

000000
Bogotá, D.C

Doctor
NEIL JAVIER VANEGAS PALACIOS
Subsecretario de la Comisión del Plan de Desarrollo Territorial
Concejo de Bogotá
Carrera 36 No. 28 A-41
Bogotá

ASUNTO: Alcance de respuesta a contenidos de su comunicación 2020EE4922 del 19/03/2020. Proposición 393 del 17/03/2020. Radicado SDS 220ER21710 del 19/03/2020.

Respetado Doctor Vanegas:

Cordial saludo. En atención a los contenidos de su comunicación 2020EE4922 del 19/03/2020, con la cual remitió la proposición 393 del 17/03/2020, relacionada con preguntas sobre temas de Salud Pública, de manera atenta y como quiera que esta Secretaría mediante la comunicación No. 2020IE8270 del 01/04/2020 remitió una parte de la información, de manera atenta remito información que complementa la respuesta a sus preguntas, haciendo las siguientes precisiones:

- Las actividades de salud pública (en lo operativo) se realizan a través de las IPS Públicas que tiene la ciudad; es decir, las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E.
- Para la operación y desarrollo de acciones en salud pública entre el 2014 y 2015, la Secretaría Distrital de Salud suscribió contratos con las catorce (14) ESE de I nivel de complejidad que existían en su momento. A partir del año 2016, se suscriben contratos con las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud que se conocen a la fecha.
- Para el periodo 2014-2015 la operación de las acciones de salud pública se organizó a través de ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, laboral, institucional, comunitario e IPS) y procesos transversales (Gestión de programas, vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria). Para el periodo 2016-2020, las intervenciones se organizaron por espacios de vida cotidiana (Vivienda, educativo, publico, trabajo) y procesos transversales (Gobernanza, vigilancia en Salud Pública y Gestión de programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GAISP)).
- Las acciones de salud pública buscan llegar a todas las poblaciones de la ciudad. Por lo tanto, el talento humano para el desarrollo de las acciones, no se contrata por localidad sino por ESE; es decir por Subred Integrada de Servicios de Salud, quienes

internamente organizan el talento humano para la operación de acuerdo con las metas contratadas por la Secretaría y las zonas priorizadas de Bogotá, lo cual no implica que se dedique un profesional o grupo de profesionales exclusivamente a una localidad.

Pregunta 1. ¿Con cuántas personas cuenta la ciudad para realizar labores relacionadas con salud pública en territorio? Por favor discrimine la información por localidad, por hospital y por año entre 2014 y lo corrido de 2020.

R/. Para el periodo 2014 a 2016, se reporta el siguiente talento humano de los catorce (14) Hospitales de I nivel de complejidad E.S.E que ejecutaron las acciones de salud pública, en los territorios y en su momento así:

Tabla 1. Distribución del talento humano de Salud pública por ESE. Años 2014 a 2015.

HOSPITAL	LOCALIDAD	AÑO 2014	AÑO 2015
RAFAEL URIBE URIBE	Rafael Uribe y Antonio Nariño	442	475
NAZARETH	Sumapaz	65	56
VISTA HERMOSA	Ciudad Bolívar	814	874
ENGATIVA	Engativá	280	275
FONTIBON	Fontibón	279	359
SUBA	Suba	681	686
TUNJUELITO	Tunjuelito	263	273
SUR	Kennedy y Puente Aranda	522	590
PABLO VI	Bosa	960	1090
USME	Usme	662	711
CHAPINERO	Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo	202	243
USAQUEN	Usaquén	361	367
SAN CRISTOBAL	San Cristóbal	397	401
CENTRO ORIENTE	Candelaria, Mártires y Santafé	409	458
TOTAL PERSONAS		6337	6858

Fuente: Hospitales de I nivel E.S.E. Bases de talento humano. 2014-2015.

Para el periodo 2016 a 2020, se reporta el siguiente talento humano de las cuatro (4) subredes Integradas de Servicios de salud, que ejecutaron las acciones de salud pública, en los territorios y en su momento así:

Tabla 2. Distribución del talento humano de Salud pública por Subred Integrada de Servicios de Salud. Años 2016 a 2020.

HOSPITAL	LOCALIDAD	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020*
SUB RED NORTE E.S.E	Usaquén, Engativá, Suba, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo	705	1000	1191	1085	1059
SUB RED SUR OCCIDENTE	Fontibón, Kennedy y Puente Aranda, Bosa	578	1054	1243	1268	1097
SUB RED SUR	Tunjuelito, Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz	609	938	900	916	698
SUB RED CENTRO ORIENTE	San Cristóbal, Candelaria, Mártires, Santafé, Rafael Uribe y Antonio Nariño	845	854	1010	988	915
TOTAL, PERSONAS		2737	3846	4344	4257	3769

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud. Base de talento humano. 2016-2020.

*Con corte a febrero 29 de 2020.

Pregunta 2. ¿Por cuáles perfiles profesionales están integrados los equipos que realizan salidas al territorio para adelantar labores de salud pública en Bogotá? Por favor discrimine la información por localidad, por hospital y por año entre 2014 y lo corrido de 2020.

R/. Los profesionales que ejecutan las acciones de salud pública son contratados por las Subredes Integradas de Servicios de Salud, en el marco de los contratos PSPIC que estas suscriben con el Fondo Financiero Distrital- Secretaría Distrital de Salud. Como se mencionó en parte inicial de este documento, el talento humano se contrata por cada Subred Integrada de Servicios de Salud y no por localidad específica.

Se anexa una carpeta con seis (6) archivos en formato Excel que contienen el talento humano con sus respectivos perfiles profesionales o técnicos, de los catorce (14) Hospitales de I nivel de complejidad E.S.E que ejecutaron las acciones de salud pública durante el periodo 2014-2015 y el talento humano con el que contaron las Subredes Integradas de Servicios de Salud (Subred Norte, Subred Sur, Subred Centro Oriente y Subred Suroccidente) durante los años 2016-2020. Anexo: Respuesta pregunta 2.

Sobre el asunto también se aclara, que, si bien se reporta un número definido de talento humano, este valor puede variar mensualmente, dado a las novedades de contratación y movilidad del talento humano en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

Pregunta 3. ¿Con qué equipo médico cuentan los equipos encargados de realizar salidas a territorio para adelantar labores de salud pública en Bogotá? Por favor discrimine la información por localidad, por hospital y por año entre 2014 y lo corrido de 2020.

R/. Los elementos, insumos, equipos y tecnologías que utilizan los equipos territoriales que realizan intervenciones de salud pública son los que se encuentran reglamentados en las Resoluciones 518 de 2015 y 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En ese contexto, es necesario precisarle que el uso de los insumos, elementos, tecnologías y equipos médicos, dependen del tipo de actividad, intervención o producto que vayan a desarrollar. Es por esto, que no se tiene diferenciado cuántos elementos, insumos, equipos y tecnologías se utilizan por localidad y territorio. Sin embargo, en los contratos que se suscriben con las Subredes Integradas de Servicios de Salud para la ejecución de las intervenciones Colectivas que se les incluyen los insumos, elementos y equipos médicos requeridos para el desarrollo de las intervenciones o productos.

Así las cosas, para el desarrollo de intervenciones y labores de salud pública, se utilizan entre otros los siguientes:

- Equipos y elementos de uso médico: Tensiómetro, fonendoscopio, cinta métrica, infantómetro, tallímetro, báscula, tirillas para pruebas rápidas de VIH, jeringas, cajas térmicas para transporte de vacunas, vacuna antirrábica para animales, vacunas de PAI para personas, medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis y lepra, preservativos de uso masculino, preservativos de uso femenino y medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas según guías y protocolos definidos por la Nación.
- Elementos de identificación: Chaqueta, carnés, gorra institucional y maletines.
- Insumos: Bolígrafos, lápices, fotocopias, formatos e instrumentos para caracterización y realización de tamizajes y otros elementos de papelería para el desarrollo de las diferentes actividades.

Pregunta 4. ¿Cuántas visitas a territorio se han realizado para cumplir labores de salud pública? Por favor discrimine la información por hospital responsable, por localidad y por año entre 2014 y lo corrido de 2020.

R/. Teniendo en cuenta que durante el periodo de la referencia se realizó la reorganización de las IPS públicas del Distrito Capital, la información se reporta igualmente en dos periodos. Es decir, las visitas realizadas por las catorce (14) E.S.E de I Nivel de atención que existían antes del 2016 y luego las visitas realizadas por las Subredes Integradas de Servicios de salud, desde el 2016 a 2020.

Para facilitar la lectura, se reporta información diferenciada por cada uno de los componentes de salud pública, así:

Tabla 3. Distribución visitas realizadas por el programa territorios Saludables por ESE y localidad. Años 2014 a 2016.

LOCALIDAD	HOSPITAL	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016*
ANTONIO NARIÑO	Rafael Uribe	22473	23074	5551
BARRIOS UNIDOS	Chapinero	15445	22734	3152
BOSA	Pablo VI de Bosa	268721	305165	73596

CANDELARIA	Centro Oriente	12195	14090	2384
CHAPINERO	Chapinero	16577	20715	3831
CIUDAD BOLIVAR	Vista Hermosa	274254	259206	73457
ENGATIVA	Engativá	118301	110561	25512
FONTIBÓN	Fontibón	129522	96584	24824
KENNEDY	Del Sur	173718	166827	46052
LOS MARTIRES	Centro Oriente	43813	49180	7433
PUENTE ARANDA	Del Sur	27005	35967	11798
RAFAEL URIBE URIBE	Rafael Uribe	137967	135992	40599
SAN CRISTOBAL	San Cristóbal	174384	181710	40419
SANTA FE	Centro Oriente	41334	42243	6686
SUBA	Suba	183387	180213	48008
SUMAPAZ	Nazareth	3902	3208	1029
TEUSAQUILLO	Chapinero	2646	6994	128
TUNJUELITO	Tunjuelito	84383	90187	21611
USAQUEN	Usaquén	99445	94339	22235
USME	Usme	180489	171798	57938
Total		2009961	2010787	516243

Fuente: SDS – SSSP. APS en línea con APS en línea con Corte a 3 de marzo de 2016 y Base de datos poblacional 2016 programa territorios saludables. Con corte a marzo de 2016. Equipo de gestión de la información, análisis, monitoreo y evaluación de la operación del programa territorios saludables.

* El programa Territorios Saludables programa ejecutaba intervenciones de salud pública en los espacios: Vivienda, educativo, institucional y público. Además, realizaba intervenciones relacionadas con las gestiones de programas y eventos de interés en salud pública (Ej. PAI, control de enfermedades transmitidas por vectores, Tuberculosis y lepra, entre otros).

Tabla 4. Distribución visitas realizadas por los equipos territoriales del ámbito laboral por ESE y localidad. Años 2014 a 2015.

LOCALIDAD	HOSPITAL	AÑO 2014	AÑO 2015	TOTAL
1. USAQUÉN	Usaquén	10892	915	11807
2. CHAPINERO	Chapinero	4377	605	4982
3. SANTA FE	Centro Oriente	4580	2185	6765
4. SAN CRISTÓBAL	San Cristóbal	8281	2530	10811
5. USME	Usme	14482	5220	19702
6. TUNJUELITO	Tunjuelito	5144	1475	6619
7. BOSA	Pablo VI de Bosa	17577	4755	22332
8. KENNEDY	Del Sur	5729	3380	9109
9. FONTIBÓN	Fontibón	7094	1765	8859
10. ENGATIVÁ	Engativá	5986	1770	7756

11. SUBA	Suba	6596	660	7256
12. BARRIOS UNIDOS	Chapinero	4486	1080	5566
13. TEUSAQUILLO	Chapinero	3863	410	4273
14. MÁRTIRES	Centro Oriente	2847	1055	3902
15. ANTONIO NARIÑO	Rafael Uribe	5368	1110	6478
16. PUENTE ARANDA	Del Sur	1222	655	1877
17. CANDELARIA	Centro Oriente	934	450	1384
18. RAFAEL URIBE	Rafael Uribe	7791	3350	11141
19. CIUDAD BOLÍVAR	Vista Hermosa	15228	6775	22003
20. SUMAPAZ	Nazareth	1703	470	2173
TOTAL		134180	40615	174795

Fuente: ESE: I nivel de atención. Base de datos ámbito laboral 2014-2015.

Tabla 5. Distribución de establecimientos intervenidos por el componente de vigilancia sanitaria por localidad y ESE. Años 2014-2015.

HOSPITAL	LOCALIDAD	AÑO 2014	AÑO 2015
1. USAQUÉN	Usaquén	6293	6650
2. CHAPINERO	Chapinero	3418	3831
3. SANTA FE	Centro Oriente	5094	4845
4. SAN CRISTÓBAL	San Cristóbal	5108	4970
5. USME	Usme	5957	6120
6. TUNJUELITO	Tunjuelito	6204	5888
7. BOSA	Pablo VI de Bosa	8574	7266
8. KENNEDY	Del Sur	10849	12798
9. FONTIBÓN	Fontibón	6773	6482
10. ENGATIVÁ	Engativá	5529	5295
11. SUBA	Suba	10949	11525
12. BARRIOS UNIDOS	Chapinero	3902	4315
13. TEUSAQUILLO	Chapinero	3361	3498
14. MÁRTIRES	Centro Oriente	6987	6539
15. ANTONIO NARIÑO	Rafael Uribe	3521	3551
16. PUENTE ARANDA	Del Sur	4041	5543
17. CANDELARIA	Centro Oriente	1470	1404
18. RAFAEL URIBE	Rafael Uribe	7141	7592
19. CIUDAD BOLÍVAR	Vista Hermosa	7686	7334
20. SUMAPAZ	Nazareth	214	207
TOTAL		113071	115653

Fuente: Empresas Sociales del Estado - SIVIGILA DC - Censo de establecimientos 2014-2015. Corte enero de 2020

Para el periodo 2016-2020, se realizaron las siguientes visitas, en el marco del programa Salud Urbana:

Tabla 6. Distribución visitas realizadas por el equipo del espacio vivienda por ESE y localidad. Años 2016 a 2020.

LOCALIDAD	HOSPITAL	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020*	TOTAL
1. USAQUÉN	Sub Red Norte	3330	4380	6366	6456	624	21156
2. CHAPINERO	Sub Red Norte	0	972	894	3360	192	5418
3. SANTA FE	Sub Red Centro Oriente	2124	2850	4320	3042	498	12834
4. SAN CRISTÓBAL	Sub Red Centro Oriente	2868	7044	12300	9078	1572	32862
5. USME	Sub Red Sur	2550	6624	9582	11358	1404	31518
6. TUNJUELITO	Sub Red Sur	1272	2910	3684	3948	402	12216
7. BOSA	Sub Red Suroccidente	3270	17910	17994	13710	1746	54630
8. KENNEDY	Sub Red Suroccidente	5070	10482	14334	15348	2610	47844
9. FONTIBÓN	Sub Red Suroccidente	1986	4554	5130	5220	636	17526
10. ENGATIVÁ	Sub Red Norte	2154	6738	9810	9456	1128	29286
11. SUBA	Sub Red Norte	5640	9978	11772	13770	1638	42798
12. BARRIOS UNIDOS	Sub Red Norte	996	834	990	1518	144	4482
13. TEUSAQUILLO	Sub Red Norte	0	480	402	2022	42	2946
14. MÁRTIRES	Sub Red Centro Oriente	1380	2016	2748	7578	336	14058
15. ANTONIO NARIÑO	Sub Red Centro Oriente	834	840	1098	1386	234	4392
16. PUENTE ARANDA	Sub Red Suroccidente	1242	2076	2700	2538	216	8772
17. CANDELARIA	Sub Red Centro Oriente	900	402	528	1266	48	3144
18. RAFAEL URIBE	Sub Red Centro Oriente	1254	4686	9108	5916	1440	22404
19. CIUDAD BOLÍVAR	Sub Red Sur	5196	11628	15642	18516	2904	53886
20. SUMAPAZ	Sub Red Sur	696	510	858	1662	0	3726
TOTAL		42762	97914	130260	137148	17814	425898

Fuente: SDS-Subsecretaría de Salud Pública. Espacio vivienda. 2020.

*Para el año 2016, corresponde a las visitas realizadas a partir del mes de septiembre. Para el año 2020 se reporta hasta el mes de febrero.

Tabla 7. Sesiones realizadas a través de los equipos territoriales del espacio educativo. Periodo 2017-2020.

LOCALIDAD	HOSPITAL	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	TOTAL *
1. USAQUÉN	Sub Red Norte	1515	2583	3708	11	7817
2. CHAPINERO	Sub Red Norte	458	1359	1541	0	3358
3. SANTA FE	Sub Red Centro Oriente	1297	5250	52198	1422	60167
4. SAN CRISTÓBAL	Sub Red Centro Oriente	2581	15370	117943	3761	139655
5. USME	Sub Red Sur	1125	4123	4806	96	10150
6. TUNJUELITO	Sub Red Sur	1010	1715	2081	127	4933
7. BOSA	Sub Red Suroccidente	2008	2441	5555	80	10084
8. KENNEDY	Sub Red Suroccidente	2254	2961	3588	84	8887
9. FONTIBÓN	Sub Red Suroccidente	941	2769	5310	59	9079
10. ENGATIVÁ	Sub Red Norte	2993	4333	4374	24	11724
11. SUBA	Sub Red Norte	2474	3673	2665	32	8844
12. BARRIOS UNIDOS	Sub Red Norte	1104	2667	2015	1	5787
13. TEUSAQUILLO	Sub Red Norte	641	1477	2009	1	4128
14. MÁRTIRES	Sub Red Centro Oriente	804	6503	53154	2454	62915
15. ANTONIO NARIÑO	Sub Red Centro Oriente	472	3576	28872	769	33689
16. PUENTE ARANDA	Sub Red Suroccidente	838	1142	1103	12	3095
17. CANDELARIA	Sub Red Centro Oriente	729	5312	36825	674	43540
18. RAFAEL URIBE	Sub Red Centro Oriente	1776	6821	55156	2812	66565
19. CIUDAD BOLÍVAR	Sub Red Sur	1479	6279	9883	282	17923
20. SUMAPAZ	Sub Red Sur	132	375	273	4	784
TOTAL		26631	80729	393059	12705	513124

Fuente: SDS-Subdirección de Acciones Colectivas. Aplicativo 1186. 2020.

*Las actividades realizadas a través del espacio educativo se realizaron en 490 colegios (351 públicos y 139 privados) que se encuentran distribuidos en las 20 localidades de la ciudad.

Tabla 8. Distribución de sesiones realizadas con las comunidades a través de los equipos territoriales del espacio público. Periodo 2017-2020.

LOCALIDAD	HOSPITAL	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	TOTAL
1. USAQUÉN	Sub Red Norte	8	161	103	16	288
2. CHAPINERO	Sub Red Norte	8	161	103	16	288
3. SANTA FE	Sub Red Centro Oriente	10	85	84	18	197
4. SAN CRISTÓBAL	Sub Red Centro Oriente	10	98	99	19	226
5. USME	Sub Red Sur	0	235	280	37	552
6. TUNJUELITO	Sub Red Sur	0	180	280	37	497
7. BOSA	Sub Red Suroccidente	180	711	608	26	1525
8. KENNEDY	Sub Red Suroccidente	180	666	584	27	1457
9. FONTIBÓN	Sub Red Suroccidente	90	354	339	15	798
10. ENGATIVÁ	Sub Red Norte	8	161	103	32	304
11. SUBA	Sub Red Norte	22	1025	1101	32	2180
12. BARRIOS UNIDOS	Sub Red Norte	8	161	103	16	288
13. TEUSAQUILLO	Sub Red Norte	8	161	103	0	272
14. MÁRTIRES	Sub Red Centro Oriente	10	90	83	15	198
15. ANTONIO NARIÑO	Sub Red Centro Oriente	10	81	84	19	194
16. PUENTE ARANDA	Sub Red Suroccidente	90	339	339	13	781
17. CANDELARIA	Sub Red Centro Oriente	10	81	79	15	185
18. RAFAEL URIBE	Sub Red Centro Oriente	10	89	92	19	210
19. CIUDAD BOLÍVAR	Sub Red Sur	0	235	280	37	552
20. SUMAPAZ	Sub Red Sur	0	0	0	0	0
TOTAL		662	5074	4847	409	10992

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud. 2017-2020.

Tabla 11. Distribución visitas realizadas por el componente de vigilancia en salud pública por localidad y E.S.E. Años 2017 a 2020.

LOCALIDAD	HOSPITAL	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	TOTAL
1. USAQUÉN	Sub Red Norte	4.705	3.670	3.075	569	12.019
2. CHAPINERO	Sub Red Norte	1.100	1.040	913	127	3.180
3. SANTA FE	Sub Red Centro Oriente	1.895	1.713	1.661	175	5.444
4. SAN CRISTÓBAL	Sub Red Centro Oriente	6.086	6.058	6.371	598	19.113
5. USME	Sub Red Sur	5.856	6.240	4.884	604	17.584
6. TUNJUELITO	Sub Red Sur	2.534	2.927	2.434	345	8.240
7. BOSA	Sub Red Suroccidente	8.122	9.729	11.134	937	29.922
8. KENNEDY	Sub Red Suroccidente	8.251	9.313	10.757	1.181	29.502
9. FONTIBÓN	Sub Red Suroccidente	3.268	3.070	3.359	354	10.051
10. ENGATIVÁ	Sub Red Norte	5.182	5.724	5.711	735	17.352
11. SUBA	Sub Red Norte	5.836	6.443	7.524	1.104	20.907
12. BARRIOS UNIDOS	Sub Red Norte	1.529	1.342	1.243	180	4.294
13. TEUSAQUILLO	Sub Red Norte	778	831	843	136	2.588
14. MÁRTIRES	Sub Red Centro Oriente	1.587	1.402	1.296	95	4.380
15. ANTONIO NARIÑO	Sub Red Centro Oriente	1.148	1.163	961	109	3.381
16. PUENTE ARANDA	Sub Red Suroccidente	1.646	2.060	2.387	218	6.311
17. CANDELARIA	Sub Red Centro Oriente	294	395	459	31	1.179
18. RAFAEL URIBE	Sub Red Centro Oriente	5.884	5.748	4.841	526	16.999
19. CIUDAD BOLÍVAR	Sub Red Sur	10.510	12.114	8.418	1.103	32.145
20. SUMAPAZ	Sub Red Sur	206	485	309	25	1.025
TOTAL		76.417	81.467	78.580	9.152	245.616

Fuente: SDS-Subdirección de Acciones Colectivas. Aplicativo 1186. 2017-2020.

Tabla 12. Distribución de establecimientos intervenidos por el componente de vigilancia sanitaria por localidad y ESE. Años 2016-2020.

LOCALIDAD	HOSPITAL	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020
1. USAQUÉN	Sub Red Norte	6554	8015	9543	8816	953
2. CHAPINERO	Sub Red Norte	4114	5055	7035	6314	573
3. SANTA FE	Sub Red Centro Oriente	3846	6268	7141	6704	865
4. SAN CRISTÓBAL	Sub Red Centro Oriente	5186	7327	8222	8255	1325
5. USME	Sub Red Sur	5721	8376	9391	11049	794
6. TUNJUELITO	Sub Red Sur	5111	6458	7223	7942	789
7. BOSA	Sub Red Suroccidente	7315	8922	11250	10654	880
8. KENNEDY	Sub Red Suroccidente	9818	12466	18551	20553	1534
9. FONTIBÓN	Sub Red Suroccidente	5521	7102	9181	9580	874
10. ENGATIVÁ	Sub Red Norte	4857	6988	11511	10364	1052
11. SUBA	Sub Red Norte	10199	11759	15276	14654	1539
12. BARRIOS UNIDOS	Sub Red Norte	4382	5865	7588	6584	701
13. TEUSAQUILLO	Sub Red Norte	2997	4325	5293	4539	759
14. MÁRTIRES	Sub Red Centro Oriente	5065	8411	10394	9509	1167
15. ANTONIO NARIÑO	Sub Red Centro Oriente	3044	4965	6258	6039	821
16. PUENTE ARANDA	Sub Red Suroccidente	4115	5120	8160	8881	1037
17. CANDELARIA	Sub Red Centro Oriente	1255	1715	2108	2107	200
18. RAFAEL URIBE	Sub Red Centro Oriente	6984	10204	10950	10135	1303
19. CIUDAD BOLÍVAR	Sub Red Sur	6959	10600	12892	13161	956
20. SUMAPAZ	Sub Red Sur	187	234	269	360	59
TOTAL		103230	140175	178236	176200	18181

Fuente: Empresas Sociales del Estado - Si vigila DC - Censo de establecimientos 2016-2020. Corte enero de 2020.

Pregunta 5. ¿Qué estratos están cubiertos por los equipos destinados para cumplir visitas de salud pública? Por favor discrimine la información por localidad, por hospital y por año entre 2014 y lo corrido de 2020.

R/. Los equipos de salud pública realizan intervenciones a todas las poblaciones independiente de la zona de estratificación donde viva. Es decir, se realizan intervenciones en todos los estratos de la ciudad, de acuerdo con las necesidades o problemáticas de la población y priorizando las intervenciones a partir de los resultados de salud que se registran en el Análisis de la situación en salud (ASIS) de la ciudad, con su respectiva georreferenciación en territorios

tanto urbano como rural. Es así como, a partir de los resultados del ASIS, para el periodo 2016-2020, se priorizaron Veintiséis (26) Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y/o Unidades de Planeación Rural (UPR), las cuales agrupan poblaciones de barrios y veredas de las 20 localidades de Bogotá.

A continuación, se mencionan las UPZ y UPR que se priorizaron para intervención, en el periodo 2016-2020.

Tabla 13. Distribución UPZ priorizadas por localidad y ESE para intervenciones de salud pública. Periodo 2016-2020.

Subred Integrada de Servicios de Salud	Localidad	UPZ/UPR Priorizadas
Norte	Usaquén	Verbenal
	Chapinero	Pardo Rubio
		El Refugio
	Suba	El Rincón
		Tibabuyes
	Teusaquillo	Teusaquillo
Centro Oriente	Santa Fe	Quinta Paredes
		Garcés Navas
		Nieves
	Mártires	Las Cruces
		Lourdes
		La Sabana
Sur Occidente	Kennedy	La Gloria
		Marco Fidel Suárez
	Fontibón	Patio Bonito
		Carvajal
	Puente Aranda	Fontibón
		Fontibón San Pablo
Sur	Bosa	Ciudad Montes
		Bosa Central
	Usme	Bosa Occidental
		Alfonso López
	Ciudad Bolívar	La Flora
		Lucero
	Sumapaz	Rio Blanco
		Rio Sumapaz

Fuente: SDS. Subsecretaría de Salud Pública. Lineamientos PSPIC 2016-2020.

Pregunta 6. ¿Cuál es la evaluación que hace la administración sobre el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) que se adelanta en el Distrito? ¿Cuáles son los indicadores con los que se cuenta para evaluar el avance e impacto de ese plan? Por favor adjunte los indicadores con los que se cuente sobre este tema discriminados por localidad, por hospital y por año entre 2014 y lo corrido de 2020.

R/. En el marco del Plan Decenal de Salud Pública, del Modelo Integral de Atención en Salud, del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020, y lo establecido en la Resoluciones 518 de 2015, Res 1536, Res 3202 de 2016, la Res 3280 de 2018, a través de las cuales se establecen las directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y los procesos relacionados con la Gestión de la Salud Pública (GSP) de competencia de Salud Pública, las actividades de salud pública son ejecutadas en lo local, por las Subredes Integradas de Servicios de Salud - Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.

Para el periodo 2014 a 2020, las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) de Bogotá, D.C. se formularon en concordancia con los contenidos del Plan Nacional Decenal de Salud Pública y los planes de desarrollo: "Bogotá Humana" y "Bogotá Mejor para Todos" con sus respectivos Planes de Salud Territorial.

Los contenidos del PSPIC se definieron de acuerdo con las problemáticas y necesidades sociales identificadas a partir del análisis de calidad de vida salud y enfermedad de la población del D.C., de los resultados en salud definidos en las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública, los ejes del Plan de Desarrollo Distrital y de las metas definidas en el Plan Territorial de Salud.

Los contratos interadministrativos, suscritos entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E., tienen el siguiente objeto: *"Realizar actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Plan Territorial de Salud, de acuerdo con las necesidades y prioridades de la Población en la ciudad, mediante la implementación de acciones de promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, Vigilancia en Salud Pública y Ambiental y Gestión de la Salud Pública"*.

Sobre la evaluación que se realiza al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en Bogotá D.C. se informa que el monitoreo y la evaluación de este se realiza de acuerdo con la normatividad vigente y las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del proceso de evaluación del Plan Territorial de Salud¹. Al respecto, se presentan las siguientes consideraciones:

La Subsecretaría de Salud Pública, desde el año 2016, adoptó la estrategia de Salud Urbana y orientó sus acciones para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de toda la

¹ Metodología para el monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud Medición del desempeño de la gestión integral en salud en las entidades territoriales en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-monitoreo-eval-pts.pdf>

población, a través de la implementación de un modelo de atención integral, equitativo, universal, participativo, centrado en el ser humano, la responsabilidad social y la sostenibilidad ambiental, cumpliendo estándares superiores de calidad. Las estrategias implementadas se desarrollan en los 4 espacios de vida (Vivienda, Público, Trabajo y Educativo) y a través de los procesos de gestión de la salud pública y las acciones del PIC enmarcadas en las dimensiones y metas del PDSP.

Dado que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas hace parte de los contenidos de los Planes de Salud Territorial y por ende de los Planes de desarrollo, en atención a los contenidos de su pregunta se anexan los siguientes documentos:

- Balance general del plan de desarrollo distrital 2012 – 2016 “Bogotá humana”.
- Informe de resultados del seguimiento y monitoreo al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de Bogotá 2016-2018.
- Informe de logros salud pública Bogotá 2016-2019.

En estos informes se plasman los resultados de la medición y los indicadores con los que se midió la ejecución de las intervenciones, en el marco de las metas y objetivos del Plan Decenal de Salud Pública, los Planes de Desarrollo y los Planes de Salud territoriales vigentes para el periodo 2014-2020.

Estos informes y resultados también pueden ser consultados en la página web de la Secretaría Distrital de Salud: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/InformedeGestion.aspx>, y también en:

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/InformedeGestion.aspx?RootFolder=%2FInformes%20de%20Gestin%2FBogot%C3%A1%20c%C3%B3mo%20vamos&FolderCTID=0x0120006244CB577E48A740AB588A922C504527&View=%7B4F0CB9BB%2D911B%2D439F%2D9858%2D56AD81AABC7D%7D>. Anexo: Respuesta pregunta 6.

Ahora bien, para la vigencia presupuestal del año 2018, además del seguimiento y monitoreo ya presentado, la Subsecretaría de Salud Pública, en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, quien se asoció con la Fundación Salutia planeó, inició y viene desarrollando un programa de evaluación integral del PSPIC formulado dentro del Plan Territorial de Salud 2016-2020, que incluye el análisis del diseño e implementación y la evaluación de efectos en términos de resultados intermedios en la población cubierta con sus acciones.

Con base en el avance de la obtención de los resultados de este programa de evaluación se cuenta con un análisis más específico de los logros de la implementación de las acciones del segundo semestre de 2018 y a partir de ellos se plantearon las prioridades de evaluación de los efectos en términos de resultados intermedios de algunas acciones trazadoras, así como por espacios de vida cotidiana y global del PSPIC.

Vale la pena aclarar que la Subsecretaría de Salud Pública optó por este tipo de análisis y por la evaluación de resultados intermedios en la población beneficiaria del Plan, debido a que el impacto en términos de, por ejemplo, disminución de la mortalidad, morbilidad o mejoramiento de condiciones de vida, solo es posible evaluarlo para el Plan Territorial de Salud y el Plan de

Desarrollo Distrital, puesto que solo la sinergia que se logra entre las acciones colectivas del PSPIC desarrolladas en espacios de vida cotidiana de las personas, con las acciones realizadas a través del Plan de Beneficios del Modelo Integral de Atención para prevenir y atender la enfermedad y las de los diferentes sectores para mejorar las condiciones, calidad y sentido de la vida de la población permiten el logro de resultados en términos de los indicadores de impacto mencionados.

Es decir, se reitera que el PSPIC solo debe evaluarse por resultados intermedios en relación con los objetivos particulares de sus acciones en la población cubierta por este y no con indicadores de impacto poblacionales globales o específicos por alguna característica poblacional de interés.

Los trece (13) estudios de evaluación de efectividad en términos de resultados intermedios de intervenciones trazadoras del PIC, y los cuatro estudios por espacios de vida cotidiana y el del total del PSPIC para la vigencia presupuestal de 2018 culminaron su fase de diseño y se empezará la de ejecución durante el mes de abril de 2020. Se espera que con los resultados a obtener se tendrán a finales del mes de junio de 2020 conclusiones y recomendaciones para orientar los ajustes del PSPIC a ejecutar en el marco del nuevo Plan Territorial de Salud, que materializará el cumplimiento de metas planteadas por el Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024

A continuación, se presenta síntesis de la evaluación de la implementación del PSPIC vigencia 2018 para los meses de julio a noviembre, realizada en el marco de la Teoría del Cambio y de la Gestión por Resultados aplican el método propuesto por la Dirección Nacional de Planeación-DNP que es el Modelo Lógico de Evaluación el cual analiza los diferentes momentos de la “cadena de valor público”, que se genera cuando los insumos y las actividades se convierten en “productos” a entregar a beneficiarios, para el caso, servicios con valor público, a través de indicadores que se apoyan en los avances y logros de cobertura de la entrega de dichos servicios a beneficiarios, labor a la que se dedica el sistema de seguimiento y monitoreo del PIC, complementando con análisis de este aspecto programático en su relación con la ejecución presupuestal del Plan, aplicando criterios de eficiencia y eficacia.

Se entendió la Eficiencia, como la ejecución de los recursos financieros de las intervenciones con la minimización del costo y la maximización del producto. Para ello, se comparó la programación de las acciones según metas de cobertura a lograr y de los recursos presupuestales a ejecutar en el periodo de análisis con la facturación de ese mismo periodo que hicieron los ejecutores del PSPIC a la Secretaría de Salud, para ver su relación, como indicador de eficiencia.

Se definió también como indicador de eficiencia el sobrecosto de la ejecución de las acciones del PSPIC.

Este sobrecosto se estimó teniendo en cuenta el costo de la ejecución de cada producto.

Así mismo, la Eficacia se definió así:

- Eficacia operativa: Verifica el cumplimiento de los productos programados a entregar a los beneficiarios del Plan en el tiempo previsto.

- **Eficacia financiera:** se refirió al análisis de la relación entre los recursos financieros ejecutados para cubrir las acciones programadas, en relación con el valor programado.

Aunque la ejecución presupuestal brinda un acercamiento a la eficacia, no es hasta que ocurre el proceso de facturación y aceptación de productos a satisfacción donde se puede determinar claramente cuál es la verdadera eficacia de ejecución del Plan, debido a que en este proceso se realiza la verificación de la oportunidad y calidad de los productos ejecutados que se facturaron para autorizar el pago respectivo a la subred ejecutora.

Por lo anteriormente mencionado, este indicador permite ver si las causales de glosa se dieron por inconsistencias manifiestas en distintos aspectos del proceso de ejecución como oportunidad y concordancia de la ejecución de acción con la orientación técnica dada para su realización, mostrando oportunidades de mejora a nivel operativo y en la consecución apropiada inversión de los recursos. Este análisis se realizó a nivel general y por subred para identificar posibles tendencias que se pueden estar dando en la ejecución del PSPIC.

Este indicador se calculó relacionando la de ejecución de productos a entregar por el Plan, con variables de referencia como el valor presupuestado, el valor facturado y el valor glosado, mostrando la ejecución real del Plan, como indicador de eficacia desde la perspectiva financiera.

Es necesario precisar, además, que la evaluación se realizó teniendo en cuenta que la ejecución del PSPIC se da desde la perspectiva de la denominada “cadena de entrega” en el nivel meso y micro de la gestión, es decir a nivel de la gestión de los ejecutores del PIC que son las Subredes de Servicios de Salud de la red pública adscrita a la Secretaria de Salud. Desde la meso gestión, porque se valoró por resultados la actuación de estas entidades en los entornos específicos donde operan (sociales, políticos y administrativos)” enfrentándose a desafíos inter e intrainstitucionales. En el nivel de la micro gestión se puede ver en los resultados el éxito del “funcionamiento interno de la organización” y como superó los retos que “se relacionan con su adaptación a sus entornos específicos y como se dieron los procesos intra-organizacionales”

Así mismo, desde esta perspectiva se valora el campo de la “gestión programática” que es donde se da el cumplimiento de “la misión y visión organizacional y donde se crea el valor público a través de la ejecución de un conjunto de políticas, programas y proyectos implementados de forma participativa con los múltiples actores involucrados, ya que esto no solo garantiza una creación de valor, sino que ayuda a la construcción de ciudadanía y al fortalecimiento del sistema democrático”.

Las conclusiones de este análisis se resumen a continuación:

En eficiencia:

En el periodo analizado para el PSPIC 2018 se presentó un cumplimiento oportuno de la ejecución presupuestal del 94.25% respecto a los recursos asignados, (ver tabla 14) y por ello se evidencian oportunidades de mejora para la ejecución del Plan por las subredes, en menor proporción para las acciones ejecutadas en Espacio Público y Espacio Trabajo las cuales presentaron porcentajes de subejecución inferiores al 0.2%, y en mayor proporción para los

espacios Vivienda y Educativo que presentaron proporciones de ejecución de un 89.25% y 91.8% respectivamente. La hipótesis de la no ejecución eficiente de los recursos previstos en estos espacios está relacionada con la imposibilidad de ejecución de acciones al final del periodo académico de los colegios, y, en las viviendas, por los desplazamientos de las familias en las fiestas decembrinas.

No se generaron sobre costos en la ejecución de las acciones del PSPIC en el periodo analizado.

A nivel de subredes, no se observaron diferencias importantes en la eficiencia de la ejecución del el PSPIC. Las subredes Sur y Centro Oriente fueron las que lograron un valor algo mayor del indicador de cumplimiento de ejecución presupuestal con un 95.8% y 95.6% respectivamente y, en tercer lugar, frente a este indicador se encontró la Subred Norte con 93.66 % y la Subred Sur Occidente, con un 92.5%, fueron las que tuvieron menor eficiencia. Estos datos se consideraron muy aceptables, aunque generaron planes de mejoramiento en la gestión.

En eficacia:

- Operativa:

La eficacia en el cumplimiento de metas programáticas en el tiempo previsto tiene valores del indicador con porcentajes menores al de eficiencia, porque se planteó la ejecución de 662.753 actividades en el periodo de análisis de las cuales se ejecutaron el 86.26%. De la misma manera como muestra el indicador de eficiencia, en el Espacio Público se cumplieron las metas programáticas en el 100%, es decir se entregaron los productos a los beneficiarios en el tiempo previsto, siguió en cumplimiento de metas programáticas el Espacio trabajo con una subejecución del 0.3%. El tercer lugar de ejecución operativa eficaz se da en el espacio educativo con 87,52% seguido por la eficacia operativa de la ejecución en Vivienda que fue donde se presentó un menor porcentaje de cumplimiento de metas programáticas de producto, con un 83.66%. Ver Tabla 14.

Tabla 14. Cumplimiento de ejecución presupuestal y de metas programáticas de producto por espacio de vida cotidiana de los beneficiarios del PSPIC. Julio a noviembre de 2018.

Espacio/ Proceso	Meta Total Programa da por producto (un)	Valor Total Programado (\$)	Meta Total Ejecutad a (un)	Valor Total Ejecutado (\$)	Cumpli miento de metas (%)	Cumpli ento presupes tal (%)
Vivienda (Urbano)	472,549	35,086,589,4 80	394,029	31,284,382,0 71	83.38 %	89.16%
Vivienda (Rural)	1,095	367,092,200	805	356,811,700	73.52 %	97.20%
Total Vivienda	473,644	35,453,681,6 80	394,834	31,641,193,7 71	83.36 %	89.25%
Educativo (Urbano)	41,410	8,744,314,44 8	36,990	8,038,042,84 4	89.33 %	91.92%
Educativo (Rural)	346	130,609,221	278	109,034,724	80.35 %	83.48%

Total Educativo	41,756	8,874,923,669	37,268	8,147,077,568	89.25 %	91.80%
Trabajo (Urbano)	12,884	4,305,306,113	12,844	4,296,761,510	99.69 %	99.80%
Trabajo (Rural)	74	32,187,680	74	32,187,680	100.00 %	100.00%
Total Trabajo	12,958	4,337,493,793	12,918	4,328,949,190	99.69 %	99.80%
Público (Urbano)	7,220	12,841,828,740	7,220	12,840,675,854	100.00 %	99.99%
Público (Rural)	34	133,540,240	34	133,540,240	100.00 %	100.00%
Total Público	7,254	12,975,368,980	7,254	12,974,216,094	100.00 %	99.99%

Fuente: Fundación Salutia con datos de la SDS

En el ámbito de eficacia frente al indicador de cumplimiento de acciones por metas programáticas por producto no hubo variaciones importantes entre las subredes y los valores obtenidos del indicador se consideraron bastante aceptables. La Subred Sur fue la que logró el mayor cumplimiento de metas, con un 93% del total de acciones programadas; en contraste, la Subred Sur Occidente que fue la que tuvo un menor porcentaje de cumplimiento de las acciones frente a las metas programadas, con el 81.6%. Las subredes Norte y Centro Oriente ejecutaron con valores entre 92% y 90% de eficacia, las metas programáticas. Como en el caso de los indicadores de eficiencia, el no cumplimiento de las metas de eficacia generó planes de mejoramiento a la entidad ejecutora. La variable que más influyó en el desempeño de los dos indicadores es la contratación oportuna del Talento Humano, por no disponibilidad en el mercado laboral de algunos perfiles profesionales como nutricionistas, entre otros.

• En eficacia financiera

A la finalización del periodo analizado, noviembre de 2018, las subredes habían facturado \$82.868.426.560, correspondientes globalmente al 73,9% de la totalidad de los recursos presupuestados para la ejecución del Plan. Es decir, la realización de las acciones totales a ese momento alcanzaba esta proporción en promedio. Esta proporción de ejecución facturada a esa fecha se dio a expensas de las acciones realizadas en un 80% por los espacios educativo y público y disminuida por la menor proporción realizada en los Espacios Vivienda y Trabajo, con porcentajes cercanos al 65%. Ver tabla 15.

Tabla 15. Nivel de Facturación por espacio realizada a noviembre de 2018.

Espacio/ Proceso	Presupuesto Total	Total, Facturación	Porcentaje facturado
Vivienda	35,453,681,680	23,631,292,187	66.7%
Educativo	8,874,923,669	7,118,290,173	80.2%
Trabajo	4,337,493,793	2,843,068,192	65.5%
Público	12,975,368,980	10,480,809,566	80.8%

Fuente: Fundación Salutia con datos de la SDS

Esta facturación por las subredes muestra un grado preliminar de ejecución del Plan de acuerdo con las metas programadas a octubre de 2018, sin embargo, los valores glosados a esta

facturación dan muestra de una disminución de la eficacia de la ejecución, en la medida en que la generación de una glosa se da por el no cumplimiento oportuno o falta de calidad del producto facturado, a la luz de diferentes características de los productos intermedios o finales de la ejecución, como calidad de los datos de registro para el monitoreo y seguimiento, desarrollo de las acciones con base en las guías técnicas orientadoras de su ejecución lo cual garantiza la calidad de las mismas, optimización del uso de recursos, entre otras.

Del total de la facturación mencionada se realizaron glosas parciales por valor de \$2.044.753.512, correspondiente al 2,47% de la facturación. De este valor, las subredes presentaron soportes a los valores glosados por valor de \$797.938.000, equivalente al 39% del valor glosado, dejando un valor de glosa definitiva de \$1.246.815.512, equivalente al 1,5% del valor facturado, dando como resultado un porcentaje de ejecución facturada neta del 72.81%. Este valor muestra la eficacia real de la ejecución global del Plan, con corte a noviembre.

Las acciones de los espacios Trabajo y Educativo fueron los que presentaron un mayor nivel de glosa, con un 4,35% y 3,26%. Sin embargo, una vez presentados los soportes a los valores glosados, las acciones realizadas por los espacios Vivienda y Trabajo fueron los que tuvieron un nivel de ejecución neta inferior al 70%, es decir respectivamente esta proporción es el valor del indicador de eficacia financiera de la acción en estos espacios a octubre.

Esta última situación se explica porque, en general, la finalización de los productos de estos espacios toma un tiempo de implementación más largo que los realizados en otros espacios como el educativo y el espacio público, lo que deriva que una tercera parte de las acciones se facturen en el último mes de la vigencia del plan, en este caso en el mes de diciembre de 2018. Esta facturación con base en ejecución programada en una alta proporción en el último mes puede mostrar artificialmente una eficacia desmejorada. Sin embargo, la ejecución programada eficazmente en noviembre daría cuenta de una ejecución total cercana al 96%. Ver tabla 16.

Tabla 16. Nivel de glosa, ejecución neta facturada y proporción alcanzada a noviembre de 2018.

Espacio/ Proceso	Proporción facturada (%)	Proporción de facturación con glosa parcial	Proporción de valor con glosa no aceptada	Proporción de facturación con glosa definitiva	Ejecución neta facturada (\$)	Nivel de ejecución	Proporción ejecutada con lo programada en noviembre
Vivienda	66.7%	1.40%	27.08%	1.02%	23,389,676,981	65.97%	96.58%
Educativo	80.2%	5.00%	34.68%	3.26%	6,886,003,222	77.59%	94.20%
Trabajo	65.5%	6.64%	34.54%	4.35%	2,719,536,682	62.70%	95.65%
Público	80.8%	2.27%	27.12%	1.66%	10,307,276,917	79.44%	98.13%

Fuente: Fundación Salutia con datos de la SDS

De acuerdo con los motivos por los cuales se generan las glosas parciales, el 52% de ellos se deben a calidad de la información registrada en las bases de datos para el seguimiento y monitoreo y en 38,9% debido a calidad por cumplimiento tardío de las actualizaciones realizadas a las orientaciones técnicas para la ejecución de las acciones. Por subredes no se observan diferencias significativas en los motivos de glosa, ni en las proporciones de los valores glosados que afectan la eficacia global de la ejecución del PIC.

Con base en la información descrita donde se observa el indicador en valores entre 94 y 98% puede decirse que la “eficacia financiera”, que relaciona la eficiencia en la ejecución presupuestal con la eficacia operativa del cumplimiento de metas programáticas en la entrega de productos a los beneficiarios para obtener la eficacia en términos de ejecución neta de forma oportuna y con calidad en la entrega de los productos del Plan, tiene valores bastante aceptables, lo que no ha ido en detrimento de la organización de planes de mejoramiento para optimizar la eficacia del Plan.

En Conclusión, la evaluación de eficiencia y eficacia de la ejecución del PIC en el segundo semestre de 2018 arrojó resultados satisfactorios con limitaciones subsanables con planes de mejoramiento que con seguridad contribuirán a mejorar la ejecución de las siguientes vigencias.

Pregunta 7. ¿Cuáles son las diferencias en el desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) entre el actual modelo de Subredes de Salud y el que se ejecutaba antes de la reforma?

R/. Sobre este asunto es pertinente informarle que la reorganización de la red pública de prestadores de servicios de Bogotá no afecta las formas de contratación ni los contenidos de las intervenciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas que se vienen ejecutando en la ciudad, toda vez que estas intervenciones deben ejecutarse siguiendo los lineamientos establecidos por Ministerio de Salud y Protección Social a través de las Resoluciones 518 de 2015 y 3280 de 2018.

Sin embargo, en el contexto de su pregunta ha de decirse, que en el periodo que nos ocupa, ciertamente hubo cambios normativos, para la planeación, contratación y seguimiento a la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

En ese contexto, a continuación, se describen las diferencias en la ejecución de las intervenciones del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas antes y después de la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital (Acuerdo 641 del 2016 del Consejo de Bogotá) y en el marco los cambios normativos de la planeación, contratación y evaluación del PSPIC que sucedieron entre los años 2014 a 2020.

Antes de 2016	Posterior al 2016
El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se contrataba con catorces (14) ESE de primer nivel de complejidad, así: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá, Pablo VI de Bosa, Fontibón, Hospital del Sur, Vista Hermosa, Usme, Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, Nazareth, Tunjuelito.	El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) se contrata con cuatro (4) subredes integradas de servicios de Salud, así: Sub red Sur Occidente, Sub Red Centro Oriente, Subred Norte y Subred Sur.

<p>Cada ESE ejecutaba intervenciones en su localidad de cobertura.</p> <p>Para el caso de las ESEs Chapinero y Centro Oriente, cada una tenía cobertura en tres (3) localidades. Para el caso de las ESEs Rafael Uribe y Hospital del Sur, cada una tenía cobertura en dos (2) localidades.</p> <p>No se integraban los servicios de las ESE de alta complejidad en el modelo de prestación de servicios.</p>	<p>Las Subredes ejecutan las acciones en todas las localidades de su cobertura. Se integran los servicios de las ESE de alta complejidad en el modelo de prestación de servicios.</p>
<p>Hasta el año 2015, las intervenciones se contrataban siguiendo los contenidos de la Resolución 425 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Las intervenciones se contratan siguiendo lo establecido en las Resoluciones 518 del 2015 y 3280 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p>El Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas se ejecutaba a través de dos (2) componentes: a) Promoción de la salud y la calidad de vida. b) Acciones de prevención de los riesgos en salud.</p>	<p>Las Acciones del plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas están enmarcadas en dos (2) líneas operativas: Promoción de la salud y b) Gestión del riesgo.</p>
<p>Hasta el año 2015, se contrataba mínimo el 60% de los recursos del SGP para el PIC y el porcentaje restante para el desarrollo de acciones de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria; así como el seguimiento evaluación y control a la gestión integral de las acciones de promoción y prevención incluidas en el PIC.</p> <p>Esta distribución obedecía a los contenidos de la Resolución 425 de 2008 del MSPS.</p>	<p>Se contrata hasta el 50% de los recursos SGP para el PSPIC y el porcentaje restante para la gestión de la Salud Pública.</p>

Pregunta 8. ¿Con qué variables cuenta el sistema de caracterización y/u otros sistemas de información de salud pública para la población de la ciudad? ¿Se prevé incluir nuevas variables? Si es así, por favor detalle las razones de esta inclusión.

R/ Para la ejecución y desarrollo de las actividades de salud pública, el distrito capital que sigue la normativa vigente organizo las intervenciones de la siguiente manera:

-Intervenciones por espacios de Vida cotidiana: Comprende el conjunto de intervenciones que se desarrollan en los lugares donde habitan las personas. Esto es, espacio vivienda, espacio educativo, espacio público y espacio trabajo.

-Intervenciones por procesos transversales: Comprende el conjunto de intervenciones que se desarrollan para todas las poblaciones independiente del lugar donde se encuentren. Estas intervenciones comprenden: Gestión de Programas y eventos de Interés en Salud Pública (GPAISP) y vigilancia en salud Pública (epidemiológica y Sanitaria), entre otras.

En ese contexto y en el marco de la realización de las intervenciones contempladas en el plan de intervenciones colectivas, se definieron instrumentos de recolección de información, que contemplan variables que favorecen la caracterización de las personas y del entorno. Dentro de estas variables se cuentan, las siguientes:

-Espacio vivienda: Se realiza caracterización social y ambiental que incluye variables relacionadas con:

- Ubicación de las viviendas por localidad y UPZ
- Criterios de priorización por los cuales se seleccionó la familia para ser intervenida
- Riesgos ambientales de la vivienda y del entorno ambiental: manejo de aguas residuales y manejo de plagas, alimentos e higiene, riesgos químicos, físicos y de consumo en la vivienda, tenencia de mascotas y disposición de residuos.
- Identificación de los integrantes del hogar.
- Alertas prioritarias para cada miembro y canalización por las mismas.

-Espacio educativo: Se realiza caracterización del entorno escolar que incluye variables relacionadas con:

- La identificación de la planeación de los entornos ambientales en el establecimiento educativo.
- Línea de hábitat, espacio público y movilidad.
- Línea de eventos transmisibles de origen zoonótico.
- Línea de seguridad química.
- Características de las tiendas escolares.

-Espacio trabajo: Se realiza caracterización de los entornos de trabajo saludable para la promoción del autocuidado que incluye variables relacionadas con:

- Identificación de la unidad de trabajo informal (UTI).
- Clasificación de la UTI
- Caracterización de la actividad, flujograma del proceso de producción
- Condiciones de trabajo
- Identificación de riesgos y peligros
- Identificación de los individuos que trabajan en la UTI (sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, afiliación al sistema de seguridad social, nivel educativo)
- Condiciones de salud asociadas al trabajo
- Accidentes de trabajo relacionados con el trabajo en el último año
- Condiciones inseguras
- Alertas en mujeres, psicosociales y crónicas
- Canalizaciones.

-Espacio público: Se realiza caracterización de la composición poblacional de los habitantes del barrio, estrato de los barrios intervenidos, principales problemáticas de los barrios y servicios públicos con los que cuenta la población. La información que se recoge de estas variables no se hace de manera frecuente sino eventual.

Ahora bien, respecto a los procesos transversales, también se contemplan variables que favorecen la caracterización de las personas y del entorno. Dentro de estas variables se cuentan, las siguientes:

-Gestión de Programas y eventos de Interés en Salud Pública (GPAISP):

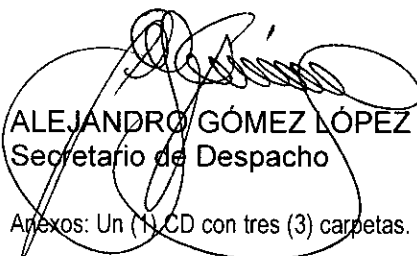
- Programa Ampliado de Inmunizaciones: Incluye variables como: Datos de identificación, edad, sexo, estado de aseguramiento en salud, asegurador en salud, dirección de residencia, localidad, UPZ y tipo de biológico administrado.
- Programas y eventos de Interés en Salud Pública: Incluye variables sociales, demográficas y clínicas de las personas abordadas a través de los espacios de vida y procesos transversales en el marco de las necesidades de tamización o seguimiento de usuarios que hacen parte de los programas como Tuberculosis, lepra y enfermedades transmitidas por vectores.

-Vigilancia en Salud Pública: Las variables que se capturan a través de este componente, se ciñen a los lineamientos que emite el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS). Se adjunta carpeta que contiene listado de variables que se registran, estructura de los registros y diccionarios de datos, para su conocimiento. Véase anexos carpeta pregunta 8.

En lo que se refiere a la pregunta de si ¿Se prevé incluir nuevas variables? De manera atenta se informa que la inclusión o supresión de variables de caracterización depende de aspectos como: La normatividad que sobre asuntos de salud pública expida el Ministerio de Salud y Protección Social, los requerimientos de información y lineamientos que emita el Instituto Nacional de Salud y las metas que se establezcan en el nuevo Plan de Desarrollo de la Alcaldía Mayor.


Espero con lo anterior haber dado respuesta completa a su solicitud, quedo atento a cualquier aclaración o información adicional que se requiera con miras a detallar lo enviado.

Atentamente,



ALEJANDRO GÓMEZ LÓPEZ
Secretario de Despacho

Anexos: Un (1) CD con tres (3) carpetas.

Aprobó: María Clemencia M. 
Revisó: Luz Mery V. Milana C. Elizabeth C.
Elaboró: J. Patiño S. Sindy S. Laura B. Viviana M. Miryam C. Libia R. Adriana G. Olga A. Martha C. Aida C.
VB 