



ANALES DEL CONCEJO

DE BOGOTÁ, D.C.

PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO I N°. 2813 DIRECTOR: DAGOBERTO GARCÍA BAQUERO. OCT. 05 DEL AÑO 2018

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

<u>PROYECTO DE ACUERDO N° 458 DE 2018 PRIMER DEBATE</u> "POR EL CUAL SE AUTORIZA A LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL, POR MEDIO DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD – FFDS, PARA ASUMIR COMPROMISOS CON CARGO A VIGENCIAS FUTURAS ORDINARIAS PARA EL PERÍODO 2019 - 2027"	8670
<u>PROYECTO DE ACUERDO N° 459 DE 2018 PRIMER DEBATE</u> "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL COBRO DE LA CONTRIBUCIÓN POR EL SERVICIO DE GARAJES O ZONAS DE ESTACIONAMIENTO DE USO PÚBLICO, INCLUYENDO EL ESTACIONAMIENTO EN VÍA"	8729

PROYECTO DE ACUERDO N° 458 DE 2018

PRIMER DEBATE

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Proyecto de Acuerdo No. 458 de 2018

“POR EL CUAL SE AUTORIZA A LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL, POR MEDIO DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD – FFDS, PARA ASUMIR COMPROMISOS CON CARGO A VIGENCIAS FUTURAS ORDINARIAS PARA EL PERÍODO 2019 - 2027”

Honorables Concejales:

De conformidad con lo establecido en el artículo 14 del Decreto 714 de 1996, Estatuto Orgánico de Presupuesto Distrital, en concordancia con el artículo 12 de la Ley 819 de 2003, la Administración Distrital presenta a consideración del Concejo de Bogotá un Proyecto de Acuerdo *“Por el cual se autoriza a la Administración Distrital, por medio del Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS, para asumir compromisos con cargo a vigencias futuras ordinarias para el período 2019 - 2027”*.

Dicha consideración desarrolla, desde el sector Salud, el logro del objetivo general del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” que busca *“(..) propiciar el desarrollo*



pleno del potencial de los habitantes de la ciudad, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de familia y de la sociedad. El propósito es aprovechar el momento histórico para reorientar el desarrollo de la ciudad, teniendo en cuenta que enfrentamos una oportunidad única para transformar la dinámica de crecimiento de Bogotá y hacerla una ciudad distinta y mejor. Así se recuperará la autoestima ciudadana y la ciudad se transformará en un escenario para incrementar el bienestar de sus habitantes y será reflejo de la confianza ciudadana en la capacidad de ser mejores y vivir mejor.”

La ejecución de dicho Plan se articula a través de tres pilares: i) Igualdad de calidad de vida ii) Democracia Urbana iii) Construcción de comunidad y cultura ciudadana, y cuatro ejes transversales: i) Un nuevo ordenamiento territorial ii) Calidad de vida urbana que promueva el desarrollo económico basado en el conocimiento iii) sostenibilidad ambiental basada en la eficiencia energética y el crecimiento compacto de la ciudad iv) gobierno legítimo, fortalecimiento local y eficiencia.

En el Pilar 1, Igualdad de calidad de vida, artículos 17 y 18, se establecen dos (2) programas fundamentales para el sector salud:

Artículo 17. Atención integral y eficiente en salud. El objetivo de este programa es el desarrollo conceptual, técnico, legal, operativo y financiero de un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud. Basándose en un modelo de salud positiva, corresponsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y una estrategia de Atención Prioritaria en Salud Resolutiva, que se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

Parágrafo. En el marco de la Ruta Integral de Atenciones para Niños, Niñas y Adolescentes, la Secretaría Distrital de Salud garantizará la cobertura en el esquema de vacunación de todos los niños y niñas menores de 5 años, en especial los vinculados a los programas de Atención a la Primera Infancia del orden Distrital y Nacional.

Artículo 18. Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud. El objetivo de este programa es mejorar la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para, también a través de la implementación de la historia clínica virtual, facilitar el acceso, a través de cualquier plataforma y también a través de la telesalud, a atenciones resolutivas, atención eficiente en la prestación de los servicios, información pertinente, suficiente y clara, individualizada y diferenciada, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, elevando el nivel de satisfacción en salud.

Se aunarán esfuerzos, mediante alianzas público privadas, con el fin de construir la infraestructura física requerida, aprovechando entre otros, predios ubicados dentro de la zona de desarrollo del proyecto ciudad salud Región.”

Dentro del Plan de Desarrollo, para ejecutar el programa establecido en el artículo 18, se encuentra el proyecto “Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud”.

Esta acción está descrita en las bases del Plan de Desarrollo en los siguientes términos:

“Se mejorará la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para facilitar el acceso a atenciones resolutivas y lograr la eficiencia en la prestación de los servicios a la población, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, elevando el nivel de satisfacción en salud, para lo cual resulta esencial la modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones de las instituciones de la red adscrita y vinculada y de la SDS.”

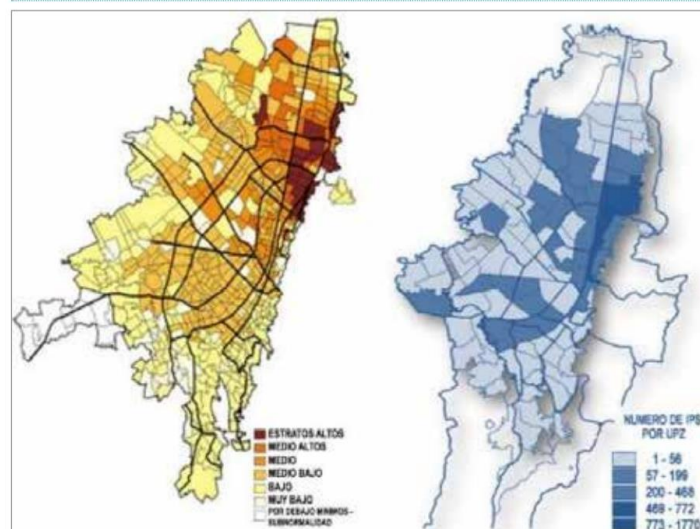
El diagnóstico que subyace a esta acción se plasma así en el Plan de Desarrollo:

“El Distrito Capital dispone de una infraestructura hospitalaria física y tecnológica con atrasos de hasta 15 años, que no está en capacidad para responder a las necesidades y demandas actuales y futuras de la población del Distrito Capital, afectando de esta manera la calidad percibida en la prestación de los servicios de salud.

En particular se llama la atención con respecto a que el 59% de las personas del régimen subsidiado atendidas en la ciudad, se encuentra insatisfecho con la atención en salud, entre otras razones porque la mayoría de servicios médicos especializados de carácter privado se localizan al nororiente de la ciudad y el 80% de los afiliados a dicho régimen se concentran en el sur y el occidente: “...Al contrastar la oferta de servicios en la red de prestadores privados y públicos, con su distribución en las localidades del D.C., se anota que el 68,6% de los servicios médicos especializados básicos en consulta externa (Medicina Interna, Pediatría, Anestesia y Ginecoobstetricia), se encuentran ubicados en la Red Norte en las localidades de Chapinero, (22,40%), Usaquén (21,62%), Teusaquillo (8,49%) y Suba (7,72%); en las Redes Sur y Centro Oriente cuenta con la menor oferta de estos servicios básicos especializados en las localidades de Usme (0,61%) y Antonio Nariño (1,88%) y para las localidades de Candelaria (0,30%) y Sumapaz (0,10%) de la Red Sur. El anterior comportamiento se extrapola a los servicios de Cirugía General, Ortopedia, Cardiología, Neurocirugía, Neurología, Nefrología, Nefrología - Diálisis Renal y Nefrología Pediátrica, Oncológicos, hospitalización, y la oferta para estos servicios es muy reducida o nula al igual en localidades como Usme, Bosa, Fontibón, Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria y Sumapaz”⁵⁵

Esta situación se expone de manera gráfica en el Mapa SII-P1-5.

Mapa SII-P1-5. Población e IPSS públicas y privadas, 2013



Ahora bien, aunque la oferta pública tiene su fortaleza en estas zonas, ésta presenta un rezago importante, por lo que se hace imperativo modernizar, renovar o construir centros ambulatorios y hospitalarios, así como centrales de urgencias y trauma.

Esta situación se ve agravada por la rigidez en la reglamentación urbana, en especial en el Plan Maestro de Equipamientos en Salud para Bogotá D.C. y en los plazos y tiempos para la formulación del Plan Bienal de Inversiones en Salud para Bogotá D.C.”

La estrategia que se ofrece dentro del Plan de Desarrollo es expuesta de la siguiente manera:

“En el contexto de la organización de la prestación de los servicios en red se adelantará un proceso de actualización y modernización de la oferta de servicios de salud en la ciudad, identificando las necesidades de infraestructura física y tecnológica que requiere la prestación de servicios por subredes integradas, teniendo en cuenta diversas fuentes de financiación que incluyen el esquema de asociaciones público privadas.

En particular, se propone el desarrollo de 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), ubicados en todas las localidades de la ciudad, cerca de los ciudadanos, que presten servicios con horarios extendidos, de tal manera que puedan atender las personas por medio de consultas prioritarias y programadas, que incluyan servicios generales y especializados, así como la complementación resolutiva necesaria por medio de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Así mismo **se desarrollarán 6 instalaciones hospitalarias (4 de reposición y 2 nuevas)** y cuatro centrales de urgencias (CEUS) que servirán para fortalecer y coordinar en lo operativo la atención de urgencias en la ciudad que hoy es totalmente insuficiente. Desde allí se realizará la recepción, manejo inicial y posterior atención o remisión a la red de hospitales. **(Subrayado fuera de texto)**

También se avanzará en la recuperación del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD), tomando en consideración las condiciones y posibilidades legales y de acuerdo con las competencias encomendadas al ente territorial en la materia.

Aunque la ley 735 de 2002 y el recientemente aprobado plan especial de manejo y protección, son claros en señalar las responsabilidades de la Nación en la remodelación, restauración y conservación de este bien de interés cultural, resulta claro que este centro es también parte del patrimonio histórico y científico del distrito, razón por la cual desde el distrito se acompañarán los esfuerzos y acciones orientadas a rescatar este conjunto como una institución hospitalaria de gran tradición e importancia para la ciudad, la región y el país.

Igualmente, se avanzará en la actualización tecnológica en los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como en el mejoramiento de las comunicaciones y sistemas de información de las entidades adscritas y vinculadas al sector salud de la ciudad.

Se buscará fortalecer la operación de un sistema de información interconectado entre las cuatro subredes, Capital Salud, la secretaria Distrital de Salud, la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica y las demás instituciones del sector.

Esto permitirá disponer de mecanismos tipo call center para las agendas de citas, el acceso más fácil a la historia clínica y procesos tipo tele-consulta y tele-diagnostico a nivel distrital.

Dadas las limitaciones financieras actuales para acometer todos estos proyectos se destaca que las asociaciones público privadas pueden ayudar a contrarrestar la brecha entre disponibilidad de recursos y necesidades prioritarias de infraestructura física y dotación tecnológica para la adecuada prestación de los servicios de salud en condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad.”

Del proyecto estratégico “infraestructura física y tecnológica de las sedes de salud” se presentan las siguientes líneas de acción:

“Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud. Mediante esta línea de acción se diseñará y pondrá en marcha una estructura técnica y operativa que permita identificar necesidades, evaluarlas técnica y financieramente, y liderar las mejores alternativas para su desarrollo, con el fin de cubrir las necesidades de infraestructura física y tecnológica que requiera la prestación de servicios de salud y sus servicios de apoyo. Esto incluye la participación activa en la discusión del plan de ordenamiento territorial y en la revisión y ajuste del Plan Maestro de Obras y Equipamientos de Salud.

Asociaciones público privadas en el sector salud. Incorpora el diseño e implementación de un esquema de este tipo al amparo de la Ley 1508 de 2012, lo que le permitirá al Distrito Capital disponer de los recursos necesarios para adelantar el proceso de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica que se requiere para poder ofrecer un servicio de salud oportuno, eficiente y de calidad.

Plataforma Única Bogotá Salud Digital. La ciudad podrá contar con una plataforma tecnológica virtual que, por mecanismos de interoperabilidad, permita unificar y centralizar la operación de la información administrativa, técnica y financiera de la Red Integrada de Servicios de Salud, con el fin de acercar al ciudadano a los servicios de salud y facilitar su acceso, utilizando las tecnologías de información y comunicación disponibles para procesos tales como pedir una cita, poner una queja o consultar su historial médico.

Adicionalmente a la mención del impacto e importancia del componente del proyecto contenida en las bases del Plan de Desarrollo antes transcrita, el artículo 62 del Acuerdo Distrital 645 del 9 de junio de 2016, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos 2016 – 2020”, enuncia los proyectos que considera estratégicos, incluyendo entre ellos en forma expresa la infraestructura y dotación para servicios de salud, así:

*“Artículo 62. Proyectos Estratégicos. Se consideran proyectos estratégicos para Bogotá D.C., aquellos que garantizan a mediano y largo plazo la prestación de servicios a la ciudadanía y que por su magnitud son de impacto positivo en la calidad de vida de sus habitantes. Dichos proyectos incluyen, entre otros, (...) **infraestructura y dotación para servicios de salud**... y demás proyectos de inversión asociados a la prestación de servicios para la ciudadanía. entre otros proyectos incluidos en el Plan de Desarrollo Distrital 2016 - 2020 "Bogotá Mejor para Todos"”. (Subrayado fuera de texto)*

1. —

En este sentido, el actual Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, retomó la importancia de la cobertura y calidad en la salud de la ciudad bajo un esquema altamente resolutivo en la atención primaria como la mejor vía para mejorar las condiciones de calidad de vida. En dicho marco, el proyecto “Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud”, busca reducir las brechas tanto en la oferta, dada la concentración de la prestación de los servicios de salud en el nororiente de la ciudad como en la calidad y oportunidad en razón a los altos niveles de ocupación de las actuales UMHES.

Competencia del Concejo Distrital para autorizar a la administración distrital para comprometer vigencias futuras

La competencia del Concejo Distrital para autorizar a la administración distrital para asumir compromisos con cargo a vigencias futuras excepcionales tiene su fundamento legal en el artículo 14 del Estatuto Orgánico de Presupuesto Distrital y en el artículo 12 de la Ley 819 de 2003, " Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.", normas que al respecto disponen:

Decreto 714 de 1996, Estatuto Orgánico de Presupuesto Distrital.

"Artículo 14º. De las Vigencias Futuras. La Administración Distrital podrá presentar para aprobación del Concejo Distrital la asunción de obligaciones, que afecten presupuestos de vigencias futuras, cuando su ejecución se inicie con el presupuesto de la vigencia en curso y el objeto del compromiso se lleve a cabo en cada una de ellas, siempre que los proyectos estén consignados en el Plan de Desarrollo respectivo y que sumados todos los

compromisos que se pretendan adquirir por esta modalidad, no excedan su capacidad de endeudamiento. Cuando se trate de proyectos de inversión deberá obtenerse un concepto previo y favorable del Departamento Distrital de Planeación. (...)".

"Artículo 10o. De las Funciones del Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal. El Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal -CONFIS- desarrollará las siguientes funciones:

(...)

a. Autorizar de conformidad con el Artículo 14 del presente Acuerdo, la asunción de obligaciones con cargo a vigencias futuras, siempre que éstas estén consignadas en el Plan de Desarrollo respectivo." (Acuerdo 24 de 1995, art. 9o.)

Ley 819 de 2003.

"Artículo 12. Vigencias futuras ordinarias para entidades territoriales. En las entidades territoriales, las autorizaciones para comprometer vigencias futuras serán impartidas por la asamblea o concejo respectivo, a iniciativa del gobierno local, previa aprobación por el Confis territorial o el órgano que haga sus veces.

Se podrá autorizar la asunción de obligaciones que afecten presupuestos de vigencias futuras cuando su ejecución se inicie con presupuesto de la vigencia en curso y el objeto del compromiso se lleve a cabo en cada una de ellas siempre y cuando se cumpla que:

a) El monto máximo de vigencias futuras, el plazo y las condiciones de las mismas consulte las metas plurianuales del Marco Fiscal de Mediano Plazo de que trata el artículo 1º de esta ley;

b) Como mínimo, de las vigencias futuras que se soliciten se deberá contar con apropiación del quince por ciento (15%) en la vigencia fiscal en la que estas sean autorizadas;

c) Cuando se trate de proyectos que conlleven inversión nacional deberá obtenerse el concepto previo y favorable del Departamento Nacional de Planeación.

La corporación de elección popular se abstendrá de otorgar la autorización si los proyectos objeto de la vigencia futura no están consignados en el Plan de Desarrollo respectivo y si sumados todos los compromisos que se pretendan adquirir por esta modalidad y sus costos futuros de mantenimiento y/o administración, se excede su capacidad de endeudamiento.

La autorización por parte del Confis para comprometer presupuesto con cargo a vigencias futuras no podrá superar el respectivo período de gobierno. Se exceptúan los proyectos de gastos de inversión en aquellos casos en que el Consejo de Gobierno previamente los declare de importancia estratégica.

En las entidades territoriales, queda prohibida la aprobación de cualquier vigencia futura, en el último año de gobierno del respectivo alcalde o gobernador, excepto la celebración de operaciones conexas de crédito público."

Con fundamento en dichas disposiciones la Administración Distrital presenta a aprobación del Concejo de Bogotá, la solicitud de autorización para asumir compromisos con cargo a Vigencias Futuras Ordinarias para el Fondo Financiero Distrital de Salud para el periodo 2019 - 2027 por valor de cuatrocientos treinta uno mil seiscientos sesenta y ocho millones seiscientos treinta y cinco mil seiscientos noventa y dos pesos constantes de 2018 (\$431.668'635.692)

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL COMPONENTE DEL PROYECTO DE INVERSIÓN PARA EL CUAL SE SOLICITAN VIGENCIAS FUTURAS EXCEPCIONALES.

Proyecto: “Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud”

Código presupuestal: 3.3.1.15.01.10.1191

1. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL DE PLANEACION Y SECTORIAL DE SALUD.

La transición del Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– definida por la ley 100 de 1993, ha traído como consecuencia numerosos cambios en el sector salud, que han repercutido en la estructura, organización, crecimiento y coordinación de los hospitales públicos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. –SDS–. Éstos se deben, fundamentalmente, a las reformas normativas del sector como la Ley 715 de 2001: artículos 43.2.3, 43.2.4 y 54, Documentos CONPES 3175 y 3204 de 2002, Ley 1122 de 2007, Decreto 1011 de 2006, Decreto 4747 de 2007, Sentencia C-614 de 2009, Sentencia T-760/08, Ley 1438 de 2011 y la Ley 1608 de 2013, entre otras, a la complementariedad que debe existir entre los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, como parte de la estrategia para el mejoramiento de las condiciones de calidad y eficiencia de los servicios que se ofrecen a los usuarios del Distrito Capital.

La Ley 1438 de 2011 Capítulo III, Artículo 12 establece como definición:

“(…) la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

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.

La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. (...)

Por su parte la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) tiene por objetivo:

“... garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”

Constituye un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de desarrollar la naturaleza y el contenido del derecho fundamental a la salud y es una oportunidad para reorientar el Sistema en su operación hacia el ciudadano.

La Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015):

Retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en el artículo 65 faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha Ley especifica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. La política de atención integral en salud se convierte en el puente entre seguridad social y Sistema de Salud. Esta política busca definir las bases que permitan la acción coordinada de las normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones que permitan la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e individuales que no permitan o afecten las ganancias en salud de la población colombiana.

En los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 en salud se encuentran:

1. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención
2. Mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las brechas en resultados en salud
3. Recuperar la confianza y legitimidad
4. Garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud

Para ello se cuentan con Estrategias como:

1. Aumentar el acceso efectivo y mejorar la calidad en la atención mediante un Programa de inversión pública hospitalaria para el fortalecimiento de la capacidad instalada: infraestructura física, equipamiento biomédico, industrial, tecnológico y mobiliario de las ESE.
2. Igualmente, el desarrollo de una Política de hospitales públicos con Ajustes al régimen laboral y empresarial, nuevos mecanismos de operación y una nueva regulación de subsidios a la oferta
3. El fortalecimiento de una Política de talento humano en salud que tenga a la Salud familiar y comunitaria como ejes articuladores.
4. La implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en particular en zonas dispersas
5. Política de respuesta en estados de emergencia que busca implementar y coordinar medidas de prevención y atención de manera oportuna

6. La implementación de la política de mejoramiento de la calidad a partir de un esquema de pago por desempeño y la mejoras al Sistema de Información para la Calidad

En la articulación del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial Nacional se definen como Retos actuales:

- ✓ Resolver (definitivamente) la crisis financiera
- ✓ Mejorar el flujo de recursos y la administración del sistema
- ✓ Disminuir las desigualdades entre regiones y grupos poblacionales
- ✓ Implementar plenamente el Plan Decenal de Salud Pública
- ✓ Garantizar el buen funcionamiento y la sostenibilidad de los hospitales públicos
- ✓ Recuperar la confianza y legitimidad

Elementos clave contenidos de conjunto en cuanto a retos, objetivos y estrategias presentes en la política distrital de salud, en particular para el fortalecimiento, buen funcionamiento y sostenibilidad de los hospitales públicos en este caso.

Política de Atención Integral en Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 429 de 17 de Febrero de 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud, PAIS, para la nación, con el objetivo de generar las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La implementación de esta política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Por otra parte en cumplimiento de la Ley 715 del 2001 y Ley 1151 de 2007 en su artículo 33, en el marco del “Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud”, del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en el año 2013 realizó y presentó ante esta Entidad los estudios técnicos de la Situación Actual de Prestación Pública de Servicios de Salud del Distrito de Bogotá y la Propuesta de Conformación de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud para el respectivo aval y el del Departamento Nacional de Planeación – DNP. Como producto de la revisión realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se emite el concepto de viabilidad técnica sobre el documento presentado por la SDS (Radicado No. 137316 de fecha 22/08/2013 de Minsalud).

Plan de Desarrollo Distrital

El Gobierno Distrital presenta para el periodo 2016 a 2020 el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, cuyo objetivo es propiciar el desarrollo pleno del potencial de los habitantes de la ciudad, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de una familia y la sociedad. Busca recuperar la autoestima ciudadana y transformar la ciudad en un escenario para incrementar el bienestar de sus habitantes, como reflejo de la confianza ciudadana en la capacidad de ser mejores y vivir mejor.

El Plan se estructura a partir de 3 pilares y cuatro ejes transversales, consistentes con el Programa de Gobierno. Para la construcción de dichos pilares y ejes se han identificado programas intersectoriales a ser ejecutados desde cada una de las entidades distritales y en algunos casos con la participación del sector privado. Los programas se encuentran estructurados de forma tal que permiten identificar el diagnóstico asociado a la problemática que se enfrenta, el objetivo, la estrategia expresada a nivel de proyectos y las metas de resultados a partir de las cuales se realizará el seguimiento y la evaluación al cumplimiento de los objetivos trazados.

Los pilares se constituyen en los elementos estructurantes para alcanzar el objetivo del Plan, cual es la felicidad para todos. Los pilares son: Igualdad en calidad de vida, Democracia Urbana y Construcción de Comunidad. Estos se soportan en ejes transversales que son los requisitos institucionales para que los pilares puedan edificarse, fortalecerse, tengan vocación de permanencia y puedan constituirse en fundamento del objetivo trazado.

Las estrategias transversales son: i) nuevo ordenamiento territorial, ii) calidad de vida urbana que promueve el desarrollo económico basado en el conocimiento, iii) sostenibilidad ambiental basada en la eficiencia energética y el crecimiento compacto de la ciudad y iv) Gobierno legítimo, eficiente en lo administrativo y fortalecido en lo local, que presta servicios de calidad al menor costo y en forma equitativa.

Los pilares y ejes transversales prevén la intervención pública para atender prioritariamente a la población más vulnerable, de forma tal que se logre igualdad en la calidad de vida, se materialice el principio constitucional de igualdad de todos ante la ley y se propicie la construcción de comunidad a través de la interacción de sus habitantes para realizar actividades provechosas y útiles.

La igualdad de calidad de vida, como primer pilar del Plan, debe propiciar la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más vulnerable y especialmente a la primera infancia. Estos programas estarán enfocados a intervenir el diseño y el funcionamiento de la ciudad partiendo de reconocer que de la calidad de la ciudad depende en gran medida la calidad de vida de sus habitantes.

La democracia Urbana, como segundo pilar del Plan, busca incrementar el espacio público, el espacio peatonal y la infraestructura pública disponible para los habitantes y visitantes de Bogotá, mediante la ejecución de programas orientados a materializar en acciones concretas el principio constitucional de igualdad de todos ante la ley y su corolario, según el cual el interés general prima sobre el particular. Para tal fin, debe tenerse en cuenta que el espacio

público y peatonal, así como la infraestructura urbana de una buena ciudad, deben ser atractivos, no deben requerir membrecías y todos tienen el mismo derecho a usarlos.

La Construcción de Comunidad, como tercer pilar del Plan, propende por consolidar espacios seguros y confiables para la interacción de la comunidad, mediante la ejecución de programas orientados a incrementar la percepción de seguridad ciudadana y a reducir los índices de criminalidad, acompañados de la ejecución de un programa de cultura ciudadana, que preparen la ciudad para la paz, que incrementen el sentido de pertenencia por Bogotá y que se complemente con espacios culturales, recreativos y deportivos para transformar la ciudad en una en cuyos espacios urbanos se conocen los vecinos, participan en actividades constructivas y se preocupan por su entorno

Política de Provisión de Servicios de Salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en ejercicio de sus funciones y reconociendo la necesidad de salud de la población, plantea la Reorganización de la Red Pública Prestadora de Servicios de Salud de Bogotá D.C; lo anterior, teniendo en cuenta las dinámicas del sector salud, el cambio en la normatividad vigente frente a la atención de las personas y la prestación de los servicios de salud en redes integrales de prestadores de servicios de salud en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud, la Política de Atención Integral en Salud y el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”.

Es así, como a partir del Acuerdo 641 del 06 de Abril de 2016 por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se definen las entidades y organismos que lo conforman, determinando la fusión de las siguientes Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., como sigue: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.: en la que se fusionan las Empresas Sociales del Estado de Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E: en la que se fusionan las Empresas Sociales del Estado de Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. en la que se fusionan las Empresas Sociales del Estado de: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E en la que se fusionan Empresas Sociales del Estado de: Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara.

Las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud adelantarán las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a nivel individual y colectivo, que le brinden al usuario una atención integral y se fortalecerán las acciones de autocuidado, mutuo cuidado y las acciones intersectoriales que fomenten acciones individuales y colectivas para incentivar estilos de vida saludable.

Para la implementación de este Acuerdo, se establece un periodo de transición de un año, contado a partir de la expedición del Acuerdo, con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de la fusión de las Empresas Sociales del Estado.

La Política de Provisión de Servicios de la Salud, construida desde el liderazgo de la Secretaria Distrital de Salud, como respuesta a la identificación de problemas estructurales y coyunturales, tales como: Desprotección del derecho fundamental a la salud, dificultades del Sistema general de seguridad social en salud (fragmentación del sistema, deficiencia en el ejercicio de la rectoría, vacíos en la normatividad vigente), modelo de atención Individual centrado en la enfermedad, baja correspondencia entre necesidades de salud versus la respuesta institucional, barreras de acceso a los servicios de salud:(administrativo, organizacionales, económicas, geográficas y culturales); Dificultades en la organización para la prestación de servicios de salud (Redes de prestación de servicios, baja capacidad de Gestión ESE- Gestión Financiera, Talento humano y sistemas de información); Baja capacidad resolutive en las Instituciones de baja complejidad, Deficiencia en los equipamientos (Distribución Inequitativa de equipamientos y vulnerabilidad de los equipamientos); Debilidades en los mecanismos de evaluación, gestión, e incorporación de la tecnología biomédica, Dificultades en la Información, Institucionalización de la participación comunitaria en salud, Deficiencias en la Calidad de Prestación de Servicios de Salud.

Busca direccionar, armonizar y regular la prestación de los servicios de salud con calidad, acorde a las necesidades o expectativas de la población de Bogotá, para mejorar la situación de salud de las personas y avanzar en la garantía del derecho a la salud, bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud y Salud Urbana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En igual sentido busca armonizar y reorganizar la prestación de los servicios de salud en redes para dar respuesta integral a las necesidades y expectativas de salud de la población y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud con enfoque de atención centrada en las personas.

Se toma como valores, la salud como elemento fundamental para el desarrollo entendido que la población sana contribuye al desarrollo individual y social y al sostenimiento económico; La Equidad como la ausencia de diferencias injustas, evitables y sistemáticas en el acceso a bienes, servicios y oportunidades entre poblaciones o grupos definidos social, económica, demográfica, o geográficamente; y La Solidaridad entendida como la confluencia de intereses, propósitos y afinidades entre los miembros de una sociedad para crear las condiciones necesarias para mejorar las situaciones sociales

De igual manera busca dar respuesta a las necesidades y expectativas de salud de la población, mediante la atención integral e integrada, transectorial, intersectorial e intra-sectorial, que permita la acción longitudinal, continúa y efectiva, mejorando la oportunidad, accesibilidad, pertinencia y suficiencia como atributos esenciales en la prestación de los servicios de salud.

Con base en las problemáticas identificadas se estructura la propuesta de soluciones de política en tres componentes que abordan el direccionamiento de la provisión de salud, la organización y gestión para la prestación de los servicios de salud y la garantía de la calidad de los servicios de salud.

Estos tres componentes se desarrollan y se operan a través de líneas de acción que dirigidas a los diferentes actores del SGSSS, abarcan acciones desde la formulación de políticas, programas y regulación de la prestación de los servicios hasta el desarrollo de incentivos para los prestadores de servicios de salud, pasando por el diseño del modelo de atención, ajuste de las redes de prestación de servicios de salud, fortalecimiento de equipamientos en salud y fortalecimiento de los sistemas de salud, de las competencias del talento humano y del sistema de garantía de calidad.

La política se desarrollará a través de un nuevo Modelo de Integral Atención en Salud MIAS que operará para la ciudad de Bogotá, el cual delimita las herramientas técnicas de gestión, operativas, seguimiento y reestructuración institucional, desde cada uno de los agentes del sistema con el fin de dar respuesta integral e integrada a las necesidades de su población.

El marco operativo del nuevo modelo lo constituyen:

- El abordaje de la población a lo largo del curso de vida
- El cuidado y autocuidado en salud
- La Atención primaria en salud
- La Salud urbana y rural: espacio público
- El Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza

La operación de la Red Integrada de Servicios de Salud de Bogotá tiene como propósito:

- La satisfacción de las necesidades y expectativas de la población bogotana en la prestación de servicios de salud, contribuyendo a minimizar o eliminar los riesgos y daños.
- La racionalización de la capacidad instalada, que favorecerá la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios con calidad y seguridad para contribuir al mejoramiento de los resultados en salud.
- El fortalecimiento del fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la detección temprana de riesgos y enfermedades, como componentes prioritarios en la atención integral en salud.
- Gestión y organización estratégica para el posicionamiento del cuidado de la salud y la sostenibilidad financiera.

Para ello son estrategias de apoyo a la Atención Integral en salud el fortalecimiento y desarrollo de:

- Requerimientos y Procesos del Sistema de Información
- Formas de Pago e Incentivos
- Fortalecimiento de la Infraestructura de las Subredes de Servicios de Salud.
- Generación y Apropiación del Conocimiento, Innovación e Investigación en Salud
- Información, Educación y Comunicación en Salud
- Articulación con sector Académico y Educativo.

El modelo está enmarcado en el Plan Decenal de Salud Pública, acorde con los objetivos y metas del Plan de Desarrollo Distrital y las prioridades definidas en el **Plan Territorial de Salud**, el cual plantea como misión, visión y objetivos estratégicos:

“Misión

Asegurar la atención integral e integrada en salud a la población de Bogotá D.C., a través de un modelo de atención en salud, en el que la reorganización de la red pública distrital de prestación de servicios, disminuye las barreras de acceso y la gestión del riesgo en salud modifica las condiciones por las que la población enferma, muere o adquiere una discapacidad y en el que la acción intersectorial aporta al mejoramiento de la calidad de vida para un mejor vivir.

Visión

Para el año 2020 Bogotá D.C. será reconocida como una ciudad que promueve el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, la familia y la sociedad y el desarrollo sostenible; donde los distintos sectores articulan sus procesos para transformar las condiciones de vida y el riesgo de enfermar, morir o adquirir discapacidad que tienen las personas, mediante la atención integral e integrada, reduciendo así los índices de vulnerabilidad y fragilidad socioeconómica, promoviendo la equidad y la justicia social.

Objetivos Estratégicos

- Contar con un nuevo modelo integral de salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que atiende de manera integral e integrada a las personas acorde a la reorganización de redes de prestación de servicios, que fortalece las acciones colectivas y las articula con las de tipo individual, garantiza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disminuye las barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y administrativas incidiendo en el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad; así mismo, responde a las necesidades y expectativas de las personas y especialmente a las poblaciones más pobres y necesitadas, dentro de un esquema de aseguramiento en un ejercicio de gobernanza y rectoría en salud.
- Desarrollar acciones intersectoriales y generar asociaciones público privadas, que permitan la implementación de planes, programas y proyectos que incidan de manera positiva en las condiciones sociales, ambientales y económicas de los habitantes de la zona urbana y rural y que mejoren el acceso a los servicios de salud en condiciones dignas, lo que a su vez se reflejará en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población y en la disminución de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por eventos evitables.

Estos grandes objetivos implican la coordinación y articulación intersectorial a nivel nacional, departamental y distrital con el fin de trascender el sector salud y abordar las necesidades de salud desde la determinación de la salud, en el marco del desarrollo de las funciones de salud pública del ente territorial y el fortalecimiento de la función rectora y gobernanza en

salud, con un fuerte componente de mejoramiento de la calidad y capacidad resolutive de la infraestructura hospitalaria para la atención.

En consonancia con el articulado del Plan de Desarrollo Distrital 2016-2020, el plan territorial de salud, que constituye un anexo de dicho Plan, de manera específica señala que:

“6.3.2. Programa Modernización de la Infraestructura Física y Tecnológica en Salud”. El Programa busca mejorar la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para facilitar el acceso a atenciones resolutivas y lograr la eficiencia en la prestación de los servicios a la población, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, elevando el nivel de satisfacción en salud, para lo cual resulta esencial la modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones de las instituciones de la red adscrita y vinculada y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Con este fin y en el contexto de la organización de la prestación de los servicios en red se adelantará un proceso de actualización y modernización de la oferta de servicios de salud en la ciudad, identificando las necesidades de infraestructura física y tecnológica que requiere la prestación de servicios por sub redes integradas, teniendo en cuenta diversas fuentes de financiación que incluyen el esquema de asociaciones público privadas.

En particular, se propone el desarrollo de Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), ubicados en todas las localidades de la ciudad, cerca de los ciudadanos, que presten servicios con horarios extendidos, de tal manera que puedan atender las personas por medio de consultas prioritarias y programadas, que incluyan servicios generales y especializados, así como la complementación resolutive necesaria por medio de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Así mismo son metas del proyecto:

Construir 2 instalaciones hospitalarias incluido Usme
Reponer 4 instalaciones hospitalarias

Más adelante el mismo Plan señala que:

“6.3.2.1. Proyecto estratégico: Modernización de la infraestructura física y tecnológica. A través de este proyecto se realizarán las acciones de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica en los servicios de salud en la red pública distrital adscrita a la SDS, teniendo en cuenta que las principales acciones incluyen las siguientes tres líneas de acción: Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud; Asociaciones público privadas en el sector salud y Plataforma única Bogotá Salud Digital”

2. Cumplimiento de requisitos, así:

2.1. Dentro del Plan de Desarrollo vigente se hace referencia a la importancia y el impacto que tiene el desarrollo del proyecto conforme se describe a continuación:



“4.1.10. MODERNIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA EN SALUD

Se mejorará la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para facilitar el acceso a atenciones resolutivas y lograr la eficiencia en la prestación de los servicios a la población, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, elevando el nivel de satisfacción en salud, para lo cual resulta esencial la modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones de las instituciones de la red adscrita y vinculada y de la SDS.”¹ (Negrilla fuera del texto).

“4.1.10.1. Diagnóstico

El Distrito **Capital dispone de una infraestructura hospitalaria física y tecnológica con atrasos de hasta 15 años, que no está en capacidad para responder a las necesidades y demandas actuales y futuras de la población del Distrito Capital,** afectando de esta manera la calidad percibida en la prestación de los servicios de salud.”² (Negrilla fuera del texto).

“4.1.10.2. Estrategia

En el contexto de la organización de la prestación de los servicios en red se adelantará un proceso de actualización y modernización de la oferta de servicios de salud en la ciudad, identificando las necesidades de infraestructura física y tecnológica que requiere la prestación de servicios por subredes integradas, teniendo en cuenta diversas fuentes de financiación que incluyen el esquema de asociaciones público privadas.

En particular, se propone el desarrollo de 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), ubicados en todas las localidades de la ciudad, cerca de los ciudadanos, que presten servicios con horarios extendidos, de tal manera que puedan atender las personas por medio de consultas prioritarias y programadas, que incluyan servicios generales y especializados, así como la complementación resolutiva necesaria por medio de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Así mismo se desarrollarán 6 instalaciones hospitalarias (4 de reposición y 2 nuevas) y cuatro centrales de urgencias (CEUS) que servirán para fortalecer y coordinar en lo operativo la atención de urgencias en la ciudad que hoy es totalmente insuficiente. Desde allí se realizará la recepción, manejo inicial y posterior atención o remisión a la red de hospitales.”³ (Negrilla fuera del texto).

¹ <https://www.subredsuoccidente.gov.co/sites/default/files/planeacion/TOMO1-digital.pdf> Plan de Desarrollo Distrital 2016-2020 Bogotá Mejor para Todos. Pag 162.

² <https://www.subredsuoccidente.gov.co/sites/default/files/planeacion/TOMO1-digital.pdf> Plan de Desarrollo Distrital 2016-2020 Bogotá Mejor para Todos. Pag 162.

³ <https://www.subredsuoccidente.gov.co/sites/default/files/planeacion/TOMO1-digital.pdf>. Plan de Desarrollo Distrital 2016-2020 Bogotá Mejor para Todos. Pag 164.

“Igualmente, **se avanzará en la actualización tecnológica en los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico**, así como en el mejoramiento de las comunicaciones y sistemas de información de las entidades adscritas y vinculadas al sector salud de la ciudad.”⁴ (Negrilla fuera del texto).

2.2. Dentro del Plan de Inversiones del Plan de Desarrollo vigente se encuentra incorporado el proyecto que supera el período de Gobierno.

Inversión: Directa
Sector: Salud
Plan de Desarrollo: Bogotá mejor para todos
Eje Estratégico/Pilar: Pilar 1 Igualdad de calidad de vida
Programa: 10 Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud
Proyecto: Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud.

Metas Plan del proyecto:

1. Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020
2. Construir 2 instalaciones hospitalarias incluido Usme
3. **Reponer 4 instalaciones hospitalarias**
4. **Construir 4 centrales de urgencias (CEUS) cercanas al ciudadano al 2019**
5. Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, el 100% de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020
6. Crear una plataforma tecnológica virtual.

2.3. Dentro del Plan Financiero de la Secretaria Distrital de Salud a diez años esté definido e incorporado el impacto financiero del proyecto y es compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo de Bogotá D.C.

Valor y fuentes de Vigencias Futuras, (Ver Anexo 1, Formato de Vigencias Futuras)

PESOS CORRIENTES											
FUENTE DE FINANCIACIÓN-PROCESO CONTRATACIÓN	APROPIACIÓN VIGENCIA ACTUAL*	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
RECURSOS PROPIOS	52.616.890.000	1.044.266.162	879.730.211	908.761.308	941.476.715	24.864.982.200	25.760.121.560	26.687.485.936	27.648.235.429	27.519.980.624	136.255.040.146
RECURSOS ADMON CENTRAL											0
TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN	23.559.928.063	62.544.504.774	64.545.928.926	110.935.538.911	114.929.218.311						352.955.190.922
RECURSOS CRÉDITO DE LA ENTIDAD											0
TOTAL	76.176.818.063	63.588.770.936	65.425.659.138	111.844.300.219	115.870.695.027	24.864.982.200	25.760.121.560	26.687.485.936	27.648.235.429	27.519.980.624	489.210.231.068

* Para las vigencias futuras presentadas junto con el Proyecto de Presupuesto Anual del Distrito Capital, debe indicarse el valor que se apropiará para el proyecto, a APROPIACIÓN VIGENCIA / TOTAL VIGENCIA FUTURA (Mínimo 15%) 15,57%

PESOS CONSTANTES DEL AÑO EN QUE SE AUTORIZAN												
FUENTE DE FINANCIACIÓN-PROCESO CONTRATACIÓN	APROPIACIÓN VIGENCIA ACTUAL*	VIGENCIAS FUTURAS										
		(% Inflación) esperada según lineamientos de la SDH	3,00%	3,20%	3,30%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	TOTAL
		Defactor	1,030	1,063	1,098	1,138	1,179	1,221	1,265	1,310	1,358	1,221
RECURSOS PROPIOS	52.616.890.000		1.013.850.643	827.623.063	827.623.063	827.623.063	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	20.270.868.103	108.161.552.599
RECURSOS ADMON CENTRAL	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN	23.559.928.063		60.722.820.169	60.722.820.169	101.030.721.378	101.030.721.378	0	0	0	0	0	323.507.083.093
RECURSOS CRÉDITO DE LA ENTIDAD	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	76.176.818.063		61.736.670.812	61.550.443.232	101.858.344.441	101.858.344.441	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	20.270.868.103	431.668.635.692

2.4. El proyecto se encuentra viabilizado dentro del Banco de Programas y Proyectos Distrital.

⁴ <https://www.subredsuroccidente.gov.co/sites/default/files/planeacion/TOMO1-digital.pdf>. Plan de Desarrollo Distrital 2016-2020 Bogotá Mejor para Todos. Pag 164.

Se anexa Ficha EBI actualizada de proyecto 1191, certificación de inscripción en el banco de proyectos.

Ver Anexo 2: Banco de proyectos

Ficha EBI actualizada de proyecto 1191,

3. Parámetros del Proyecto de inversión para el cual se solicitan vigencias futuras:

3.1. Identificación del proyecto:

Proyecto: Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud.

Código presupuestal: 3.3.1.15.01.10.1191

3.2. Descripción detallada del proyecto.

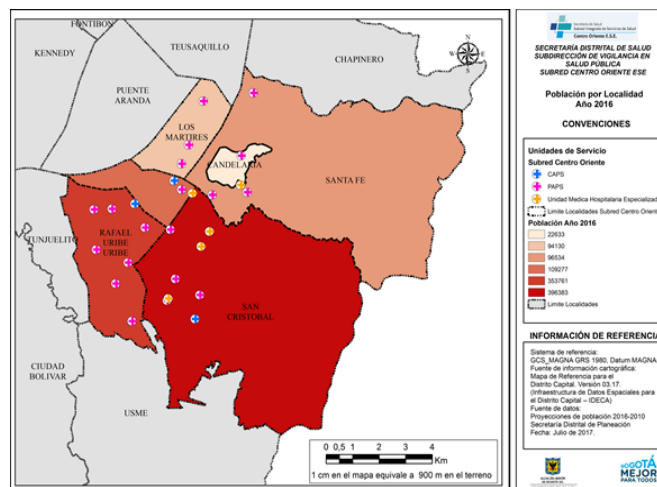
Son elementos de la descripción detallada:

- i. Caracterización del Hospital Santa Clara del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios
- ii. Vocación
- iii. Infraestructura
- iv. Funcionalidad
- v. Cadena de valor
- vi. Tecnologías
- vii. PMA
- viii. Ubicación
- ix. Relaciones interfuncionales
- x. Conceptualización Arquitectónica del proyecto
- xi. Plan de equipamientos,
- xii. Docencia e investigación

3.3. Identificación de la población afectada.

Las localidades son Antonio Nariño, La Candelaria, Los Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal y Santa Fe:

Zonas de la Subred Centro Oriente⁵



Fuente: IDECA Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital 2014

División Subredes Bogotá D. C.⁶



Fuente: “Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud 2016”.

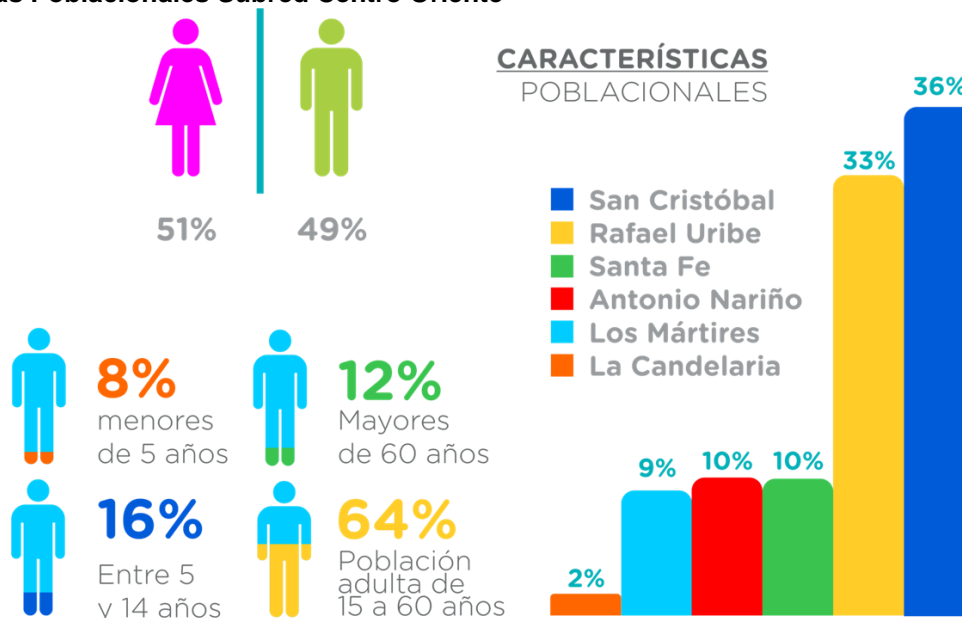
⁵ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD”, A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3– Oferta – Demanda Subred Centro Oriente –

⁶ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD”, A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3– Oferta – Demanda Sub Red Centro Oriente –

Variables para estimación de población objetivo del proyecto⁷

Afiliados por régimen	Porcentaje
Régimen contributivo	5%
Régimen subsidiado	100%
Régimen vinculado	100%
Otros	3.50%
Población total	100%

Fuente: Elaboración Consorcio CURRIE & BROWN-ESAN con base en los datos del documento Reorganización de la Red Pública de Servicios de Salud de Bogotá D.C.

Características Poblacionales Subred Centro Oriente⁸

Fuente: Subred integrada de Servicios de Salud, Centro Oriente E.S.E.

Crecimiento poblacional 2011 – 2015 Subred Centro Oriente⁹

Subred	Localidad	2011	2015	Variación %
				2011-2015
Centro Oriente	Antonio Nariño	108,307	108,941	0.59%
	La Candelaria	24,144	24,096	-0.20%
	Los Mártires	97,926	98,758	0.85%

⁷ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD”, A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta – Demanda Sub Red Centro Oriente –

⁸ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD”, A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta – Demanda Sub Red Centro Oriente –

⁹ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD”, A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta – Demanda Sub Red Centro Oriente –

Rafael Uribe	377,615	375,107	-0.66%
San Cristóbal	409,799	406,025	-0.92%
Santa Fe	109,993	110,053	0.05%

Fuente: Convenio de cooperación técnica DANE- SDP No 096-2007

Fecundidad por localidad¹⁰

Localidad	Global (por mujer)		General (por 1,000 mujeres)	
	2005 - 2010	2010 - 2015	2005 -2010	2010 - 2015
Antonio Nariño	1.70	1.66	50.90	48.50
La Candelaria	1.70	1.65	53.20	50.40
Los Mártires	1.93	1.91	58.50	57.20
Rafael Uribe	2.11	2.04	64.10	59.60
San Cristóbal	2.24	2.13	68.10	61.90
Santa Fe	1.96	1.92	60.40	57.20
Bogotá	1.93	1.91	58.20	56.80

Fuente: SDP Inventario de Información en Materia Estadística Sobre Bogotá, proyecciones de fecundidad por localidad 2005-2015

Migrantes netos y tasa neta de migración x 1000, por localidad¹¹

LOCALIDAD	TOTAL		TASA (POR MIL)	
	2005 -2010	2010 - 2015	2005 -2010	2010 - 2015
Antonio Nariño	-3432	3376	-6.39	-6.22
La Candelaria	-797	-784	-6.63	-6.50
Los Mártires	-3018	-2966	-6.24	-6.04
Rafael Uribe	-26169	-25721	-13.87	-13.66
San Cristóbal	-30145	-29631	-14.71	-14.52
Santa Fe	-5119	-5033	-9.33	-9.15
Bogotá	79187	79114	2.23	2.08

Fuente: SDP Inventario de información estadística sobre Bogotá.

¹⁰ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD", A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta – Demanda Sub Red Centro Oriente –

¹¹ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD", A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta – Demanda Sub Red Centro Oriente –

Hogares que consideran que sus ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, por localidad¹²

Localidad	Año				Participación 2014	Cambio del 2011 al 2014		Posición 2014
	2011		2014			%	Hogares	
	Hogares	%	Hogares	%				
Chapinero	3,646	6.2	2,982	4.6	0.8	-18.2	-664	1
Teusaquillo	3,489	6.4	3,065	5.1	0.8	-12.2	-424	2
Usaquén	14,277	9.2	13,131	7.3	3.5	-8.0	-1,146	3
Puente Aranda	12,697	16.3	6,538	7.7	1.8	-48.5	-6,159	4
Fontibón	12,866	12.4	13,218	11.1	3.6	2.7	352	5
Barrios Unidos	9,547	12.6	10,123	11.8	2.7	6.0	576.5	6
Los Mártires	5,338	17.8	4,480	13.5	1.2	-16.1	-857	7
Suba	52,108	16.4	50,137	14.1	13.5	-3.8	-1,971	8
Antonio Nariño	5,490	17.7	4,850	14.2	1.3	-11.7	-641	9
Rafael Uribe Uribe	28,375	27.3	15,563	14.4	4.2	-45.2	-12,812	10
Kennedy	54,168	18.8	45,851	14.6	12.3	-15.4	-8,318	11
La Candelaria	1,800	19.3	1,577	16.1	0.4	-12.4	-223	12
Tunjuelito	11,307	20.0	9,918	16.4	2.7	-12.3	-1,389	13
Engativá	42,207	17.2	47,908	17.3	12.9	13.5	5,701	14
San Cristóbal	28,147	25.8	21,698	18.7	5.8	-22.9	-6,449	15
Ciudad Bolívar	48,915	28.9	37,790	19.6	10.2	-22.7	-11,125	16
Bosa	36,668	22.9	42,483	23.5	11.4	15.9	5,815	17
Santafé	9,043	25.6	9,157	25.2	2.5	1.3	114	18
Usme	25,771	25.2	31,687	26.6	8.5	23.0	5,917	19

Fuente: DANE, Encuesta multipropósito Bogotá (EMB) 2011 y 2014. Cálculos Observatorio de Desarrollo Económico (ODE).

¹² ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD", A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta - Demanda Sub Red Centro Oriente -

Proyección de población de la Subred Centro Oriente ¹³

Año	Adultos	Niños	Total
2015	759,650	363,330	1,122,980
2016	767,255	357,781	1,125,036
2017	775,191	352,325	1,127,515
2018	783,466	346,960	1,130,426
2019	792,091	341,685	1,133,776
2020	801,078	336,498	1,137,575
2021	810,436	331,397	1,141,833
2022	820,179	326,382	1,146,560
2023	830,317	321,450	1,151,767
2024	840,864	316,599	1,157,464
2025	851,833	311,830	1,163,663
2026	863,236	307,139	1,170,375
2027	875,088	302,527	1,177,615
2028	887,403	297,990	1,185,393
2029	900,196	293,529	1,193,725
2030	913,484	289,141	1,202,625
2031	927,281	284,826	1,212,106
2032	941,604	280,581	1,222,186
2033	956,472	276,407	1,232,879
2034	971,902	272,301	1,244,202
2035	987,912	268,262	1,256,174
2036	1,004,523	264,290	1,268,812
2037	1,021,753	260,382	1,282,135
2038	1,039,624	256,539	1,296,163
2039	1,058,158	252,758	1,310,916
2040	1,077,376	249,039	1,326,415
2041	1,097,303	245,380	1,342,683
2042	1,117,961	241,781	1,359,742

Población objetivo del proyecto Subred Centro Oriente ¹⁴

Año	Adultos	Niños	Total
2015	244,671	117,650	362,321
2016	247,101	115,850	362,951
2017	249,637	114,080	363,717
2018	252,281	112,340	364,621
2019	255,038	110,629	365,667
2020	257,911	108,946	366,858

¹³ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD", A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta - Demanda Sub Red Centro Oriente -

¹⁴ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD", A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta - Demanda Sub Red Centro Oriente-

Año	Adultos	Niños	Total
2021	260,903	107,292	368,195
2022	264,018	105,665	369,683
2023	267,260	104,065	371,325
2024	270,633	102,492	373,125
2025	274,140	100,945	375,085
2026	277,787	99,424	377,211
2027	281,578	97,928	379,506
2028	285,517	96,457	381,973
2029	289,609	95,010	384,618
2030	293,859	93,587	387,446
2031	298,273	92,187	390,460
2032	302,855	90,811	393,665
2033	307,611	89,457	397,068
2034	312,547	88,125	400,673
2035	317,670	86,816	404,485
2036	322,984	85,528	408,512
2037	328,497	84,261	412,757
2038	334,215	83,014	417,229
2039	340,145	81,788	421,933
2040	346,294	80,582	426,876
2041	352,670	79,396	432,066
2042	359,280	78,229	437,509

Fuente: Elaboración Consorcio CURRIE & BROWN-ESAN con datos de población DANE y porcentajes del documento Reorganización de la Red Pública de Servicios de Salud de Bogotá D.C.

“La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. fusiona las Empresas Sociales del Estado que se encuentran en la jurisdicción de las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Mártires, Antonio Nariño, Rafael Uribe y Candelaria; con el fin de lograr la implementación del Modelo de Prestación de Servicios en Red.

La Subred Centro Oriente, comprende las localidades antes mencionadas con sus respectivos habitantes y áreas territoriales. La localidad con mayor territorio es San Cristóbal (40%), seguido de Santa Fe (37%) y en tercer lugar esta Rafael Uribe (11%). En cuanto a la concentración de la población, esta se encuentra principalmente en San Cristóbal (36%), seguido de Rafael Uribe (33%). Estas localidades concentran cerca del 70% de la población de la Subred Centro Oriente.

De las 4 Subredes, la Centro Oriente es la menos poblada, ya que sólo tiene el 14.25% de todo el Distrito, pero cuenta con una amplia población flotante.

Localidad Santa Fe

De las 6 unidades de planeamiento zonal que conforman la localidad de Santa Fe (Sagrado Corazón UPZ 91, Macarena UPZ 92, Nieves UPZ 93, Cruces UPZ 95, Lourdes UPZ 96 y la zona Rural), las que más concentran población son: Lourdes con el 42,3%, Las Cruces con el 21,3% y La Macarena con el 12,9%.



La población se distribuye en mayor proporción en las UPZ 96 (Lourdes) con 46,551 personas y UPZ 95 (Las Cruces) con 23,436 personas correspondientes al territorio social 1. Esta dinámica poblacional puede estar relacionada con los asentamientos de origen informal que presentan importantes deficiencias en la infraestructura, equipamiento urbano y construcciones populares con crecimiento endógeno que albergan inquilinatos y casas compartidas por familias extensas.

La Localidad de Santa Fe cuenta con 110,621 habitantes, según las proyecciones realizadas por Currie & Brown- ESAN con base en los datos proporcionados por el DANE. De la población antes mencionada, el 49.5% son mujeres y el 50.5% son hombres. La estructura de la pirámide poblacional se analizará en secciones subsecuentes.

Localidad Los Mártires

La Localidad Los Mártires está conformada por la UPZ 37 Santa Isabel con los Barrios: Eduardo Santos, El Progreso, El Vergel, Santa Isabel y Veraguas, la UPZ 102 Sabana con los Barrios: Colseguros, El Listón, florida, La Estanzuela, La Favorita, La Pepita, La Sabana, Paloquemao, Panamericano, Ricaurte, Samper Mendoza, San Fason, San Victorino, Santa Fe, Usatama, Voto Nacional.

Localidad La Candelaria

La Candelaria – UPZ 94 (Localidad La Candelaria): sector con predominio de vivienda. Está conformada por los barrios Las Aguas y La Concordia: Son barrios que cuentan con edificaciones bien mantenidas y remodeladas, las cuales conservan la estructura arquitectónica original. En esta zona, la Alcaldía Mayor ha hecho un gran esfuerzo por promover la residencia, el turismo y la cultura. Estos barrios albergan un importante número de universidades y colegios, lo cual origina población flotante. No hay presencia de zonas verdes, lo que contrasta con la gran actividad cultural, como bibliotecas y teatros. Existe diversidad de población, pues se encuentran personas del mundo político, artistas, profesionales, familias acaudaladas, personas con escasos recursos económicos, inquilinatos, mendigos, entre otros; el barrio Santa Bárbara, se encuentran casas antiguas sin remodelar, abandonadas o semi – demolidas; el barrio Belén cuenta con una infraestructura antigua albergando un buen número de inquilinatos. Entre las problemáticas percibidas por sus habitantes están la inseguridad, la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas, dentro del barrio existe una zona denominada Antigua Fábrica de Loza, una especie de laberinto que sirve de habitación para familias y refugio para los antisociales, donde las condiciones de vida son bastante precarias; el barrio Nueva Santa Fe: Cuenta con un área aproximada de 67.500 m² (6.7 hectáreas) de los cuales 56.850 m² corresponden a vivienda y 10.650 a equipamientos comunales, se caracteriza por ser el único sector de localidad de estrato 4. Alberga en su mayoría empleados del sector oficial.

Localidad Antonio Nariño

Se encuentra conformada por 2 Unidades de Planeación Zonal (UPZ). La número 38, Restrepo tiene una extensión de 355 hectáreas de las cuales 13 corresponden a suelo protegido. Esta UPZ limita, por el norte, con la Av. Fucha (Cil. 8ª sur) y la Av. de La Hortúa (Cil. 1ª); por el oriente con la Av. Caracas carretera a Usme; por el sur con la Av. Primero de Mayo y la Av. General Santander (Cra. 27) y por el occidente con la Autopista Sur. Es un

sector con centralidad urbana, de estrato 3, se destaca por albergar dentro de su territorio equipamientos como la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD, Colegios Distritales y Privados, Hospitales, SENA y la zona comercial del Restrepo, 2 plazas de mercado, centros comerciales y el Cementerio del Sur. La UPZ 35 - Ciudad Jardín, se ubica en la zona oriental de Antonio Nariño, tiene una extensión de 133 hectáreas, alberga actividades complementarias sobre los ejes de la malla vial de integración ciudad región como son: la Av. Fernando Mazuera (Cra. 10), la Av. Caracas, la Av. Primero de Mayo (Cll. 22 Sur) y la Av. de la Hortúa (Cll. 1), a partir de las cuales se articula la UPZ con el centro tradicional de la ciudad y con las centralidades del 20 de Julio y el barrio Restrepo. Es un sector residencial consolidado de estrato 2 y 3, contiguo al centro de la ciudad.

Localidad Rafael Uribe

La localidad está integrada por cinco UPZ: UPZ 36 San José, UPZ 39 Quiroga, UPZ 53 Marco Fidel Suárez, UPZ 54 Marruecos y UPZ 55 Diana Turbay. La UPZ San José se ubica en el centro oriente de la localidad y es de tipo residencial consolidada, con zona comercial alrededor de las vías principales. La mayoría de su población se encuentra en estrato medio bajo (96%), un 3% en bajo y 1% sin estrato por ilegalidad barrial. Tiene un total de 5 barrios. Dentro de las problemáticas ambientales se encuentran: disposición inadecuada de residuos sólidos en algunas calles, vías principales y zonas verdes, tenencia inadecuada de animales (mascotas) al interior de las viviendas y en zonas comunes, las cuales dejan excrementos y son portadores de enfermedades zoonóticas, manejo inadecuado de alimentos por deficientes prácticas higiénico sanitarias en algunos establecimientos, contaminación atmosférica asociada al tránsito constante de vehículos de alto cilindraje, contaminación visual y sonora.

La UPZ Quiroga se ubica al extremo noroccidental de la localidad y es del tipo residencial consolidado, con bastante comercio alrededor de sus vías principales entre las cuales se destacan la Avenida Primero de Mayo y la Avenida 27. La mayoría de su población se encuentra en estrato medio bajo (98%) y el 2% sin estrato por ilegalidad barrial. Tiene un total de 14 barrios. No cuenta con territorios caracterizados por el Programa SASC. Comparte similares problemáticas ambientales encontradas para la UPZ San José. La UPZ 53 Marco Fidel Suárez está ubicada en la parte central de la localidad 18, la atraviesa de oriente a occidente, entre la Avenida Caracas y la Carrera 10 y desde los cerros de Chircales hasta la Zona Quebradas del Barrio las Colinas. Pertenece a la zona crítica de pobreza acumulada. Es una de las más densamente pobladas de la localidad y su expansión urbana ha llegado a su máxima expresión en todos los sectores que la conforman; la mayoría de sus barrios presentan dificultades en el acceso y la movilidad en cuanto a que buena parte de sus calles se encuentran construidas mediante interminables escaleras. La mayoría de su población se encuentra en estrato bajo (74%), seguido de estrato medio bajo (25%). Tiene un total de 30 barrios. Cuenta con 11 territorios caracterizados por el Programa SASC desde el año 2004, los dos últimos se caracterizaron en 2008, cada uno con 1.200 familias.

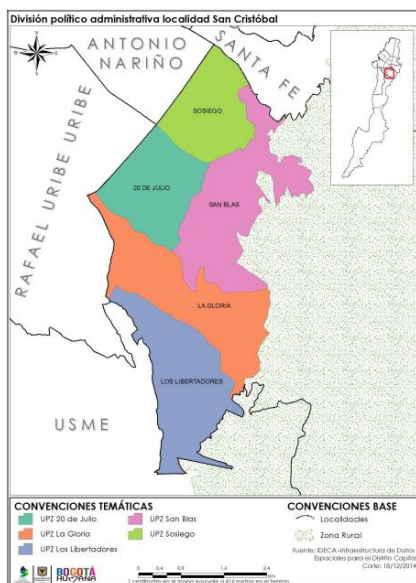
La UPZ 54 Marruecos ubicada en la parte sur de la localidad 18, la atraviesa de oriente a occidente, entre la Avenida Caracas y la Avenida Darío Echandía y Cerros de Oriente; y desde los Cerros de Chircales hasta la Quebrada la Chiguaza y la Penitenciaría de la Picota.



Pertenece a la zona crítica de pobreza acumulada. La mayoría de su población se encuentra en estrato bajo (83,8%), seguido de estrato bajo- bajo (12%) y sin estrato (3,2%) por ilegalidad de barrios. Tiene un total de 39 barrios. Cuenta con 10 territorios caracterizados por el Programa SASC desde el año 2004, cada uno con 1.200 familias.

Localidad San Cristóbal

Ilustración 1 - San Cristóbal y sus UPZ



Cabe también mencionar que el proyecto de la Subred Centro Oriente, el cual comprende la sustitución del Hospital de Santa Clara, así como la sustitución del Instituto Materno Infantil, ambos se encuentran ubicados en la Localidad de San Cristóbal, es por esto que a lo largo del presente documento se hará referencia principalmente a la localidad de San Cristóbal, aunado a que es la localidad que posee una mayor extensión de territorial (40%) y el mayor número de población (36%).

La localidad de San Cristóbal esta se ubica en el centro sur oriental de la ciudad, no posee amplias zonas de expansión urbana y muchos de sus habitantes migran hacia otros sectores de la ciudad al conformar nuevos núcleos familiares, al mismo tiempo su ubicación estratégica y características socioeconómicas la mantienen atractiva para la llegada de población desplazada y víctimas del conflicto armado, al igual

que para quienes deciden emprender su vida en la Ciudad Capital, generando alta rotación poblacional y cohabitacionalidad en muchas de sus viviendas.

Fuente: IDECA Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital 2014

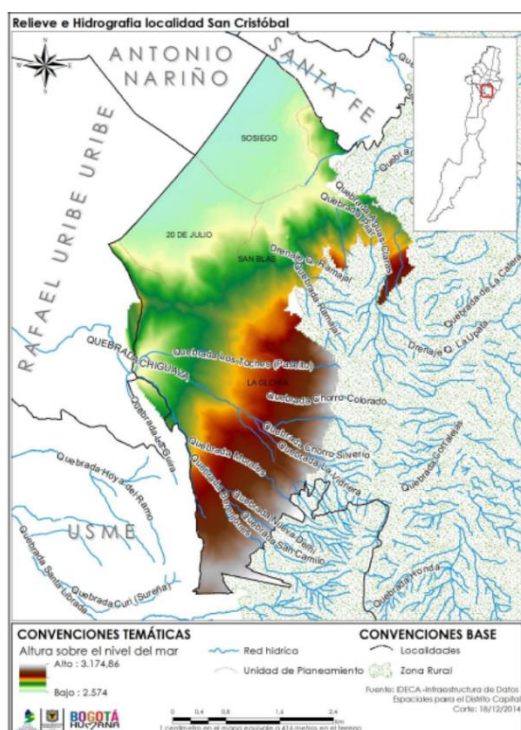
La localidad cuenta con una extensión de 4.910 hectáreas, de las cuales solo el 32,6% son urbanas (1,648 Ha), conservando una gran reserva de área rural protegida, el 84,7% de sus asentamientos se encuentran en los estratos uno y dos, el 14,6% en estrato 3 y una mínima parte en zonas sin estratificar o rurales, lo que evidencia la baja calidad urbanística predominante en la zona asociada al origen informal de la mayoría de sus barrios generando una alta dependencia de los subsidios en los servicios públicos.

San Cristóbal contiene cinco UPZ, de las cuales cuatro corresponden al tipo residencial de urbanización incompleta y una al tipo residencial consolidado. En el siguiente cuadro figura el área total de cada UPZ, el número y área total de las manzanas, y la superficie del suelo urbano. La UPZ San Blas tiene la mayor extensión, seguida por las UPZ La Gloria y Los Libertadores:

San Cristóbal. Clasificación, extensión, cantidad y superficie de manzanas según UPZ

UPZ	Área Total	%	No. de manzanas
San Blas	400	24.3	324
Sosiego	234.9	14.3	174
20 de Julio	262.5	15.9	186
La Gloria	385.9	23.4	276
Los Libertadores	364.9	22.1	247
Total	1,648.20	100	1,207

Fuente: SDP, Decreto 619 del 2000, Decreto 190 del 2004 y Decreto 544 de 2009, Bogotá D. C.

Relieve e Hidrografía localidad San Cristóbal

Población por grupo etario y tendencias poblacionales¹⁵.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de la población de acuerdo con la definición de los grupos poblacionales para los años 2005 a 2015, se observa que la mayor parte de la población corresponde al grupo de adultos (entre 15 y 64 años de edad) y éste comportamiento se ha mantenido en los años mostrados, con un discreto decremento en la población (2% promedio) que abarca de los 0 a los 14 años de edad, seguido de un crecimiento de la población adulta, un incremento en la esperanza de vida y una disminución de las tasas de fecundidad, todo esto condiciona a una transición hacia la pirámide poblacional.

Tasas de crecimiento poblacional por grupo de edad por localidad (porcentaje)

Localidad	2005			2009			2015		
	0-14	15-64	65 +	0-14	15-64	65 +	0-14	15-64	65 +
Santa Fe	27.1	66	6.8	25.1	67.2	7.7	22.5	67.9	9.5
San Cristóbal	30.6	64.4	5	28.4	65.9	5.6	25.9	67	7.1
Los Mártires	23.1	69.7	7.2	21.2	70.7	8	18.9	71.3	9.9
Antonio Nariño	26.3	66.3	7.4	24.3	67.4	8.4	21.7	68	10.3
La Candelaria	19.6	72.9	7.6	18	73.5	8.5	15.8	73.9	10.3
Rafael Uribe	28.8	65.9	5.3	26.7	67.3	6	24.2	68.3	7.5

Fuente: Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud, SDS.

Los mayores porcentajes de población para el año 2015, dentro del grupo de edad de 0-14 años se encuentra en la localidad de **San Cristóbal (25.9%)**, mientras que para el grupo de 15 a 64 años la localidad con más población fue **La Candelaria (73.9%)** y en relación para el grupo de mayores de 64 años, las localidades con mayor número de población son La Candelaria y **Antonio Nariño (10.3%)**.

En la Subred Centro Oriente, el mayor número de población se encuentra en el grupo de 15 a 60 años (64%), siendo este grupo el económicamente activo, en segundo lugar, se encuentra el grupo que está entre 5 a 14 años de edad (16%) siendo este grupo el que se encuentra en edad escolar principalmente, como se indicó anteriormente las localidades con mayor número de población son San Cristóbal (36%) y Rafael Uribe (33%), teniendo entre las dos el 69% de toda la población de la Subred Oriente.

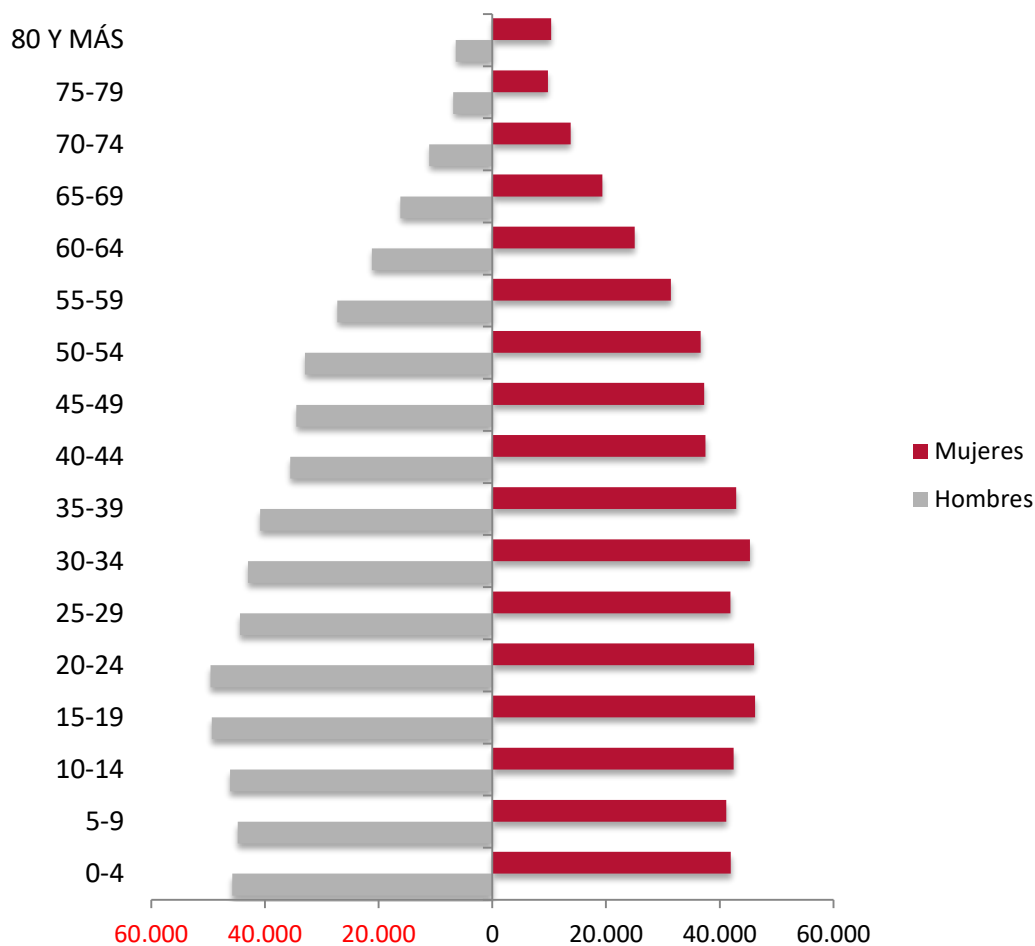
De acuerdo a la información demográfica y proyecciones generadas por la Secretaría Distrital Planeación Bogotá, la pirámide poblacional de la **Subred Centro Oriente**, tendría las siguientes características de acuerdo a sus estimaciones para el período de 2017-2020: una tendencia a la inversión de la misma, como consecuencia de la disminución de la natalidad, un crecimiento de la población adulta, e incremento en la esperanza de vida de la población de la subred centro oriente.

Por otra parte, es necesario remarcar que actualmente las pirámides poblacionales son más anchas de la parte media en comparación con otros países de América Latina. Asimismo, se

¹⁵ ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE ACCIÓN "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS EN SALUD", A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP). Informe No. 3- Oferta - Demanda Sub Red Centro Oriente-

proyecta que para 2030 la pirámide poblacional comience a tomar una forma de rombo por el aumento en la población de mayor edad y una disminución en la natalidad. Estos fenómenos son claramente apreciables en las pirámides poblacionales de las localidades que conforman la Subred y de la Subred en su totalidad.

Población por edad y sexo de la Subred Centro Oriente en 2016



Fuente: Elaboración Consorcio CURRIE & BROWN-ESAN con información del DANE

3.4. Diagnóstico del problema o situación a resolver a través del proyecto.

3.4.1. Problema:

Deficiencias en la infraestructura y dotación hospitalaria en Bogotá que conllevan a limitaciones para la prestación del servicio de salud de la red pública distrital en los atributos de calidad, oportunidad, accesibilidad, satisfacción y confort del usuario del servicio y dificultades en la adherencia a los protocolos, a pesar de garantizar el acceso vía aseguramiento social por el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

3.4.2. Justificación:

Desde hace varios años los servicios de salud del Distrito Capital, enfrentan presiones o influencias de los ciudadanos, de los pacientes, de los profesionales y de entidades públicas y privadas relacionadas con la calidad y oportunidad de la atención. El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, la mejora del nivel de vida, la mayor formación e información de los ciudadanos, hacen que tanto las necesidades como las expectativas de los pacientes aumenten.

Por lo cual se hace necesaria la reorganización del sector salud en el Distrito Capital, plasmada en el Acuerdo 641 de 2016, que prevé la creación de las subredes de prestación de servicios de salud mediante la fusión de 22 ESE Distritales en 4 ESE. Este funcionamiento en red es vital para el desarrollo del nuevo modelo de prestación de servicios de salud, que requiere de la actualización y modernización de la infraestructura y dotación hospitalaria actual, de manera que responda de forma eficiente a la demanda de prestación de servicios de salud de la población del Distrito Capital.

En el marco de su misión, la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud (SDS-FFDS) tiene el reto de garantizar la planificación, operación, seguimiento y evaluación del modelo de atención propuesto. Estos procesos estratégicos requieren de un flujo permanente y sistemático de información que cumpla con atributos de calidad, oportunidad, confiabilidad e integralidad, de tal suerte que se garantice la gestión de los niveles operativo, táctico y estratégico del sistema.

3.4.3. Causas:

La globalización por sistemas de comunicación y transporte que favorecen los estilos de vida no saludable, el envejecimiento de la población y la mala planificación de las ciudades y el entorno urbano, entre ellos los desarrollos viales y de las centralidades determinan nuevos retos en servicios de salud en la respuesta social y recursos para atender las enfermedades no transmisibles a tiempo y mantener el control o erradicar las enfermedades transmisibles en entornos urbanos.

La cuádruple transición: demográfica, epidemiológica, nutricional y económica, que genera una carga de enfermedad creciente por enfermedades crónicas y de lesiones de causa externa.

El atractivo de la ciudad por temas de empleo, seguridad, educación y salud entre otros hace alto su crecimiento neto por migración además del ocasionado por crecimiento vegetativo, el cual sin embargo es decreciente. Lo que genera un crecimiento importante al norte, sur y occidente de la ciudad.

La ubicación de la ciudad en área sísmica, riesgo de inundación, remoción y deslizamiento en varias áreas de la ciudad.

Importantes limitaciones en la incorporación de tecnologías apropiadas en los componentes primario y complementario en los procesos de atención, así como el tamaño.

Localización asimétrica de planta y equipo para la atención en salud a la población más vulnerable en lo social y en aspectos de salud relacionados con un ambiente urbano altamente densificado con características de megalópolis. En especial en el sur y suroccidente de la ciudad donde es escasa participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.

Limitaciones en la capacidad resolutive instalada en apoyo diagnóstico en imagenología, endoscopia y laboratorio clínico.

Limitaciones en la capacidad resolutive instalada en apoyo terapéutico para la atención integral durante el ciclo de vida en servicios de prevención, rehabilitación y cuidados paliativos en las esferas social, emocional, cognitiva y funcional.

Limitaciones en la gestión del conocimiento en ciencia, tecnología e investigación clínica en la formación y educación continuada del recurso humano en salud acorde con la prioridad en salud pública.

Anacronismo del modelo de atención y gestión de los servicios de salud en función del diseño, construcción, dotación mantenimiento y operación de las tipologías de infraestructura, los macro-procesos de atención en servicios ambulatorios de internación y de urgencias, así como de las tecnologías de soporte a la dirección corporativa y la gestión clínica soportada en sistemas de gestión de imagen voz y datos in situ o remotos de manera sincrónica y asincrónica.

Adicionalmente la evolución constante de normas de calidad y seguridad imponen nuevos retos a las infraestructuras y su gestión acorde con el cumplimiento de las mismas, lo anterior teniendo en cuenta la escasa disponibilidad de terrenos para el mejoramiento, ampliación y construcción de hospitales, así como la fecha de construcción previa a muchos desarrollos técnicos y normativos en todos estos aspectos incluida la norma urbana y sus instrumentos de desarrollo sectorial y no sectorial.

3.4.4. Consecuencias:

- Fragmentación del servicio para el usuario.
- Elevación de los costos de transacción para la prestación de servicios
- Elevación del gasto de bolsillo para los usuarios.
- Distribución no equitativa de la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud en la ciudad
- Diagnóstico tardío con el subsecuente deterioro de la calidad de vida de los pacientes y usuarios.
- Elevación de la siniestralidad en la gestión del riesgo individual y colectivo.
- Elevación del riesgo técnico para el sistema.
- Reducción de la progresividad de subsidios en salud y otros servicios sociales.

- Limitación en la capacidad resolutive y la vulnerabilidad de la infraestructura física para la atención regular de salud, así como en situaciones de emergencia y desastre¹⁶.

3.4.5. Referente Institucional y Sectorial para determinación de déficit Hospitalario¹⁷

1. Colombia en su condición de miembro de la OECD y de la OPS/ OMS, utiliza los indicadores de estas organizaciones como referente para la elaboración del proyecto de infraestructura hospitalaria Distrital.
2. La OECD, ha venido reduciendo a lo largo del tiempo en sus series publicadas el promedio de camas por habitantes dado que los promedios observados son muy altos (4.8) y a la fecha se utiliza 3,5 cama por mil hb
3. El promedio observado en las Américas presenta divergencias dado el sistema de salud y desarrollo de los países, por lo cual el promedio de Latinoamérica y el Caribe es nuestro referente es decir 2,0 y 2,3 camas por mil habitantes. Bogotá tiene 1,7 camas promedio que se incrementará, pero con una fuerte racionalización del recurso, a partir de un fuerte componente de ambulatorización en servicios de pacientes crónicos y quirúrgicos ambulatorios y de hospitalización en casa.

3.4.6. Elementos de contexto como parte de la situación actual en el del Modelo de atención en salud y de prestación de servicios¹⁸.

1. El modelo de PAIS-Bogotá, privilegia la atención ambulatoria con acciones de promoción, prevención, protección específica y gestión de riesgo para los grupos I, II y III de OMS (incluidas las ENT la discapacidad y rehabilitación), que busca la no hospitalización a partir de la gestión- reducción de las hospitalizaciones evitables y la consulta prioritaria en este nivel.
2. El modelo redefine las tipologías de infraestructura y considera un componente de cuidado primario fuerte que resuelve el 80% de las necesidades en salud cerca del domicilio de la población asegurada y adscrita.

3.4.7. Desarrollo de la estrategia de redes integradas e integrales de servicios con enfoque de APS.

1. El análisis de déficit de camas a partir de 2016 tiene un enfoque de red distrital que involucra el sector público y privado, no solo de red pública y no de punto de atención a partir de demanda atendida.

¹⁶ Formulación proyecto: Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud. Banco Programas y proyectos Secretaria Distrital de Salud.

¹⁷ Secretaria de Salud de Bogotá. Documento de trabajo. Nota Técnica APP en salud. Grupo Técnico GAPP en salud Bogotá 2016-2018.

¹⁸ Secretaria de Salud de Bogotá. Documento de trabajo. Nota Técnica APP en salud. Grupo Técnico GAPP en salud Bogotá 2016-2018.

2. El desarrollo de la red pública supone una redefinición de su papel como prestador en áreas donde la oferta privada no se ha desarrollado y por tanto la red pública atenderá tanto a población del contributivo como subsidiado
3. La ubicación de la red pública supone su mayor fortalecimiento en áreas periféricas de crecimiento actual y futuro con el desarrollo de nuevos instrumentos de planeación urbana (Lagos de Torca, Tres Quebradas, Vizcaya). Concomitantemente la reducción de riesgo físico del área a cubrir, así como de las instalaciones que requieren ser renovadas
4. El desarrollo de la red pública supone además un mejoramiento de los indicadores de eficiencia técnico administrativa del recurso cama hospitalaria, que buscan reducir la sobre utilización y la reducción del tiempo promedio de estancia a partir del fortalecimiento de los componentes terapéuticos y de apoyo diagnóstico.
5. El desarrollo de la red pública supone además un mejoramiento de los indicadores de eficiencia en la operación para lograr costos intrínsecamente incluidos en la UPC, lo cual garantiza la cobertura del pago de los servicios vía aseguramiento social y cobertura universal, ya lograda en Bogotá.
6. Las inversiones por tanto privilegian, el fortalecimiento de componente primario de cuidado y en el componente complementario o de mayor complejidad busca: dotar de infraestructura hospitalaria a las áreas donde hoy no existe esta y a la vez existen mayores condiciones de vulnerabilidad, o bien la reposición de infraestructuras prioritarias para garantizar la seguridad física y biológica en instituciones actuales, a tiempo que se adelanta la gestión de conclusión de obras en curso.

3.4.8. Justificación de la construcción de nuevos hospitales del componente complementario del modelo de atención, como respuesta a la necesidad en salud del distrito capital.¹⁹

La acelerada transición epidemiológica y demográfica de Bogotá en la cual permanecen sectores de personas vulnerables en áreas específicas correspondientes al Grupo I de patologías infecciosas²⁰ y carenciales y aquellas relacionadas con eventos materno y perinatales (ERA²¹, desnutrición²², sífilis gestacional²³, bajo peso al nacer y mortalidad materna²⁴ perinatal²⁵ e infantil), todas ellas con tendencia a la reducción en el conjunto como

¹⁹ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Estudios previos contrato estructuración técnica, legal y Financiera APP. 2016.

²⁰ En cuanto a las ETV, en el 2015 se evidenció un aumento de casos de 6 veces más, con 7.919 casos notificados por ETV, que afectaron a todos los grupos de edad asociados principalmente con la exposición de vectores que afecta viajeros y migrantes. Adicionalmente en la ciudad encontramos zoonosis como: toxoplasmosis, rabia y leptospirosis, que afectan a la población general. □ En 2015 se presentaron 102 casos confirmados de tosferina con 4 muertes atribuibles, 2.410 casos de parotiditis, 99 casos de Hepatitis A; 20 casos de meningitis por meningococo, y 34.161 casos de varicela, afectando principalmente a población menor de 5 años. (SIVIGILA - datos preliminares).

²¹ En relación a la ERA, se presentaron 1.565.585 casos de infección respiratoria aguda a nivel ambulatorio y hospitalario en todos los grupos de edad, siendo los más afectados, los menores de 5 años. ASIS 2015.

²² La malnutrición en menores de 5 años (desnutrición global, sobre peso y obesidad) se concentra en las localidades de: Candelaria, Rafael Uribe, Antonio Nariño, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapáz. La prevalencia de la desnutrición global en la ciudad se ha reducido sostenidamente hasta alcanzar el 4.8%. ASIS Bogotá 2015.

²³ La razón de prevalencia de sífilis gestacional en Bogotá ha venido aumentando sostenidamente en los últimos cuatro años, para 2015 la prevalencia fue de 5,7 x 1000NV. Las localidades más afectadas son Santa Fe, Los Mártires, Candelaria y Ciudad Bolívar. ASIS 2015.

²⁴ En el año 2012 se registró una razón de mortalidad de 40,8 por 100.000 nacidos vivos (n=43) y en el año 2013 se observa una reducción importante con una razón de 24,4 por 100.000 NV (n=25) encontrándose por debajo de la meta establecida para este año (36 por 100.000 NV) logrando un efecto positivo tanto en el indicador distrital como en el nacional. Situación diferente se observa en el año 2014 que presenta 30 muertes maternas con una razón de 29,0 por 100.000 NV y en el año 2015 según datos preliminares de Estadísticas vitales se registran 31 casos (con corte a 30 de noviembre) con una razón de 33,2 por 100.000 NV., superior a la meta. (Fuente. Estadísticas Vitales, Subdirección de Salud Pública: Años 2012-2015).

²⁵ Con relación a mortalidad perinatal la tasa ha tenido un descenso importante hasta 13,8 x 1000 NV para 2015; sin embargo, al discriminar la tasa, observamos que la disminución más importante se ha hecho a expensas de la mortalidad fetal, la cual mostraba una tasa de 17,4 x 1000 NV para 2006 y de 10,2 x 1000 NV para 2015; en cambio, para la mortalidad neonatal temprana, el comportamiento se

grupo, excepto ERA y VIH sida²⁶. De otra parte el Grupo II ^{27, 28, 29} relacionado con los estilos de vida (cáncer, enfermedad cardiovascular aterogénica, diabetes, epoc, salud mental ³⁰-bucal- auditiva y visual tiene además de una tendencia sostenida y creciente en toda la ciudad, expresada en la mayor participación en la mortalidad, morbilidad y la generación de una gran carga de enfermedad (86% como discapacidad que aporta a la carga de enfermedad afectando especialmente a mujeres^{31, 32}- y solo 14% como aporte a la mortalidad³³) y comorbilidad por largos periodos de la vida infantil y adulta con un importante efecto en calidad de vida de las personas y presión sobre los servicios de salud, así como la elevación de la mortalidad prematura es decir por debajo de los 70 años -por considerarse evitable por estas causas-, todo ello producto de exposición a factores de riesgo como el tabaco³⁴, la mala alimentación, el alcohol³⁵, el exceso de peso, la falta de actividad física y la presencia de un entorno físico y social que facilita los problemas del aprendizaje, los trastornos del comportamiento y la limitación del desarrollo emocional, social y cognitivo, además de la merma de los órganos de los sentidos que limitan de manera importante la funcionalidad y crean limitación y dependencia. Es de notar que la carga de enfermedad del

ha mantenido alrededor de 5.9 x 1000 NV, aunque ha observado una tendencia al descenso desde el 2012 con un último informe que reporto 3.7 x 1000 NV para el 2015. ASIS 2015.

²⁶ En el año 2015 se reportaron 2.147 casos de VIH, 3,9% más casos que el año anterior, continuando la tendencia de los últimos 3 años. La proporción de incidencia notificada de VIH fue de 27,3 x 100.000 hab. y la razón de infección hombre: mujer, es de 7,2:1. La mayor prevalencia de VIH en el Distrito Capital fue en mujeres Transgeneristas. El porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años, fue de 2,4%. ASIS Bogotá 2015.

²⁷ En el nivel nacional cuando se analizan las muertes según el grupo de causas (Gráfica 5), se observa que la mayoría de las muertes se deben a causas del Grupo II o enfermedades crónicas no transmisibles (84% en mujeres y 64% en hombres). En el caso de los hombres, 26% de las muertes totales fueron secundarias a causas del Grupo III (accidentes), y tan solo el 10% restante se debe a causas del grupo I (enfermedades infecciosas o transmisibles). Así de las principales causas de muerte en el país 7 de las 10 primera corresponden a ENT o Grupo II, 2 de grupo III o lesiones de causas externa y 1 del grupo I o materno perinatales, infecciosas y carenciales. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 / Rolando Enrique Peñaloz Quintero... [et al.]. -- 1a ed. -- Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

²⁸ El perfil de salud enfermedad (morbilidad por consulta externa), está relacionado principalmente con enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, las del sistema respiratorio y del sistema circulatorio. Por atenciones en hospitalización, los eventos mórbidos más relevantes son las enfermedades del sistema respiratorio, el embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del sistema digestivo y los traumatismos, envenenamiento y algunas consecuencias de causa externa (RIPS, 2014). □ Entre las causas de mortalidad general, están en primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de las enfermedades cerebro vasculares, la enfermedad crónica de vías respiratorias, las agresiones (homicidios) y secuelas y por último las neumonías; le siguen en importancia, un gran porcentaje de patologías crónicas como cáncer, diabetes e hipertensión. ASIS Bogotá 2015.

²⁹ Principales causas de morbilidad Para el año 2014, se evidencia que en todos los ciclos vitales la mayor proporción de causas de consulta se relaciona con las enfermedades no transmisibles, este comportamiento es el mismo para el periodo 2009 a 2014 en todos los ciclos vitales, excepto en la primera infancia ya que en el periodo 2009 a 2014 la mayor proporción de consultas corresponde a Condiciones transmisibles y nutricionales. ASIS Bogotá 2015.

³⁰ La región del país con mayor prevalencia para cualquier trastorno mental a lo largo de la vida es Bogotá con el 12,9 % y es la segunda con mayor prevalencia en el año 2015 con un 4,9 %. ASIS 2015.

³¹ Para el año 2010, Colombia contó con una carga de enfermedad total de 269 AVISAS por cada mil personas 2.211 correspondientes a AVISAS de discapacidad y 58 a AVISAS de mortalidad. Como se observa en el Gráfico 16, 78.4% del total de carga de enfermedad corresponde a AVISAS de discapacidad, y el restante 21.6% a AVISAS de mortalidad. Cuando se analizan las diferencias por sexo, se observa que la proporción de AVISAS de discapacidad es mayor en las mujeres que en los hombres (83% vs. 73%), mientras que el porcentaje de AVISAS de mortalidad es ligeramente mayor en hombres (26%) que en mujeres (17%). Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 / Rolando Enrique Peñaloz Quintero... [et al.]. -- 1a ed. -- Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

³² La carga de enfermedad para las mujeres colombianas de todas las edades fue de 271 AVISAS, 225 de discapacidad (83%) y 46 (17%) de mortalidad. La depresión mayor unipolar es la enfermedad que mayor impacto tiene en este grupo con 68 AVISAS (la mayoría de discapacidad), seguida por la enfermedad hipertensiva (55 AVISAS), la caries dental (20 AVISAS) y el bajo peso al nacer (13 AVISAS). En general, la mayoría de AVISAS son causados por condiciones del Grupo II (238 AVISAS), mientras que el Grupo I y II aportan menor cantidad de carga de enfermedad (26 y 6 AVISAS respectivamente Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 / Rolando Enrique Peñaloz Quintero... [et al.]. -- 1a ed. -- Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

³³ Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 / Rolando Enrique Peñaloz Quintero... [et al.]. -- 1a ed. -- Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

³⁴ La prevalencia del consumo de tabaco en hogares para el año 2015 fue del 25.3% (Observatorio de Salud ambiental 2015), presentando un incremento del 1% frente al año anterior. ASIS 2015.

³⁵ La prevalencia de consumo al consumo de alcohol (año 2013) en mayores de 12 años fue del 39.9%, 3,72 por encima del consumo a nivel nacional. ASIS 2015.

país aumenta de manera alarmante por las enfermedades crónicas. La carga de enfermedad en el año 2005 fue de 280 AVISAS por cada mil personas, 76% de los cuales pertenecen al Grupo II, 15% al Grupo I y solo un 9% al Grupo III. El Grupo II aumentó en el año 2010 a 83% vs. 76%, a expensas de una disminución de los AVISAS en el Grupo I. En general, el Grupo III se mantiene constante en los dos años analizados³⁶. La variación quinquenal de los años perdidos por muerte prematura y vividos con discapacidad del grupo GI fue negativa reduciéndose en -28%, el grupo III también se redujo en -7%, entretanto el GII se incrementó en 11% es decir 7 puntos porcentuales. Una epidemia no declarada. Es decir, el 72% de toda la discapacidad del país es generada por las ENT, siendo sin duda el mayor generador de presión sobre los servicios con un elemento adicional y es su carácter acumulativo a lo largo de la edad. En tanto que el Grupo III tiene importancia por cuenta de las agresiones sobre todos en hombres por su alta letalidad y por cuenta de la accidentalidad vial, las cuales en su conjunto como grupo de carga de enfermedad muestran una tendencia a la reducción a excepción del suicidio.

En cuanto a la morbilidad atendida es posible identificar como prioritarias:

Tabla 48. Identificación de las principales prioridades en salud

Morbilidad	Prioridad	Bogotá 2014	Tendencia
General por grandes causas	Enfermedades no transmisibles	55,5%	Ascendente
	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,2%	Descendente
	Signos y síntomas mal definidos	16,7%	Descendente
	Lesiones	8,3%	Ascendente
Específica por Subcausas o subgrupos	Enfermedades no transmisibles: Condiciones orales (K00-K14)	15,5%	Descendente
	Enfermedades no transmisibles: Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,6%	Ascendente
	Condiciones transmisibles y nutricionales: Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,4%	Ascendente
	Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	75,4%	Ascendente
Alto Costo	Condiciones materno perinatales * Condiciones maternas (O00-O99)	81,0%	Descendente
	Tasa de incidencia de VIH notificada	16,8%	Ascendente
	Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica (menores de 15 años)	0,5%	Descendente
	Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mielocítica (menores de 15 años)	0,0%	Descendente
Precusores	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años	7,7%	Ascendente
	Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años	1,7%	Descendente
	Prevalencia de ERC en estadio 5	0,1%	Estacionaria
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	1100	Ascendente
	Letalidad de tuberculosis pulmonar	203,45	Ascendente
	Letalidad de meningitis tuberculosa	200	Ascendente
	Letalidad de Chagas	173,68	Ascendente
Discapacidad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	55,9%	-
	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	42,2%	-
	El sistema nervioso	41,7%	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuente: Tomado de Asis 2015

La ubicación geográfica de la ciudad como importante centro de tránsito terrestre y aéreo con lo cual, son frecuentes los casos en la ciudad de enfermedades transmitidas por vectores y virus procedentes de otras áreas urbanas y rurales en particular del país donde son endémicas o han presentado epidemias recientes o nuevas en el país (dengue, malaria, chikungunya, zika)

La posición de la ciudad con el principal centro de formación e investigación en programas de salud que lo establece como punto de destino para acceder a servicios especializados carentes en otras regiones del país (oncología clínica y cirugía oncológica para niños y adultos, cuidado Intensivo, Cirugía Cardiovascular, ERC, cirugía pediátrica, genética,

³⁶ Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 / Rolando Enrique Peñaloza Quintero... [et al.]. -- 1a ed. -- Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

neumología, atención derivada de la donación y trasplante de componentes anatómicos células-tejidos y órganos).

Su posición de centro político y administrativo nacional aspecto este a destacar si se tiene en cuenta el atractivo de la ciudad en la generación de empleo en el sector terciario y concentrar el 15% del PIB y el 18% de la población nacional, lo que hará mantener un crecimiento poblacional importante.

Producto de su condición de polo de atracción habitacional, económica y comercial para 8 millones de habitantes y una población flotante local e internacional; junto con su ubicación en área de riesgo sísmico, inundación y remoción en masa, requiere de una capacidad de respuesta y camas hospitalarias adicionales en situaciones de urgencia emergencia y desastre.

En este contexto, el Hospital de Santa Clara será el hospital de referencia para la atención de pacientes adultos crónicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Su vocación incluye servicios enfocados a EPOC (Enfermedades Obstructivas Pulmonares Crónicas), ACV (accidentes cerebrovasculares) y en general enfermedades no transferibles y servicios quirúrgicos. Lo anterior, dadas la características epidemiológicas y poblacionales en la localidad y en el conjunto de los servicios de la red.

3.4.9. Justificación de la construcción de nuevos hospitales como parte del componente complementario del modelo de atención, como respuesta a las limitaciones en el manejo del recurso de internación o cama hospitalaria.

Esto obedece a limitaciones en los siguientes aspectos:

1. La suficiencia actual y futura (número camas y egresos, disponibilidad por población)
2. Obsolescencia y mal estado de las infraestructuras y equipos por falta de reposición y mantenimiento.
3. Sostenibilidad de la operación a partir de la disponibilidad del soporte y financiación.
4. Eficiencia (porcentaje ocupacional, giro cama, promedio estancia,)
5. Eficacia (aceptación efectiva de la referencia y contrarreferencia a hospitalización de pacientes desde urgencias y consulta externa)
6. Distribución geográfica según área de influencia
7. Accesibilidad en tiempos a este recurso-cama.

3.4.10. Justificación de la construcción de nuevos hospitales del componente complementario del modelo de atención como parte de la integridad e integralidad en la política de salud pública.

Tal articulación y desarrollo está dado por el abordaje de salud en todas las políticas con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de modificación del hábitat y los estilos de vida no saludables que corresponde al enfoque de salud urbana y de ciudades, entornos y ruralidad saludables, contenidos en la Ley 1753 de 2015; enfoques que contemplan aspectos como el envejecimiento, la globalización a partir de los sistemas de transporte y comunicaciones que favorecen los hábitos no saludables así como la deficiente planificación de las ciudades incluidos los satisfactores sectoriales en salud expresados en

las infraestructuras, bienes y servicios para la salud como la intervención específica en infraestructura como parte de la respuesta social. Lo anterior corresponde a las características de integridad e integralidad que incluyen el mejoramiento armónico del recurso ambulatorio y de cama hospitalaria por lo cual es preciso desarrollar cinco frentes de trabajo en infraestructura de atención en salud. Estos cinco frentes corresponden a:

1. La reposición de camas con limitada capacidad resolutive, franco deterioro físico y funcional de las infraestructuras que las albergan, además de problemas de accesibilidad. La construcción de camas adicionales de mediana y alta complejidad, cuyo fin esencial apoyar la atención de mediana y alta complejidad que corresponde al 20% de las necesidades relacionadas con los eventos de interés en salud pública, mediante con la concentración de especialidades y supraespecialidades con talento humano y tecnología adecuados y suficientes, así como geográficamente bien ubicados para la atención en una escala de red sub-metropolitana y metropolitana.
2. El manejo eficiente de las camas 3000 hoy ya existentes mejorando dentro de niveles seguros y de calidad el porcentaje ocupacional y el giro cama con planes de desempeño en las unidades de servicios y en conjunto de las 4 subredes. Igualmente, con el mejoramiento del reconocimiento y recaudo por servicios hospitalarios prestados con las medidas incluidas en Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero y Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero incorporadas en los planes de gestión y resultados de las gerencias de las redes como parte de la senda de eficiencia definida para el modelo de atención del DC.
3. El desarrollo y finalización de las obras inconclusas en las 4 subredes para mantener y ampliar la actual capacidad instalada de cerca de 3.200 camas, quirófanos, consultorios y servicios de apoyo diagnóstico.
4. El fortalecimiento y creación de 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud, que actuaran como centrales de consulta externa y actuaran como puerta de entrada a las camas de los hospitales del componente.
5. El fortalecimiento de la red de urgencias con 4 centrales atención que operaran como puerta de entrada a las camas de los hospitales del componente complementario.

3.4.11. Justificación de la construcción de nuevos hospitales del componente complementario del modelo de atención en razón, al crecimiento de la demanda y la insatisfacción de los usuarios.

El crecimiento de la demanda se debe a la cobertura universal en el aseguramiento que ha crecido más rápido que la capacidad de respuesta hospitalaria, a la demanda insatisfecha creciente, la creciente presión por servicios al garantizar la salud como derecho fundamental (en especial enfermedades crónicas y atenciones de alto costo o complejidad), el crecimiento poblacional sostenido³⁷. La baja satisfacción de los usuarios es producto de la

³⁷ La población de la ciudad presenta una tendencia decreciente en la tasa de crecimiento, siendo de 1.31% para el último año, y una tasa de migración por mil habitantes de 2.23 en el periodo de 2005 – 2010 que pasa a 2.08 en el periodo 2010 a 2015.

La mediana de la población para el año 2010 se estimó en 29,5 años y se proyectó para el 2015 de 31,4 años, mostrando envejecimiento de la población. La tasa de fecundidad ha venido disminuyendo en la ciudad, en el año 1998 era de 2.3 hijos por mujer, en el periodo 2005-2010 pasó a 1.93 y se estima que en el periodo 2010-2015 alcance 1.91, hijos por mujer, sin embargo, las localidades de Sumapaz,

baja participación de la red pública en la oferta y la limitada competitividad de la red pública distrital y su inadecuada distribución en el territorio^{38,39}. Adicionalmente, la insatisfacción con las actuales modalidades de servicio, las listas de espera y la presión sobre servicios de urgencias. Se presenta dificultad para satisfacer las preferencias de usuarios y mejorar la experiencia en el servicio, las cual deben ser intervenidas de manera urgente en consonancia con las medidas nacionales en materia financiera.

Actualmente en el sistema de salud en la gestión de los servicios se habla de una presión tecnológica y legal por más servicios, lo que hace insuficiente la UPC, sin embargo, en la red pública se da una reducción de la producción de actividades finales y elevación de las actividades intermedias como procedimientos quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y de laboratorio. Ello es producto de la difícil situación de pago de los aseguradores en particular los de régimen subsidiado del cual depende en gran parte la red pública, donde en términos de ingresos se nota un incremento casi paralelo en lo reconocido y lo recaudado. Sin embargo, el recaudo es alrededor del 80% de lo reconocido.

Por tanto desde el nivel nacional se han implementado diversas medidas tendientes a garantizar el flujo de recursos y capital de trabajo vía pago de las deudas, la financiación de estos con banca privada con tasa preferencial operando el Fosyga como garante, la recomposición de las fuentes y el gasto del Fosyga para garantizar la financiación del aseguramiento, la liberación de recursos de cuentas maestras, la liquidación de EPS no viables y el pago de sus deudas entre otras medidas para garantizar la operación de la red pública con lo cual se prevé mejore en el corto y mediano plazo la operación de prestación de servicios y se reduzca la incertidumbre en inversión y operación de la red hospitalaria pública incorporando nuevas formas operacionales y financieras, para aprovechar la capacidad hoy instalada y aquella adicional necesaria.

La demanda creciente del contributivo, así como la demanda insatisfecha debida a la baja resolutivez para el subsidiado por la red pública derivan hacia la red privada que ha crecido y ha incorporado tecnología y recurso humano calificado para absorber tal demanda.

Dado que la población geográficamente no se encuentra segregada desde el aseguramiento se requiere fortalecer los servicios en el sur para atender mejor al subsidiado y ampliar los servicios al contributivo; mientras en el norte se requiere garantizar la atención al subsidiado que no resulta atractiva para la red privada. En ambos casos la gestión de riesgo individual

Ciudad Bolívar, Usme y Bosa, aún presentan tasas de fecundidad relativamente altas y las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Puente Aranda y Usaquén presentan las menores tasas en la ciudad.

³⁸ De acuerdo a la distribución geográfica de los prestadores en la ciudad por localidades, se observa que el 55,50% de éstos se encuentran concentrados en las localidades de Usaquén y Chapinero; en segunda instancia, un 25,31% de los prestadores ubicado en las localidades de Teusaquillo, Suba, Engativá y Kennedy, y el 19,18% ubicado en las 14 localidades restantes del Distrito Capital. Programa De Reorganización, Rediseño Y Modernización De Redes De Prestación De Servicios De Salud. Secretaría Distrital De Salud De Bogotá. Subsecretaria De Servicios De Salud Y Aseguramiento Dirección De Provisión De Servicios De Salud. Reorganización De La Red Pública De Servicios De Salud De Bogotá D.C.

³⁹ Con relación a la ubicación territorial de los mismos, el 75,32% de especialidades básicas se encuentran ubicadas en las localidades de Usaquén (28,97%), Chapinero, (28,75%), Teusaquillo (10,79%) y Suba (6,81%). Las localidades donde existe la menor oferta de servicios básicos especializados son Usme y Sumapaz con un 0,09% y son inexistentes en la localidad de Candelaria. Programa De Reorganización, Rediseño Y Modernización De Redes De Prestación De Servicios De Salud. Secretaría Distrital De Salud De Bogotá Subsecretaria De Servicios De Salud Y Aseguramiento Dirección De Provisión De Servicios De Salud. Reorganización De La Red Pública De Servicios De Salud De Bogotá D.C.

requiere de una red eficiente que brinde servicios de calidad con enfoque de salud pública de reducción de brechas para una mayor equidad en salud y servicios de salud.

Por otra parte, el descenso del subsidiado hace prever la incorporación del contributivo como contratante de las ESE, en una estrategia integral de reducción de riesgo. Donde resultará definitiva la red pública en la atención de la población más vulnerable luego del aseguramiento universal, mediante la gestión integral del riesgo como aporte a la movilidad social en el Distrito Capital. En virtud de este contexto se ha venido avanzando en el ajuste, ampliación y modernización de la red hospitalaria pública mediante la modificación de los portafolios y buscando además cumplir los planes de saneamiento fiscal y financiero, así como los planes de desempeño.

La situación del aseguramiento, la capacidad instalada y la producción de servicios se describe en el Documento de red del año 2016 de la siguiente manera:

“Así en el aseguramiento a diciembre del 2015, la distribución de la población de Bogotá D.C. por condición de aseguramiento fue la siguiente: afiliados al Régimen Contributivo el 77.1%, al Régimen Subsidiado 16.4%, a Régimen de Excepción el 2,6% y un 3,9 % no se encontró afiliada al sistema. De 7.878.783 habitantes, se encontraban aseguradas 7.567.287 personas, es decir, el 96% y un 4% estaría pendiente del aseguramiento en salud. □ Entre los años 2014 y 2015 se evidenció que un incremento de afiliados al SGSSS, a expensas del régimen contributivo en un 5.3%, mientras que el régimen subsidiado apenas aumentó su población en un 1.3% y población no afiliada sisbenizada disminuyó en un 34,6%. □ Para abril de 2016, con una población proyectada de 7.980.001 personas, se encuentran en aseguramiento 7.472.100 personas, donde el 75.4% pertenecen al régimen contributivo; el 15.6% pertenecen al régimen subsidiado; en régimen de excepción el 2.6% y población pobre no asegurada el 6.4%.

Es de anotar que las subredes que más puntos de atención poseen son la Sur Occidente y la Sur las que concentran un 61.2% de la capacidad instalada de la red pública distrital, con relación al territorio. La Red que menos puntos de atención tiene es la Centro Oriente lo cual está relacionado con la extensión territorial, ya que es la de menor extensión

En cuanto a la capacidad instalada, con corte al año 2011, la red pública contaba con 2.801 camas de hospitalización, 461 camillas de observación, con 905 consultorios para atención de consulta externa, 129 consultorios de urgencias y 271 unidades de odontología. Posee, además, 63 quirófanos y 36 mesas de partos. Esta infraestructura esta estratégicamente distribuida en toda la red de hospitales públicos del Distrito Capital. Para el año 2015, las camas de hospitalización aumentaron en 8% (234 camas más), las camillas de observación de urgencias crecieron en un 23% (108 camillas más), consulta externa aumentó en 1% (12 consultorios), los consultorios de urgencias y las salas de cirugía se mantuvieron en similares cantidades y las unidades de odontología y salas de parto disminuyeron en -7% y -8% respectivamente, como servicios que más sufrieron ajustes en cumplimiento de las medidas propuestas en los programas de saneamiento fiscal y financiero, por su baja rentabilidad y altos costos.

Las camas de hospitalización están distribuidas en un 30.9% en la subred Centro Oriente, el 28.6% en la subred norte, un 22.7% en la subred sur y un 17.8% en la subred sur occidente.

Urgencias.

Con la capacidad instalada disponible en el servicio de Urgencias, se observó durante el periodo 2011 – 2015, un incremento en las atenciones a la población del régimen contributivo y subsidiado, una disminución marcada en atenciones a PPNA y un comportamiento estable en otros regímenes de afiliación.

Partos

En los hospitales de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud se atendieron durante el año 2015 un total de 27.505 partos y en el año 2011 un total 32.709, observándose una disminución del 16. % (5.204 partos menos atendidos en la red pública) durante el periodo.

La distribución de atenciones según régimen de afiliación durante los años analizados, tuvo una disminución en las atenciones en mujeres de la PPNA (-60%); el régimen subsidiado presentó un incremento del 3%, mientras que para el régimen contributivo se observó un incremento significativo del 175% entre el 2011 y 2015. En otros regímenes durante los periodos analizados se presentó una variación negativa, con disminución del 77%.

Con la capacidad instalada disponible en la red adscrita en los servicios de hospitalización, se generaron un total de 218.685 egresos en el año 2011, durante el año 2012, 210.026 egresos, durante el año 2013, 202.533 egresos, durante el año 2014, 213.081 egresos y durante el año 2015, 214.015 egresos, para una variación negativa del 2.18 % (4.670 egresos menos), en el periodo analizado.

Con respecto a la producción por redes de servicios, la producción en el servicio de hospitalización se comportó así: la subred centro oriente presentó una leve disminución del 3.13% con 1.734 egresos menos; en los hospitales de la subred norte un incremento del 2.38% con 1.475 egresos más; con relación a los hospitales de la subred sur, la producción disminuyó en un 1.66%, con 961 egresos menos y en la subred sur occidente, se presentó una marcada disminución en los egresos del 8.89%, es decir, 3.447 egresos menos.

Con relación a los indicadores de gestión hospitalaria, en la red de hospitales del Distrito Capital, en lo referente al porcentaje ocupacional presentó una tendencia positiva, con un incremento de 5.34 puntos porcentuales durante el periodo 2011 a 2015 (87.22% a 92.56%); en cuanto al giro cama, este tuvo un comportamiento similar durante los cinco años en la red de hospitales adscritos al D.C, el giro cama no varió notoriamente, se mantuvo en un promedio de 70 rotaciones, en relación directamente proporcional con el promedio día estancia, que oscilo entre 4.2 y 4.7 con un incremento general de 0.5 día.

El comportamiento por subredes es el siguiente: el incremento más representativo de porcentaje ocupacional fue en la subred sur occidente con un aumento del 15.56 puntos porcentuales (85.87% a 101.43%) a , la subred sur occidente disminuyó el giro cama en 7.86, pasando de 79.73 a 71.87 rotaciones, en cuanto al promedio día estancia presentó un

incremento importante pasando de 3.93 a 5.11, incremento de 1.18 días, se evidencia una sobreocupación en los tres últimos años del periodo evaluado 2012 -2015 que afecta los indicadores de calidad en el servicio.

En segundo lugar, se ubica la subred sur con un incremento del porcentaje ocupacional en 6.65 puntos porcentuales (83.28% a 89.93%), la subred sur incrementó el giro cama en 4.79, pasando de 78.72 a 83.51 rotaciones, en cuanto al promedio día estancia se mantuvo estable entre 3.87 y 3.91, es de anotar que es el menor promedio día estancia de la red Distrital, evidenciando una utilización adecuada de las camas.

La subred norte generó un incremento en el porcentaje ocupacional en 2.13 puntos porcentuales (90.48% a 92.61%). La subred norte disminuyó el giro cama en 5.85, pasando de 79.64 a 73.79 rotaciones, en cuanto al promedio día estancia se mantuvo estable entre 4.15 y 4.54 con un leve incremento de 0.39 día, se evidencia un aumento por encima del estándar de ocupación en los años 2012 a 2014, que afecta los indicadores de calidad en estos años, para el 2015 la elevación se mantuvo (92,56%) pero tiene una tendencia a la mejora.

La subred centro oriente generó un leve incremento en el porcentaje ocupacional de 0.62 puntos porcentuales (88.63% a 89.25%), manteniendo el indicador acorde al estándar de calidad, en la subred centro oriente disminuyó el giro cama en 5,25 pasando de 66.49 a 61.24 rotaciones, a diferencia del promedio día estancia que se incrementó en 0.49 día, comportamiento que implica una debilidad en la utilización de las camas.

Con la capacidad instalada disponible durante el periodo, se observó un incremento del 15% (21.948 cirugías más) en la totalidad de la Red Pública, entre los años 2011 y 2015. De acuerdo al régimen de afiliación, se observó una marcada disminución en procedimientos quirúrgicos para PPNA; los demás regímenes presentan incremento, siendo el régimen subsidiado el más representativo en términos de la producción y el crecimiento alcanzado en este servicio (participación del 76%).

Con respecto a la producción por subredes de servicios, se observó en las subredes norte, suroccidente y centro oriente un aumento, siendo esta última la más representativa con un incremento del 42% (9.969 cirugías más); y disminución del 8% en los hospitales de la subred sur (3.674 cirugías menos). Existe una capacidad residual en los servicios quirúrgicos de las diferentes subredes

En cuanto al apoyo diagnóstico con respecto a la producción por redes de servicios, se observa una tendencia al aumento de la producción, con un incremento notorio de la misma en las subredes centro oriente, sur occidente y norte, y una leve disminución en la subred sur, en la cual la tendencia ha sido al mantenimiento de los niveles de producción.

Al analizar la red distrital en forma integral durante el periodo, se encuentra que la capacidad instalada sería suficiente para atender la población pobre no asegurada, el 60% de la población del régimen subsidiado y el 5% de la población contributiva (porcentaje promedio histórico que han venido atendiendo las ESE distritales). Durante el periodo de 2013-2015 la

red presentó un déficit en el servicio de hospitalización de -84 camas con relación a los demás servicios trazadores.

Para una población menor de 18 años de 2.187.041 habitantes y una frecuencia de uso estimada del servicio de hospitalización pediátrica de 0,1396, se esperaría una demanda de 305.281 egresos, para lo cual sería necesario un total de 3.597 camas pediátricas (a un promedio día estancia de 3.87 del año 2015). Frente a este requerimiento, las 3.182 camas registradas en el REPS, serían insuficientes existiendo un faltante de 415 camas.

Es necesario precisar que, de acuerdo a lo ya analizado, se encuentra que en la red pública presentarían problemas para la atención de esta población, las subredes sur occidente y norte. Esta situación, soporta la necesidad de desarrollar a corto plazo nuevas infraestructuras que permitan complementar los servicios existentes.

En síntesis, la red pública enfrenta:

1. Creciente insatisfacción de usuario de los servicios
2. Hay una baja capacidad resolutive en los niveles básicos de atención y concentración en los servicios de alta complejidad.
3. Urgencias saturadas. Las urgencias son la puerta de entrada al sistema.
4. Largas filas y tiempos de espera prolongados para citas y autorizaciones.
5. Se requiere una estrategia renovada de "Atención primaria en salud" más efectiva, que responda a la creciente demanda de atención.
6. Baja participación ciudadana en las decisiones, en la vigilancia, en el control y en rendición de cuentas.

Por ello los hospitales de alta complejidad integrados adecuada y suficientemente a las 4 subredes con el componente primario resuelven de manera integral las oportunidades de mejoramiento en:

1. Buscar la mejor salud posible de la población, ofreciendo la mejor experiencia en atención en salud, al costo per cápita más justo. Para ello se buscará en la estructuración la articulación del sistema mediante reingeniería de procesos y servicios, mejores programas de gestión de riesgo técnico y en salud, mejorar la capacidad resolutive del componente complementario del modelo, la integración de redes y equipos multidisciplinarios.
2. El tema de inversión en infraestructura y dotación debe ser redireccionado con estas infraestructuras dado lo ajustado de los presupuestos de operación e inversión del SGSSS del orden nacional y local.
3. Operan procesos de atención ambulatoria, internación, apoyo diagnóstico, urgencias y cirugía validados y acordes con la evolución de la demanda, reduciendo el fraccionamiento de los servicios que generan baja productividad y mal servicio.
4. La incorporación de tecnologías de información y comunicación en el componente complementario en apoyo al componente primario resulta útil para reducir los rechazos a los pacientes subsidiados y mejorar las remisiones a especialidades escasas o con sobre demanda para así mejorar la capacidad resolutive para la referencia y contra referencia más cerca del sitio de vivienda y trabajo de los usuarios desde el componente primario.

5. Sus sistemas de información, control y gestión generan investigación en calidad además de ciencia, tecnología e innovación.

3.5. Costos de ejecución del proyecto, fuentes de financiación. Fases componentes y cronograma (Costos Inversión Construcción)⁴⁰

17/09/2018

INTEGRACIÓN DE COSTOS SANTA CLARA + CAPS + 1/2 ALAMEDA			
ITEM	DESCRIPCIÓN	ÁREA DE ANTEPROYECTO (m2)	VALOR TOTAL
a.	INFORMACIÓN GENERAL		
a.1	Superficie de terreno		23.394,42 m2
	UMHES SC	9.639,92	
	CAPS	6.668,40	
	ALAMEDA	7.086,10	
a.2	Superficie de construcción (sobre el nivel de terreno)		44.134,13 m2
	UMHES SC	36.717,87	
	CAPS	7.416,26	
	ALAMEDA	N/A	
a.3	Superficie de desplante		13.368,56 m2
	UMHES SC	4.887,87	
	CAPS	1.394,59	
	ALAMEDA	7.086,10	
a.4	Parqueaderos en exterior		92,17 m2
	UMHES SC	92,17	
	CAPS	N/A	
	ALAMEDA	N/A	
a.5	Sótanos		40.453,24 m2
	UMHES SC	16.009,98	
	CAPS	11.074,58	
	ALAMEDA	13.368,68	
a.6	Circulaciones, plazas y aislamientos		6.103,01 m2
	UMHES SC	2.291,81	
	CAPS	1.054,76	
	ALAMEDA	2.756,44	
a.7	Áreas verdes		10.721,78 m2
	UMHES SC	2.368,07	
	CAPS	4.219,05	
	ALAMEDA	4.134,66	
a.8	Superficie de reserva		N/A
b.	TRAMITES Y GESTIONES PARA LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN		363.748.881
c.	ESTUDIOS Y DISEÑO		13.176.945.018
d.	INTERVENTORÍA DE OBRA		8.088.428.940
e.	TRAMITES PARA INFRAESTRUCTURA URBANA		295.286.932
f.	OBRAS ADICIONALES ESPECIFICAS		15.817.890.413
f.1	Demolición de edificios existentes en SECTOR 3		6.532.644.792
f.2	Demolición de edificios existentes en SECTOR B		120.800.807
f.3	Demolición de edificios existentes en SUB SECTOR D		724.804.842
A	Demolición de edificios existentes en SECTOR 2		
f.4	Helipuerto en azotea		6.805.020.555
f.5	Implementación de acciones derivadas del acta de compromiso con SDM		582.735.273
f.6	Vialidades de acceso requerida conforme al PEMP		913.410.144
f.7	Interferencia con redes (reserva)		138.474.000
g.	CONSTRUCCIÓN		283.092.032.026
g.1	UMHES SC		
	Edificio		148.579.505.896
	Sótano		39.034.819.254
g.2	CAPS		
	Edificio		32.057.721.203
	Sótano		31.877.646.950
g.3	ALAMEDA		
	Sótano		31.542.338.722
h.	OBRAS EXTERIORES		5.040.978.613
h.1	UMHES SC		2.258.669.561
h.2	CAPS		1.304.413.333
h.3	ALAMEDA (PLAZA)		1.477.895.719
VALOR DE TRÁMITES Y GESTIONES PARA LICENCIA:			363.748.881
VALOR ESTUDIOS Y DISEÑO:			13.176.945.018
VALOR INTERVENTORÍA DE OBRA:			8.088.428.940
VALOR TRAMITES PARA INFRAESTRUCTURA URBANA:			295.286.932
VALOR OBRAS ADICIONALES ESPECIFICAS:			15.817.890.413
VALOR DE LA CONSTRUCCIÓN :			283.092.032.026
VALOR OBRAS EXTERIORES :			5.040.978.613
VALOR TOTAL :			325.875.310.822

⁴⁰ Secretaria Distrital de Salud, Bogotá, Financiera de Desarrollo Nacional, Currie And Brown. Documento técnico Planificación Hospitalaria. Hospital Usme.

Costos Inversión Dotación⁴¹**Montos**

Código Clasificador	Piezas	Monto	
MA	6.397	COP	5.034.199.777
TL	814	COP	2.362.982.165
MM	4.834	COP	4.231.538.740
EMM	1.414	COP	47.020.901.480
SV	983	COP	16.138.314.014
END	14	COP	2.765.830.933
OFT	88	COP	3.062.035.310
Total	14.544	COP	80.615.802.418,82

DESGLOSE EMM

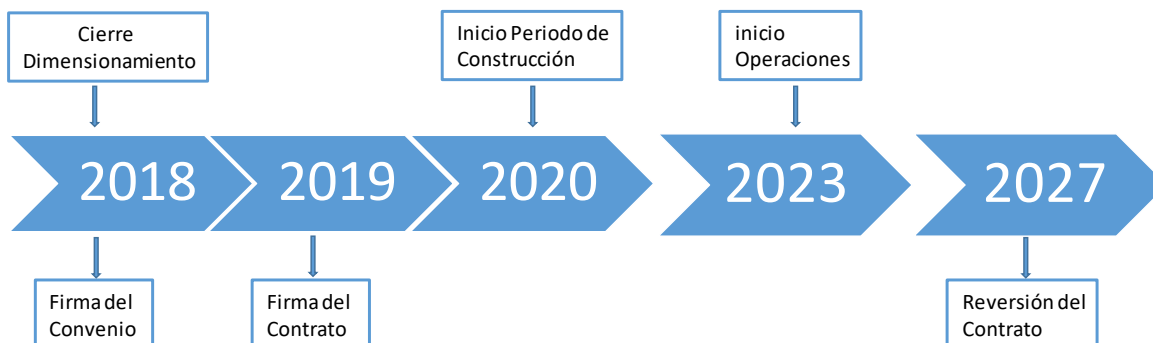
Código Clasificador	Piezas	Monto		Vida útil
EMM	1.247	COP	40.978.400.556	10
EMM	167	COP	6.042.500.924	5
Total	1.414	COP	47.020.901.479,76	

Abreviaturas:

1. END Endoscopia
2. OFT Oftalmología
3. SV Soporte Vital
4. EMM Equipo Médico menor
5. EM Equipo Médico Mayor
6. MM Mobiliario medico
7. MA Mobiliario Administrativo
8. TL telecomunicaciones
9. SI Sistemas informáticos

41 ⁴¹ Secretaria Distrital de Salud, Bogotá, Financiera de Desarrollo Nacional, Currie And Brown. Documento técnico Planificación Hospitalaria. Hospital Santa Clara.

Cronograma General Proyecto⁴²



Montos y fuentes de inversión⁴³:

PESOS CORRIENTES											
FUENTE DE FINANCIACIÓN-PROCESO CONTRATACIÓN	APROPIACIÓN VIGENCIA ACTUAL*	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
RECURSOS PROPIOS	52.616.890.000	1.044.266.162	879.730.211	908.761.308	941.476.715	24.864.982.200	25.760.121.560	26.687.485.936	27.648.235.429	27.519.980.624	136.255.040.146
RECURSOS ADMON CENTRAL											0
TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN	23.559.928.063	62.544.504.774	64.545.928.926	110.935.538.911	114.929.218.311						352.955.190.922
RECURSOS CRÉDITO DE LA ENTIDAD											0
TOTAL	76.176.818.063	63.588.770.936	65.425.659.138	111.844.300.219	115.870.695.027	24.864.982.200	25.760.121.560	26.687.485.936	27.648.235.429	27.519.980.624	489.210.231.068

* Para las vigencias futuras presentadas junto con el Proyecto de Presupuesto Anual del Distrito Capital, debe indicarse el valor que se apropiará para el proyecto, a APROPIACIÓN VIGENCIA / TOTAL VIGENCIA FUTURA (Mínimo 15%) 15,57%

PESOS CONSTANTES DEL AÑO EN QUE SE AUTORIZAN													
		VIGENCIAS FUTURAS											
		(% Inflación) esperada según lineamientos de la SDH											
		3,00%	3,20%	3,30%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%	3,60%		
		Defactor	1	1,030	1,063	1,098	1,138	1,179	1,221	1,265	1,310	1,358	1,221
FUENTE DE FINANCIACIÓN-PROCESO CONTRATACIÓN	APROPIACIÓN VIGENCIA ACTUAL*	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL		
RECURSOS PROPIOS	52.616.890.000	1.013.850.643	827.623.063	827.623.063	827.623.063	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	20.270.868.103	108.161.552.599		
RECURSOS ADMON CENTRAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN	23.559.928.063	60.722.820.169	60.722.820.169	101.030.721.378	101.030.721.378	0	0	0	0	0	323.507.083.093		
RECURSOS CRÉDITO DE LA ENTIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	76.176.818.063	61.736.670.812	61.550.443.232	101.858.344.441	101.858.344.441	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	21.098.491.166	20.270.868.103	431.668.635.692		

3.6. Valoración técnica, económica, financiera, jurídica y social del proyecto.

Ver Anexo 4: Estudios técnico, legal y financiero

- Estudios oferta demanda
- PMA detalle
- Matriz equipamiento
- Componente comunicaciones
- Componente social
- Componente jurídico
- Componente financiero
- Componente ambiental

⁴² **Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Financiera de Desarrollo Nacional, Currie And Brown. Documento técnico Oferta demanda Sub Centro Oriente.**

⁴³ **Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Documento técnico Vigencias Futuras. Hospital Santa Clara.**



3.7. Identificación de posibles riesgos y amenazas que puedan afectar la ejecución del proyecto.

Proyecto de reposición y dotación para la Nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios.

Clasificación de Riesgos	Tipo de riesgo
Planeación	Cambios en la modalidad de contratación: ¿es adecuada para el bien servicio u obra necesitado?
	Cambios en los requisitos habilitantes para el Proceso de Contratación
	Imposibilidad de encontrar proponentes que cumplan los requisitos habilitantes del Proceso de Contratación
	Cambios / inexactitudes en el valor del contrato; Debe corresponder a los precios del mercado.
	Inexactitud en la descripción del bien o servicio requerido: Debe ser explícitamente claro.
	Cambios en las condiciones que garantizan la transparencia, equidad y competencia entre los proponentes.
	Cambios en el mercado: inadecuada identificación de los aspectos de oferta y demanda del mercado.
	Cambios en el diseño del Proceso de Contratación: Deben permitir satisfacer las necesidades de la SDS y cumplir su misión (deben ser coherentes con los objetivos y metas de la SDS)
Selección	Falta de capacidad para promover y realizar la selección del contratista
	Posibilidad de seleccionar un contratista que no cumplan con la totalidad de los requisitos habilitantes o esté incurso en alguna inhabilidad o incompatibilidad.
	Posibilidad de acciones de colusión
	Posibilidad de ofertas artificialmente bajas
Contratación	Posibilidad de que no se firme el contrato.
	Posibilidad de que no se presenten las garantías requeridas en los Documentos del Proceso de Contratación o que su presentación sea tardía.
	Incumplimiento en la publicación o el registro presupuestal del contrato
	Reclamos de terceros sobre la selección del oferente que retrasen el perfeccionamiento del contrato.
Ejecución	No disposición de garantías de calidad, estabilidad, contratación de personal, etc.

Clasificación de Riesgos	Tipo de riesgo
Económicos	Efectos favorables o desfavorables de las variaciones en los precios de materia prima, equipos, mano de obra y otros bienes requeridos para la construcción y dotación de los hospitales.
	Variaciones del peso frente a otras monedas (dólar o euro)
Financieros	Efectos favorables o desfavorables derivados de la variación de las condiciones de financiación del proyecto (costos y plazos)
Diseño y construcción	Efectos favorables o desfavorables asociados con la variación del valor de los diseños del proyecto
	Efectos favorables o desfavorables asociados con la variación de las cantidades de obra para la construcción de los hospitales
	Efectos favorables o desfavorables asociados con la necesidad de descontaminación del suelo para la construcción de las edificaciones
	Riesgos asociados a la estabilidad y condiciones geotécnicas del terreno de construcción
	Efectos favorables o desfavorables asociados al nivel freático de los lotes en los que se ubican las construcciones
	Efectos favorables o desfavorables derivados de solicitudes vinculantes de alguna autoridad pública sean o no necesarias para la obtención de una Licencia o Permiso, siempre que dicha solicitud implique la modificación de las especificaciones técnicas
	Existencia de Pasivos Ambientales
	Efectos favorables o desfavorables asociados a los cambios de diseños solicitados por la entidad contratante
Riesgo Comercial	Efectos favorables o desfavorables por variación en la demanda de Servicios Misionales
Sociales o Políticos	Efectos favorables o desfavorables asociados con demoras de ejecución del proyecto por sus aspectos sociales, así como en los costos de la gestión social.
Predial	Efectos favorables y desfavorables asociados con la construcción de infraestructura en predios donde haya bienes de interés cultural.
	Indisponibilidad o demora en la puesta a disposición de los predios destinados para la construcción
Redes	Efectos favorables y desfavorables relacionados con el traslado o protección de redes (no incluye redes internas)
Eventos Eximentes de Responsabilidad	Costos Standby por eventos eximentes de responsabilidad
	Daños físicos generados a activos por eventos eximentes de responsabilidad
Regulatorios	Cambios en normatividad relacionada con los tributos distritales
	Cambio en Normatividad: Cambio General
	Cambio en normatividad específica
	Cambios en normatividad relacionados con las especificaciones técnicas
Licenciamiento	Efectos derivados de la demora en la obtención de la licencia de construcción por razones no imputables al privado
	Efectos favorables o desfavorables asociados con la obtención de cualquier Licencia o Permiso requerido para la construcción y operación del proyecto (distinto de la licencia de construcción)
Interventoría	Insuficiencia en los recursos para el pago al Interventor y/o Supervisor
Riesgo Arqueológico	Efectos favorables o desfavorables derivados de hallazgos arqueológicos
Riesgo Ambiental	Mayores costos o sobreplazos derivados de la gestión ambiental por causas no imputables al Concesionario

4. Predio para la reposición del hospital universitario de Santa Clara.⁴⁴

Respecto del predio en donde se desarrollará el proyecto y que corresponde al Conjunto Hospitalario San Juan de Dios es importante mencionar que de conformidad con la ley 735 del 2002 los inmuebles fueron declarados monumentos nacionales y por ende Bienes de Interés Cultural.

A raíz de tal declaratoria y de conformidad con lo ordenado por las leyes 397 de 1997 y 1185 de 2008 el Ministerio de Cultura expidió mediante Resolución 995 de 2016 el Plan Especial de Manejo y Protección del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios en donde se asignan responsabilidades al propietario del inmueble.

Actualmente el predio es de propiedad de la Empresa de Renovación Urbana de Bogotá y fue adquirido en el año 2015 por valor de (\$157.350.925.350) CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE,

El proceso de adquisición fue mediante expropiación administrativa declarada mediante la Resolución 267 de 2015 de la Empresa de Renovación Urbana de Bogotá.

En el certificado de tradición y libertad que se encuentra incluido en la documentación anexa se evidencia claramente la titularidad del inmueble en cabeza de la Empresa de Renovación Urbana de Bogotá.

También es importante anotar que existen una serie de acciones judiciales encaminadas a la reapertura del Conjunto hospitalario que se relacionan a continuación:

- Acción Popular 2009-00043 ante el Juzgado 41 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, en contra de la Presidencia de la república y otros, al considerar que el lograr la viabilidad operativa del Instituto Materno Infantil es importante para la salud de la ciudad, haciendo parte integral del Decreto 00099 de 2006 de la Gobernación de Cundinamarca.

-Acción Popular 2007-00319, conocida por el Juzgado 12 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá y en segunda instancia por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca sobre el Complejo Hospitalario San Juan de Dios y Materno Infantil.

Dentro del desarrollo de las mencionadas acciones es necesario destacar:

-Exhortación a los Ministerios de Salud, Cultura, Educación, **Distrito Capital** e inclusive la Gobernación de Cundinamarca, para que de manera obligatoria asistan a los programas y adelanten todas las acciones necesarias para dar cumplimiento a las órdenes de conservación y recuperación de los bienes inmuebles.

⁴⁴ Documento de Debida Diligencia, FDN / Currie & Brown.

- Reconocimiento de la adquisición del predio correspondiente a San Juan de Dios y Materno Infantil por expropiación autorizada mediante Decreto 263 de 2015 por parte de la ERU.

- Establecimiento de un Comité de verificación de la acción popular, conformado por el Ministerio de Cultura, Secretaria de Cultura de Cundinamarca, Personería de Bogotá, Defensoría del Pueblo, Secretaria Distrital de Planeación, Secretaria Jurídica Distrital.

- Definición de roles institucionales en la Resolución 0995 de 2016 (PEMP) se sustenta desde 3 aspectos: Financiero, Estructural y Arquitectónico e igualmente reconoce tres entes dentro del PEMP.

Ente Principal: dueño y propietario del Complejo San Juan de Dios (ERU) Ente Gestor: Gestionar todas las labores para dar cumplimiento a las tareas de restauración y conservación (El ente gestor de manera provisional de acuerdo al Decreto 471 de 2017, será la ERU y posteriormente de manera definitiva lo será la Secretaria Distrital de Salud)

-Reconocimiento al accionar de la Empresa de Renovación Urbana - ERU y la Secretaria Distrital de Salud, que han venido adelantando a fin de dar cumplimiento a las órdenes impartidas con ocasión de la acción popular. Aclarándose la necesidad de adelantar una serie de pasos en relación con la implementación de las actividades tendientes al cumplimiento de lo ordenado, referentes a la necesidad de contar con los recursos de la nación para tal fin, tal como lo contempla la ley 735 de 2002 y la sentencia por la cual se decide la acción popular (2007-00319).

-Instrucción acerca de la evaluación de las disposiciones presupuestales de las entidades del orden nacional, para comenzar con las gestiones, anotando que a la fecha y luego de adquirir el predio por un valor de 157.300 millones, la ERU ha venido utilizando recursos propios para algunas actividades de conservación, esperando un cruce de cuentas con las entidades del orden nacional a fin de que le sean reintegrados los recursos.

-Reconocimiento al cumplimiento por parte de la Secretaria Distrital de Salud, con relación al Complejo Hospitalario San Juan de Dios y Materno Infantil. Lo cual garantizará que el hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil continuarán funcionando como un centro especial para la educación universitaria que imparta, en las ciencias de la salud, las universidades oficiales y privadas, esto es, como hospitales universitarios, a partir de los estudios de pre inversión adelantado en asocio con la ERU.

-Orden al Gobierno Nacional: Ministerios de Cultura, Educación Nacional y Salud y Protección Social, para emprender todas las acciones necesarias para que en asocio de la Empresa de renovación Urbana y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá desarrollen y ejecuten el Plan Especial de Manejo y Protección para que tales centros de atención en salud atiendan:

1) La educación universitaria con el fin de llevar a cabo prácticas de los estudiantes de las universidades públicas y privadas en el área de salud y en el desarrollo de trabajos de investigación en este campo;

- 2) El desarrollo de programas de fomento de salud y de medicina preventiva;
- 3) La prestación, con preferencia, de servicios médico-asistenciales a las personas carentes de recursos económicos de los distintos niveles de atención y estratificación.

Instrucción para la conformación de un Comité de verificación integrado por las siguientes personas: el juez de primera instancia; los viceministros que para el efecto se designen por parte de los ministros de CULTURA, EDUCACION NACIONAL Y SALUD Y PROTECCION SOCIAL, el director de la Empresa de renovación Urbana; el Secretario de Salud Distrital de Bogotá D.C.; vocero de los actores populares.

Respecto de las características particulares del lote se puede mencionar:

La definición del lote para la construcción y reposición del Hospital Universitario Santa Clara dentro de los predios del Conjunto Hospitalario del San Juan de Dios^{45, 46} se da dentro de la lógica del Plan Especial de Manejo y protección - PEMP que busca recuperar i) el valor histórico arquitectónico de varias edificaciones, que datan desde principios del siglo XX, preservando su ii) funcionalidad médico-científica y de iii) formación universitaria. El detalle de los usos permitidos es:

Tipo	Nombre
I	Salud-docencia
II	Docencia – investigación
III	Conexos y complementarios
IV	Arte y cultura
V	Institucional
VI	Social comunitario

El Conjunto Hospitalario San Juan de Dios - CHSJD estará conformado, principalmente, por el Hospital Universitario Santa Clara - SC, el Instituto Materno Infantil IMI, una central de urgencias, un Centro de Atención Prioritaria en Salud - CAPS Tipo 2 y el laboratorio central para las subredes de la ciudad. Aunado a ellos habrá servicios conexos y complementarios a la salud.

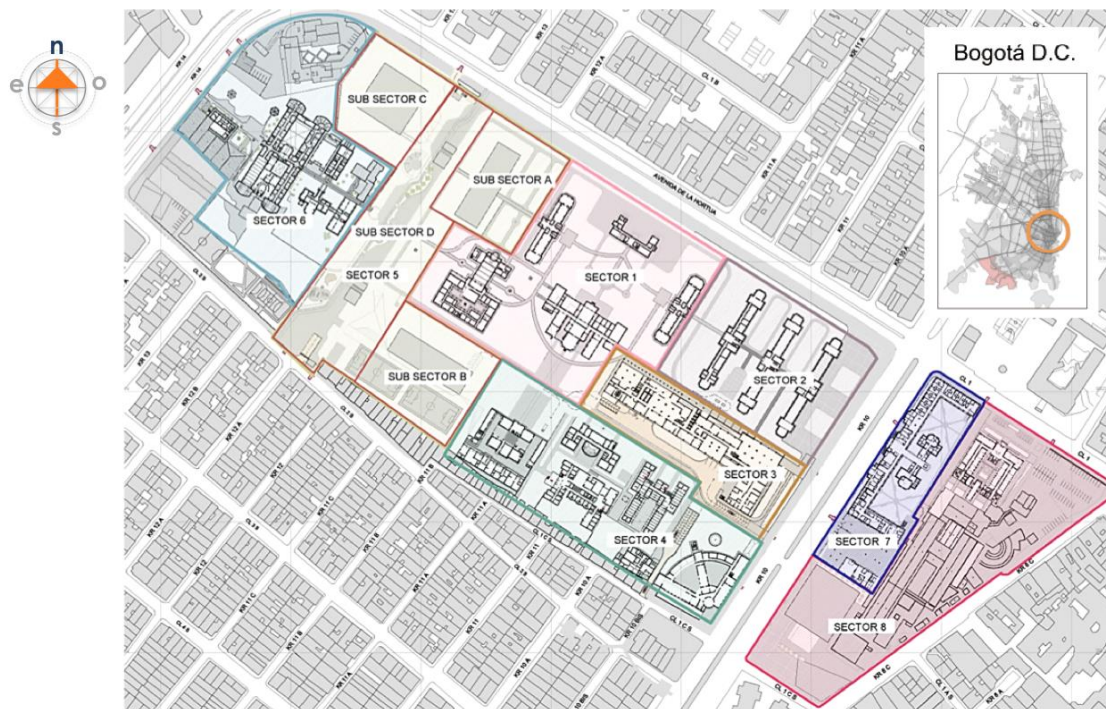
La reposición del hospital Santa Clara en el sitio propuesto logrará dos objetivos:

- La sustitución del hospital Santa Clara actual, muy obsoleto, inadecuado para el tratamiento hospitalario moderno y en riesgo de colapso por falta de reforzamiento estructural.
- Cumplir con la reapertura del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios en el marco de la ley 735 de 2002, el Plan Especial de Manejo y Protección expedido por el Ministerio de Cultura y las acciones populares.

⁴⁵ "...el Complejo Hospitalario San Juan de Dios obtuvo aprobación de su Plan Especial de Manejo y Protección (PEMP) mediante Resolución N. 0995 del 29 de abril de 2016. <http://www.eru.gov.co/es/proyectos/complejo-hospitalario-san-juan-dios>. Consulta 17 de septiembre de 2018, 3:23 p.m.

⁴⁶ Mediante la Ley 735 de 2002, el Hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil, la Fundación San Juan de Dios y el Instituto Inmunológico Nacional, fueron declarados como monumento nacional. Documento de Debida Diligencia, FDN / Currie & Brown.

La ubicación del Hospital Universitario Santa Clara será en el sector 3:



Las principales ventajas de construir el Hospital Universitario Santa Clara en el Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, son:

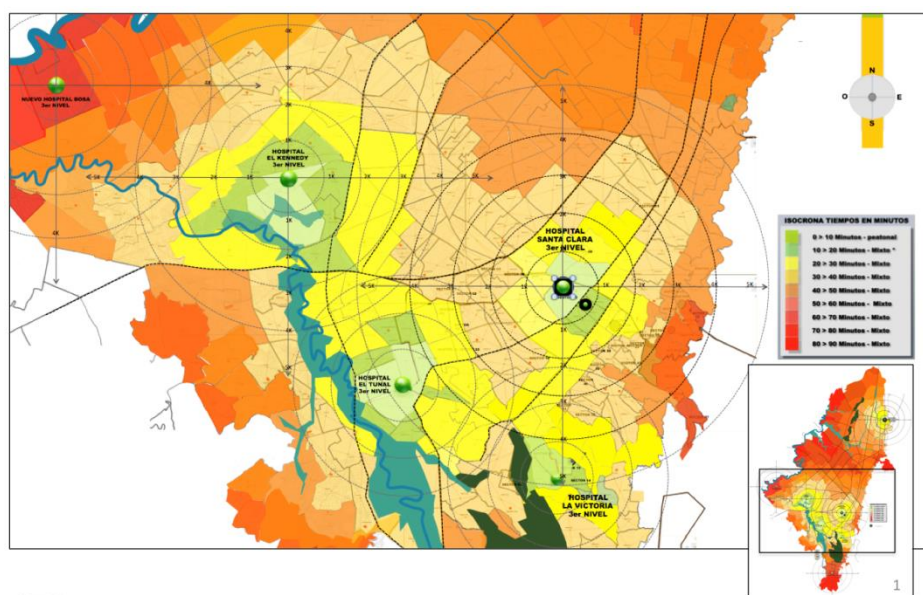
- En las condiciones de oferta y demanda, se adoptó la decisión de que la nueva torre del hospital San Juan de Dios sería un hospital de reemplazo por cuanto el Distrito cuenta actualmente con el hospital de Santa Clara ubicado a una cuadra del conjunto hospitalario y con una infraestructura muy deteriorada y obsoleta que tampoco cumple con la normatividad de sismoresistencia. Por esta razón para el Distrito carecía de sentido tener dos hospitales de alta complejidad a una cuadra de distancia dado que esto amenazaba la viabilidad y sostenibilidad de las dos instituciones que estarían compitiendo por la misma población y prestando los mismos servicios.
- En relación con la estrategia para la recuperación y conservación del conjunto, la ciudad cuenta con una amplia gama de figuras contractuales compatibles con el contenido del PEMP dado que el artículo 51 de la Resolución 995 de 2016 señala que: “El ente gestor deberá llevar a cabo los procesos de selección y contratación de los potenciales operadores de los servicios en los bienes inmuebles a su cuidado, pudiendo para ello utilizar los diferentes instrumentos jurídicos contractuales disponibles en la normatividad vigente, en el marco de los parámetros del Decreto Reglamentario Único del Sector Cultura número 1080 de 2015.”

- Para la administración es claro que las edificaciones que potencian y jalonan la recuperación de todo el conjunto en su integridad corresponde a los nuevos hospitales universitarios y CAP especializado Tipo 2 que se desarrollarán en las áreas previstas, que tienen este potencial normativo para ello según el PEMP. Actualmente y desde enero del año 2017 se vienen adelantando los estudios de estructuración de los nuevos proyectos para la apertura de licitaciones.

- El Predio que enmarca el Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, cuenta con una alta tradición de salud, con reconocimiento a nivel de ciudad y nacional; debido a que aquí funcionó durante buena parte del siglo XX tal vez el Hospital más importante del país en el siglo anterior, es decir el Hospital San Juan de Dios. Su posición geográfica es estratégica y de centro de ciudad.

- Lo anterior influye en una importante condición de accesibilidad multinivel, lo que significa conexión urbana óptima por estar afectada por la malla vial principal; por malla vial secundaria y malla vial local, factor que determina diversidad en las formas de acceso vehicular de transporte público por la cercanía de las estaciones del servicio a los accesos actuales y a los posibles accesos futuros, transporte privado, accesibilidad exclusiva de ambulancias, de servicios de abastecimiento, y la importante afluencia peatonal que este predio puede tener por la afectación actual de dos troncales de Transmilenio, y de la futura primera línea del metro.

- Predio con condiciones urbanas y de ciudad inmejorables; debido a que se encuentra afectado directamente por la avenida Caracas, La avenida Carrera 10, estas dos con troncales sistemas de transporte masivo de Transmilenio; la avenida calle 1, y una vía barrial (calle 2 sur).



- Con un alto valor arquitectónico en sus estructuras patrimoniales que lo presentan como un referente único en la ciudad.

- Predio con condiciones ambientales de primer orden, con amplias zonas verdes, arborizadas, caminos peatonales y condiciones que enmarcan los posibles servicios hospitalarios en áreas de alta calidad ambiental.

- El área de la parte inscrita entre carreras 10 y Caracas y calles 1ª y 2da, genera amplias posibilidades de área potencial a ocupar y construir, tanto en espacios para desarrollos totalmente nuevos, como áreas donde existen edificaciones para reponer como la torre central. De otra parte, también tienen potencial las edificaciones patrimoniales, que tienen áreas complementarias para servicios asociados al proyecto y a futuro.

Al reactivar el uso de salud de nivel urbano y regional, y de alta complejidad con todos los servicios que este proyecto conlleva, en este predio en particular, se genera un proceso que da un nuevo valor a las estructuras del conjunto hospitalario, y al entorno zonal de los barrios San Bernardo y Policarpa, dando una nueva dinámica social, cultural, económica y de renovación a todo el sector.

5. Trámites previos conforme al artículo 12 de la Ley 819 de 2003 para la presentación del proyecto de Acuerdo de solicitud de vigencias futuras ante el Concejo de Bogotá D.C.

La Secretaria de Salud mediante radicado 2018 EE86762 del 24 de septiembre de 2018 solicitó a la Secretaria Distrital de Planeación convocar al Confis para otorgar aval fiscal respecto del proyecto “*Actualización y modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones en salud*” en su componente de reposición y dotación para la Nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios.

La Secretaria de Hacienda Distrital mediante radicados 2018EE196219 y 2018EE199045, comunicó a la Secretaria Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud (radicado de recepción 2018ER71788 y 2018ER73370) la compatibilidad del proyecto 1191 denominado “*Actualización y modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones en salud*”, con el marco fiscal de mediano plazo en los términos del Artículo 12 de la Ley 819 de 2003.

El CONFIS Distrital en sesión del 28 de septiembre de 2018 otorgó Aval Fiscal para la Nueva UMHES Santa Clara: En esta UMHES estará ubicada la Central Especializada de Urgencias en Salud CEUS correspondiente a la subred Centro Oriente. CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios: Centro de Atención Prioritaria en Salud CAPS de 18.490,84 metros cuadrados incluidos los correspondientes parqueaderos en sótanos de conformidad con lo establecido en Plan Especial de Manejo y Protección del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios por tratarse de un Bien de Interés Cultural.

La Secretaría Distrital de Planeación mediante radicado 2-2018-59713 del 1 de octubre de 2018 certificó que el proyecto “*Actualización y modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones en salud*” se encuentra incorporado en el Plan de Inversiones del Plan de Desarrollo vigente “Bogotá mejor para todos 2016-2020” y que la Secretaría Distrital de Salud tiene inscrito, registrado, viabilizado y actualizado en el Banco

Distrital de Programas y Proyectos el proyecto de inversión 1191, según lo estipulado en la Circular CONFIS 09 del 08 de octubre de 2008.

Que en acta No 64 de Consejo de Gobierno Distrital de fecha 02 de octubre de 2018 se declaró el proyecto 1191 denominado “*Actualización y modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones en salud*” en su componente de reposición y dotación para la Nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, como de importancia estratégica, luego de establecer el cumplimiento de los requisitos y parámetros legales según soportes físicos en 1475 folios, así como del literal b del Artículo 12 de la Ley 819 de 2003.

El Secretario de Salud como Director del Fondo Financiero Distrital de Salud, el día 03 de octubre de 2018 con radicado 2018EE88604-01, con autorización de la Junta Directiva del Fondo Financiero Distrital de Salud mediante Acuerdo de Junta 300 del 1° de octubre de 2018, solicitó a la Secretaria Distrital de Planeación convocar al Confis para la autorización de vigencias futuras ordinarias.

Que el Área de Presupuesto de la Dirección Financiera de la Secretaria Distrital de Salud certificó el día 02 de octubre de 2018 que el Fondo Financiero Distrital de Salud cuenta con la apropiación del quince por ciento (15%) en la vigencia fiscal de 2018, según lo estipulado por el literal b del Artículo 12 de la Ley 819.

Que en la sesión virtual N° 15 del día 03 de octubre de 2018 del CONFIS Distrital fueron autorizadas vigencias futuras ordinarias a la Administración Distrital, por medio del Fondo Financiero Distrital de Salud, para asumir compromisos con cargo a las vigencias futuras ordinarias de los presupuestos de los años 2019 a 2027, hasta por la suma de cuatrocientos treinta y uno mil seiscientos sesenta y ocho millones seiscientos treinta y cinco mil seiscientos noventa y dos pesos constantes de 2018 (\$431.668´635.692), para la ejecución del proyecto de reposición y dotación para la Nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, de acuerdo con las disposiciones legales.

Con fundamento en las anteriores consideraciones, la administración distrital se permite solicitar al Concejo Distrital la respectiva autorización para asumir compromisos con cargo a vigencias futuras ordinarias 2019 - 2027, necesarios para ejecutar el proyecto de “reposición y dotación para la Nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios”, con código presupuestal: 3.3.1.15.01.10.1191.

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

BEATRIZ ELENA ARBELÁEZ MARTÍNEZ
Secretaria Distrital de Hacienda

LUIS GONZALO MORALES SANCHEZ
Secretario Distrital de Salud



PROYECTO DE ACUERDO N° 458 DE 2018

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE AUTORIZA A LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL, POR MEDIO DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, PARA ASUMIR COMPROMISOS CON CARGO A VIGENCIAS FUTURAS ORDINARIAS PARA EL PERÍODO 2019 - 2027”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL

En uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el numeral 1º del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, el artículo 14 del decreto 714 de 1996 y el artículo 12 de la Ley 819 de 2003, y las demás normas vigentes,

CONSIDERANDO

Que la Administración Distrital podrá presentar para aprobación del Concejo Distrital la asunción de compromisos que afecten presupuestos de vigencias futuras, siempre que los proyectos estén consignados en el Plan de Desarrollo respectivo.

Que dentro del Plan Distrital de Desarrollo 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos” se encuentra el proyecto 1191 “Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud” que incluye la reposición y dotación del Hospital de Santa Clara en el Conjunto Hospitalario San Juan de Dios.

Que de conformidad con el literal a) del artículo 12 de la ley 819 de 2003 el monto máximo de las vigencias futuras, el plazo y las condiciones de las mismas deben consultar las metas plurianuales del Marco Fiscal de Mediano Plazo lo cual quedó establecido en sesión del Confis Distrital que otorgó Aval Fiscal al presente proyecto en fecha 28 de septiembre de 2018.

Que de acuerdo con lo estipulado en el literal b) del artículo 12 de la Ley 819 de 2003, como mínimo, de las vigencias futuras que se soliciten se deberá contar con apropiación del quince por ciento (15%) en la vigencia fiscal en la que éstas sean autorizadas, lo cual se encuentra evidenciado mediante certificación expedida por el Responsable del Presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud (E) de fecha 02 de octubre de 2018. Que de conformidad con el artículo 12 de la Ley 819 de 2003 la autorización por parte del Confis para comprometer presupuesto con cargo a vigencias futuras no podrá superar el respectivo período de gobierno, salvo los proyectos de gastos de inversión en aquellos casos en que el Consejo de Gobierno previamente los declare de importancia estratégica.

Que el Consejo de Gobierno declaró de importancia estratégica el proyecto “Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud” en su componente de reposición y dotación para la Nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios.

Que de acuerdo con lo estipulado en el artículo 12 de la Ley 819 de 2003, el Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal -CONFIS- autorizó la asunción de compromisos con cargo a vigencias futuras ordinarias, en sesión del 03 de octubre de 2018, con el fin de continuar el trámite ante el Concejo Distrital.

Que en mérito de lo expuesto,

ACUERDA

ARTÍCULO 1º. Autorizar a la Administración Distrital, por medio del Fondo Financiero Distrital de Salud, para asumir compromisos con cargo a las vigencias futuras ordinarias de los presupuestos de los años 2019 a 2027, hasta por la suma de Cuatrocientos treinta y un mil seiscientos sesenta y ocho millones seiscientos treinta y cinco mil seiscientos noventa y dos pesos constantes de 2018 (\$431.668.635.692), para el desarrollo integral del proyecto “Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud” en su componente de reposición y dotación para la Nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, de conformidad con las disposiciones legales, en las cuantías y vigencias que se relacionan a continuación:

Código	Concepto	2019	2020	2021	2022	2023
3	Gastos	\$ 61.736.670.812	\$ 61.550.443.232	\$ 101.858.344.441	\$ 101.858.344.441	\$ 21.098.491.166
3-3	Inversión	\$ 61.736.670.812	\$ 61.550.443.232	\$ 101.858.344.441	\$ 101.858.344.441	\$ 21.098.491.166
3-3-1	Inversión Directa	\$ 61.736.670.812	\$ 61.550.443.232	\$ 101.858.344.441	\$ 101.858.344.441	\$ 21.098.491.166
3-3-1-15	Bogotá Mejor Para Todos	\$ 61.736.670.812	\$ 61.550.443.232	\$ 101.858.344.441	\$ 101.858.344.441	\$ 21.098.491.166
3-3-1-15-01	Pilar Igualdad de calidad de vida	\$ 61.736.670.812	\$ 61.550.443.232	\$ 101.858.344.441	\$ 101.858.344.441	\$ 21.098.491.166
3-3-1-15-01-10	Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud	\$ 61.736.670.812	\$ 61.550.443.232	\$ 101.858.344.441	\$ 101.858.344.441	\$ 21.098.491.166
3-3-1-15-01-10-1191	Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud	\$ 61.736.670.812	\$ 61.550.443.232	\$ 101.858.344.441	\$ 101.858.344.441	\$ 21.098.491.166

Código	Concepto	2024	2025	2026	2027	Total 2019-2027
3	Gastos	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 20.270.868.103	\$ 431.668.635.692
3-3	Inversión	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 20.270.868.103	\$ 431.668.635.692
3-3-1	Inversión Directa	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 20.270.868.103	\$ 431.668.635.692
3-3-1-15	Bogotá Mejor Para Todos	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 20.270.868.103	\$ 431.668.635.692
3-3-1-15-01	Pilar Igualdad de calidad de vida	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 20.270.868.103	\$ 431.668.635.692
3-3-1-15-01-10	Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 20.270.868.103	\$ 431.668.635.692
3-3-1-15-01-10-1191	Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 21.098.491.166	\$ 20.270.868.103	\$ 431.668.635.692

ARTÍCULO 2º. La Secretaría Distrital de Hacienda, una vez comprometidos los recursos a que se refiere el artículo anterior, deberá incluir en los presupuestos de las vigencias 2019 a 2027 las asignaciones necesarias para cumplir los compromisos adquiridos.

ARTÍCULO 3°. El Fondo Financiero Distrital de Salud presentarán informe escrito semestral al Concejo de Bogotá dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada semestre, sobre la ejecución de las vigencias futuras ordinarias aprobadas.

ARTÍCULO 4°. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



PROYECTO DE ACUERDO N° 459 DE 2018

PRIMER DEBATE

"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL COBRO DE LA CONTRIBUCIÓN POR EL SERVICIO DE GARAJES O ZONAS DE ESTACIONAMIENTO DE USO PÚBLICO, INCLUYENDO EL ESTACIONAMIENTO EN VÍA"

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO:

El objeto del presente Acuerdo es establecer el cobro de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo estacionamiento en vía, con el fin de aportar a la sostenibilidad económica, ambiental, social e institucional del sistema de transporte público, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 *"Todos por un nuevo país"*.

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:

a. Justificación legal

La Constitución Política de Colombia, artículo 338, determina: *"En tiempo de paz, solamente el Congreso, las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales podrán imponer contribuciones fiscales o parafiscales. La ley, las ordenanzas y los acuerdos deben fijar, directamente, los sujetos activos y pasivos, los hechos y las bases gravables, y las tarifas de los impuestos."*

(...) La ley, las ordenanzas y los acuerdos pueden permitir que las autoridades fijen la tarifa de las tasas y contribuciones que cobren a los contribuyentes, como recuperación de los costos de los servicios que les presten o participación en los beneficios que les proporcionen; pero el sistema y el método para definir tales costos y beneficios, y la forma de hacer su reparto, deben ser fijados por la ley, las ordenanzas o los acuerdos."

(...) Las leyes, ordenanzas o acuerdos que regulen contribuciones en las que la base sea el resultado de hechos ocurridos durante un período determinado, no pueden aplicarse sino a partir del período que comience después de iniciar la vigencia de la respectiva ley, ordenanza o acuerdo".

De conformidad con el numeral 2 del artículo 33 de la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, los alcaldes municipales o distritales, en el marco de la regulación de

los estacionamientos abiertos al público fuera de vía y en vía, podrán incorporar en la tarifa una contribución que incentive la utilización de los sistemas de transporte público, así:

“ARTÍCULO 33. OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN PARA LOS SISTEMAS DE TRANSPORTE.

Con el objeto de contribuir a la sostenibilidad de los sistemas de transporte y contar con mecanismos de gestión de la demanda, las entidades territoriales podrán determinar, definir y establecer nuevos recursos de financiación públicos y/o privados que permitan lograr la sostenibilidad económica, ambiental, social e institucional de los sistemas SITM, SETP, SITP y SITR, a través de los siguientes mecanismos: (...)

2. Contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público. *Cuando los Alcaldes municipales o distritales regulen el cobro por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo estacionamiento en vía, las entidades territoriales que cuenten con un sistema de transporte masivo, estratégico, integrado o regional, en concordancia con las competencias de los Concejos Municipales o Distritales, podrán incorporar en las tarifas al usuario de los estacionamientos, una contribución que incentive la utilización de los sistemas de transporte público.*

Serán sujetos pasivos los usuarios del servicio en predios de personas naturales o jurídicas que ofrezcan a título oneroso el estacionamiento de vehículos. El factor adicional se calculará así: la base gravable será dos (2) veces el valor del pasaje promedio del servicio de transporte público (SITM, SETP, SITP o SITR, según sea el caso) en el municipio o distrito; esta base se multiplicará por factores inferiores a uno (1) en función de los criterios de oferta de transporte público en la zona, uso del servicio en horas pico y estrato del predio. La contribución se cobrará en forma adicional al total del valor al usuario por parte del prestador del servicio, quien tendrá la condición de agente retenedor. Se exceptúa de este cobro las bicicletas y las motocicletas cilindradas de 125 cm³ e inferiores.”

Es así como la creación de la contribución se da como herramienta para fortalecer los ingresos tributarios de los entes territoriales, constituyéndose en uno de los elementos jurídicos con los que se cuenta para el desarrollo de fuentes alternativas de financiación de los sistemas de transporte público.

Ahora bien, como se puede apreciar de la lectura del numeral segundo de la anterior norma, a pesar de que se encuentren definidos el hecho generador y los sujetos pasivos y activos de la contribución, no están plenamente identificados los factores adicionales con los que se calcula su valor, competencia que está única y explícitamente en cabeza de la corporación político-administrativa territorial, de conformidad con la línea jurisprudencial del Consejo de Estado y la Corte Constitucional.

Sea del caso señalar que la contribución en comento se cobraría tanto para el estacionamiento fuera de vía como para el estacionamiento en vía, pues la norma permite que sea cobrada en ambos casos.

b. Competencias del Concejo de Bogotá sobre el tema

1.- De conformidad con los artículos 7, 8 y 12, numeral 1 del Decreto Ley 1421 de 1993, le corresponde al Concejo Distrital velar por los intereses del Distrito, para efectos de lo cual debe *“Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito”*, normas que fundamentan la competencia del Concejo para regular lo relacionado con los estacionamientos fuera de vía y las que han venido siendo utilizadas según los antecedentes descritos.

2.- En cuanto a los elementos tributarios relacionados con el sistema de estacionamientos de acceso público en vía y fuera de vía a nivel distrital, se tiene que, de conformidad con el numeral 3 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, en concordancia con lo previsto en el artículo 313 de la Constitución Política, le corresponde al Concejo Distrital *“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 aquéllos.”*

En este sentido, le corresponde al Concejo Distrital autorizar el cobro de tributos a favor del Distrito Capital dentro de las tarifas del sistema de estacionamientos de acceso público en vía y fuera de vía a nivel distrital, con la finalidad de garantizar el efectivo recaudo.

Sobre la competencia de los concejos municipales y distritales en la adopción de tributos a nivel territorial, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sostenido, en distintas oportunidades, que el límite del poder tributario en cabeza de las entidades territoriales se encuentra en desarrollar los aspectos que no hayan sido definidos de manera general por el legislador, así:

“(…)

En numerosas oportunidades esta Corporación ha señalado que cuando el legislador establece tributos de carácter nacional tiene la obligación de señalar todos sus componentes, de manera clara e inequívoca. Empero, no sucede lo propio respecto de los impuestos de carácter territorial donde, aunque siempre deberá mediar la intervención del legislador, éste puede autorizar su creación bajo una de dos hipótesis: en primer lugar, puede ocurrir que la propia ley agote los elementos del tributo, caso en el cual las entidades territoriales tendrán la suficiente autonomía para decidir si adoptan o no el impuesto y, en segundo lugar, puede tratarse simplemente de una ley de autorizaciones, donde serán las correspondientes corporaciones de representación popular, en el ámbito territorial, las encargadas de desarrollar el tributo autorizado por la ley. Sin embargo, surge entonces una pregunta: ¿Cuál es el grado de generalidad que puede tener la ley de autorizaciones? En otras palabras, la pregunta está orientada a determinar cuál es el contenido mínimo de una ley de autorizaciones.

En la jurisprudencia de esta Corporación ya se ha dado respuesta a los anteriores interrogantes, criterios que son reiterados en esta oportunidad para señalar que la Constitución Política no le otorga al Congreso de la República la facultad exclusiva y excluyente para establecer los elementos de todo tributo del orden departamental, distrital o municipal, pues en aplicación del contenido del artículo 338 Superior, en concordancia con el principio de autonomía de las entidades territoriales y con las funciones asignadas a las autoridades territoriales, las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales disponen de competencia tanto para determinar los elementos del tributo no fijados expresamente en la ley de autorización como para establecer las condiciones específicas en que operará el respectivo tributo en cada departamento, distrito o municipio.

Corresponderá entonces al Congreso de la República la creación de los tributos del orden territorial y el señalamiento de los aspectos básicos de cada uno de ellos, los cuales serán apreciados en cada caso concreto en atención a la especificidad del impuesto, tasa o contribución de que se trate. Por su parte, las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales establecerán los demás componentes del tributo, dentro de los parámetros generales o restringidos que fije la correspondiente ley de autorización.

Entendida así la articulación de los principios superiores mencionados en los artículos 1º, 150 nls. 11 y 12, 287-3, 300-4 y 313-4, tendrá sentido y aplicación el artículo 338 de la Constitución cuando señala que “En tiempo de paz, solamente el Congreso, las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales podrán imponer contribuciones fiscales o parafiscales”.

De lo contrario, si correspondiera únicamente al Congreso determinar todos y cada uno de los elementos de los tributos del orden territorial, carecería de sentido la expresión que emplea el inciso primero del artículo 338 de la Constitución y según la cual “La ley, las ordenanzas y los acuerdos deben fijar, directamente, los sujetos activos y pasivos, los hechos y las bases gravables, y las tarifas de los impuestos”.⁴⁷ (Subrayas y negrilla por fuera del texto original).

La misma posición ha sido desarrollada por el Consejo de Estado en los siguientes términos:

“(…)

De acuerdo con lo anterior, para la Sala es claro que el artículo 338 de la Constitución Política señala la competencia que tienen los entes territoriales para que, a través de sus órganos de representación popular, determinen los presupuestos objetivos de los gravámenes de acuerdo con la ley, sin que tal facultad sea exclusiva del Congreso, pues de lo contrario se haría nugatoria la autorización que expresamente la Carta les ha conferido a los Departamentos y Municipios en tales aspectos.

No obstante, debe advertirse que la mencionada competencia en materia impositiva de los municipios, para el caso, no es ilimitada, pues no puede excederse al punto de establecer tributos ex novo, pues la facultad creadora esta atribuida al Congreso, pero a partir del establecimiento legal del impuesto, los mencionados entes territoriales, de conformidad con las pautas dadas por la Ley, pueden establecer los elementos de la obligación tributaria cuando aquélla no los haya fijado directamente.

(…)

⁴⁷ Corte Constitucional, sentencia C-227 de 2 de abril de 2002. Posición reafirmada en sentencia C-517 de 2007.

Esta Corporación advierte que el “grado de generalidad” que pueden tener las “leyes que autorizan” los tributos en los entes territoriales han sido también analizado por la Corte Constitucional para señalar que:

“...cuando el legislador establece tributos de carácter nacional tiene la obligación de señalar todos sus componentes, de manera clara e inequívoca. Empero, no sucede lo propio respecto de los impuestos de carácter territorial donde, aunque siempre deberá mediar la intervención del legislador, éste puede autorizar su creación bajo una de dos hipótesis: en primer lugar, puede ocurrir que la propia ley agote los elementos del tributo, caso en el cual las entidades territoriales tendrán la suficiente autonomía para decidir si adoptan o no el impuesto y, en segundo lugar, puede tratarse simplemente de una ley de autorizaciones, donde serán las correspondientes corporaciones de representación popular, en el ámbito territorial, las encargadas de desarrollar el tributo autorizado por la ley. Sin embargo, surge entonces una pregunta: ¿Cuál es el grado de generalidad que puede tener la ley de autorizaciones? En otras palabras, la pregunta está orientada a determinar cuál es el contenido mínimo de una ley de autorizaciones.

Para responder el anterior interrogante la Corte sostuvo:

“Corresponderá entonces al Congreso de la República la creación de los tributos del orden territorial y el señalamiento de los aspectos básicos de cada uno de ellos, los cuales serán apreciados en cada caso concreto en atención a la especificidad del impuesto, tasa o contribución de que se trate. Por su parte, las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales establecerán los demás componentes del tributo, dentro de los parámetros generales o restringidos que fije la correspondiente ley de autorización. (Negrillas fuera de texto).

Posteriormente, la Corte Constitucional, en la sentencia C-538 del 2002, sostuvo que la “ley de autorizaciones” constituye el “elemento mínimo” que necesitan los entes territoriales frente a los impuestos que administran porque “tratándose de recursos propios de las entidades territoriales no hay razón para que el legislador delimite cada uno de los elementos del tributo, pues de esa forma cercenaría la autonomía fiscal de que aquéllas gozan por expreso mandato constitucional”.

En efecto, resulta del caso precisar y resaltar el concepto **de autonomía de las entidades territoriales** sobre el cual la mencionada Corporación ha indicado:

“La Constitución institucionalizó el concepto de autonomía, con el fin de acentuar y fortalecer la descentralización territorial, de modo que las entidades territoriales gocen de un ámbito de libertad e independencia política, administrativa y fiscal, para la gestión de sus propios intereses, aunque bajo las limitaciones que se derivan de la Constitución y las que el legislador puede imponer respetando el núcleo o la esencia de dicha autonomía.

Conforme al art. 287 de la Constitución es expresión de la autonomía el reconocimiento de las facultades que poseen las entidades territoriales para gobernarse por autoridades propias, ejercer competencias específicas acordes con la libertad de gestión de sus intereses, y administrar sus propios recursos, sea que éstos provengan de los tributos que establezcan o de la participación en

*las rentas nacionales, con el propósito de atender a la realización de los cometidos que se les han asignado”.*⁴⁸

Adicionalmente, el artículo 133 (Estrategias de Financiación) del Acuerdo Distrital 645 de 2016, por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Distrital, prevé que:

“La Administración Distrital podrá gestionar diferentes mecanismos que permitan complementar la financiación del Plan de Desarrollo 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos”, tales como: cobros por congestión, valorización, contribución a parqueaderos, instrumentos de financiación del desarrollo urbano, cobro de alumbrado público y estacionamiento en vía, entre otros. Dentro del marco de sus competencias, se deberá acudir al Concejo Distrital para su aprobación”. (Subrayado fuera del texto).

Con fundamento en la anterior normatividad y el desarrollo jurisprudencial que los altos tribunales (constitucional y administrativo) le han dado al tema del poder tributario en cabeza de las entidades territoriales, le corresponde al Concejo Distrital autorizar el cobro de tributos que hayan sido creados mediante ley, así como la definición de los demás elementos de la obligación tributaria, de tal modo que, en el caso de la *Contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público*, incluyendo estacionamiento en vía, sea el Alcalde Mayor, bajo los parámetros -método y sistema- definidos por el Concejo Distrital, quien fije la tarifa de los tributos relacionados con dichos estacionamientos.

c. Justificación técnica del proyecto

Existen argumentos de equidad, de carácter financiero y económico (de eficiencia) que motivan y justifican la presentación del presente proyecto de acuerdo. En cuanto al caso de equidad, se evidencia que son las personas de mayores recursos las que hacen uso del vehículo privado motorizado, mientras que la población más vulnerable de la ciudad se transporta, en su mayoría, en transporte público. Desde el punto de vista financiero, se exhibe el déficit del sistema de transporte público en Bogotá, con lo cual se demuestra la necesidad de nuevas fuentes para su financiación. De igual forma, en términos de eficiencia, se explica que la estructura tarifaria actual de estacionamientos no conduce a una asignación eficiente de los recursos en la sociedad. Para lograr lo anterior, se muestra en primera medida la distribución modal de los viajes en Bogotá de acuerdo con el estrato socioeconómico en que habitan los usuarios. Luego, se exponen las externalidades negativas del uso del vehículo privado motorizado y se presentan las tarifas de estacionamiento como medida para gestionar la demanda de este modo. Finalmente, se evidencia la necesidad de financiación de los sistemas de transporte público y el déficit del sistema en Bogotá, y se presenta el valor de la contribución por el servicio de garajes o

⁴⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, sentencia de 09 de julio de 2009, Exp: 16544.

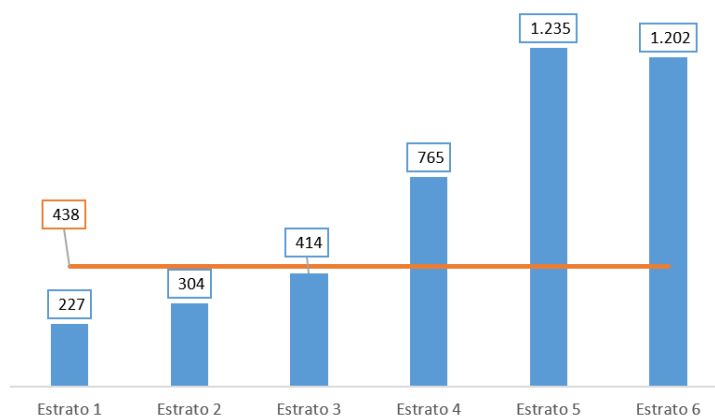
zonas de estacionamiento de uso público, como medida para combatir dicho déficit, incluyendo estacionamiento en vía.

i. Uso del vehículo privado y el transporte público en Bogotá

De acuerdo con la Encuesta de Movilidad 2015, los habitantes de Bogotá realizan diariamente cerca de 2,4 millones de viajes en vehículo motorizado privado (automóviles y motos) y 5,7 millones de viajes en transporte público masivo (SITP Zonal, TPC, Transmilenio y Alimentador), que representan respectivamente el 18% y el 43% del total de viajes de la ciudad⁴⁹. Es decir, por cada viaje en un vehículo motorizado privado se realizan 2,4 viajes en transporte público.

Además, la disponibilidad de vehículos motorizados privados por hogar varía significativamente dependiendo del estrato socioeconómico de la vivienda del hogar. Mientras que entre los hogares de viviendas de estrato 1 se registran alrededor de 227 vehículos por cada 1.000 hogares, en el estrato 6 se contabilizan cerca de 1.202 vehículos por cada 1.000 hogares, lo que refleja que la tenencia de estos bienes aumenta de manera importante en la medida en que aumenta el estrato al que pertenece el hogar (ver Gráfico 1). Es decir, los estratos más altos, asociados con mayores niveles de ingresos, tienen mayor acceso al vehículo privado respecto a los estratos más bajos.

Gráfico 1. Cantidad de vehículos por cada 1.000 hogares según estrato de la vivienda



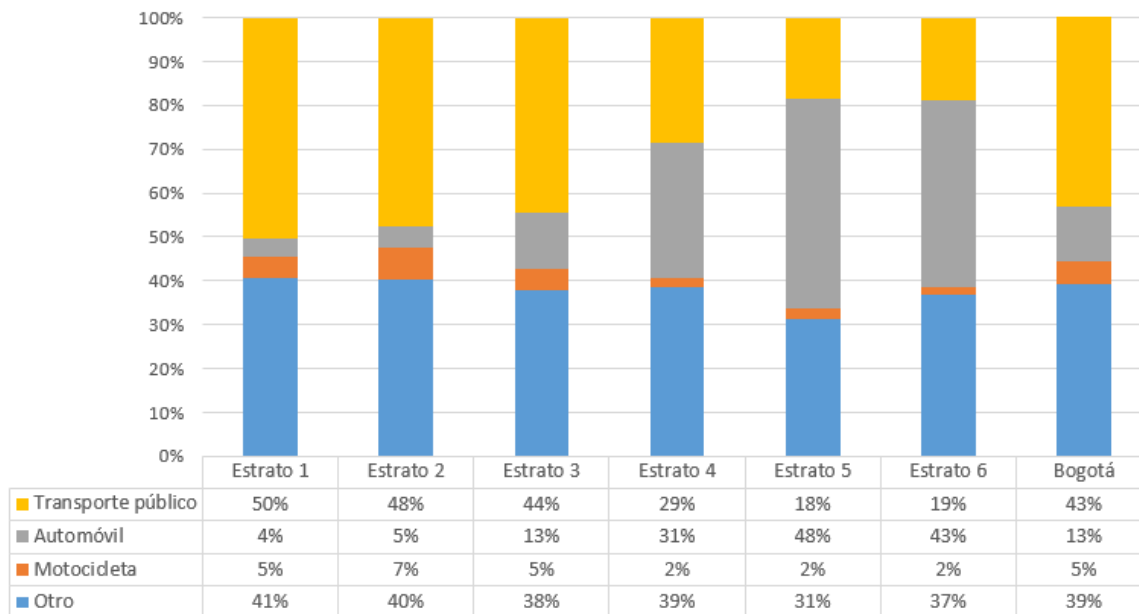
Fuente: Encuesta de Movilidad 2015

De la misma manera, la distribución modal de los viajes evidencia una tendencia a mayor uso del vehículo privado entre mayor sea el estrato de la vivienda del hogar, y en contraste un mayor uso del transporte público en la medida en que disminuye el estrato (Ver Gráfico 2). Así, mientras que en los hogares en viviendas de estrato 1, 2 y 3 el medio de transporte predominante es el transporte público con una participación en los viajes entre el 44% y el 50%, en los hogares de viviendas de estrato 4, 5 y 6 este medio de transporte representa

⁴⁹ Información para un día hábil y teniendo en cuenta viajes peatonales mayores o iguales a 15 minutos

entre un 18% y un 29% del total de viajes. En contraste, el vehículo motorizado privado (automóvil y motocicleta) en estratos 1, 2 y 3 concentran entre un 9% y 18% de los viajes, mientras que en los estratos 4, 5 y 6 estos medios representan entre un 33% y 51% de los viajes.

Gráfico 2. Distribución modal por estrato (Día hábil y viajes peatonales mayores a 15 minutos)



Fuente: Encuesta de Movilidad 2015

En resumen, el medio de transporte predominante en la ciudad para viajes mayores a 15 minutos es el transporte público, el cual es principalmente utilizado por los hogares de viviendas de estrato 1, 2 y 3. Los viajes en transporte público duplican aquellos en transporte privado y sirven a las poblaciones más vulnerables de la ciudad.

Mencionado lo anterior, la ciudad debería enfocarse en priorizar la calidad del transporte público para maximizar el beneficio a la población y simultáneamente fomentar modos de transporte más sostenibles, como es el caso del transporte público, por encima de medios motorizados privados como automóviles y motocicletas.

ii. Externalidades negativas del uso del vehículo privado motorizado

El crecimiento económico junto con el incremento rápido, e irrestricto uso del vehículo privado en las ciudades en desarrollo, tiene consecuencias reales y significativas para las ciudades y las personas que viven en ellas⁵⁰. La congestión, el elevado consumo de tiempo,

⁵⁰ BROADDUS A. ET AL. Gestión de la demanda de transporte. Eschborn: Melanie Murphy, Carlos Felipe Pardo, Manfred Breithaupt, Dominik Schmid, 2009

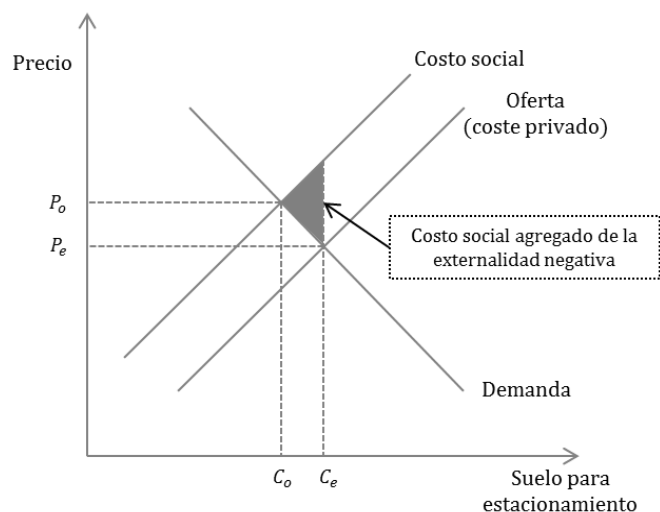
la siniestralidad y los consecuentes problemas ambientales y de calentamiento global son los puntos más críticos asociados al transporte hoy en día⁵¹.

En términos de la teoría económica, este fenómeno se conoce con el nombre de *externalidad negativa*: las acciones tomadas por un individuo afectan negativamente a otro, sin que medie una compensación monetaria. En el caso del uso del vehículo privado motorizado, las externalidades de mayor relevancia se relacionan con la contaminación (calidad del aire) y congestión. Por ejemplo, el conductor de un vehículo privado motorizado contaminante afecta no sólo la calidad del aire que él mismo respira, sino que también la salud de otros.

Una manera de corregir las externalidades negativas es a través de pagos o impuestos. De esta forma, el individuo que causa la afectación paga parte (o la totalidad) del costo social generado por él, tiene menores incentivos a continuar con dicha actividad y compensa a la sociedad por el detrimento recibido.

El Gráfico 3 muestra el fundamento teórico de las externalidades negativas y cómo podría operar la contribución. La intersección de la curva de oferta con la curva de demanda muestra el consumo de equilibrio de suelo dedicado para estacionamiento. En ese punto, los conductores de vehículo pagan por un espacio de estacionamiento una tarifa definida por el mercado (P_e), la cual refleja fundamentalmente los costos en los que incurre el empresario del estacionamiento más una rentabilidad determinada. En el caso del parqueo en vía, en la actualidad esta tarifa es cero.

Gráfico 3. Externalidades negativas



Fuente: Gráfica adaptada a partir de *The Price Mechanism Analysis of Parking Fees on Economic Perspective*, Liqin Shan & Shaodan Qian, 2015.

⁵¹ ORTÚZAR, J. D. AND WILLUMSEN L.G. (2011) Modelling Transport. John Wiley & Sons, Inc., Chichester.

La provisión de estacionamiento gratis o a precios que estén por debajo del costo social incentiva el uso del vehículo particular ($C_E > C_O$) y las externalidades negativas pagadas por la sociedad se incrementan⁵². La imposición de una contribución del tipo *pigouviano* que capture parte de ese costo social (triángulo sombreado en el Gráfico 3) permite desincentivar el uso del vehículo particular y la transferencia de recursos a alternativas de movilidad que beneficien a todos los ciudadanos.

Tal como se mencionó anteriormente, la literatura especializada identifica diversas externalidades negativas asociadas al uso del vehículo particular. Las más conocidas están relacionadas con el incremento en los niveles de contaminación, la dependencia energética, la siniestralidad y la congestión urbana⁵³. En menor medida se ha explorado aquella externalidad asociada con el consumo de suelo, en particular en ciudades donde este recurso es escaso.

El uso de instrumentos que permiten captar parte del costo social de estas externalidades y la transferencia de los recursos obtenidos a la mejora y sostenibilidad del transporte público y la promoción de modos de transporte sostenible es hoy una práctica habitual en muchas ciudades del mundo. Las ciudades más desarrolladas hacen uso hoy de mecanismos como los cobros por congestión, peajes urbanos, cuotas anuales de nuevos vehículos, impuestos ambientales, etc.

Dentro de estas ciudades, vale la pena resaltar a Londres, que implementó desde 2003 un cobro por congestión que implicaba un pago de los usuarios de vehículos privados por ingresar al centro de negocios de la ciudad. Los objetivos del proyecto eran reducir el tráfico en el centro de la ciudad, reducir las demoras en las vías, aumentar la velocidad dentro de la zona en un 10-15%, mejorar las condiciones de movilidad fuera de la zona de congestión, mejorar las operaciones de buses y lograr una mayor participación de medios de transporte sostenible en la distribución modal. En la actualidad, más de 10 años después de su implementación, el tráfico bajó un 27% y se ha mantenido constante, lo que representa una reducción de 80.000 vehículos diarios. Esto ha proporcionado mejoras del aire, ha logrado un incremento del uso de la bicicleta en un 66% y del transporte público en un 45%.

En Bogotá el uso de este tipo de instrumentos es todavía incipiente. El propietario de un vehículo particular realiza diversos pagos por propiedad de vehículo como el SOAT, pero en ningún caso paga por las externalidades negativas generadas. Como se verá más adelante, Bogotá necesita implementar instrumentos de gestión de la demanda de transporte que permitan por un lado internalizar estos costos sociales dentro de la función de costos de aquellos que deciden hacer uso del vehículo particular, y por otro, dirigir estos recursos a la

⁵² Donald Shoup ha demostrado que el parqueo gratis realmente no existe y que a pesar de que no es pagado por el propietario del vehículo particular, estos costos se transmiten al precio de otros bienes o servicios lo cual constituye un subsidio directo al uso del vehículo particular. Ver *The High Cost of Free Parking*, Donald Shoup, Planners Press, American Planning Association, 2005.

⁵³ Parry, Ian, Walls, Margaret y Harrington, Winston (2006). *Automobile externalities and policies*. *Journal of Economic Literature* Vol. XLV (June 2007), pp. 373–399

mejora del transporte público de la ciudad. La recolección de estos recursos y su transferencia como fuente de ingresos para el transporte público son el primer paso para crear un círculo virtuoso de la movilidad, donde el transporte público de calidad se convierte una alternativa viable y atractiva para los usuarios del vehículo privado, al tiempo que se reducen los efectos negativos asociados a congestión y contaminación.

iii. **Las tarifas de estacionamiento como instrumento de gestión de la demanda de transporte**

La demanda de estacionamientos puede ser gestionada de una manera efectiva por medio de diferentes tipos de intervenciones en las políticas de las ciudades. Esto incluye control en el número de estacionamientos ofrecidos, en su distribución espacial, en las tarifas aplicables, en los tiempos máximos de permanencia, en la provisión de permisos de estacionamiento en vía para residentes, en el cobro por el estacionamiento a empleados y visitantes, en los impuestos, y en la regulación de las políticas, entre otros.⁵⁴ Estas estrategias de gestión de la demanda de estacionamientos pueden ser utilizadas para inducir en las personas un cambio modal del vehículo privado motorizado a modos más sostenibles. Adicionalmente, estas pueden tener también efectos en los patrones de viajes toda vez que pueden llevar a que las personas cambien de ubicación del estacionamiento, el destino de viaje, la hora del viaje, la actividad, o, incluso, decidan cancelar el viaje.⁵⁵

Ahora bien, las tarifas de los estacionamientos como medida de gestión de la demanda se refieren a cobros directos por el uso de un espacio de estacionamiento, ya sea en vía o fuera de ella. Una política eficiente asociada a las tarifas de estacionamiento puede proporcionar numerosos beneficios, incluyendo un aumento en la rotación de los estacionamientos, una mayor disponibilidad temporal y espacial de cajones, un cambio modal a modos de transporte más sostenibles y una reducción en la demanda de estacionamientos, lo que disminuye el costo generado por la necesidad de dedicar espacio urbano a la provisión de estacionamientos en la ciudad.

Dicha reducción de la demanda de estacionamientos significa una disminución del número de viajes en vehículo privado motorizado, por lo que las políticas tarifarias de estacionamiento permiten también que haya una reducción de las externalidades asociadas al uso del automóvil y la motocicleta, como son la congestión, el mantenimiento de la infraestructura vial, la siniestralidad, el consumo de energía y la polución, entre otros.

Por otro lado, en lo que respecta al estacionamiento en vía, las tarifas se han utilizado como instrumento para alcanzar una ocupación óptima y mejorar el uso del espacio en la vía al

⁵⁴ Shiftan, Y., Burd-Eden, R.: Modelling the response to parking policy, *Transportation Research Record*, Vol. 1765, 2001, pp. 27-34, Transportation Research Board, Washington, DC.

⁵⁵ Feeny, B.P. A review of the impact of parking policy measures on travel demand, *Transport Planning and Technology*, 1989, (14) 2.

promover mayor rotación y minimizar el número de kilómetros recorridos por la búsqueda de un espacio de estacionamiento.

Utilizando las tarifas de estacionamiento se logran diversos efectos en el comportamiento de los conductores¹³, entre estos los siguientes:

- Encontrar una localización de estacionamiento alternativa
- Comenzar su viaje en otro momento
- Cambiar su modo de transporte a uno más sostenible
- Cambiar su destino
- Evitar realizar el viaje

Mencionado esto, se puede concluir que, a través de un incremento en la tarifa de parqueo en Bogotá, percibido en la contribución de estacionamiento, se va a lograr gestionar de manera eficiente la demanda de transporte privado y alcanzar una movilidad sostenible en Bogotá.

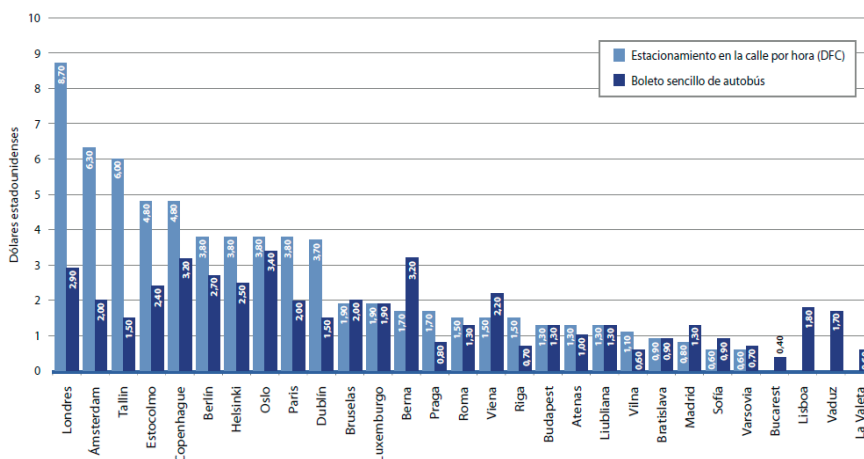
iv. Financiación de los sistemas de transporte público de calidad

En la mayoría de las ciudades, especialmente las de países industrializados, la prestación de servicio de transporte se considera un servicio público esencial y no se rige por una lógica de eficiencia económica. La práctica internacional demuestra entonces que un número importante de las áreas urbanas que disponen de un transporte público moderno e integrado, no disponen de sistemas autosostenibles desde una perspectiva financiera, es decir, la tarifa pagada por el usuario no garantiza el sostenimiento del sistema.⁵⁶

Ciudades europeas como Londres, Estocolmo, Berlín y París, que cuentan con sistemas de transporte de calidad, utilizan otros mecanismos de financiación del transporte público, tales como tarifas de parqueo (Ver Gráfico 4). En estas y otras áreas urbanas el cobro del parqueo en vía por hora es más alto que el tiquete de bus, lo que sirve como mecanismo para incentivar el uso del transporte público en zonas de alta congestión (por ejemplo, el centro de negocios); al tiempo que es un instrumento que busca mayor equidad al internalizar las externalidades que causa el vehículo privado en términos de uso del suelo.

⁵⁶ Corporación Alemana para la Cooperación Internacional – GIZ, Financiación del Transporte Urbano Sostenible, 2010.

Gráfico 4. Comparación de las tarifas de estacionamiento en ciudades europeas – tarifa en vía en el centro de negocios y costo de pasaje en autobús sencillo



Fuente: GIZ (2010)

Desde un punto de vista teórico, existen diversas razones que sustentan la transferencia de recursos al transporte público, adicionales a las tarifas a los usuarios⁵⁷:

- 1) En primer lugar, se reclama el denominado efecto *Mohring*: la mayor demanda generada por tarifas bajas impulsa el incremento de la frecuencia de servicio, que disminuye los tiempos de espera para todos los usuarios.
- 2) Un segundo argumento se refiere a la retribución por externalidades positivas del transporte público (reducción de congestión, contaminación del aire, ruido, accidentalidad, e incremento de actividad física utilitaria), en la medida en que el transporte público es un sustituto del viaje en vehículo privado (que genera las externalidades negativas que no son compensadas por los usuarios). El apoyo a transporte público es un *segundo mejor* al cargo directo a usuarios de automóvil por congestión, contaminación y accidentalidad.
- 3) Finalmente, hay consideraciones de equidad: los usuarios de transporte público se concentran en estratos medios y bajos, y por ello, compensar el transporte público es una forma de lograr redistribución en los ingresos.

⁵⁷ Basso y Silva 2015 disponible online en <http://blogs.lse.ac.uk/usappblog/2015/03/04/cities-that-subsidize-transit-will-get-the-best-value-for-money-in-the-absence-of-congestion-pricing-and-bus-lanes/>

Mencionado lo anterior, se puede decir que existen razones de peso económico y social para la transferencia de recursos de distintas fuentes al transporte público urbano. Esta es una práctica ampliamente adoptada por ciudades en países desarrollados, lo que les ha permitido viabilizar financieramente el sostenimiento y mejora de un sistema de transporte público eficiente.

v. Necesidad de financiación para el transporte público del Distrito Capital

En Bogotá, hoy en día, el Sistema Integrado de Transporte Público (SITP) está conformado por los servicios troncales y alimentadores (Transmilenio) y el componente zonal, el cual opera en vías de tráfico general. El sistema tarifario establecido para el SITP no es autosostenible, en concordancia con sus características operacionales, la práctica internacional y la teoría microeconómica.

Por su parte, el Decreto 309 de 2009 de la Alcaldía Mayor de Bogotá estableció en el artículo 21 los principios para la determinación de la tarifa del SITP así: “*Se adoptan como principios básicos para la definición de la tarifa del SITP los siguientes:*

21.1. Costeabilidad: El modelo tarifario del SITP considerará la capacidad de pago promedio de los usuarios.

21.2. Equilibrio: La tarifa técnica del SITP reflejará permanentemente el monto necesario para remunerar los costos de operación que se le imputen en el diseño financiero y garantizará la eficiencia del Sistema.

21.3. Sostenibilidad: El diseño tarifario garantizará la sostenibilidad financiera del Sistema en el tiempo, obedeciendo los principios de costeabilidad y equilibrio antes enunciados. En todo caso, el modelo financiero del SITP deberá remunerar la totalidad de los costos operacionales en condiciones de eficiencia y equilibrio.

21.4. Integración: El diseño tarifario del SITP integrará los costos de los servicios que se incorporen al Sistema Integrado de Transporte Público en la ciudad de Bogotá D.C., y estará abierto a su integración con sistemas de transporte de pasajeros intermunicipales.”

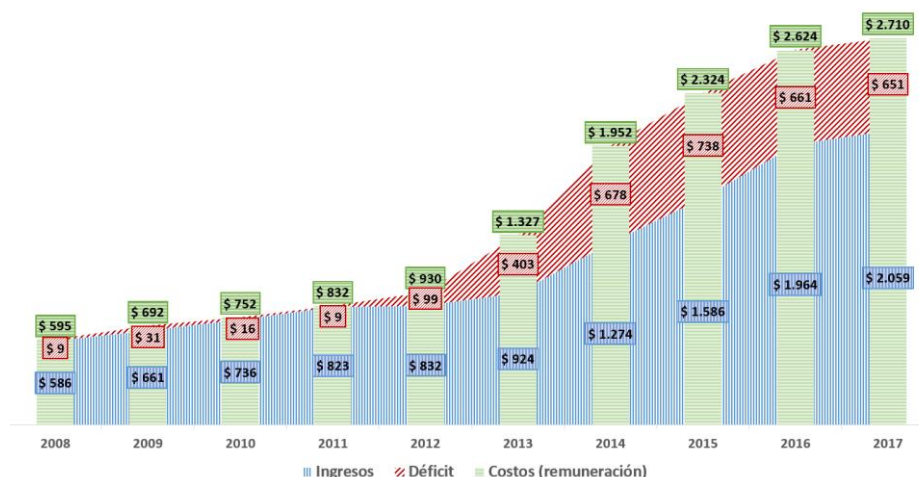
Pese a esto, el déficit ha aumentado de \$9 mil millones en 2011 a \$651 mil millones en 2017, según las cifras de Transmilenio S.A.⁵⁸

Como se puede ver en el Gráfico 5, la diferencia entre los costos y los ingresos se ha incrementado significativamente en los últimos años, de manera que el déficit creciente es cubierto con recursos girados desde la Secretaría Distrital de Hacienda. El déficit anual en

⁵⁸ Estudio técnico y financiero de soporte de actualización tarifaria, diciembre 2017.

2017 se estima en \$651.000 millones.⁵⁹ Según estimaciones de Transmilenio S.A., el 89% del déficit es explicado por el componente zonal del SITP.

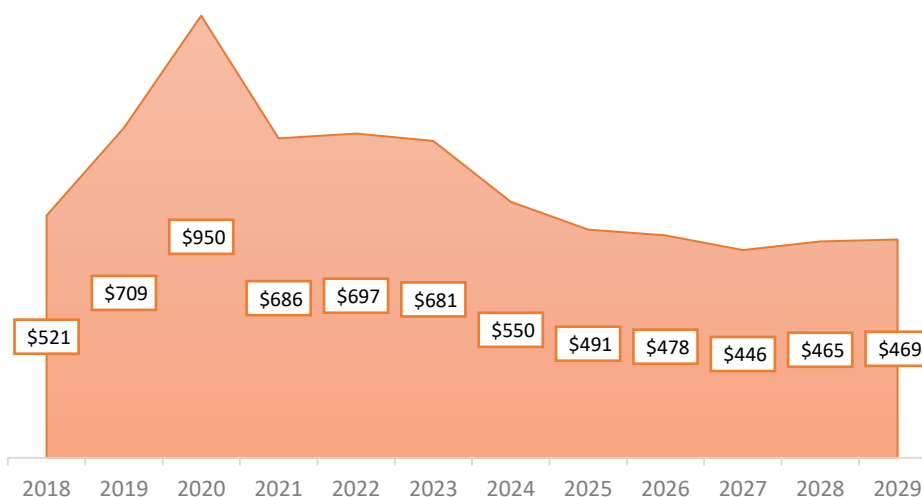
Gráfico 5. Ingresos y costos del SITP



Fuente: Estudio técnico y financiero soporte de actualización tarifaria. Subgerencia Económica y Subgerencia Técnica y de Servicios. Transmilenio S.A. (diciembre 2017). Cifras en millones de pesos

De seguir la tendencia, en los próximos 10 años las necesidades de transferencias al SITP requerirían recursos importantes de parte de la Administración Distrital, tal como se muestra en el gráfico adjunto.

Gráfico 6. Necesidad de recursos externos para SITP – escenario de tarifa fija



Fuente: Proyecciones Fondo de Estabilización Tarifaria – FET, 2019-2029 Subgerencia Económica y Subgerencia Técnica y de Servicios. Transmilenio S.A. (septiembre de 2018). Cifras en miles de millones de pesos

⁵⁹ Como comparación, el presupuesto total de Bogotá para 2017 fue de aproximadamente \$18,8 billones (Decreto 657 de 2016)

Para contrarrestar este déficit y reducir el rezago tarifario (aumento de los costos sin la correspondiente actualización de la tarifa), en los últimos años ha sido necesario incrementar la tarifa al usuario, lo que en algunos casos puede desincentivar el uso del transporte público. Esto aunado a la escasez de recursos para mejorar la calidad del sistema de transporte público de la ciudad, ha motivado a los usuarios a utilizar otras alternativas de transporte, menos sostenibles, como la motocicleta.

Teniendo en cuenta lo anterior y el objetivo de la política pública de transporte público que es *prestar a la ciudadanía un servicio de calidad, con amplia cobertura y que sea accesible para todos los bogotanos*, se presenta este proyecto de acuerdo como un mecanismo para complementar estos principios, y fortalecer así al transporte público como una alternativa real para los usuarios de transporte privado y también para aquellos que hoy utilizan el transporte público de manera regular y evitar su migración a medios motorizados privados.

Esta contribución se recaudaría para los 172.000 viajes en vehículo privado que se realizan diariamente y que pagan por estacionar en alguno de los 2.579 parqueaderos de acceso público disponibles en la ciudad. Así mismo se esperaría recaudar en los parqueaderos en vía que habilite la ciudad para tal fin. De esta manera el uso del vehículo privado apoyaría directamente a la mejora de la calidad del transporte público, volviendo más atractivo este medio de transporte e incentivar un mayor uso de éste entre los bogotanos.

De la misma manera, esta contribución va a permitir estabilizar la tarifa de transporte en el largo plazo, y alejarla de la tarifa de estacionamiento, como lo hacen las ciudades de países desarrollados con los más altos estándares de prestación de servicio de transporte público. De esta manera se lograría una ciudad más equitativa donde se privilegia el uso de los medios de transporte públicos y sostenibles.

En conclusión, este proyecto de acuerdo se presenta como un soporte adicional a la política de financiación del transporte público y está dirigido fundamentalmente a transferir aquellos recursos provenientes de las externalidades negativas propias del uso del vehículo particular a la mejora del transporte público, intención ésta que no sólo descansa sobre una amplia literatura económica sino que responde a un claro propósito de la Administración de redistribuir recursos y hacer del transporte público una herramienta de equidad.

vi. **Valor de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo estacionamiento en vía.**

La contribución propuesta en el presente proyecto de acuerdo se justifica con base en el numeral 2 del artículo 33 de la Ley 1753 de 2015 – Plan Nacional de Desarrollo. De acuerdo con la mencionada norma, es posible gravar el estacionamiento oneroso de vehículos, para

lo cual la misma norma establece la base gravable (2 pasajes del SITP), valor que se debe multiplicar por un factor inferior a uno.

La base gravable de dos pasajes indica tácitamente el tiempo de cobro sobre el cual se aplicaría la contribución, el cual sería el equivalente al promedio de uso de dos recorridos en SITP. Dado que el tiempo promedio de un viaje en Transmilenio es de alrededor de cerca de 80 minutos (según la Encuesta de Movilidad 2015), se establece que la contribución únicamente aplica para los primeros 180 minutos de ocupación de un espacio de estacionamiento (se redondea de 160 minutos a 180 minutos para completar tres horas completas). En este sentido, el valor por minuto de la contribución corresponde a la base gravable de dos pasajes dividida en 180 minutos. Esto implica, a su vez, que el cobro por contribución solo se realizará para las primeras tres horas de permanencia en cualquier tipo de estacionamiento, en vía o fuera de vía, con miras a garantizar el derecho a la igualdad. Esto significa que el 100% del valor de la contribución se paga únicamente cuando el tiempo de permanencia en el estacionamiento es igual o mayor a tres horas.

La tarifa y el mecanismo de actualización de la contribución serán definidos por la Administración Distrital, de conformidad con lo previsto en el numeral 2 del Artículo 33 de la Ley 1753 de 2015, con base en el siguiente sistema de cálculo:

$$C_Z = B * F_Z * M_i$$

Donde:

C_Z : Valor a pagar por los usuarios del servicio de estacionamiento en vía y fuera de vía en una zona Z.

B: Es la base gravable de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público estimada con la siguiente ecuación:

$$B = 2 * \text{Valor del pasaje promedio del SITP}$$

F_Z : Factor multiplicador menor a uno (1) de la zona z que se estima a través de la siguiente ecuación:

$$\text{Factor Multiplicador} = \beta_1 TP_z + \beta_2 HP_z + \beta_3 EP_z$$

z: Zonas homogéneas donde se presta el servicio de estacionamiento de acceso público, definidas por la Secretaría Distrital de Movilidad (SDM).

M_i : Factor que se define según el método de pago i o según el tipo de contrato entre el operador y el usuario del servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público.

En un mismo día, cuando el tiempo continuo de permanencia (en minutos) sea menor o igual al tiempo máximo, se tiene que:

$$M_1 = \frac{\text{Tiempo continuo de permanencia}}{\text{Tiempo máximo}}$$

En un mismo día, cuando el tiempo continuo de permanencia (en minutos) sea mayor al tiempo máximo; o para contratos entre operadores y usuarios de hasta un día de duración, se tiene que:

$$M_2 = 1$$

Para métodos de pago y/o contratos entre operadores y usuarios que tengan una duración superior a un día, se deberá dividir el tiempo de duración total del contrato en términos de meses, semanas y días, en ese orden jerárquico y hasta completar el tiempo total. En ese caso se tiene que,

$$M_3 = (\text{número de meses} * 10) \\ + (\text{número de semanas} * 3) \\ + (\text{número de días} * 1)$$

Así, por ejemplo, en un contrato de 39 días, se tendría que:

$$M_3 = (1 * 10) + (1 * 3) + (2 * 1) = 15$$

Para métodos de pago y/o contratos entre operadores y usuarios que tengan una duración exactamente anual, se tiene que:

$$M_4 = \text{número de años} * 120$$

Donde:

Día: Periodo de tiempo de 24 horas continuas
Semana: Periodo de tiempo que corresponde a siete días continuos
Mes: Periodo de tiempo que corresponde a treinta días continuos

Año: Periodo de tiempo que corresponde a doce meses calendario continuos

Tiempo Máximo: Tiempo máximo de cobro de la contribución, igual a 180 minutos.

TP_z: Factor de transporte público, que fluctúa entre 0 y 1, en función de la oferta de transporte público.

HP_z: Factor de hora pico, que fluctúa entre 0 y 1, en función de la hora del día.

EP_z: Factor de estrato, que fluctúa entre 0 y 1, en función del estrato.

Para los β_i del Factor Multiplicador se debe cumplir que:

- $0 < \beta_i < 1$
- $\sum_i \beta_i = 1$

Donde:

$\beta_1 = 0,1$ (ponderación del factor de transporte público)

$\beta_2 = 0,6$ (ponderación del factor de hora pico)

$\beta_3 = 0,3$ (ponderación del factor de estrato)

Sobre el factor multiplicador F_z

Dado que el factor multiplicador está en función de los criterios de oferta de transporte público en la zona, uso del servicio en horas pico y estrato, es de esperarse que el valor a cobrar a los usuarios podrá ser diferenciado por zona, día u hora, entre otros.

Para la estimación de los β del Factor Multiplicador, se utilizó la metodología de Proceso de Jerarquía Analítica (The Analytic Hierarchy Process), desarrollada por Thomas Saaty. Dicha metodología considera un conjunto de criterios de evaluación y de opciones que permite establecer prioridades para tomar la mejor decisión.

En primer lugar, se crea una matriz mxm de comparación entre los m factores que se consideran para determinar el factor multiplicador: transporte público, hora pico y estrato. Cada valor a_{jk} de la matriz representa la importancia del factor j relativo al factor k , de acuerdo a los valores consignados en la Tabla 1. Los valores a_{jk} y a_{kj} de la matriz deben cumplir la condición de $a_{jk} * a_{kj} = 1$.

Tabla 1 Tabla de calificaciones relativas

Valor de a_{jk}	Interpretación
1	j y k son iguales de importantes
3	j es marginalmente más importante que k
5	j es un poco más importante que k
7	j es mucho más importante que k
9	j es fuertemente más importante que k

De esta manera se construye la Matriz A presentada en la siguiente tabla:

Tabla 2 Matriz A de calificaciones relativas

Matriz 3x3 (3 criterios de evaluación)			
	k		
j	Factor transporte público	Factor hora pico	Factor de estrato
Factor transporte público	1,0	0,2	0,3
Factor hora pico	5,0	1,0	3,0
Factor de estrato	3,0	0,3	1,0

A continuación, se procede a normalizar la Matriz A, aplicando la siguiente ecuación:

$$\bar{a}_{jk} = \frac{a_{jk}}{\sum_{l=1}^m a_{lk}} \quad \text{donde } \bar{a}_{jk} \text{ corresponde a los valores de la matriz A normalizada.}$$

Esto da como resultado una matriz cuyas columnas deben sumar 1, tal como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 3. Matriz A de calificaciones relativas normalizada

Matriz Normalizada			
	k		
j	Factor transporte público	Factor hora pico	Factor de estrato
Factor transporte público	0,1	0,1	0,1
Factor hora pico	0,6	0,7	0,7
Factor de estrato	0,3	0,2	0,2

Finalmente se construye el vector W de pesos de criterios de evaluación, a partir de la siguiente ecuación:

$$w_j = \frac{\sum_{l=1}^m \bar{a}_{jl}}{m}$$

De esta manera, se tiene una asignación de jerarquía para los tres criterios de evaluación analizados, tal como se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Vector W de pesos de criterios de evaluación

Vectores	Peso
Factor transporte público	0,1
Factor hora pico	0,6
Factor de estrato	0,3

Esta metodología permite también evaluar la consistencia de los resultados obtenidos. Para ello, se construye un Índice de Consistencia (IC), el cual se obtiene computando el escalar x como el promedio de los elementos del vector cuyo elemento j -ésimo es la proporción entre el j -ésimo elemento del vector $A*W$ (multiplicación entre la Matriz A y el vector W) y el elemento correspondiente del vector W . Para el cálculo final del IC se aplica la siguiente ecuación:

$$IC = \frac{x - m}{m - 1}$$

La condición de consistencia implica que:

$$\frac{IC}{IA} < 0.1$$

Dónde IA es el Índice de Aleatoriedad, que corresponde al valor que tomaría el Índice de Consistencia cuando los valores de la Matriz A son completamente aleatorios. Los valores que toma el IA para cada m factores analizados se presentan a continuación:

Tabla 5 Valores del Índice de Aleatoriedad

m	2	3	4	5	6	7	8	9	10
IA	0	0.58	0.90	1.12	1.24	1.32	1.41	1.45	1.51

De esta manera, a partir de los valores de la Matriz A y el vector W presentados previamente, se tiene que:

$$IC = 0,0193$$

$$\left(\frac{IC}{IA} = 0,033\right) < 0,1$$

Así, se concluye que los valores obtenidos en el vector W para los pesos de cada criterio de evaluación analizado son consistentes.

Sobre el valor de M_i

Teniendo en cuenta que existen diferentes esquemas de pago y contratos entre usuarios y operadores del servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, con distintos esquemas de duración, es necesario definir cuántas veces se debe pagar por el valor de la contribución, según el tipo de contrato.

Así, en los casos en los que los usuarios pagan exactamente por la cantidad de minutos en los que se hace uso del servicio, el valor a pagar por la contribución dependerá del tiempo de permanencia. El 100% del valor de la contribución se paga únicamente cuando el tiempo de permanencia es mayor a las tres horas (180 minutos). En estos casos, se tiene que:

- a) En un mismo día, cuando el tiempo continuo de permanencia (en minutos) sea menor o igual al tiempo máximo, se tiene que:

$$M_1 = \frac{\text{Tiempo continuo de permanencia}}{\text{Tiempo máximo}}$$

- b) En un mismo día, cuando el tiempo continuo de permanencia (en minutos) sea mayor al tiempo máximo; o para contratos entre operadores y usuarios de hasta un día de duración, se tiene que:

$$M_2 = 1$$

En los casos en los que existan contratos entre operadores y usuarios cuya duración sea mayor a un día, se deberá expresar la duración del contrato en términos de meses (cada treinta días continuos), semanas (cada siete días continuos, no contabilizados antes) y días (no contabilizados antes), en ese orden jerárquico. De esta manera, un contrato de 39 días está compuesto por un mes (30 días), una semana (7 días) y dos días. De la misma manera, un contrato de 29 días se expresaría en términos de cuatro semanas (28 días) y un día.

Teniendo en cuenta tanto el uso efectivo de los vehículos y los estacionamientos, así como para favorecer las economías de escala, cada mes se multiplica por un factor de 10, cada semana por un factor de 3 y cada día por un factor de 1. Una vez se expresa la duración del contrato en términos de meses, semanas y días, se aplica la siguiente ecuación:

$$M_3 = (\text{número de meses} * 10) + (\text{número de semanas} * 3) + (\text{número de días} * 1)$$

Finalmente, Para métodos de pago y/o contratos entre operadores y usuarios que tengan una duración exactamente anual, cada año se multiplica por un factor de 120, de manera que:

$$M_4 = \text{número de años} * 120$$

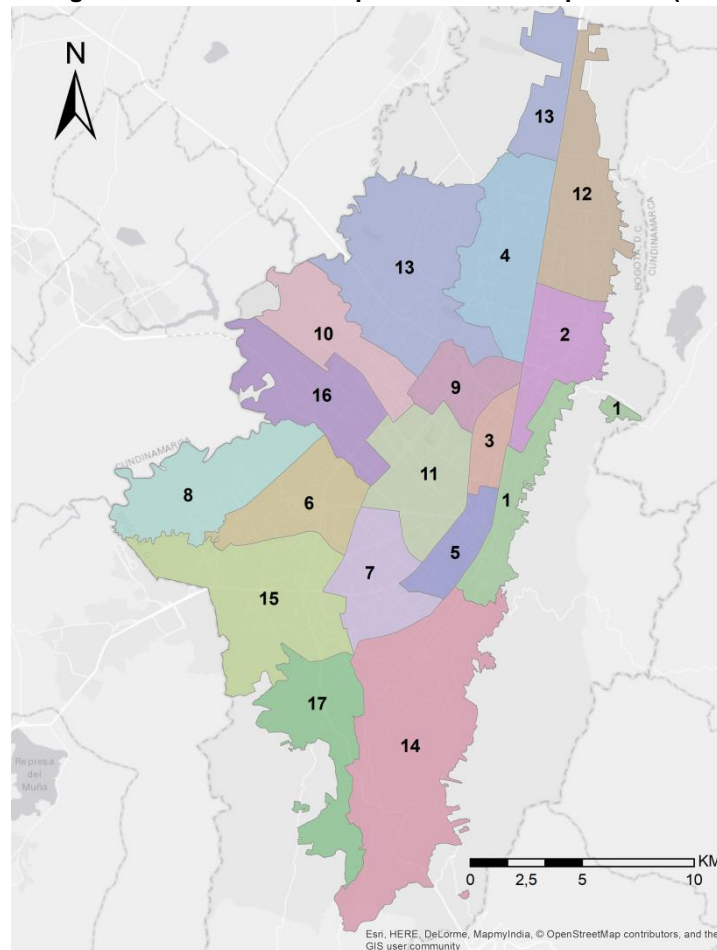
vii. Análisis y simulación del valor de la contribución por zona

Para el cobro de la contribución de manera diferenciada por zona de la ciudad, se tomó como punto de partida el estudio del contrato de consultoría No. 2016-1167 de la Secretaría Distrital de Movilidad,⁶⁰ que segmentó la ciudad en 17 zonas – ver Gráfico 6 – teniendo en cuenta aspectos socioeconómicos y factores como la demanda de estacionamientos por UPZ, las velocidades promedio por UPZ, y la capacidad de la malla vial por UPZ.

Para cada una de las 17 zonas (ver Mapa 1), se estimó un factor multiplicador, que oscila entre 0 y 1, en función de los siguientes criterios estipulados por la norma:

- i. TP: Oferta de transporte público
- ii. HP: Uso del servicio en horas pico
- iii. EP: Estrato

Mapa 1. Segmentación de la ciudad para contribución por zona (17 zonas)



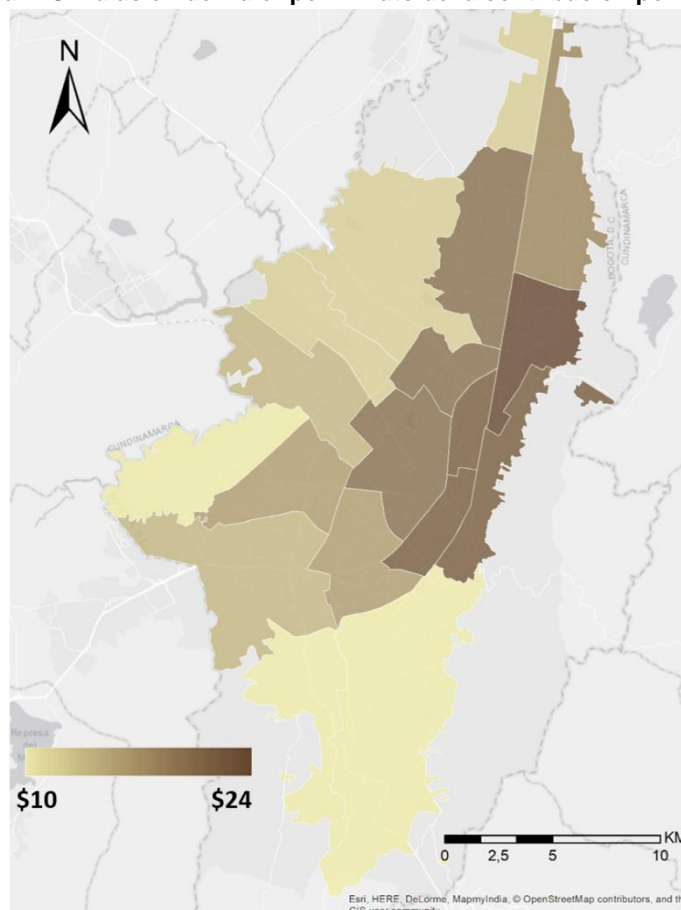
Fuente: A partir del Contrato de consultoría 2016-1167 de la Secretaría Distrital de Movilidad

⁶⁰ Contrato celebrado entre la Secretaría Distrital de Movilidad y el Consorcio Cal y Mayor - IKON – AVANTI, con objeto de “Estructurar la estrategia de gestión de la demanda de estacionamientos de acceso público, en vía y fuera de vía, en la ciudad de Bogotá”.

La metodología empleada para el cálculo del factor multiplicador por zona se explica a continuación:

1. Para cada uno de los criterios mencionados previamente se estimó un factor, que oscila entre 0 y 1 en función de las características de cada zona.
2. Se calculó un factor multiplicador por zona a partir de la multiplicación de los tres factores anteriormente estimados, y se normalizó entre 0 y 1.
3. Para obtener el valor de la contribución por minuto por zona, se multiplicó la base gravable por el factor multiplicador de cada zona y se divide entre 180 (ver Mapa 2).

Mapa 2. Simulación del valor por minuto de la contribución por Zona



Fuente: Elaboración propia, 2018

viii. Impacto fiscal

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 y el Artículo 68 del Acuerdo Distrital 348 de 2008, se realizó el análisis de impacto fiscal del presente Proyecto de Acuerdo. Dado que la iniciativa resulta en una nueva fuente de ingresos para el Distrito, y

que es el prestador del servicio el que tendrá la condición de agente retenedor, en ningún caso el costo de su implementación afectará las finanzas públicas ni genera costos fiscales adicionales. En conclusión, el presente proyecto de acuerdo no genera impacto fiscal.

ENRIQUE PEÑALOSA LONDOÑO

Alcalde Mayor de Bogotá

BEATRIZ ELENA ARBELÁEZ MARTÍNEZ

Secretaria Distrital de Hacienda

JUAN PABLO BOCAREJO SUESCÚN

Secretario Distrital de Movilidad

Aprobó: Leonardo Arturo Pazos Galindo- Director Jurídico- Secretaría Distrital de Hacienda
Carolina Pombo – Directora de Asuntos Legales- Secretaría Distrital de Movilidad
Revisó: José Alejandro Herrera Lozano- Subsecretario Técnico - Secretaría Distrital de Hacienda
Lisandro Manuel Junco Riveira -Director de Impuestos de Bogotá- Secretaría Distrital de Hacienda
Sergio Eduardo Martínez Jaimes – Subsecretario de Política Sectorial- Secretaría Distrital de Movilidad



PROYECTO DE ACUERDO N° 459 DE 2018**PRIMER DEBATE**

"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL COBRO DE LA CONTRIBUCIÓN POR EL SERVICIO DE GARAJES O ZONAS DE ESTACIONAMIENTO DE USO PÚBLICO, INCLUYENDO EL ESTACIONAMIENTO EN VÍA"

PROYECTO DE ACUERDO No. _____ DE 2018

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas en el numeral 3 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, y el artículo 33 de la Ley 1753 de 2015,

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Objeto. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer el cobro de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo el estacionamiento en vía.

ARTÍCULO 2. Contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo el estacionamiento en vía. Establézcase el cobro de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento, incluyendo el estacionamiento en vía, a favor de Bogotá Distrito Capital, en el cual se tendrán en cuenta los siguientes elementos constitutivos del cobro de la contribución:

- a) **Sujeto activo del tributo:** Bogotá, Distrito Capital.
- b) **Hecho generador:** Es la utilización del servicio de estacionamiento en garajes o en zonas de uso público, incluyendo el estacionamiento en vía.
- c) **Sujeto pasivo:** Serán los usuarios del servicio de estacionamiento oneroso fuera de vía y en vía. Se exceptúa de este cobro las bicicletas y las motocicletas cilindradas de 125 cm³ e inferiores.
- d) **Base gravable:** Será dos (2) veces el valor promedio del pasaje del Sistema Integrado de Transporte Público (SITP) del Distrito. Esta base se multiplicará por factores inferiores a uno (1) en función de los criterios de oferta de transporte público en la zona, uso del servicio en horas pico y estrato del predio.

PARÁGRAFO 1. Son agentes retenedores de la contribución los operadores del servicio de estacionamiento en vía y fuera de vía.

PARÁGRAFO 2. La Administración Distrital reglamentará el procedimiento de recaudo, inspección, vigilancia y control del cobro de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público en la ciudad de Bogotá.

PARÁGRAFO 3. La Administración Distrital podrá reglamentar el recaudo mediante la facturación de la contribución a través de factores objetivos, y que prestan mérito ejecutivo.

ARTÍCULO 3. Sistema y método para el cálculo de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo el estacionamiento en vía. La tarifa de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo el estacionamiento en vía, serán definidos por la Administración Distrital con base en el siguiente sistema de cálculo, de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del artículo 33 de la Ley 1753 de 2015:

$$C = B * F_z * M_i$$

Donde:

C	Valor de la contribución a pagar por los usuarios del parqueo en vía y fuera de vía
B	Es la base gravable de dos (2) veces el valor del pasaje promedio del SITP.
F_z	<p><i>Factor multiplicador menor a uno (1) de la zona z que se estima a través de la siguiente ecuación:</i></p> $\text{Factor Multiplicador}_z = 0,1 \times TP_z + 0,6 \times HP_z + 0,3 \times EP_z$ <p><i>Donde</i></p> <p><i>Z: Zonas homogéneas donde se presta el servicio de estacionamiento de acceso público, definidas por la Secretaria Distrital de Movilidad (SDM).</i></p> <p><i>TP_z : Factor de transporte público, que fluctúa entre 0 y 1, en función de la oferta de transporte público.</i></p> <p><i>HP_z: Factor de hora pico, que fluctúa entre 0 y 1, en función de la hora del día.</i></p>

	<i>EP_z: Factor de estrato, que fluctúa entre 0 y 1, en función del estrato.</i>	
	<i>Factor que se define según el método de pago <i>i</i> o según el tipo de contrato entre el operador y el usuario del servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, el cual tomará los siguientes valores según se define a continuación:</i>	
M_i	$M_1 = \frac{\text{Tiempo continuo de permanencia}}{\text{Tiempo máximo}}$	<i>En un mismo día, cuando el tiempo continuo de permanencia (en minutos) sea menor o igual al tiempo máximo.</i>
	$M_2 = 1$	<i>En un mismo día, cuando el tiempo continuo de permanencia (en minutos) sea mayor al tiempo máximo; o para contratos entre operadores y usuarios de hasta un día de duración.</i>
	$M_3 = (\text{número de meses} * 10) + (\text{número de semanas} * 3) + (\text{número de días} * 1)$	<i>Para métodos de pago y/o contratos entre operadores y usuarios que tengan una duración superior a un día, se deberá dividir el tiempo de duración total del contrato en términos de meses, semanas</i>

		y días, en ese orden jerárquico y hasta completar el tiempo total.
	$M_4 = \text{número de años} * 120$	Para métodos de pago y/o contratos entre operadores y usuarios que tengan una duración <u>exactamente</u> anual.
	<p>Donde:</p> <p><i>Día: Periodo de tiempo de 24 horas continuas</i></p> <p><i>Semana: Periodo de tiempo que corresponde a siete días continuos</i></p> <p><i>Mes: Periodo de tiempo que corresponde a treinta días continuos</i></p> <p><i>Año: Periodo de tiempo que corresponde a doce meses calendario continuos</i></p> <p><i>Tiempo máximo: Tiempo máximo de cobro de la contribución, igual a 180 minutos.</i></p>	

PARÁGRAFO 1. La Secretaría Distrital de Movilidad asignará los factores TP_z , HP_z y EP_z en el marco del rango autorizado.

PARÁGRAFO 2. Las motocicletas no exceptuadas en el artículo 2 del presente Acuerdo, pagarán el 50% del valor total de la contribución, estimado de acuerdo al sistema de cálculo planteado en el presente artículo.

ARTÍCULO 4. Destinación. Los recursos obtenidos a través de la contribución por el servicio de garajes o zonas de estacionamiento de uso público, incluyendo el estacionamiento en vía, serán destinados a programas y proyectos que permitan la sostenibilidad económica, ambiental, social e institucional del sistema de transporte público masivo, de que trata el artículo 33 de la Ley 1753 de 2015.

ARTÍCULO 5. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaria Distrital de Movilidad, realizará dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación del presente Acuerdo un

censo de la totalidad de establecimientos de comercio dedicados al servicio de garajes y parqueaderos localizados en el Distrito Capital.

ARTÍCULO 6. Vigencia y derogatorias. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación, tendrá vigencia de quince (15) años a partir de su implementación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los ___ días del mes de _____ de 2018

DANIEL ANDRÉS PALACIOS MARTÍNEZ

Presidente

DAGOBERTO GARCÍA BAQUERO

**Secretario General
Organismo de Control**

ENRIQUE PEÑALOSA LONDOÑO
Alcalde Mayor de Bogotá D. C.