528
SUBA	4,6	4,7	35013	4,1	4,4	31835
BARRIOS. UNIDOS	4,7	5,4	2125	3,4	4,2	3224
TEUSAQUILLO	5,6	4,7	1290	3,2	3,7	2356
MÁRTIRES	5,2	6,2	1395	6,1	5,9	3589
ANTONIO NARIÑO	4,7	6,1	2114	4,9	4,1	2351
PUENTE ARANDA	3,9	3,6	4478	5,2	5	8431
CANDELARIA	5	6,2	1052	5,1	3,8	1724
RAFAEL URIBE	6,4	6,7	12080	4,8	5,4	12622
CIUDAD BOLÍVAR	5,6	5,4	20471	5,9	6,1	19160
SUMAPAZ	6,6	2,9	338	2,9	1,1	157
SIN DATO	5,2	7	6434	5,6	5,9	10503
Total Bogotá	5,1	5,4	221984	5	5,1	262234

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2015. Los datos son tomados del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN D.C. Fecha de actualización 19 de enero de 2015. Numerador: casos de desnutrición. Denominador: menores de 5 años captados por el SISVAN

Según la Secretaría Distrital de Salud, la desnutrición es el resultado de múltiples factores entre los que se pueden mencionar: la inequitativa distribución de los recursos que afecta la seguridad alimentaria de la población más pobre; la falta de disponibilidad de alimentos sanos y seguros en los sectores periféricos de la ciudad que perjudica la calidad de la alimentación que se consume por parte de estas personas; la pobreza que aún persiste en la ciudad y que no permite el acceso físico a los alimentos de toda la población; el aumento progresivo de los precios de los alimentos debido a la alta intermediación y a la especulación de alimentos; el constante ingreso de familias víctimas del conflicto cuyos miembros por las difíciles condiciones de acceso a los servicios afectan su estado de salud y nutrición; el alto costo de vida de la Capital que incrementa el gasto en otros servicios diferentes a la alimentación y el cuidado de la salud; el problema del acceso eficaz a los servicios de salud con un personal sanitario reducido y limitado

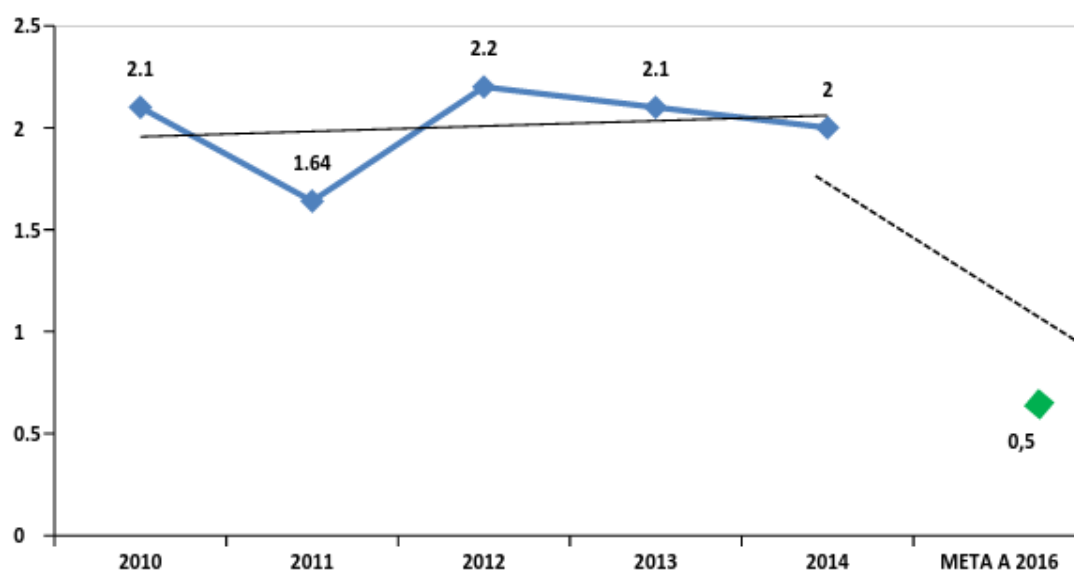
a las estrategias de las EPS para reducir gastos; los problemas de contaminación ambiental que afectan la calidad de los alimentos y del agua.

Este panorama de posibles causas de la desnutrición en el Distrito evidencia que el problema no solo puede ser abordado desde los sectores de salud e integración social y necesita la concurrencia de otras acciones que permitan la reducción eficaz del problema.

- **Incidencia de Sífilis Congénita:**

El Plan de Desarrollo Distrital plantea una meta de disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016. Aunque en el período 2012-2014 se observa una ligera disminución, ésta no ha sido significativa, por lo cual no se logrará el cumplimiento de esta meta, como se puede observar en la Gráfica 19:

Gráfica 19: Incidencia de Sífilis congénita, período 2012-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud, 2015.

*NOTA: El cálculo de la línea de tendencia incluye solamente los datos del 2011 al 2014.

Las localidades que presentaron una mayor incidencia de sífilis congénita en el 2014 fueron Santa Fe (5.2), Ciudad Bolívar (4.2), Usme (4.1), Los Mártires (3.9) y Antonio Nariño (3.9).

Tabla 9: Incidencia por 1.000 nacidos vivos de sífilis congénita, distribuido por localidad de residencia. 2014

Localidad	2014	
	Frecuencia	Incidencia
Usaquén	8	1,3
Chapinero	4	2,1
Santa Fe	9	5,2
San Cristóbal	18	2,9
Usme	22	4,1
Tunjuelito	8	2,9
Bosa	7	0,7
Kennedy	21	1,4
Fontibón	1	0,2
Engativá	13	1,3
Suba	24	1,6
Barrios Unidos	4	2,5
Teusaquillo	0	0,0
Los Mártires	5	3,9
Antonio Nariño	5	3,9
Puente Aranda	1	0,3
Candelaria	1	1,9
Rafael Uribe Uribe	13	2,4
Ciudad Bolívar	44	4,2
Sumapaz	0	0,0
Total	208	2,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Datos: SIVIGILA SDS 2.014 preliminar, Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF – Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares.

Por tipo de aseguramiento, la incidencia de sífilis congénita se sigue concentrando en el régimen subsidiado y en la población no afiliada, presentando una incidencia

de 5.74 y de 4.8 casos por 1.000 nacidos vivos respectivamente, como se observa en la Tabla 10:

Tabla 10: Casos de sífilis congénita notificados al SIVIGILA, distribuidos por tipo de aseguramiento y tasa de incidencia x 1.000 nacidos vivos, 2014.

Aseguramiento	2014	Incidencia
Contributivo	57	0,80
Subsidiado	122	5,74
Excepción	0	0,00
Especial	1	0,32
No afiliado	31	4,18
Total año	211*	2,04

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Datos: SIVIGILA SDS 2.014 preliminar, Fuente 2014: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF – Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares

*La diferencia con la localidad de residencia corresponde a 3 casos que registran “Sin dato”

La Secretaría Distrital de Salud señala que los factores relacionados con la sífilis congénita son de carácter estructural que afectan a todo el país, ya que para el 2014 en comparación con otros departamentos, Bogotá tuvo una incidencia de 2.04 casos por cada 1.000 NV, mientras que en Antioquia fue de 1.8 y en Valle de 4.1. En comparación con otros distritos, Barranquilla reportó 3.6 y Santa Marta 2.3 casos por cada 1.000 NV según el último informe del Instituto Nacional de Salud.

Desde las acciones para el seguimiento al Plan Distrital de Eliminación de la Sífilis Congénita, la Secretaría Distrital de Salud destaca las siguientes:

- Se ha fortalecido la asistencia técnica y el acompañamiento a las EAPB en relación al tema de cumplimiento de la Estrategia Nacional de Eliminación de Transmisión materno-infantil de sífilis congénita en conjunto con las áreas de provisión de servicios y vigilancia epidemiológica.
- Desde la estrategia de eliminación de la sífilis madre- hijo se participa en el 100% de las unidades de análisis, las cuales demuestran dificultades tanto en la adherencia a la estrategia nacional, así como a las guías de atención.
- Se realizan reuniones mensuales a través de la red mensual de VIH, donde se fortalece el trabajo en lo local frente a la estrategia de sífilis y se identifican tanto a los referentes de las diferentes instituciones de salud, así

como a las entidades para facilitar el seguimiento a los casos y la entrega de pacientes incluidos en la estrategia por cambios en el aseguramiento.

- Se actualiza la base de datos de acuerdo a las fichas de la estrategia enviada por las entidades de salud.

Además para subsanar las barreras de acceso con las EAPB del régimen subsidiado, la Secretaría Distrital de Salud ha adelantado las siguientes acciones:

- Desde el Convenio 1541 se viene fortaleciendo el uso de las pruebas rápidas para la detección temprana especialmente en gestantes.
- Se cuenta con un convenio de apoyo entre el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional, Organización Panamericana de la Salud OPS y la Secretaría Distrital de Salud donde se realiza detección tratamiento y seguimiento oportuno a gestantes de las localidades con mayor número de casos de sífilis gestacional.
- Entrega de planes de mejora de los análisis de casos de sífilis congénita de las Instituciones de Salud frente a los hallazgos.
- Articulación con el área de aseguramiento frente a los casos identificados.

- **Prevalencia e incidencia de la población infectada por VIH/SIDA.**

Según la información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, en el 2014 se continua identificando aumento en la notificación de casos lo cual se relaciona directamente con el aumento en el tamizaje para este evento, así como la continuidad en acciones encaminadas a eliminar barreras para el acceso a la asesoría y prueba voluntaria para VIH, esto mediante la estrategia de la Secretaría Distrital de Salud *Ponte a Prueba* y la articulación con el Proyecto VIH del Fondo Mundial.

En los últimos tres años las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Santa Fe y Mártires, presentan proporciones de incidencia (PI) de VIH/SIDA más altas con respecto al comportamiento distrital, y tal como lo señala la Secretaría Distrital de Salud son estas localidades las que históricamente se ven más afectadas por diferentes condiciones de vulnerabilidad que generan un mayor impacto en la población. La Secretaría Distrital de Salud aclara que en la localidad de La Candelaria durante los años 2012 y 2013 se presento un aumento en la incidencia debido a que un aumento leve en el número de casos frente a un denominador poblacional pequeño genera cambios drásticos en la tasa

Tabla 11: Prevalencia e incidencia de VIH/SIDA por 100.000 habitantes distribuido por localidad de residencia 2012-2014.

LOCALIDAD	2012	PI 2012	2013	PI 2013	2014	PI 2014
USAQUEN	79,0	16,5	93,0	19,2	104,0	21,2
CHAPINERO	65,0	48,1	88,0	64,5	110,0	80,1
SANTA FE	45,0	40,9	51,0	46,4	60,0	54,6
SAN CRISTOBAL	88,0	21,5	97,0	23,7	104,0	25,5
USME	36,0	9,0	43,0	10,3	67,0	15,7
TUNJUELITO	39,0	19,3	45,0	22,4	45,0	22,4
BOSA	83,0	13,9	101,0	16,5	122,0	19,4
KENNEDY	183,0	17,8	205,0	19,7	212,0	20,1
FONTIBON	42,0	11,9	57,0	15,7	57,0	15,4
ENGATIVA	141,0	16,6	170,0	19,8	174,0	20,1
SUBA	145,0	13,2	177,0	15,8	220,0	19,2
BARRIOS UNIDOS	39,0	16,6	48,0	20,3	59,0	24,8
TEUSAQUILLO	68,0	46,0	78,0	52,3	79,0	52,6
MARTIRES	28,0	28,5	33,0	33,5	49,0	49,7
ANTONIO NARIÑO	33,0	30,4	40,0	36,8	39,0	35,9
PUENTE ARANDA	64,0	24,8	61,0	23,6	83,0	32,2
CANDELARIA	27,0	111,8	19,0	78,6	4,0	16,6
RAFAEL URIBE	61,0	16,2	74,0	19,6	74,0	19,7
CIUDAD BOLIVAR	65,0	10,0	89,0	13,4	90,0	13,3
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FUERA BOGOTA	140,0	NA	196,0	NA	207,0	NA
SIN DATO	14,0	NA	82,0	NA	116,0	NA
TOTAL Distrito	1331,0	17,6	1569,0	20,4	1752,0	22,5

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Datos: SIVIGILA SDS 2.014 preliminar, extracción enero 2.014, análisis 18 febrero 2.014. Fuente Denominadores: Proyecciones poblacionales DANE.

En los grupos poblacionales más jóvenes se concentra el mayor porcentaje de casos notificados, con edades comprendidas entre los 15 y 39 años de edad. En este grupo se encuentra el 75,5% de los casos de la ciudad. Ver Tabla 12:

Tabla 12: Casos de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos porcentualmente por grupo de edad. 2.014.

Grupo edad	2014	
	Total	%
< 1 año	3	0,16
1 a 4	0	0
5 a 9	0	0
10 a 14	1	0,05
15 a 19	70	3,75
20 a 24	355	19
25 a 29	419	22,43
30 a 34	347	18,58
35 a 39	219	11,72
40 a 44	164	8,78
45 a 49	121	6,48
50 a 54	78	4,18
55 a 59	42	2,25
60 a 64	24	1,28
65 y +	25	1,34
Total general	1868*	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Datos: SIVIGILA SDS 2.014 preliminar, extracción enero 2.014, análisis 18 febrero 2.014 *La diferencia con la localidad de residencia corresponde a aquellos casos que registran “Sin dato”.

Conclusiones y Recomendaciones:

Aunque en términos generales se observa una disminución en los principales indicadores agregados distritales de mortalidad como son la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la mortalidad en menores de cinco años; con el único indicador que se cumple la meta propuesta dentro del plan de desarrollo es con el de mortalidad materna. Sin embargo con esta última hay que tener en cuenta dos elementos: en el 2014 aumentaron tanto los casos como la tasa, y aunque la meta distrital sea positiva, no hay que desconocer los diferenciales por localidad que pueden afectar los resultados distritales. Sin embargo hay diferenciales por localidad en los indicadores de mortalidad, por lo cual no basta una disminución

distrital en forma agregada y se hace necesario visibilizar los datos locales, lo cual sigue siendo una agregación muy alta.

Se resalta que el análisis de los indicadores en salud pública de Bogotá no puede centrarse solo en mortalidades sino también en morbilidad o calidad de vida. Los siguientes indicadores persisten con una tendencia estacionaria los últimos 3 años_: Prevalencia de bajo peso al nacer, Tasa de sífilis congénita, mediana de lactancia materna y prevalencia de desnutrición global.

Aunque se resalta el hecho de que en los dos últimos años en la ciudad no se han presentado casos de mortalidad por desnutrición, se hace el llamado a tener en cuenta el comportamiento de indicadores de situación nutricional como la prevalencia de bajo peso al nacer, que aunque ha disminuido aún sigue siendo alta, encontrándose además por encima de la prevalencia a nivel nacional. Asimismo no se ha logrado impactar en la prevalencia de desnutrición global y crónica en los últimos años, por condiciones limitadas en el acceso a una alimentación saludable durante el periodo de gestación y los primeros tres años de vida, la introducción inadecuada de alimentos de bajo aporte nutricional en el primer año de vida y la baja práctica de la lactancia materna exclusiva y complementaria, según la información presentada por la Secretaría Distrital de Salud.

Por otra parte, no obstante se vienen adelantando una serie de acciones para lograr la disminución de la sífilis congénita, se deben mejorar las estrategias para su disminución ya que no se ha logrado un impacto en el comportamiento de este indicador; que involucren el abordaje de determinantes intermedios como el aseguramiento, el acceso y la calidad de la atención en salud, dado que el 90% de los factores que atribuyen riesgo de sífilis congénita están relacionados con estos determinantes.

Se hace necesario tener en cuenta en los indicadores los diferenciales por localidad, lo que implica además un compromiso de las administraciones locales. Por ello un punto importante para desarrollar en la próxima administración es la inclusión de metas de impacto en los planes de desarrollo local y de la continuidad de proyectos en salud financiados a través de recursos de los Fondos de Desarrollo Local que permitan una complementariedad de las acciones establecidas y que impacten los determinantes proximales.

Por otra parte, no obstante con la implementación de los Centros de Atención de Drogodependencia (CAMAD) se ha logrado una amplia y sólida caracterización de una proporción importante de la población más vulnerable de Bogotá D.C., desde una perspectiva intersectorial y multidisciplinaria a partir de aspectos demográficos, socioeconómicos, psicosociales, ocupacionales, de salud física y mental, aseguramiento, consumo de psicoactivos y problemas asociados entre otros; se deben incorporar indicadores de resultado (coberturas) y de posible impacto poblacional en términos de variación en morbilidad o mejoramiento en calidad de vida, ya que la información tal y como la presenta la Secretaría Distrital de Salud solamente da cuenta de las acciones realizadas en estos centros.

Frente a la reapertura del Hospital San Juan de Dios aunque en el informe presentado por la Secretaría Distrital de Salud se relaciona la gestión adelantada por esta entidad para llevar a cabo este proceso, se recomienda incorporar un análisis de los costos frente a la potencial demanda de servicios de este centro hospitalario. Es necesario un ejercicio de planeación sobre la posibilidad de apertura del complejo de San Juan de Dios, en cuanto a la oferta ya instalada de la red pública, la subutilización de algunos servicios de esta red, el modelo de atención en salud de Bogotá y la proyección en talento humano de médicos generales, médicos especialistas, enfermeras y en general del talento humano profesional y auxiliar que requiere Bogotá según densidad poblacional y ubicación geográfica.

Por último, sobre el Programa Territorios Saludables que parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS, a pesar de ser una estrategia que utiliza un gran volumen de recursos financieros y de talento humano, no dispone de un sistema de información adecuado que permita el monitoreo y evaluación de indicadores de resultado e impacto a nivel poblacional. Así mismo el Programa Territorios Saludables no ha logrado consolidar un modelo de atención que incluya el accionar de las Aseguradoras en especial en *los programas de Promoción de la salud, protección específica y detección temprana. Se puede estar presentando también que el Programa realice actividades de demanda indicada propias de las Aseguradoras sin que se visibilice una coordinación y trabajo conjunto con las mismas.*

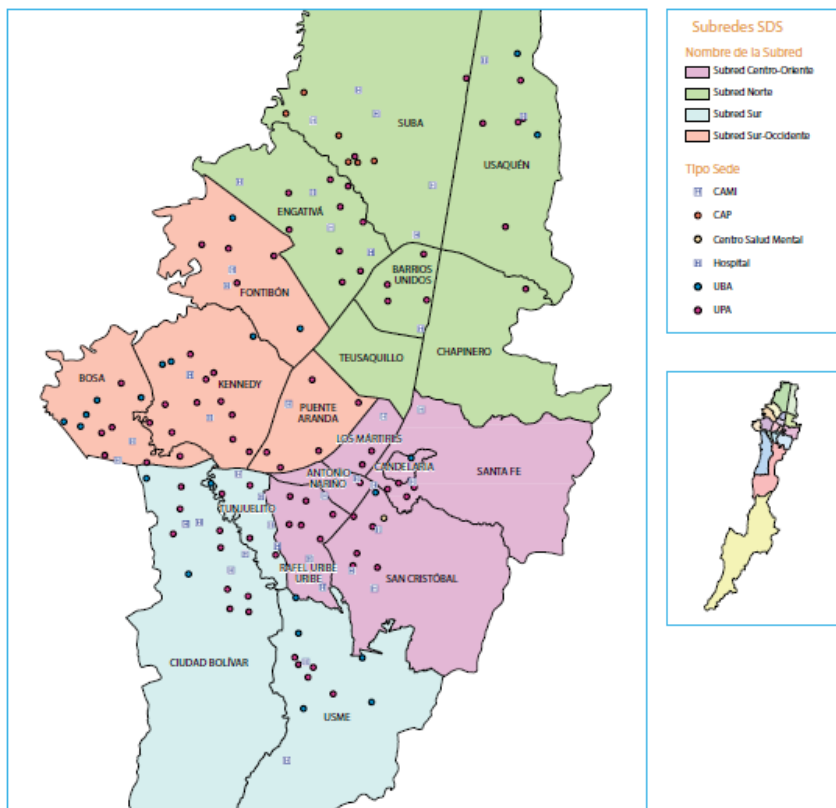
Se debe partir de la investigación para orientar intervenciones, hacer escalamiento y llegar a la política pública. Frente a la evaluación también se deben incorporar otros indicadores para evaluar el impacto de la APS, para no perder de vista

determinantes sociales, de equidad y de intersectorialidad; de acuerdo a las recomendaciones producto de la Mesa Técnica sobre Atención Primaria en Salud, organizada por los Programas Bogotá Cómo Vamos y Así Vamos en Salud, y el Grupo de Estudios en Salud Pública de la Universidad de los Andes en el 2014.

El gobierno de la Salud de Bogotá sigue muy centralizado en una relación Nivel central de la Secretaría de Salud con la Red Pública Adscrita sin que se vislumbre una gobernanza que incluya todos los actores incluyendo las aseguradoras y las redes privadas de servicios de Salud. Tampoco se ha avanzado en un ejercicio de desconcentración y descentralización a nivel de los gobiernos locales en cabeza de los alcaldes para que se constituya el gobierno de salud en la localidad

Figura 1. Distribución geográfica prestadores servicios Bogotá.

Mapa 3. Distribución geográfica de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Bogotá, según subredes (2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Direcciones de Desarrollo de Servicios y de Planeación y Sistemas.

De acuerdo con el Siho, Bogotá cuenta con 3.092 camas, de las cuales general de adultos son 1.257, general pediátrica son 485 camas, UCI intermedias son 222, UCI adultos son 59 camas y de salud mental son 167, observación 510. Bogotá cuenta con 47 ambulancias básicas y 6 medicalizadas para un total de 53 ambulancias. (SIHO 2015)

Concepto	Cantidad
Camas de hospitalización	3.092
Camas de observación	510
Consultorios de consulta externa	1.062
Consultorios en el servicio de urgencias	128
Salas de quirófanos	70
Mesas de partos	35
Número de unidades de odontología	269

Adicionalmente, la Secretaría Distrital de Salud, ha venido impulsando la puesta en marcha de la primera etapa de implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud que se denominó “Salud a su Hogar”. Esta se proyectó inicialmente con el fin de trabajar con enfoque familiar y comunitario, operando con equipos a cargo de intervenciones dirigidas a poblaciones en territorios sociales, comenzando por la identificación de problemáticas, con el propósito central de construir respuestas sociales integrales, oportunas y suficientes a las necesidades individuales, familiares, comunitarias y territoriales detectadas.

Para lograr un direccionamiento estratégico en salud que responda a las necesidades por ciclo de vida y por núcleo familiar, se integraron equipos así:

- Agente Comunitario
- Gestor en salud
- Técnico Entornos
- Higienista oral familiar
- Médico/a familiar
- Enfermero-a familiar
- Profesional en Psicología- trabajo social
- Nutricionista
- Profesional en terapias: física u ocupacional
- Profesional área social- humanas
- Profesional Soporte Operativo
- Profesional soporte entornos
- Profesional soporte en salud oral

Este proceso ha tenido durante su implementación diversos cambios hasta lo que hoy se conoce como “territorio saludable”, con la participación de un equipo de respuesta inicial (médico, enfermera, auxiliares de enfermería) y los equipos de respuesta complementaria.

BARRERAS DE ACCESO

Bogotá ha tenido mejoras sustanciales durante las últimas décadas. Las transformaciones positivas se han dado en la cultura de los ciudadanos, sumado a una inversión sostenida en infraestructura para mejorar el espacio público, la creación de un sistema de transporte masivo (Transmilenio) y la ampliación de la cobertura de servicios públicos y equipamiento, entre otros.

No obstante, los problemas estructurales que atañen a buena parte de la población, como la pobreza, la exclusión y las desigualdades en el ingreso —aun cuando han disminuido sus índices— siguen siendo grandes dificultades que seguirán condicionando en términos generales la calidad de vida y salud de los bogotanos. Resaltando:

- Cobertura casi universal del aseguramiento en salud, con predominio del régimen contributivo.
- Crecimiento en la prevalencia de enfermedades crónicas.
- Problemas propios del sector de la salud: fragmentación entre actores y escenarios.
- Dificultades en los sistemas de información.
- Barreras de carácter cultural, geográfico y administrativo en el acceso a los servicios salud. (OPS 2009)

Hay un acuerdo mundial en la importancia de la APS, su principal problema es llevarla a la práctica. Esta situación ha llevado a debates de lo que es y no es la APS, a la implementación de experiencias muy variadas y a renovaciones que intentan recuperar el tiempo perdido. El abordaje integral y basado en la participación comunitaria resultaba demasiado idealista a los ojos de diversos sectores (Gomez 1991).

En Colombia, ha sido difícil la adecuación de la APS a las condiciones de un sistema de aseguramiento con múltiples administradores y prestadores, por este motivo la OPS ha realizado un diagnóstico de los retos en la implementación de RISS y APS que se adapta a la realidad de Colombia y Bogotá. Los principales son:

- Segmentación institucional del sistema de salud.

- Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención.
- Predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones
- específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud
- Separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención.
- Modelo de atención centrado en la enfermedad.
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.
- Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias.
- Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios;
- Conductas de la población y de los proveedores de servicios contrarias a la integración.
- Trabas jurídicas y administrativas (OPS 2010)

La secretaria de salud de Bogotá en su rendición de cuentas del 2012 resalta barreras de acceso de toda índole con negación del territorio y del servicio, segmentación y fragmentación entre actores e ineficiencia en el manejo de recursos de la salud; Señala que es predominante el modelo asistencialista centrado en la atención de la enfermedad con nula resolutiveidad, y sin participación de la ciudadanía en decisiones de fondo aunado a la precarización del trabajo. Señala que existen además factores que coadyuvan a configurar esta situación como el deterioro del ambiente, los modos de vida de los distintos grupos poblacionales, la inseguridad y las difíciles condiciones de movilidad en la ciudad. (secretaria salud Bogotá 2012)

Tabla 1. Principales barreras de acceso a salud.

No. Barrera	MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO	TOTAL SIDBA III TRIM- 2015	TOTAL SDQS III TRIM- 2015	TOTAL PDS III TRIM- 2015	TOTAL LÍNEA DS III TRIM- 2015	TOTAL GENERAL III TRIM- 2015	% PART.
8	No oportunidad servicios	303	599	889	2247	4.038	27%
2	Dificultad accesibilidad administrativa	1.830	155	695	455	3.135	21%
7	Negación Servicios	201	61	1.183	1554	2.999	20%
5	Inconsistencias sistemas de información-aseguramiento	452	52	750	110	1.364	9%
9	No suministro Medicamentos	167	128	532	470	1.297	9%
1	Atención deshumanizada	169	49	55	506	779	5%

Fuente: Secretaria de salud de Bogotá. Rendición de cuentas 2012.

En conjunto, la red pública hospitalaria de Bogotá produjo cerca de 4,8 millones de consultas médicas por año en el trienio 2008-2010, de las cuales el 75% fueron electivas y el 25% fueron urgentes. Se observa un alto crecimiento (72,7%) de las consultas urgentes especializadas entre 2007 y 2008. Durante el periodo de análisis, se observa que el mayor aporte a la producción de servicios de salud en la red adscrita lo dieron las empresas sociales del Estado de tercer nivel, con el 62,3%, seguido de un 29,1% de segundo nivel y un 8,6% de primer nivel.

El porcentaje de partos por cesáreas en hospitales de tercer nivel fue del 35,1%, y en hospitales de segundo nivel, del 28,7%. En cuanto al servicio de hospitalización, con la capacidad instalada disponible en la red adscrita durante el 2011 (2.895 camas - 1.053.464 días camas disponibles) en los servicios de medicina general, medicina interna, ginecobstetricia, pediatría, neonatología, ginecología, obstetricia, quirúrgicos, VIH, quemados, salud mental, se generaron un total de 218.685 egresos (Secretaria salud Bogota 2012).

Desde el punto de vista de los recursos presupuestales ejecutados por la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para la prestación de los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los niveles básico, intermedio, especializado y subespecializado, durante el periodo 2004-2011, en promedio se ejecutaron 815.874 millones al año; así, se registró un crecimiento nominal del 168% en 2011, respecto a lo ejecutado en 2004 (Secretaria salud Bogota 2012).

En cuanto a la deuda de las EPS con la red hospitalaria de Bogotá, el subsecretario Urrego afirma que al iniciar la actual administración, la deuda ascendía a 260 mil millones de pesos y hoy la deuda total es de 876 mil millones de pesos”. (Canal Capital 2015)

En Bogotá, al igual que en el resto del país, uno de los principales problemas no superado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud es la fragmentación de los servicios de salud, la cual se ha manifestado fundamentalmente como falta de acceso a los servicios y de oportunidad en la atención; pérdida de continuidad de los servicios asistenciales; falta de consistencia de los servicios con necesidades y expectativas de la población; falta de coordinación entre los diferentes niveles y puntos de atención; duplicación de servicios e infraestructura que lleva a subutilización de capacidad instalada, o sobreutilización de recursos, en otros casos; distribución inequitativa de puntos de atención; débil capacidad resolutoria del primer nivel de atención; sin contrarreferencia de los niveles superiores al primero, y uso de servicios de urgencia para la atención de medicina general y especializada sin utilizar consulta ambulatoria. (Secretaria salud Bogotá 2012)”

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

La propuesta que se presenta tiene como prioridad el compromiso de campaña del alcalde en relación con que “Los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva” (Peñalosa 2015)

Adicionalmente los compromisos adquiridos son: “Reactivar y renovar el Consejo Distrital de Seguridad Social, bajo el liderazgo del Distrito y con participación de las comunidades, crear Equipo Especializado en Administración y Finanzas por hospital , para apoyar actividades de planificación y control, desarrollar una estrategia renovada de atención primaria que responda a la demanda de oportunidad, calidad y priorización de los servicios, trabajar para elevar la calidad, mejorar el acceso y hacer un mayor control social de los servicios de salud, Crear más de 20 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), distribuidos en todas las localidades de la ciudad, estrategia de APS resolutive, con equipos extramurales con EPS y prestadores, que busquen, atiendan y sigan poblaciones vulnerables, programa Preventivo Integral con EPS, IPS y Secretaría, para examen preventivo anual que detecte precozmente enfermedades y riesgos, Central de Urgencias del Sur y nuevo Centro Regulador de Urgencias, con nuevo modelo de Ambulancias y Atención Pre-hospitalaria, Acuerdos de Gestión por Desempeño entre hospitales y administración, para garantizar atención oportuna y satisfactoria””. (Peñalosa 2015)

Consejo Distrital de Seguridad Salud en Salud Ampliado

Este Consejo es un organismo colegiado de carácter asesor para la adopción y adaptación de políticas salud, liderado por la Secretaría de Salud, con participación de las RISS y los prestadores privados, con participación de la EPS Distrital y las demás y con participación de comunidades usuarias de servicios.

El Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado de Bogotá, estará conformado por los siguientes miembros:

- El Alcalde Mayor de Bogotá o su delegado, quien presidirá las sesiones.
- El Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C., quien ejercerá la presidencia cuando el Alcalde delegue su representación.
- El Secretario de Hacienda Distrital de Bogotá o su delegado.
- Un representante de los empleadores,

- Un representante de los trabajadores.
- El Gerente de la EPS Capital salud.
- Un representante de las Entidades Promotoras de Salud distintas a Capital salud.
- Dos representantes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una pública y una privada
- Un representante de las facultades de Salud con sede en la ciudad que tengan formación de posgrado en Salud Pública o áreas afines
- Un representante de los profesionales del área de la salud
- Un representante por las asociaciones o alianzas de usuarios

la función esencial de este Consejo es la de asesorar a la Secretaría Distrital de Salud en la formulación de planes, estrategias, programas y proyectos de salud, y en el desarrollo de las políticas de Seguridad Social en Salud.

Secretaria de salud

La secretaria de salud será la autoridad sanitaria, la cual adopta y adapta las políticas generales, vigila y controla el desarrollo del sistema.

El asegurador planifica, coordina, evalúa, remunera e incentiva la gestión integral del riesgo.

Las RISS ejecutan las acciones de gestión integral del riesgo y las comunidades, vigilan y controlan, participan en las decisiones, exigen rendición de cuentas.

La secretaria de salud se compromete con el aseguramiento en salud y la prestación de servicios a todas las personas pertenecientes al régimen subsidiado, así como todas las acciones incluidas en el Plan de Intervenciones colectivas.

Igualmente a vigilar y coordinar las acciones de aseguramiento y prestación del régimen contributivo.

En esencia se mantendrán las funciones aprobadas en el decreto 507 de 2013 y que son:

- a. Formular, ejecutar y evaluar las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con las disposiciones legales.

- b. Dirigir, coordinar, vigilar y controlar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá, D.C.
- c. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud y de la Protección Social, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control atribuidas a las demás autoridades competentes.
- d. Administrar, controlar y supervisar los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud y cualquier otro tipo de recursos que se generen con ocasión del cumplimiento de su naturaleza, objeto y funciones, garantizando siempre su correcta utilización, dentro del marco de la ley.
- e. Gestionar y prestar los servicios de salud prioritariamente a través de su red adscrita, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre no asegurada que resida en su jurisdicción, en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- f. Realizar las funciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, aseguramiento y prestación del servicio de salud.
- g. Formular y ejecutar el plan de atención básica y coordinar con los sectores y la comunidad las acciones que en salud pública se realicen para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.
- h. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las Administradoras de Régimen Subsidiado - ARS, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS e instituciones relacionadas.
- i. Promover el aseguramiento de toda la población con énfasis en la población más pobre y vulnerable, al Sistema General de Seguridad Social en salud de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico.

- j. Mantener actualizadas las bases de datos de la población afiliada al régimen subsidiado y reportar dichas novedades a la Secretaría de Planeación y demás entidades competentes.
- k. Definir, vigilar y controlar la oferta de servicios de salud del Distrito Capital, con el fin de garantizar su calidad y funcionamiento según las necesidades de la población.
- l. Promover el aseguramiento de las poblaciones especiales conforme lo define la ley y las acciones en salud pública establecidas en el ordenamiento jurídico.
- m. Promover la coordinación de políticas con otros sectores, en particular hábitat, educación, planeación y medio ambiente, para incidir de manera integral en los determinantes de la salud y en la atención de la enfermedad.
- n. Implementar programas de prevención del consumo del alcohol, del tabaco y otras drogas y de rehabilitación y desintoxicación.

Red Integrada de prestación de servicios

La prestación del servicio se organizará como una sola red Integrada, fusionando las 22 ESEs en 4, que responden por una población y región de la ciudad.

La red será una unidad jurídica y funcional en una sola entidad (ESE), que tendrá a su cargo integrar los servicios de planes de intervención colectiva, PIC, las actividades del plan obligatorio de salud, POS y las actividades NoPOS en todos sus niveles, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, para lo cual se estructuraran a partir de los gestores Comunitarios de Riesgo y Atención Domiciliaria y los CAPS.

Se financiará con subsidios oferta y demanda, los cuales además incluirán incentivos por desempeño.

Para la adecuada operación se dispondrá de una sola entidad de logística y servicios compartidos, la cual se describe más adelante.

Los propósitos esenciales de la fusión se resumen en:

- Superar la fragmentación de los servicios de salud.
- Mejorar los servicios y los indicadores de salud.
- Garantizar el acceso y la calidad a los servicios.
- Facilitar el uso racional y eficiente de los recursos.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios.

La siguiente tabla presenta un comparativo entre las actuales instituciones y las Redes Integrales propuestas:

Criterio	Actuales Instituciones	Redes integrales propuestas
Fragmentación	Multitud de puntos de prestación de servicios divididos en UBAS, UPAS y CAMIS, fragmentados y desarticulados.	La Red Integrada de Servicios de Salud –RISS- es una sola institución (ESE) que comprende todos los niveles de atención.
Niveles de Atención	Niveles de atención, caracterizados por una baja capacidad resolutive del primer nivel y sobresaturación del Tercer Nivel de Atención.	Servicios de salud básicos y complementarios tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo, aumentando capacidad resolutive.
Articulación entre las ESE	Son 22 ESE cada una con un modelo de gestión diferente, así como sistemas de información y facturación disímiles y no compatibles entre sí que dificultan el tránsito de un usuario entre una entidad otra y un nivel de atención a otro.	Son 4 ESE con procesos administrativos, de información, facturación e historia clínica unificados y compatibles que facilitan las rutas de atención del usuario.
Atención Especializada	Lejos del ciudadano en el tercer nivel	Cerca del ciudadano en servicios ambulatorios
Camas de	Con % de utilización por	La hospitalización es un servicio Complementario en

Primer nivel	debajo del 30%	unidades especializadas para tal fin.
Modelo de Atención en Salud	Asistencialista con una experiencia de atención primaria que es el programa de territorios Saludables, pero con baja capacidad resolutive y de articulación con la red de servicios de salud público privada. Los Hospitales ESE compiten entre sí por indicadores con una lógica de facturación y no de salud pública.	Basado en la atención Primaria con puerta de entrada en ámbitos de vida cotidiana y según necesidad del paciente. Articulación u coordinación entre los puntos de atención. El grueso del Nivel ambulatorio de medicina General, Especializada y Sub-especializada se atiende en todos los puntos de atención: Antiguos UBAS, UPAS y CAMIS. Como cada una de las 4 ESE tiene un modelo de Atención Primaria esto incluye la captación de las personas desde su ámbito de vida cotidiana (Hogar, estudio, trabajo) hasta el mayor nivel de complejidad. Cada una de las 4 ESE se organiza por Equipos de Gestión Integral de Riesgo. Cada Equipo desarrolla las Rutas de Atención que incluyen Promoción de la salud, Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.

Coordinación con Aseguradoras EAPB	Es casi nula, se sigue una lógica de canalización y en algunos casos remisión de pacientes sin comprobación de su efectividad. Las EAPB no son parte del Modelo de atención Primaria. El régimen contributivo es casi el 70% de la población del distrito.	Se da gobernabilidad: SE refuerza la capacidad Rectora de la SDS y las Redes pueden trabajar con las EAPB contributivas en actividades de demanda inducida en intervenciones de promoción de la salud, prevención primaria y protección específica.
Capital Salud	Como principal EAPB pública en el Distrito capital no juega un papel activo en el Programa de territorios Saludables ni en el modelo de atención.	Papel activo de capital Salud en la Gobernabilidad Distrital de salud y como principal EAPB pública en el Modelo de atención. Pasa a administrar riesgos en salud para mantener a su población asignada sana.
Afectación de Determinantes Sociales y ambientales	Difícil de operar porque las acciones de abogacía y coordinación intersectorial y trans-sectorial se dan más a nivel central de la SDS. Las actuales ESE tienen baja interlocución con los gobiernos locales y tienen baja incidencia en el componente de salud del Plan de Desarrollo Local.	Cada Gerente de cada una de las 4 ESE gestiona la inclusión de la Afectación de los Determinantes Sociales en los Planes Locales de Desarrollo de cada una de las localidades de su área de influencia. Conformación de los Comités Locales de Seguridad social en salud.

La RED se fundamenta en un nuevo modelo de atención basado en la gestión integral del riesgo en el aseguramiento, entendido como la acción coordinada de autoridad sanitaria, aseguradores, prestadores y comunidades en el desarrollo de

acciones orientadas a anticiparse a la enfermedad para que no se presente o si se tiene, su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles.

La RED garantizará servicios de atención básica y complementaria, entendiendo los primeros como atenciones ambulatorias y los segundos las hospitalarias. No se dividirá por niveles de atención y la RED funcionará como una sola con diferentes sedes. Esto implica que no existirán autorizaciones o remisiones ya que la RED pública funciona como una sola y está integrada a la EPS pública capital salud.

Características de las RISS en Bogotá.

- Identificación, clasificación e intervención del riesgo a la población en los territorios definidos.
- Una red de servicios de salud integrada con alta capacidad resolutive y de calidad.
- Integra la promoción y prevención; diagnóstico y tratamiento; recuperación y rehabilitación
- Atención integral en salud en unidades especializadas de gestión de riesgo
- Sistema único de información que facilite la integralidad, integridad y la continuidad de los servicios en cada una de las sedes de atención.
- Brindar una atención centrada en las personas, familias y comunidad.
- Atención domiciliaria por unidades de riesgo.
- Atención a emergencias y desastres.

Se implementarán las 4 redes propuestas por la anterior Secretaria de salud y aprobadas por el Ministerio de Salud en el 2013. Las 22 ESEs existentes se fusionarán en 4 ESEs, una por cada RED. Cada RED contará con una unidad jurídica y funcional en una sola entidad (ESE), con sedes en un hospital de primer nivel. La Red Integra servicios PIC, PyP y POS en todos sus niveles. Estarán incorporados a la red los gestores Comunitarios de Riesgo y Atención Domiciliaria. Se financiará por subsidios de oferta, demanda e incentivos por desempeño. Las cuatro redes contarán con un solo sistema información y servicios. Se complementa con redes privadas en lo no disponible en el sector público o que supere su capacidad. La fusión de las 22 ESEs en cuatro, no implica ninguna reducción en el talento humano que garantiza la prestación, ni en los equipos administrativos, solo se darán recortes en el personal directivo. Como la fusión implica necesariamente una reestructuración de las ESE y la supresión de unos

cargos directivos se solicitará el aval del Servicio Civil y será un proceso gradual de por lo menos un año.

Unidad de logística y servicios compartidos

I. Antecedentes

Dentro las operaciones logísticas se identifican tres macro procesos : i. Gestión de la relación con los proveedores (SRM - Supplier Relationship Management), ii: Logística interna de la cadena de suministro (ISM - Internal Supply Chain), y iii. Gestión de la relación con los clientes (CRM - Customer Relationship Management)

En un hospital existen una serie de actividades paralelas al funcionamiento del hospital, que permiten la buena operación del sistema. Estas actividades se pueden agrupar en cuatro grandes familias: i. Abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, ii. Operaciones de servicios generales, iii. Actividades administrativas, y iv. Sistemas de información. Estas cuatro familias tienen, a su vez que a la vez requieren de una serie de operaciones necesarias para el buen desempeño. Sin embargo estas actividades no hacen parte de la principal actividad de los hospitales, brindar cuidados y atención médica a la población, en consecuencia podrían ser manejados de manera central y/o tercerizados.

En Bogotá hay 22 hospitales (9 hospitales de Primer Nivel de atención, 8 de Segundo y 5 de Tercer Nivel), de los que dependen 75 centros hospitalarios de menor jerarquía. El distrito está dividido en cuatro subredes “independientes”: (Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente) cada una compuesta por un hospital de tercer nivel y uno de segundo nivel . El propósito de cada subred es: “dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población, mediante la provisión de una atención integral. Para ello se cuenta con un portafolio integrado de servicios bajo responsabilidad de los diferentes actores”. Al interior de cada red no existe articulación alguna de los procesos administrativos y cada hospital tiene la responsabilidad de gestionar todos sus procesos y recursos.

A. Abastecimiento

Según el Informe de Desarrollo Humano del 2003, los fármacos representan entre el 30% y el 50% del gasto en atención médica de los países pobres, comparado

con el 15% en los países ricos . Según la Secretaría Distrital de Salud (SDS), los veintidós (22) hospitales del Distrito adscritos, destinan aproximadamente el 20-30% de su presupuesto para compra de insumos hospitalarios y medicamentos (cifra no auditada).

Hace 15 años la SDS identificó que uno de los problemas era la compra de dispositivos médicos e insumos de medicamentos, por lo que se decidió realizar compras de manera centralizada y funcionó por 3 años.

El sistema fue desmontado durante la administración de Samuel Moreno, con el argumento “...dificultades estructurales que impiden una óptima consecución de los objetivos propuestos” , dificultades reflejadas en aspectos como: Destrucción de medicamentos por vencimiento, no se pacta la reposición de los medicamentos vencidos, falta de liquidez de algunos hospitales recurriendo a préstamos de medicamentos y precios por encima de la negociación, presencia de desabastos lo que reduce la oportunidad en la entrega.

Con el Acuerdo 400 de 2009 se autoriza la constitución de “...Administración Pública Cooperativa, que orientará sus actividades a la comercialización de medicamentos”, (APC Salud Bogotá) , como respuesta para acabar el proceso de compras centralizado, generando ineficiencias en el proceso de compras y facilitando la corrupción.

En la definición de la APC Salud Bogotá, hay tres aspectos a resaltar: i. el acuerdo limita a la compra de medicamentos y según los gerentes de los hospitales estos representan menos del 50% del total de las adquisiciones; ii. No se especifica que se entienda por orientará, no es claro desde dónde y hasta dónde van las responsabilidades de la APC salud Bogotá en el proceso de compras; iii. No obliga a que los hospitales realicen las compras por medio de la APC, lo que genera en que los hospitales quedan con las “manos libres” para comprar con los proveedores que ellos escojan, desencadenando en problemas de falta de control y de corrupción.

Hoy en día APC Salud Bogotá cuenta con 20 afiliados, cada uno de los cuales aportó COP\$50 millones. La APC no tiene posibilidades de capitalización y al no obligar a los hospitales a comprar por medio de ella, no existe perspectiva de crecimiento económico y sostenibilidad.

A la fecha, APC Salud Bogotá ha ejecutado COP\$1800 millones en una única compra, lo cual corresponde al 3,33% del presupuesto de compras de los 20 afiliados en los últimos cinco años.

Dentro del escenario descrito y dado que la APC ha tenido un desarrollo prácticamente incipiente es recomendable adelantar la disolución y liquidación de esta entidad para que parte de sus funciones sean asumidas por entidad de logística y servicios compartidos y proceder a la restitución de recursos en el evento en que como producto de la liquidación de la APC se generen excedentes.

Como se evidencia de las cifras, los hospitales hoy en día, son independientes en sus procesos de compras y de negociación. Esta descentralización ha desencadenado una serie de problemas para el Distrito:

1. Al perder poder negociador con los proveedores, se encuentra que para un mismo insumo hay diversidad de precios en el sistema.
2. El proceso de compra de insumos en los hospitales, favorece la presencia de intermediarios, lo que incrementa los precios de compra, comparados con los precios de lista que presentan los laboratorios. La totalidad de las compras se hacen por intermediarios, con sobrecostos que se encuentran entre el 10-15%. Según información proporcionada en las reuniones de empalme del 2015. Si se eliminan los intermediarios, los ahorros para un solo hospital llegarían a COP\$ 22.500 millones al año. Esto sin tener en cuenta la ineficiencia operativa de los intermediarios en caso de desabastecimiento o pedidos extraordinarios.

Aunque no existe un estudio real que indique, cuales son los costos o sobrecostos debido a las actividades de abastecimiento, estudios de otros países reportan que más del 30% de los gastos de los hospitales están relacionados con actividades logísticas. Además, tanto para Francia como para EEUU, los gastos en salud se han triplicado desde 1960 . En el 2001, los grandes hospitales de Europa gastaron, en promedio, 33% de su presupuesto en actividades de logística y cadena de suministro. En otros estudios, Dooley ha estimado que mientras industrias eficientes gastan entre el 2% y 5% de los costos de suministro en logística, los hospitales gastan 38% en esta área, Por su lado, en un estudio publicado en Healthcare Purchasing News , se afirma que los gastos de la cadena de suministro pueden representar entre el 25 y el 40% del presupuesto operativo de los hospitales.

B. Operaciones de servicios generales

Un área en donde la información puede ayudar a generar ahorros en costos de suministro es la calidad de la atención hospitalaria. Básicamente, al proveer un mejor servicio, se podrán usar menos suministros, por lo que se gastaría menos “dólares por caso” -esto incluye lavandería, comida, el costo de la cama per se...-. Se debe tener en cuenta que estos servicios, los suministros no farmacéuticos, así no sean el núcleo de las actividades de los hospitales, contribuyeron a un incremento del gastos hospitalario entre 1997 y 2001 de \$83.6 billones de dólares, y crecieron por encima del 20%.

Las operaciones de servicios generales incluye: mantenimiento, restaurante, transporte interhospitalario, lavandería, vigilancia y seguridad y aseo instalaciones; de estos los tres últimos son generalmente tercerizados y el transporte interhospitalario es generalmente prestado por el CRUE o por entidades privadas.

Es importante resaltar que según la SDS el objetivo de las entidades prestadoras de servicios de salud es: “... dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población capitalina, mediante la provisión de una atención integral.” Según esta definición las operaciones de servicios generales, se salen del objetivo de los hospitales, en consecuencia, desde esta perspectiva, podrían realizarse por un tercero y de esta manera, destinar los recursos médicos única y exclusivamente a la prestación de cuidados de salud.

II. Definición del Problema:

Actualmente existe una desarticulación en los procesos administrativos de los 22 hospitales y los 90 centros básicos de salud con los que cuenta la Red Pública Distrital. Cada hospital genera sus procesos, con sus propios estándares, sistemas de información, políticas de compras, sistemas de control y de gestión, es decir no existe un sistema de gestión integrado. Esto lleva a tener una ineficiencia acumulada en reprocesos, costos de personal, almacenamiento, y control que se magnifican.

Se calcula que los Hospitales invierten entre el 25 y 40% en gestión administrativa, en procesos destinados a apoyar los aspectos misionales del Hospital. Las directivas invierten gran parte de sus esfuerzos gerenciales en lograr superar la

gran cantidad de dificultades logísticas administrativas, lo que los distrae de su misión esencial, prestar con calidad los servicios de salud.

Se estima que los costos de administración logística pueden incrementar en un 35% los costos de los servicios de salud hospitalarios. Si se sumara el costo de esta ineficiencia de las 22 entidades hospitalarias y sus centros básicos, se podría determinar que buena parte del esfuerzo por lograr la eficiencia financiera y la viabilidad de los hospitales estaría cifrada en poder lograr generar una estrategia de minimización de costo y maximización de eficiencia, en modelos de economía de escala, como la centralización y tecnificación, con herramientas informáticas de estos procesos administrativos de apoyo.

A. Abastecimiento

De acuerdo con un estudio de caso realizado en cuatro hospitales públicos de diferente complejidad en Bogotá, la función de gestión de abastecimiento no es prioritaria para las altas directivas de los hospitales y los responsables de la gestión de compras se limitan a una o dos personas, quienes deben manejar todo el grupo de proveedores y gestionar las compras.

En este mismo estudio se identificó que uno de los principales problemas es la ausencia de relaciones de confianza entre los proveedores y el hospital, en consecuencia es difícil definir o mantener estándares de calidad y de competitividad en el medio.

En estos cuatro hospitales, se estableció que únicamente el 5% de las compras se realizan mediante cooperativas, lo que mostraría que, por lo menos en estos hospitales (dos de ellos pertenecientes a la APC Salud Bogotá), no utilizan la cooperativa para realizar sus compras y beneficiarse de las negociaciones que esta pueda realizar.

El tema de corrupción se evidencia como un factor crucial en la gestión de abastecimiento. Según un gerente superior de un IPS público, la gestión de suministro es la categoría donde hay más corrupción en las instituciones de salud pública. En las IPS estudiadas, las personas a cargo de la solicitud de recursos, son los mismos encargados de la evaluación de productos y proveedores y negociar acuerdos. Esta estructura organizativa facilita la existencia de falsas necesidades, proveedores que pagó a elegir, precios falsos y otras cuestiones de corrupción.

En cuanto a la gestión de inventarios, se identificó una imposibilidad para planificar la gestión de suministros a largo plazo ya que su objetivo principal es adquirir los insumos necesarios con el presupuesto asignado para un año y se busca satisfacer las emergentes necesidades

Una práctica normal en hospitales públicos es determinar la política de inventario “manualmente”, lo cual es demorado, propenso a errores y en consecuencia, costos más altos en los hospitales de menor complejidad.

En conclusión y a la luz de estos cuatro hospitales públicos, los problemas asociados a la operación logística se evidencian por:

1. Gestión indeterminada de la demanda
2. Imposibilidad para realizar gestión de proveedor: que se refleja en la variabilidad de precios que ofrece un mismo proveedor a diferentes hospitales, además de un inexistente proceso de selección/control/evaluación de proveedores.
3. Ausencia de gestión de compras
4. Ineficiencia en el abastecimiento:
 - a. Compras Altos costos de compras
 - b. Gestión de inventarios / Políticas(Qué, Cuándo y Cuánto pedir) basada únicamente en el conocimiento del encargado y no en la información
 - c. Distribución, dispensación
 - d. Logística inversa: ausencia de contratos que estipulen garantías en la gestión de inventario obsoleto
 - e. Manejo de presupuesto
5. Desconocimiento de:
 - a. % de gastos en medicamentos en gestión
 - b. Gestión de la información
6. Corrupción

III. Alternativas de solución

Con el propósito de superar los problemas descritos en el numeral anterior, y hacer una gestión eficiente de las operaciones logísticas al interior de los hospitales de Bogotá, se propone, en primera instancia, la gestión centralizada de la operación logística de abastecimiento, principalmente las actividades de: gestión de demanda, gestión de inventarios, negociación y distribución/dispensación/almacenamiento.

De la misma manera se propone un manejo tercerizado de: Operaciones de servicios generales, Actividades administrativas y Sistemas de información.

A. Centralización de las compras

Según la experiencia del Sistema de Nacional de Salud en España , el desarrollar un sistema de compras centralizada tiene diversas ventajas:

- Mejora de los precios de compra y las condiciones generales en la contratación y adquisición de productos y servicios para toda la red
- Se generan economías de escala
- En la gestión de inventarios se reduce el volumen de existencias, en consecuencia el dinero invertido en tenerlas
- Se minimizan las pérdidas de productos por obsolescencia o vencimiento;
- Hay una mayor homogeneidad en los productos adquiridos entre los diferentes centros para el mismo fin
- Los hospitales más pequeños se benefician de los precios que consiguen los grandes hospitales, con lo que los primeros consiguen mejorar la gestión de sus gastos en compras de forma considerable
- Se simplifican los procedimientos administrativos, con el consiguiente ahorro en costes de gestión.

Como caso específico en España, la Consejería de Salud tenía estimado ahorrar cerca de 60 millones de euros el primer año de implementar el modelo de compras centralizadas y cerca de 100 millones de euros cuando el sistema estuviera

totalmente implementado. La centralización a su vez se estipuló un ahorro alrededor del 10% con respecto a la negociación en precios. Así mismo un sistema de logística integral permitió en España reducir entre un 30 y un 35% el volumen de inventario, aumentar la disponibilidad de materiales en los centros de salud y reducir casi en un 80% el tráfico de vehículos de mercancías en centros hospitalarios. La centralización de las compras se traduce en un ahorro del 15% para un hospital pequeño y del 8% para los centros de mayor tamaño.

En Estados Unidos una centralización de los contratos de compra con las diferentes compañías farmacéuticas por cinco años generó un ahorro en gastos del 24% y una considerable simplificación el proceso de compra. Por su lado K. Karjalainen afirma que la existencia de grupos de compra genera ahorros entre un 10% y 15%, en donde específicamente las organizaciones que realizan compras conjuntas en el sistema de salud reportan un ahorro entre el 12% y el 25%, adicionales a los ahorros en todos los procesos y labores administrativas, estimados en 1,5 millones de euros en mano de obra y logística.

EXPERIENCIAS DE LAS COOPERATIVAS EN COLOMBIA

Es importante considerar que para el éxito de las centrales de compras, es necesario que estas se encuentren dirigidas por expertos en la gestión de compras sanitarias, de lo contrario la sola agregación de la demanda, no es garantía de obtener una buena negociación. Por otro lado, la centralización de las compras parece tener un efecto negativo sobre la innovación, en la medida en que desincentiva a las empresas fabricantes a introducir innovaciones en sus productos (FENIN 2001). Adicionalmente, se puede tener una reducción en la calidad de los productos, al considerarse como criterio de compra el precio y no la calidad. En este sentido, una política de compras basada en criterios de precio suele ser más cara que la política basada en criterios de efectividad (FENIN 2001).

En la gestión de compras sanitarias es importante definir qué compras se van a centralizar, pues puede haber productos para los que resulte más eficiente no hacer uso de la central de compras (p.ej. medicamentos biológicos no sustituibles).

La implantación de una central de compras conlleva la necesidad de realizar una reorganización interna en los hospitales y por tanto, de los respectivos sistemas de salud regionales, conllevando a costos altos de entrada debido a actividades como: unificación del catálogo de productos, implantación de nuevos sistemas

informáticos, formación del personal, entre otros. No obstante este trabajo está ya adelantado en el Distrito, dada la existencia de la APC Salud Bogotá.

Se propone, inicialmente centralizar las siguientes operaciones:

1. Gestión de compra: compuesto de ocho etapas que comprenden los procesos de abastecimiento (etapas 1 a 6) y el proceso de suministro (etapas 7 y 8)

Las etapas 1 a 3, donde se identifica la necesidad, se deben ser realizadas por el hospital, quien enviará estos requerimientos al operador logístico quien desarrollará las etapas 6 a 8 de manera centralizada.

2. Gestión de proveedores: incluida en la gestión de compras, la gestión de proveedores comprende las etapas 4 a 10

3. Gestión de la demanda: es el análisis de la información histórica de los productos demandados con el propósito de definir la frecuencia y cantidad de pedido de manera tal que se minimicen costos garantizando un nivel de servicio apropiado al cliente. La gestión de la demanda se conecta con la gestión de compras en la etapa 7. La centralización de esta actividad debe estar soportada en un Sistema de Información que integre los Sistemas de Información existentes en cada uno de los hospitales. Esta es la etapa que requiere mayor esfuerzo tecnológico y clave en el éxito de una operación logística centralizada.

B. Apoyo externo

Las razones del apoyo externo son muchas y variadas, entre ellas se encuentran: razones económicas como el deseo de reducir los costos, fortalecer las ventajas competitivas y enfocarlas en la misión de las Entidades.

En el caso de los hospitales, se ha identificado que estos son altamente dependientes de mano de obra, en consecuencia departamentos como facturación (manejo de cartera) y otras áreas menos técnicas pueden recibir apoyo externo con gran facilidad.

En general, en los sistemas de salud, la función que más apoyo externo recibe es la de la tecnología de información (29%), seguida de las finanzas (20%) y los

servicios de apoyo (19%). Se ha encontrado, por ejemplo, que tercerizar el manejo de la información tiene un gran potencial de ahorrar costos, debido a que esta es una industria intensiva y gracias a las crecientes regulaciones que resultan en incrementos en los requerimientos de estandarización, seguridad y privacidad.

Retos de este Proyecto:

1. Determinar los mecanismos jurídicos y de contratación que permitan dentro de un marco legal rígido de la administración de los recursos públicos, generar una operación transparente ante los organismos de control y la gestión pública de la Secretaría.
2. Identificar, o desarrollar un sistema de información para la gestión logística único que integre todos los clientes de las cuatro subredes del Distrito.
3. Identificar las necesidades de bienes, insumos, suministros medicamentos, reactivos, que se requieran en cada unidad funcional.
4. Lograr diseñar e implementar un proceso de adquisición que garantice la compra oportuna , en las cantidades y las calidades que se requieran a precios razonables.
5. Definir la estructura, funcionamiento, sistematización del almacén central y de los almacene en cada una de las unidades funcionales, que permita garantizar el orden de la operación logística.
6. Definir todo el proceso de recepción, acorde con las características de cantidad, calidad, precios, y precios.
7. Establecer los mecanismos de distribución controlada de los insumos en cada unidad funcional, con oportunidad sin generar sobre stock o desabastecimiento.
8. Identificar mecanismos de asignación de insumos por unidad funcional y destinación específica según planeación y demanda.
9. Identificar e implementar todos los mecanismos de seguimiento, auditoría y control para evitar las pérdidas, vencimientos, el deterioro, el mal uso de los insumos.
10. Identificar y gestionar el mapa de riesgos en cada una de las unidades funcionales, resultantes de la interacción con el proceso logístico estableciendo todas las estrategias para mitigar o controlar dichos riesgos.
11. Lograr óptimos servicios de abastecimiento mediante estrategias de alinear objetivos, adaptar criterios, definir estándares, generar manuales operativos, diseñar listados básicos acordados con los grupos técnicos,

definir estándares de calidad por productos, unificar listados y criterios con todos los clientes internos y externos.

12. Desarrollar un sistema de atención a los clientes, unidades de atención, por medio de sistemas en tiempo real.
13. Lograr satisfacer los proveedores, los clientes internos y externos, los usuarios y el gobierno.

INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD (IDCBIS)

I. ANTECEDENTES

La creación del Banco de Sangre, Tejidos y Células – Hemocentro Distrital se concibió desde antes del año 2000 y obedeció a algunas situaciones que se describen a continuación. Durante la 2ª parte de la década de los años 80, algunos hospitales adscritos a la Secretaría de Salud contaban con banco de sangre propio, entre ellos, el Hospital Simón Bolívar, Kennedy, La Victoria y San Blas, quienes conformaron una red de bancos de sangre con el propósito de optimizar sus servicios de transfusión de sangre, basados en el intercambio de productos sanguíneos.

Para la época, el sistema de transfusión de sangre de la ciudad, mostró su vulnerabilidad y amenaza a principios la década de los años 90, cuando se encontró un grave caso de infección por transfusión en cerca de 20 pacientes que recibieron productos sanguíneos de un banco de sangre privado, situación que instó al Ministerio de Salud a promulgar el Decreto 1571 de 1993, reglamentando el funcionamiento de los bancos de sangre en Colombia. Los Hospitales que tenían banco de sangre incurrían en grandes costos para producir pocos hemocomponentes y no había autosuficiencia; así, se planteó la necesidad de centralizar los servicios de sangre de los hospitales en un solo centro que permitiera economías de escala y mejoramiento de la calidad técnica y seguridad sanguínea para la población de Bogotá.

Por lo anterior, en marzo de 1998 se inició la construcción del Centro Distrital de Salud cuyo objetivo era albergar en un sitio propio del Gobierno Distrital la sede administrativa de la Secretaría Distrital de Salud, el Laboratorio de Salud Pública del Distrito, el Centro Regulador de Urgencias, y como dependencia nueva, el Banco de Sangre Centralizado y Banco de Tejidos Humanos, lo que en conjunto

ha sido denominado Hemocentro Distrital. Posteriormente, el 7 de Junio de 2.000 se presentó a la administración Distrital, la propuesta de un acuerdo de voluntades con los hospitales que cerrarían sus bancos de sangre para formar un único servicio a cargo de la SDS, como resultado en 2001, se conformó el denominado “Consortio Hemocentro Distrital”, mediante la centralización de la operación de los Bancos de Sangre de los Hospitales Simón Bolívar, Kennedy, Tunal, La Victoria, Meissen, San Blas y Santa Clara, con el fin de optimizar los recursos físicos, tecnológicos, financieros y humanos; teniendo como principios la calidad, seguridad, suficiencia, eficiencia, oportunidad y economía de la transfusión de sangre, basándose en un nuevo modelo de operación.

Con el paso del tiempo, el modelo de consorcio se fue desgastando, por lo cual se decidió de común acuerdo entre la SDS y los Hospitales consorciados, delegar las funciones administrativas en uno de ellos, el Hospital de Meissen, quien asumió esta tarea desde el 1 de Marzo de 2007 hasta el 16 de Septiembre de 2012, bajo el Convenio interadministrativo 617-1, actualmente terminado. A partir de esta fecha, tras suscribir el Convenio Interadministrativo de Cooperación No.1559-2012, la ESE Hospital Pablo VI Bosa II Nivel, apoya la operación de los Bancos de Sangre, Tejidos y Células - Hemocentro Distrital de la Secretaría Distrital de Salud.

Actualmente, el Banco de Sangre colecta, procesa y distribuye a todos los Hospitales Públicos del Distrito: El 90% de su producción está destinada a la población más vulnerable de la ciudad. Anualmente, colecta en promedio 38.000 unidades de Sangre y procesa cerca de 65.000 componentes sanguíneos, con destino a los diferentes servicios transfusionales de IPS públicas y privadas en el Distrito principalmente, y en el país. En los próximos 5 años proyecta aumentar su nivel productivo a 80.000 unidades año, a fin de contribuir a satisfacer las necesidades de componentes sanguíneos en el país.

Durante la vigencia 2009, el Banco de Sangre (Hemocentro Distrital) inicia proceso de certificación en Buenas Prácticas de Manufactura - BPM internacional para Banco de Sangre, con el instituto Paul Erlich de Alemania y el Ministerio de Salud Alemán. Como resultado el Banco de Sangre obtuvo recomendación de certificación por parte de esta institución internacional.

Ante la necesidad de contar con un Banco Público de Tejidos Humanos multipropósito, que sirviera sobre todo para satisfacer la necesidad de tejidos del sector más pobre de la ciudad, era imperante la implementación del Banco de

Tejidos para Bogotá, razón por la cual desde el año 2008, se viene trabajando en el fortalecimiento del Hemocentro Distrital como un centro de investigación y desarrollo tecnológico, que además de hemocomponentes, procure, procese, crío preserve y distribuya tejidos humanos y células madre de cordón umbilical. Así, en el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2008 -2012 “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, de acuerdo con el proyecto 631, se contempló como una de sus metas el diseño, creación e implementación del Banco de Tejidos Humanos y Células Madre de Cordón Umbilical.

Durante los años 2008 y 2009 se construyeron las instalaciones del Banco de Tejidos y Células, se adquirieron los equipos e insumos necesarios para la operación, se elaboró el sistema documental y se hizo el montaje del sistema de gestión de calidad para la obtención, procesamiento y distribución de los tejidos que se proyectaron para la primera etapa (piel y córneas). En el mes de Octubre de 2009, el Banco Distrital de Tejidos y células recibió certificación de condiciones sanitarias, de acuerdo a la resolución 5108 de 2005 concedida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA. Adicionalmente en el mes de diciembre de 2009 se recibió la visita para la inscripción y aprobación del Banco de Tejidos por parte de la Regional No.1 de la Red de Donación y Trasplantes de la Secretaría Distrital de Salud.

En el primer semestre del año 2010 se realizaron algunos ajustes de infraestructura y se llevaron a cabo las validaciones de los procesos de extracción y procesamiento de tejidos (piel y corneas). En el mes de Agosto de 2010 se dio inicio a las actividades del Banco de Tejidos para la extracción, procesamiento y distribución de tejidos (piel y corneas). Así mismo, en su segunda fase de desarrollo, el BDT se encuentra en validación de procesos técnicos para la obtención de tejido osteo articular y homoinjertos (válvulas cardíacas, vasos sanguíneos, entre otros). En igual sentido, durante la vigencia 2012 el BDT obtuvo Certificación de Buenas Prácticas de Tejidos – BPT, otorgada por el INVIMA.

El Banco Distrital de Tejidos, en aras de su desarrollo propone ser el primer banco multi propósito con carácter público. En la actualidad rescata, procesa, preserva y distribuye en promedio 100 corneas al año y proyecta aumentar dicha disponibilidad en cinco años a más de 500 corneas con destino a trasplante. Así mismo, posee a disposición de las IPS con unidad de quemados y otras patologías que lo requieran, un stock importante de tejido, 40.000 cm² de piel.

De igual forma, con el apoyo de la Administración Distrital, en la actualidad la ciudad de Bogotá y el país, cuenta con el primer Banco de Células Madre de Cordón Umbilical de Carácter Público, que cuenta con instalaciones, dotación y equipamiento de alta tecnología, y con un sistema de gestión de calidad con estándares internacionales. Por ello en el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2012 - 2016 “Bogotá Humana”, de acuerdo con el proyecto 882, se contempló en varias de sus metas el desarrollo del Banco de tejidos Humanos, y la puesta en operación del Banco de Células Madre de Cordón Umbilical.

A partir de su inauguración en el año 2012, el Banco de Sangre de Cordón Umbilical, viene validando todos sus procesos técnicos. 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) responda a la necesidad de proporcionar una última opción de vida y en 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.

Dado que el BSCU contará con más de 5.000 unidades de sangre de cordón umbilical disponible, con características propias de la población colombiana, ello permitirá un rango más amplio de la población de escasos recursos, acceder a opciones terapéuticas menos agresivas, sostenibles a largo plazo y realizadas con tecnologías de punta bajo estándares internacionales de Calidad. Las células madre de cordón umbilical constituyen una nueva fuente de progenitores hematopoyéticos, con un número significativo de ventajas frente a las células obtenidas de médula ósea y sangre periférica, como son: rápida disponibilidad, fácil obtención a partir de un tejido que normalmente se descarta, carencia de riesgo para el donante, menor restricción por antígenos humanos de histocompatibilidad, menor riesgo de rechazo al trasplante, y menor transmisión de agentes infecciosos.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

De otra parte, al establecer un BSCU público además de crear una infraestructura técnica y científica al servicio de los centros de trasplante de la ciudad-región-país, se generará un centro de excelencia en investigación, innovación, desarrollo y capacitación para apoyar programas de posgrado con líneas de investigación en terapia celular y medicina regenerativa.

Al respecto, para contribuir al avance de la ciencia y tecnología en el sector salud, se han realizado convenios de cooperación con entidades universitarias, Fundación del Quemado, Instituto Nacional de Cancerología, entre otros; recientemente, la Secretaría Distrital de Salud firmó un convenio con el Banc de Sang i Teixits (Banco de Sangre y Tejidos) de Cataluña España, que pretende generar procesos permanentes de actualización y adelantos científicos y tecnológicos, para el desarrollo adecuado de los planes y programas con los que cuenta la ciudad.

Así mismo, en el año 2012 se crea y consolida el grupo de “Investigación en Medicina Transfusional, Tisular y Celular”, de la Secretaría Distrital de Salud - GIMTTYC – SDS, reconocido por Colciencias, y se crea la Red de Investigación de Terapias Celulares basada en Células Madre, integrada por las Universidades, Nacional, Javeriana, El Bosque, y grupo GIMTTYC – SDS.

Actualmente, tras la aprobación del proyecto “Implementación de un Banco de Cordón y una Unidad de Terapia Celular Avanzada”, del Fondo de Ciencia y Tecnología del Sistema General de Regalías para su financiación, el cual fue presentado por la Secretaría Distrital de Salud, proyecto que fue liderado por el equipo de profesionales del Hemocentro Distrital, especialmente el grupo de investigación GIMTTYC – SDS, el cual permitirá aumentar el acceso al trasplante de células madre y terapia celular para el tratamiento de enfermedades, iniciativa que contará con significativos recursos para investigación, durante los próximos cuatro años, provenientes del Sistema General de Regalías.

Y se proyecta avanzar en el fraccionamiento industrial del plasma para la obtención de hemoderivados. Asimismo, en desarrollar el proyecto “Estudios técnicos para el establecimiento y organización de un registro nacional de donantes de células progenitoras hematopoyéticas”, el cual busca ser financiado con recursos provenientes del Fondo de CT&I del sistema General de Regalías.

Estas y otras actividades le permitirán al nuevo ente la sostenibilidad y sustentabilidad necesarias para desarrollar su objeto en beneficio de la comunidad

y destacarse en los temas de la investigación y la biotecnología permitiendo la expansión del conocimiento y cumplir los cometidos de la descentralización.

RAZONES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Dentro del marco de lo establecido en el Decreto 507 de 2007, “Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C”, el Banco de Sangre (actualmente denominado Hemocentro Distrital), está contemplado entre otras, como uno de las funciones de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, tal como lo expresa en su “Artículo 25. DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Corresponde a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud el ejercicio de las siguientes funciones:...7. Coordinar el banco de sangre (Hemocentro Distrital), células y tejidos, vigilando y regulando las actividades relacionadas con la obtención, duración, conservación, procedimiento, almacenamiento, transfusión y suministro de sangre humana y sus derivados”.

Desde su inicio de operaciones en marzo de 2001, se constituyó como un Banco de Sangre de Categoría A. Según la Resolución 0607 de 2006, es el banco de sangre de referencia del Distrito.

Es considerado uno de los más modernos, automatizado y sistematizado de América Latina. Además de ser Banco de Sangre, Tejidos Humanos y Células Madre de Cordón Umbilical, es el Banco de Sangre de referencia de la Ciudad, asesor en medicina transfusional y de apoyo a la gestión de la coordinación de la red de bancos de sangre y servicios de transfusión de Bogotá. Está desarrollando el primer banco público de células madre de cordón umbilical y un laboratorio HLA aplicado a trasplantes.

Ante las crecientes necesidades de desarrollo tecnológico en el sistema transfusional, así como los avances en la terapéutica con células y tejidos en el mundo, y por la falta de acceso a servicios de alta tecnología para la población vulnerable, el Hemocentro ha buscado intervenir en la solución de esta problemática y se ha proyectado más allá del simple manejo del banco de sangre, hacia la constitución de un ente autónomo sin ánimo de lucro, científico y tecnológico que apoye el desarrollo de la ciencia y tecnología, enmarcado en el contexto legal como un Instituto Científico y Tecnológico adscrito a la Secretaría de Salud.

De acuerdo con lo anterior podrá operar efectivamente el Banco Distrital de Sangre, el Banco Multipropósito de Tejidos Humanos, el primer Banco Público de Células Madre de Cordón Umbilical, además será un centro facilitador de formación de personal en salud, entrenamiento en tecnologías de punta, desarrollo de investigación en salud y de soluciones en biotecnología para el beneficio de la población. Así como también contribuir a proteger y mejorar las condiciones de salud de las personas, mediante el fortalecimiento de la investigación, biotecnología e innovación en salud, y la provisión de servicios e insumos biológicos humanos, en pro de la salud individual y colectiva, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, tecnología e Innovación.

Durante el funcionamiento desde el año 2001, el Banco de Sangre ha evolucionado en cuanto a crecimiento de servicios y garantía de calidad por la seguridad sanguínea, pero también ha atravesado por periodos de inestabilidad administrativa, operativa y logística que han puesto en riesgo la normal operación y la eficiencia de los servicios.

A nivel interno dado que el Hemocentro Distrital debe ser apoyado para su operación por una Empresa Social del Estado, generando ambigüedad en la gestión; complejidad en la autonomía administrativa, financiera y operativa, por ende disparidad en el uso eficiente de los recursos. El modelo actual, no permite la ejecución y avance de las líneas de desarrollo que plantea el Hemocentro y que requieren de una total autonomía e independencia para la toma de decisiones y con esto la congruente relación del centro con el logro de sus propósitos, en cada una de las unidades que lo conforman.

De igual forma, el modelo no propicia escenarios adecuados para la investigación y generación del conocimiento, dado la limitante de gestión administrativa oportuna y continua de recursos.

En el plano externo, se observa la falta de gestión a nivel nacional para establecer los lineamientos normativos, el desarrollo de procesos y la destinación de recursos encaminados al fortalecimiento del Programa Nacional de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual en Colombia. Existe ausencia de estrategias nacionales que eduquen a la población e incentiven la donación voluntaria atendiendo las necesidades de información, capacitación, aclaración de inquietudes, mitos y miedos de la comunidad frente a la donación de sangre, así

como la falta de lineamientos claros de suficiencia y necesidades de captación y uso de hemocomponentes de acuerdo con los perfiles epidemiológicos, las causas de enfermedad, índices de accidentalidad y las diferentes regiones del país.

III. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Este proyecto de acuerdo tiene como propósito, la autorización para la creación de la corporación INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD – IDCBS -, adscrito a la Secretaría Distrital de Salud, para que contribuya a proteger y mejorar las condiciones de salud de las personas, mediante el fortalecimiento de la investigación, biotecnología e innovación en salud, y la provisión de servicios e insumos biológicos humanos, en pro de la salud individual y colectiva, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, tecnología e Innovación.

Costos fiscales del proyecto

Los costos fiscales identificados en el proyecto corresponden básicamente a los aportes que efectuará el FFDS para la creación de la entidad de logística de servicios compartidos y para la creación del Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e Innovación en Salud.

Lo anterior dado que el proceso de fusiones de las ESE es una iniciativa que se trabajará bajo el entendido de que representa costo cero en la medida en que no se suprimirá ningún cargo provisto que corresponda a personas que pertenecen a la carrera administrativa. Entendiendo que se suprimirán cargos que, de conformidad con las normas legales vigentes, no generan indemnización sino simplemente la liquidación de las prestaciones legales, que en cualquier escenario de retiro de la persona de estos cargos debe ser reconocido y pagado por la respectiva entidad con cargo al presupuesto de la vigencia y en consecuencia estos recursos ya se encuentra presupuestados

Ahora bien para la creación de la Entidad de Logística de Servicios de Salud se prevé un capital inicial de cinco mil millones de pesos (\$5.000.000.000), lo mismo que para el Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e Innovación en Salud

Estos diez mil millones de pesos (\$10.000.000.000) provendrán del presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud de la fuente 01 recursos del Distrito 12-

Otros Distrito para lo cual, en caso de que este proyecto sea aprobado, se harán las apropiaciones presupuestales a que haya lugar.

Cordialmente,

ENRIQUE PEÑALOSA LONDONO
Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ
Secretario Distrital de Salud

Bibliografía

1. Canal Capital 2015. <http://www.canalcapital.gov.co/blogs/eps-un-modelo-de-negocio-privado-en-crisis-con-recursos-publicos-y-ciudadanos-que-amenaza-salud-de-colombianos/>
2. Gómez O. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. Salud Pública Méx 1991; Vol. 33(4):314-329
3. SECRETARIA SALUD BOGOTA. Análisis de Situación Salud 2013.
4. SECRETARIA SALUD BOGOTA. Rendición de cuentas 2012.
5. OPS 2012. Sistematización de experiencias desarrolladas en el país sobre APS Y RISS en los niveles territoriales.
6. OPS. 2010. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”
7. OPS 2009. “Análisis del perfil de salud urbana en Bogotá”
8. OMS.2008. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.
9. Peñalosa, 2014. Plan de Gobierno.
http://www.registraduria.gov.co/IMG/pdf/PROGRAMA_DE_GOBIERNO_Enrique_Penalosa.pdf
10. Rodríguez R. 2005. Análisis sistema de salud de Bogotá DC.
<http://www.monografias.com/trabajos25/salud-bogota/salud-bogota.shtml>
11. SIHO 2015. Gestión Hospitales Públicos.
<http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>
12. Hancock 2010. Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud
13. WHO: 2008. Declaración de Alma Ata.
14. Lorente IP, La Gobernanza para la salud en el siglo XXI. 1 Vol 7, No. 28, 2011. ISSN: 16987969

PROYECTO DE ACUERDO NO. _____

"Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones"

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por los artículos 313 y 322 de la Constitución Política y los artículos 12 numerales 8, 9 y 10; 55 y 63 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA:

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º. Objeto. El presente Acuerdo tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman para lo cual se determinará la fusión de algunas entidades y la creación de otras.

CAPITULO II

FUSION DE ENTIDADES

ARTICULO 2º. Fusión de Empresas Sociales del Estado. Fusionar las siguientes Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., como sigue:

Empresas Sociales del Estado de Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.”

Empresas Sociales del Estado de Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”

Empresas Sociales del Estado de Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Empresas Sociales del Estado de Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.”

PARAGRAFO 1º. Cada una de las cuatro Empresas Sociales del Estado producto de la fusión prestarán servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articularán en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital de conformidad con el artículo 24 del presente Acuerdo.

PARAGRAFO 2º. Los nombres de las actuales unidades de prestación de servicios de salud podrán conservarse para efectos de la identificación por parte de la ciudadanía.

ARTICULO 3º. Transición del proceso de fusión de las ESE. Con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado, se establece un periodo de transición hasta de seis (6) meses contados a partir de la expedición del presente Acuerdo.

Durante el periodo de transición se seguirán las siguientes reglas:

- a) La dirección y administración de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, durante este periodo, estarán a cargo de los Gerentes y de las Juntas Directivas que determine el Alcalde Mayor y el Secretario de Salud respectivamente. Dicha designación se producirá al día siguiente de la entrada en vigencia del presente Acuerdo.
- b) La designación de las Juntas Directivas de transición se hará exclusivamente de entre las Empresas Sociales del Estado objeto de la fusión.
- c) Las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado objeto de la fusión se disolverán al día siguiente de la entrada en vigencia del presente Acuerdo.
- d) Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado objeto de la fusión podrán permanecer en el cargo durante el periodo de transición o en su defecto el alcalde designará un encargado. Sus funciones, durante este periodo, estarán orientadas, en forma exclusiva, a facilitar a los Gerentes y Juntas Directivas de transición las labores derivadas de la subrogación de obligaciones y derechos, dispuesta en el presente Acuerdo.
- e) Las Juntas Directivas de transición deberán durante este periodo, tramitar las autorizaciones requeridas ante la Superintendencia Nacional de Salud, aprobar los ajustes presupuestales, determinar la estructura organizacional, aprobar la planta de personal, los estatutos, el reglamento interno, los manuales de funciones y requisitos y el de procedimientos de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión.
- f) Igualmente durante este periodo las juntas directivas de transición adelantarán el proceso para la elección de los gerentes definitivos de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión los cuales deberán posesionarse en sus cargos al vencimiento del periodo de transición.

PARAGRAFO. Las Juntas Directivas y los Gerentes deberán atender los parámetros señalados en la Ley 909 de 2004 al momento de adecuar, bajo su responsabilidad, la estructura organizacional y la planta de personal de las Empresas Sociales del Estado que resultan de la fusión.

ARTICULO 4º. Nuevas Juntas Directivas. Durante el periodo de transición a que hace referencia el artículo anterior, la Secretaría Distrital de Salud procederá a realizar las acciones correspondientes para la conformación de las nuevas juntas directivas de las ESE resultantes de la fusión.

Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales resultantes de la fusión estarán compuestas por seis (6) miembros los cuales serán designados de conformidad con lo dispuesto por el Decreto 1876 de 1994 y el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo Distrital de Bogotá.

ARTICULO 5º. Subrogación de derechos y obligaciones. Subrogar en las Empresas Sociales del Estado que resultan de la fusión ordenada mediante el presente Acuerdo las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Las Empresas Sociales del Estado que resulten de la fusión realizarán los ajustes presupuestales y financieros necesarios para el cabal cumplimiento de las obligaciones por ellas adquiridas.

Para efectos del cumplimiento del presente artículo y dentro del período de transición, el Gobierno Distrital, a través de las instancias correspondientes, con la coordinación de la Secretaría de Hacienda Distrital, efectuará las modificaciones presupuestales a que haya lugar.

ARTICULO 6º. Garantía de derechos. En todo caso, las fusiones de que trata el presente Acuerdo, se harán con plena garantía de los derechos individuales y colectivos de trabajadores oficiales y empleados públicos.

CAPITULO III

CREACION DE NUEVAS ENTIDADES

ARTICULO 7º Creación de la entidad de logística y servicios compartidos. Autorícese al Gobierno Distrital para que constituya una entidad mixta sin ánimo de lucro organizada como corporación en los términos del artículo 96 de la Ley 489 de 1998, con autonomía administrativa y financiera, vinculada al sector salud del Distrito Capital y cuyo objeto social será el desarrollo de actividades de logística y de servicios no misionales como apoyo a la gestión de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.

ARTÍCULO 8º. Funciones esenciales de la entidad de logística y servicios compartidos. La entidad de logística y servicios compartidos desarrollará las siguientes actividades principales:

- a) Adelantar acciones de inteligencia de mercados con el fin de identificar a nivel nacional e internacional las mejores prácticas y procesos administrativos relacionados con el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud.
- b) Gestionar el proceso de integración informática del sector salud en el Distrito Capital que incluya tanto a las entidades de aseguramiento como a las de prestación de servicios de salud.
- c) Gestionar el proceso de compras conjuntas de insumos y medicamentos para las ESE del Distrito o realizarlas directamente.
- d) Gestionar para las ESE distritales los procesos de facturación, call center, agenciamiento de citas médicas por medios electrónicos, referencia y contra referencia de pacientes y negociación para la venta de servicios de salud.
- e) Gestionar servicios administrativos a cargo de las ESE en los cuales por economías de escala o estandarización de la calidad sea recomendable adelantar en forma conjunta.
- f) Las demás actividades que señalen los estatutos y que sean conexas con su objeto social.

PARAGRAFO 1. El Secretario Distrital de Salud definirá la gradualidad mediante la cual la entidad de logística y servicios compartidos asumirá la gestión de los aspectos señalados en el presente artículo.

PARAGRAFO 2. En los estatutos de las Empresas Sociales del Estado se incorporará el régimen que regula el relacionamiento de tales empresas con la entidad de logística y servicios compartidos el cual será de obligatoria aplicación por parte de los gerentes de las ESE.

ARTICULO 9º. Miembros de la entidad de logística y servicios compartidos. Serán miembros fundadores de la entidad de logística y servicios compartidos las siguientes entidades:

- a) El Distrito Capital que será representado por el Secretario de Salud Distrital.
- b) Las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.
- c) Capital Salud EPS-S S.A.S.
- d) Las entidades privadas sin ánimo de lucro que suscriban el acta de constitución.

Serán miembros adherentes las demás entidades que se vinculen con posterioridad a la constitución de la entidad y de conformidad con los requisitos establecidos en sus estatutos. En ningún caso podrán ser miembros de la corporación entidades con ánimo de lucro.

ARTICULO 10º Patrimonio de la entidad de logística y servicios compartidos. El patrimonio de la entidad estará conformado por:

1. Los aportes iniciales y posteriores que hagan los miembros de la entidad, representados en dinero, bienes o servicios.
2. Los bienes adquiridos por concepto de donaciones, contribuciones, transferencias, herencias y legados de personas naturales o jurídicas, de entidades públicas, privadas o de economía mixta, y de organismos nacionales o extranjeros.

3. Las reservas legales, estatutarias y voluntarias que consagren la Ley y los Estatutos.
4. Los incrementos patrimoniales y los excedentes que obtenga por el ejercicio de sus actividades.
5. La valorización de activos, y cualquier otro ingreso susceptible de incrementar el patrimonio conforme a lo definido en los estatutos.

PARAGRAFO 1. El Fondo Financiero Distrital de Salud realizará un aporte inicial por un valor de \$5.000 millones de pesos para el sostenimiento de la entidad.

PARAGRAFO 2. Serán principios de la entidad de logística y servicios compartidos los de eficiencia, transparencia, rendición de cuentas e independencia.

ARTICULO 11°. Principio de autosostenibilidad. La entidad de logística y servicios compartidos funcionará bajo un principio de autosostenibilidad financiera en el entendido de que su funcionamiento se financiará con los ingresos que perciba por las labores desarrolladas.

Las labores adelantadas por la entidad serán remuneradas por las entidades beneficiarias de su gestión y tal remuneración podrá consistir en un porcentaje de los ahorros obtenidos u otra diferente que se acuerde entre las partes.

ARTICULO 12°. Transparencia. La entidad de logística y servicios compartidos contará con un código de ética corporativa que regule tanto las relaciones de la entidad como las de sus colaboradores. Este código contendrá un régimen estricto de conflicto de intereses de modo que se garantice la transparencia de todas las actuaciones de la entidad.

ARTICULO 13. Órganos de Dirección y Administración. La Dirección y Administración de la entidad de logística y servicios compartidos estará a cargo de la Asamblea General, la Junta Directiva y el Gerente General en la forma que determinen los estatutos.

Tanto la Asamblea General como la Junta Directiva siempre deberán tener una composición mayoritaria por parte de entidades públicas del orden distrital.

ARTICULO 14. Término de duración y disolución. La entidad tendrá una duración inicial de veinte (20) años que podrán prorrogarse por otro periodo igual por decisión de la asamblea general. Su disolución se producirá por las causales previstas en las leyes vigentes o por decisión de la asamblea general.

ARTICULO 15. Liquidación de la Administración Pública Cooperativa. La Administración Pública Cooperativa a que hace referencia el Acuerdo 400 de 2009 se disolverá y liquidará y los excedentes, en caso de que los hubiere, serán restituidos a las Empresas Sociales del Estado del Distrito.

ARTICULO 16. Creación del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud. Autorícese al Gobierno Distrital para que constituya una entidad mixta sin ánimo de lucro organizada como corporación y como entidad de ciencia y tecnología de las reguladas en el Decreto Ley 393 de 1991, con autonomía administrativa y financiera, vinculada al sector salud del Distrito Capital y cuyo objeto social será el desarrollo de actividades relacionadas con medicina transfusional, terapia e ingeniería tisular y celular avanzada, medicina regenerativa, medicina de laboratorio y centro de formación del talento humano.

ARTÍCULO 17°. Funciones esenciales del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud. El Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud –IDCBIS- desarrollará las siguientes actividades principales:

- a) Fortalecer y fomentar una cultura ciudadana para la donación de sangre, componentes sanguíneos, tejidos humanos y células con propósitos de trasplante, medicina regenerativa o investigación.
- b) Obtener, procesar, almacenar y distribuir componentes sanguíneos, tejidos humanos y células madre con propósitos de trasplante, medicina regenerativa o investigación.
- c) Ofrecer servicios centralizados, altamente especializados y de referencia, en banco de sangre, banco de tejidos humanos, banco de sangre de cordón

umbilical, terapia celular, medicina transfusional, medicina regenerativa y laboratorio de inmunología de transfusión y trasplantes.

- d) Formar, capacitar y entrenar talento humano en las áreas de conocimiento desarrolladas por la entidad, con énfasis en investigación.
- e) Gestionar líneas de investigación e innovación tecnológica en diversos campos de las ciencias de la salud humana, con énfasis en medicina transfusional, ingeniería tisular, terapia celular avanzada y medicina regenerativa, en coordinación con centros académicos y de investigación nacionales e internacionales.
- f) Servir como entidad asesora, consultora y de referencia, para entidades nacionales e internacionales en los aspectos relacionados con el desarrollo de su objeto social.
- g) Las demás actividades que señalen los estatutos y que sean conexas con su objeto social.

ARTICULO 18°. Miembros del Instituto Distrital de Ciencia Biología e Innovación en Salud. Serán miembros fundadores del IDCBIS las siguientes entidades:

- a) El Distrito Capital que será representado por el Secretario de Salud Distrital.
- b) Las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.
- c) Las entidades públicas, mixtas y privadas sin ánimo de lucro que suscriban el acta de constitución.

Serán miembros adherentes las demás entidades que se vinculen con posterioridad a la constitución de la entidad y de conformidad con los requisitos establecidos en sus estatutos. En ningún caso podrán ser miembros de la corporación entidades con ánimo de lucro.

ARTICULO 19° Patrimonio del Instituto Distrital de Ciencia Biología e Innovación en Salud. El patrimonio del instituto estará conformado por:

1. Los aportes iniciales y posteriores que hagan los miembros de la entidad, representados en dinero, bienes o servicios.

2. Los bienes adquiridos por concepto de donaciones, contribuciones, transferencias, herencias y legados de personas naturales o jurídicas, de entidades públicas, privadas o de economía mixta, y de organismos nacionales o extranjeros.
3. Las reservas legales, estatutarias y voluntarias que consagren la Ley y los Estatutos.
4. Los incrementos patrimoniales y los excedentes que obtenga por el ejercicio de sus actividades.
5. La valorización de activos, y cualquier otro ingreso susceptible de incrementar el patrimonio conforme a lo definido en los estatutos.

PARAGRAFO 1. La totalidad del equipamiento tecnológico, biomédico y bienes muebles de toda índole que actualmente se encuentren asignados al Hemocentro Distrital harán parte del aporte del Distrito Capital para la constitución del IDCBIS.

PARAGRAFO 2. Respecto del uso del espacio físico del Centro Distrital de Salud en donde actualmente funciona el Hemocentro Distrital se suscribirá un convenio de comodato con el fin de posibilitar su uso por parte del IDCBIS.

PARAGRAFO 3. El Fondo Financiero Distrital de Salud realizará un aporte inicial por un valor de \$5.000 millones de pesos para el sostenimiento del Instituto.

ARTICULO 20°. Principio de autosostenibilidad. El Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud funcionará bajo un principio de autosostenibilidad financiera en el entendido de que su funcionamiento se financiará con los ingresos que perciba por las labores desarrolladas.

Las labores adelantadas por el instituto serán remuneradas tanto por las Empresas Sociales del Estado del orden Distrital como por las demás entidades a las cuales le preste sus servicios.

ARTICULO 21. Órganos de Dirección y Administración del IDCBIS. La Dirección y Administración del instituto estará a cargo de la Asamblea General, la Junta Directiva y el Gerente General en la forma que determinen los estatutos.

Tanto la Asamblea General como la Junta Directiva siempre deberán tener una composición mayoritaria por parte de entidades públicas del orden distrital.

ARTICULO 22. Término de duración y disolución del IDCBIS. El instituto tendrá una duración inicial de veinte (20) años que podrán prorrogarse por otro periodo igual por decisión de la asamblea general. Su disolución se producirá por las causales previstas en las leyes vigentes o por decisión de la asamblea general.

CAPITULO IV

REORDENAMIENTO DE ORGANISMOS

ARTICULO 23. Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado. Con el fin de renovar y reactivar el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud el Gobierno Distrital en el marco de sus competencias, reglamentará la nueva composición y funciones de éste organismo, ampliando la participación actual e incorporando las funciones relacionadas en la Ley 1438 de 2011.

Este Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud será el máximo organismo asesor del sector salud en el Distrito Capital y será la instancia de coordinación que posibilite la adecuada ejecución de las políticas públicas.

ARTICULO 24. Red integrada de servicios de salud. La oferta pública de prestación de servicios de salud del Distrito Capital se organizará en una Red Integrada de Servicios de Salud que se estructura a través de cuatro subredes que corresponden a cada una de las ESE resultantes de la fusión ordenada en el presente Acuerdo.

Las subredes se organizan en servicios ambulatorios y hospitalarios de todos los niveles de complejidad.

PARAGRAFO. La coordinación y articulación de la red integrada de servicios de salud se realizará a través de un Comité Directivo de Red integrado por el Secretario Distrital de Salud, los gerentes de cada una de las ESE, el gerente de Capital Salud EPS y el gerente de la entidad de logística y servicios compartidos.

ARTICULO 25. Creación de otros comités. La administración distrital conformará los comités sectoriales o intersectoriales que se requieran como instancias de coordinación y como instrumento para el adecuado desarrollo de los cometidos estatales de responsabilidad del sector salud.

CAPITULO V

SECTOR SALUD

ARTICULO 26. Reorganización del sector salud en el Distrito Capital. Con base en las decisiones adoptadas en el presente Acuerdo se reorganiza el sector salud en el Distrito Capital de conformidad con lo señalado en los artículos siguientes.

ARTICULO 27. Misión del Sector Salud. El Sector Salud tiene la misión de dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 28. Integración del Sector Salud. El Sector Salud está integrado por la Secretaría Distrital de Salud, cabeza del Sector, y las siguientes entidades y organismos:

Entidades Adscritas:

Establecimiento público: Fondo Financiero Distrital de Salud - FFDS,

Empresas Sociales del Estado: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Entidades con vinculación especial:

Sociedad de Economía Mixta: Capital Salud EPS-S S.A.S.

Entidad sin ánimo de lucro mixta: Entidad de logística y servicios compartidos.

Entidad sin ánimo de lucro mixta: Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.

Organismos:

Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

ARTICULO 29. Naturaleza, objeto y funciones básicas de la Secretaría Distrital de Salud. La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.

Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular.

Además de las atribuciones generales establecidas en el Acuerdo 257 de 2006 para las secretarías, la Secretaría Distrital de Salud tiene las siguientes funciones básicas:

- a) Formular, ejecutar y evaluar las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con las disposiciones legales.
- b) Dirigir, coordinar, vigilar y controlar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá, D.C.
- c) Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control atribuidas a las demás autoridades competentes.
- d) Administrar, controlar y supervisar los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud y cualquier otro tipo de recursos que se generen con ocasión del cumplimiento de su naturaleza, objeto y funciones, garantizando siempre su correcta utilización, dentro del marco de la ley.
- e) Gestionar y prestar los servicios de salud prioritariamente a través de su red adscrita, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre no asegurada que resida en su jurisdicción, en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- f) Realizar las funciones de inspección, vigilancia y control en salud pública, aseguramiento y prestación del servicio de salud.

- g) Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas y coordinar con los sectores y la comunidad las acciones que en salud pública se realicen para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.
- h) Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes exceptuados y especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS e instituciones relacionadas.
- i) Promover el aseguramiento de toda la población con énfasis en la población más pobre y vulnerable, al Sistema General de Seguridad Social en salud de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico.
- j) Mantener actualizadas las bases de datos de la población afiliada al régimen subsidiado y reportar dichas novedades a la Secretaría de Planeación y demás entidades competentes.
- k) Definir, vigilar y controlar la oferta de servicios de salud del Distrito Capital, con el fin de garantizar su calidad y funcionamiento según las necesidades de la población.
- l) Promover el aseguramiento de las poblaciones especiales conforme lo define la ley y las acciones en salud pública establecidas en el ordenamiento jurídico.
- m) Promover la coordinación de políticas con otros sectores, en particular hábitat educación, planeación y medio ambiente, para incidir de manera integral en los determinantes de la salud y en la atención de la enfermedad.
- n) Implementar programas de prevención del consumo del alcohol, del tabaco y otras drogas y de rehabilitación y desintoxicación.

ARTICULO 30. Vigencia y derogaciones. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación modifica parcialmente el Acuerdo 257 de 2006 y deroga los Acuerdos 400 de 2009, 364 de 2009, 534 de 2013 y las disposiciones que le sean contrarias.

Dado en Bogotá a los ____ del mes de _____ del año 2016.

ROBERTO HINESTROSA REY
Presidente Concejo de Bogotá

DABOBERTO GARCÍA BAQUERO
Secretario General de Organismo de Control

ENRIQUE PEÑALOSA LONDOÑO
Alcalde Mayor de Bogotá D. C.