



Análisis de viabilidad de mercado para toma de decisión de creación de una IPS

Trabajo de Grado

Autores: Daniel Francisco García Rodríguez

Richard Eduardo Galeano Suárez

Sandra Marcela Gómez Dorado

Bogotá, D.C. 2022



Análisis de viabilidad de mercado para toma de decisión de creación de una IPS

Trabajo de Grado Problemática empresarial

Autores: Daniel Francisco García Rodríguez

Richard Eduardo Galeano Suárez

Sandra Marcela Gómez Dorado

Tutor: Olga Lucía Moya Sáenz

Maestría Administración en Salud

Escuela de Administración

27 de abril de 2022

Bogotá, Colombia

Año 2022

Contenido

Contenido	i
Declaración de originalidad y autonomía	iii
Declaración de exoneración de responsabilidad	iv
Lista de Gráficos	v
Lista de tablas	vii
Abreviaturas	ix
Resumen Ejecutivo	xi
Palabras clave	xii
Abstract	xiii
Keywords	xiii
1. Introducción	1
2. Contexto	11
2.1. Geográfico	11
2.2. Normativo	13
3. Descripción de la Situación	29
3.1. El Aseguramiento	29
3.2. Caracterización de la Población	33
3.3. Prestación de Servicios de Salud.	11
3.4. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud	18
3.5. El Papel De Las IPS	22
3.6. Acreditación De IPS	24
3.7. Cifras Relevantes	27
3.8. Modelo de Atención En Salud del Distrito Capital	32
3.9. Accesibilidad, Cobertura y Sólidez	34
3.10. Relación De Las IPS Con Las Metas Planteadas En El Distrito Capital En Cuestión De Salud	40
3.11. Población	42
3.12. Estructura Demográfica	45

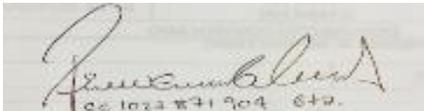
3.13.	Índices Demográficos	48
3.14.	Migración.....	50
3.15.	Atención De Casos Covid 19	51
3.16.	Mortalidad	52
3.17.	Morbilidad	55
3.18.	El Aseguramiento.....	59
3.18.1.	Población Afiliada A Empresa Promotora De Salud EPS Que Operan En Bogotá D. C.....	60
3.19.	Otros Condicionantes- Problemática	62
3.19.1.	Objetivos de Desarrollo Sostenible	62
3.19.2.	Plan Decenal De Salud Pública	63
3.19.3.	Plan de Desarrollo de Bogotá	66
3.19.4.	Datos de Salud Mental Bogotá.....	66
3.19.5.	Compromisos MAITE	68
3.19.6.	La Pandemia	68
3.19.7.	Perfiles Epidemiológicos Capital Salud EPS Líder En Bogotá.....	71
3.19.8.	Ley de Salud Mental.....	71
3.19.9.	Oferta de Servicios	72
4.	Recomendaciones de Implementación	76
5.	Conclusiones	84
	Referencias bibliográficas	135.

Declaración de autonomía

“Declaramos bajo gravedad de juramento, que hemos escrito el presente tesis de maestría por nuestra propia cuenta, y que por lo tanto, su contenido es original. Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información, y que este tesis de maestría no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación”



Daniel Francisco García Rodríguez



Richard Eduardo Galeano Suárez



Sandra Marcela Gómez Dorado

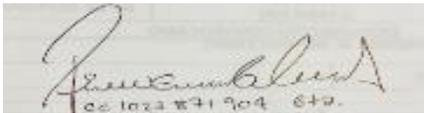
27 de abril de 2022

Declaración de exoneración de responsabilidad

Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



Daniel Francisco García Rodríguez



Richard Eduardo Galeano Suárez



Sandra Marcela Gómez Dorado

27 de abril de 2022

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Marco Normativo	8
Gráfico 2. Estructura de la prestación del servicio de salud en Colombia	13
Gráfico 3. Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE.....	18
Gráfico 4. Afiliación y cobertura total nacional	22
Gráfico 5. Afiliación y cobertura total Bogotá D.C.	23
Gráfico 6. Análisis de variación de la población según régimen de afiliación al SGSSS....	23
Gráfico 7. Población de Bogotá, 2021.....	25
Gráfico 8. Pirámide poblacional para Bogotá D.C., 2015, 2020 Y 2023	25
Gráfico 9. Pirámide poblacional para Bogotá D. C., 2021	2
Gráfico 10. Población por estrato socioeconómico en Bogotá D. C	3
Gráfico 11. Afiliación según régimen de aseguramiento en Bogotá D.C., 2020	1
Gráfico 12. Afiliación al sistema de seguridad social en salud según régimen de aseguramiento en Bogotá D.C. Contributivo.....	2
Gráfico 13. Afiliación al sistema de seguridad social en salud según régimen de aseguramiento en Bogotá D.C. Subsidiado.	2
Gráfico 14. 10 primeras causas de mortalidad 2020 en Bogotá D. C.....	3
Gráfico 15. Tipo de prestadores de servicios de salud en Bogotá D.C.	7
Gráfico 16. Oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas en la Red Pública Bogotá D.C.	8
Gráfico 17. Experiencia durante la atención	9
Gráfico 18. Acceso a los servicios de salud	9
Gráfico 19. Porcentaje de gasto de bolsillo en salud.....	10
Gráfico 20. Ciclo de acreditación en salud.....	18
Gráfico 21. Motivos específicos con mayor porcentaje de PQRD en el año 2019	20
Gráfico 22. Porcentaje de PQRD por género y rangos de edad en 2019.....	21
Gráfico 23. Número total y porcentaje de IPS por tipo de medida especial en 2019.....	21
Gráfico 24. Número total y porcentaje de IPS en acuerdo de reestructuración de pasivos 2016 y 2019	22

Gráfico 25. Nivel de Gestión de las Empresas Sociales del Estado (ESE), por departamento (AiHospital), 2019	22
Gráfico 26. Porcentaje de ocupación hospitalización en Bogotá 2021	26
Gráfico 27. Porcentaje de ocupación Cuidados Intensivos en Bogotá 2021	26
Gráfico 28. Porcentaje de ocupación Cuidados Intermedios en Bogotá 2021	27
Gráfico 29. División Política Administrativa	31
Gráfico 30. Pirámide poblacional para Bogotá D. C., 2015, 2020 y 2023	33
Gráfico 31. Cambio en la proporción de la población por grupo de edad en Bogotá D. C., 2005, 2010, 2015, 2020 Y 2023:	35
Gráfico 32. Gráfico incidentes trastorno mental - COVID	46
Gráfico 33. Distribución de la población por condición de aseguramiento con corte a diciembre 2020	47
Gráfico 34. Metas Sectoriales Objetivos de Desarrollo Sostenibleç	52
Gráfico 35. Intento de suicidio en menores de 18 años Localidad Kennedy y Suba a corte 16/07/2021.....	53
Gráfico 36. MAITE por línea de acción	54

Lista de tablas

Tabla 1. Población por Localidad geográfica de Bogotá, D.C.	13
Tabla 2. Afiliados por régimen diciembre 2020.....	32
Tabla 3. Identificación de las principales prioridades de morbilidad en salud.....	7
Tabla 4. Distribución de las localidades por extensión territorial	37
Tabla 5. Proporción de la población por etapa de ciclo vital en Bogotá D. C., 2010, 2015, 2020 Y 2023	39
Tabla 6. Índices demográficos de Bogotá D. C., 2015, 2020 y 2023	41
Tabla 7. Población extranjera atendida en servicios de salud de Bogotá D. C.. 2019	42
Tabla 8. Índices demográficos de las defunciones por sars-cov2 / COVID-19. Bogotá D. C., 2020	43
Tabla 9. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas. Bogotá D. C., 2005 – 2018.....	44
Tabla 10. SemafORIZACIÓN de mortalidad PDSP	46
Tabla 11, Proporción de las principales causas de morbilidad atendida en salud mental por curso de vida. Bogotá 2009 – 2019	47
Tabla 12, Número de atenciones de Lesiones por sexo y causa Bogotá D. C., 2009 a 201849	
Tabla 13. Empresa promotora de salud subsidiada EPS-S y población afiliada al régimen subsidiado de salud en Bogotá a diciembre 2020. Empresa promotora de salud contributiva EPS-C y población afiliada al régimen contributivo de salud en Bogotá a diciembre 2020	52
Tabla 14. Metas ODS de Salud Mental	54
Tabla 15. los Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones Plan Decenal de Salud Pública	56
Tabla 16. Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según tipo inscripción al REPS. Diciembre 2019 - 2020	64
Tabla 17. Prestadores de servicios de salud, según naturaleza jurídica Bogotá, D. C., REPS diciembre 2019 - 2020.....	64
Tabla 18. Distribución de camas	65
Tabla 19. Servicios por código y ámbito de Salud Mental.....	68
Tabla 20. Códigos de servicios según actividades e intervenciones RIAS Distrito Capital	69
Tabla 21. Servicios REPS por código según actividades e intervenciones RIAS Distrito Capital.....	70

Tabla 22. Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones – EPS Régimen Contributivo	72
Tabla 23. Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones –EPS Régimen Subsidiado	73
Tabla 24. Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones –EPS Régimen Contributivo y Subsidiado	73
Tabla 25. Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones – Entidades con Plan de Reorganización institucional y / o Plan de Ajuste Financiero	74

€

Abreviaturas

SGSSI:	Sistema General de la Seguridad Social Integral
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOGCS:	Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud
EPS:	Entidades Promotoras de Salud
EAPB:	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
IPS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ADRES:	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
CRES:	Comisión de Regulación en Salud
FOSYGA:	Fondo de Solidaridad y Garantía
UPC:	Unidad de Pago por Capitación
APS:	Atención Primaria en Salud
IETS:	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
SGP:	Sistema General de Participaciones
SDP:	Secretaría Distrital de Planeación
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
MPS:	Ministerio de Protección Social
SDS:	Secretaria de Salud de Bogotá
REPS:	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
CONPES:	Consejo Nacional de Política Económica y Social
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
PTS:	Plan Territorial en Salud
ASIS:	Análisis de Situación de Salud
PAIS:	Política Atención Integral en Salud
MAITE:	Modelo de Atención Integral Territorial
COVID:	CoronaVirusDisease

OPS: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

SEA: Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del Ministerio de Salud y
Protección Social

SNS: Superintendencia Nacional de Salud

Resumen Ejecutivo

Análisis de viabilidad de mercado para toma de decisión de creación de una IPS

Este estudio describe escenarios de referencia y metodologías que se utilizaron para el análisis de viabilidad en la creación de un centro de atención médica (IPS) ubicado en Bogotá Distrito Capital. A partir de la revisión bibliográfica, se identificó el avance en materia de cobertura y equidad en la prestación de servicios de salud que se ha logrado en el país y en el Distrito Capital, sin embargo, preocupan los resultados relacionados con accesibilidad y calidad, resultados que podrían mejorarse a medida que se creen IPS que presten servicios de salud con estándares superiores de calidad.

Se utiliza en el análisis la recopilación de una serie de datos de contexto, demografía, morbi-mortalidad y perfiles epidemiológicos, aseguramiento y pagadores, ofertas de servicios actuales, para determinar con estos, si hay viabilidad de mercado y de esta forma identificar una necesidad o problemática, que se correlaciona con la existencia de los servicios autorizados para cubrirla, la localidad en que son más requeridos y así determinar la viabilidad como respuesta a la problemática que reflejan los datos del sistema en general por la necesidad de una IPS cercana de atención médica en salud.

Configura nuestro análisis, como producto resultante un documento soportado y sustentado disponible que brinda la oportunidad a terceros interesados en un nuevo proyecto de creación de una IPS, contar con información relevante que oriente las necesidades a cubrir en la atención médica en salud en la ciudad de Bogotá.

Palabras clave

Las palabras clave se presentan de acuerdo a la clasificación de la *AMERICAN ECONOMIC ASSOCIATION* Clasificación: I11, I12, I19, D81

Palabras Clave: Cuidado de la Salud, Hospital, Paciente Ambulatorio, Psiquiátrico, Enfermedad, Comportamiento de Salud, Oportunidad, Toma de Decisiones.

Abstract

Market viability analysis for decision making to create an IPS

This study describes reference scenarios and methodologies that were used for the feasibility analysis in the creation of a health care center (IPS) located in Bogotá Capital District. Based on the bibliographic review, the progress in terms of coverage and equity in the provision of health services that has been achieved in the country and in the Capital District was identified, however, the results related to accessibility and quality, results that could be improved as IPS are created that provide health services with higher quality standards.

The compilation of a series of context data, demographics, morbidity-mortality and epidemiological profiles, insurance and payers, current service offers, is used in the analysis to determine with these, if there is market viability and in this way identify a need. or problematic, which correlates with the existence of authorized services to cover it, the locality in which they are most required and thus determine the viability as a response to the problem that reflects the data of the system in general due to the need for a nearby IPS of attention health doctor.

Configure our analysis as a result product, a supported and supported document available that offers the opportunity to third parties interested in a new project to create an IPS, to have relevant information that guides the needs to be covered in medical health care in the city from Bogotá.

Keywords

Classification: I11, I12, I19, D81

Keywords: Health Care, Hospital, Outpatient, Psychiatric, Illness, Health Behavior, Opportunity, Decision Making.

1. Introducción

La ley 100 de 1993, vigente desde abril de 1994 crea el Sistema General de la Seguridad Social Integral (SGSSI) eliminando el monopolio del Estado en la prestación de los servicios de salud como un elemento clave con que el Estado logra materializar el derecho de la salud definido como un derecho fundamental concebido en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia de 1991. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

En virtud de lo anterior se han venido expidiendo diferentes normas tanto del rango de ley a través de reformas a la salud mediante las Leyes 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015, así como Decretos, Resoluciones y Circulares por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud siendo el principal por su competencia como rector del sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social; sin embargo, a través de los mismos aunque se incorporan o complementan definiciones y acciones, se mantiene la filosofía y estructura en el modelo de la prestación del servicio para garantizar la atención en salud, y cuyo alcance pretendemos presentar trayendo el definido en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud al considerarlo como integrador de diferentes definiciones de las múltiples normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que reza “conjunto de servicios que prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presta a toda la población.” (Presidencia de la República, 2006)

Dicho modelo se encuentra concebido con el fin armonizar principios básicos del Sistema (SGSSS) como la Universalidad, Solidaridad, Igualdad y Obligatoriedad;

incorporando la participación en este a través de la afiliación de la población, por medio de diferentes regímenes: Contributivo y Subsidiado, el régimen de excepción y el régimen especial, para el acceso a un Plan Obligatorio en Salud que permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad; finalidad que se logra a través del aseguramiento descrito en la Ley 1122 de 2007 como “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario” (Congreso de la República de Colombia, 2007), cuya materialización se da a través de la articulación de otros integrantes del SGSSS creados desde la Ley 100 de 1993 como organismos de administración en su artículo 155, como los son las Entidades Promotoras de Salud las cuales para entenderlas con inclusión de ambos regímenes son conocidas como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) definidas en el Decreto 1011 de 2006 y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, mixtas o privadas.

Comprendido con lo anterior de manera somera y general la salud como derecho fundamental que se garantiza por el Estado Colombiano a través de un modelo de aseguramiento que cuenta con una estructura administrativa, operacional y de calidad, así como fuentes de financiación de origen parafiscal que se materializan a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) como valor que se establece anualmente por el órgano rector competente para garantizar a la población el Plan Obligatorio de Salud, se han desarrollado

diferentes mecanismos y fuentes de información a nivel nacional, departamental, distrital y municipal que han permitido a través de los años organizar la prestación del servicio, encontrándonos que al ser libre su participación en lo referente a la creación de las IPS (aclarando que libertad se refiere a la creación, más no a la estructura y capacidades a demostrar para operar y que deben ser aprobadas y autorizadas), estas se encuentran creadas generalmente concentradas en zonas o localidades sin que necesariamente respondan a los elementos de necesidad y proyección de crecimiento de la población y su enfermedad puesto que actualmente la autorización para la creación, funcionamiento y puesta en marcha de una IPS que se realiza al través de uno de los componentes del SGSSS que es el de habilitación, no se contempla restricción alguna relacionada con distancia mínima de apertura de un mismo servicio o su georreferenciación por alguna condición de concentración poblacional o carga de la enfermedad, lo que consideramos genera una problemática de distribución que genera limitaciones en el cumplimiento de los principios ya descritos del SGSSS, así como de las características del SOGCS definidas en el artículo 3 del Decreto 1011 de 2006; que no solo ponen en riesgo los resultados de la atención en salud, la gestión del riesgo del aseguramiento, sino también a todos aquellos emprendedores que deciden contribuir en el modelo de prestación de servicios con la creación de una IPS siguiendo tendencias de concentración en zonas de la ciudad, aversión a localidades por su situación geográfica o dispersión, o simplemente orientado por el servicio de moda; sin contemplar en sus modelos de negocios las necesidades, crecimientos y limitaciones producto de fuentes de información históricas, fiables y cuantitativas; que incorporados en los diferentes escenarios de los modelos de negocio, minimicen el riesgo de fracasos traducidos en cierres de IPS; consideraciones que parten del análisis de las diferentes normas emitidas en el país con la

organización de los servicios de salud que estructuran requisitos para la autorización de funcionamiento de una IPS o de apertura y cierre de servicios y de análisis de diferentes autores como a continuación se describe:

En desarrollo del primer argumento encontramos que dentro de la evolución de las diferentes Resoluciones 1043 y 1315 de 2006, 2680 y 3763 de 2007, 4796 y 1448 de 2008, 715 de 2010, 1441 de 2013, 2003 de 2014, 5158 de 2015, 226 de 2015, 1416 de 2016 y 3100 de 2019 no se encuentra como requisito de apertura o inscripción la de incorporar un análisis en procura de la función de acceso, demanda y oferta dada por una estructura que permita fijar los barrios, zonas, sectores y lugares que preferencialmente requieren tal servicio en función del número de habitantes, condiciones socioeconómicas, proximidad de un prestador a otro, afiliación y tipo de régimen; , limitándose estas en este contexto solo a determinar si los servicios a habilitar, la complejidad, la modalidad y la capacidad instalada está de acuerdo con los servicios definidos en el REPS y la responsabilidad al prestador del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables al servicio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019b), dentro de las cuales no se cuenta ni en las condiciones de capacidad técnico-administrativa ni de capacidad tecnológica y científica

En lo que respecta al segundo argumento, encontramos consideraciones acotadas por diferentes autores al señalar entre otros, como: que si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia, este no era el único factor que determinaba la utilización de los servicios (Congreso de la República de Colombia, 1993). Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de

atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas (Universidad de Antioquia et al., 2011)

De hecho, con la implementación de la Ley 100 de 1993 en Colombia se impulsó la cobertura de aseguramiento como el principal mecanismo a través del cual se pretendía resolver el problema del acceso a la salud en Colombia (GES, 2011), y efectivamente se logró aumentar la cobertura (Ramirez-Cheyne et al., 2020). Sin embargo, de acuerdo con los datos de las ENCV de 1997 y 2012, se presentó una reducción en el acceso realizado a los servicios médicos. Sin embargo, la mayoría de la evidencia existente se basa en modelos que no consideran todos los factores de manera conjunta y que en su mayoría ignoran la importancia de las características de la oferta que pueden marcar la diferencia entre los niveles de acceso (Ayala-García, 2014).

Consecuencia de lo anterior, consideramos el análisis a presentar una fuente de información relevante, que orienta las necesidades a cubrir en la atención médica en salud en la ciudad de Bogotá desde los diferentes componentes de crecimiento, prestación y aseguramiento; para lo cual en la metodología se incorpora la recopilación de una serie de datos de contexto, demografía, morbi-mortalidad y perfiles epidemiológicos, aseguramiento y pagadores, ofertas de servicios actuales con información histórica disponible en bases oficiales principalmente del Departamento Administrativo Nacional de la Estadística (DANE), Ministerio de Protección Social y Secretaria de Salud de Bogotá que permitieron identificar una necesidad y su correlación con la existencia de los servicios autorizados para cubrirla, la localidad en que son más requeridos y la necesidad de una IPS. Y finalmente la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) con el fin de presentar el resultado de indicadores

de algunas EAPB que permitirá a futuros emprendedores incorporar en sus modelos las oportunidades o amenazas de sus clientes o proveedores, y tenerlos en cuenta en el mapeo que adelanten frente a los riesgos de componente financiero y operativo que finalmente repercutirán en el de salud y prestación.

En la consecución de la información, se ha encontrado relevante manifestar que hechos no regulares tales como: el comportamiento de la población como fenómenos migratorios; enfermedades no esperadas, como la ocasionada por la pandemia originada por el COVID; y enfermedades especiales por su condición de poco frecuentes, pueden tener el riesgo de sub-registro por la tardía incorporación de sistemas disponibles de captura de datos, consolidación o disponibilidad para consulta; como también limitadas en orden nacional por la desagregación a escala territorial, dado que cada uno de estos cuenta administrativa y operacionalmente con diferentes mecanismos y desarrollos.

Lo anterior sustentado en diferentes fuentes normativas y bibliográficas que se citan a continuación en relación con cada tema argumentado, a saber: El fenómeno migratorio venezolano de los últimos años no tiene referentes en nuestra historia reciente. A pesar de que Colombia ha recibido a poblaciones de forma focalizada a lo largo de sus dos siglos de historia, el volumen de personas y el corto tiempo en el que ha sucedido el éxodo venezolano es un proceso para el cual ningún país podría estar preparado (García Arias et al., 2019; Moreno V. & Pelacani, 2020; Tribín-Urbe et al., 2020), condición que refleja un hecho no regular. Frente al riesgo señalado, diferentes documentos abordan la problemática ya que se ve especialmente afectada por el sub-registro debido al desconocimiento de la ley por parte de las víctimas, así como por el temor a las retaliaciones y a la revictimización; así como que si bien, la asistencia a las víctimas de estos delitos recae sobre los comités territoriales,

muchos de ellos no están preparados ni cuentan con los recursos suficientes para brindar esta asistencia. Esto ocurre particularmente en territorios que no registran casos, no se consolidan o se reportan tarde (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2018b).

En relación con la situación expresada de enfermedades poco frecuentes diferentes artículos incorporan dicho hallazgo al señalar que es necesario realizar y publicar a futuro, estudios que indaguen sobre las causas del sub-registro, así como análisis más profundos a través de la revisión detallada de historias clínicas y la incorporación de otras fuentes disponibles como el Registro Individual de la Prestación de Servicios (RIPS), el Registro Único de Afiliados (RUAF) y Estadísticas Vitales, con el fin de disminuir el sub-registro y suministrar a toda la comunidad información más precisa y detallada. Por el momento, la práctica que potencialmente podría mejorar la notificación de enfermedades huérfanas en el país sería la realización de campañas de educación en enfermedades huérfanas al personal de salud en las que se destaque la importancia y obligatoriedad de la notificación (Escobar Morales, 2020; Ramirez-Cheyne et al., 2020).

Respecto a la crisis originada por el coronavirus, diferentes autores y estudios señalan que se diferencia de otras crisis económicas por varias razones. Primero, por su rápida difusión e intensidad., entre menos de un trimestre –entre el 31 de diciembre de 2019 y el 31 de marzo de 2020–, el COVID-19 se esparció desde Wuhan (China) por Asia oriental, Europa, Medio oriente, Norte América, Latinoamérica y África, con afectaciones desiguales sobre la salud, la producción y el empleo. Segundo, por golpear a casi todos los países y sectores productivos (Baldwin & Weder di Mauro, 2020). Por lo general, las crisis económicas se originan en un sector –por ejemplo, el inmobiliario, el financiero o el industrial– de un país, y luego se esparcen de forma desigual por los países y mercados con

los que se tienen relaciones estrechas (Krugman, 1999) (Stiglitz, 2010). Y, tercero, por ser una crisis producto de las medidas para atender un choque externo, no económico y de gran impacto, como lo fue el COVID-19. Por lo general, las crisis económicas van madurando lentamente hasta que explotan en algún sector o país, pero esta crisis económica constituye un daño colateral de las medidas adoptadas por los gobiernos alrededor del mundo para defender la salud y la vida de las personas (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2021).

Otros análisis adelantados señalan que el retardo en la notificación de los casos y las defunciones por COVID-19 produce subestimación del índice de letalidad entre las personas con infección confirmada. Al actualizar los registros atrasados el número de defunciones y el CFR se eleva; condiciones anteriores nos permite inferir que dichas enfermedades pueden tener el riesgo de sub-registro (Grillo-Ardila & Bravo, 2020; Redacción nación, 2020).

Ahora bien, lo anterior se enmarca de manera general para sustentar la inoportunidad, indisponibilidad y limitaciones estructurales de orden nacional y departamental en planteamientos de diferentes autores y normativas, al citar que las intervenciones en esta materia en el sector público y el sector privado no han logrado crear una visión unificada que permita abarcar intersectorialmente la transformación digital, generando disparidades tanto en los niveles de madurez; en concordancia con las limitaciones que sirvieron para definir principio 5 de la Política de Transformación Digital (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2019), que dispone en este punto la Infraestructura de datos de fácil acceso: Colombia debe seguir desarrollando una infraestructura de datos completa y que permita el diseño e implementación de sistemas de IA en el país, priorizando la creación e

identificación de bases de datos masivos que sean interoperables y contengan información estructurada, así como disminuyendo barreras innecesarias e injustificadas al acceso a datos, para los desarrolladores de esta tecnología. También se deben generar modelos para que entidades de diversos sectores localizadas en Colombia o en el exterior puedan compartir e intercambiar información de forma rápida y sencilla. Esto significa que la regulación de protección de datos debe garantizar los derechos de los ciudadanos bajo un marco de gestión del riesgo. En el mismo sentido, este documento de formulación de política señala que otro índice relevante es el e-Government Development, el cual presenta el estado del desarrollo del gobierno electrónico en los miembros de la Organización de las Naciones Unidas. En este índice, Colombia muestra una disminución pronunciada en la posición ocupada en el mundo, pasando del puesto 31 en 2010 al 61 en 2018. Dentro de los países de América, Colombia pasó del puesto 3 en 2010 al 9 en 2018. Dentro de este contexto se evidencia que Colombia no está generando las capacidades suficientes para adoptar y explotar tecnologías digitales que permitan la transformación de las prácticas gubernamentales, de los modelos de negocio y de la sociedad en general. Este rezago impide que el país incremente su competitividad y ofrezca oportunidades para la creación de valor social y económico (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2019).

Así mismo, durante el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expidió el Decreto 614 del 2020 que creó la aplicación CoronApp Colombia (Presidencia de la República, 2020). Este desarrollo hace parte de los canales oficiales de atención a ciudadanos y empresas durante las emergencias sanitarias, y fue descargada, a octubre de 2020, más de 12 millones de veces. Considerando la relevancia que ha evidenciado el uso estratégico de las TIC para aumentar la eficiencia, la transparencia y el acceso a la

información pública durante la pandemia, es necesario continuar promoviendo la innovación pública para crear, mejorar o desarrollar soluciones para la prestación de servicios y atención al ciudadano. La atención de la emergencia requirió del trabajo colaborativo entre diversas entidades públicas para gestión estratégica de información que buscaron solucionar problemáticas relacionadas con salud. Estos desarrollos evidenciaron la necesidad de disponer y usar datos confiables para identificar y atender a ciudadanos y empresas, por lo que es indispensable darle sostenibilidad y mantenimiento a la infraestructura de datos del país que permita soportar la interoperabilidad de trámites, servicios y consultas de información, alimentar registros nacionales, y reducir costos administrativos y operativos de la función pública, bajo un marco ético y normativo que proteja los datos personales y los derechos fundamentales. Es importante resaltar que ha habido esfuerzos institucionales por garantizar la transparencia y el acceso a la información en relación con la gestión de la pandemia. No obstante, estos se han adelantado de forma individual, debido a que actualmente no existen lineamientos homogéneos que, en el marco de la coyuntura, guíen a las entidades y a su vez promuevan que los actores interesados en ejercer control social lo hagan basándose en unos estándares definidos (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2021).

Se ha considerado la construcción del documento bajo una estructura que permita al lector mediante un hilo conductor de lo macro a lo particular con los resultados de las diferentes fuentes de información desde el contexto de la ciudad Capital, la estructura demográfica, la morbilidad, la mortalidad, el aseguramiento y sus aseguradores, las IPS y su oferta de servicios; para finalmente con la correlación de dichos datos mediante el análisis descriptivo presentar la necesidad de atención en salud en un sitio determinado identificada a partir la

información obtenida, la existencia de un servicio definido en el sistema de habilitación y de un pagador en el modelo de aseguramiento del Distrito Capital; de manera tal, que se incorpora el concepto de la guía de asignatura de la Maestría del curso Análisis de datos para la toma de decisiones cuyo contenido nos orienta que para dar respuestas pertinentes, integrales, consistentes y sostenibles a los retos del sistema, el administrador en salud debe tomar las mejores decisiones soportadas en un análisis amplio del contexto, involucrando los diferentes entornos en los que se desenvuelve la población, reconociendo los fenómenos demográficos, epidemiológicos y de aseguramiento de los individuos.

Contexto

1.1.Geográfico

Colombia está ubicada en el norte de América del Sur, bordeada por el Mar Caribe, entre Panamá y Venezuela, y bordeada por el Océano Pacífico Norte, entre Ecuador y Panamá, limita también con Brasil, Perú. Con una superficie total de total: 1.138.910 km² (tierra: 1.038.700 km² y agua 100.210 km²), incluye las islas de Malpelo, Cayo Roncador, y Banco Serrana. Constituyéndose en el cuarto país más poblado en el continente después de los Estados Unidos, Brasil y México (*Colombia - Place Explorer, 2020*).

Tiene clima tropical a lo largo de las costas y llanuras orientales, más fresco en tierras altas. Colombia es dividida en cinco regiones naturales: Andes, Costa Atlántica, Orinoquia o Llanos Orientales, Amazonia y Costa Pacífica (Cerón Rengifo, 2012).

La mayoría de la población vive en el norte y el oeste donde están las oportunidades agrícolas y los recursos naturales; los llanos al sur y al este, que constituyen aproximadamente el 60% del país, están escasamente pobladas.

La demografía es estudiada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Según proyecciones del censo nacional, Colombia tiene para el año 2021 una población de 51.049.498, con una proyección de incremento anual de población a nivel nacional del 1% para los próximos 5 años (DANE, 2022).

Bogotá, Distrito Capital es la capital de la República de Colombia, ubicada sobre el Altiplano Cundiboyacense de la Cordillera Oriental de los Andes, con una altitud promedio de 2.640 metros sobre el nivel del mar. Según estadísticas del DANE la población para el año 2021 es de 7.834.167, correspondiendo entonces al 15% de la descrita a nivel nacional, en este caso la estimación del DANE también corresponde al 1% de crecimiento con un dato de 7.901.663 para 2022 y así sucesivamente del 1% en los próximos 5 años.

Se divide en 20 localidades y en estas se agrupan más de 1900 barrios que hay en el casco urbano, salvo la localidad de Sumapaz que es área rural, cuya distribución según fuente de la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) corresponde a la registrada en la tabla siguiente:

Tabla #1

Población por Localidad geográfica de Bogotá, D.C.

Nº	LOCALIDAD	POBLACIÓN	ÁREA (Km2)	DENSIDAD
11	Suba	1.381.597	100,6	13.733,57
8	Kennedy	1.273.390	38,6	32.989,38
10	Engativá	892.169	35,9	24.851,50
7	Bosa	799.660	23,9	33.458,58
19	Ciudad Bolívar	776.351	130,0	5.971,93
1	Usaquén	476.931	65,2	7.314,89
9	Fontibón	444.951	33,3	13.361,89
4	San Cristóbal	387.560	49,1	7.893,28

5	Usme	348.332	215,1	1.619,40
18	Rafael Uribe	341.886	13,8	24.774,35
12	Barrios Unidos	276.453	11,9	23.231,34
16	Puente Aranda	211.802	17,3	12.242,89
6	Tunjuelito	183.067	9,9	18.491,62
13	Teusaquillo	139.369	14,2	9.814,72
2	Chapinero	125.294	38,0	3.297,21
15	Antonio Nariño	108.976	4,9	22.240,00
14	Los Mártires	92.234	6,5	14.189,85
3	Santafé	91.111	45,2	2.015,73
17	La Candelaria	21.830	2,1	10.395,24
20	Sumapaz	7.838	781,0	10,04
	TOTAL	8.380.801	1.636,5	5.121

Nota: Listado de localidades. Fuente: Elaboración propia.

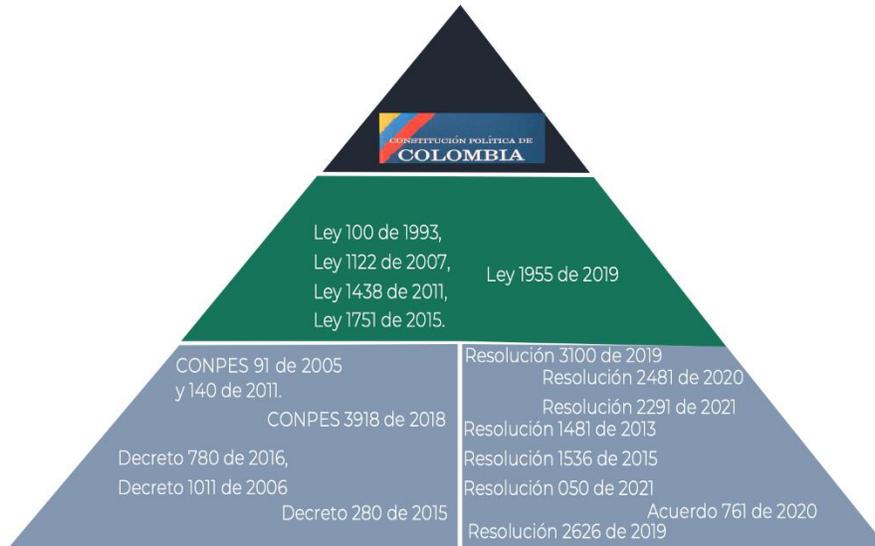
1.2. Normativo

Dentro del contexto consideramos dada la regulación en Colombia presentar el marco normativo relacionado más estrechamente con la descripción de situación y acciones en el análisis que mas adelante se presentarán.

La regulación se presentará en forma jerárquica acogiendo la teoría del derecho Hans Kensel que expresa la prelación de normas, que debe respetarse, para fines de sometimiento de normas de inferior alcance o referencia, con normas más generales o de carácter más amplio que representaremos gráficamente mediante una pirámide que incorpora el marco normativo relevante del SGSSS, el aseguramiento, objetivos de política pública y prestación del servicio en el contexto del SOGCS y que luego describiremos de forma general en los tópicos concernientes con el presente análisis (Galindo Soza, 2018).

Gráfico #1

Marco Normativo



Nota: Normatividad general. Fuente: Elaboración propia.

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad Social Integral, regulado por el Gobierno Nacional creado a partir de la Ley 100 de 1993 que define que:

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro (Congreso de la República de Colombia, 1993. art.1)

La citada norma define los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud integrado por diferentes instituciones, dentro de las que consideramos nombrar por su relación con el presente análisis a los Organismos de Dirección, Vigilancia y Control: Ministerios de Salud y Trabajo, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el cual fue modificado creando la Comisión de Regulación en Salud (CRES) por el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007 y finalmente suprimida por el artículo 1 del Decreto 2560 de 2012, trasladando unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social; Organismos de administración y financiación: Las Entidades Promotoras de Salud, Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) transformado en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) según lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas; Los beneficiarios del SGSSS y a partir de la ley 1955 de 2019 según lo contempla el artículo 243 los Operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención, para garantizar el cubrimiento de la atención de los servicios previstos en el plan de beneficios de salud (Ministerio de trabajo, 2022).

La Ley 1122 de 2007 cuyo objeto es objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República de Colombia, 2007), teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, incorpora para el tema que nos ocupa fuentes de financiación del régimen subsidiado, flujo de recursos, organización del aseguramiento responsabilizando exclusivamente a las EPS de la función

indelegable del aseguramiento regulando también su integración vertical limitando el gasto en salud al 30% a través de IPS propias

La Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011) como otra reforma del SGSSS tiene por objeto el fortalecimiento del sistema a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), unificando el Plan de Beneficios para garantizar la universalidad del aseguramiento y la portabilidad nacional. Incorpora la figura del Plan Decenal para la Salud Pública que busca constituirse en una hoja de ruta de avance en la siguiente década en la salud de los colombianos. Adopta como estrategia de coordinación intersectorial para la atención integral de la promoción y las diferentes fases de la enfermedad en todos los niveles de complejidad la Atención Primaria en Salud (APS). Incorpora también fuentes de recursos para el aseguramiento del régimen subsidiado; establece reglas de contratación por el mecanismo de capitación y condiciones en tiempo y modo del flujo de recursos a las IPS y en general a los prestadores. Determina como condición importante de inclusión en la atención integral y de especial atención en el Plan de Beneficios la Salud Mental y autoriza la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) entre otros como referente para la definición del plan de beneficios.

La Ley estatutaria (Ley 1751 de 2015) define el Sistema de Salud para la materialización del derecho fundamental de la salud, a través de la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral (Congreso de la República de Colombia, 2015) . Define los criterios y condiciones para el no uso de los recursos de financiación del sistema, orientando la definición de exclusiones en el plan de beneficios.

Ley 1955 de 2019 expide el Plan Nacional de Desarrollo compuesto por objetivos de política pública que para el sector salud en el tema que nos ocupa define y / o modifica la destinación y distribución de recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) en salud, distribución de los recursos del aseguramiento en salud, la salud pública y del subsidio a la oferta, el pago de los servicios y tecnologías de usuarios no afiliados, el giro directo en nombre de las EPS de los recursos de la UPC destinada a la prestación de servicios de salud a todas las instituciones que presten dichos servicios y que provean las tecnologías del plan de beneficios, incentivos a la calidad y resultados en salud, acuerdos de pago de servicios y tecnologías en salud (Congreso de la República de Colombia, 2019).

Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento social, con integración público--privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago. Nominalmente en Colombia toda la población accede a todas las tecnologías en salud a través de dos mecanismos administrativos: el aseguramiento y lo que se ha denominado NO POS (reembolso) (Ministerio de Salud y Protección Social., 2016).

Decreto 780 de 2016, como documento compilatorio de normas regulatorias de carácter reglamentario que rigen el sector salud y protección social (Presidencia de la República, 2016)

Decreto 1011 de 2006 como normativa vigente que establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) aplicable a EAPB (Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada) e IPS, que define en su artículo 1 la atención en salud como el conjunto de servicios que se prestan

al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población; define las características de la calidad y los componentes del SOGC dentro de los cuales para el presente documento cobra relevancia el de Sistema Único de Habilitación en especial la información contenida en el producto resultante de los procesos en este sistema por parte de los prestadores de servicios de salud haciéndose disponible a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) (Presidencia de la República, 2006).

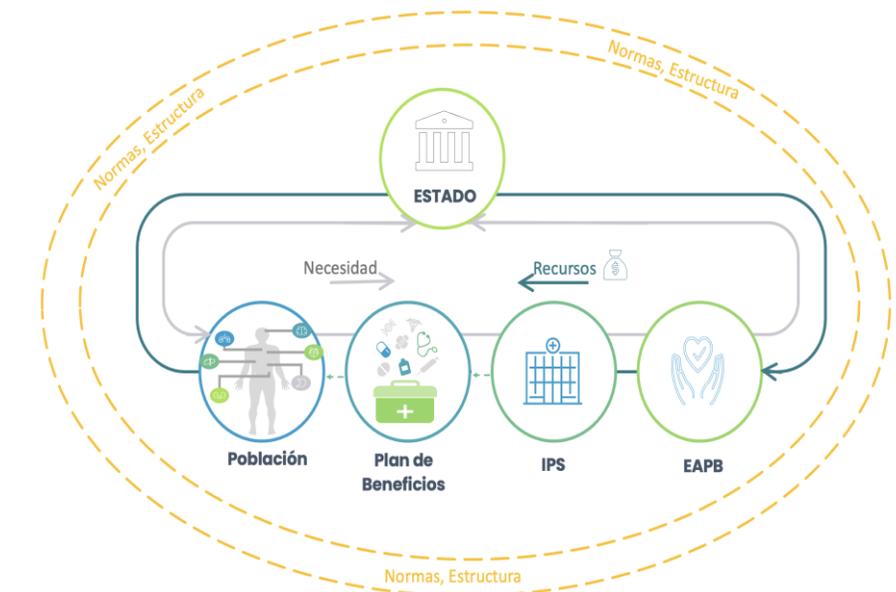
Resolución 3100 de 2019, consideramos su inclusión dentro del marco normativo porque aunque si bien, esta podría considerarse la carta de navegación por contener las condiciones técnicas, administrativas y financieras como factores claves en un emprendimiento con la definición de un modelo de negocio de apertura de una IPS y este no es el objeto del presente análisis; si nos orienta de manera importante respecto al conocimiento de cómo entender la oferta de servicios y el alcance de cada clasificación que encontramos en los REPS como fuente de información de aquellas instituciones que por ya cumplir los requisitos en esta resolución son allí registrados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019b).

Resolución 2481 de 2020 a la cual agregamos en la revisión la Resolución 2292 de 2021 por ser la hoy vigente, como complementaria no solo a la oferta de servicios sino a la demanda al contener aquellos servicios y tecnologías que pueden reclamar bajo una fuente de financiación que es la UPC los usuarios, por corresponder a la cobertura del plan de beneficios y las condiciones de acceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Hasta aquí podemos establecer de forma general, que hay unas necesidades y unos recursos que transitan a partir de una población que tiene una necesidad que se la provee un plan a través de unas IPS que organiza y administra una EAPB de acuerdo con los objetivos y principios del Estado; cuyo flujo se regresa nuevamente en forma descendente pero esta vez a través de recursos económicos que se materializan en una cobertura de atención en salud a la población, como gráficamente representamos en la siguiente figura:

Grafico # 2

Estructura de la presentación del servicio de salud en Colombia



Nota: Servicios de salud en Colombia. Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, pretender determinar con el desarrollo de este marco y contexto general la viabilidad objeto del presente documento, conforme se ha expuesto en la introducción, consideramos que se vería avocada a aquellas causas de fracasos allí descritos que se traducen en cierres de IPS; por lo anterior incorporaremos en el contexto aquello que podríamos

determinar como el sustrato para sostener esta estructura y que se circunscribe a aquellas consideraciones estratégicas que permitan plantear la línea para dar respuesta a los desafíos en la atención en salud conforme a los objetivos y estrategias de intervención individual y colectiva dentro de la agenda de desarrollo de los actores del SGSSS y para lo cual hemos seleccionado como normas principales las siguientes:

Conpes 91 de 2005 (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2005a), al ser el documento por el cual el Estado Colombiano da apertura a la integración de sus metas y objetivos con la de otros Estados, en este caso con 189 miembros de las Naciones Unidas, mediante la definición y construcción de Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y cuyo balance de cumplimiento de las metas trazadas y deficiencias operacionales son fuente de análisis para las definiciones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los ODM incluye dentro de los 8 objetivos los relacionados con salud que corresponde a reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud en la maternidad, avanzar en la lucha contra el VIH y otras enfermedades (Departamento Nacional de Planeación, s. f.)

Conpes 140 de 2011 (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2005b), que incluye nuevos indicadores y ajuste en las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados en el Conpes 91 de los cuales los relacionados son salud corresponden a la reducción de la mortalidad en menores de cinco años, Mejorar la salud sexual y reproductiva, Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue.

Conpes 3918 de 2018 (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2018a), el cual define la estrategia para la implementación de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) dentro de la Agenda de Desarrollo 2030 adoptada mediante la Resolución A/RES/70/1 de la

Asamblea General de Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York. La nueva agenda como lo describe la justificación del documento Conpes constituye un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población desde un enfoque integral que contempla todas las dimensiones del desarrollo, representadas en 17 Objetivos y 169 metas (Departamento Nacional de Planeación, 2019).

Decreto 280 de 2015, por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (Presidencia de la República, 2015). En este decreto se especifica que el objeto de esta Comisión será el alistamiento y la efectiva implementación de los ODS a través de políticas públicas, planes, acciones y programas, con planificación prospectiva, y el monitoreo, seguimiento y evaluación de estos objetivos, con sus respectivas metas (Departamento Nacional de Planeación, 2019).

Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS cuyo anexo señala que “este se construye con base en la mejor evidencia científica existente en la literatura nacional e internacional respecto a las intervenciones y estrategias que logran beneficios (...)” y se orienta a “la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social), sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano), y mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud).” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Resolución 1536 de 2015, ya que determina en los insumos para planeación integral en salud incorporando desde el componente estratégico el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y su escalamiento territorial con el Plan Territorial en Salud (PTS) (Ministerio de

Salud y Protección Social, 2015), define que este debe contener el Análisis de Situación de Salud (ASIS), la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL, la priorización en Salud Pública; cuya información contenida y en razón a su implementación territorial nos genera una herramienta más focalizada para identificar el perfil de salud, los riesgos y determinantes en salud que los genera.

Acuerdo 761 de 2020 expedido por el Concejo de Bogotá (2020), que incluye metas a 2024 para asegurar la articulación de todos los sectores en la ejecución de los programas que conllevan a los 5 grandes propósitos y 30 logros de ciudad, se definen metas sectoriales y estratégicas que los sectores deben cumplir tanto para sus propios programas en el cuatrienio como para el avance hacia el logro de las metas trazadoras de cara al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS en 2030 e incorpora y acciones asociadas al control de la pandemia del Covid 19. (Alcaldía de Bogotá, 2021).

Incorporados en el marco normativo consideraciones tan importantes que nos conecta no solo con preceptos del modelo de atención en salud para Colombia como metas fijadas y que nos permite contar con una hoja de ruta para orientar el curso futuro de la atención en salud, trayendo también fuentes de información no solo Nacionales sino locales; es importante dentro de este contexto además del Plan Nacional de Desarrollo, Plan de Salud Pública, Objetivos de Desarrollo Sostenible, Plan Territorial en Salud, Análisis de Situación de Salud; ya referenciados, desarrollar otros documento de carácter y contenido técnico como orientadores en el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de población en concordancia con los postulados de la Ley 1751 de 2015 como la Política Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), cuyos criterios teóricos relevantes a continuación presentaremos:

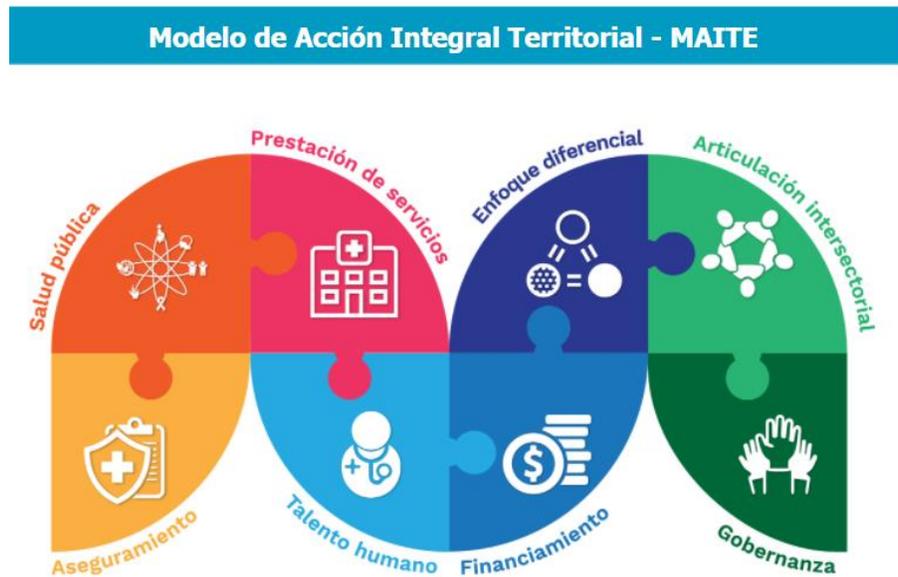
La Política de Atención Integral en Salud recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública que permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, mediante cuatro estrategias: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud, 4. El enfoque diferencia de territorios y poblacionales; que se instrumentalizan a través de un Modelo de Atención integral en Salud (ASIS) (Ministerio de Salud y Protección Social., 2016).

Sin embargo, la anterior Política adoptada por la Resolución 429 de 2016 sufre dos modificaciones en las cuales en la última mediante la Resolución 2626 de 2019 se adopta el El Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) convirtiéndose en la nueva cara de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que tiene como propósito lograr los mejores resultados en salud, dando respuesta a las prioridades identificadas, por medio de una atención de calidad centrada en las personas, y que se pone en funcionamiento a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios integrados a un programa de acompañamiento continuo por parte de Ministerio de Salud (Ministerio de salud y protección social, 2019).

El MAITE se basa en la atención primaria en salud (APS), con enfoque en salud familiar y comunitaria, en el cuidado, en la gestión integral del riesgo y en el enfoque diferencial para cada territorio, a diferencia de la PAIS especifica la hoja de ruta las diferentes líneas de acción.

Grafico # 3

Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE



Nota: Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE e Intersectorialidad en Salud.

Fuente: (González Ortiz, I. 2019).

El MAITE, pretende propiciar el desarrollo de herramientas (planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas) en el marco de ocho líneas de acción.

Línea MAITE de Aseguramiento: describe las acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para garantizar la afiliación de la población, la gestión de riesgo financiero, la gestión integral del riesgo en salud, la representación del usuario y la interacción con los demás agentes del Sistema, asegurando la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Línea MAITE de Salud Pública: describe las prioridades de los eventos de salud que atenderá el Gobierno nacional y los territoriales, optimizando el uso de recursos a través de mecanismos de entrega que se adapten a las características y particularidades de la población y el territorio, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública. Prioriza aspectos de salud pública como: Consumo de Sustancias Psicoactivas, VIH SIDA, Cáncer (con énfasis en mama, cuello uterino, estómago y próstata). Prioriza grupos de riesgo, enfermedades no transmisibles con especial atención en hipertensión arterial y diabetes mellitus, enfermedades transmisibles con especial atención en malaria, dengue, tuberculosis y lepra, y salud mental con especial atención en depresión, la salud de la mujer y de la gestante, salud infantil con énfasis en la desnutrición y el desarrollo, y salud ambiental (mejorar el agua y el aire, disminuir la accidentalidad vial y formular la política en salud pública para asbesto).

Línea MAITE de Prestación de servicios: describe las acciones para garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población, a través del mejoramiento de la capacidad resolutive, la ejecución de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios de acuerdo con las necesidades de la población en torno a la conformación y organización de la prestación de los servicios a través de redes de prestadores de servicios de salud. Incluye unos ítems ya adelantados en la PAIS: las Rutas Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, la Delimitación Territorial, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y la innovación tecnológica.

Línea MAITE de Talento Humano en Salud: describe lo relacionado con la calidad, eficiencia, suficiencia, dignificación y disponibilidad del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud en el país, concertando con universidades y otras

instituciones educativas, sociedades científicas, Redes Integrales de Servicios de Salud, ESEs e IPSs, la reorientación de los currículos de programas de formación en salud, la implementación de acciones de formación continua en el ejercicio, la promoción de la autorregulación y el desarrollo de investigaciones con énfasis en Atención Primaria en Salud (APS).

Línea MAITE de Financiamiento: describe lo relacionado con la gestión, el seguimiento y la disponibilidad de los recursos financieros que garanticen una operación eficiente, equitativa y sostenible del sistema de salud, redefiniendo el esquema de incentivos. Una de las propuestas es un modelo de seguimiento y optimización de la operación del aseguramiento a través del giro directo en los Regímenes subsidiado y contributivo, y un seguimiento a la ejecución de los recursos de salud pública a través del análisis de la ejecución de cuentas maestras y fondos locales de salud.

Línea MAITE de Enfoque diferencial: Describe la necesidad de generar oportunidades para que todas las poblaciones - según sus orígenes y características de vida, según su condición geográfica, socio cultural, e histórica -, dispongan de los servicios en salud en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad y calidad. Plantea un Programa de Atención Psicosocial y Atención Integral a Víctimas, y determina una ruta de atención integral para víctimas de violencias de género, un protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Traza un plan de respuesta para el Fenómeno Migratorio por medio de la afiliación de la población de retornados y migrantes regulares, y la elaboración de paquetes de atención para grupos y eventos priorizados.

Línea MAITE de Articulación intersectorial: Describe la salud como un producto social más allá de los límites del sector, por lo que invita al desarrollo de acciones conjuntas

comunitarias, sectoriales, intersectoriales y transectoriales esenciales en la formulación de las políticas públicas.

Línea MAITE de Gobernanza: Para el avance de ésta línea, gobernantes, instituciones (públicas y privadas) y comunidad, deben funcionar como un conjunto, para que haya una participación organizada, informada y con un gobierno incluyente, que resuelva los problemas identificados y priorizados. Describe el fortalecimiento de la autoridad sanitaria local para que lidere la generación de políticas, planes, programas y proyectos y explica las competencias, roles y funciones de los agentes del sistema de salud (Castro Contreras, 2020; Ministerio de salud y protección social, 2019).

Respecto a la regulación del segundo componente, el MIAS establece que las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención y si bien, a la fecha no todas son de obligatorio cumplimiento, se incorpora en el análisis desde el alcance del ámbito nacional y posteriormente se desciende al territorio para destacar los avances relacionados dentro de su autonomía territorial; al considerar que contiene información orientadora importante en el modelo de atención de la salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

Es así como dentro de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) implementadas por la Resolución 3202 de 2016, se encuentra la denominada Trastornos Asociados al Consumo de SPA, que aunque a la fecha no es de obligatorio cumplimiento, si orienta respecto a las acciones intersectoriales, sectoriales, colectivas, individuales y de cuidado que se esperan en las diferentes fases de la atención en salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, mantenimiento/recuperación y paliación,

permitiendo conocer las intervenciones requeridas para tal efecto de manera unificada a todos los actores del SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b)

La RIA de Trastornos Asociados al Consumo de SPA incorpora estrategias del PDSP, las que contemplan acciones que se proponen para mitigar las barreras de implementación, tales como: Gestión de las EPS para la contratación suficiente de IPS para la prestación de las diferentes modalidades de tratamiento y Fortalecimiento de la capacidad instalada para ofrecer diferentes modalidades de tratamiento; consideraciones que generan respaldo en caso de viabilidad de salud mental como servicio a atender en salud, para este aspecto. En el mismo sentido, dado que se identifica a partir de su revisión, servicios a garantizar con el prestador de servicios salud (IPS) en las diferentes acciones de la ruta desde su entrada con demanda inducida, valoración, diagnóstico, clasificación de la severidad, tratamiento para el paciente y sus hijos; orienta a los servicios a ofertar para el cumplimiento de la RIA.

En el mismo sentido, estas vienen descendiendo al campo territorial y el Distrito Capital dentro de autonomía territorial viene adelantando la operativización de las RIAS relacionadas con Salud Mental, desarrollando las acciones y servicios para: Intervenciones RIAS trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones, por cursos de vida para el ámbito ambulatorio, internación parcial, urgencias, hospitalaria; Intervenciones RIAS trastornos psicosociales y del comportamiento, para consulta externa, apoyo diagnóstico en caso de problemas mentales y trastornos mentales; e Intervenciones RIAS epilepsia, para el ámbito ambulatorio consulta externa y ayudas diagnósticas

2. Descripción de la Situación

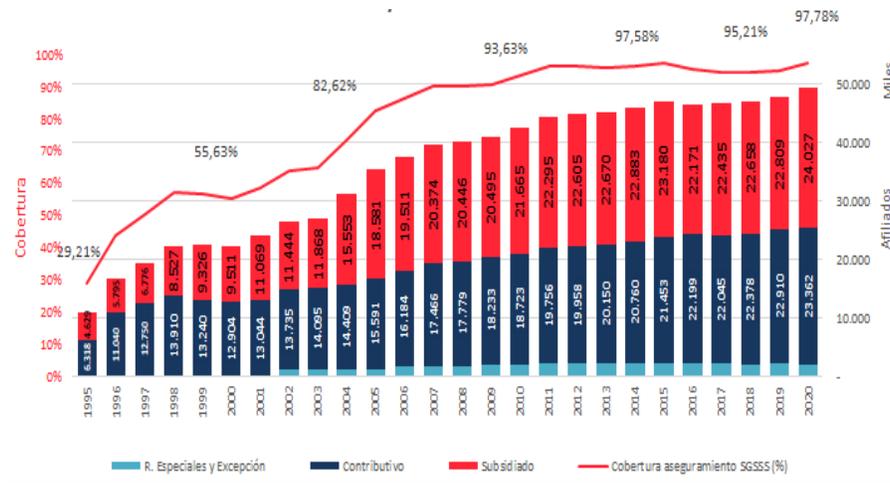
2.1. El Aseguramiento

Con base en el principio de universalización del Sistema, Colombia ha venido incrementando la cobertura del aseguramiento, llegando para el 2020 por encima del 97% incluyendo la población perteneciente a los regímenes que la Ley definió como especiales y exceptuados (Fuerzas Militares, Magisterio, funcionarios de las Universidades Públicas, y Ecopetrol). Son funciones de las EPS, la afiliación y el registro de afiliados, el recaudo de las cotizaciones, la promoción de la afiliación de población no afiliada, garantizar el acceso a los servicios de salud para obtener el mejor resultado en salud con cargo a las unidades de pago por capitaciones correspondientes, remitir al ADRES la información de la afiliación del cotizante (novedades laborales, recaudo de cotizaciones y desembolsos de pago de la prestación del servicio).

Para el año 2020, Colombia presenta una cobertura de afiliación al SGSSS del 97,22% de la población, con un aumento de casi 3%, pues en el 2019 la cifra correspondía al 94,98%. ((2021) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a).

Gráfico # 4

Afiliación y cobertura total nacional

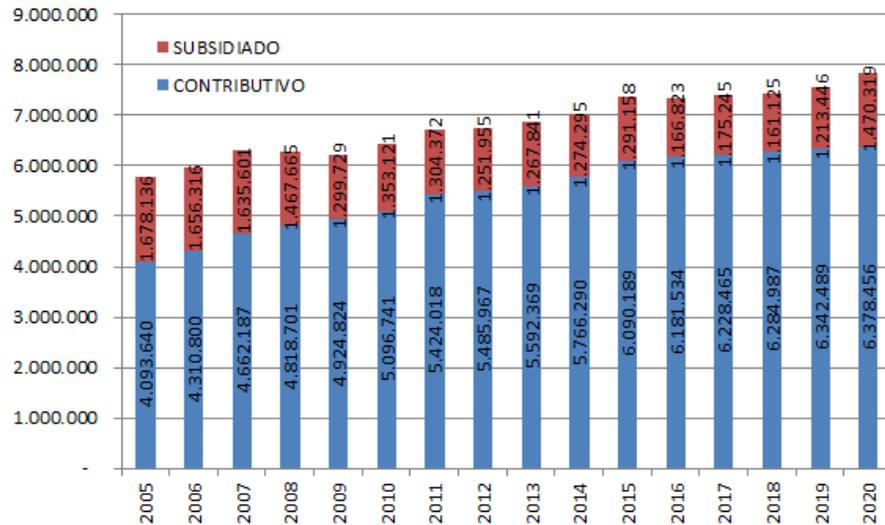


Nota: Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018). Fuente: serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA)

Revisando la información del Distrito Capital, la afiliación al régimen contributivo aumenta con una tendencia estable, mientras que la afiliación al régimen subsidiado se ha mantenido constante durante el periodo 2013 a 2019 y aumenta considerablemente en el 2020, posiblemente como consecuencia de la pandemia Covid19 que el aumentó el desempleo e impactó la economía del Distrito Capital, generando la movilidad en el aseguramiento de afiliados del régimen contributivo que migran al régimen subsidiado de salud y la población pobre no asegurada viene en disminución desde el año 2013.

Gráfico # 5

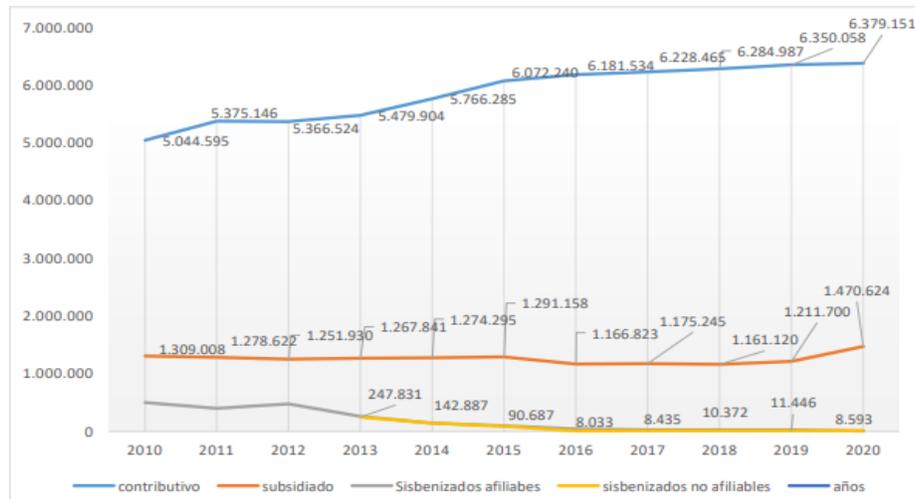
Afiliación y cobertura total Bogotá D.C.



Nota. Afiliación y cobertura. Fuente: serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018). Histórico de afiliación régimen subsidiado – MSPS, Boletín de aseguramiento (2016) – MSPS, Base de Dato Única de Afiliados (BDUA) – FOSYGA. Afiliados compensados. Periodo 2005-2008, Afiliados registrados en BDUA. Periodo 2009-2020

Grafico # 6

Análisis de variación de la población según régimen de afiliación al SGSSS.



Nota. Población al SGSSS. Fuente: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de diciembre de 2010 - 2020. Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de diciembre de 2010 - 2020. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre 2020 - 2020 (vigente a 30 de diciembre de 2010 - 2020) Base Individualizada de la PPNA - MinSalud, corte enero de 2020. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. Datos oficiales censo DANE 2018. Periodo 2010 – 2020

Para 2020, la proyección de población en el Distrito Capital calculada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE (con base en los resultados del Censo 2018) fue de 7.743.955 personas y para diciembre de 2020 estaban aseguradas en el Distrito Capital 8.055.934 personas. Dentro de las cifras censales se estima que 325.282 personas afiliadas al SGSSS en Bogotá, pueden residir en otros municipios, por lo que la cobertura universal del aseguramiento en Bogotá se calcula en el 99,8%.

Tabla # 2

Análisis de variación de la población según régimen de afiliación al SGSSS.

AFILIADOS POR REGIMEN	Cantidad	% de Población Proyección DANE
Activos en Régimen Contributivo	6.289.717	81,2%
Suspendidos en Régimen Contributivo	89.434	1,2%
Afiliados Régimen Contributivo	6.379.151	82,4%
Activos en Régimen Subsidiado	1.470.624	19,0%
Regímenes de Excepción (estimado)	206.159	2,7%
Total afiliados BOGOTA 8.055.934 104,0%	8.055.934	104,1%
Proyección de Población de Bogotá (DANE)	7.743.955	

Nota. Población al SGSSS. Fuente: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de diciembre de 2010 - 2020. Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de diciembre de 2010 - 2020. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre 2020 - 2020 (vigente a 30 de diciembre de 2010 - 2020). Base Individualizada de la PPNA - MinSalud, corte enero de 2020. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. Datos oficiales censo DANE 2018. Periodo 2010 - 2020

2.2. Caracterización de la Población

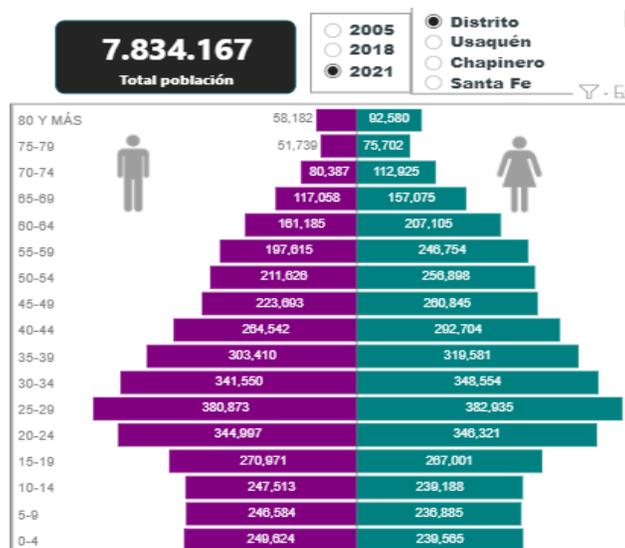
La caracterización poblacional es un tipo de análisis descriptivo, que utiliza datos cuantitativos y cualitativos, fuentes primarias y secundarias de información, para aproximarse al conocimiento y a la comprensión de las estructuras, características, dinámicas, acontecimientos y experiencias asociadas a una población de interés en un momento del tiempo específico (Sánchez Upegui, 2010).

Nota. Población. Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Censo General de Población de Bogotá DANE 2018. Estimaciones poblacionales de Bogotá periodo 2015 y Proyecciones de población de Bogotá periodo 2020, 2023.

La pirámide poblacional de Bogotá 2020 tiene una base ancha, que indica el descenso en el número de nacimientos, disminuyó la población de los grupos de edad menores de 20 años y aumentó la población de mayores de 20 años (Gráfico 8); y en el comparativo del gráfico (2015, 2020, proyección 2023), la composición del cuerpo de la pirámide es similar en todos los grupos de edad, y se nota un estrechamiento menor en la cima (edades avanzadas), que puede asociarse al aumento de la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad. Al revisar los cambios de los grupos de edad en el periodo 2015 a 2020, el grupo de 0 a 13 años disminuyó un 1%, es una disminución menor que la del quinquenio anterior y se relaciona probablemente con la disminución de la fecundidad y natalidad. En el grupo de 14 a 17 años hubo una disminución de 2%, en el grupo de 18 a 24 años disminuyó un 1%. A partir del siguiente grupo se presentan aumentos de la población, en el grupo de 25 a 59 años aumentó el 1%, y en el grupo de 60 y más años aumentó 4% relacionado con el aumento de la expectativa de vida.

Gráfico # 9

Pirámide poblacional para Bogotá D. C., 2021



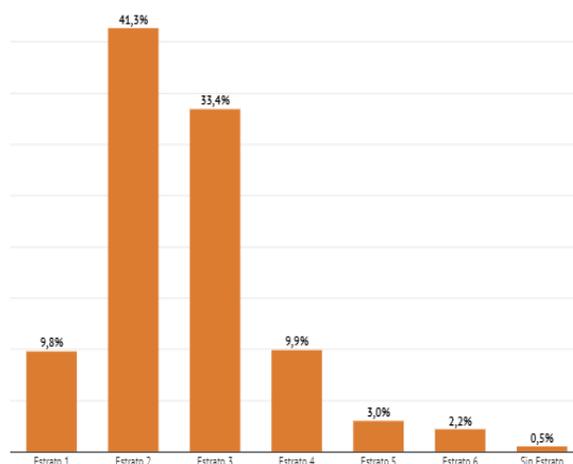
Nota. Población Bogotá. Fuente: DANE - Censo – 2005. Proyecciones de población para Bogotá D.C., localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Proyecciones de población de Bogotá D.C a nivel de localidad hasta el año 2035 y Unidad de Planeamiento Zonal UPZ hasta el año 2024 - Convenio No. 095 de 19 de marzo de 2020 entre la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Según los datos reportados por el Distrito Capital en la página del Observatorio de Bogotá, Salud Data, Pirámide poblacional en Bogota (Observatorio de Salud, 2022b), la distribución hombre mujer en toda la pirámide poblacional no tiene grandes diferencias, y en general para 2021 hay 92 hombres por cada 100 mujeres. Se revisaron algunas mediciones epidemiológicas para el año 2021, así, el índice de envejecimiento, evidencia que hay 51 mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, aumentó desde las estadísticas anteriores; en cambio el índice de dependencia se redujo desde 48 dependientes en el 2005 a

39 en el 2021 por cada 100 personas en edad de trabajar, donde la dependencia infantil disminuyó y la de mayores aumentó.

Gráfico # 10

Población por estrato socioeconómico en Bogotá D. C



Nota. Población por estrato. Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, información por estrato y localidad. Año 2018 Base única de Estratificación 2019 y 2020 (decreto 551 de 2019, 399 de 2014 y Artículo 17 ley 1537 de 2012 para la zona urbana. Decreto 304 de 2008, decreto 396 de 2017 para la zona rural). Proyecciones del DANE según localidad y UPZ (SDP)

La información sobre estrato socioeconómico de los habitantes de Bogotá se presenta en el gráfico, la sumatoria de datos de los estratos 1, 2 y 3 muestra que el 84,5% de los habitantes vive en esos estratos. Gráfico 9.

Gráfico # 11

Afiliación según régimen de aseguramiento en Bogotá D.C., 2020

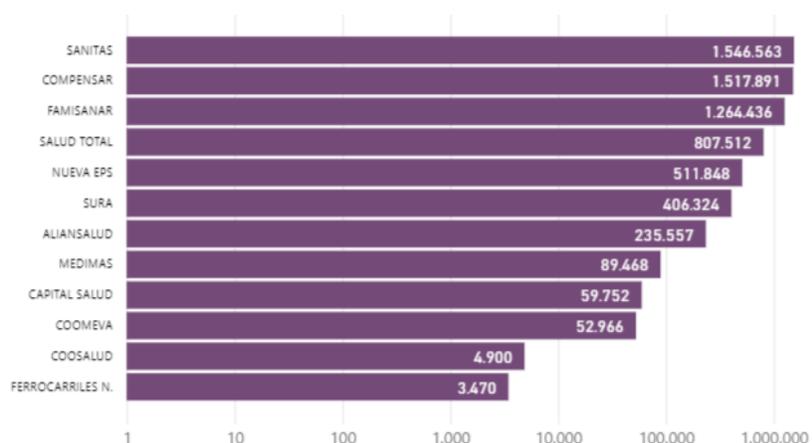


Nota. Población por estrato. Fuente: Secretaria Distrital de Salud (SDS). Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud. Población de Bogotá afiliada al Régimen Contributivo y Subsidiado de Salud beneficiarios corte diciembre 2019 – 2020 (Base de Datos Única de Afiliación-BDUA-ADRES. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) – Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018. Serie Estadística de Proyecciones de población de Bogotá 2019 – 2020.

El aseguramiento está trazado para lograr el acceso oportuno, efectivo y equitativo de los usuarios a los servicios de salud. Con corte a septiembre de 2021, la afiliación al sistema de salud en Bogotá muestra predominio del 83% al régimen contributivo, 18,2 % al régimen subsidiado y 2,7 % al régimen de excepción. La población sin cobertura de afiliación equivale al 0,04 % y tienen probabilidad de ser elegibles a subsidio.

Gráfico # 12

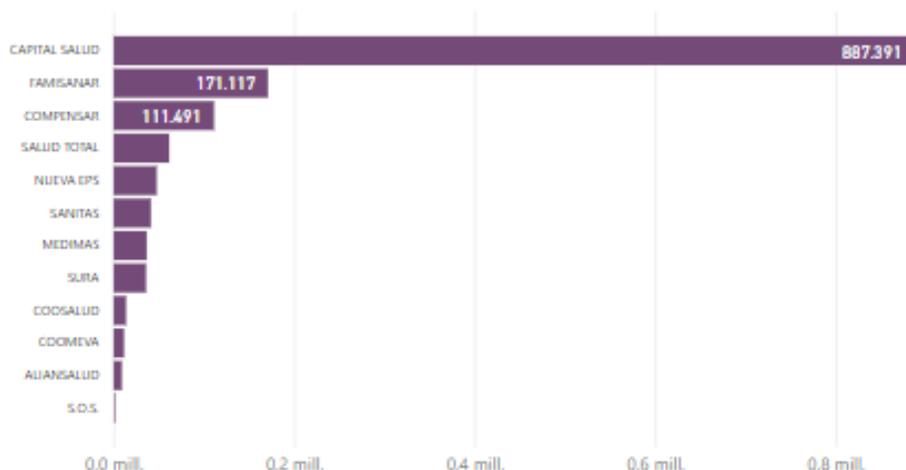
Afiliación al sistema de seguridad social en salud según régimen de aseguramiento en Bogotá D.C. Contributivo



Nota. Afiliación al sistema de seguridad social. Fuente: Numerador: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de septiembre de 2021. Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de septiembre de 2021. Maestro Subsidiado SDS, corte a 30 de septiembre de 2021. Base de datos SISBÉN certificada DNP, vigente a 30 de septiembre de 2021. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. Listados Censales Poblaciones Especiales, corte a 30 de septiembre de 2021. Denominador: Proyección poblacional: DANE Proyecciones de población a nivel departamental 2021 con base en CNPV 2018

Gráfico # 13

Afiliación al sistema de seguridad social en salud según régimen de aseguramiento en Bogotá D.C. Subsidiado.



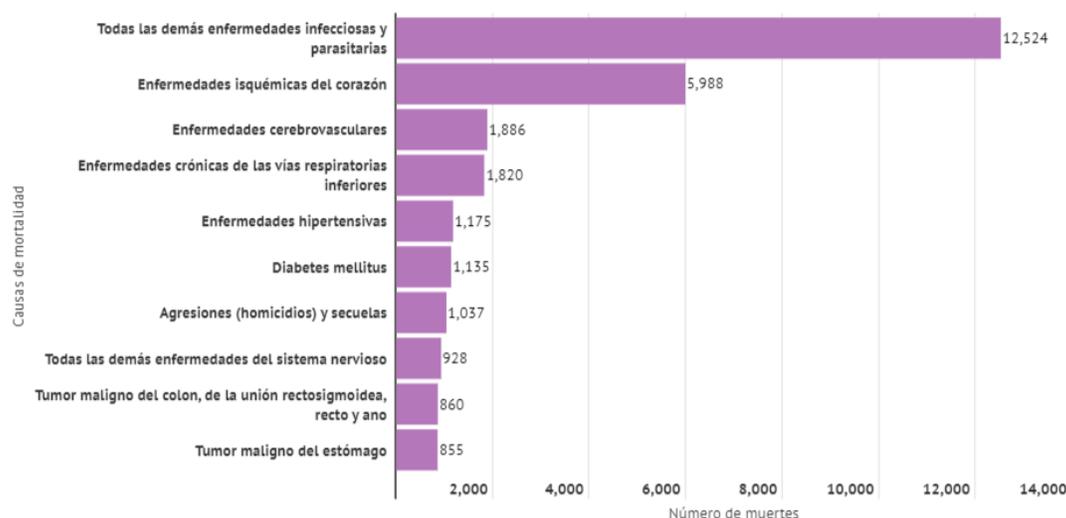
Nota. Afiliación salud según régimen de aseguramiento. Fuente: Numerador: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de septiembre de 2021. Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de septiembre de 2021. Maestro Subsidiado SDS, corte a 30 de septiembre de 2021. Base de datos SISBÉN certificada DNP, vigente a 30 de septiembre de 2021. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. Listados Censales Poblaciones Especiales, corte a 30 de septiembre de 2021. Denominador: Proyección poblacional: DANE Proyecciones de población a nivel departamental 2021 con base en CNPV 2018.

Los gráficos muestran la distribución de afiliados a las principales EPS en el régimen contributivo y en el subsidiado en el Distrito Capital. En el régimen contributivo las EPS Sanitas, Compensar y Famisanar tienen más de un millón de afiliados cada una y más del 50% de los afiliados. En el régimen subsidiado la mayor parte de los afiliados están en Capital Salud, sin embargo, la normatividad sobre emergencia económica favorece que quienes perdieron el empleo y su capacidad de pago de cotización durante la pandemia, puedan fácilmente acceder a la movilidad entre regímenes, quizá sea la razón por la que Famisanar,

Compensar, Salud Total y Nueva EPS tengan afiliados subsidiados a pesar de ser aseguradoras tradicionalmente del régimen contributivo.

Gráfico # 14

10 primeras causas de mortalidad 2020 en Bogotá D. C.



Nota. Afiliación salud según régimen de aseguramiento. Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Causas agrupadas según clasificación 105. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamentos de residencia y grupos de causas de defunción (lista Colombia 105 para la tabulación de la mortalidad). Datos preliminares año 2020.

Al realizar el análisis de las 10 primeras causas de mortalidad del año 2020 en Bogotá, según el gráfico, se encuentra que la primera causa con el 44,4% es todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, jalonado por los estragos de la pandemia COVID 19. La segunda causa con el 21,2% fueron las Enfermedades isquémicas del corazón, las siguientes causas fueron Enfermedades cerebrovasculares y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con un 6,7% y 6,4% respectivamente, las causas descritas suman un 34%. A partir de este punto y contando que las siguientes causas de muerte son Enfermedades hipertensivas, Diabetes mellitus, Agresiones (homicidios) y secuelas, Todas

las demás enfermedades del sistema nervioso, Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano, y Tumor maligno del estómago es importante direccionar los objetivos de la viabilidad de apertura de la IPS al tratamiento de las Enfermedades isquémicas del corazón, las Enfermedades cerebrovasculares y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Comparado con años anteriores, por ejemplo el año 2018, la principal causa de mortalidad para ambos sexos aquellas relacionadas con Enfermedades isquémicas del corazón.

Es importante resaltar el modelo de atención adoptado por la EPS Capital Salud para el año 2021 en el cual se define que el enfoque general del Modelo de Atención en Salud de Capital Salud EPS-S se estructura a través de la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud y se precisa que todo el esquema de atención integral permite reorganizar la atención en salud de manera articulada entre asegurador, prestador y ente distrital-departamental bajo un enfoque de Gestión del Riesgo Compartido, en los cuales los agentes comparten responsabilidades en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, no solo desde la perspectiva de asegurador. Así mismo, para las RIAS Capital Salud EPS-S en conjunto con la Red Integradas de Servicios de salud, las IPS de primer nivel de Atención de Bogotá, Meta y las IPS, toman como referencia el manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de salud Adoptado en la Resolución 3202 de 2016, definiendo las rutas a implementar de forma obligatoria; para el caso de Salud Mental para las rutas de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de SPA y enfermedades infecciosas están en etapa de alistamiento para la adopción e implementación de acuerdo con el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS según Resolución 3202 del 2016; sobre lo cual pudiera esperarse el mismo comportamiento en la medida que

el mismo documento se precisa que en la implementación del Modelo de Gestión Integral en la Atención en Salud se hará su actualización y/o adopción de las rutas que sean necesarias de acuerdo con el comportamiento de morbilidad y mortalidad de la EPS y según la normatividad vigente (Capitalsalud, 2020).

En la tabla Identificación de las principales prioridades de morbilidad en salud, se muestra la proporción de atenciones del Distrito Capital comparado con las atenciones en Colombia durante la vigencia de 2019, y describe la priorización de la morbilidad. En Grandes Causas hay una proporción alta en la prioridad Enfermedades no transmisibles que se asocia al grupo de riesgo (MIAS) para población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas en el Distrito Capital en la vigencia 2019. Al mismo tiempo, las Condiciones mal definidas muestran mayor proporción en comparación con la nación, por lo que es necesario que se priorice la gestión del riesgo en salud, la transformación cultural del talento humano, y el fortalecimiento de la cultura del mejoramiento para evidenciar la calidad de los servicios. Al revisar los resultados descritos en las Subcausas, las Condiciones orales y las Infecciones respiratorias describen una mayor proporción frente al país.

Tabla # 3*Identificación de las principales prioridades de morbilidad en salud*

Morbilidad	Prioridad	Bogotá 2019	Colombia 2019	Grupo de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	Enfermedades no transmisibles	68.47%	67.07%	Riesgo o alteraciones cardio- cerebro- vascular - metabólicas manifiestas
	Condiciones mal definidas	15.39%	15.18%	Fortalecimiento de la autoridad Sanitaria
	Condiciones transmisibles y nutricionales	9.15%	10.42%	Riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Lesiones	5.63%	5.64%	Riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	Condiciones maternas y	1.37%	1.69%	Población materno – perinatal
Específica por subcausas y subgrupos	Condiciones orales	16.54%	13.32%	Riesgo o alteraciones en la salud bucal
	Condiciones mal definidas	15.39%	15.18%	Fortalecimiento de la autoridad Sanitaria
	Infecciones respiratorias	55.57%	49.90%	Riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencia	84,67%	88.13%	Riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
	Condiciones Maternas	79.53%	87.37%	Población materno – perinatal
Específica por Subcausas o subgrupos	Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal. *100,000 hab	98.81%	86.12	Riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Tasa de incidencia de VIH	27.84%	21.93%	Riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
Alto costo	Prevalencia de diabetes mellitus *100 hab	2.92%	2.58%	Riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	Prevalencia de hipertensión arterial * 100 hab	9.47%	8.36%	Riesgo o alteraciones cardio- cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
Precusores	Tasa de incidencia de sífilis congénita	33.26%	16.02%	Riesgo o presencia de enfermedades infecciosas

Nota. Morbilidad en salud. Fuente: SISPRO. Minsalud.

Evaluada la morbilidad atendida durante el periodo 2019, a nivel general según el listado de grandes causas de MinSalud, la mayor carga de enfermedad son las enfermedades no transmisibles, seguidas por condiciones mal definidas, luego, las enfermedades transmisibles y nutricionales y las lesiones de causa externa en un cuarto lugar.

Llama la atención la alta frecuencia de las “condiciones mal definidas”, ocupan el segundo lugar, evidenciando un diligenciamiento incorrecto por parte de los colaboradores que laboran en las IPS de los instrumentos de información Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS, incluyendo el diagnóstico y la causa externa de las

atenciones. Las enfermedades transmisibles y nutricionales están entre los diagnósticos mas frecuentes, a pesar de su disminución en cada nueva medición seguramente secundario a los esfuerzos en inmunoprevención, por lo que se debe continuar con la vigilancia pasiva y activa de los eventos transmisibles, la intervención de brotes, promover la lactancia materna exclusiva, fortalecer el autocuidado y la vinculación de los usuarios a los programas de Promoción y Prevención. Para la prevención de las lesiones, cuarta causa General y con cifras altas en adolescentes y jóvenes, asociada probablemente a trastornos de la salud mental, por lo que se deben fortalecer los programas dirigidos a la prevención según la normatividad vigente.

2.3. Prestación de Servicios de Salud.

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia está regulada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, cumpliendo lo descrito en la Ley 1122 de 2007, cuyo objetivo principal es desarrollar 3 ejes, así: el eje de acceso, donde se describen las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutoria en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable; el eje de calidad que está centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano; el eje de eficiencia, dirigido a la red de prestadores públicos de servicios de salud, con énfasis en el mejoramiento de las condiciones de carácter estructural y funcional de estas instituciones para garantizar su viabilidad.

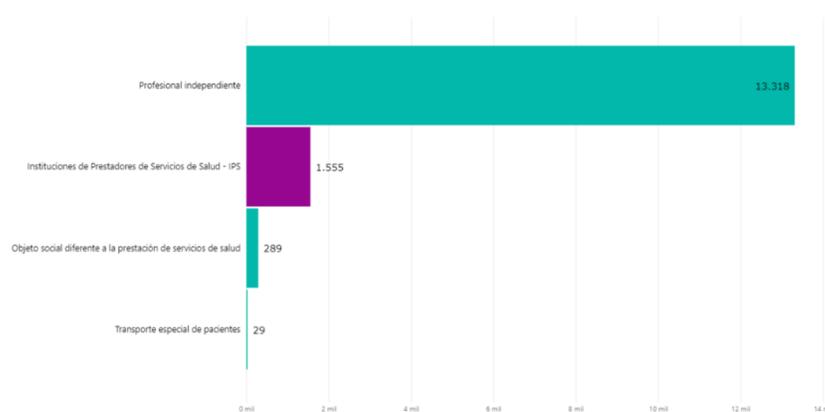
El Plan Nacional de Desarrollo PND "Prosperidad para todos", incluye el "Acceso y calidad en salud: universal y sostenible", y propone estrategias de desarrollo en el sector

salud, con posibles actividades como (1) identificación de regiones o servicios que requieren incentivos que aseguren la oferta disponible para garantizar el acceso, en condiciones de eficiencia, (2) fortalecimiento del uso de las TIC en salud, en especial Telemedicina e implementación del registro clínico electrónico, (3) estructuración y desarrollo de modelos de participación público privada sostenibles y el mejoramiento de su competitividad, principalmente en IPS públicas; (4) implementación del programa de asistencia técnica para mejorar la resolutivez en las IPS de baja complejidad, (5) desarrollar la estrategia de Hospitales Seguros ante desastres, y (6) continuar el reforzamiento estructural de las edificaciones de salud, según los requerimientos normativos necesarios.

La segunda línea es promover el mejoramiento de la calidad y la eficiencia. Para el efecto, se fortalecerá el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Gráfico # 15

Tipo de prestadores de servicios de salud en Bogotá D.C.

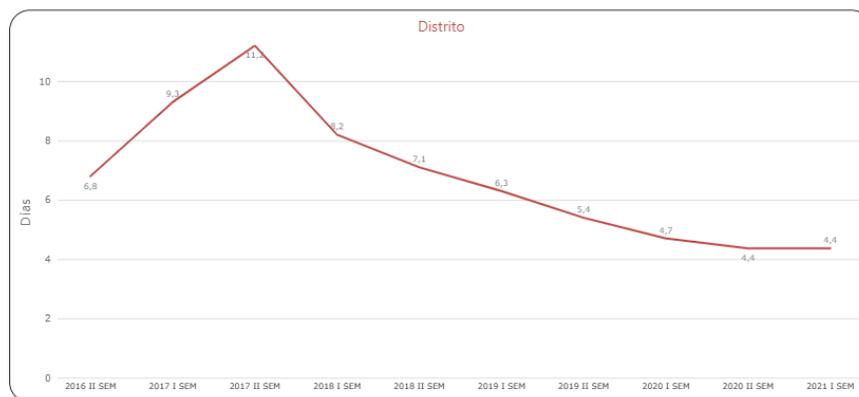


Nota. Prestadores de servicios. Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Ministerio de Salud

En el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (REPS), hay registrados en Bogotá 15.191 prestadores de servicios de salud. Los profesionales independientes representan el 87,7%, las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud – IPS con un 10,2%, la mayoría de naturaleza privada (Saludata, 2022a)

Gráfico # 16

Oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas en la Red Pública Bogotá D.C.



Nota. Atención ambulatoria. Fuente: Aplicativo CIP (Capacidad, Instalada y Producción) Secretaria Distrital de Salud- Dirección de Provisión de Servicios de Salud 2016-2020. Fecha de corte: junio 30 de 2021.

Según lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013 que dispone “En los casos en que la cita por medicina especializada (...) esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles (...)” y las Meta Resultado Plan Distrital De Desarrollo 2016-2020 "Bogotá Mejor Para Todos" Acuerdo 645 de 2016 y el Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020 que define 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas; se evidencia en el gráfico 16 que corresponde a

los resultados del Indicador de Oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas en la Red Pública Bogotá D.C., el cual se define como Días en que se obtiene la atención para medicina especializada básica (Medicina General, Pediatría, Ginecología y Medicina Interna) en la Red Pública Bogotá D.C.; la tendencia en el cumplimiento (Datos abiertos, 2022).

Los usuarios en Colombia cuentan con la facilidad de acceder a medicina general, porque el SGSSS la ubicó como puerta de entrada, sin embargo, cuando se piensa en la creación de una IPS es fundamental superar las expectativas de los posibles clientes, por ello se revisó la oportunidad en la atención de la consulta médica de especialidades básicas (Pediatría, Ginecoobstetricia y Medicina Interna) en la Red Pública de Bogotá (Gráfico), que reporta para el I semestre de 2021 4.4 días, por lo que la IPS privada a crear deberá superar esa oportunidad. La secretaria de salud distrital implementó estrategias como la “Línea Única Distrital para la asignación de citas – Call Center”, lo que facilitó la solicitud de citas a los pacientes, la pandemia de SARS-COV2 y las medidas de aislamiento preventivo, obligaron a que los prestadores realizaran ajustes como la implementación de la Tele consulta y la Atención Médica Domiciliaria, son estrategias que llegaron para quedarse.

Es importante presentar el alcance de la Resolución 2654 de 2019 y diferenciación respecto de la telemedicina como servicio habilitable y la tele consulta como modelo de atención; consideración relevante en la medida que de acuerdo con la normatividad vigente expuesta anteriormente y en particular el artículo 6 del Decreto 1011 de 2006 ya que es de obligatorio cumplimiento estar habilitado, y artículo 26 del mismo Decreto que dispone para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud (Ministerio

de Salud y Protección Social, 2019a). En el mismo sentido el artículo 5 del Decreto 4747 de 2007 en el cual la habilitación de los servicios a prestar es uno de los requisitos para negociación y suscripción de acuerdo de voluntades; respecto se debe considerar en el caso de prestación de servicios para una EPS para actividades de telesalud (Presidencia de la República, 2007).

Ahora, para claridad se precisa el alcance de cada una; la telesalud tiene como objetivos mejorar el acceso, la resolutivez, la continuidad y la calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud, mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones; en este sentido, dentro de las actividades se consideran parte de la telesalud y no se habilitan Teleorientación en salud, que son aquellas acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación; tampoco Teleapoyo que se refiere al soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019a).

La telemedicina tiene como objetivo facilitar el acceso y mejorar la oportunidad en la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Esta modalidad de prestación de servicios puede ser ofrecida y utilizada por cualquier prestador, en cualquier zona de la geografía nacional, en los servicios que determine habilitar en dicha modalidad y categoría siempre y cuando cumpla con la normatividad que regula la materia. Y las categorías son Telemedicina Interactiva, Telemedicina no interactiva, Telexperticia, Telemonitoreo.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2019a) y según el artículo 12 de la Resolución 2292 de 2021 la provisión de los servicios y tecnologías de salud prestados bajo esta modalidad se financian con recursos de la UPC (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021a).

En el Gráfico se muestra que la calificación de la experiencia global respecto a los servicios de salud prestados por las EPS en los últimos 6 meses es positiva.

Gráfico # 17

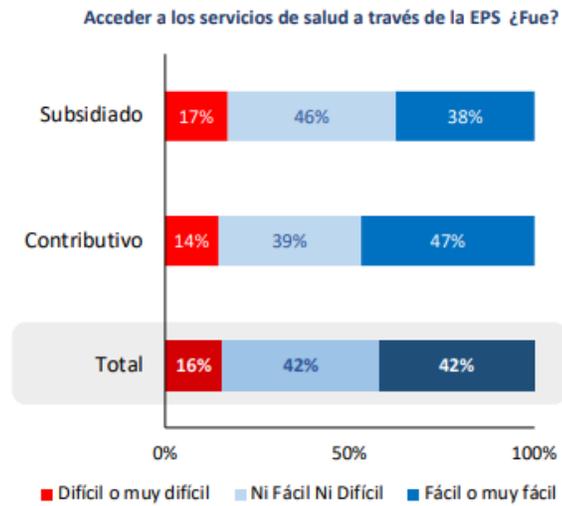
Experiencia durante la atención



Nota. Experiencia en la atención en el paciente. Fuente Minsalud - Encuesta de Ranking de EPS (2018).

Gráfico # 18

Acceso a los servicios de salud

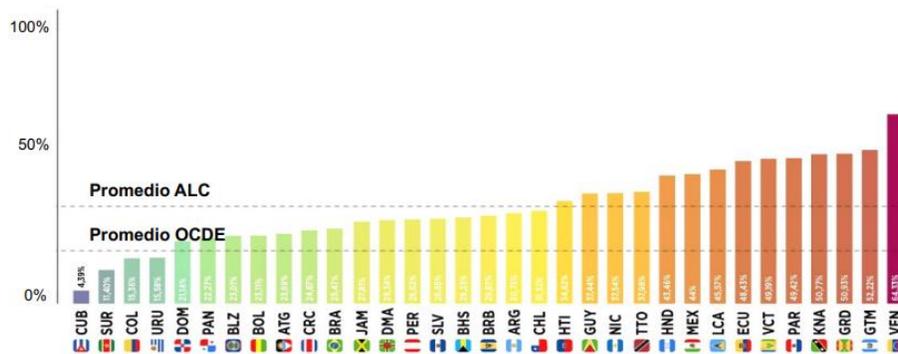


Nota. Acceso a servicios. Fuente Minsalud - Encuesta de Ranking de EPS (2018).

Gráfico # 19

Porcentaje de gasto de bolsillo en salud

Los usuarios reportan no tener mayores problemas para acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias).



Nota. Acceso a servicios. Fuente BID, 2021

En la Latinoamérica, Colombia es uno de los países en los que los hogares deben destinar menos recursos para atender las necesidades de salud.

2.4. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud en Colombia. El SOGCS está constituido por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. El marco normativo del SOGCS es el decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud ", que compiló al Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". (Presidencia de la República, 2006, 2016).

El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB). Está regulado por la Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de

habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y "Habilitación de Servicios de Salud" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019b). Un servicio de salud se define como la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad). Su alcance no incluye los servicios de educación, vivienda, protección, alimentación ni apoyo a la justicia.

Son considerados prestadores de salud: Las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, el transporte especial de pacientes y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. Las condiciones de habilitación deben cumplirse por cada tipo de prestador, así:

- ✓ Las IPS y el transporte especial de pacientes deben cumplir todas las condiciones de habilitación, capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad tecnológica y científica.
- ✓ El profesional independiente debe cumplir solo las condiciones de capacidad tecnológica y científica.
- ✓ La entidad objeto social diferente debe cumplir las condiciones técnico administrativas y de capacidad técnico- científicas.

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) es la base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados. Es consolidada por el

Ministerio de Salud. La consulta en el REPS es pública y puede ser realizada por cualquier actor del sistema, en la página Web de ese Ministerio, en el enlace: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/REPSVigente>, se ingresa como invitado a registro actual, con opciones de consulta: Prestador, Sedes, Servicios (modalidad y grado de complejidad) y Capacidad instalada (ambulancias, camas, apoyo terapéutico y salas). La norma de habilitación no tiene como objeto establecer las actividades, intervenciones o procedimientos a realizar en cada uno de los servicios de salud, siendo responsabilidad del prestador definirlos y documentarlos en el estándar de procesos prioritarios, teniendo en cuenta el objeto y alcance de los servicios de salud que habilite.

El Sistema de Información para la Calidad pretende realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema. La resolución 256 de 2016 (Ministerio de salud y protección social, 2016) tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema. Esta resolución se aplica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB, a las IPS, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales,

Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, excluye a los Profesionales Independientes de Salud, a las Entidades con Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud y a las entidades de los Regímenes Especial y de Excepción.

Dentro de las disposiciones es relevante presentar que se han actualizado la batería de indicadores a partir de los cuales se hace monitoreo. En concreto, el nuevo enfoque con cuatro dominios para el monitoreo de la calidad: efectividad; gestión del riesgo; seguridad en la atención y, por último, experiencia de la atención; como eje fundamental para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo de la calidad, al permitir el intercambio, la comunicación, acceso, la aplicación eficaz de los conocimientos y la evidencia, con el fin de apoyar la toma de decisiones informadas en las entidades. De la planeación, ejecución u seguimiento de los mismos los responsables de los procesos y equipos contarán con información valiosa para establecer los planes de mejora que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas que no permite lograr los resultados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022c, 2022d).

El Decreto 903 de 2014 moderniza y actualiza el Sistema Único de Acreditación, sistema reglamentado desde el 2002, para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud (Presidencia de la República, 2014). El Sistema Único de Acreditación en Salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de

calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

El foco de mejora en el Sistema Único de Acreditación en salud, son todos los usuarios de los servicios de salud, así como su familia, quienes recibirán una atención de alta calidad, segura y pertinente. Otros beneficiarios son las IPS públicas y privadas, las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARL y las IPS que presten servicios de salud ocupacional IPSO, quienes encontrarán en los estándares de acreditación un reto para la mejora continua de la calidad en la atención en salud. Las Direcciones Territoriales de Salud alcanzarán el nivel superior de calidad con la certificación de la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000 facilitando a la Superintendencia Nacional de Salud la desconcentración de sus funciones de inspección y vigilancia en aquellas entidades departamentales o distritales de salud que ya estén certificadas con la NTCGP 1000 o que lo alcancen en el corto plazo. El país en su conjunto se beneficia porque con servicios de salud de calidad obtienen un posicionamiento a nivel internacional y fortalece la exportación de servicios de salud. El Registro Especial de Acreditadores en Salud es la base de datos del Ministerio de Salud en la que se registran las entidades que cumplen los requisitos definidos para operar el Sistema Único de Acreditación en Salud.

2.5. El Papel De Las IPS

Tal como lo afirma el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud IPS asumir las siguientes responsabilidades frente al Ministerio de Salud y Protección Social (2012):

- ✓ Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de los contenidos del PDSP.
- ✓ Participar en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud en el marco del PDSP.
- ✓ Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS.
- ✓ Fortalecer e implementar los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.
- ✓ Coordinar con las Entidades Promotoras de Salud EPS o entidades que hagan sus veces, el municipio y el departamento, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud .
- ✓ Coordinar con las Entidades Promotoras de Salud EPS o entidades que hagan sus veces, las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP, e incorporar los indicadores para medir los daños, riesgos y logros en salud y generar la información requerida por el Sistema de Información de Salud.
- ✓ Implementar los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud en promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública para la atención de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el PDSP, en el marco de su competencia.

- ✓ Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación.
- ✓ Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, en el marco de sus competencias.
- ✓ Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas de Salud del PDSP. (p. 267).

2.6. Acreditación De IPS

El nuevo decreto del SUA incorpora beneficios como:

- ✓ el fortalecimiento de la rectoría del SUA en cabeza del Ministerio de Salud,
- ✓ la creación de un consejo asesor conformado por el Ministro de Salud que brinda apoyo en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud,
- ✓ el cambio del modelo de un solo acreditador al modelo de varios acreditadores y se hacen más exigentes los requisitos de las entidades para acreditar en Colombia. Se tendrán en cuenta los requisitos que implican que la entidad esté acreditada por la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQUA), organismo sin ánimo de lucro, de carácter independiente, y referente mundial para acreditar a las instituciones que desarrollan procesos de evaluación externa basados en estándares de acreditación en salud y que tengan una experiencia igual o superior a cinco años en procesos de acreditación en el país.
- ✓ El fortalecimiento de la información que recibe el Ministerio de Salud en relación con el progreso de la acreditación en salud en Colombia por cada entidad acreditadora, al tener datos on line, a través del Registro Especial de Acreditadores en Salud (REAS).

- ✓ El control del ingreso de “entidades acreditadoras” que han venido comercializando el otorgamiento de sellos de calidad en el país, al margen del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y con estándares inferiores a los adoptados para el Sistema Único de Acreditación en Colombia.
- ✓ El fortalecimiento del uso de los Manuales de Acreditación en Salud adoptados por el Ministerio de Salud y se posibilita el ingreso de nuevos manuales de estándares siempre y cuando los mismos estén acreditados por ISQUA, entidad que garantiza que dichos requisitos están a la altura de los estándares de talla internacional.
- ✓ Con los beneficios anteriores, se fortalecerá el mejoramiento de la calidad de la atención en salud con enfoque en la seguridad y la excelencia clínica, aumentando el número de las entidades acreditadas en Colombia.

El ciclo de la acreditación en salud contempla la siguiente ruta

Gráfico # 20

Ciclo de acreditación en salud



Nota. Acreditación. Fuente Ministerio de Salud y Protección Social

Cuando la IPS desea iniciar el proceso de acreditación debe consultar en el Registro Especial de Acreditadores en Salud para identificar cuáles entidades acreditadoras están inscritas y autorizadas a operar como acreditadores en salud en Colombia, se selecciona la entidad acreditadora para iniciar el proceso de preparación para la acreditación. Actualmente la única entidad acreditadora autorizada es el ICONTEC. En el Registro Especial de Acreditadores en Salud están también los procedimientos para el ciclo de acreditación establecido por la entidad acreditadora, éstos se deben conocer y adoptar. Se identifica el manual de estándares acogido por la entidad acreditadora seleccionada, se elige el que le corresponde, de acuerdo con la naturaleza de la entidad y se inicia el proceso de autoevaluación. Cuando la IPS ya se encuentre en una etapa avanzada de cumplimiento de los estándares de acreditación (más de 3 ciclos de autoevaluación) y desee recibir evaluación

externa por la entidad acreditadora seleccionada, le presentará el informe de postulación de acuerdo con los requisitos establecidos por la entidad acreditadora y formalizarán el contrato para que se adelante la evaluación externa y prosigan los subsiguientes pasos del proceso.

La organización para la excelencia de la salud indica lo siguiente en su portal web (2020): A mayo del 2020, se encuentran acreditadas 51 instituciones a nivel nacional que cumplen con las condiciones legales mínimas de calidad en sus servicios exigidas por las entidades acreditadoras, nacionales e internacionales. De las 51 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) acreditadas en Colombia, la Organización para la Excelencia de la Salud – OES, ha apoyado el proceso de acreditación de 6 instituciones y ha participado en diferentes etapas del proceso para otras 14 (Organización para la excelencia en la Salud, 2020)

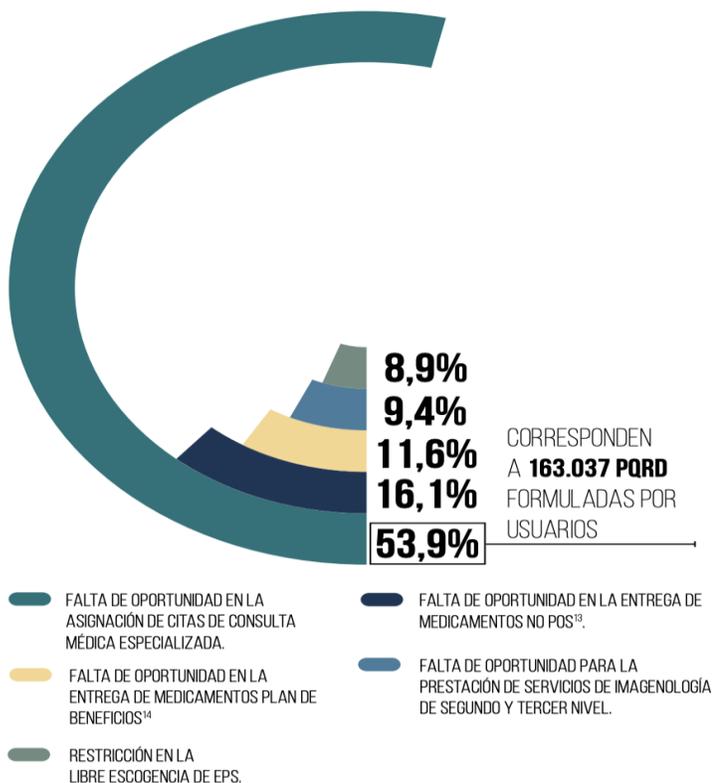
2.7. Cifras Relevantes

A continuación se muestran algunos gráficos relevantes para entender el comportamiento de las IPS en el territorio nacional (Supersalud, 2019).

Gráfico # 21

Motivos específicos con mayor porcentaje de PQRD en el año 2019

MOTIVOS ESPECÍFICOS CON MAYOR PORCENTAJE DE PQRD EN EL AÑO 2019

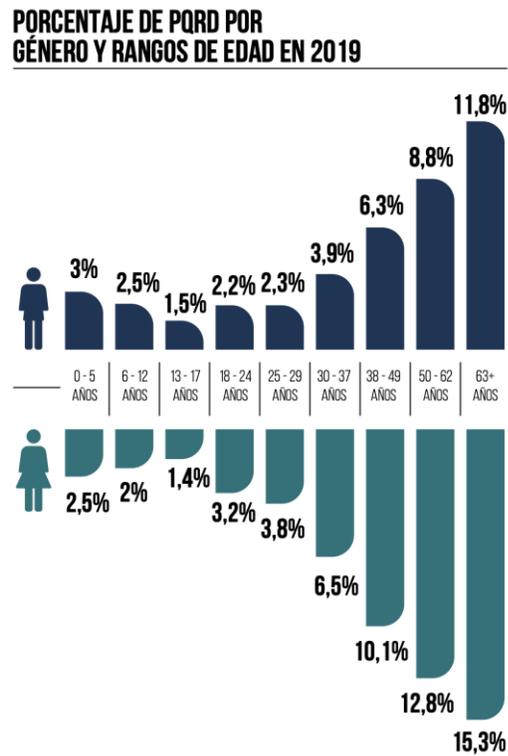


Nota. PQRD. Fuente: Boletín estadístico 2019. Supersalud.

Más del 50 % de las PQRD corresponden a la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta de medicina especializada.

Gráfico # 22

Motivos específicos con mayor porcentaje de PQRD en el año 2019

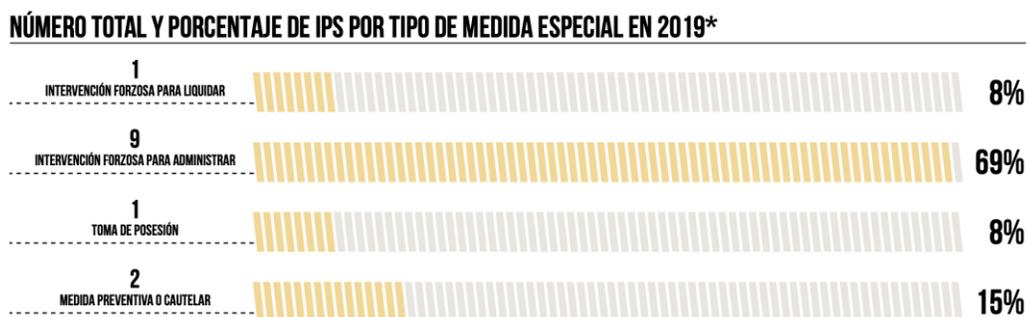


Nota. PQRD 2019. Fuente: Boletín estadístico 2019. Supersalud.

El gráfico anterior refleja que las mujeres en edad de 63 en adelante son la población con mayor número de PQRD en el 2019.

Gráfico # 23

Número total y porcentaje de IPS por tipo de medida especial en 2019

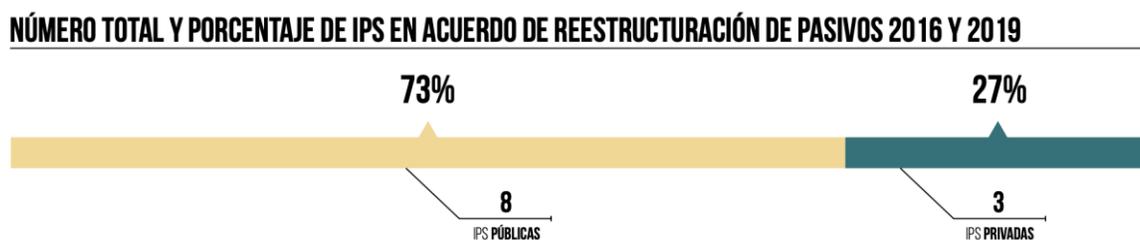


Nota. IPS por tipo de medida especial en 2019. Fuente: Boletín estadístico 2019. Supersalud.

Para el 2019 el 69%, correspondiente a 9 IPS, se encontraban dentro de un proceso de intervención forzosa para administrar.

Gráfico # 24

Número total y porcentaje de IPS en acuerdo de reestructuración de pasivos 2016 y 2019

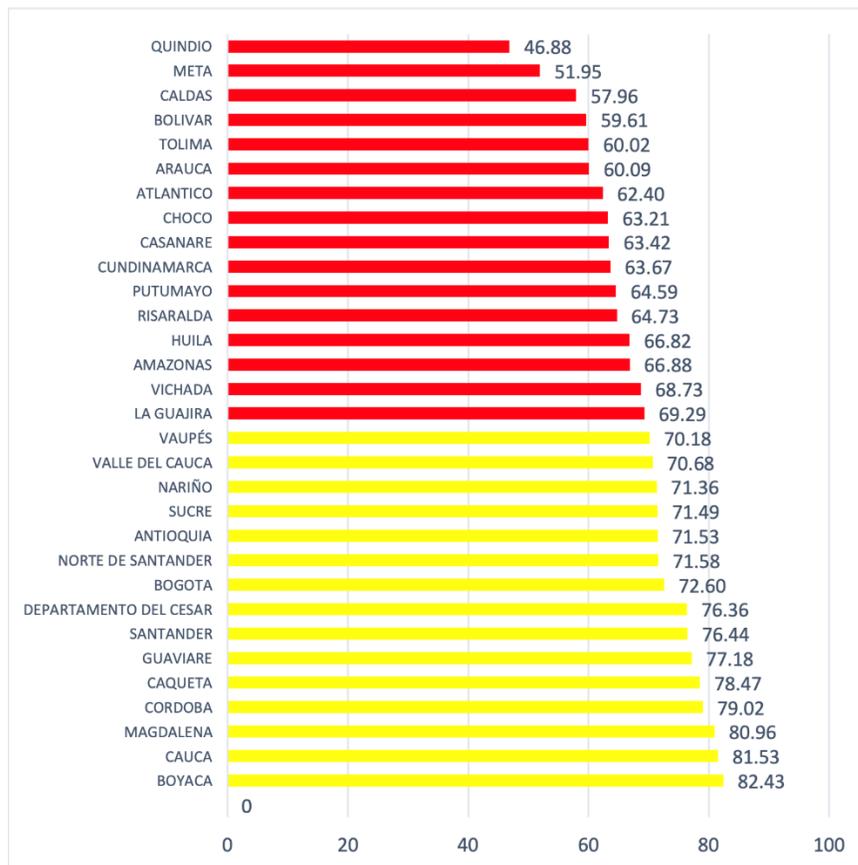


Nota. IPS por tipo de medida especial en 2019. Fuente: Boletín estadístico 2019. Supersalud.

Entre el año 2016 y 2019, 8 IPS públicas contaban con un acuerdo de reestructuración de pasivos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b)

Gráfico # 25

Nivel de Gestión de las Empresas Sociales del Estado (ESE), por departamento.



Nota. Gestión de las Empresas Sociales del Estado. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b)

El gráfico muestra los indicadores de IPS seleccionados para el SEA 2020 (Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del Ministerio de Salud y Protección Social) en las principales IPS estatales. Teniendo en cuenta el gran número de IPS en el país que reportaron para el 2020 (4638), los resultados se encuentran disponibles para consulta específicamente de los siguientes indicadores: Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en

cáncer de mama, Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en menores de 18 años, Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en menores de 18 años, Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de LAP, Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular, Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre, Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL, Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC), Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC), Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL, Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual al 10 g/l (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021b).

2.8. Modelo de Atención En Salud del Distrito Capital

Distintas reformas locales de gran importancia dentro de la capital del país, permitieron la adopción de estrategias locales que reflejaron un mejoramiento claro en los indicadores de salud y calidad de vida los habitantes de la ciudad, evidencia que se plasma en las tendencias bajas de morbilidad, mortalidad y aseguramiento en salud, y se mantiene aún dentro de los mayores desafíos, sacar adelante la red pública hospitalaria.

Ningún avance sería posible sin la intervención de importantes recursos financieros transferidos por la nación, que ha permitido cubrir el seguro individual del régimen subsidiado, sin embargo, y a pesar del esfuerzo financiero, la calidad y el acceso al servicio,

la disponibilidad de recursos, el aumento de tutelas, la cartera de las empresas sociales del estado, la atención de población no asegurada, el marco regulatorio de financiación de inspección, vigilancia y control y la disponibilidad de recursos son debilidades en el sistema de salud que aún se resaltan en la capital del país.

El modelo de atención además plantea que el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad deben estar dada por una atención integral por redes públicas y privadas integradas, de manera que se pueda resolver de forma oportuna y efectiva las demandas inmediatas en los servicios de salud.

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), es altamente efectiva, vista de manera que puede estabilizar las desigualdades y además mejorar la salud de toda la población, pues mediante dicha estrategia se puede hacer frente a determinantes sociales, reducir inequidades de salud, a través de la coordinación de acciones a nivel sectorial e intersectorial, de la participación social y comunitaria con el fin de integrar las necesidades de la población y resolver problemas tan fundamentales como la accesibilidad y la utilización de los servicios.

Sobre el particular vale la pena señalar que el pasado octubre de 2021 fue anunciado por la Alcaldesa de Bogotá el nuevo modelo de salud territorial “Salud A Mi Barrio” el cual se enfoca en reconocer que “no hay una sola Bogotá”, sino en las necesidades, particularidades y expectativas de cada localidad, barrio y vereda, con el objetivo de cuidar la vida con soluciones más cercanas, oportunas, dignas y pertinentes para el bienestar en salud; comenzará a funcionar con la identificación de las necesidades, expectativas y riesgo de los habitantes de las localidades, barrios y/o veredas, un diagnóstico en salud que sentará las bases de los Planes de Cuidado Local que se construirán de la mano de la ciudadanía y

que se ejecutarán a partir de seis líneas de trabajo: 1. Entornos Cuidadores: Acciones colectivas de salud para promover en conjunto con la comunidad, el cuidado de la vida en el hogar, el trabajo, el colegio y el barrio o la vereda. 2. Atención en casa: Articulación de acciones colectivas e individuales en salud en casa, a través de equipos que harán: Caracterización socio-ambiental, afiliación de Oficio, consulta diagnóstica, formulación y solicitud de laboratorios, interconsulta o dispensación de medicamentos a casa, seguimiento y monitoreo telefónico, telesalud y pondrán en marcha la estrategia de relevo de cuidadores. 3. Inspección, Vigilancia y Control: Para vigilar el cumplimiento de la norma en establecimientos abiertos al público, buscando condiciones óptimas de prestación de servicios y privilegiando la educación sobre el castigo. 4. Gobierno con la ciudadanía: Para Escuchar las necesidades y expectativas que inciden en la salud y consolidar una cultura del cuidado y la participación. 5. Prestación de servicios de salud: Coordinar con las EPS e instituciones acciones para facilitar la inclusión de la ciudadanía en la oferta integral de servicios de salud. 6. Políticas públicas: Para identificar, escuchar y gestionar las necesidades de las comunidades.

2.9. Accesibilidad, Cobertura y Sólidez

Las IPS sin duda alguna, y tal como lo referencia la Ley 100 de 1993, es uno de los actores más influyentes dentro del General de Seguridad Social en Salud Colombiana SGSSS, y es que cada reforma que se hace a dicho sistema, siempre tendrá como fundamento generar mayor accesibilidad, cobertura y creación de solidez para la población.

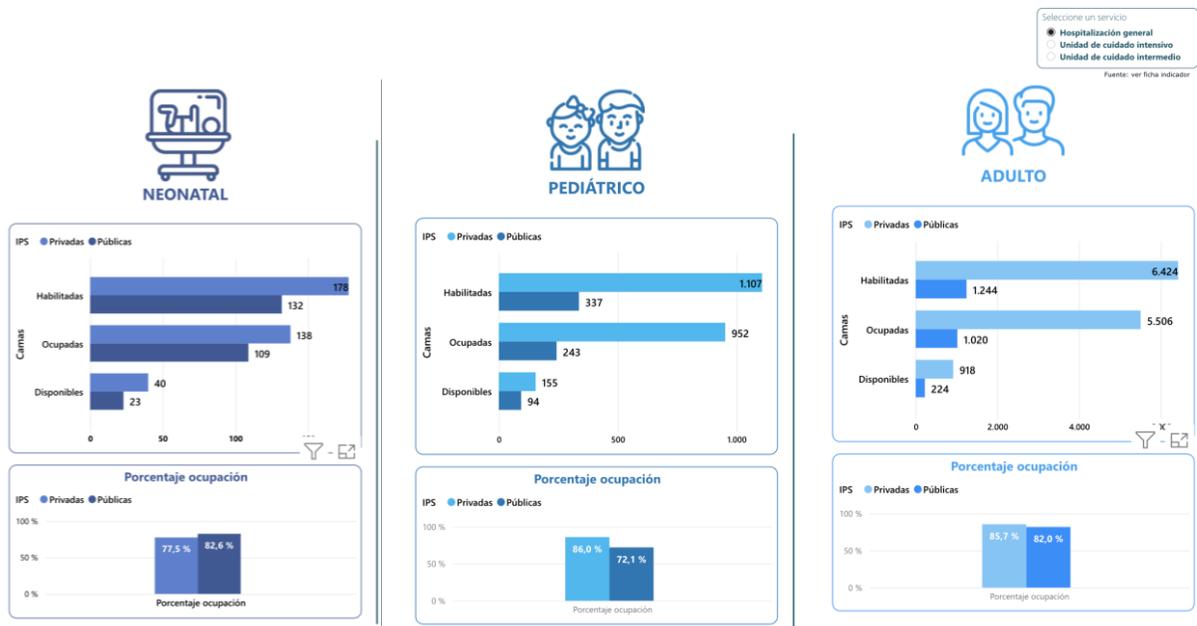
Actualmente, la dinámica migratoria afecta grandemente el perfil epidemiológico de Colombia y en especial de las grandes ciudades. Bogotá, como distrito capital, recibe una elevada proporción de migrantes, por lo que es prioritario conocer y analizar las condiciones

de vida y salud de estos grupos poblacionales de forma diferencial al resto de la población colombiana, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), se registraron 35.474 migrantes internacionales en Bogotá, distribuidas así: personas de género femenino el 52,84% (n=18.746 mujeres) y género masculino 47,16% (n=16.728 hombres). Por edad, la población migrante internacional entre los 30 y 39 años de edad (n=8.196 personas) son la mayoría. Respecto a la migración interna, se reportaron - 23.687 personas, de género masculino el 50,68% (n=-12.004 hombres) y de género femenino 49,32% (n=-11.683 mujeres). Similar a la migración internacional, la mayoría de los migrantes internos están en los menores de cuatro años y entre 35 y 39 años de edad (n=-12.443 personas).

En los gráficos siguientes se observa el porcentaje de ocupación hospitalaria en los diferentes niveles de complejidad para 2021. En general, se observa mayor oferta en IPS privadas, y también mayor ocupación en las mismas, lo que genera confianza en la posibilidad de apertura de una IPS de esta naturaleza jurídica.

Gráfico # 26

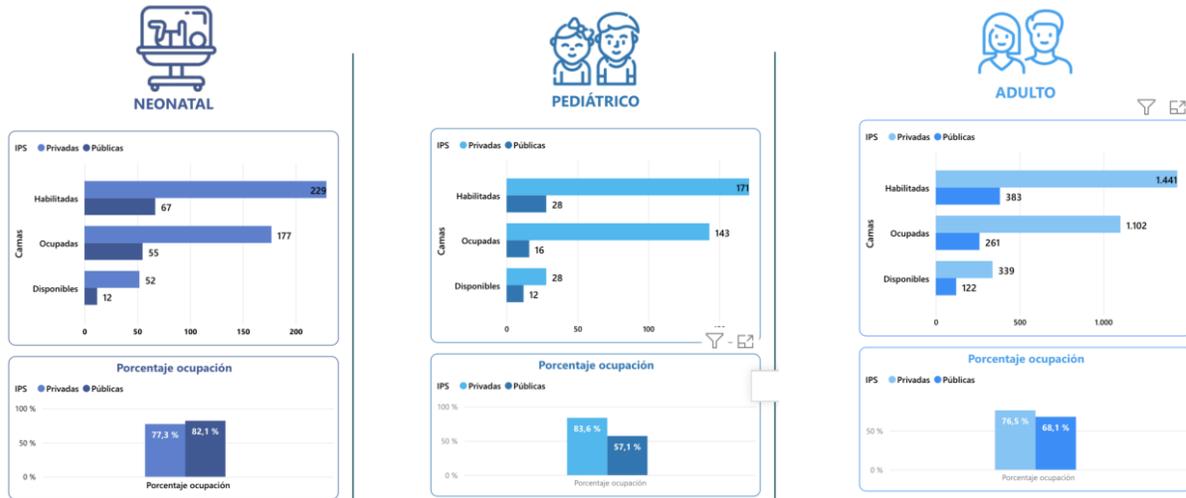
Porcentaje de ocupación hospitalización en Bogotá 2021



Nota. Camas Habilitadas. Fuente: (Observatorio de Salud, 2022a)

Gráfico # 27

Porcentaje de ocupación Cuidados Intensivos en Bogotá 2021



Nota. Camas Habilitadas. Fuente: (Observatorio de Salud, 2022a)

Gráfico # 28

Porcentaje de ocupación Cuidados Intermedios en Bogotá 2021



Nota. Cuidados Intermedios en Bogotá 2021. Fuente: (Observatorio de Salud, 2022a)

El universo de la medición fueron 216 sedes de IPS y 109 con servicios de hospitalización y un total de 11.412 camas: 8.939 camas de Hospitalización general (adultos, niños y básico neonatal incluyendo camas, cunas e incubadoras), 824 camas de Unidades de cuidados intermedios (adultos, niños y neonatos incluyendo camas, cunas e incubadoras) y 1.649 Unidades de cuidados intensivos (adultos, niños y neonatos incluyendo camas, cunas e incubadoras).

La secretaría de salud realizó seguimiento a 90 sedes, las cuales cuentan con 11.111 camas (97,3% de la oferta de camas), se les adicionaron 1.154 camas autorizadas transitoriamente, incluyendo camas pediátricas y neonatales a corte del 26/10/2021, para un total de 12.265 camas.

Para reducir las barreras de acceso al sistema de salud, es fundamental promover mecanismos para alinear los estímulos de los agentes involucrados en el sistema de manera que se puedan impulsar mejoras en la calidad. El Ministerio de salud generó un mecanismo para incentivar un mejor desempeño que, por ahora, funciona solamente para la cuenta que cubre enfermedades de alto costo. Para esta iniciativa en particular, se recomienda hacer seguimiento a los resultados y la calidad de la información, así como evaluar la pertinencia de los indicadores para que el pago por desempeño se refleje en resultados en calidad y salud. Por otra parte, es importante resolver los problemas de sostenibilidad financiera que viene enfrentando el sistema, por ejemplo, robusteciendo las fuentes de financiación del sistema de salud; como característica que reflejan análisis de la implementación de los mecanismos de incentivo de mejor desempeño del Ministerio de Salud y Protección Social en documentos como el Informe Nacional de Competitividad 2020-2021 y Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia (Consejo Privado de Competitividad, 2021).

Las dinámicas migratorias, aumentadas en los últimos años, pueden afectar el perfil y epidemiológico. En Colombia se está presentando una cantidad mayor de inmigrantes en comparación con los años anteriores y el Distrito Capital, recibe una elevada proporción de ellos; se crea entonces la necesidad de conocer y analizar las condiciones de vida y salud de estos grupos poblacionales de forma diferencial al resto de la población. Un indicador importante que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad, en consecuencia, en la que mortalidad prematura corresponde a los años de vida potencialmente perdidos por la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Adicional a la mortalidad infantil, aportan a dicho indicador otras causas de mortalidad prematura en personas jóvenes; por ejemplo, los accidentes de tránsito o en el trabajo, las enfermedades isquémicas del corazón

y los accidentes cerebro - vasculares, entre otras. Se considera que corresponde a una medida del impacto relativo que ejercen algunas enfermedades y fuerzas letales sobre la sociedad.

Los años de vida potenciales perdidos (AVPP) para Bogotá mostraron que las neoplasias, todas las demás causas, las causas externas y las enfermedades del sistema circulatorio aportaron la mayor cantidad años perdidos por mortalidad prematura en el 2017. En el periodo 2005 - 2017, se presentó un aporte creciente de AVPP por el grupo de neoplasias (33%) y enfermedades del sistema circulatorio (9%). Por su parte, la mayor disminución del peso porcentual de AVPP al final del periodo comparado con el inicio de este se presentó en signos, síntomas y afecciones mal definidos (55 %), ciertas afecciones del periodo perinatal (45%) y enfermedades transmisibles (35%). En general, se observó que las neoplasias, presentaron un aumento en el aporte a este indicador durante el periodo de análisis, situación contraria a las enfermedades transmisibles que han presentado disminución; esto puede ser debido al envejecimiento de la población, lo que indica mayor prevalencia de enfermedades crónicas y menor prevalencia de enfermedades transmisibles debido a las estrategias de vacunación.

2.10. Relación De Las IPS Con Las Metas Planteadas En El Distrito Capital En Cuestión De Salud

Dentro del Plan de Desarrollo de Bogotá en salud 2020-2024 se plantea diferentes metas, estrechamente relacionadas con las IPS, como lo son:

- . En el año 2024 el 95% de la población se espera que esté asegurada.
- . Llegar al 95% de interoperabilidad para el sistema de historia clínica entre las 4 subredes y el 50% de las IPS privadas.

Llegar a la residencia, barrio y entorno, a través del diagnóstico de las necesidades según la localidad, para así focalizar la atención que se debe prestar, con el fin de mejorar la gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, estrategia como se señaló fue anunciada en octubre de 2021 por la Alcaldesa como parte del modelo de salud territorial; no obstante a la fecha se encuentra como limitante su desarrollo en la implementación que permita determinar las acciones respecto a la articulación del modelo con las EPS e IPS para la prestación de los servicios de salud.

Vale la pena citar uno de los componentes de la Estructura de la Política Distrital de Salud Mental 2015-2025 en relación con el Eje 2 Atención integral e integrada en salud mental en el que el fortalecimiento de la Red de Atención en Salud Mental cita Actualmente la Red de Atención en Salud Mental de la ciudad es insuficiente para atender la demanda de los eventos y trastornos mentales y del comportamiento que se presentan. Si bien la estrategia de APS parte de un enfoque integral que conlleva a abordar la salud mental de un modo más comunitario y menos institucionalizado, es necesario contar con una red de atención fortalecida para los casos que lo precisen. Para ello se requiere la creación de alianzas con otros actores y sectores que permitan ampliar la oferta de servicios, adoptar modalidades de atención que suplan necesidades identificadas, fortalecer la evaluación y vigilancia de los servicios de salud mental, así como ejercer la rectoría de los mismos. (Secretaría Distrital de Salud, 2016)

Acciones Que Se Toman En El Análisis

El Análisis de Situación de Salud de la ciudad de Bogotá D.C (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2020), cuyos apartes textuales se presentaran a continuación en los sub-numerales del presente numeral, constituyen la información relevante y que respalda y

sustenta el desarrollo del análisis y fundamenta la viabilidad en el capítulo de recomendaciones de implementación.

Dicho análisis se realizó con la información disponible en las bases oficiales gestionadas y puestas en disponibilidad para consulta por el Ministerio de Salud y Protección Social, usando información propia del sistema de salud y de otras entidades de interés como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Sin embargo, para algunos indicadores, en los que se consideró que era necesario desagregar a las escalas territoriales propias del ordenamiento de la ciudad de Bogotá, se utilizaron como fuentes las bases de datos propias de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá o de las diferentes secretarías que hacen parte de la estructura organizacional de la capital (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2020).

2.11. Población

Para el periodo 2019 el DANE proyectó en Bogotá una población de 8.281.030 personas, correspondiendo según sexo a 4.266.589 mujeres y 4.014.441 hombres.

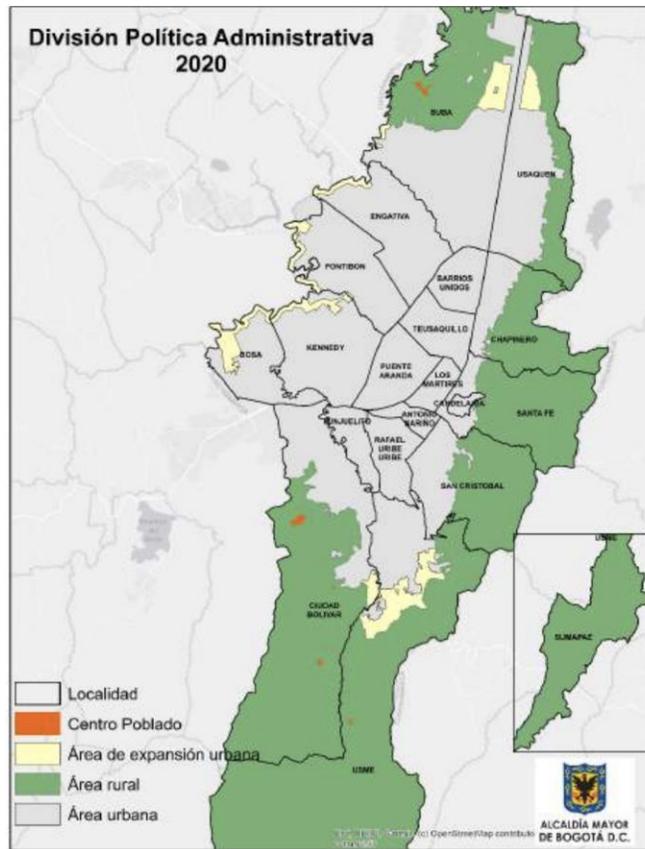
Administrativa y gubernamentalmente el Distrito Capital de Bogotá, se subdivide en 20 localidades cada una con alcaldía local, donde 19 localidades son principalmente urbanas y 1 localidad es rural (Sumapaz).

En cuanto a la atención en salud durante el actual plan territorial de salud, la ciudad ha sido agrupada en 4 subredes de atención así: Subred Norte conformada para la atención de las localidades de Engativá, Suba, Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo; Subred Centro Oriente conformada para la atención de las localidades de La Candelaria, Los Mártires, Santa Fe, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal; Subred Sur conformada para la atención de las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Usme y Tunjuelito y Subred Sur

occidente conformada para atención de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

Gráfico # 28

División Política Administrativa



Nota. Camas Habilitadas. Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2020

Tabla # 4*Distribución de las localidades por extensión territorial*

Localidad	2020			
	Hombres	Mujeres	Total	Proporción
01. Usaquen	222.090	254.841	476.931	5,7
02. Chapinero	60.583	64.711	125.294	1,5
03. Santa Fe	46.092	45.019	91.111	1,1
04. San Cristóbal	188.197	199.363	387.560	4,6
05. Usme	170.228	178.104	348.332	4,2
06. Tunjuelito	90.923	92.144	183.067	2,2
07. Bosa	389.400	410.260	799.660	9,5
08. Kennedy	622.421	650.969	1.273.390	15,2
09. Fontibón	209.777	235.174	444.951	5,3
10. Engativá	429.868	462.301	892.169	10,6
11. Suba	659.288	722.309	1.381.597	16,5
12. Barrios Unidos	140.524	135.929	276.453	3,3
13. Teusaquillo	66.651	72.718	139.369	1,7
14. Los Mártires	47.015	45.219	92.234	1,1
15. Antonio Nariño	53.843	55.133	108.976	1,3
16. Puente Aranda	106.060	105.742	211.802	2,5
17. La Candelaria	11.809	10.021	21.830	0,3
18. Rafael Uribe Uribe	167.392	174.494	341.886	4,1
19. Ciudad Bolívar	378.504	397.847	776.351	9,3
20. Sumapaz	3.994	3.844	7.838	0,1
Total Bogotá	4.064.659	4.316.142	8.380.801	100

Nota. Localidades. Fuente: Secretaria Distrital de Planeación (SDP). Subsecretaria de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No.69 Bogotá ciudad de estadísticas. Proyecciones de Población por Localidades para Bogotá 2020.

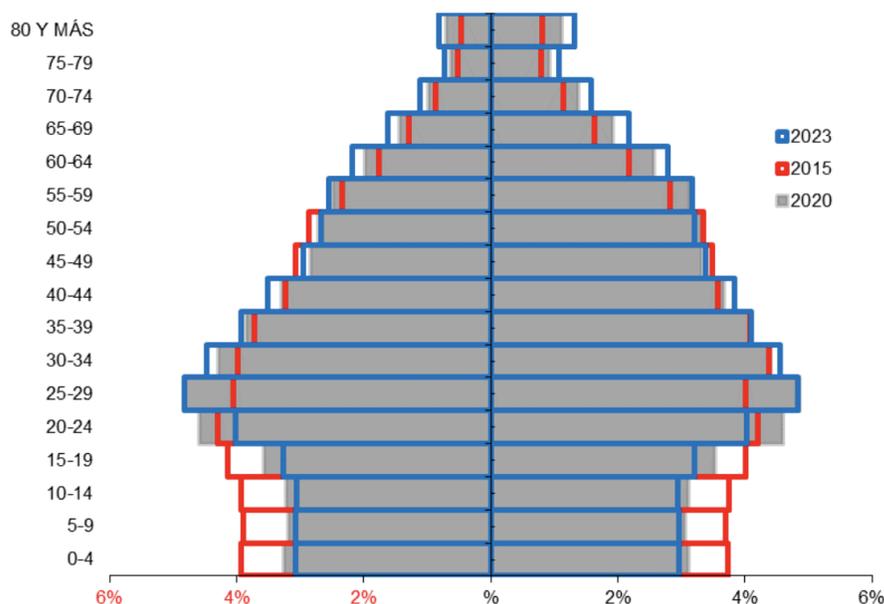
2.12. Estructura Demográfica

La pirámide poblacional de Bogotá muestra que para 2020 pese a la disminución de población de los grupos de edad menores de 20 años y el aumento de la población de mayores de 20 años, la pirámide sigue siendo progresiva, es decir, se caracteriza por tener una base ancha, indica el descenso en el número de nacimientos; así mismo, la composición similar del cuerpo de la pirámide a medida que se asciende en los grupos de edad y el estrechamiento en la cúspide, con una finalización en forma de pico (forma triangular), correspondiente a las edades avanzadas, el cual se observa menos marcado en el transcurso de los periodos analizados, y se puede explicar por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad de la población de Bogotá.

Esta característica es propia de poblaciones jóvenes y con fuerte crecimiento, correspondiendo comúnmente a la distribución poblacional de países subdesarrollados.

Gráfico # 30

Pirámide poblacional para Bogotá D. C., 2015, 2020 y 2023



Nota. Pirámide poblacional para Bogotá. Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Censo General de Población de Bogotá DANE 2018. Estimaciones poblacionales de Bogotá período 2015 y Proyecciones de población de Bogotá periodo 2020, 2023.

El análisis de la proyección de población 2010 a 2020 en función del ciclo vital, los cambios de los grupos de edad, en el periodo analizado 2010 a 2020, se observó que el grupo infancia de 0 a 13 años, se estimó una disminución anual cercana a 4 puntos porcentuales, aspecto que está relacionado con la disminución de la fecundidad y natalidad.

En el grupo adolescencia de 14 a 17 años, se estimó una disminución de 2 puntos porcentuales en total. En el grupo juventud de 18 a 24 años, permanece constante el valor

proporcional en los dos periodos analizados. En el grupo adultez de 25 a 59 años se estimó un aumento de 2 puntos porcentuales en total, y en el grupo vejez de 60 y más años se estimó un aumento de 4 puntos porcentuales, que se relaciona con el aumento de la expectativa de vida.

Tabla # 5

Proporción de la población por etapa de ciclo vital en Bogotá D. C., 2010, 2015, 2020 Y 2023

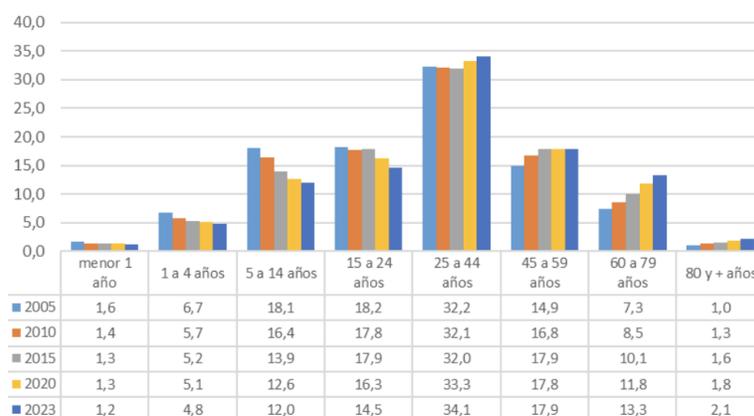
Etapa de Ciclo Vital	Años			
	2010	2015	2020	2023
Infancia (0 - 13 años)	22%	19%	18%	17%
Adolescencia (14 - 17 años)	7%	7%	5%	5%
Juventud ("18 – 24" años)	12%	13%	12%	11%
Adultez ("25 – 59" años)	49%	50%	51%	52%
Vejez (60 y más años)	10%	12%	14%	15%

Nota. población por etapa de ciclo vital. Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Estimaciones de Población de Bogotá 2010 - 2017, Censo General de Población de Bogotá 2018 y Proyecciones de Población de Bogotá 2020 – 2023 según edades simples de 0 a 28 años y por grupos quinquenales de edad.

Para el período 2020, el mayor porcentaje de la población 33,3 % se concentra en el grupo de los 25 a 44 años en ambos sexos como se evidencia en el siguiente gráfico. En el periodo 2020, se evidencia una mayor proporción de población masculina hasta el grupo de 15 a 24 años y luego la proporción es mayor en el género femenino a partir del grupo de 25 a 44 años de edad en adelante.

Gráfico # 31

Proporción de la población por etapa de ciclo vital en Bogotá D. C., 2010, 2015, 2020 Y 2023



Nota. población por etapa de ciclo vital. Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Estimaciones de Población de Bogotá 2005, 2010, 2015 Censo General de Población de Bogotá 2018 y Proyecciones de Población de Bogotá 2020 y 2023 según edades simples de 0 a 28 años y por grupos quinquenales de edad

2.13. Índices Demográficos

Los principales indicadores demográficos, muestran que las proyecciones de población de Bogotá D. C., de 7.743.955 habitantes para el periodo 2020 y 7.968.095 habitantes para el periodo 2023, la población total se incrementó en 224.140 habitantes del periodo 2023 con respecto al periodo 2020; así mismo, en este periodo de análisis, se estimó un incremento de un punto de la población adulta con respecto a la población joven y una disminución de un punto de la población infantil.

El índice de friz mostró un descenso de cerca de 17,71 puntos del periodo 2020 con respecto al periodo 2015 y un descenso de cerca de 7,76 puntos del periodo 2023 con respecto al 2020, lo que permite interpretar en los periodos de análisis madurez en la población, con tendencia al envejecimiento de la población (es decir, si el valor del índice de Friz esta entre

60 y 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida).

Para el periodo 2023, la población total se incrementó en 224.140 habitantes del periodo 2023 con respecto al periodo 2020; así mismo, en este periodo de análisis, se estimó un incremento de un punto de la población adulta con respecto a la población joven y una disminución de un punto de la población infantil.

Tabla # 6

Índices demográficos de Bogotá D. C., 2015, 2020 y 2023

Índice Demográfico	Año		
	2015	2020	2023
Población total	7.878.782	7.743.955	7.968.095
Población Masculina	3.810.012	3.707.838	3.815.676
Población femenina	4.068.770	4.036.117	4.152.419
Relación hombres: mujer	93,64	91,87	92
Razón niños: mujer	28	22	22
Índice de infancia	23	19	18
Índice de juventud	25	26	24
Índice de vejez	11	14	15
Índice de envejecimiento	50	72	85
Índice demográfico de dependencia	43,78	38,99	39,87
Índice de dependencia infantil	32,97	26,33	25,29
Índice de dependencia mayores	10,82	12,66	14,57
Índice de Friz	105,29	87,58	79,82

Nota. Demografía. Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Censo General de Población de Bogotá DANE 2018. Estimaciones poblacionales de Bogotá periodo 2015 y Proyecciones de población de Bogotá periodo 2020, 2023.

2.14. Migración

Bogotá es uno de los grandes receptores de una gran variedad de población que busca condiciones de vida más favorables para sí mismos y sus familias. Este fenómeno se hace visible a través de la expansión urbana de la ciudad, la cual está abarcando municipios aledaños, por lo que las acciones en salud deben proyectarse a una gestión metropolitana o regional de los municipios aledaños.

En Bogotá, pese a la disminución de población de los grupos de edad menores de 25 años y el aumento de la población de mayores de 25 años, la pirámide continúa presentando una estructura progresiva, es decir, se caracteriza por tener una base ancha y una finalización en forma de pico (forma triangular). Este tipo de pirámides son propias de países jóvenes y con fuerte crecimiento, es decir países subdesarrollados.

Uno de los fenómenos que genera cambios en la composición demográfica de la ciudad se relaciona con el desplazamiento forzado y con las migraciones internas, ya que la capital cada día es receptora de individuos y familias que migran.

En Bogotá en el periodo 2019, se atendieron en los servicios de salud un total de 149.652 extranjeros, que corresponde al 21,6 % del total de población extranjera atendida en Colombia; el 59 % de estas personas provienen de República Bolivariana de Venezuela (88.090 personas), el 31,8 % se encuentra en el régimen Contributivo (46.698 personas). Se realizaron 284.412 atenciones a migrantes esto corresponde al 19,2 % del total de atenciones a migrantes en Colombia; de estas atenciones realizadas en Bogotá el 88 % corresponde a consulta externa, procedimientos y medicamentos (249.497 atenciones).

Tabla # 7

Población extranjera atendida en servicios de salud de Bogotá D. C.2019

Índice Demográfico	2019	
	Bogotá	Colombia
Población total	149.652	693.832
Población Masculina	56.631	248.326
Población femenina	93.021	445.506
Relación hombres: mujer	60,88	56
Razón niños: mujer	25	37
Índice de infancia	20	28
Índice de juventud	37	40
Índice de vejez	9	5
Índice de envejecimiento	46	19
Índice demográfico de dependencia	35,39	45,54
Índice de dependencia infantil	26,47	40,03
Índice de dependencia mayores	8,91	5,50
Índice de Friz	91,77	164,35

Nota Población extranjera. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

2.15. Atención De Casos Covid 19

La población de Bogotá aportó al total nacional el 28 % de los casos para el total de los ámbitos de atención. Los ámbitos en los cuales más aportó caso fueron en urgencias con el 40 %, el 30 % de los hospitalizados y el 31 % de los casos en domicilios.

El uso de indicadores demográficos para las estructuras de población, corroboran la mayor intensidad del evento mortalidad por COVID-19 en los hombres y en la población mayor de 60 años. La relación hombres: mujeres, fue de 183 hombres por cada 100 mujeres que fallecieron. De acuerdo con el índice de vejez, el 77 % de los fallecidos fueron mayores de 60 años. El índice de dependencia está afectado por mayor cantidad de defunciones en mayores de 65 años, presentando un resultado de 203 muertes en población dependiente

(menores de 15 y mayores de 65 años) con relación a 100 muertes en población económicamente activa (entre 15 a 64 años). Y el índice de Friz presenta un valor por debajo del 10 % del valor de 60, identificando así que la población fallecida es altamente envejecida.

Tabla # 8

Índices demográficos de las defunciones por sars-cov2 / COVID-19. Bogotá D. C., 2020

Índice Demográfico	2020
	Bogotá
Poblacion total	7.553
Poblacion Masculina	4.887
Poblacion femenina	2.666
Relación hombres:mujer	183,31
Razón niños:mujer	10
Índice de infancia	0
Índice de juventud	1
Índice de vejez	77
Índice de envejecimiento	24350
Índice demografico de dependencia	202,73
Índice de dependencia infantil	0,96
Índice de dependencia mayores	201,76
Índice de Friz	5,87

Nota. Defunciones por sars-cov2 / COVID-19 Población extranjera. Fuente: Cubo SegCovid ,2020

2.16. Mortalidad

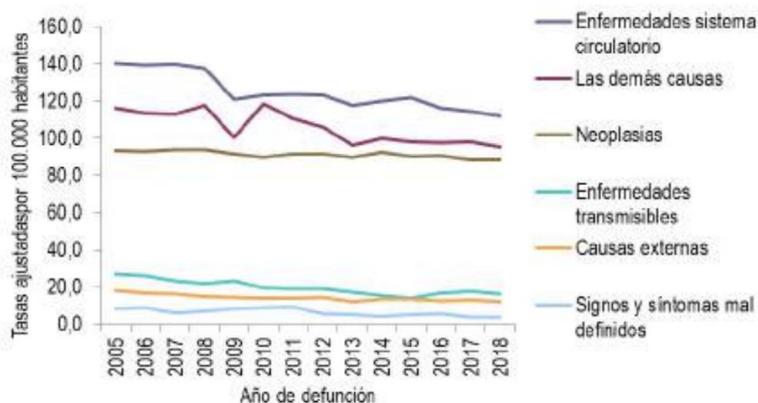
En general, se observó disminución de la tasa de mortalidad por todas las grandes causas durante el periodo (2005 – 2018), siendo los signos y síntomas mal definidos las que mayor descenso han presentado (-55,6 %), seguido de enfermedades transmisibles (-38,7 %); en contraste las mortalidades por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio han tenido menor descenso correspondiendo a -7,2 % y -18,8 % respectivamente.

Comparando con el año inmediatamente anterior (2017) las causas que presentaron mayor variación correspondieron a enfermedades transmisibles (-4,2 %), seguido de enfermedades del sistema circulatorio (-2,8 %), causas externas (-2,5 %), neoplasias (-2,1 %) y las demás causas (-1,1 %). Por su parte los signos y síntomas mal definidos (0,2 %) presentaron un aumento leve.

En el grupo de las demás causas, se observó que las causas que presentaron mayor mortalidad correspondieron a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (29,3 x 100.000 habitantes), seguido de resto de enfermedades del sistema digestivo

Tabla # 9

Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas. Bogotá D. C., 2005 – 2018



Nota. Mortalidad por grandes causas. Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En las demás causas se realiza análisis observándose que para el último año los indicadores: tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino, tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estómago, tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus, tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-

infringidas intencionalmente y tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento, presentaron aumento en comparación con el año inmediatamente anterior.

Tabla # 10

Semaforización de mortalidad PDSP

Causa de muerte	Colombia 2018	Bogotá D. C. 2018	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14.29	8.27	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12.70	10.97	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6.41	4.55	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	15.01	14.78	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10.73	11.20	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16.16	12.34	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5.72	4.94	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1.68	2.32	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	25.38	13.34	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0.00	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	34.32	22.26	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0.00	0.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Nota. Mortalidad¹. Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

¹ Los puntos rojos son de nuestra autoría ya que se correlacionan con otros hallazgos que generan las recomendaciones de implementación que se presentan más adelante

En la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento durante el periodo de 2005 a 2018, se observa tendencia “in aumento” en las proporciones de incidencia, destacando que partir del año 2015 y para el periodo 2011 y 2013 son las mujeres las que presentan mayor incidencia en comparación con los hombres y el total de población. En las mujeres se presentó incremento en la proporción de incidencia de 32 veces más entre el 2005 y el 2018, en los hombres de 33 veces más y en el total de la población de 32 veces más.

2.17. Morbilidad

La morbilidad atendida muestra que Bogotá se encuentra en transición epidemiológica donde predominan las enfermedades no transmisibles pero un porcentaje que va en descenso en el periodo observado de enfermedades transmisibles. Morbilidad específica salud mental Durante los años 2009 – 2019 se realizaron en Bogotá D.C. 8.410.385 atenciones, con un número de atenciones en el 2019 de (1.315.842); analizando por morbilidad atendida de salud mental predominaron los diagnósticos asociados a trastornos mentales y del comportamiento, seguidamente epilepsia y en un tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; donde se continua observando dificultades en la solución de conflictos de toda índole sociales, familiares y personales y con un bajo nivel adaptación a los cambios. Este mismo comportamiento de las causas de atención de morbilidad atendida se observa en todos los cursos de vida

Tabla # 11

Proporción de las principales causas de morbilidad atendida en salud mental por curso de vida. Bogotá 2009 – 2019

Ciclo Vital	Morbilidad	Total											App 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Primera Infancia (0-5 años)	Transtornos mentales y del comportamiento	83,27	83,39	86,95	86,02	91,33	80,48	91,14	89,92	87,35	56,99	84,08	-2,91
	Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso	0,59	0,41	0,45	0,22	0,22	0,15	0,14	0,22	0,15	0,1	1,16	1
	Epilepsia	16,14	11,21	12,6	13,78	8,45	9,39	8,72	9,86	12,47	12,91	14,76	1,5
Infancia (6-11 años)	Transtornos mentales y del comportamiento	90,13	91,46	90,44	90,3	93,72	93,67	93,3	91,12	91,15	52,09	90,36	1,73
	Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso	0,33	0,10	0,16	0,08	0,05	0,06	0,09	0,012	0,014	0,06	0,28	0,22
	Epilepsia	9,54	9,44	9,4	9,62	6,23	6,27	6,61	8,67	8,71	7,85	9,36	1
Adolescencia (12-17 años)	Transtornos mentales y del comportamiento	73,64	72,26	72,24	74,51	79,57	77,96	79,48	73,41	77,22	77,73	79,04	1,11
	Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso	4,86	6,25	6,59	5,66	6,18	6,20	7,81	12,43	10,11	9,88	8,45	1,23
	Epilepsia	21,3	21,5	21,17	19,83	14,25	15,64	12,71	14,16	12,69	12,59	12,52	0,06
Juventud (18-28 años)	Transtornos mentales y del comportamiento	61,51	65,02	68,57	66,39	70,10	68,60	74,88	70,61	70,04	71,83	74,45	2,19
	Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso	6,16	5,87	9,72	6,36	6,29	6,64	8,07	11,89	11,35	9,71	10,15	0,43
	Epilepsia	32,33	23,11	26,71	27,25	23,61	24,76	17,05	17,51	18,61	18,36	15,41	2,95
Adultez (29-59 años)	Transtornos mentales y del comportamiento	74,25	77,67	78,58	78,3	80,66	76,61	85,74	79,42	78,83	78,47	79,06	1,9
	Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso	3,95	0,358	4,35	2,91	3,26	3,28	3,02	6,02	5,61	5,39	5,54	0,15
	Epilepsia	21,8	18,75	17,07	18,79	16,09	20,21	11,24	14,57	15,57	16,14	14,8	1,34
Vejez (50 años y más)	Transtornos mentales y del comportamiento	85,06	88,13	85,85	88,64	90,26	87,93	92,19	90,03	89,14	89,03	90,41	1,11
	Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso	1,79	1,53	2,01	1,18	1,08	0,65	1,03	1,26	1,42	1,94	1,94	0,01
	Epilepsia	13,14	12,34	12,334	10,19	8,63	11,21	6,78	8,71	9,46	9,03	7,66	1,37

Nota. causas de morbilidad atendida en salud mental por curso de vida. Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO Fecha de consulta: 7 de septiembre de 2020.

En la agrupación de lesiones durante el periodo 2009 al 2019 se realizaron 10.546.247 atenciones, con tendencia hacia el aumento particularmente en los últimos cuatro años del periodo analizado; en 2019 se realizaron el 12,44 % del total de atenciones en el periodo, situación que puede estar reflejando problemas de salud mental y deficiencias en la capacidad para resolver conflictos y problemas de convivencia. En comparación con el año 2018 el incremento de las atenciones por lesiones se incrementó en 27,26 %. Las causas de mayor atención en este subgrupo son: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas con un 84,67 % y Lesiones no intencionales con 14,92 %.

Al analizar el comportamiento por sexo en 2019, este fue similar, un poco más alto el número de atenciones en el grupo de los hombres con 51,39 % versus 48,61 % en las mujeres.

Durante los años 2009 – 2019 se realizaron en Bogotá D.C. 8.410.385 atenciones, con un número de atenciones en el 2019 de (1.315.842); analizando por morbilidad atendida de salud mental predominaron los diagnósticos asociados a trastornos mentales y del comportamiento, seguidamente epilepsia y en un tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; donde se continua observando dificultades en la solución de conflictos de toda índole sociales, familiares y personales y con un bajo nivel adaptación a los cambios. Este mismo comportamiento de las causas de atención de morbilidad atendida se observa en todos los cursos de vida.

En mujeres en la variación de las atenciones año 2019-2018; se observa aumento en el número de las atenciones para el año 2019 en los eventos de: trastornos mentales y del comportamiento en infancia, epilepsia y Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en primera infancia; llamando la atención el número menos elevado que los hombres de este evento en el grupo referenciado; y en el mismo orden trastornos mentales y del comportamiento, epilepsia y Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en adolescencia y juventud. Sin embargo se observa importante diferencia en número de atenciones de mujeres mayor frente a los hombres en el evento de trastornos mentales y del comportamiento, en la adultez y vejez, superando en ambos ciclos a los hombres frente a la vigencia anterior; así mismo en el ciclo de vejez el evento Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas si es mayor en hombres que en grupo de mujeres muy correlacionado con el consumo de taco, cigarrillo y alcohol.

Tabla # 12

Número de atenciones de Lesiones por sexo y causa Bogotá D. C., 2009 a 2018

		Lesiones												
	Subgrupo de Causa	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019-2018	
Número de atenciones en mujeres	Lesiones de intencionalidad indeterminada	118	125	197	173	133	140	165	166	115	129	129	0	
	Lesiones intencionales	1.419	1.833	2.999	2.332	2.020	1.856	2.431	1.858	2.399	2.575	3.189	614	
	Lesiones no intencionales	6.937	11.164	21.638	63.217	150.083	131.745	128.591	69.326	69.164	110.492	121.261	10.769	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	269.807	244.488	370.001	381.919	344.103	424.356	414.577	337.382	355.713	394.618	513.508	118.890	
	Total	278.281	257.610	394.835	447.641	496.339	558.097	545.764	408.732	427.391	507.814	638.087	130.273	
Número de atenciones en hombres	Subgrupo de Causa	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019-2018	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	208	239	450	311	303	144	198	141	111	184	274	90	
	Lesiones intencionales	896	925	1.641	1.422	1.154	1.406	1.538	1.277	1.348	1.610	1.739	129	
	Lesiones no intencionales	7.220	10.025	18.590	36.649	74.167	70.183	70.328	43.787	39.106	57.311	74.559	17.248	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	312.537	310.465	494.653	489.615	437.649	535.206	547.187	439.957	436.829	464.360	597.754	133.394	
Total	320.861	321.654	515.334	527.997	513.273	606.939	619.251	485.162	477.394	523.465	674.326	150.861		

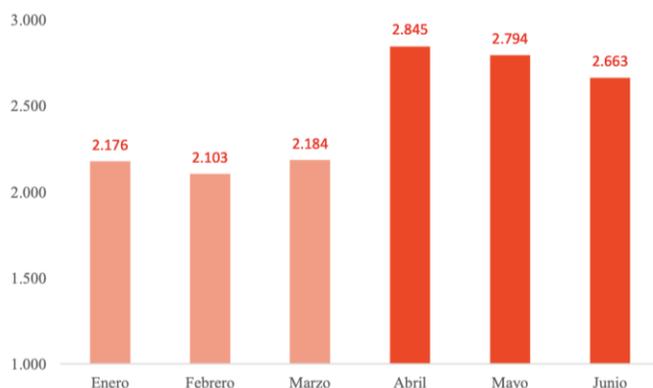
Nota. atenciones de Lesiones. Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO

Desde el inicio del período de aislamiento social obligatorio se ha presentado un aumento en el número de comunicaciones a los canales destinados por la Alcaldía Mayor para la atención de salud mental. Como se aprecia en la Figura siguiente, al analizar el número de comunicaciones recibidas quincenalmente a través de la Línea Piénsalo de la Secretaría Distrital de Salud, se evidencia un aumento sostenido en la cantidad de atenciones. (Veeduría Distrital, 2020).

Los reportes indican un aumento en el número de atenciones durante el período de aislamiento social obligatorio en relación con los registrados antes de ser decretada la cuarentena, con un pico en el número de atenciones durante el mes de abril, primer mes de aislamiento obligatorio y período en el cual hubo más restricciones (Veeduría Distrital, 2020).

Gráfico # 32

Gráfico incidentes trastorno mental



Fuente: Veeduría Distrital, con base en Sistema de Información de NUSE suministrada por la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia (2020) bajo el Rad. 20201500200612 del 06 de julio de 2020.

Nota. incidentes trastorno mental. Fuente: (Veeduría Distrital, 2020)

2.18. El Aseguramiento

La Distribución de la Población por Condiciones de Aseguramiento para 2020, según la proyección de población para Bogotá estimada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE (con base en los resultados del Censo 2018) fue de 7.743.955 personas y a diciembre de 2020 se encontraban aseguradas en el Distrito Capital 8.055.934 personas. Es de anotar que un estimado de 325.282 personas se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS en Bogotá, pero pueden residir en otros municipios, por lo tanto, la cobertura universal del aseguramiento en Bogotá se calcula en el 99,8 %.

Para el Régimen Subsidiado, se observa un aumento considerable de los afiliados en este último periodo 2020, Capital Salud continúa liderando el sector con el 60,98 % (896.789 beneficiarios) de los afiliados. Respecto a la movilidad del régimen contributivo al subsidiado, corresponde al 38.01 % (559.010 beneficiarios) de los afiliados, como se observa en la siguiente tabla.

Gráfico # 33

Distribución de la población por condición de aseguramiento con corte a diciembre 2020

7.743.955 Población DANE			
8.055.934 Afiliados			
	Contributivo 6.379.151 82,4%		Excepcion 206.159 2,7%
			Subsidiado 1.470.624 19,0%
	Encuestados SISBEN 4.170.845	Vinculados afiliables 4.710	No afiliables 8.593

Nota. población por condición de aseguramiento. Fuente: BDUA Corte a 31 de diciembre de 2020. Base de Datos SISBEN vigente a 30 diciembre 2020

2.18.1. Población Afiliada A Empresa Promotora De Salud EPS Que Operan En Bogotá

D. C.

Para el Régimen Subsidiado, se observa un aumento considerable de los afiliados en este último periodo 2020, Capital Salud continúa liderando el sector con el 60,98 % (896.789 beneficiarios) de los afiliados. Respecto a la movilidad del régimen contributivo al

subsidiado, corresponde al 38.01 % (559.010 beneficiarios) de los afiliados, como se observa en la siguiente tabla.

Cerca del 78 % de los afiliados se concentran en cuatro Empresas Promotoras de Salud EPS-C: Compensar (1.542.000 afiliados), Sanitas (1.443.983 afiliados), Famisanar (1.238.485 afiliados) y Salud Total (750.473 afiliados). Respecto a la movilidad del régimen subsidiado al contributivo, corresponde a menos del 1 % de los afiliados, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla # 13

Empresa promotora de salud subsidiada EPS-S y población afiliada al régimen subsidiado de salud en Bogotá a diciembre 2020. Empresa promotora de salud contributiva EPS-C y población afiliada al régimen contributivo de salud en Bogotá a diciembre 2020

EPS-S	Afiliados 2020	%	Eps-c	Afiliados 2020	%
Capital Salud	896.789	60,98	Compensar	1.542.000	24,17
Coosalud	14.340	0,98	Sanitas	1.443.983	22,64
Nueva Eps	438	0,03	Famisanar	1.238.485	19,41
Mallamas	47	0,00	Salud total	750.473	11,76
Subtotal	911.614	61,99	Nueva eps	521.130	8,17
Famisanar (Movilidad)	191.484	13,02	Sura	395.479	6,20
Compensar (Movilidad)	102.784	6,99	Aliansalud	236.263	3,70
Salud Total (Movilidad)	78.844	5,36	Medimas	120.919	1,90
			Cooomeva	64.999	1,02

Nota. Empresa promotora de salud subsidiada EPS-S. Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud. Población de Bogotá afiliada al Régimen Subsidiado de Salud beneficiarios corte diciembre de 2020 (Base de Datos Única de Afiliación-BDUA-ADRES). Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud. Población de Bogotá afiliada al Régimen Contributivo de Salud corte diciembre de 2020 (Base de Datos Única de Afiliación-BDUA-ADRES).

2.19. Otros Condicionantes- Problemática

Recopilada la información y observando como elemento común en los resultados, la salud mental de la población, consideramos su análisis dentro de condicionantes del contexto y dentro el marco normativo, de manera tal que nos permita identificar si dichos resultados cuentan con un respaldo para concluir si es relevante dentro de las políticas públicas y la agenda social y de Gobierno, dándole de esta forma el carácter de viable como servicio trascendente y trazador a garantizar en el país y en Bogotá como ciudad capital, por lo tanto a continuación se presenta extractos de información respecto a los principales temas relacionados; cuyo contexto general ya fue presentado en numerales anteriores, pero que aquí traemos en lo concerniente al tema problemático identificado, que como ya se mencionó es Salud Mental:

2.19.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible

“Con la adopción de la Agenda 2030 y sus ODS en el año 2015, la salud mental adquirió mayor relevancia dentro de las discusiones de política pública, como un canal para mejorar la educación y, reducir la desigualdad y los conflictos. La salud mental es transversal dentro de los ODS y está relacionada con diferentes temas de la Agenda 2030 como la pobreza, la salud y el trabajo. Específicamente en el ODS 3 “Salud y Bienestar” se encuentra la meta 3.4 que establece: “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” señala el informe del DANE (DANE, 2022).

En el caso específico de Colombia la Encuesta de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social evidenció que alrededor del 52,2% de los jóvenes encuestados

presentaba entre uno o dos síntomas de ansiedad, así como se identificaba que, alrededor del 36,6% de la población encuestada entre 12 y 17 años consideraba que su estado de salud era excelente; por su parte alrededor del 47,6% la población de 60 años y más consideraba que su estado de salud era bueno, mientras que el 23,8% de la población encuestada perteneciente a este grupo consideraba que su estado de salud era excelente (Vivas, 2021).

De acuerdo con la información del Documento CONPES 3918 (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2018a) se encuentra fijada la meta respecto a la atención en servicios en salud mental en 14,4 a 2030 partiendo de una línea base 2015 de 6,7 con un incremento anual promedio de 0,5

Tabla # 14

Metas ODS de Salud Mental

Meta ODS	Nombre Meta ODS	Nombre del Indicador	Descripción del indicador	Unidad de medida	Fuente	Línea base 2015	Meta intermedia a 2018	Meta proyectada a 2030
3.4	De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud	Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental	Mide el número de personas atendidas por diagnósticos en salud mental (al menos una atención), entre la población total atendida.	Porcentaje	Bodega de datos SISPRO: Registros Individuales de Prestación de Servicios y Registro Especial de Prestadores	6,7	8,4	14,4

Nota. Metas ODS de Salud Mental. Fuente: (Consejo Nacional de política Económica y Social, 2018).

2.19.2. Plan Decenal De Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b) incluye la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo

de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b), contándose dentro los objetivos en numeral 7.3.3.2 Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia; 7.3.3.2.2 Objetivos del componente a. Intervenir los factores de riesgo asociados a las diferentes formas de violencia; los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados en población general y población e individuos con riesgos específicos. b. Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos. c. Promover la capacidad de respuesta institucional y comunitaria para mitigar y superar el impacto de las diferentes formas de violencia sobre la salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b).

Como Metas del componente se incluye: A 2021 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes. g. A 2021 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal; A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b, 2012a).

Como Estrategias del componente están: f. Atención al impacto de la violencia: desarrollo de rutas que involucren servicios sociales y de salud mental, para la respuesta integral al impacto individual y colectivo de las diferentes formas de violencia. g. Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de acciones orientadas a garantizar el acceso, oportunidad, calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención; i. Asesoría,

asistencia técnica y acompañamiento para garantizar la aplicación de la normatividad vigente y la implementación de lineamientos técnicos para la promoción, diversificación y ampliación de la oferta en las diferentes modalidades de prestación de servicios en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a).

Es importante resaltar que fijadas dichas estrategias los actores han venido desarrollando su ejecución y para el caso como ya se ha mencionado en el documento en el párrafo 37 del numeral 2.2 se han generado las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) por parte del Ministerio de Salud, algunas de carácter obligatorio y otras sin esta característica entre las que se cuenta se encuentra la denominada Trastornos Asociados al Consumo de SPA, a su vez el despliegue descendente propio de la operativización de una norma superior, los entes territoriales, en este caso el Distrito Capital dentro de autonomía territorial viene adelantando la operativización de las RIAS relacionadas con Salud Mental desarrollando las acciones y servicios para Intervenciones RIAS trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones, Intervenciones RIAS trastornos psicosociales y del comportamiento e Intervenciones RIAS epilepsia.

De igual forma, vale la pena destacar los Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones que como se muestra a continuación incluye para Bogotá el de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b).

Tabla # 15

Los Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones Plan Decenal de Salud Pública

4.4.3 Convivencia y salud mental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
	Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Amazonia Orinoquia, Oriental
	Salud mental	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental

Nota. Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

2.19.3. Plan de Desarrollo de Bogotá

Dentro del componente de Salud y bienestar Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, como Metas sectoriales se encuentran ejecutados a 30 de septiembre de 2021 el 13% de los recursos asignados al cuatrienio que culmina en 2024, evidenciándose que es menor a lo que podría esperarse a la fecha de los resultados, habiendo ya transcurrido la mitad del tiempo previsto (Alcaldía de Bogotá, 2021).

#	Meta	Asignación Cuatrienio	Ejecutado
40	A 2024 incrementar la vinculación en 70.000 personas con discapacidad y cuidadoras/es a las acciones individuales y colectivas para la identificación, reconocimiento y atención integral a las necesidades diferenciales en salud e inclusión, priorizando estrategias de prevención de la salud mental	\$ 19.303 millones	\$ 2.513 millones

Gráfico 1. Metas Sectoriales Objetivos de Desarrollo Sostenible

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Dirección de Planes de Desarrollo y Fortalecimiento Local

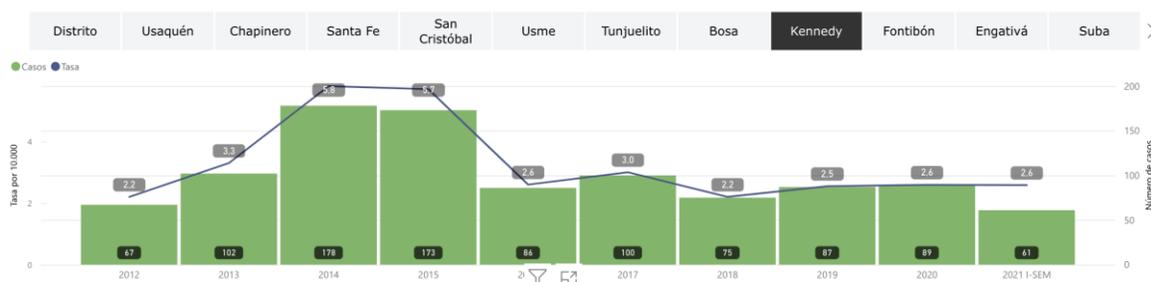
2.19.4. Datos de Salud Mental Bogotá

En el periodo de 2012 al primer semestre del año 2021 en Bogotá, la tasa de intento de suicidio en menores de 18 años notificado presenta dos fases, entre los años 2012 a 2015 muestra un ascenso, y entre 2015 y el primer semestre del año 2021 un descenso, este cambio en la tendencia es estadísticamente significativo (Joinpoint versión 4.8.0.1). En el primer semestre del año 2021 se observaron casos superiores a lo que correspondería la mitad de los casos del año pasado, por lo que de continuar este comportamiento, el año 2021 finalizaría con más casos que en los últimos años. En cuanto a casos, la mayor concentración estuvo en: Kennedy (61), Suba (53), Ciudad Bolívar (38) y Bosa (37) (Saludata, 2022b) .

De acuerdo con lo anterior al realizar la comparación de localidades con mayor concentración se observa en el gráfico que pese a que el primer lugar lo ocupa Kennedy, la mayor tendencia de aumento está en la localidad de Suba.

Gráfico # 35

Intento de suicidio en menores de 18 años Localidad Kennedy y Suba a corte 16/07/2021



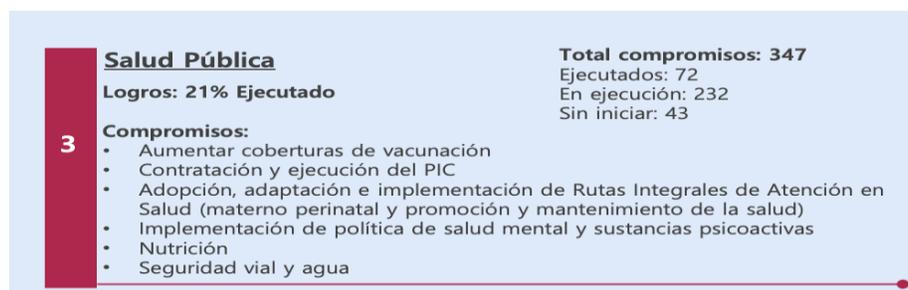
Nota. suicidio en menores de 18 años Localidad Kennedy y Suba. Fuente: (Saludata, 2022)

2.19.5. Compromisos MAITE

De acuerdo con el seguimiento realizado por el Ministerio de Salud en la publicación II Foro de Experiencias Exitosas en la Implementación en Salud Modelo de Acción Integral Territorial del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios al avance MAITE en el país encontramos que para los logros por línea de acción respecto a los principales compromisos en los 37 planes de acción a corte de 31 de agosto de 2019 el de Salud Pública está en un 21% y surge dentro de lo compromisos (Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, 2019).

Gráfico # 36

MAITE por línea de acción



Nota. MAITE. Fuente Publicación II Foro de Experiencias Exitosas en la Implementación en Salud Modelo de Acción Integral Territorial del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. Octubre 2019.

2.19.6. La Pandemia

Adicional a la información extraída del ASIS Bogotá, es importante en este acápite registrar hallazgos relevantes obtenidos de otras fuentes de información, ya que como

veremos todas ellas desde el contexto mundial hasta el nacional, sugieren que indudablemente uno de los componentes de salud más afectado respecto a la morbilidad secuela de la pandemia es la afección en la salud mental.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca el efecto devastador de la pandemia por COVID-19 en la salud mental y el bienestar de las poblaciones de las Américas.

La autora principal del documento de la OPS, Tausch et al., (2022), señala que "Los datos existentes sugieren que a un tercio de las personas que sufrieron COVID-19 se les ha diagnosticado un trastorno neurológico o mental", también documenta el impacto de la COVID-19 en la salud mental de las poblaciones vulnerables, como los jóvenes, las mujeres, las personas con enfermedades mentales preexistentes, así como los trabajadores de la salud y de primera línea y las personas de menor nivel socioeconómico, manifestando que estos se han visto más gravemente afectados por las interrupciones de los servicios de salud mental.

Los autores piden que se actúe de inmediato para reforzar los sistemas y servicios de salud mental en la región, con especial atención a la integración del apoyo psicosocial en sectores y entornos como la atención primaria de salud (Organización panamericana de la salud, 2021).

La pandemia de COVID-19 está teniendo un gran impacto en la salud mental de las poblaciones de las Américas. Los estudios muestran altas tasas de depresión y ansiedad, entre otros síntomas psicológicos, particularmente entre mujeres, jóvenes, personas con condiciones de salud mental preexistentes, trabajadores de la salud y personas que viven en condiciones vulnerables (Tausch et al., 2022).

En las 23 ciudades encuestadas en la Encuesta de Pulso Social, el sentimiento mayormente reportado es el de preocupación o nerviosismo, el cual reporta una disminución de 1,3% entre julio 2020 y junio 2021, seguido por “cansancio” con una disminución de 2,2%., para el mismo periodo de tiempo. Las mujeres jefas de hogar presentaron un aumento en el sentimiento de preocupación o nerviosismo 49,5%, aunque se cree que este comportamiento que puede estar relacionado con el aumento en los casos de contagio del Covid-19.

En el mismo sentido, esta misma encuesta demuestra que la población de 10 a 24 años es quien más se ha visto afectada por Covid-19 al presentar el mayor porcentaje (41,2%) sobre haber sentido preocupación o nerviosismo. De otro lado, de acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares y haciendo un análisis por grupos poblacionales, las mujeres son quienes más han se han presentado sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión como consecuencia de la pandemia. Siguiendo esta tendencia, en 2021 para los meses de enero y marzo las mujeres reportaron un mayor porcentaje de sobrecarga en tareas domésticas y de cuidado, comportamiento que puede estar explicado por las nuevas medidas de restricción y aislamiento preventivo que se establecieron en el país a causa del aumento de contagios por Covid-19, aplicadas en esos dos meses (Vivas, 2021).

Los cuidadores de niños también enfrentan desafíos de salud mental; El 85 % de los cuidadores encuestados en Colombia, Costa Rica, El Salvador y Perú informaron al menos un síntoma de deterioro de la salud mental durante la pandemia, que incluye sentirse triste (48 %), temeroso (60 %) e insomnio (59 %). (Education Policy Brief Latin America and the Caribbean #4: Remote Initial Education and Mental Health during the COVID-19 Pandemic | Publications, s. f.)

2.19.7. Perfiles Epidemiológicos Capital Salud EPS Líder En Bogotá

Como insumo del modelo de salud la EPS Capital Salud cuenta con los datos prevalencia en Salud Mental por diagnóstico y causa, que se presentan a continuación afectada por la incidencia en número de casos nuevos y por la duración, respecto de la permanencia de los existentes (Capital salud, 2020).

2.19.8. Ley de Salud Mental

La Ley 1616 de 2013 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental define la Atención Integral e integrada en salud mental como la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

Dispone también la citada norma en su artículo 12 y 13 que los Entes Territoriales, las EAPB deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud, que se prestarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad y que deberá incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de las IPS: Atención Ambulatoria, Atención Domiciliaria, Atención Prehospitalaria, Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia, Centro de Salud Mental Comunitario, Grupos de Apoyo de Pacientes

y Familias, Hospital Día para Adultos, Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes, Rehabilitación Basada en Comunidad, Unidades de Salud Mental, Urgencia Psiquiatría; los cuales deberán ser incorporados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del SOGC bajo los principios de progresividad y no regresividad.

Así mismo insta al órgano competente a incluir en la actualización de los planes de beneficios de todos los regímenes, la cobertura de la salud mental en forma integral.

De igual forma a partir de esta Ley se adopta la Política Nacional de Salud Mental a través de la Resolución 4886 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.19.9. Oferta de Servicios

Con corte a 15 de diciembre del 2020 se encuentran inscritos en esta Secretaría, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) es 14.664 prestadores de servicios de salud, constituyendo 17.348 sedes;

De la totalidad de inscritos el 10% son IPS y el 87% profesionales independientes.

Tabla # 16

Prestadores de servicios de salud de Bogotá D. C., según tipo inscripción al REPS.

Diciembre 2019 - 2020

Tipo de prestador	2019		2020	
	Total prestador	Total sedes	Total prestador	Total sedes
Profesional Independiente	12.229	13.301	12.819	13.978
Instituciones - IPS	1.508	2.893	1.534	2.916
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	285	428	282	425
Transporte especial de pacientes	28	28	29	29
Total general	14.050	16.650	14.664	17.348

Nota. Prestadores de servicios de salud de Bogotá. Fuente Base de Datos REPS - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social. *Corte de información a 15-12-2020

Según la naturaleza jurídica de las IPS inscritas en Bogotá el 99% corresponde a prestadores de servicios de salud privados. Se evidencia un incremento de los 4,37 % totales de prestadores habilitados con relación al 2019, que corresponde en su gran mayoría a profesionales independientes.

Tabla # 17

Prestadores de servicios de salud, según naturaleza jurídica Bogotá, D. C., REPS

diciembre 2019 - 2020

Tipo de prestador	Naturaleza jurídica	2019	2020
Profesional independiente	Privada	12.229	12.819
IPS	Privada	1.498	1.524
	Pública	9	9
	Mixta	1	1
		1.508	1.534
Objeto social diferente	Privada	264	261
	Pública	18	18
	Mixta	3	3
		285	282
Transporte especial	Privada	28	29
Total general		14.050	14.664

Nota. Prestadores de servicios de salud. Fuente: Base de Datos REPS - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

Con respecto a las camas habilitadas, Bogotá cuenta con 14.069 camas habilitadas de las cuales el 73% es de la Red privada y respecto a tipos de estancias la hospitalización salud mental-psiquiatría participa con un 11.28 % de camas.

Tabla # 18*Distribución de camas*

Tipo de cama	Privadas	Publicas	Cantidad	Distribución de camas %
Adultos	4.752	1.914	6.666	47,38
Pediátrica	982	398	1.380	9,81
Cuidado intensivo adulto	885	235	1.120	7,96
Psiquiatría	622	231	853	6,06
Obstetricia	405	337	742	5,27
Salud mental	649	78	727	5,17
Institución paciente crónico	521	12	533	3,79
Cuidado intermedio neonatal	232	163	395	2,81
Cuidado intermedio adulto	295	54	349	2,48
Cuidado básico neonatal	178	140	318	2,26
Cuidado intensivo neonatal	180	84	264	1,88
Cuidado intensivo pediátrico	122	45	167	1,19
Farmacodependencia	161		161	1,14
Cuidado intermedio pediátrico	67	10	77	0,55
Cuidado agudo mental	59	2	61	0,43
Cuidado intermedio mental	59		59	0,42
Paciente crónico con ventilador	48		48	0,34
Transplante de progenitores hematopoyeticos	27	10	37	0,26
Paciente crónico sin ventilador	32		32	0,23
Spa básico adultos	30		30	0,21
Unidad de quemados adulto	4	21	25	0,18
Unidad de quemados pediátrico	16	3	19	0,14
Salud mental pediátrico	5		5	0,04
Salud mental adulto	1		1	0,01
Total general	10.332	3.737	14.069	100,00 %

Nota. Distribución de camas. Fuente: Base de Datos REPS – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Ministerio de Salud y Protección Social. *Corte de información a 15-12-2020.

Con relación a la ubicación territorial de los mismos, se observa la oferta de especialidades se encuentra distribuida entre las localidades de: Usaquén (29.8 %), Chapinero (28.9 %), Teusaquillo (9.8 %).

Las localidades donde existe la menor oferta de estos servicios básicos especializados son Suba (6.4 %), La Candelaria y Sumapaz (0.12 %), Bosa (0,6 %), Tunjuelito (0.98 %) y Ciudad Bolívar (1.2 %); siendo relevante que la oferta existente en dichas localidades ha sido desarrollada en mayor proporción por la red pública. (Lara, Hector, 2020)

3. Recomendaciones de Implementación

Una vez resumida la información y ordenada, se presenta el análisis de ella para determinar si su correlación permite inferir la oportunidad de condiciones para la creación de una IPS que genere información relevante y sustentable para aquellos emprendedores que busquen definir, desarrollar e implementar un modelo de negocio.

Los datos epidemiológicos analizados anteriormente, permiten afirmar: que respecto a Colombia, en Bogotá hay aumento en la mortalidad relacionada con salud mental: que en la Capital se presentó un aumento en las enfermedades no transmisibles; que la originada por lesiones, ha venido incrementando en los últimos 10 años, siendo esta más acentuada de 2015 a 2019; que la pandemia ha conllevado un incremento en problemas y trastornos relacionados con la salud mental y que de acuerdo con estudios de organismos no solo locales, sino internacionales se prevé que a futuro (cortes posteriores a los presentados y de la fecha hacia adelante) no solo el aumento se de en la incidencia sino en la prevalencia; que el número de afiliados al SGSSS en la capital viene en aumento.

En consecuencia, se identifica como elemento común en los resultados en salud las enfermedades y trastornos relacionados con Salud Mental, que podemos considerar como una situación que está afectando negativamente el bienestar de la población localizada en Bogotá y que al reflejarse como situación relevante por casos, frecuencias, incidencias o prevalencia indica que es un problema colectivo, también impactado por población expuesta a los mismos riesgos de los ya enfermos producto de situaciones no previsibles como las secuelas que puedan generarse por los cambios sociales, culturales y económicos producto del Covid-19; por lo tanto encontramos una necesidad a satisfacer.

Ahora veremos si estas necesidades de grupos poblacionales cuentan con viabilidad en el Sistema Colombiano, cuyos datos y hechos presentados anteriormente sustentan que el problema identificado de Salud Mental, cuenta con respaldos que permiten brindar una solución sustentable dentro del SGSSS, al ser un Objetivo de Desarrollo Sostenible, estar incluido en el Plan de Desarrollo de Salud Pública, contar con fuentes de financiación disponibles para ejecutar en el Plan de Desarrollo de Bogotá, ser uno de los compromisos a ejecutar en la política de atención MAITE

Una vez establecido que es una necesidad posible de satisfacer y con el fin de localizar o georreferenciar la viabilidad de una IPS, los datos presentados confirmaron que Bogotá reúne las condiciones para tal fin y dentro de ella por el aumento de riesgos en causas de mortalidad como los intentos de suicidio, alta concentración de población y proyección de crecimiento a 2023 del 2,9% consideramos que una alternativa de ubicación es la localidad de Suba.

Ahora es necesario establecer como puede incorporarse una IPS para resolver esta necesidad en la localidad y para ello además del contexto normativo descrito y teniendo en cuenta que los prestadores deben diseñar, implementar y hacer seguimiento a resultados dentro de un modelo de prestación de servicios que dé respuesta a los modelos de atención que los diferentes pagadores como EAPB puedan tener para responder a la gestión del riesgo del aseguramiento de su población afiliada una alternativa óptima por criterios de eficiencia y consistencia es el Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud que orienta la Gestión del Riesgo a los posibles riesgos asociados en salud Mental como el del Evento Emergente: 1. Riesgo de mortalidad representado por el riesgo de suicidio. 2. Riesgo de discapacidad asociada. 3. Riesgo de conducta des-adaptativa (Violencia, Delincuencia, Fracaso Laboral y Escolar entre otros). 4.

Riesgo de morbilidad asociada, representada por el consumo de alcohol. 5. Riesgo de secuelas emocionales derivadas de eventos vitales 6. Riesgo de problemas de salud física. 7. Riesgos derivados del comportamiento y la interacción ciudadana. Para la atención en salud del evento emergente, se propone la implementación de acciones: DetECCIÓN temprana, Evaluación en las consultas de atención en salud, según la etapa del ciclo vital, tamizaje, Evaluación diagnóstica, Tratamiento, seguimiento y rehabilitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a) .

Ahora bien, cuando la IPS defina su respuesta a la gestión del riesgo de esta cohorte poblacional desde el enfoque, implementación y resultados debe previamente definir cuáles son los servicios posibles para apertura mediante la inscripción en el REPS dentro del componente único de habilitación del SOGC que den respuesta al modelo de prestación y coberturas esperadas; los cuales una vez analizados conforme a las revisiones de REPS y RIAS fundamentadas en los títulos anteriores del documento, corresponden a los descritos en la tabla siguiente:

Tabla # 19

Servicios por código y ámbito de Salud Mental

Cód	Servicio	Ámbito
103	Psiquiatría o unidad de salud mental	Internación
117	Cuidado agudo en salud mental	
124	Internación parcial en hospitalización	Internación II /Mediana
126	Hospitalización en Unidad en Salud Mental	
344	Psicología	Consulta Externa
345	Psiquiatría	
728	Terapia Ocupacional	Apoyo terapéutico
714	Servicio Farmacéutico	
712	Toma de muestras de laboratorio	

Nota. código y ámbito de Salud Mental. Fuente: Elaboración propia

Es importante precisar que los servicios de apoyo diagnóstico como laboratorio clínico, estancia hospitalaria, otras consultas y toma de imágenes diagnósticas no se relacionan en el listado anterior, en razón a que son complementarios y no necesariamente obligatorios en interdependencia de servicios; no obstante se citan para orientar los requeridos en casos de que futuros emprendedores decidan incorporarlos bien sea directamente u ofertarlos a través de una red de servicios tomando como base los requeridos en las RIAS que viene adelantando el Distrito Capital como se expuso anteriormente, a continuación se presenta en la tabla los códigos requeridos por cada una de las RIAS y aquellos servicios no mencionados en la tabla anterior se resaltan en color gris:

Tabla # 20

Códigos de servicios según actividades e intervenciones RIAS Distrito Capital

INTERVENCIONES RIAS TRASTORNOS PSICOSOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO.	INTERVENCIONES RIAS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO MANIFESTOS DEBIDO A USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICCIONES	RIAS EPILEPSIA
344	345	328
728	344	356
345	728	332
706	706	342
710	128	344
333	501	312
714	820	706
740		710
		728
		333
		740
		334

Nota. RIAS Distrito Capital. Fuente: Elaboración propia

Los códigos resaltados en gris de acuerdo con los nombres de los servicios del Registro Especial de Prestadores corresponden a:

Tabla # 21*Servicios REPS por código según actividades e intervenciones RIAS Distrito Capital*

codigo_servicio	nombre_servicio REPS	Observación
706	LABORATORIO CLÍNICO	
710		Aunque se registra en los documentos que adelanta el Distrito Capital, este código no registra en la tabla de parámetros servicios 3100 de 2019 disponible en la página de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. No obstante por su alcance se sugiere el 715 Medicina Nuclear
333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	
740	FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
128		Aunque se registra en los documentos que adelanta el Distrito Capital, este código no registra en la tabla de parámetros servicios 3100 de 2019 disponible en la página de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. No obstante por su alcance se sugiere el 132 Hospitalización Parcial, 131 Hospitalización en Salud Mental, 135 Hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas, 138 Cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas
501		Aunque se registra en los documentos que adelanta el Distrito Capital, este código no registra en la tabla de parámetros servicios 3100 de 2019 disponible en la página de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. No obstante por su alcance se sugiere el 1102 Urgencias
820		Aunque se registra en los documentos que adelanta el Distrito Capital, este código no registra en la tabla de parámetros servicios 3100 de 2019 disponible en la página de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. No obstante por su alcance se sugiere el 132 Hospitalización Parcial, 131 Hospitalización en Salud Mental, 135 Hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas, 138 Cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas
328	MEDICINA GENERAL	
356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	
332	NEUROLOGÍA	
342	PEDIATRÍA	
334	ODONTOLOGÍA GENERAL	

Nota. RIAS Distrito Capital y de tabla parámetros servicios. Fuente: Elaboración propia

Finalmente en el análisis consideramos a quien vender los servicios, determinando de acuerdo con los datos analizados como pagador principal que concentra la población en Bogotá encontramos la EAPB Capital Salud EPS, quien además actualmente cuenta con necesidad de contratación, en razón a que en su red para dicha cobertura cuenta con tres prestadores para su población de Bogotá, Cundinamarca y el Meta del ámbito ambulatorio: una ubicada en la zona norte y otra en la suroccidente de Bogotá y una del ámbito hospitalario ubicada en la ciudad de Villavicencio ubicada en el Departamento del Meta (Capitalsalud, 2022).

Si algún tercero decide tomar el análisis como insumo para la incorporación en su modelo de negocio de apertura de una IPS en Bogotá, se sugiere calificar el riesgo de imposición de medidas especiales, intervención o liquidación de la EPS; en razón no solo a los antecedentes relacionados para esta EAPB sino porque pese a que la Superintendencia Nacional de Salud – SNS levantó la Medida de Vigilancia Especial mediante la Resolución 13742 de 2020 y adopta Medida de Programa de Recuperación de 12 meses, en el cual, la EPS debe presentar de manera mensual informe de gestión con el avance de las ordenes indicadas y continuar con la gestión de indicadores FENIX; la misma una vez culminado tuvo que extenderse hasta 2022, al determinar la SNS que no se ha logrado subsanar la totalidad de los hallazgos que motivaron a la imposición de la medida el 26 de noviembre de 2020.

En el mismo sentido, y dadas las dificultades en el flujo de recursos del sistema están impactando negativamente el patrimonio de las IPS, sumado a que las liquidaciones de varias EPS han dejado en situación de incertidumbre el pago de las prestaciones de servicios brindadas a la población en el marco del Sistema General de Seguridad Social (Portafolio, 2021). Es necesario presentar a aquellos que decidan a partir de este documento continuar o iniciar un emprendimiento la información la presentada por la Superintendencia Nacional de Salud en su informe de evaluación de cumplimiento del régimen de inversión de las reservas técnicas definidas en el Decreto 780 de 2016 y que implica que en el momento en que se genere la obligación de pago al prestador de servicios de salud por parte de la EPS, las entidades deberán garantizar el recurso que respalda la obligación financiera; es decir, que la EPS debe contar con el recurso económico que lo respalda desde que se origina la autorización del servicio y no en el que se radique la factura para el pago; con el fin de minimizar el riesgo de asumir compromisos que no podrán ser reconocidos y pagados en el

cual tomando como fuentes: la información reportado por las EPS en cumplimiento de la Circular Única a través del Sistema de Recepción y Validación de Datos de Vigilados para la vigencia 2015-2019 (Supersalud, 2022); la información de los certificados de reconocimiento de deuda por servicios No UPC auditada y aprobada por ADRES; y participaciones en fondos de inversión abiertos (Supersalud, 2020); al considerar el resultado de esta evaluación como orientadora para seleccionar aquellas EPS de cada régimen que cumplieron o no con los indicadores del régimen de inversión de reservas técnicas al cierre de la vigencia 2019, así:

Tabla # 22

Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones – EPS Régimen Contributivo

EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
Tabla 1. Resultado del cumplimiento del indicador del régimen de Inversiones de EPS del régimen contributivo					
ENTIDAD	RÉGIMEN DE INVERSIONES				
	2015	2016	2017	2018	2019
SANITAS	SI	SI	SI	SI	SI
SURA	SI	SI	SI	SI	SI
SALUD TOTAL	SI	NO	NO	SI	SI
ALIANSAALUD	SI	SI	SI	SI	SI
EPM	SI	SI	SI	SI	SI
COMPENSAR*	SI	NO	NO	SI	SI
FAMISANAR*	SI	NO	NO	NO	SI
S.O.S.	SI	NO	NO	NO	NO
COMF. VALLE	SI	NO	NO	NO	NO
FERROCARRILES	NO	NO	NO	NO	NO
SALUD MÍA EPS	-	-	-	-	NO

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única - cálculos SNS.

Nota: *En el presente informe se actualizan los certificados de deuda NO UPC, los cuales modifican el cumplimiento de las entidades Compensar y Famisanar respecto a la versión 2 del presente informe publicada el 20 de noviembre.

Nota. cumplimiento del indicador del régimen de inversiones. Fuente: Informe de evaluación del cumplimiento del régimen de inversión de las reservas técnicas Vigencia 2019-Versión 3. Corte de reporte de información 27 de abril de 2020 e incorporación de la información transmitida por Nueva EPS el 3 y 4 de diciembre de 2020.

Tabla # 23*Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones –EPS Régimen**Subsidiado***EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO**

Tabla 2. Resultado del cumplimiento del indicador del régimen de Inversiones de EPS del régimen subsidiado

ENTIDAD	REGIMEN DE INVERSIONES				
	2015	2016	2017	2018	2019
CCF. NARIÑO	SI	NO	NO	NO	NO
CAPRESOCA	SI	NO	NO	NO	NO
CAJACOPI	NO	NO	NO	SI	NO
COMFACHOCÓ	NO	NO	NO	NO	NO
CAPITAL SALUD	NO	NO	NO	NO	NO
CCF. CARTAGENA	NO	NO	NO	NO	NO
CONVIDA	SI	NO	NO	NO	NO
CCF. SUCRE	NO	NO	NO	NO	NO
COMFACUNDI	SI	NO	NO	NO	NO
AMBUQ	NO	NO	NO	NO	NO
CCF. HUILA	NO	NO	NO	NO	NO
CCF. GUAJIRA	SI	NO	NO	NO	NO
SAVIA	NO	NO	NO	NO	NO
COMPARTA	SI	NO	NO	SI	NO
COMFAORIENTE	SI	NO	NO	NO	NO

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única - cálculos SNS.

Nota. EPS Régimen Subsidiado. Fuente: Informe de evaluación del cumplimiento del régimen de inversión de las reservas técnicas Vigencia 2019-Versión 3. Corte de reporte de información 27 de abril de 2020 e incorporación de la información transmitida por Nueva EPS el 3 y 4 de diciembre de 2020.

Tabla # 24*Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones –EPS Régimen**Contributivo y Subsidiado***RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO**

Tabla 3. Resultado del cumplimiento del indicador del régimen de Inversiones - EPS Régimen Contributivo y Subsidiado

ENTIDAD	REGIMEN DE INVERSIONES				
	2015	2016	2017	2018	2019
MUTUAL SER	SI	NO	NO	SI	SI
NUEVA EPS	SI	NO	NO	SI	SI
SALUDVIDA*	SI	NO	NO	NO	NO

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única - cálculos SNS

Notas: * EPS Saludvida en liquidación - Resolución No. 008896 del 1 de octubre de 2019, corregida mediante Resolución 009200 de 2019.

Nota. Régimen Contributivo y Subsidiado. Fuente: Informe de evaluación del cumplimiento del régimen de inversión de las reservas técnicas Vigencia 2019-Versión 3. Corte de reporte de información 27 de abril de 2020 e incorporación de la información transmitida por Nueva EPS el 3 y 4 de diciembre de 2020.

Y finalmente las EPS con Plan de Reorganización Institucional y / o Plan de Ajuste Financiero:

Tabla # 25

Resultados del cumplimiento del indicador del régimen de inversiones – Entidades con Plan de Reorganización institucional y / o Plan de Ajuste Financiero

EPS CON PLAN DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y/O PLAN DE AJUSTE FINANCIERO

4. Resultado del cumplimiento del indicador del régimen de Inversiones - Entidades con Plan de Reorganización Institucional y/o Plan de Ajuste

ENTIDAD	REGIMEN DE INVERSIONES				
	2015	2016	2017	2018	2019
COOMEVA	NO	NO	NO	NO	NO
EMSSANAR E.S.S.	NO	NO	NO	NO	-
EMSSANAR S.A.S.	-	-	-	-	NO
ASMET E.S.S.	NO	NO	NO	-	-
ASMET S.A.S.	-	-	-	NO	NO
ECOOPSOS E.S.S.	NO	NO	NO	-	-
ECOOPSOS S.A.S.	-	-	-	NO	NO
COOSALUD E.S.S.	SI	NO	-	-	-
COOSALUD S.A.	-	-	NO	NO	NO
MEDIMÁS*	-	-	NO	SI	NO

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única, cálculos SNS.

Nota: * Se realiza ajuste respecto al cumplimiento de Medimás EPS S.A.S respecto al cumplimiento del régimen de inversiones para la vigencia 2018 con respecto al el INFORME PRELIMINAR - RÉGIMEN DE INVERSIÓN RESERVAS TÉCNICAS - VIGENCIA 2019 publicado el día 5 de mayo de 2020.

Nota. Plan de Reorganización institucional y / o Plan de Ajuste Financiero. Fuente: Informe de evaluación del cumplimiento del régimen de inversión de las reservas técnicas Vigencia 2019-Versión 3. Corte de reporte de información 27 de abril de 2020 e incorporación de la información transmitida por Nueva EPS el 3 y 4 de diciembre de 2020.

4. Conclusiones

La problemática identificada responde a un análisis amplio del contexto, involucrando los diferentes entornos en los que se desenvuelve la población, reconociendo los fenómenos demográficos, epidemiológicos y de aseguramiento de los individuos.

Hay necesidad de atención en salud mental en la localidad de Suba ubicada en la ciudad de Bogotá D.C, posible de cubrir con la apertura de servicios del sistema de habilitación, y mediante un modelo de prestación de servicios enmarcado dentro de las normas del SGSSS y políticas públicas con duración a largo plazo en razón a la incidencia y prevalencia de la enfermedad, al crecimiento de la población acorde a los ciclos de vida con mayor susceptibilidad al riesgo, así como la posibilidad de incidir en la gestión del riesgo de exposición y de la prestación del servicio en las diferentes fases de atención como la promoción, prevención, diagnóstico, rehabilitación y paliativa a través de medios sincrónicos y asincrónicos de acuerdo a la complejidad de la atención.

La prestación del servicio para la atención en salud mental no solo presenta beneficios a un prestador de servicios de salud, o representa una alternativa respecto a resultados de morbi-mortalidad y condicionantes en salud sino que interviene a una colectividad al impactar las diferentes metas y programas de Salud nacionales y locales que han incorporado metas relacionadas con la enfermedad, entre los que se cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan de Desarrollo de Bogotá, la política de atención MAITE

La prestación del servicio de salud mental cuenta para los beneficios incorporados en el Sistema de Salud con al menos con un pagador en el modelo de aseguramiento del Distrito Capital a través de la EPS Capital Salud y con fuentes de financiación de actividades colectivas con los recursos presupuestados dentro de las metas trazadoras del Plan de Desarrollo de Bogotá.

El análisis de datos para la toma de decisiones nos orientó para dar respuestas pertinentes, integrales, consistentes y sostenibles a los retos del sistema.

Referencias

- Alcaldía de Bogotá. (2021). *Objetivos de desarrollo sostenible | Plan de Desarrollo Distrial*. Alcaldía de Bogotá. <https://bogota.gov.co/asi-va-el-plan/ods.php>
- Ayala-García, J. (2014). *La salud en Colombia: Más cobertura pero menos acceso*. Banco de la República. https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/3072/dtser_204.pdf
- Capitalsalud. (2020). *Modelo y Gestión del Riesgo*. Capitalsalud EPS. <https://www.capitalsalud.gov.co/salud-publica/#1613419431165-ecce1e11-b784>
- Capitalsalud. (2022). *Crata de derechos y deberes del afiliado y del paciente y carta de desempeño*. https://www.capitalsalud.gov.co/wp-content/uploads/2022/01/Carta_Derechos_Deberes_Afiliado_V5.0-2022.pdf
- Castro Contreras, R. R. (2020). *Control y Evaluación de la Gestión. Informes de auditorías Maite*.
- Cerón Rengifo, P. (2012). Nosotros y otros en manuales escolares de geografía de Colombia (1970-1990). *Folios*, 35, 115-131. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-48702012000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Colombia—Place Explorer*. (2020). Data-Commons Place Explorer. https://datacommons.org/place/country/COL?utm_medium=explore&mprop=count&popt=Person&hl=es
- Concejo de Bogotá. (2020). *Acuerdo Distrital 761 de 2020: Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito*

Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI. <https://secretariageneral.gov.co/transparencia/normatividad/planes/acuerdo-distrital-761-2020>

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 41.148.*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 47.957.*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 49.427.*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Congreso de la República de Colombia. (2019). *Ley 1955 de 2019: Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 pacto por colombia, pacto por la equidad.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970>

- Consejo Nacional de política Económica y Social. (2005a). *Documento CONPES 91: Metas y estrategias de colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio—2015*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/91.pdf>
- Consejo Nacional de política Económica y Social. (2005b). *Documento CONPES 140: Modificacion a conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “Metas y estrategias de colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015”*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/140.pdf>
- Consejo Nacional de política Económica y Social. (2018a). *Documento CONPES 3918: Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ods) en colombia*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- Consejo Nacional de política Económica y Social. (2018b). *Documento CONPES 3950: Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>
- Consejo Nacional de política Económica y Social. (2019). *Documento CONPES 3975: Política nacional para la transformación digital e inteligencia artificial*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3975.pdf>
- Consejo Nacional de política Económica y Social. (2021). *Documento CONPES 4023: Política para la reactivación, la repotenciación y el crecimiento sostenible e incluyente: Nuevo compromiso por el futuro de Colombia*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4023.pdf>
- Consejo Privado de Competitividad. (2021). Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia. *Concejo Privado de Competitividad*.

https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/

DANE. (2022). *Proyecciones de población-Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2017 y 2018-2070 con base en el CNPV 2018*.

DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Departamento Nacional de Planeación. (s. f.). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.

Departamento Nacional de Planeación. Recuperado 13 de febrero de 2022, de <https://www.dnp.gov.co:443/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio.aspx>

Departamento Nacional de Planeación. (2019). *Objetivos de desarrollo sostenible—La Agenda 2030 en Colombia—Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Departamento Nacional de Planeación. <https://www.ods.gov.co>

Escobar Morales, G. (2020). *Para que las enfermedades huérfanas dejen de estar huérfanas en Colombia*. Universidad Icesi.

https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/86274

Galindo Soza, M. G., Mario. (2018). The international criminal court and its implementation in bolivia. *Revista Jurídica Derecho*, 7(9), 23.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2413-28102018000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=en

García Arias, M. F., Restrepo Pineda, J. E., García Arias, M. F., & Restrepo Pineda, J. E.

(2019). Aproximación al proceso migratorio venezolano en el siglo XXI. *Hallazgos*, 16(32), 63-82. <https://doi.org/10.15332/2422409x.5000>

Grillo-Ardila, E. K., & Bravo, L. E. (2020). Análisis de mortalidad por COVID-19 en Colombia: Medidas de ocurrencia. *Universidad y Salud*, 22(3), 292-298.

<https://doi.org/10.22267/rus.202203.202>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012a). *Dimensión convivencia social y salud mental*.

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-ysalud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012b). *Plan decenal de salud pública*.

Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. *Diario oficial. Año CXLIX. N. 48811*. [https://www.suin-](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30031789)

[juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30031789](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30031789)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 1536 de 2015: Por la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud un sistema de salud al servicio de la gente.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2016). *Resolución 256. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Rutas integrales de atención en salud (RIAS).* Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

Ministerio de salud y protección social. (2019). *Resolución 2626.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019a). *Resolución 2654 del 2019: Por el cual se establecen para la telesalud y parametros para la práctica de la telemedician en el país.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019b). *Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual*

de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 2481 del 2020: Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). *Diario Oficial No. 51.538.*

http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsaludps_2481_2020.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). *Resolución 2292 de 2021: Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de pago por capitación (UPC).*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202292%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). *Sistema de evaluación y calificación de actores difusión de indicadores 2021.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-sea-2021-01032021.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). *Comportamiento del aseguramiento.*

Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). *Consulta Indicador de Gestión AI*

Hospital. http://rssvr2.sispro.gov.co/SI_IndG_AIHospital/

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c). *Páginas—Cifras de aseguramiento en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022d). *Sistema único de acreditación* [Ministerio de Salud y Protección Social]. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Ministerio de trabajo. (2022). *Qué es el sistema general de salud*. Ministerio de trabajo. <https://www.mintrabajo.gov.co/empleo-y-pensiones/empleo/subdireccion-de-formalizacion-y-proteccion-del-empleo/que-es-el-sistema-general-de-salud>

Moreno V., C., & Pelacani, G. (2020). Corte Constitucional colombiana: ¿un escenario posible para el Experimentalismo Constitucional en materia migratoria? *Latin American Law Review*, 5, 139-157. <https://doi.org/10.29263/lar05.2020.07>

Observatorio de Salud. (2022a). *Ocupación-camas | SALUDATA*. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/ocupacioncamas/>

Observatorio de Salud. (2022b). *Pirámide poblacional en Bogotá* [Saludata]. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/demografia/piramidepoblacional/>

Organización panamericana de la salud. (2021). *La OPS destaca la crisis de salud mental poco reconocida a causa de la COVID-19 en las Américas*. Organización panamericana de la salud. <https://www.paho.org/es/noticias/24-11-2021-ops-destaca-crisis-salud-mental-poco-reconocida-causa-covid-19-americas>

Organización para la excelencia en la Salud. (2020). *Entidades acreditadas en Colombia* »

Organización para la Excelencia de la Salud – OES. <https://oes.org.co/entidades-acreditadas-en-colombia/>

PDSP.pdf. (s. f.). Recuperado 14 de febrero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Plan Decenal de Salud Pública. (s. f.). Recuperado 13 de febrero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Portafolio. (2021). Los líos legales a los que más se enfrentan las IPS en Colombia | Más

Contenido. *Portafolio*. <https://www.portafolio.co/mas-contenido/los-lios-legales-a-los-que-mas-se-enfrentan-las-ips-en-colombia-549959>

Presidencia de la República. (2006). *Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el*

sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. <https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>

Presidencia de la República. (2007). *Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan*

algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los mismos y se dictan otras disposiciones.

<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

Presidencia de la República. (2014). *Decreto 903 de 2014: Por el cual se dictan las*

disposiciones en relación con el sistema único de acreditación en salud.

<https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-decretos/calidad-en-salud/decreto-903-de-2014-sistema-unico-de>

Presidencia de la República. (2015). *Decreto No. 280 del 2015: Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS.*

<http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%20280%20DEL%2018%20DE%20FEBRERO%20DE%202015.pdf>

Presidencia de la República. (2016). *Decreto 780 del 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf

Presidencia de la República. (2020). *Decreto 614 de 2020: Por el cual se adiciona el título 18 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para establecer los canales oficiales de reporte de información durante las emergencias sanitarias.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=118217>

Ramirez-Cheyne, J., Moreno, M., Mosquera, S., Duque, S., Holguín, J., & Camacho, A. (2020). Primeros 2 años del registro municipal de enfermedades huérfanas-raras de Cali e identificación de algunas variables sociodemográficas y clínicas asociadas a mortalidad. *Iatreia*, 33(2), 111-122. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.37>

Redacción nación. (2020). Colombia habría presentado un subregistro de casos de Covid-19 mayor al 80%. *Redacción nación*. <https://www.elolfato.com/nacion/colombia-habria-presentado-un-subregistro-de-casos-de-covid-19-mayor-al-80>

Saludata. (2022a). *Datos de salud*. Saludata. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Saludata. (2022b). *Intento de suicidio en menores de 18 años en Bogotá D.C.* saludata. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-mental/intentosuicidiomenor18anos/>

Sánchez Upegui, A. (2010). *Introducción: ¿Qué es caracterizar?* Fundación Universitaria Católica del Norte.

Secretaría Distrital de Salud. (2016). *Política distrital de salud mental, 2015-2025*.

http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2020). *Documento de Análisis de Situación de Salud 2020 con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital*.

<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/2021/06/16/asisbogota2020/>

Supersalud. (2019). *Boletín Estadístico 2019*.

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/Estadsticas%20SNS/Bolet%203%20ADn%20estadistico_2019_VF.pdf

Supersalud. (2020). *Informe de evaluación del cumplimiento del régimen de inversión de las reservas técnicas*.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/30122020%20->

%20INFORME%20DE%20EVALUACION%20DEL%20CUMPLIMIENTO%20DEL%20R%20C3%29GIMEN%20DE%20INVERSION%20DE%20LAS%20RESERVAS%20TECNICAS%20-%20VIGENCIA%202019%20-%20V3.pdf

Supersalud. (2022, marzo 3). *Normograma Supersalud*.

http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/circular_unica_supersalud.html

Tausch, A., e Souza, R. O., Viciano, C. M., Cayetano, C., Barbosa, J., & Hennis, A. J.

(2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health - Americas*, 5, 100-118. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>

Tribín-Uribe, A. M., Adhvaryu, A., Anzola-Bravo, C., Ávila-Montealegre, O., Bonilla-Mejía, L., Castro-Fernández, J. C., Luz Adriana Flórez, Grajales-Olarte, Á., Guarín-López, A., Hamann-Salcedo, F., Hermida-Giraldo, D., Khanna, G., Lasso-Valderrama, F. J., Medina-Durango, C., Melo-Becerra, L., Méndez-Vizcaino, J. C., Morales, L., Nyshadam, A., Ospina-Tejeiro, J. J., ... Velásquez, S. (2020).

Migración desde Venezuela en Colombia: Caracterización del fenómeno y análisis de los efectos macroeconómicos. *Revista Ensayos Sobre Política Económica*; No. 97, octubre 2020. Pág.:1-74. <https://doi.org/10.32468/espe.97>

Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones y Consultorías, & Grupo de

Economía de la Salud. (2011). Evolución de la seguridad social en salud en Colombia: Avances, limitaciones y retos. *Observatorio de la Seguridad Social*, 10(23), 1-24. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/3424>

Veeduría Distrital. (2020). *¿Qué ha pasado con la salud mental durante la pandemia por COVID-19 en Bogotá?*

<https://www.veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/Publicaciones%202020/QuehapasadoconlasaludmentaldurantelapandemiaporCOVID-19enBogota.pdf>

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. (2019). *II foro de experiencias exitosas en la implementación en salud modelo de acción integral territorial.*

http://saludcapital.gov.co/Mias/Mias/MIAS_orientaciones_Colombia.pdf

Vivas, M. A. (2021). *Salud mental en Colombia: ¿Cómo impactó la pandemia?*

consultorsalud. <https://consultorsalud.com/salud-mental-en-colombia-como-impacto-la-pandemia/>