

**MODELO DE ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

**Dra. GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**  
**Gerente (E)**

**Dra. MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA**  
**Asesora Oficina Desarrollo Institucional (E)**

**Dr. MARTÍN JAIMES MADARIAGA**  
**Subgerente Prestación de Servicios de Salud (E)**

**EQUIPO TÉCNICO**  
**CLAUDIA SILENIA NIÑO REY**  
Referente Direccionamiento Estratégico  
**ROSSEMERY CADENA GONZALEZ**  
Profesional Especializado Subgerencia Prestación  
de Servicios

**BOGOTA D.C. OCTUBRE 2017**

## 1. INTRODUCCIÓN

Al entrar en vigor el acuerdo 641 del 6 de abril del 2016, por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones, estipula la Fusión de las Empresas Sociales del Estado de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.”

Esta modificación implica un reto y una nueva visión para la prestación de los servicios de salud en el distrito capital, ya que se debe apuntar a lograr la atención integral, facilitando el acceso a los servicios, descongestionar los servicios de urgencias y propender por mejorar las condiciones y calidad de vida de la población.

Este documento presenta la propuesta de reorganización de los Servicios de Salud que presta la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se espera que sea un insumo para la toma de decisiones, tanto a nivel local, como distrital, que permita dirigir las acciones y los servicios acorde a las necesidades de la población cumpliendo con los estándares de calidad.

## 1. JUSTIFICACIÓN

El Modelo de Atención Integral en Salud se centra en las personas, su bienestar y desarrollo, proponiendo intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad, estos servicios se encuentran implícitos en la prestación de servicios de la Subred Integral de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La Subred Sur se encuentra conformada por las localidades de Usme, Sumapaz, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, cuenta con 54.723.9 hectáreas distribuidas en 14 UPZ urbanas ubicadas a lo largo de las cuatro localidades y 5 UPZ rurales que se ubican en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz, esta característica hace reflexionar con respecto a la necesidad de proponer y diseñar un modelo diferencial de atención debido a las características socio demográficas y culturales de la zona rural, teniendo en cuenta dificultades en el traslado para acceder a los servicios de salud, asociado a las largas distancias que existen entre las veredas y los centros de atención.

El objetivo de la Sub Red Sur es lograr un sistema de prestación de servicios basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin descuidar la atención y rehabilitación, que pueda intervenir los determinantes sociales y que logre la articulación de acciones, la integralidad de la respuesta, y la presencia de recursos necesarios para su abordaje.

La Subred Sur, uniéndose al sentir de la Secretaría Distrital de Salud, hace una apuesta en la búsqueda de garantizar una atención integral e integrada y de calidad en salud, poniendo a disposición de la Red una oferta de servicios la cual incluye la apertura, reorganización de servicios de la red asumiendo el compromiso de aportar al fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia de los eventos priorizados, para permitir la orientación de las intervenciones.

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Prestar servicios integrales de salud, enmarcados en un modelo innovador de atención en redes Integradas de Servicios de Salud, por medio de prestadores primarios y complementarios, con el fin de facilitar el acceso con oportunidad, calidad, pertinencia y seguridad a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Garantizar a la población de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Tunjuelito la atención integral en Salud según su necesidad y las competencias de la Subred Sur ESE.
- intervenir de manera integral y continua los principales problemas de salud de la población, mediante acciones intramurales, extramurales e intersectoriales, buscando la mejora de las condiciones de calidad de vida y salud.
- Optimizar el uso de los recursos humanos, físicos y tecnológicos mediante la operación en Red.
- Mejorar la calidad de la atención para la población de las localidades en cobertura mediante la descongestión de servicios.

## **3. GENERALIDADES DE LA SUBRED SUR E.S.E.**

### **3.1 CONTEXTO LOCAL**

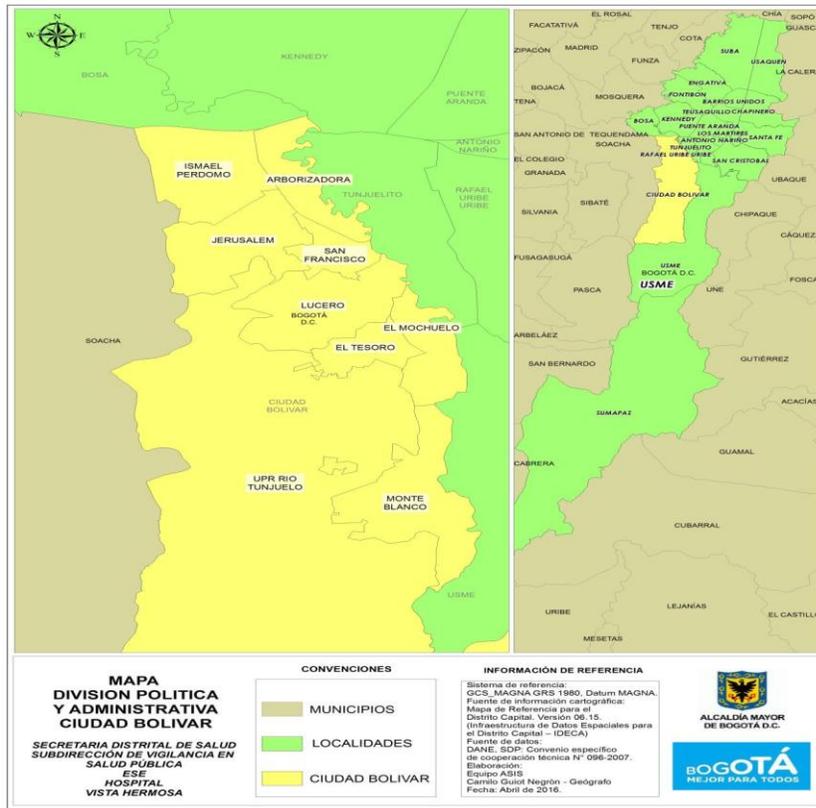
El acuerdo 641 del 6 de abril del 2016, efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, estipula la Fusión de las Empresas Sociales del Estado de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.” por lo tanto la conforman las Localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Usme y Sumapaz:

#### **Localidad Ciudad Bolívar**

Esta localidad está ubicada al sur de la Ciudad y limita, al norte con la localidad de Bosa; al sur con la localidad de Usme; al oriente con la localidad de Tunjuelito al margen izquierdo

del río Tunjuelo en el área de amortiguación del páramo de Sumapaz, zona sub-páramo; y Usme; y al occidente con el municipio de Soacha. Tiene una extensión total de 12.999 hectáreas, cuenta con el 26,1 % de suelo urbano y el 73,9% corresponden al suelo rural, después de la localidad de Sumapaz y Usme, Ciudad Bolívar está clasificada como la localidad más extensa, como la tercera localidad con mayor superficie rural y como la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana. Se divide en 8 Unidades de planeación zonal (UPZ), Arborizadora, Ismael Perdomo, Jerusalén, San Francisco, Lucero, Tesoro, El Mochuelo y Monteblanco y en una Unidad de planeación rural (UPR) Río Tunjuelo.

**Mapa 1 División Político Administrativa Localidad Ciudad Bolívar**

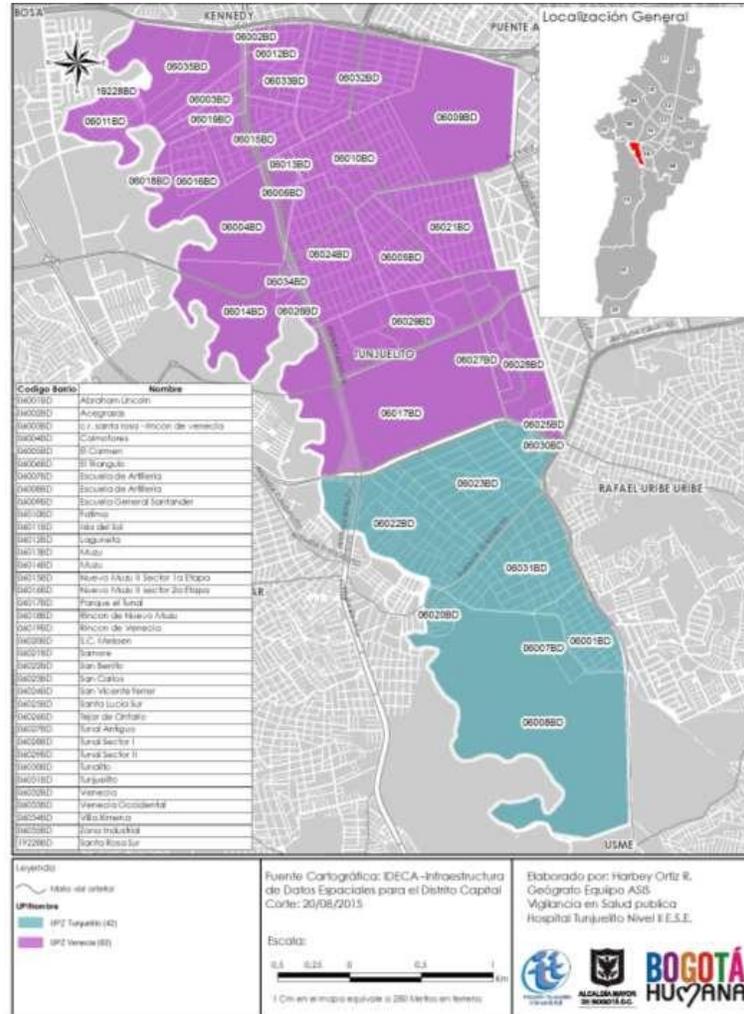


Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el distrito capital- IDECA, 2014

### Localidad de Tunjuelito

Está ubicada al sur de la Ciudad, en la margen derecha del río Tunjuelito. Limita, al norte con las localidades de Puente Aranda y Kennedy; al occidente con la localidad de Ciudad Bolívar; al sur con la localidad de Usme y al oriente, con la localidad de Rafael Uribe Uribe, tiene una extensión de 1.062,33 Has, lo que la convierte en la cuarta de menor extensión del distrito. Por otra parte, la localidad de Tunjuelito no presenta suelo rural. Tunjuelito tiene dos UPZ de las cuales Venecia es de tipo residencial consolidado y Tunjuelito es de tipo residencial de urbanización incompleta.

**Mapa 2 División Político Administrativa Localidad Tunjuelito**

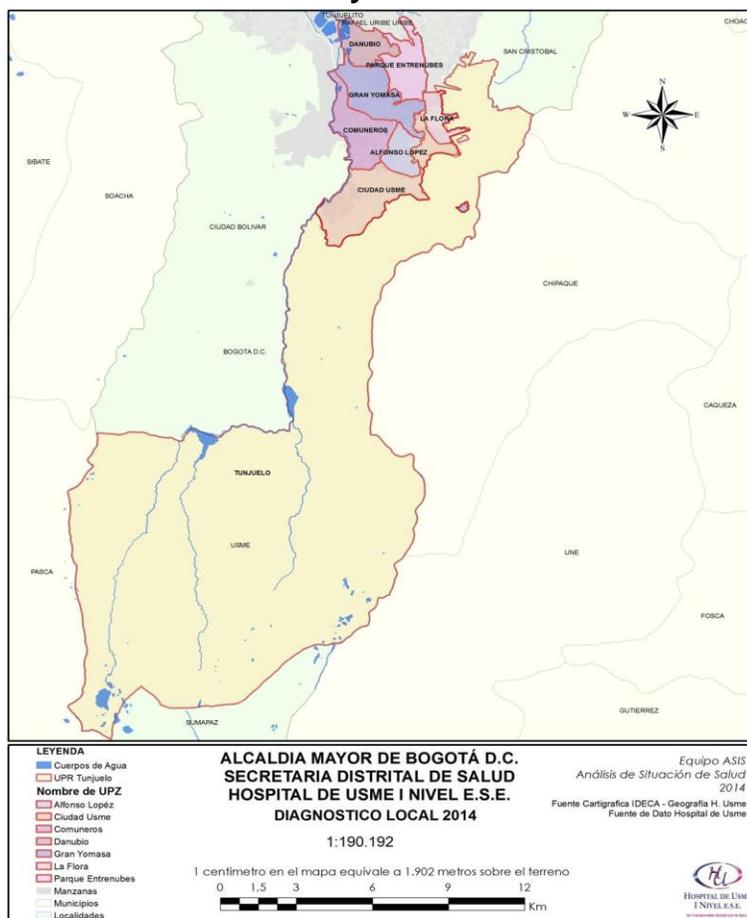


FUENTE: ASIS – Vigilancia en Salud Pública. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2014

**Localidad de Usme**

Usme es la segunda localidad con mayor extensión del Distrito Capital, cuenta con un área total de 21.507 hectáreas. Está localizada en el costado suroriental del Distrito Capital, limita al norte con la localidad de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito; al oriente con los municipios de Chipaque y Une; al sur limita con la localidad de Sumapaz; al occidente con el Río Tunjuelito y la localidad de Ciudad Bolívar. Usme Cuenta con 7 UPZ, 52 la Flora, 56 Danubio, 57 Gran Yomasa, 58 Comuneros, 59 Alfonso López. UPZ 61 Ciudad Usme y UPZ 60 Parque entre Nubes esta que hace parte del sistema de áreas protegidas del distrito capital debido a su riqueza forestal y boscosa.

**Mapa 3. División Política Administrativa y Límites de la Localidad de Usme**



Fuente cartográfica IDECA

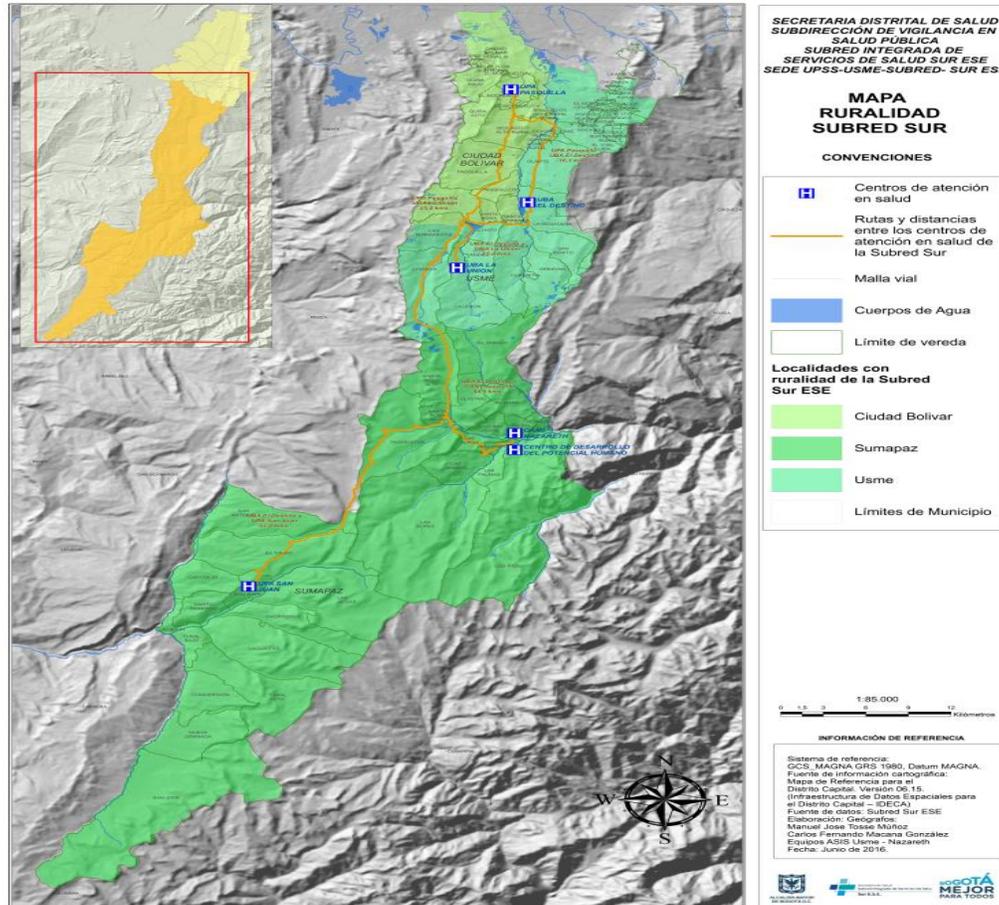
### Localidad de Sumapaz

Se ubica en el extremo sur del Distrito, y limita, al norte, con la localidad de Usme; al sur, con el departamento del Huila; al oriente, con los municipios de Ume, Gutiérrez y con el departamento del Meta, y al occidente, con los municipios de Pasca, San Bernardo, Cabrera y Venecia. Esta localidad no cuenta con terrenos catalogados como suelo urbano y es la localidad con mayor extensión en el Distrito.

De las 75.761 hectáreas del territorio de la localidad de Sumapaz, 34.556 hectáreas hacen parte del Parque Nacional Natural del Sumapaz, el cual divide el territorio en dos zonas de concentración de la población y de ocupación agrícola, la de Nazareth-Betania y la de San Juan. La zona de los corregimientos Nazareth y Betania está situada al nororiente del Parque Sumapaz, abarcando 16.817 hectáreas y comprende el límite entre el Distrito Capital y los departamentos de Meta y Cundinamarca y la zona de desarrollo agrícola de Usme. La zona del corregimiento de San Juan está situada al sur occidente del Parque

Sumapaz, tiene 19.795 hectáreas; allí los poblados de San Juan y La Unión son los más importantes.

**Mapa 4. Mapa Ruralidad Subred Sur**



Fuente cartográfica IDECA

### 3.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE tiene una población total de 1.323.457 habitantes al 2015 según la proyecciones DANE- Censo 2005 y fuentes secundarias para la población rural(5); la distribución urbano rural corresponde al 99.0 % de población urbana y el 1.0 % es rural.

La localidad con la proporción más alta de población es Ciudad Bolívar con un 52,0% (n= 687.923), seguido por la localidad de Usme con un 32.7 % (n=432.724), con un 15.1 % (n=200.048) está la localidad de Tunjuelito y el 0.2 % (n=2.762) la localidad de Sumapaz que es netamente rural.

**Tabla 1 Proporción de población por localidad y UPZ según sexo, Subred Sur E.S.E. 2015**

Localidad	UPZ	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Usme	La Flora	10757	2,49	10782	2,49	21539	4,98
	Danubio	23641	5,47	23779	5,5	47420	10,96
	Gran Yomasa	77512	17,92	80076	18,52	157588	36,44
	Comuneros	50636	11,71	52170	12,06	102806	23,77
	Alfonso López	41572	9,61	42007	9,71	83579	19,33
	Parque Entre Nubes	1402	0,32	1256	0,29	2658	0,61
	Ciudad Usme	8359	1,93	8526	1,97	16885	3,9
Total		<b>213879</b>	<b>49,45</b>	<b>218596</b>	<b>50,55</b>	<b>432475</b>	<b>100</b>
Ciudad Bolívar	El Mochuelo	1002	0,15	921	0,13	1923	0,28
	Monte Blanco	4179	0,61	3888	0,57	8067	1,17
	Arborizadora	30022	4,37	33810	4,92	63832	9,28
	San Francisco	37874	5,51	39760	5,78	77634	11,29
	Lucero	87635	12,74	89979	13,08	177614	25,83
	El Tesoro	26231	3,81	26609	3,87	52840	7,68
	Ismael Perdomo	92927	13,51	96751	14,07	189678	27,58
	Jerusalem	56777	8,26	59326	8,63	116103	16,88
Total		<b>336647</b>	<b>48,95</b>	<b>351044</b>	<b>51,05</b>	<b>687691</b>	<b>100</b>
Tunjuelito	Venecia	70065	35,02	73373	36,68	143438	71,7
	Tunjuelito	29204	14,6	27406	13,7	56610	28,3
Total		<b>99269</b>	<b>49,62</b>	<b>100779</b>	<b>50,38</b>	<b>200048</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaria de Planeación Distrital.2015

En la localidad de Ciudad Bolívar la UPZ con mayor proporción de población es Ismael Perdomo con un 27.8 % (n=189.678), seguido la UPZ Lucero con un 26.2 % (n=177.614), y Jerusalén con un 17.0% (n=116.103). Para la localidad de Usme la UPZ Gran Yomasa concentra el 36.9 % (157.588) de la población de la localidad, seguido por la UPZ Comuneros y Alfonso López con un 24.0% (n=102.806) y un 19.5 % (n=83.579) respectivamente; y para la localidad de Tunjuelito la UPZ Venecia concentra el 71.7 % (n=143.438) de la población total

### Estructura demográfica

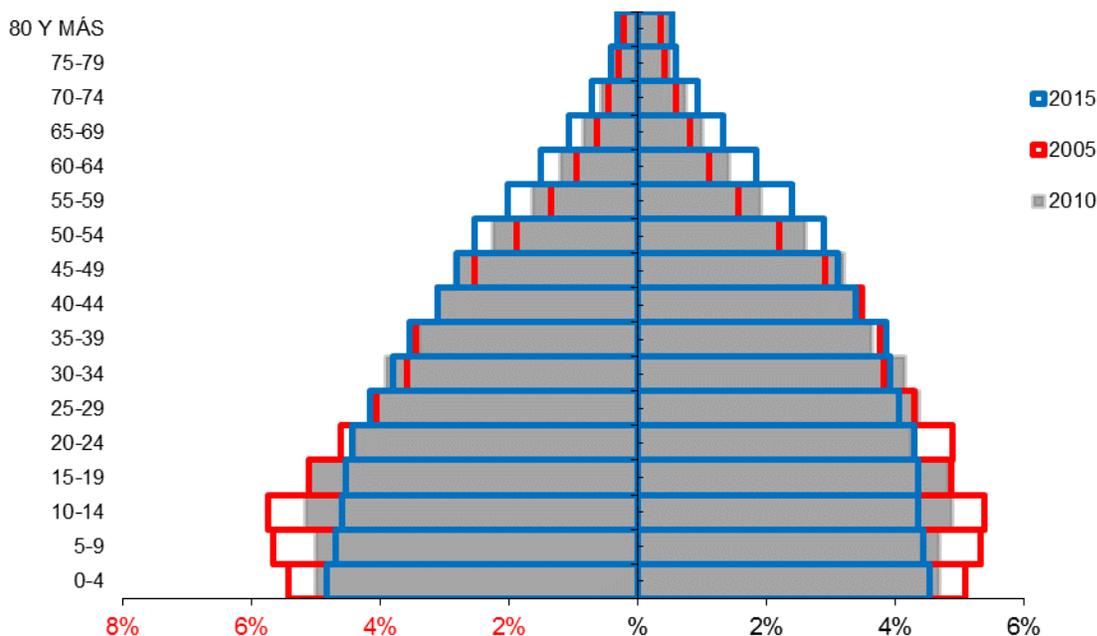
La pirámide poblacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en el 2015 presenta una pirámide estacionaria, que representa una disminución de la natalidad y baja mortalidad, con un estrechamiento en su base con relación al 2005, resultado de la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida al nacer que experimenta la población.

Según sexo entre el 2005 – 2015, el 50,1% son mujeres (n= 718.953) y el 49,1% hombres (n= 693.292) donde la relación hombre mujer es de 96.0. Para el periodo 2005 a 2015, se observa una reducción en la población de 0 a 14 años y un progresivo aumento de la población de 30 a 74 años.

Se observa una reducción de niños y niñas de 0 a 4 años pasando de 38 a 35 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años); de igual manera el índice de friz para la Subred es de 135.27 lo que representa una población madura, el índice de envejecimiento

muestra que por cada 100 personas, 18 correspondieron a adultos mayores de 65 años en el 2005 y 34 para el año 2015.

**Gráfica 1 Pirámide poblacional, Subred Sur E.S.E. 2015**

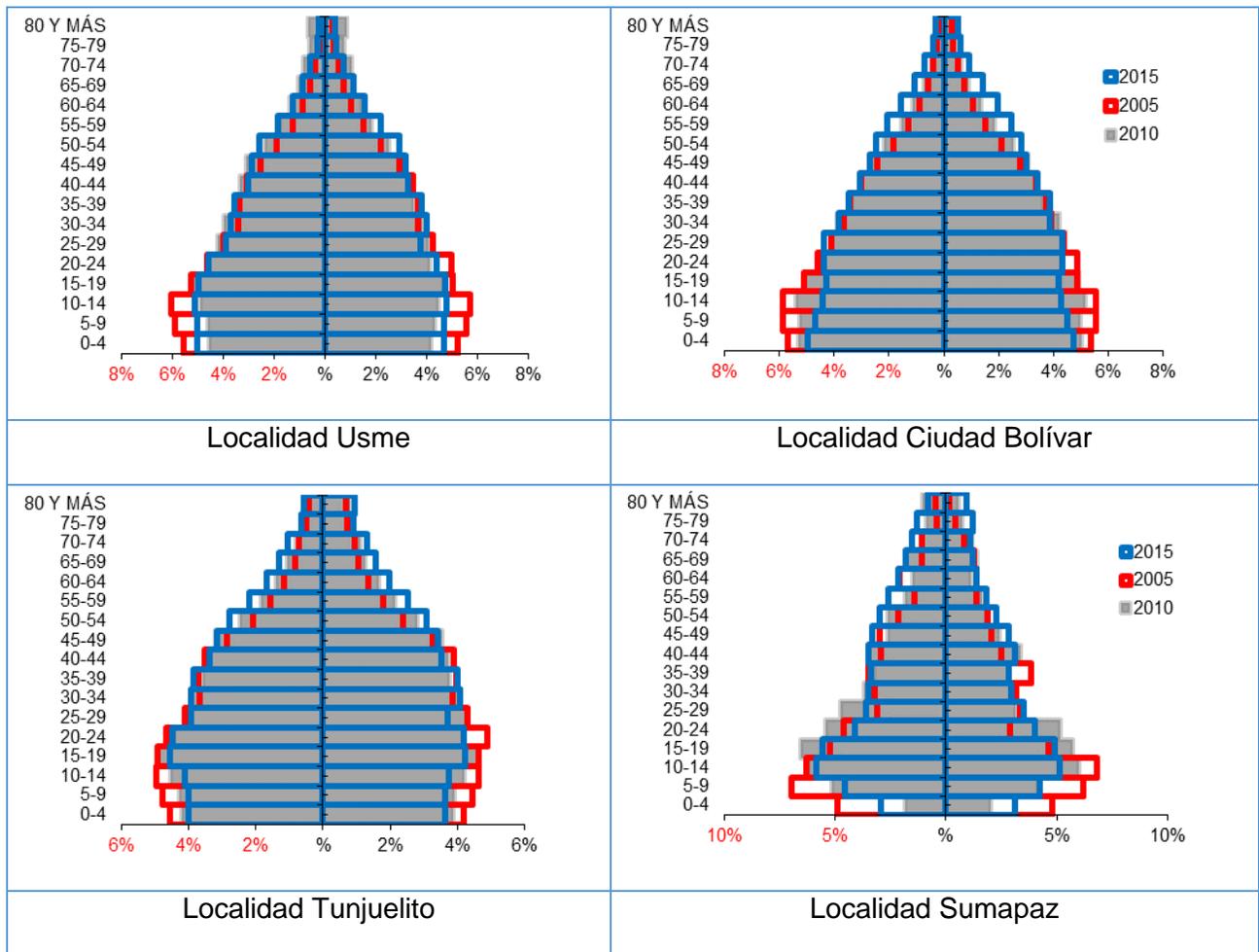


Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaria de Planeación Distrital.2015 – Bases poblacionales UPSS Nazareth.

Con relación al índice demográfico de dependencia para el año 2005 fue del 57%, mientras que para el año 2015 fue del 50% es decir disminuyo la cantidad de personas dependientes menores de 15 años y mayores de 65 años.

En cuanto a la dependencia infantil en población menor de 15 años, para el 2005 fue el 51%, mientras que para el 2015 fue del 42%; con relación al índice de dependencia en personas mayores 65 años se evidencia un aumento del 8% en el año 2015 con relación al 2005 que fue del 6%.

**Gráfica 2 Pirámide poblacional por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2015**



Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaria de Planeación Distrital.2015 – Bases poblacionales UPSS Nazareth.

Frente al comportamiento poblacional de las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme desde el 2005 la población menor de 24 años, presenta una reducción significativa, reflejando un perfil estacionario que representa una disminución de la natalidad y baja mortalidad, con un estrechamiento en su base para el 2015.

De acuerdo al índice de Friz en la localidad de Ciudad Bolívar, Usme y Nazareth en el año 2005 predominaba una población Joven y con el paso de los años la población ha ido envejeciendo, ubicándose en el 2015 como una población madura; mientras que la localidad entre el 2005 al 2015 mantienen una población madura de acuerdo al índice. Con respecto a otros indicadores demográficos se evidencia que a pesar de aumentar el tamaño de la población la población, con respecto al último censo poblacional 2005, se observa un aumento en el índice de envejecimiento y una disminución en el índice de infancia, lo cual está relacionado con la disminución de la natalidad y la tasas de fecundidad global donde las mujeres en toda su edad reproductiva tiene en promedio 1.9 hijos para el año 2015 en las localidades de la subred sur.

### 3.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

## Mortalidad General

Para el análisis de las causas de mortalidad se tuvo en cuenta la base de datos oficial de Estadísticas Vitales RUAF-ND DANE año 2014, donde se registraron un total de 2114 defunciones en la Subred Sur, registrando las 15 principales causas según la lista 6/67 - CIE-10 OMS/OPS.

**Tabla 2 Mortalidad por Unidad de Servicios de Salud según sexo, Subred Integrada de Servicios de salud, 2014**

Unidad de Servicios de Salud	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
USS USME	70	3,3	72	3,4	142	6,7
USS VISTA HERMOSA	26	1,2	25	1,2	51	2,4
USS TUNAL	540	25,5	518	24,5	1058	50,0
USS TUNJUELITO	105	5,0	102	4,8	207	9,8
USS MEISSEN	348	16,5	308	14,6	656	31,0
<b>Total</b>	<b>1089</b>	<b>51,5</b>	<b>1025</b>	<b>48,5</b>	<b>2114</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos oficial DANE-Estadísticas vitales RUAF ND. 2014.

De las defunciones el 50% ocurrieron en la USS Tunal, 31,0% en USS Meissen, 9,8% en USS Tunjuelito, 6,7% USS Usme y en USS Vista Hermosa 2,4%.

**Tabla 3 Primeras 15 causas de mortalidad, Subred Sur, 2014**

n°	Código lista 6/67	Diagnostico	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
1	303	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZÓN	220	10,4	177	8,4	397	18,8
2	307	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	56	2,6	117	5,5	173	8,2
3	605	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	64	3	96	4,5	160	7,6
4	512	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	87	4,1	7	0,3	94	4,4
5	611	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	41	1,9	51	2,4	92	4,4
6	601	DIABETIS MELLITUS	33	1,6	52	2,5	85	4,0
7	201	T. MALIGNO DEL ESTOMAGO	52	2,5	27	1,3	79	3,7
8	109	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	46	2,2	27	1,3	73	3,5
9	612	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	30	1,4	34	1,6	64	3,0
10	302	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	25	1,2	38	1,8	63	3,0

11	304	ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACION PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENF. DEL CORAZON	31	1,5	30	1,4	61	2,9
12	213	OTROS TUMORES MALIGNOS	27	1,3	21	1	48	2,3
13	616	*TODAS LAS DEMAS CAUSAS (RESIDUO)	21	1	27	1,3	48	2,3
14	501	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	37	1,8	9	0,4	46	2,2
15	309	OTRAS DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	19	0,9	17	0,8	36	1,7
	608	RESTO DE CAUSAS	300	14,2	295	14	595	28,1
	<b>Total</b>		<b>1089</b>	<b>51,5</b>	<b>1025</b>	<b>48,5</b>	<b>2114</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos oficial DANE-Estadísticas vitales RUAF ND. 2014.

\* Resto de códigos: (A00 - Q99); D55 - D89; E00 - E07; E15 - E34; E65 - E89; H00 - H95; L00 - L98; M00 - M99; N41 - N99.

Según los datos observados, la distribución por sexo, se evidencia mayor mortalidad en hombres (51,5%) en relación con las mujeres (48,5%).

Las primeras causas de mortalidad se relacionan con el sistema cardiovascular aportando un 31,6% (667 casos) del total de las mortalidades para el año 2014, con una mayor incidencia de casos en mujeres y siendo las enfermedades isquémicas del corazón la principal causa para dicho año.

El sistema respiratorio aportan el 11,1% (233 casos) con una distribución relativamente equitativa por sexo. Las enfermedades relacionadas con tumores (Estomago y otros) representan el 6% con 127 casos con una mayor incidencia en hombres que en mujeres.

Las lesiones de causa externa (Agresiones y accidentes) aportaron el 6,6% de la ocurrencia total de casos para el año 2014, es decir 140 personas fallecieron alguna de estas lesiones o sus secuelas, adicionalmente, como es de esperarse, este tipo de eventos se presentan más en hombres (88,6%) que en mujeres (11,4%).

## Morbilidad

### Causas de morbilidad atendida en consulta externa

Para el año 2016 en la Subred Sur se registraron un total de 804.359 atenciones por consulta externa, donde el 67,9% corresponden a mujeres y el restante 31.1% a hombres.

Dentro de las principales causas de consulta externa para la Subred Sur, se encuentra la hipertensión arterial con un total de 38.718 atenciones que representa el 4.8%, donde las mujeres son las que más consulta triplicando a los hombres con 10448 atenciones. En población general; las primeras 15 causas de morbilidad aportan el 17,2% del total de las atenciones, resaltando eventos relacionados con afecciones crónicas, relacionados con estilos de vida, infecciones de vías urinarias y gastrointestinales e hiperplasia de próstata.

**Tabla 4 Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa, Subred Sur, 2016**

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	28270	10448	38718	4,8

2	E780	Hipercolesterolemia pura	11591	3999	15590	1,9
3	E039	Hipotiroidismo, no especificado	9431	1093	10524	1,3
4	J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	5632	4345	9977	1,2
5	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	7900	1847	9747	1,2
6	M545	Lumbago no especificado	5426	2300	7726	1,0
7	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	3473	3018	6491	0,8
8	B82	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	3453	2834	6287	0,8
9	M255	Dolor en articulación	4411	1828	6239	0,8
10	N40X	Hiperplasia de la próstata	0	6003	6003	0,7
11	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	3462	1492	4954	0,6
12	E669	Obesidad, no especificada	3441	999	4440	0,6
13	E782	Hiperlipidemia mixta	2972	1166	4138	0,5
14	E149	Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	2741	1216	3957	0,5
15	K297	Gastritis, no especificada	2884	1013	3897	0,5
<b>Resto de las causas</b>			<b>451289</b>	<b>214382</b>	<b>665671</b>	<b>82,8</b>
<b>Total</b>			<b>546376</b>	<b>257983</b>	<b>804359</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

### 3.4 POBLACIÓN SEGÚN SU ASEGURAMIENTO

Con respecto al aseguramiento, se evidencia que el 62% de la población que se encuentra en la subred sur pertenece al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado con un 27% y con una baja participación se encuentra el régimen de excepción con el 2% de la población.

**Tabla 5. Aseguramiento población Subred Sur, año 2016, Bogotá.**

REGIMEN DE AFILIACION	A DICIEMBRE DE 2016	ENE-DIC 2016	
		VARIACION POBLACION	VARIACION %
<b>CONTRIBUTIVO</b>	798.478	23.966	3,10%
<b>EXCEPCION</b>	19.007	0	
<b>SUBSIDIADO</b>	331.074	-32.176	-8,90%
<b>NO AFILIADOS</b>	10.411	-7.676	-42,44%
<b>TOTAL</b>	1.158.970		

Fuente: Oficina de Aseguramiento – SDS Diciembre 2016

Se evidencia que en la Subred Sur el régimen contributivo presenta el 69% del aseguramiento, seguido del régimen subsidiado con el 29%, el 2% corresponde al régimen de excepción y el 1% a población no afiliada. Esta información hace reflexionar frente a la importancia de la oferta de servicios al régimen contributivo con fin de mejorar ingresos para la Subred y posicionar las UPS de la red como prestadoras de servicios con garantía, calidad oportuna.

#### **4. FUNDAMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD**

##### **4.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE**

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad, estos objetivos se encuentran basados en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia, entre otras prioridades.

El ODS Número 3: Buena Salud busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Partiendo de esta premisa la Subred Sur por medio de las actividades intramurales y extramurales que ofrece a la población busca que se cuente con una cobertura para los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, acceso a medicamentos y vacunas todo en el marco de la atención con calidad, oportunidad, pertinencia y seguridad.

De esta manera la Subred Sur aporta en la disminución de los indicadores de mortalidades evitables, mediante del establecimiento de planes de acción para el cumplimiento de los objetivos propuestos, todo esto dirigido al mejoramiento continuo de los servicios, que redundara en las condiciones de calidad y vida de las localidades en cobertura.

##### **4.2 PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 - 2021**

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 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 salud (Capital Social y Desarrollo humano) y mejorar las condiciones de calidad de vida y salud (Determinantes intermedios de la Salud).

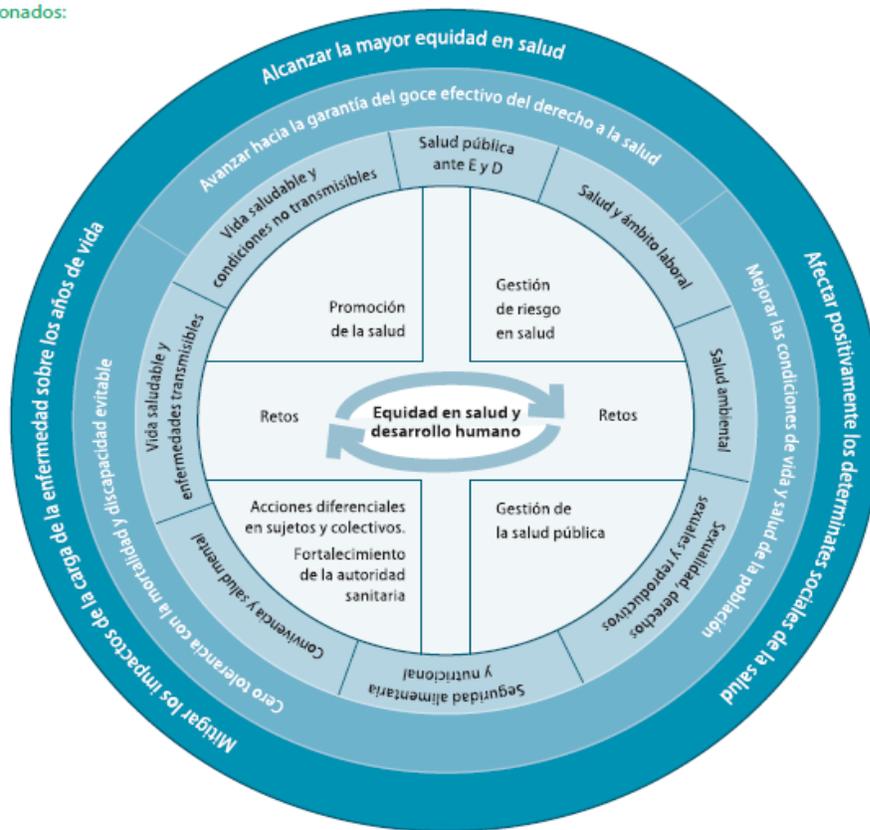
Así mismo, establece tres objetivos estratégicos, el primero es avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes y el tercero mantener cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad evitables, que tienen tres grandes fines:

1. Alcanzar la Equidad
2. Afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.
3. Mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida.

Estos objetivos se abordan en ocho (8) dimensiones prioritarias: salud ambiental, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional, convivencia social y salud mental, vida saludable y enfermedades transmisibles, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud en el entorno laboral y (2) dos dimensiones transversales población diferencial y rectoría; a través de tres líneas operativas:

1. Promoción de la Salud
2. Gestión del riesgo en salud
3. Gestión de la salud pública

El marco estratégico del PDSPP, expresado en el siguiente gráfico, busca responder adecuadamente a los propósitos mencionados:



Fuente Marco estratégico Plan Decenal de Salud Pública, Ministerio de Salud y Protección Social 2013

### 4.3 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La Política de Atención Integral en Salud tiene como objetivo “Garantizar el Derecho a la Salud”; Orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La Política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforma la nación. Considerando los determinantes son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud:

- La Atención Primaria en Salud
- Salud Familiar y comunitaria
- El Cuidado
- La gestión integral del riesgo en salud
- El enfoque diferencial de territorios y poblaciones

#### **4.4 MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD - MIAS**

Es así como el país, define un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que es el conjunto de procesos que operativizan la Política Integral de Atención en Salud e incluye los procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan la acción coordinada de los agentes del sistema para permitir la oportunidad, continuidad, integralidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad.

Su objetivo es orientar las instituciones, procesos y recursos hacia las necesidades de la población, transformando el sistema desde una visión centrada en el ciudadano.

El MIAS incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Desde el continuo de la atención comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento, así como la paliación, a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Este modelo de atención también incluye la gestión integral del riesgo en salud enlazando las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de respuesta del sistema.

#### **Componentes del Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-**

El MIAS cuenta con diez componentes, así:

- 1. Caracterización de la Población:** Cada integrante, dentro de sus competencias, debe organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).
- 2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.** 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 a partir de las acciones de cuidado que se

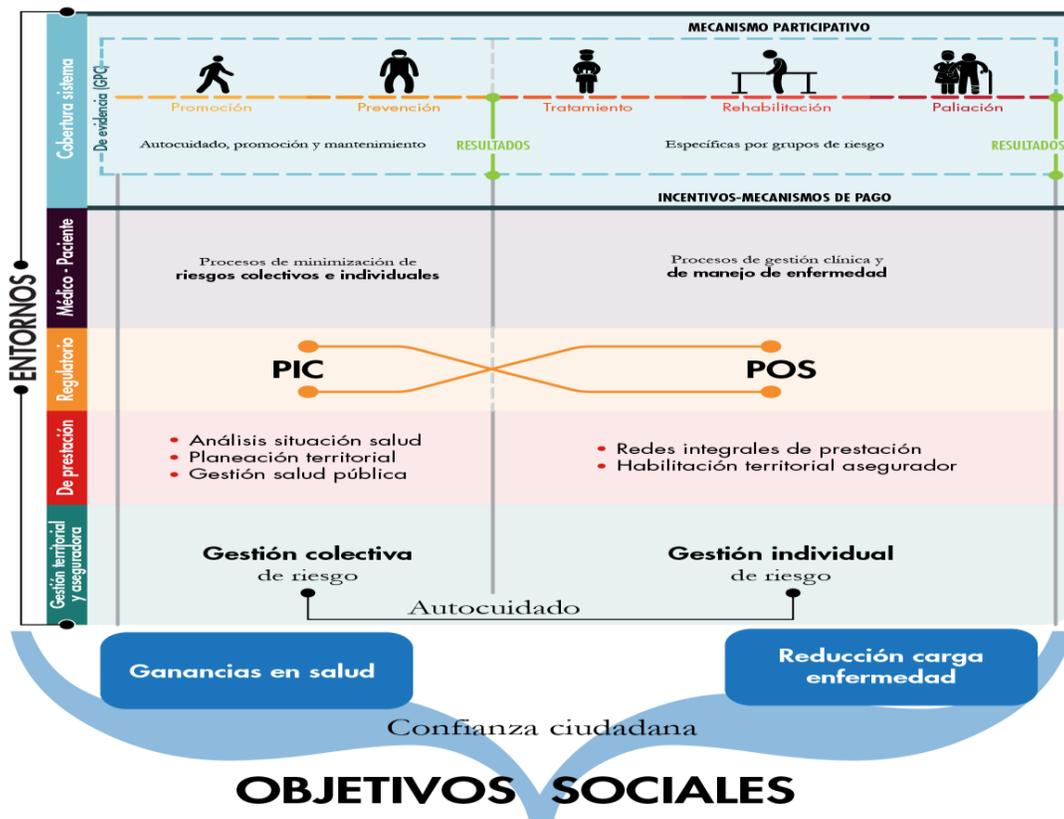
esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

3. **Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS.** comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad
4. **Delimitación Territorial del MIAS.** El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos. El modelo debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto.
5. **Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.** Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud.
6. **Redefinición del rol del asegurador.** Los aseguradores, en cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, deben fortalecer la gestión de riesgo financiero, la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema, dentro de cada ámbito territorial definido para el MIAS, la capacidad de gestión de la redes integrales de prestación de servicios de salud y la capacidad de gestión para representar el usuario.
7. **Redefinición del Esquema de incentivos.** El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.
8. **Requerimientos y procesos del sistema de información.** La operación del MIAS exige ajustes en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social — SISPRO, para integrar los componentes del modelo. Para tal efecto se debe desarrollar un conjunto mínimo de datos, centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad con estándares (semánticos y sintácticos), integrados con interoperabilidad, bajo arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles.
9. **Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud - RHS:** Para el fortalecimiento del del RHS se deben implementar acciones en cuatro ejes, a saber, la formación, la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, el

fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el mejoramiento de condiciones laborales.

**10. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.**- El Ministerio establece seis (6) retos de innovación e investigación en sistemas de salud que deben enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional, relacionados con: la rectoría del sistema de salud, la sostenibilidad financiera del sistema de salud, la gestión eficiente de los recursos humanos en salud, el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes, mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas y el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud. Igualmente, se debe fortalecer la capacidad de investigación en salud pública.

**Imagen 1. Despliegue del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) a partir de las Rutas integrales de Atención (RIAS)**



Fuente: Lineamientos para el desarrollo del MIAS 2014

#### 4.4 PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL

El Plan de Desarrollo “**BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS 2016-2020**” tiene por objetivo propiciar el desarrollo pleno del potencial de los habitantes de la ciudad, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de familia y de la sociedad.

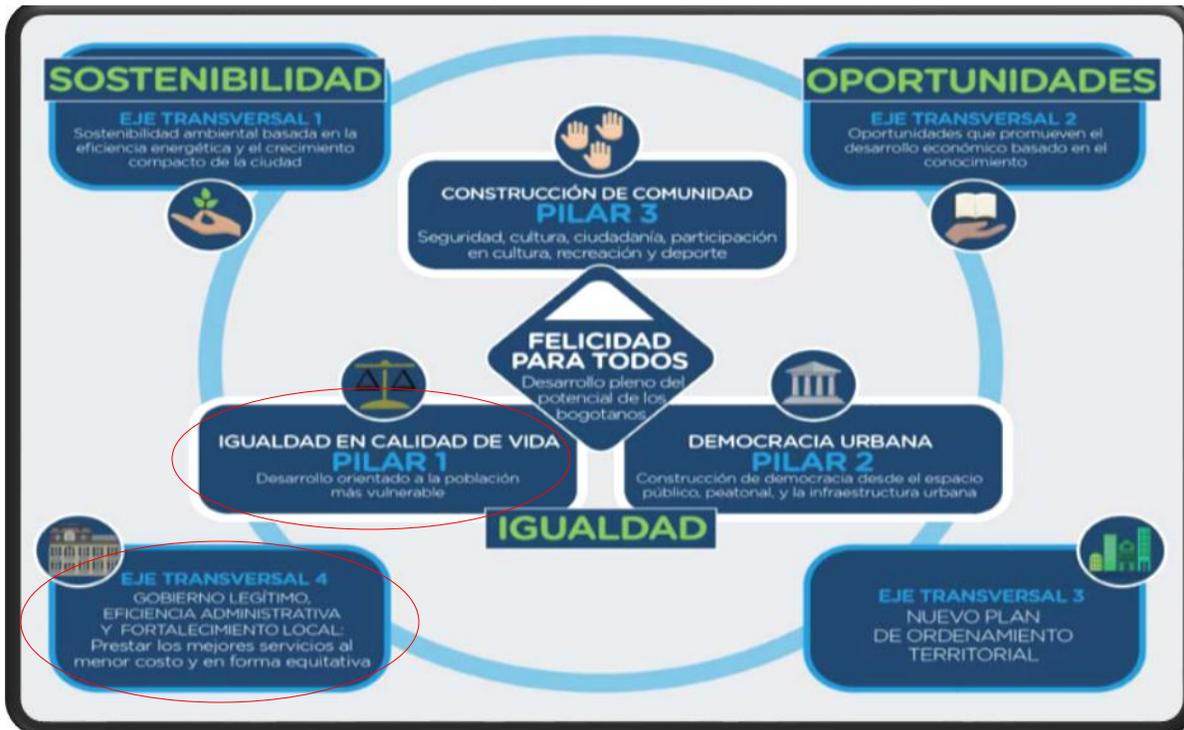
La estrategia del Plan se estructura en tres (3) Pilares y cuatro (4) Ejes Transversales, consistentes con el Programa de Gobierno, y que a su vez contienen las políticas generales y sectoriales. Para el desarrollo de las estrategias y políticas se han identificado programas a ser ejecutados por las diferentes entidades distritales.

Los Pilares se constituyen en los elementos estructurales, de carácter prioritario, para alcanzar el objetivo central del Plan y se soportan en los Ejes Transversales que son los requisitos institucionales para su implementación, de manera que tengan vocación de permanencia.

Los Pilares son: i) Igualdad en calidad de vida; ii) Democracia Urbana; y iii) Construcción de Comunidad.

Por su parte, los Ejes Transversales son: i) Nuevo ordenamiento territorial; ii) Desarrollo económico basado en el conocimiento; iii) Sostenibilidad ambiental basada en la eficiencia energética y; iv) Gobierno legítimo, fortalecimiento local y eficiencia.

Los programas asociados a cada uno de los Pilares y Ejes Transversales están orientados a propiciar los cambios que se esperan alcanzar en la manera de vivir de los habitantes de Bogotá y a hacer del modelo de ciudad un medio para vivir bien y mejor.



## **PILAR 1. IGUALDAD DE CALIDAD DE VIDA**

Como propósito de la Bogotá Mejor para Todos se busca la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más vulnerable y especialmente a la primera infancia. La ciudad se contempla como un foco de oportunidades para todas las personas sin importar su condición social, orientación sexual u origen. La igualdad no sólo se presenta en lo referente a la ley, sino también frente al desarrollo de capacidades y en la calidad de vida. Todo ello, en el marco de la corresponsabilidad de la población con la ciudad. Los programas incluidos en este pilar se enfocan en la oferta estatal para entregarle a la ciudadanía los elementos necesarios para el desarrollo de sus proyectos de vida, y asociado a cada uno se enuncian los proyectos por medio de los cuales se materializarán las acciones que brindarán oportunidades para toda la ciudadanía por medio de iniciativas educativas y laborales, así como el acceso a un sistema integral y de calidad de atención en salud y a la recreación, la cultura y el deporte.

### **EJE TRANSVERSAL 4 GOBIERNO LEGÍTIMO Y EFICIENTE.**

El Eje Gobierno Legítimo y Eficiente tiene como fin establecer las condiciones para el buen gobierno de la ciudad, tanto en el nivel distrital como en el local, orientado al servicio ciudadano y evaluando las diferentes alternativas para optimizar el método y los costos de la prestación de los servicios adoptando aquellas que sean más beneficiosas para la ciudadanía en el corto y en el largo plazo. El fin último de los programas que componen este Eje es el fortalecimiento de la transparencia y eficiencia administrativa. Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todas 2016-2019” Exposición de Motivos Se plantean programas que tienen como fin la construcción de un gobierno abierto para la ciudadanía, transparente y dispuesto a ofrecer un mejor servicio al ciudadano. Así mismo, se busca la modernización institucional y física de las entidades del Distrito, incluyendo el uso de las herramientas digitales para la construcción de la ciudad que sueñan y se enfoca también en el fortalecimiento local.

#### **4.5 PLAN TERRITORIAL DE SALUD - MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD - AIS**

A nivel Distrital, dando respuesta a la necesidades de la nación, pero sobre todo a los antecedentes propios de la capital, en lo referente a sector salud, evidenciadas en el diagnóstico realizado por la administración Distrital se observa; falta de coordinación entre las entidades, servicios PIC y POS llegan a la población de manera fraccionada con frecuencia inoportuna y con pérdida de continuidad en la atención, incongruencia de los servicios con las necesidades de la población y una inadecuada gestión del riesgo, ha conllevado a emprender acciones de respuesta e intervención enmarcado en el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Mejor para Todos” 2016 – 2020 en sus 3 pilares y 4 ejes transversales, en especial en el Pilar 1: Igualdad en Calidad de Vida y en el Eje 4: Gobierno Legítimo: Eficiencia Administrativa y Fortalecimiento local, es así como se determina dos desafíos de la ciudad en materia de salud y calidad de vida para esta administración distrital:

1. Superar la crisis del sector salud

2. Dirigir por la senda que le señalan los desarrollos normativos y las tendencias mundiales.

Por lo anterior, se establece la Política Distrital de Salud 2016 – 2020, la cual se enmarca en el conjunto de políticas nacionales, que determinan el aseguramiento social de carácter universal y obligatorio, y por otro lado separa y especializa en entidades diferentes las funciones de rectoría, vigilancia y control, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Como reto la administración teniendo en cuenta el colapso financiero en que se encuentran las EPS e IPS, plantea como herramienta para lograr la recuperación y transformación del Sistema de Salud en la Ciudad el Plan Territorial en Salud para Bogotá 2016 – 2020.

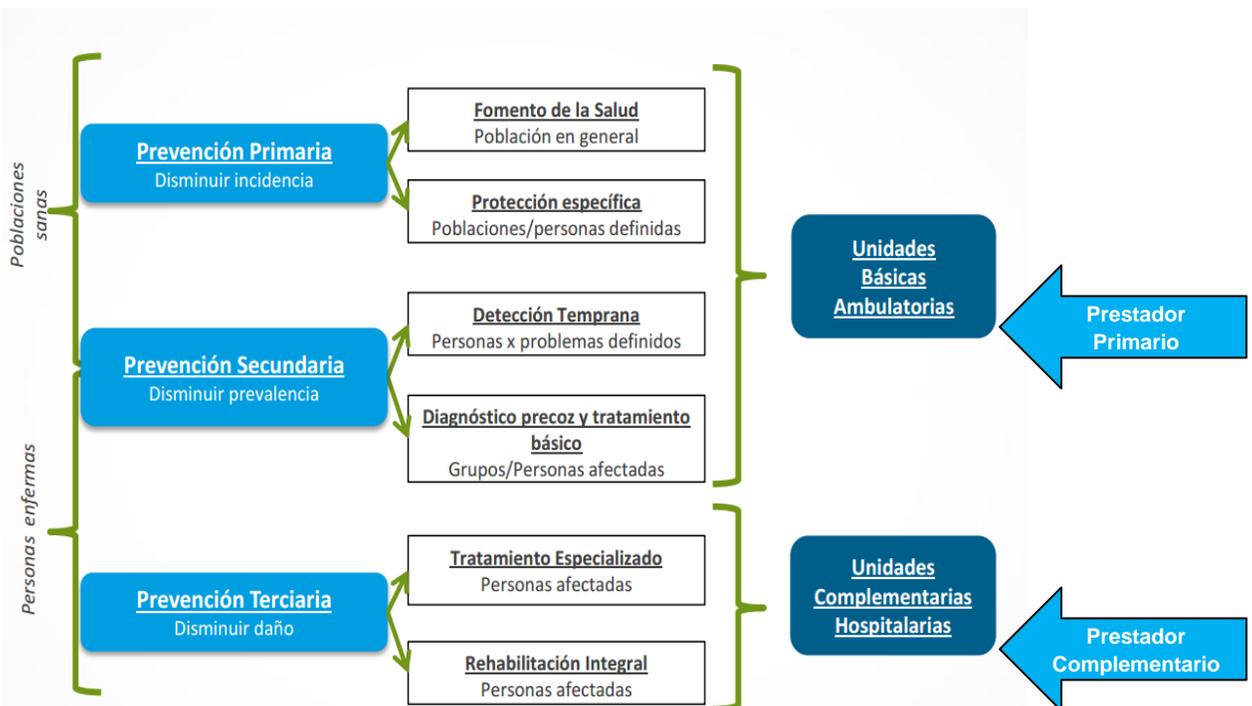
## SALUD URBANA

El Plan Territorial en Salud para Bogotá 2016 – 2020 se focaliza en la universalidad, superar las dificultades que enfrenta el sector y en eliminar fronteras entre regímenes, planes de beneficios y formas de financiación; con el fin de alcanzar la eficiencia uso de recursos, afectar los determinantes de salud a través de un modelo de salud urbana y reducir los diferenciales e inequidades de salud presentes, bajo un enfoque de gestión del riesgo en salud.

El concepto de Salud urbana y del enfoque de equidad implica orientar esfuerzos hacia la reducción de diferenciales de salud presentes en el Distrito Capital entre las áreas rural y urbana, las localidades, la seguridad social y los grupos humanos, evidenciados en los resultados de los indicadores de salud. Así mismo se orienta a implementar políticas para afectar os determinantes sociales de la salud.

En este sentido, el Plan Territorial en Salud para Bogotá 2016 – 2020 con el fin de implementar un modelo de atención como respuesta a las necesidades del sector, adopta una estrategia de desarrollo e implementación del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (AIS), así:

**Imagen 2. Implementación del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud**



La Estrategia del Modelo de Atención Integral en Salud (AIS) se desarrolla en Redes Integradas de Servicios de Salud: una Red Distrital con Cuatro Sub Redes:

### Mapa 5. Subredes de Prestación de Servicios de Salud



Ejes del Modelo de Atención Integral en Salud (AIS):

1. Gobernanza: Comité Directivo de Red donde participan Capital salud, SDS y Subredes.
2. Integración vertical para la prestación de los servicios: Una red integrada por cuatro subredes.
3. Integración Horizontal en la prestación de los servicios: Unidades de prestación especializadas en servicios.
4. Integración vertical en el aseguramiento: gestión Integral del Riesgo

Esta estructura de trabajo en red, tiene como objetivo garantizar integralmente los servicios del POS y PIC y Atención de Población por equipos multidisciplinares.

La implementación del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (AIS) como instrumento de la gestión de riesgo en salud define Rutas de Atención Integral en Salud para fortalecer la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida y Rutas de Atención Específica por grupos de riesgo, articulando el Plan de Intervenciones Colectiva

(PIC) y Plan Obligatorio de Salud (POS) con el fin de mejorar la calidad de vida y salud de la población, operando estas rutas en redes integrales de servicios, bajo un desarrollo del talento humano, fortaleciendo el prestador primario y el desarrollo de incentivos en salud.

## **SALUD URBANA**

### **5. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

#### **5.1 ABORDAJE RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD - RIAS.**

Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS - son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales.

A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible. El conjunto de RIAS, PIC; PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población.

Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social.

Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud.

El MSPS ha planteado tres tipos de RIAS, que se describen a continuación:

- 1. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud:** Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así

mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgo o mejorar su recuperación de la enfermedad.

2. **Ruta de grupo de riesgo:** Esta ruta incorpora actividades individuales y colectivas, que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementario, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
  
3. **Ruta específica de atención:** esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso.

La Subred Sur cuenta con las siguientes Rutas Integrales de Atención de Grupo de Riesgo, resultado del trabajo conjunto con los equipos técnicos de las diferentes Unidades de Servicios en acompañamiento con la Secretaria Distrital de Salud.

### 5.1.1 RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD MENTAL

Imagen 3. Ruta Integral de Atención en Salud – Salud Mental



Fuente. Documento propuesta reorganización salud mental Subred Sur. Junio 2016

### Actividades a Desarrollar por parte del Prestador Primario

- La captación estaría en las atenciones de Promoción y Prevención desarrolladas en las localidades con la Identificación e intervención de las patologías propias en Salud Mental (Alteraciones de la conducta, Violencias, Problemas de Aprendizaje, Consumo de SPA y afectaciones Psicosociales), donde la atención no quedaría únicamente con la detección si no con la intervención terapéutica en casa.
- La propuesta es articular en la Red la Atención integral (Psiquiatría, Psicología y Trabajo social) a la Población infantil - Adulta y direccionar a las USS Vista hermosa, USS Tunjuelito, USS Usme, USS Nazareth para el acompañamiento y canalización (Remisión) para continuar el manejo en Paciente Agudo Infantil y Paciente Agudo Adulto.
- El fortalecimiento de centros de hospitalización parcial especializados por grupos etéreos (hospital día niños, adolescentes, adulto, etc.) que se encuentran en las USS Tunjuelito San Benito, USS Usme y USS Vista Hermosa, Incluido el Fortalecimiento en el Programa de Intervención de Centro de Desarrollo del Potencial Humano (USS Nazareth).

### **Actividades a Desarrollar por parte del Prestador Complementario**

- Cuando las Patologías en Salud Mental se han identificado por problemas definidos, con Diagnóstico precoz y tratamiento básico, se haría la intervención terapéutica en los centros de Atención primaria USS Usme, USS Vista hermosa, USS Tunjuelito, USS Nazareth con la intervención terapéutica y resolutive de Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Terapia Física.
- Desde los servicios de Urgencias la atención para la valoración actualmente se encuentra en la USS Tunal y USS Meissen las cuales cuentan con los Especialistas en Psiquiatría Infantil, Psiquiatría General, Psicología Clínica en integralidad con Trabajo Social.
- Teniendo en cuenta el proceso de transición desde el servicio de salud mental se plantea a futuro el manejo de la desintoxicación, ya que es un proceso relativamente corto (de días o semanas) en unidad de salud mental dentro de un prestador complementario y posteriormente continuar la rehabilitación en el prestador primario, por lapso de uno a tres meses, posteriormente entraría en apoyo y seguimiento a cargo de las clínicas diurnas y la consulta externa de la UPSS de la Red más cercana al Paciente.

### **5.1.2 RUTA MATERNO PERINATAL**

#### **1. RIAS Materno Perinatal Subred Sur. Actividades P y D**

Las unidades que realizarán captación de mujeres en edad fértil de acuerdo a las localidades de conformación de la Subred, son 33 Unidades de Servicios de Salud, distribuidas de la siguiente manera, en estas unidades se realizará captación por Enfermera de Enlace, quien realizará la asesoría en Derechos Sexuales y reproductivos, así como la consulta en anticoncepción familiar, la derivación a consulta preconcepcional y la Inscripción a Control Prenatal:

**Tabla 6. Unidades de Servicios de Salud para actividades de P y D de la RIA Maternoperinatal**

Localidad de Sumapaz	USS Nazareth	USS San Juan de Sumapaz
Localidad de Usme	USS Usme	Lorenzo Alcantuz
	Arrayanes	Marichuela
	Destino	Reforma
	Betania	San Juan Bautista
	Danubio Azul	Santa Marta
	Fiscalá	Yomasa
	La Flora	
Localidad de Ciudad Bolívar	Candelaria	Manuela Beltrán
	Vista Hermosa	San Isidro
	Jerusalén	Casa de Teja
	Paraíso	Perdomo
	San Francisco	Sierra Morena
	Potosí	Mochuelo
	Pasquilla	
Localidad de Tunjuelito	San Benito	
	Isla del Sol	
	Abraham Lincoln	
	El Carmen Materno Infantil	

Cuando la usuaria ingresa a control prenatal y de acuerdo a la clasificación del riesgo obstétrico se derivará a las siguientes unidades, desde la USS donde se realiza el primer contacto:

**Imagen 4. Distribución de USS para la atención de la gestante. Subred Sur.**

**PRESTADOR PRIMARIO  
CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO**

**CIUDAD BOLIVAR**

JERUSALEN (JERUSALEN, MANUELA BELTRAN,  
POTOSI)

PERDOMO (PERDOMO, SAN ISIDRO, SIERRA  
MORENA)

CANDELARIA (CANDELARIA, SAN FRANCISCO)

VISTA HERMOSA (VISTA HERMOSA, PARAISO,  
CASA DE TEJA)

MOCHUELO (MOCHUELO Y PASQUILLA)

**USME**

MARICHUELA (MARICHUELA, SAN JUAN  
BALTIMA, BETANIA, YOMASA, REFORMA)

DANUBIO (DANUBIO, SANTA MARTHA, FISCALA)

USME (USME, DESTINO, UNIÓN, LORENZO)

FLORA (FLORA Y ARRAYANES)

**TUNJUELITO**

UMI EL CARMEN (CAPAS ABRAHAM LINCOLN,  
ISLA DEL SOL, SAN BENITO)

**SUMAPAZ**

NAZARRETH -SAN JUAN DE SUMAPAZ

**PARTOS DE BAJO RIESGO: VISTA  
HERMOSA ,USME**

**CAPS  
CONTROL PRENATAL DE ALTO RIESGO**

**PRIMERA  
FASE**

MARICHUELA

MEISSEN

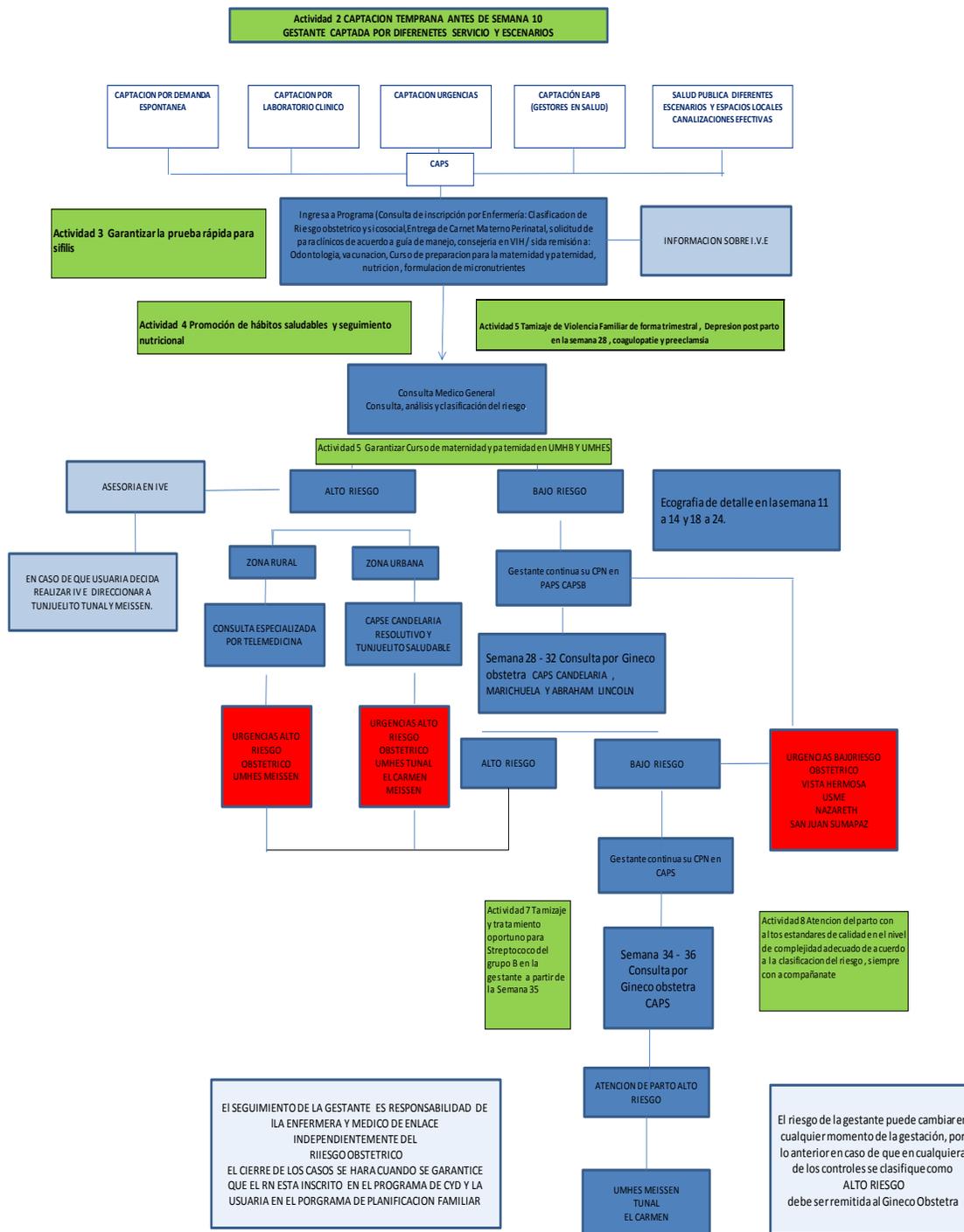
UMI EL CARMEN

CANDELARIA

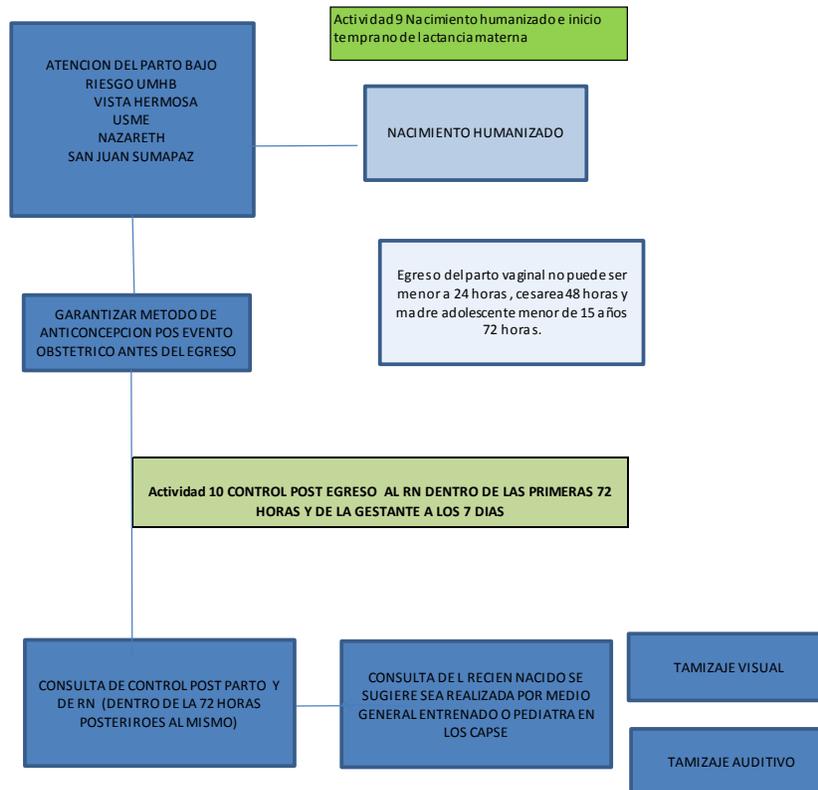
VISTA HERMOSA

**PARTOS DE ALTO RIESGO: TUNAL  
, MEISSEN , UMI EL CARMEN**

**Imagen 5. Flujoograma de Atención RIAS Materno Perinatal Subred Sur. Ingreso Control Prenatal y Atención del parto**



**Imagen 6. Flujoograma de Atención RIAS Materno Perinatal Subred Sur. Control de Parto y puerperio**



### Actividades a Desarrollar por parte del Prestador Primario

- Asesoría regulación de la fecundidad: asesoría, educación derechos y deberes salud sexual y reproductiva, criterios de elegibilidad, asignación método de planificación.

### Gestantes:

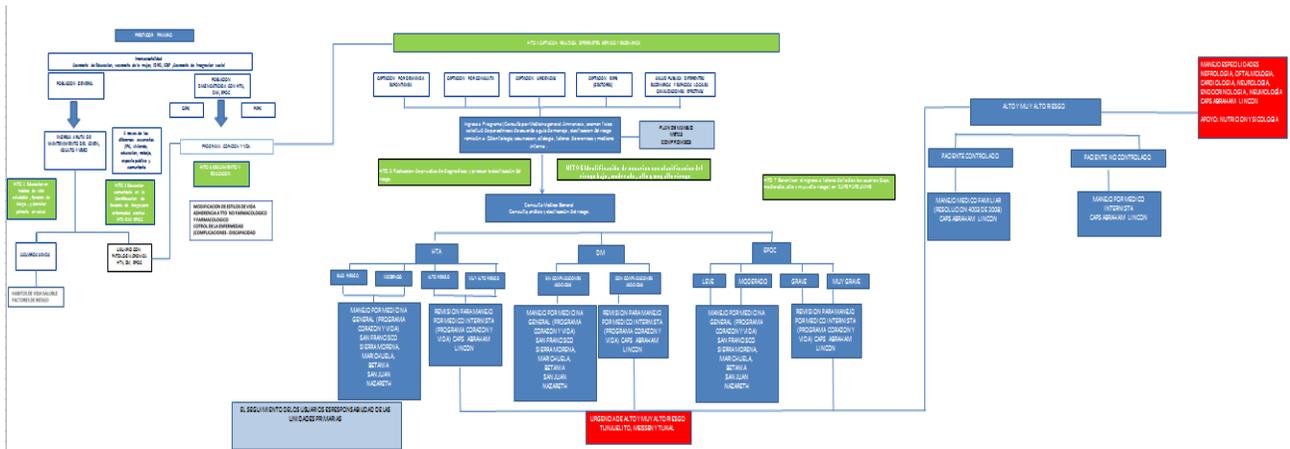
- Inscripción al programa, apertura H.C, asesoría pre-test VIH y Hepatitis B, Clasificación del riesgo, entrega Carnet prenatal, entrega orden laboratorios (CH, RH, prueba no treponemica, urocultivo, VIH, Antg. Hepatitis B, ecografía, invitación curso maternidad y paternidad feliz, educación derechos y deberes de la gestante, consejería lactancia materna, sentencia C355 de 2006, signos de alarma en la gestación, remisión a odontología, vacunación, entrega orden suplementación.
- Valoración odontología, vacunación, curso maternidad y paternidad feliz.
- Consulta control, valoración resultados de exámenes de laboratorio, clasificación del riesgo, Sentencia C355 de 2006, signos de alarma en la gestación, entrega orden,
- Asesoría postest VIH, entrega resultado. Suplementación. Valoración, clasificación del riesgo, define complejidad atención Seguimientos inasistencias, gestantes de alto y bajo riesgo.
- Control enfermería, organización carpeta gestante, entrega orden suplementación,
- Refuerza signos alarma en la gestación.

### Actividades a Desarrollar por parte del Prestador Complementario

- Atención del parto, atención del recién nacido, vacunación recién nacido, educación lactancia materna, signos de alarma posparto, signos de alarma recién nacido.
- Inicio uso inmediato Método de planificación familiar, con cita control en CAPS, remisión inscripción crecimiento y desarrollo, valoración gestante y recién nacido sano, seguimiento telefónico inasistentes control posparto, manejo de Gestante en Estado Crítico (Intermedios-Intensivos), manejo del recién nacido en estado crítico (Básicos- Intermedios-Intensivos)
- Signos de alarma posparto, signos de alarma recién nacido.
- Remisión inscripción crecimiento y desarrollo, valoración gestante y recién nacido.
- Seguimiento telefónico inasistentes control posparto
- Control prenatal alto riesgo obstétrico

### 5.1.3 RUTA DE ATENCION CRÓNICOS

Imagen 7. Flujoograma de atención al paciente crónico



#### Actividades a Desarrollar por parte del Prestador Primario

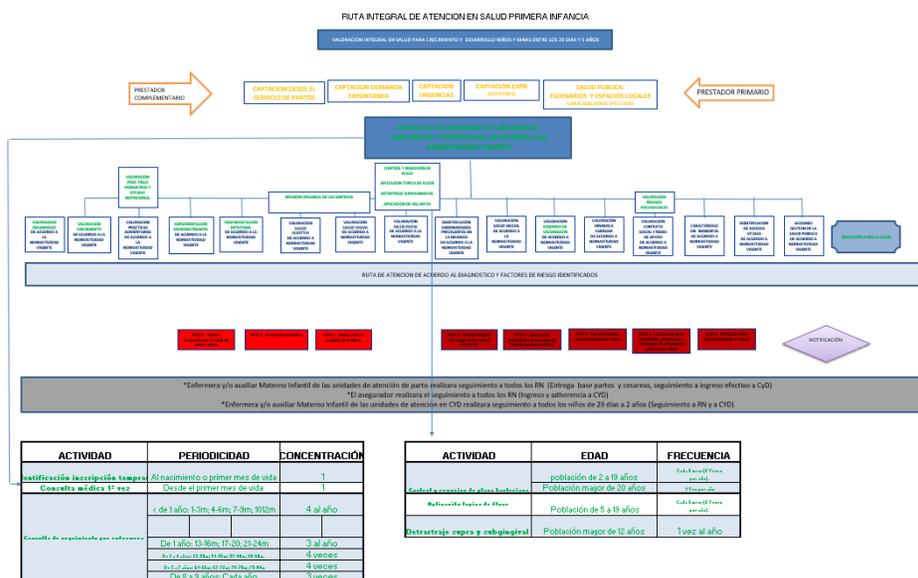
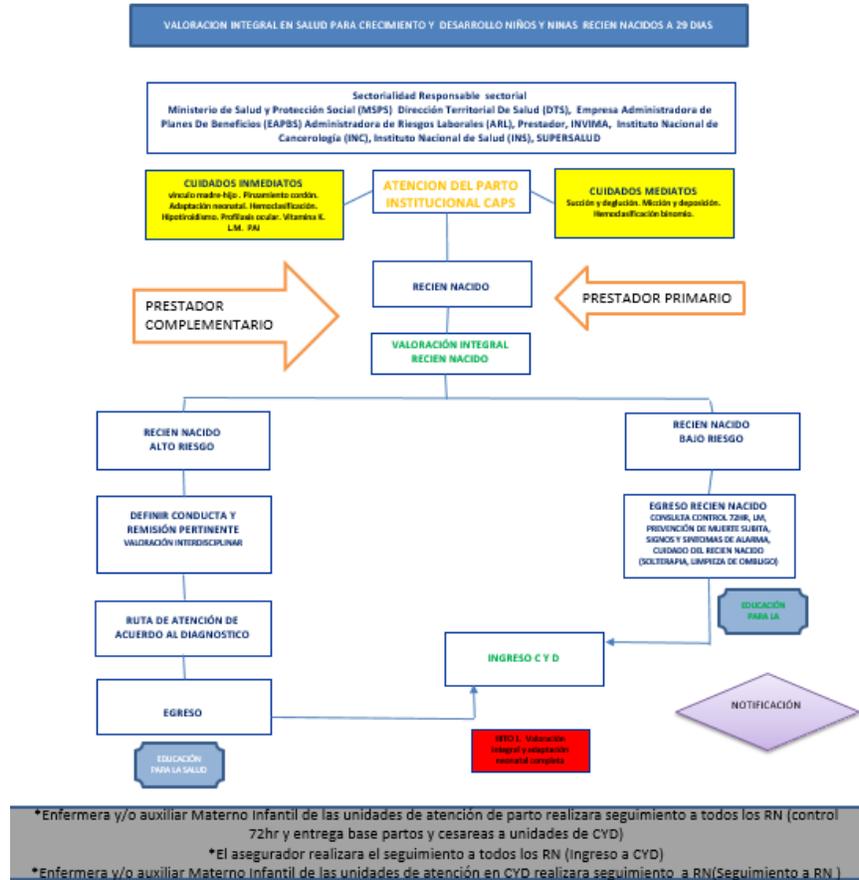
- Educación en hábitos de vida saludable, factores de riesgo y atención primaria en salud
- Educación comunitaria en la identificación de factores de riesgo para enfermedad crónica
- Realización de pruebas de diagnósticas y precisar la clasificación del riesgo.
- Ingreso al programa Corazón y Vida para el manejo de Hipertensión arterial y EPOC leve o moderada, Diabetes Mellitus sin complicaciones asociadas y entrega de medicamentos (valor agregado)
- Seguimiento

#### Actividades a Desarrollar por parte del Prestador Complementario

- Consulta médica especializada para Hipertensión de alto y muy alto riesgo, diabetes mellitus con complicaciones asociadas y EPOC grave y muy grave
- Atención de urgencias de alto y muy alto riesgo
- Manejo del paciente no controlado

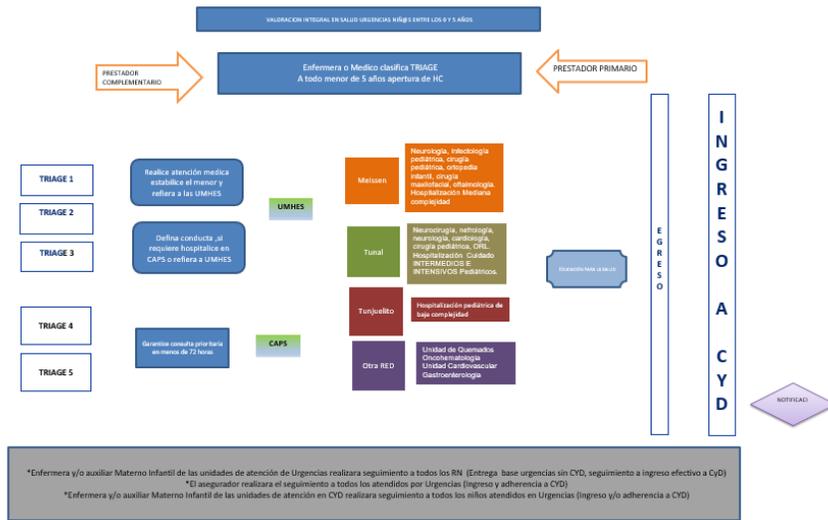
## 5.1.4 RUTA DE ATENCIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Imagen 8. Flujograma de atención Ruta De Mantenimiento de la Salud - Primera Infancia

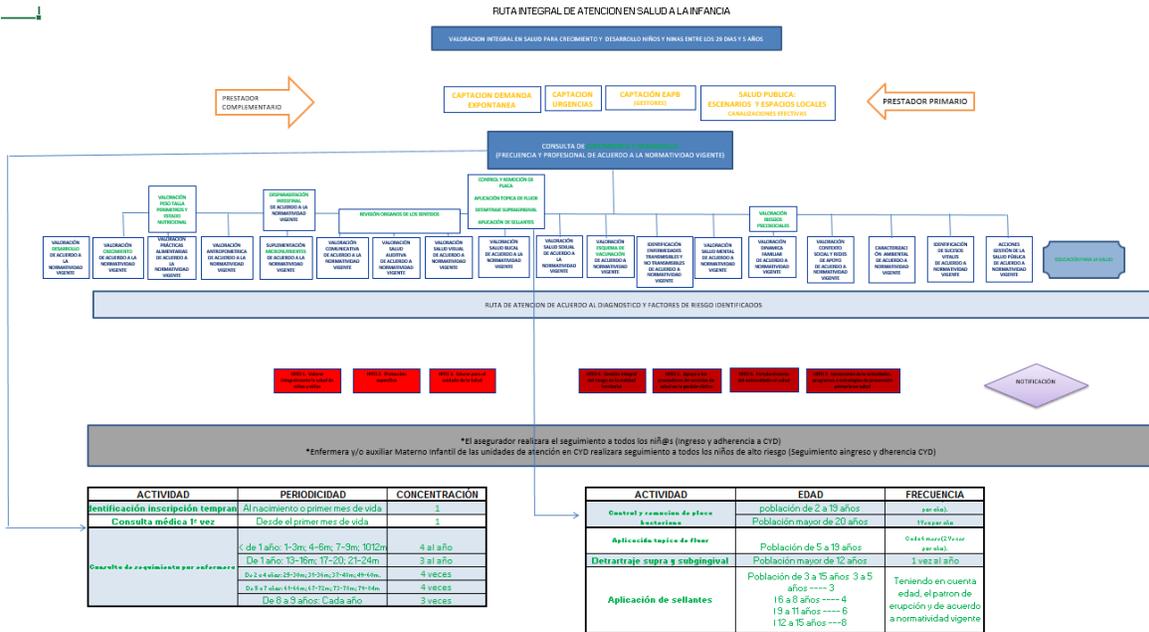


ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	CONCENTRACION
Validación de la inscripción temprana	Al nacimiento o primer mes de vida	1
Cesareta médica 1ª vez	Desde el primer mes de vida	1
Consulta de seguimiento por referencia	< de 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 10-12m	4 al año
	De 1 año: 13-18m; 17-20; 21-24m	3 al año
	De 2 años: 25-30m; 31-36m; 37-42m	4 veces
	De 3 años: 37-42m; 43-48m; 49-54m	4 veces
	De 6 a 9 años: Cada año	5 veces

ACTIVIDAD	EDAD	FRECUENCIA
Control de crecimiento de niños lactantes	población de 2 a 18 años	1 vez al año
Reflexión de niños de 18 años	Población mayor de 18 años	1 vez al año
Reflexión de niños de 18 años	Población de 5 a 19 años	1 vez al año
Control de crecimiento de niños lactantes	Población mayor de 12 años	1 vez al año

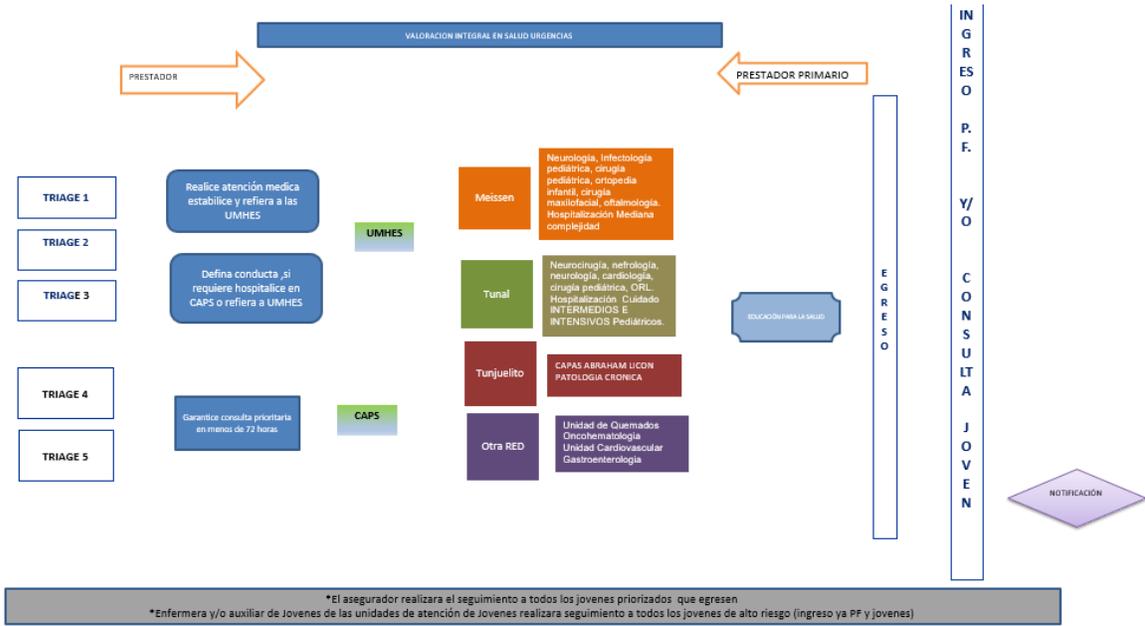


**Imagen 9. Flujoograma de atención Ruta De Mantenimiento de la Salud - Infancia**

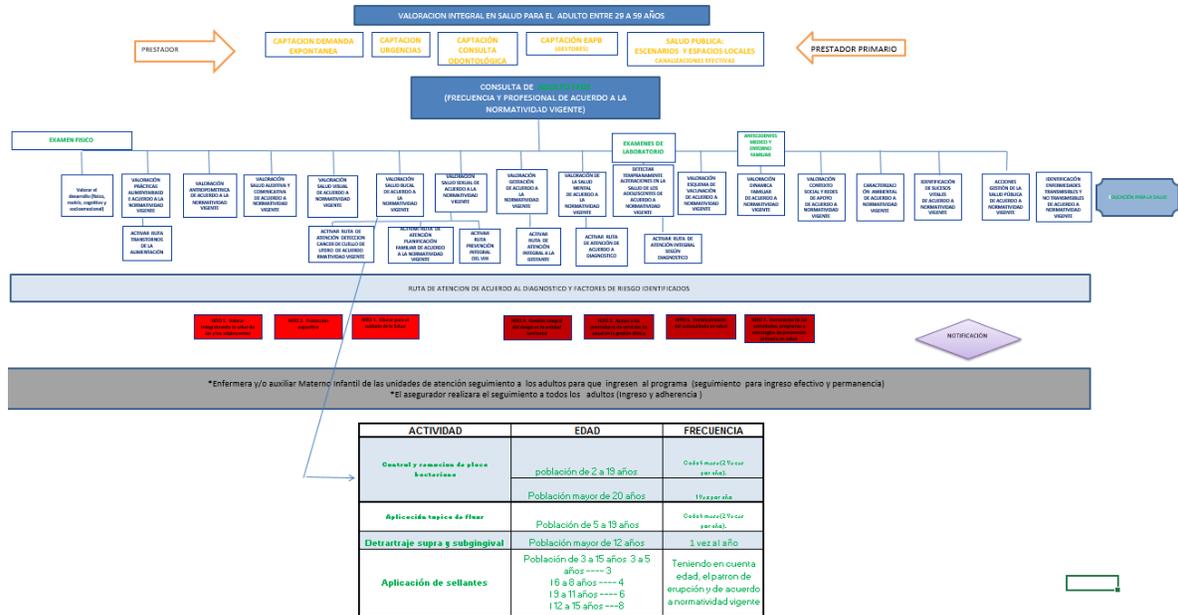




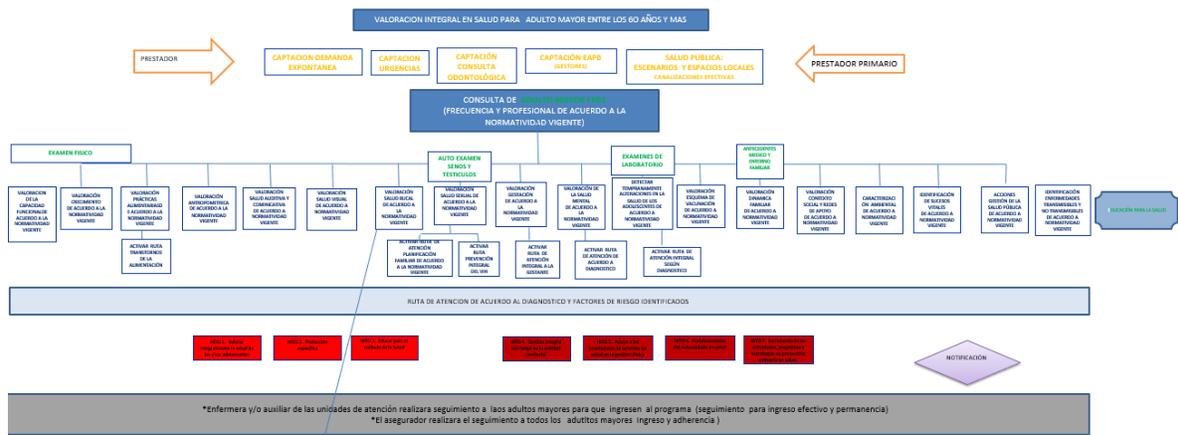




**Imagen 12. Flujograma de atención Ruta De Mantenimiento de la Salud – Adulto**



**Imagen 13. Flujograma de atención Ruta De Mantenimiento de la Salud - Vejez**



\*enfemera y/o auxiliar de las unidades de atención realizara seguimiento a los adultos mayores para que ingresen al programa (seguimiento para ingreso efectivo y permanencia)  
 \*el asegurador realizara el seguimiento a todos los adultos mayores (ingreso y adherencia)

ACTIVIDAD	EDAD	FRECUENCIA
Control y ramoneo de placa bucal	población de 2 a 19 años	Cada 6 meses (2 veces por año)
	Población mayor de 20 años	1 vez al año
Aplicación tópica de flúor	Población de 5 a 19 años	Cada 6 meses (2 veces por año)
Detartraje supra y subgingival	Población mayor de 12 años	1 vez al año
Aplicación de sellantes	Población de 3 a 15 años 3 a 5 años --- 3 6 a 8 años --- 4 9 a 11 años --- 6 12 a 15 años --- 8	Teniendo en cuenta edad, el patron de erupción y de acuerdo a normatividad vigente

## 5.2 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD-GIRS

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), opera los servicios médico asistenciales con un enfoque caracterizado por la atención integral, fundamentado en la gestión del riesgo y en la atención de las personas por medio de servicios accesibles para todos y de atenciones colectivas que a través de la coordinación sectorial e intersectorial afectan positivamente los determinantes sociales de la salud y favorecen la vida, el bienestar, la satisfacción y la felicidad.

La Gestión Integral del Riesgo Salud es la estrategia que permite anticiparse a las enfermedades y a los traumatismos, para evitar se presenten, o si ya existen, detectarlos y tratarlos oportunamente para impedir, o disminuir, su evolución y sus consecuencias; implica la acción coordinada de actores sectoriales y extrasectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean.

El Plan de Intervenciones Colectivas de salud pública , se ordena bajo los conceptos de Gobernanza y de Salud Urbana, como rectores de la operación, en coherencia con el Plan de Desarrollo en formulación, 2016-2020, Bogotá Mejor Para Todos y de acuerdo a los enfoques de gestión del riesgo en salud, APS renovada, curso de vida y determinantes sociales, que operará en coherencia con el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud y con la estrategia de Redes Integrales en Servicios de Salud, para garantizar la efectividad de sus acciones, la cuales están encaminados a reconocer al ciudadano, como el centro de la atención, con una perspectiva de inclusión, equidad y mejorando los resultados en

salud; el ensanchamiento de la red; la intervención efectiva como primer bastión para gestión del riesgo en salud y la garantía del derecho a la salud.

El ordenador para las intervenciones colectivas es la UPZ - Unidades de Planeación Zonal, que para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E fueron priorizadas las siguientes:

**Tabla 7. UPZ priorizadas para intervención por Gestión del Riesgo en Salud**

LOCALIDAD	UPZ PRIORIZADA
USME	Ciudad Usme , Danubio, La Flora
TUNJUELITO	Venecia
CIUDAD BOLÍVAR	Mochuelo, Ismael Perdomo, Lucero, San Francisco

En estas se desarrollan las intervenciones de los siguientes espacios:

- **Vivienda:** Busca implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar y de las personas institucionalizadas, desde un enfoque sistémico que reconozca las particularidades individuales, familiares e institucionales para el mejoramiento de la salud y calidad de vida, la movilización de los recursos familiares e institucionales y la activación de rutas de atención integral para anticiparse a desenlaces negativos. Se realizan proceso de información, educación y comunicación y abordan temáticas relacionadas con salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental y salud ambiental. Según las necesidades identificadas se hace activación de rutas de atención en salud.
- **Educación:** Centra su actuar en contextos en los cuales se brinda atención y se hacen extensivos los procesos de educación inicial, socialización, protección y cuidado, como apoyo adicional al contexto familiar. Se abordan temáticas relacionadas con salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, adecuados hábitos alimenticios, actividad física, adecuado uso del tiempo libre. En los hogares Colombianos de Bienestar Familiar se hace articulación con el programa PAI para hacer seguimiento y garantizar esquema de vacunación en la población.
- **Trabajo:** Pretende afectar positivamente la salud de la población trabajadora de la economía informal del Distrito Capital, a través de la implementación de acciones integradas e intersectoriales que conlleven a la disminución de eventos asociados a las situaciones prevalentes de origen laboral a lo largo de su transcurrir vital en los entornos laborales.
- **Público:** comprende el escenario donde confluyen las relaciones sociales, de identidad y de género que componen la sociedad desde la diversidad de los colectivos, sus formas de interacción en relación con los procesos salud - enfermedad propias y particulares. Las acciones desarrolladas son grupales implementadas por equipo interdisciplinario y se abordan temáticas en salud

relacionadas con los diferentes cursos de vida (infancia, juventud, adultez y adultez mayor).

Así mismo se determinan procesos Transversales, los cuales se describen a continuación:

- **Gobernanza:** Realizar acciones de incidencia y de análisis de condiciones de vida y salud para que los objetivos y la implementación de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales, contribuyan a mejorar la calidad de vida y salud de la población bogotana y de igual forma a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- **Programas y Acciones en Salud Pública:** Es el conjunto de intervenciones tendientes a mejorar la salud y calidad de vida de la población, *mediante el desarrollo de acciones integradas y gestión compartida del riesgo*, aportando a la salud y calidad de vida de la población.
- **Vigilancia en Salud Pública (Sanitaria y Epidemiológica):** Vigilancia epidemiológica de riesgos individuales y colectivos de los eventos de interés en salud pública.

### 5.3 DELIMITACIÓN TERRITORIAL ABORDAJE DIFERENCIAL DE LA RURALIDAD - MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA RURALIDAD– MIASR

El área de cobertura rural de la Subred Sur E.S.E. tiene una extensión total de 107.753,46 ha, representando el 94,1% de la extensión total de la Subred y un 85,78% del área rural del Distrito Capital; cerca del 96,4% de esta extensión rural se encuentra reglamentada mediante Unidad de Planeación Rural (UPR). La localidad con mayor extensión rural es Sumapaz, con una participación del 71.29%, correspondiente a 76.819,43 hectareas (ha), seguido de la localidad de Usme con el 18,66%, es decir, 20,109.21 ha; la localidad con menor extensión rural es Ciudad Bolívar con 10,05%, correspondiente a 10.824,83 ha.

El accionar en ruralidad responde claramente a los retos declarados en la estrategia APS, abordando la respuesta a necesidades, teniendo como eje central el individuo ya que contamos con 15.523 habitantes, por ende el ordenador invariable de la población es el núcleo familiar como consecuencia lógica de la dispersión de las viviendas, que en un 87% se encuentran en área rural dispersa, distando una de otra, entre una y ocho horas de camino por vías de trocha, con un promedio de 3,5 horas. Esta condición hace que para cada individuo, la familia cobre un papel preponderante, ya que aunque interactúe en los espacios de vida, centra su dinámica en el nicho familiar.

## ENFOQUES DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD PARA LA RURALIDAD

**Enfoque territorial:** El enfoque territorial aplicado a áreas rurales es esencialmente integrador de espacios, agentes, mercados y políticas públicas de intervención. Busca la integración del territorio rural a su interior y con el resto de las dinámicas regionales, su revitalización y reestructuración progresiva, y la adopción de nuevas funciones y demandas.

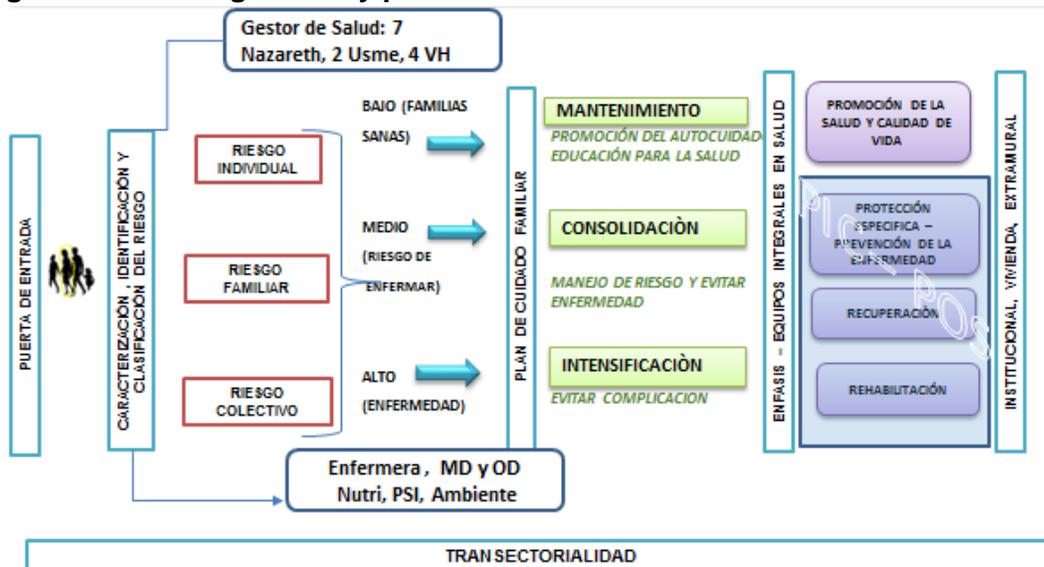
**Enfoque de Derechos:** El modelo de salud basado en los derechos humanos tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud, fortaleciendo la capacidad de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones y empoderar a los titulares de derechos para que exijan eficazmente sus derechos en materia de salud.

**Enfoque Poblacional:** El enfoque poblacional, permite identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica, ambiental, social, económica y movilidad, que influyen en el proceso salud enfermedad de la población de zona rural

**Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud:** El enfoque de los determinantes sociales de la salud difiere del concepto de riesgos individuales, el cual ha orientado las acciones y los servicios de salud en las personas enfermas, por centrar la atención en las características de la población que contribuyen a promover y apoyar la salud.

## RUTA DIAGNOSTICO Y PLANEACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD EN LA RURALIDAD.

Imagen 14. Ruta diagnóstico y planeación del cuidado de la salud en la ruralidad.



Fuente Documento ruralidad Subred Sur. Octubre 2016

La anterior grafica visibiliza el Modelo Integral de Atención en Salud en la Ruralidad, donde la puerta de entrada es el individuo, al cual se le realiza la caracterización, identificación y clasificación del riesgo, de acuerdo con el resultado y previa concertación con la familia se formula el Plan de Cuidado Familiar en el cuál se articulan las acciones PIC - POS, en aras de disminuir la ocurrencia de enfermedad en los individuos y reducir la severidad de las consecuencias, teniendo en cuenta la necesidad de la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo a partir de las activación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

#### **5.4 REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD- REORGANIZACIÓN DE SERVICIOS.**

Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud.

La RED se define a partir de 1. Las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial; 2. La caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población afiliada en el respectivo entorno territorial y consecuente con: 3. Los requerimientos de las RIAS y 4. Los resultados de la definición de grupos poblacionales y grupos de riesgo del territorio donde esté autorizada para operar la red.

Esto implica que las redes, para su planificación, dimensionamiento, desarrollo e implementación, deben tener explícitos los criterios y procesos que propicien una prestación de servicios de salud configurada desde los requerimientos de la demanda y su correspondiente arreglo institucional y no al arbitrio de los agentes institucionales del Sistema.

Cada RED debe consolidarse para una población y un entorno territorial de referencia, su conformación debe sustentarse en los resultados del ASIS del territorio, la caracterización de las aseguradoras y debe atender las prioridades del Plan Territorial de Salud. Por esta razón, su proceso de configuración debe incorporar los conceptos del Asegurador en cuanto a los riesgos individuales de la población asegurada, los de la entidad territorial frente a los determinantes y riesgos colectivos de las poblaciones y del conjunto de prestadores en lo concerniente a los procesos de gestión clínica de pacientes, referencia y contra referencia dentro de la propia red.

Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales:

**Componente primario de prestación**, encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. Gradual y progresivamente, este componente deberá resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población

El componente primario deberá estar conformado y organizado de la siguiente manera:

- Como un conjunto de servicios habilitados (servicios primarios) por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos) en un territorio, que como contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por los aseguradores y entidades territoriales, de acuerdo a su función de atención integral en salud, para su población objeto.
- Como prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos), es decir, que cuentan con el conjunto de procesos y servicios primarios habilitados, y cumplan además con los estándares y criterios definidos por el MSPS para dar alcance a los objetivos planteados, para la atención integral en salud en lo concerniente al componente primario de la red (capacidades y condiciones soportadas en instrumentos, procesos, procedimientos e insumos); y que contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por los aseguradores y entidades territoriales para asegurar la atención integral de acuerdo a sus competencias.
- Como una combinación de las anteriores, dependiendo de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta existente en el territorio para garantizar la implementación de la RIAS y de las demás necesidades y problemas en salud de la población.

**Componente Complementario de Prestación**, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

### **Prestador Componente Primario**

El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario; los prestadores primarios contribuyen a soportar los procesos de

gestión individual del riesgo en salud agenciadas por los aseguradores, así como algunas intervenciones colectivas, a cargo de las entidades territoriales, en lo pertinente a cada caso y en función de la conformación y organización de la red de prestación de servicios de salud de la aseguradora

El prestador primario debe contar con capacidad para identificar y analizar todas las necesidades en salud de toda su población adscrita, resolver los problemas más frecuentes y gestionar las respuestas que requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario o de otros sectores. Adicionalmente, lidera la planeación del trabajo intersectorial y la participación comunitaria que requiere el cuidado primario de su población adscrita.

En la Subred se han definido las siguientes Unidades de Servicios de Salud como prestadores primarios y complementarios:

### Propuesta Reorganización Puntos de Atención Subred Sur - Prestador Componente Primario

#### CENTROS DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD CAPS

Son Centros de Atención Prioritaria en Salud que nacen con el fin de descongestionar los servicios de urgencias en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud –USS-, dirigidos a los usuarios que necesiten una atención integral en salud de forma ágil oportuna Recibirán, además, servicios de medicina general, especialidades (Medicina Interna, Ginecología y Pediatría), consulta prioritaria (Triage 4 y 5), toma de muestras y salas ERA.

Tabla 8. CAPS Subred Sur

LOCALIDAD	CAPS	SERVICIOS
USME	CAPS Marichuela - T1 (En funcionamiento actualmente - Transitorio) El Virey (APP) (En definición)	<b>CAPS TIPO 1</b> Medicina General Enfermería Odontología Medicina Especializada: (Ginecología - Medicina Interna – Pediatría ) Psicología Nutrición Procedimientos Menores PYD Sala ERA Terapia Respiratoria Trabajo Social Optometría Servicio Farmacéutico Toma de Muestras Imagenología (Rayos X convencional, ecografía, EKG, Rayos X salud oral) Gestores comunitarios (20 en promedio) Auditorio
	CAPS Danubio - T 1 (Atención Prioritaria )	
	2	
CIUDAD BOLIVAR	CAPS Meissen - T2	Sala ERA Terapia Respiratoria Trabajo Social Optometría Servicio Farmacéutico Toma de Muestras Imagenología (Rayos X convencional, ecografía, EKG, Rayos X salud oral) Gestores comunitarios (20 en promedio) Auditorio
	CAPS Candelaria La Nueva - T1	
	CAPS Manuela Beltrán - T 1	
	CAPS Vista Hermosa– T 1 Urgencias	
	4	
TUNJUELITO	CAPS Tunal - T1 con supra-especialidad de Gastroenterología-clínica de dolor y Cardiología	

	CAPS Abraham Lincoln – T 2 (En Funcionamiento -Transitorio), Medicina Alternativa	CAPS TIPO 2 Supra- Especialidades
	2	
<b>TOTAL SUBRED</b>	<b>8</b>	

**Tabla 9. Unidades de Atención Especiales Subred Sur**

LOCALIDAD	UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SERVICIOS
USME	USME (Pueblo)	Consulta Externa /Hospitalización / Urgencias/ Partos
	SANTA LIBRADA	Consulta Externa /Hospitalización / Urgencias
CIUDAD BOLIVAR	JERUSALEN	Consulta Externa / Urgencias
SUMAPAZ	NAZARETH (RURAL)	Consulta Externa Salud mental, enfermería
	NAZARETH CENTRO E DESARROLLO DE POTENCIAL HUMANO (RURAL)	
	SAN JUAN (RURAL)	
TUNJUELITO	EL CARMEN	Salas de cirugía Baja Complejidad – Extensión servicios UMHEs El Tunal

**TABLA 10. Unidades de atención enfocadas en P y D**

LOCALIDADES	UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
USME (8 SEDES)	SANTA MARTHA	YOMASA
	LA FLORA	DESTINO (RURAL)
	REFORMA	ARRAYANES
	SAN JUAN BAUTISTA	UNION (RURAL)
CIUDAD BOLIVAR (9 SEDES)	PASQUILLA (RURAL)	PARAISO
	CASA DE TEJA	MOCHUELO (RURAL)
	SAN FRANCISCO	SIERRA MORENA
	ISMAEL PERDOMO	SAN ISIDRO
TUNJUELITO (1 SEDES)	POTOSÍ	
	ISLA DEL SOL	

**Tabla 11. Otras unidades de atención**

LOCALIDAD	UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SERVICIOS
USME 1	BETANIA	Terapia Física, Ocupacional y Lenguaje
TUNJUELITO 4	VENECIA	Terapia Física, Ocupacional y Lenguaje – Urgencias (Transitorio)
	TUNJUELITO	Expansión UHMES Tunal Medicina Interna
	EL CARMEN SALUD ORAL	Servicios Especializados
	SAN BENITO	Unidad de Salud Mental Día
CIUDAD BOLIVAR 5	LA ESTRELLA	Salud Mental
	EL LIMONAR	Rehabilitación ( Proyectos Discapacidad)
	CANDELARIA	Expansión Urgencias UMHES Meissen
	MANUELA BELTRAN	Expansión Urgencias UMHES Meissen
	MEISSEN – Apoyo Diagnóstico	Transitorio pasa a Torre 2

### Propuesta Reorganización Puntos de Atención Subred Sur por prestador Componente complementario

### UNIDADES MÉDICAS PARA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA UMHES

Unidades médicas para hospitalización especializada. Atenderán hospitalización y cirugías de mediana y alta complejidad.

Tabla 12. Unidades Médicas para Hospitalización Especializada

LOCALIDAD	UHMES	SERVICIOS
USME	UHMES Usme (APP)	UCI Adultos (Intermedio - Intensivo) Sala de Cirugía Hospitalización (General – Obstétrica – Pediátrica) Urgencias General Especialidades básicas (Medicina Interna, pediatría, Gineco- Obstetricia) <b>Supra</b> especialidades (Cirugía) Imagenología y laboratorio de alta complejidad
CIUDAD BOLIVAR	UMHES Meissen	<u>Especializada en Materno Perinatal - Infantil</u> <u>Trauma</u> UCI Adultos (Intermedio – Intensivo) UCI Neonatal y pediátrica. Sala de Cirugía Sala de Partos Hospitalización (General – Gineco Obstetricia y Pediatría , Ortopedia) Urgencias Imagenología y laboratorio de alta complejidad

TUNJUELITO	UMHES Tunal	<b><u>Especializada en Manejo de Enfermedades Crónicas – CCV – Metabólicas – EPOC - INFECCIOSAS</u></b> UCI Adultos (Intermedio – Intensivo) Sala de Cirugía Hospitalización (General – Medicina Interna - Especializadas) Urgencias General Imagenología y laboratorio de alta complejidad
		<b>TOTAL SUB RED 3</b>

## 6 SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Con el fin de evaluar el modelo de atención y prestación propuesto para la Subred Sur E.S.E, se cuentan con los siguientes indicadores:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Numero de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía Atención enfermedad Hipertensiva	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación.
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detención temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia

Evaluación de aplicación de Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE / Total historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia
Evaluación de aplicación de guías para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE.	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad/Total historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante la vigencia
Evaluación de aplicación de guías para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Número de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalarios tratados en la ESE con intento de suicidio a quienes se les aplicó estrictamente la guía para prevención de suicidios adoptada por la entidad/ Total historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio durante la vigencia.
Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	—Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. —(Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior).
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia.
Reingreso por el Servicio de Urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.
Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.
Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas pediátricas.
Oportunidad en la atención gineco obstétrica.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta médica gineco obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco obstétricas asignadas en la institución.
Oportunidad en la atención de medicina interna.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al Programa de control prenatal de la ESE a más tardar a la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas
Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	Número de Recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.
Oportunidad en la consulta psiquiátrica.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Oferta y demanda de camas en unidades de cuidado intensivo para adulto. Una revisión sistemática de literatura*, Caridad Herrera Erazo, Juan Ernesto Rojano Rodríguez, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de ciencias económicas y administrativas. Maestría en administración de salud, Bogotá d. c. 2013
2. *Política de Atención Integral en Salud*. Ministerio de Protección Social.
3. *Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C: 2016 -2020* Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C. 2016