

IMPACTO DE LA INVERSIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE BOGOTÁ

KELLY LAURA DO'SANTOS DOSANTOS

AUTOR

LUIS GABRIEL FERRER

ASESOR

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

DIRECCION DE POSTGRADOS

ESPECIALIZACION EN FINANZAS Y ADMINISTRACION PÚBLICA

SEPTIEMBRE 27

## Resumen

Este ensayo analiza brevemente la situación de la salud en el Distrito capital, como elemento estructural de la política de inversión que el Estado colombiano debe desarrollar para satisfacer las necesidades de su población, para ello se tiene en cuenta el sistema de salud, dándole principal relevancia al régimen subsidiado, por ser este el principal elemento de referencia para el gobierno, debido a que en él se encuentra la población con mayores necesidades primarias. Se enuncian las características del sistema, sus actores, las instituciones que intervienen, los proyectos que se están desarrollando, sus alcances e impacto, las limitaciones del mismo y por último se plantean algunas alternativas de mejoramiento a las dificultades encontradas.

Palabras clave: Sistema de salud, Bogotá, Régimen subsidiado, inversión social, servicios de salud.

## Abstract

This paper briefly discusses the health situation in the Capital District, as a structural element of the investment policy of the Colombian State must develop to meet the needs of its population, for it takes into account the health system, giving primary relevance to the subsidized regime, as this is the main point of reference for the government because it is the population with higher primary needs. The characteristics of the system, its actors are set, the institutions involved, the projects that are being developed, its scope and impact, its limitations and finally some improvement alternatives faced by the difficulties encountered.

Introducción,

Este ensayo pretende analizar la situación de la salud en el Distrito capital, como elemento estructural de la política de inversión que el Estado colombiano debe desarrollar para satisfacer las necesidades de su población; ya que es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política de Colombia, lo cual convierte al servicio de salud en una función primordial, que debe buscar los mejores mecanismos de funcionamiento que permitan su adecuado uso, prestación y total cubrimiento.

Así mismo, este ensayo sirve como documento informativo para quienes viven en la capital, y deseen conocer los alcances del sistema de seguridad social en salud, ya que sin importar de que clase social provengan, en algún momento de la vida necesitarán la prestación de este tipo de servicios, sean de carácter público o privado. Si el ciudadano desconoce los derechos y deberes que tiene cuando accede a un servicio de salud, podrán ocurrir dos escenarios, el primero, no podrá exigir adecuadamente lo que necesita, por ejemplo: médicos idóneos, procedimientos en los tiempos requeridos, medicamentos, buena atención, cobertura, etc; y como segundo, exigirá cosas que no están cubiertas o contempladas dentro de la norma.

Por su parte, como profesional que espera desempeñarse en el sector público, el autor desea mantenerse actualizado en el tema de la salud teniendo en cuenta que es un tema que involucra a toda la población, y desea desde la academia formular alternativas de solución para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios

de mayor calidad, incluyente y equitativo en pro del bienestar común, en coordinación con el Estado, las instituciones y la sociedad, siempre pensando en el bien común.

Otro aspecto que está ligado al cumplimiento de la función social del estado es la generación e inversión de los recursos en el campo de la salud, se podría decir que un eficiente manejo de las finanzas públicas, por parte de los funcionarios, se verán reflejados en el crecimiento y desarrollo de los servicios brindados por el gobierno a través de sus diferentes entes, y esto a su vez se materializará en el bienestar común. Además los hechos recientes (El paro Nacional que involucra a entidades del sector salud, las protestas de funcionarios inconformes y la liquidación de empresas prestadoras del servicio, entre otros) muestran una coyuntura desfavorable para Colombia donde el desempeño del Estado en la toma de decisiones o ejecución de políticas sociales es muy cuestionado; sin embargo, no se deben desconocer los avances que ha tenido Colombia en materia de salud, teniendo en cuenta que se empezó de cero, y que todo proceso lleva tiempo, además de que hay factores que influyen en el desarrollo de toda política de un país, sin importar si es social, económica, política o ambiental.

Por ultimo con este ensayo se espera tener una visión objetiva de la situación de la salud en Bogotá teniendo en cuenta, que en gran medida es el resultado de una política social que el gobierno desarrolla, pero que también hay una serie de elementos sociales, culturales, políticos y demográficos que impactan su funcionamiento y estabilidad.

## IMPACTO DE LA INVERSIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE BOGOTÁ

### Evolución Del Marco Normativo Sobre La Salud En Colombia

Los avances normativos en cuestión de salud empezaron a evidenciarse desde 1902, los cuales estuvieron encaminados a la aplicación de leyes que tenían como objeto principal implementar medidas para controlar la propagación de enfermedades tales como la cólera, la fiebre amarilla y la peste que, a comienzos del siglo xx se habían convertido en una epidemia masiva, lo anterior para dar cumplimiento a las resoluciones expedidas en conferencias internacionales de sanidad, que se llevaron a cabo en diferentes países. La evolución de dichas normativas, se dio de la siguiente forma:

NORMAS	ELEMENTOS PRINCIPALES
Acuerdos 4 y 5 de 1905	Profilaxis de la peste bubónica para los puertos y profilaxis de la fiebre amarilla.
Ley 17 del 21 de agosto de 1908	Creó un sistema de sanidad portuaria, marítima, fluvial y terrestre.
Ley 1ª de 1931	Fundó el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, encargada de dirigir y reglamentar estas dos áreas.
Decreto 2392 de 1931	Organizó el ministerio por departamentos: Nacional del Trabajo, Cooperativas y Previsión Social, Servicios Coordinados de Higiene, Lucha Antileprosa, Protección Infantil y Materna, Asistencia Social e Ingeniería Sanitaria.
Ley 96 - Gobierno de Eduardo Santos (1938-1942)	Creación del Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social.
la Ley 27 de 1946	Los asuntos laborales y de la seguridad social quedaron a cargo del Ministerio del Trabajo, que antes hacían parte del ministerio de higiene y salud pública.
Decreto Nº 1423 de 1960	Formuló "el Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública -1962 a 1971- en desarrollo de la Alianza para el Progreso.
Decreto Nº 2470 del 25 de septiembre de 1968	Creó el Sistema Nacional de Salud.
Decreto Ley Nº 526 de 1.975	Reglamentó el subsector oficial donde se encontraban los subsistemas nacionales de inversión, planeación, información, suministros, personal e investigaciones.
Decretos-Ley números 056 y 350 de 1975	Constituyeron 33 Servicios Seccionales de Salud y 107 Unidades Regionales de Salud.
Decretos-Ley números 356 y 695 de 1.975	Definieron dos regímenes de las instituciones de salud al SNS: el régimen de adscripción y el régimen de vinculación.

Ley 10 de enero 10 de 1990	Descentralización de los servicios de salud a cargo del Estado, de la Nación hacia los departamentos y hacia los municipios.
Artículos 48 y 49 de la Constitución Política	La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.
Ley 100 de 1993	El Estado garantizará la afiliación de todos los colombianos al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el año 2001
Ley 1438 de 2011	Se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Cuadro No.1 - EVOLUCIÓN DEL MARCO NORMATIVO DE SALUD EN COLOMBIA

Fuente: El autor.

En 1946 la salud pública solo recibía recursos de la caridad por lo que no había prestación de servicios en salud, excepto lo referente a la erradicación de las enfermedades contagiosas.

Ya en 1951 ante la necesidad de ampliar el ámbito de acción del gobierno en pro del mejoramiento de la salud se creó el “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Pública en Colombia”, para poder desarrollar este esquema se puso en funcionamiento la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud en 1956. (Bustamante, 1955).

Aunque los avances eran importantes, fue con la Carta de Punta del Este<sup>1</sup> que se le empezó a dar un tratamiento integral al tema de la salud, al establecer metas ambiciosas en pro de la salud pública, por ejemplo se establecieron políticas a favor de la buena nutrición que aumentara la esperanza de vida al nacer y la capacidad de aprender y producir, para lograr lo anterior se emitió el Decreto N° 1423 de 1960. (Colombia MSP, 1961a). Más adelante con el Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>2</sup> se empezó a ver la salud como una inversión, que debía planificarse y coordinarse entre los diferentes entes para conseguir una adecuada asignación y

<sup>1</sup> La Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial de la Organización de Estados Americanos (OEA) celebrada en Punta del Este en agosto de 1961

<sup>2</sup> definida como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad”

uso de recursos. Con estas nuevas condiciones se diferenciaban tres subsectores: oficial, privado y de seguridad social. Así mismo se establecieron los niveles administrativos -nacional, seccional, regional y local y los tres niveles de atención, según su complejidad tecnológica.

Posteriormente el gobierno de Belisario Betancur formuló y presentó en diciembre de 1984 el “Plan Nacional para la Supervivencia de la Infancia”<sup>3</sup>, que se enfocó en cinco políticas: 1. Reducción de la morbimortalidad 2. Educación en salud y participación de la comunidad; 3. Ampliación de coberturas con Atención Primaria; 4. Desarrollo institucional y modernización administrativa; y 5. Activación técnica y científica del sector (Palacio Hurtado, 1986: 2-3). En este punto la salud ya era considerada como un derecho fundamental de la población, siendo la familia el punto de enfoque, además, se impulsó el aseguramiento voluntario o privado para trabajadores independientes de ingresos medios, y se promovió la ampliación de la participación comunitaria. Por último el plan busco “descentralizar la prestación de servicios de salud a nivel local, por medio de la incorporación de los municipios al SNS” (Colombia, DNP, 1987: 81-88).

En el siguiente decenio aparece Ley 10 de enero 10 de 1990, “por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”. Esta norma también pretendió diferenciar el servicio público de salud del carácter de las instituciones que lo prestan, definir las condiciones que determinaban cuando un servicio era gratis y obligatorio o cuando tenía que asumirlo la población. En el grupo de los gratuitos y obligatorios quedarían los servicios “básicos”, los de asistencia pública para indigentes y los de urgencias (Jaramillo, 1990: 279).

---

<sup>3</sup> Posteriormente se llamó “Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil” (PNSDI)



Con la reforma de la Carta Magna en 1991, se reivindica la salud como derecho fundamental de la población. De allí parte el compromiso constitucional que tiene el Estado para brindar un total y adecuado cubrimiento de los servicios de salud.

Es importante observar que a partir de lo consagrado en la Constitución Política de Colombia, se están haciendo esfuerzos para hacer efectiva la normatividad establecida en la Carta. Por lo anterior, se expidió la Ley 100 de 1993, que entre otras cosas desarrolla el sistema de salud actual a través de dos mecanismos: el régimen contributivo y el subsidiado. Esta fue el soporte jurídico que reglamento todos los aspectos referentes a la salud, hasta 2011 que se expidió la Ley 1438, esta contempla entre otros: Garantizar la afiliación al sistema de salud de todos los que viven en Colombia y nacionaliza la atención, promover un sistema de salud más equitativo, tener sistemas actualizados e integrales del plan de beneficios con base en las necesidades, estudios y adelantos científicos y tecnológicos, con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicio, hace gratuita la prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, establece beneficios especiales para los niños garantizando la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de las enfermedades, atención a niños de forma gratuita, sin importar el régimen en el que estén afiliados, cuando sean víctimas de violencia física o sexual. Desafortunadamente, lo contemplado en la norma es un ideal que está lejos de la realidad y si no se hacen profundas reformas estructurales pasara mucho tiempo antes de conseguir resultados aceptables.

## Componentes Del Sistema De Salud Del Distrito Capital

El sistema de salud distrital tiene cuatro componentes, el primero es el financiamiento que está compuesto por todos los recursos con los que cuenta el sistema para funcionar y desarrollar su objeto social, más adelante se establecerán las fuentes de los mismos. El segundo elemento a tener en cuenta es la entidad administradora que en el caso de Bogotá es la Secretaria Distrital de salud, esta entidad le da orientación y supervisión a todo el sistema. El otro grupo que interviene son los proveedores de bienes y servicios, aquí encontramos la red de hospitales, clínicas, centros de salud y profesionales de la salud que prestan los servicios médicos, y deben tener una estrecha relación con la demanda. Por ultimo encontramos el grupo objetivo es decir, los usuarios y/o beneficiarios que son los destinados a recibir todos los beneficios que el sistema genera. Dentro de este último está el régimen subsidiado que es el punto en el que se hará mayor énfasis debido a que en él se encuentra la población con mayores necesidades.

Como se dijo anteriormente el sistema de salud en Colombia se divide en dos grandes grupos. Por un lado se encuentran las personas con capacidad de pago que tienen un vínculo laboral, a través del Régimen Contributivo, y por el otro, aquellas personas pobres y vulnerables mediante la afiliación al Régimen Subsidiado, que se debe regir por las normas que establece el Estado debido a que la vinculación de dichas personas se hace con recursos públicos.

La afiliación al régimen subsidiado es responsabilidad directa de la Secretaria Distrital de Planeación. El proceso de afiliación de la población más pobre se realiza mediante seis actividades; la primera de ellas es la identificación, este proceso se realiza mediante la aplicación

de la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN<sup>4</sup>. La segunda es la focalización, dependiendo de los recursos con que cuenta el Distrito se debe proceder a la selección de la población, permitiendo que las familias más necesitadas tengan la posibilidad de ser afiliadas. La tercera es la inscripción, Una vez las personas están identificadas como beneficiarias del subsidio en salud se procede a emitir los listados, que son entregados a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), o Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S)<sup>5</sup>; así mismo, se les informa a los beneficiarios del subsidio para que escojan libremente la ARS. El cuarto paso es la verificación, donde el beneficiario debe informarse sobre la red prestadora de servicios de salud que le ofrece la ARS seleccionada, así como las direcciones y los procedimientos para el acceso a los servicios de salud; actualmente hay 22 ESE en Bogotá, Ver cuadro N° 1. El siguiente paso que se debe superar es la afiliación; Para este efecto, los beneficiarios deben diligenciar los formatos previamente establecidos por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, los cuales deben ser elaborados por la cabeza de familia, teniendo en cuenta la libre elección. Por último, la Prestación de los Servicios de Salud; Los formularios son enviados de las ARS a la Secretarías de Salud distrital para su verificación; una vez realizado este proceso, la autoridad territorial emite los listados de las personas autorizadas para ser afiliadas por cada una de las ARS. De esta forma, las Administradoras del Régimen Subsidiado tienen la responsabilidad de entregar a sus afiliados un carné que identifica al beneficiario como afiliado al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud y con éste puede hacer uso de los derechos en salud adquiridos como afiliado.

---

<sup>4</sup> conocida como la herramienta diseñada por el gobierno nacional para la identificación de beneficiarios de programas sociales

<sup>5</sup> Estas son: CAPRECOM, COLSUBSIDIO, ECOOPSOS, HUMANA VIVIR, SALUD CÓNDOR, SALUD TOTAL, SOLSALUD Y UNICAJAS.

Por otra parte el plan de desarrollo del Alcalde Mayor establece en uno de sus proyectos un ítem de salud gratuita a niños y niñas entre uno y cinco años, personas mayores de sesenta y cinco años, y personas en condición de discapacidad severa esto implica que tendrán derecho a los servicios de salud sin importar su condición social y/o EPS.

#### Fuentes De Financiación Del Sistema De Salud Pública Para Bogotá

La salud pública de Bogotá está financiada por dos grandes grupos. El primero está conformado por todos aquellos recursos generados por las entidades territoriales como resultado de las diferentes actividades comerciales y financieras que ellas realizan, dentro de estos tenemos los ingresos no corrientes no tributarios y los recursos de capital. El segundo gran rubro son los recursos que recibe el distrito a través de las transferencias que la administración central transfiere a todas las entidades territoriales del país y que están destinadas a financiar los servicios de salud, educación, agua potable y saneamiento básico. Para el caso de la salud en Bogotá esa cifra corresponde al 24.5% del total.

PRESUPUESTO DE RENTAS E INGRESOS 2013 - 2012			
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - FFDS			
CONCEPTO	AÑO 2012	AÑO 2013	VARIACION %
	Pesos \$	Pesos \$	
	PRESUPUESTO	PRESUPUESTO	
INGRESOS	685.400.593,000	1.125.983.204,000	64,28
INGRESOS CORRIENTES	176.014.987,000	171.975.841,000	-2,29
NO TRIBUTARIOS	176.014.987,000	171.975.841,000	-2,29
Multas	1.331.075,000	1.350.694,000	1,47
Otras Multas	1.331.075,000	1.350.694,000	1,47
Rentas Contractuales	1.055.229,000	890.731,000	-15,59
Otras Rentas Contractuales	1.055.229,000	890.731,000	-15,59
Participaciones	172.660.157,000	166.436.764,000	-3,60
Consumo de Cerveza	57.916.920,000	53.255.681,000	-8,05

Consumo de Licores	26.339.402,000	25.140.609,000	-4,55
Ingreso Producido Lotería	11.734.692,000	10.939.158,000	-6,78
Lotería de Bogotá	8.929.452,000	8.300.072,000	-7,05
Loterías foráneas	2.805.240,000	2.639.086,000	-5,92
Ingreso por Juego de Apuestas Permanentes	33.935.737,000	33.323.680,000	-1,80
Juegos de Suerte y Azar	26.029.097,000	27.173.327,000	4,40
Juegos de Suerte y Azar - ETESA	25.949.097,000	0,000	
Juegos Promocionales D.C.	80.000,000	83.000,000	3,75
Coljuegos		27.090.327,000	
Sobretasa Cigarrillos	15.699.309,000	15.699.309,000	0,00
Sobretasa Cigarrillos Nacionales	5.471.475,000	5.471.475,000	0,00
Sobretasa Cigarrillos Importados	10.227.834,000	10.227.834,000	0,00
Premios No reclamados	1.000.000,000	900.000,000	-10,00
Ingresos Producido Lotería	1.000.000,000	900.000,000	-10,00
Lotería de Bogotá	1.000.000,000	900.000,000	-10,00
Otras Participaciones	5.000,000	5.000,000	0,00
Otros Ingresos No Tributarios	968.526,000	3.297.652,000	240,48
TRANSFERENCIAS	326.818.519,000	399.293.382,000	22,18
NACIÓN	326.818.519,000	399.293.382,000	22,18
Otras Transferencias Nación	326.818.519,000	399.293.382,000	22,18
FOSYGA	252.719.319,000	304.293.382,000	20,41
Otras Nación	74.099.200,000	95.000.000,000	28,21
RECURSOS DE CAPITAL	182.567.087,000	554.713.981,000	203,84
RECURSOS DE BALANCE	154.628.807,000	538.713.981,000	248,39
Recursos Reservas	21.328.807,000		
Otros Recursos de Balance	133.300.000,000	538.713.981,000	304,14
Otros Recursos de Balance de Destinación Especifica	133.300.000,000	538.713.981,000	304,14
RENDIMIENTOS POR OPERACIONES FINANCIERAS	27.903.788,000	16.000,000	-99,94
Rendimientos Provenientes de Recursos de Destinación Especifica	27.903.788,000	16.000,000	-99,94
EXCEDENTES FINANCIEROS DE LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y UTILIDADES EMPRESAS	34.492,000		-100,00
TOTAL RECURSOS ADMINISTRADOS	685.400.593,000	1.125.983.204,000	64,28

Cuadro No. 2 - PRESUPUESTO DE RENTAS E INGRESOS 2013 - 2012

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Presupuesto PREDIS. Cálculos Propios.

PRESUPUESTO DE RENTAS E INGRESOS 2013 - 2012			
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - FFDS			
	AÑO 2012	AÑO 2013	
	Pesos \$	Pesos \$	
CONCEPTO	PRESUPUESTO	PRESUPUESTO	VARIACION %
Transferencias			
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	993.555.421,000	1.108.857.490,000	11,60
Aporte Ordinario	567.672.749,000	650.355.490,000	14,57
Vigencia	435.728.288,000	633.039.362,000	45,28

Vigencia Anterior	127.494.461,000	16.396.128,000	-87,14
Reservas	109.836.536,000		
Pasivos Exigibles	17.657.925,000	16.396.128,000	-7,15
Rendimientos Financieros SGP	4.450.000,000	920.000,000	-79,33
Sistema General de Participaciones	425.882.672,000	458.502.000,000	7,66
Participaciones para Salud - Oferta	50.000.000,000	50.443.000,000	0,89
Participaciones para Salud - Régimen Subsidiado	258.301.985,000	275.242.482,000	6,56
Continuidad	258.301.985,000	275.242.482,000	6,56
Vigencia Actual	258.301.985,000	275.242.482,000	6,56
Participaciones para Salud - Salud Pública	54.115.898,000	66.964.000,000	23,74
Participaciones para Salud - Oferta - Aportes Patronales	63.464.789,000	65.852.518,000	3,76
TOTAL TRANSFERENCIAS	993.555.421,000	1.108.857.490,000	11,60
TOTAL RENTAS E INGRESOS	1.678.956.014,000	2.234.840.694,000	33,11

Cuadro No. 3 - PRESUPUESTO DE RENTAS E INGRESOS 2013 – 2012, TRANSFERENCIAS  
Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Presupuesto PREDIS. Cálculos Propios.

Es un buen indicio encontrar que los ingresos destinados para la salud aumentaron en 2013 64,28% en comparación con el año anterior, este hecho puede significar el incremento en los proyectos de inversión y una mejor prestación de los servicios de salud como resultado del pago oportuno de los trabajadores, la cancelación de obligaciones pendientes de las ARS, el equipamiento de infraestructura o adquisición de materiales y elementos necesarios para un adecuado servicio. Dentro de los rubros destacables se encuentran otros ingresos no tributarios que mostraron un incremento del 240.48%, los recursos de capital con 203.84% y los recursos de balance con una variación de 248.39% en comparación al 2012.

Los recursos girados desde el nivel central siguieron la tendencia registrándose un valor de 1108857490 millones de pesos, equivalentes a un incremento del 11.60% con respecto a 2012. Teniendo la subcuenta de salud pública el 23.74% de aumento en relación al año anterior. Otro dato importante sujeto de análisis es el de vigencia anterior que disminuyó en un 87.14%, lo que significa que los proyectos se están ejecutando en la vigencia para la que fueron solicitados

esos recursos, y podría considerarse un indicador de eficiencia a favor de la administración distrital.

El presupuesto por sí solo no permite identificar la situación real de la salud en Bogotá, es por eso que en el siguiente aparte se integran los aspectos económicos, políticos y sociales tendientes a mostrar un panorama general del sistema de salud de los capitalinos.

#### Características De La Prestación Del Servicio De Salud Pública En Bogotá Mirando La Inversión Realizada A Través De Proyectos Sociales Y Su Impacto En El Cubrimiento Del Mismo

El plan de desarrollo distrital concentra sus estrategias en 15 políticas de salud públicas encaminadas a cubrir el 100% de la población que vive en la capital del país, estas son aseguramiento en salud, Políticas para salud de trabajadores, atención a personas discapacitadas, política de talento humano, plan de salud pública distrital, política para el envejecimiento, políticas para menores de 10 años, enfermedades crónicas, política distrital de salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, política pública de salud oral, política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, política población desplazada y política de salud ambiental.

Según la secretaria distrital de salud al 31 de septiembre de 2011 se encontraban afiliadas al Régimen subsidiado en Bogotá 1.313.974 personas que equivalen al 18,69% de la población total. Este es un buen indicador teniendo en cuenta que según el DANE el índice de pobreza para el mismo año estaba en 12,8%, desafortunadamente no es el único que se debe tener en cuenta para medir la efectividad del sistema de salud. Por ejemplo si nos enfocamos en el servicio un

mal indicador sería el hecho de que habiendo 22 hospitales, actualmente tan solo 2 están prestando el servicio adecuadamente; esto se debe en gran medida a la inconformidad que tienen los servidores públicos de la salud por el atraso en sus salarios, la tercerización laboral, la falta de instrumentos y elementos para la adecuada prestación del servicio.

Según la oficina de prensa de la Alcaldía Mayor de Bogotá para el 2013 la inversión en salud será de 2.1 billones, 48% más que en 2012. El cuadro N° 4 muestra cómo son distribuidos esos recursos según la entidad y el sector.

PRESUPUESTO DE GASTO E INVERSIONES			
SECTOR SALUD - DESAGREGADO POR ENTIDADES			
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD			
	Recursos Administrados	Aportes Distrito	Total
Gastos de Funcionamiento	30.156.054.000	0	30.156.054.000
Total Gastos e Inversiones	30.156.054.000	0	30.156.054.000
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - FFDS			
	Recursos Administrados	Aportes Distrito	Total
Gastos de Funcionamiento	12.030.742.000	8.000.000.000	20.030.742.000
Inversión	1.113.952.462.000	1.100.857.490.000	2.214.809.952.000
Total Gastos e Inversiones	1.125.983.204.000	1.108.857.490.000	2.234.840.694.000
SECTOR INTEGRACIÓN SOCIAL - DESAGREGADO POR ENTIDADES			
SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL			
	Recursos Administrados	Aportes Distrito	Total
Gastos de Funcionamiento	18.503.550.000	0	18.503.550.000
Inversión	790.568.055.000	130.789.142.000	921.357.197.000
Total Gastos e Inversiones	809.071.605.000	130.789.142.000	939.860.747.000
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD - IDIPRON			
	Recursos Administrados	Aportes Distrito	Total
Gastos de Funcionamiento	0	10.310.423.000	10.310.423.000
Inversión	9.168.995.000	49.718.155.000	58.887.150.000



Total Gastos e Inversiones	9.168.995.000	60.028.578.000	69.197.573.000
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS			
	Recursos Administrados	Aportes Distrito	Total
Gastos de Funcionamiento	0	168.067.101.000	168.067.101.000
Inversión	5.278.135.000	72.566.276.000	77.844.411.000
Total Gastos e Inversiones	5.278.135.000	240.633.377.000	245.911.512.000
SECTOR MUJER			
SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER			
	Recursos Administrados	Aportes Distrito	Total
Gastos de Funcionamiento	10.266.621.000	0	10.266.621.000
Inversión	15.000.000.000	0	15.000.000.000
Total Gastos e Inversiones	25.266.621.000	0	25.266.621.000

Cuadro No. 4 - PRESUPUESTO DE GASTO E INVERSIONES

Fuente: Decreto 164 de 2013 - Alcaldía Mayor de Bogotá.

A continuación se presentan algunos de los logros alcanzados en el área de la salud, por la Administración Distrital gracias a la materialización de los proyectos del plan de desarrollo del Alcalde Mayor.

LOGROS ALCANZADOS POR LA ADMINISTRACIÓN, GRACIAS A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN	
AÑO 2012	AÑO 2013
PRIMERA INFANCIA: 118.298 niños y niñas entre 3 y 5 años recibieron atención integral	POBLACION CON DISCAPACIDAD: atención de más de 11000 personas con discapacidad en sus casa
CREACION DE 2 Centros de Atención Móvil a Drogodependencia –CAMAD: cuales se atendieron más de 2.400 personas en condición de vulnerabilidad y marginalidad asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas, quienes recibieron 11.226 atenciones en los sectores del Bronx y San Bernardo de la Localidad de Mártires y Abastos "El Cartuchito" y El Amparo en la Localidad de Kennedy.	PRIMER CENTRO DISTRITAL: para realizar tratamientos de manera integral a las fisuras de labio y las malformaciones congénitas cráneofaciales, con el propósito de rehabilitar físicamente desde el nacimiento a los niños y niñas, para incorporarlos al entorno familiar y social sin ningún tipo de discriminación
OPERACIÓN del primer Centro de Atención Integral para las Víctimas DIGNIFICAR "Los Luceros" en la localidad de Ciudad Bolívar.	POR EL DERECHO A LA SALUD: Entre el 22 de julio y el 30 de septiembre de 2013 de la localidad de Kennedy ha atendido 2.559 ciudadanos en procesos de sensibilización, orientación, gestión administrativa, jurídica y social.
GARANTIA DEL MÍNIMO VITAL DE AGUA POTABLE: de 6 metros cúbicos mensuales para los hogares pertenecientes a los estratos 1 y 2 beneficiando cerca	NUEVOS CENTROS: entrega de un centro de atención inmediata en Chapinero JORNADAS DE VACUNACION: en centros de salud

de 668.397 suscriptores de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-EAAB.	públicos y privados.
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: 770.672 familias fueron caracterizadas y 427.575 individuos directamente en sus sitios de residencia en los 764 microterritorios sociales de calidad de vida y organizados alrededor de los 83 centros de salud y desarrollo humano ubicados en las 20 localidades, de los cuales, 3 centros son nuevos y se pusieron en operación en la Localidad de Bosa, en los Barrios: El Recreo, El Paraíso y Santafé	NUEVOS RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: entrega de 53 nuevos recursos para atención pre-hospitalario. Entrega de unidad móvil para atención a Jóvenes en Ciudad Bolívar. Inauguración de nueva unidad gineco-obstetra en el hospital de Suba

Cuadro No. 5 - LOGROS ALCANZADOS POR LA ADMINISTRACIÓN, GRACIAS A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN  
Fuente: Bogotá Humana. Secretaría Distrital de Salud

## Posibles Alternativas De Mejoramiento Que Podrían Ayudar A Mejorar La Prestación Del Servicio De Salud En Bogotá

Aunque los avances en dos años han sido importantes, se deben tener en cuenta dos aspectos vitales a la hora de plantear soluciones en pro del mejoramiento de la salud y el bien común. En este sentido se debe antes que nada tener la claridad de que esta problemática viene de tiempo atrás y llegar a un punto medianamente aceptable para la población tomara algún tiempo, esto a su vez dependerá de las políticas y lineamientos que tomen las administraciones de turno. El segundo aspecto a tener en cuenta es la necesidad de un cambio estructural de fondo en el que se propicien las necesidades de la mayoría de la población.

Sería interesante primero establecer unas secuencias que permitan la consecución de proyectos macro, esto para fortalecer un nicho de población a la vez. Posteriormente continuar con otra población objetivo, así hasta obtener el máximo de eficiencia en la utilización de recursos y en los resultados obtenidos. Lo anterior sin descuidar los proyectos secundarios que entrarían a apoyar el objetivo principal. Es por eso que organismos internacionales como la ONU establecen acuerdos que plantean metas ambiciosas realizables a largo plazo. Como los objetivos

de desarrollo del milenio (ODM), o a nivel nacional se desarrolla el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Los resultados que generan la continuidad y coherencia de las políticas en materia de salud pública se vieron reflejadas en 2012, en el marco del concurso regional de la Iniciativa Maternidad Segura, promovido por la Organización Panamericana de la salud, el Grupo de trabajo regional para la reducción de la mortalidad materna GTR , la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA y Fundación La Caixa, donde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá obtuvo el segundo lugar con el programa “Cero Indiferencia con la Mortalidad Materna y Perinatal” entre 121 instituciones estatales de 22 países de la Región. Según Catalina Cárdenas, Oficial de Comunicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) este reconocimiento muestra los esfuerzos que se vienen haciendo con el fin de “reducir la mortalidad materna y mejorar la atención de las embarazadas y los recién nacidos”. Esfuerzos que se vienen materializando desde administraciones anteriores.

Otra forma de buscar una mayor cobertura y mejor servicio es el tramite o negociación de nuevas fuentes de financiación que pueden provenir del exterior, ofreciendo convenios de contraprestación en otras áreas, o en la misma a través de programas integrales de servicios médicos en el exterior, con la ayuda de los profesionales de la salud.

Disminuir los trámites y procesos burocráticos que impiden una adecuada y rápida ejecución de proyectos. Dos casos puntuales que muestran esta situación son, por ejemplo: el incremento en 2012 de las tutelas en salud debido en su mayoría a que las EPS no prestan los

servicios y medicamentos incluidos en el POS, al respecto el representante de ACEMI (agremia a mayoría de las EPS del contributivo), Jaime Arias asegura que esto se debe a la ambigüedad que presenta el POS, al no tener claridad entre los servicios que están cubiertos y los que no. Lo que se traduce en trámites engorrosos y demorados para los pacientes que tienen que recurrir a otras medidas para obtener un servicio medianamente aceptable. Al respecto Jorge Armando Otálora Gómez, defensor del Pueblo, propone que el Ministerio de Salud realice giros directos para la atención de pacientes de alto costo; “que consolide bases de datos fiables; revise si los copagos y cuotas moderadoras son barreras de acceso para algunas poblaciones, y que, incorpore progresivamente al POS los servicios no POS que la gente solicita reiteradamente”. La falta de autorización del Estado para que el Distrito pueda utilizar unos recursos que son de destinación específica, pero que son necesarios para solventar la crisis hospitalaria por la que atraviesa Bogotá. Dichos recursos de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado de Salud provienen del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA y de saldos de rentas territoriales y que equivalen a 757 millones.

Reducir los trámites y procedimientos en la prestación del servicio y en la adjudicación de recursos implica aumentar el control fiscal y político por parte de la superintendencia y los entes de control, además de un mayor seguimiento de las veedurías ciudadanas y de la población en general; esto con el fin de frenar el problema de corrupción y hacer procesos transparentes. En este último punto se fortalecen cada vez más los mecanismos de seguimiento al sector de la salud, con programas como “Así Vamos en Salud” donde participan diferentes instituciones educativas, el Ministerio de Salud, la Asociación Médica Colombiana Estudiantil, entre otras, para generar propuestas de monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud

Pública, algunas de estas plantearon “la necesidad de mejorar la capacidad analítica, preparar el recurso humano, disponer de instrumentos estandarizados, integrar dinámicas de participación social y la sensibilización a la academia”<sup>6</sup>

El saneamiento financiero en el componente subsidiado, también es una medida rescatable que se podría ampliar de manera progresiva a otros actores del sistema. El saneamiento consiste en ajustes internos contables dentro del sistema, o en otras palabras, un cruce de cuentas que hacen las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Las EPS-S, las cajas de compensación familiar que operan en ese régimen, los hospitales y la Federación Colombiana de Municipios, donde las entidades que presenten un superávit por concepto de aportes patronales transfieran esos recursos a las entidades que presenten déficit por estos conceptos. Este proceso también cuenta con la participación del Ministerio de la Protección Social, Supersalud y la Procuraduría como organismos de control, seguimiento y evaluación a todo el proceso.

Por último mejorar las condiciones laborales, salariales y de bienestar de los trabajadores de la salud, para que esto se vea reflejado en la prestación del servicio.

En este punto son varios los aspectos que se deben tener en cuenta; primero las condiciones laborales para los médicos, en algunas localidades son pocos los médicos que prestan el servicio debido a que los salarios públicos no están acorde con las expectativas de

---

<sup>6</sup> Artículo: Propuestas desde la academia para el seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública. Seguimiento al sector público en Colombia – Así vamos en salud. <http://www.asivamosensalud.org/eventos/politicas-publicas-y-rendicion-de-cuentas/evento.ver/84>

estos profesionales de la salud y los que deciden ejercer en el sector público se encuentran ante la disyuntiva de trabajar arriesgando su propia vida, debido a los altos niveles de inseguridad que presentan algunas localidades, como es el caso de Ciudad Bolívar y Rafael Uribe por ejemplo.

De la misma manera la tercerización Laboral en la salud se presenta como un problema que afecta enormemente a los trabajadores de los hospitales que van desde los auxiliares hasta el personal especializado. En este sentido, Diógenes Orjuela, director del Departamento de Relaciones Internacionales de la CUT, afirma que el gobierno debe sentarse con los grupos sindicales para establecer medidas que mejoren las condiciones laborales de los servidores públicos de la salud, a través de contratos a término fijo y el pago puntual de sueldos entre otros.

Otro aspecto relevante relacionado al mejoramiento de la prestación de servicios es la adecuada identificación de las necesidades del grueso de la población Bogotana, el Gobierno destina recursos con base en que son limitados y que deben alcanzar para el mayor número posible de personas, esto estaría bien si se tuviera en cuenta los colombianos tenemos diferentes estilos de vida dependiendo de la región geográfica en la que nos encontremos. Por eso es importante caracterizar las necesidades específicas de la población Bogotana, teniendo en cuenta los hábitos de vida, trabajos, clima, condiciones sociales, ambientales, etc.

## Conclusiones

Se enumeraron las diferentes normas que han regido el sistema de salud en Colombia desde sus inicios, mostrando la complejidad que estas han ido adquiriendo a través del tiempo y debido a las necesidades que se han venido presentando.

Se describieron los 4 elementos que componen el sistema de salud en Bogotá, haciéndose principal énfasis en el régimen subsidiado.

Se establecieron las fuentes de recursos del sistema de salud del distrito capital, y se analizaron las cifras para los años 2012 – 2013.

Se identificaron las características de la prestación del servicio de salud del Distrito en términos de deficiente o mejorado con base en la inversión realizada a través de proyectos sociales en los últimos años.

Se plantearon alternativas que podrían contribuir al mejoramiento de las actuales condiciones del sistema de salud en Bogotá teniendo en cuenta los aspectos encontrados y la coyuntura actual.

## Bibliografía

CALDERON. Camilo. (2000). Planeación estatal y presupuesto público. Niveles nacional, departamental y municipal, Código ISBN: 9586531341. Editorial Legis Editores S.A. Primera Edición. Bogotá, 2000

Constitución Política De Colombia 1991. Expedida por la Asamblea Nacional Constituyente. Editorial Legis Editores S.A. Edición 30. Bogotá, Enero 2013.

Decreto 164 Expedido por el Concejo de Bogotá. Abril 12 de 2013. Medio de publicación: Registro Distrital 5100 de Abril de 2013. Recuperado de la página de la Alcaldía de Bogotá. Link: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52629>

Bases para la Gestión del Sistema Presupuestal Territorial 2010. DNP. Código ISBN: 978-958-8340-56-2. Elaborado por: Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible- Oswaldo Aharón Porras Vallejo. Imprenta Nacional de Colombia. Colombia, Febrero 2010.

GARCIA. Claudia, ESLAVA. Juan y ROMERO. Román. (2002). La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano. Cien años de historia 1902 - 2002.

KERGUELÉN. Carlos (2008) Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS Ministerio de la Protección Social – MPS Calidad en salud en Colombia. Los principios.



MORALES. David. (2009). La gestión del Presupuesto Público colombiano. Ed. Papiro Ltda. - José Augusto Aguirre Flórez categoría: Probabilidades y matemáticas aplicadas. Código ISBN: 978-958-8344-34-8. Colombia, Enero 3 de 2009.

Recuperado de:

Directorio Hospitales, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. LINK:

<http://www.saludcapital.gov.co/paginas/directoriohospitales.aspx>

Normativa. Ministerio de Salud y Seguridad Social.

<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>

Prensa ANTHOC. *La CUT y la ANSA Plantean cambios en el sistema de salud*. Lunes, 09 de Septiembre de 2013 17:01. Link:

[http://anthoc.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6900:la-cut-y-la-ansa-plantean-cambios-en-el-sistema-de-salud&catid=1:salud&Itemid=20](http://anthoc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=6900:la-cut-y-la-ansa-plantean-cambios-en-el-sistema-de-salud&catid=1:salud&Itemid=20)

Prensa ANTHOC “*Debe crearse un nuevo sistema de salud*”. Escrito por. Jueves, 05 de Septiembre de 2013 20:40. Link:

[http://anthoc.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6890:debe-crearse-un-nuevo-sistema-de-salud&catid=1:salud&Itemid=20](http://anthoc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=6890:debe-crearse-un-nuevo-sistema-de-salud&catid=1:salud&Itemid=20)

Prensa ANTHOC. *CUT exige que nueva planta de personal de salud sea contratada formalmente*. Martes, 27 de Agosto de 2013 15:33. Link:

[http://anthoc.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6839:cut-exige-que-nueva-planta-de-personal-de-salud-sea-contratada-formalmente&catid=1:salud&Itemid=20](http://anthoc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=6839:cut-exige-que-nueva-planta-de-personal-de-salud-sea-contratada-formalmente&catid=1:salud&Itemid=20)

Política y Medios. *Colombia se moviliza para exigir un sistema de salud gratuito y de calidad.*

Jueves 26 de Septiembre de 2013 - 13:29hs. - República Argentina. Sección

internacional. Link:

[http://www.politicaymedios.com/internacional/Colombia\\_se\\_moviliza\\_para\\_exigir\\_un\\_sistema\\_de\\_salud\\_gratuito\\_y\\_de\\_calidad\\_20130926090921.php](http://www.politicaymedios.com/internacional/Colombia_se_moviliza_para_exigir_un_sistema_de_salud_gratuito_y_de_calidad_20130926090921.php)

Anexos

TABLA 1 INVENTARIO				TABLA 1 INVENTARIO			
ESE	NIVEL	PUNTO DE ATENCION	PLAN	ESE	NIVEL	PUNTO DE ATENCION	PLAN
RED NORTE				RED SUR OCCIDENTE			
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	III	HOSPITAL SIMON BOLIVAR	PRM CON ET	HOSPITAL DE FONTIBON	II	CAMI 1 SAN PABLO	
HOSPITAL DE USAQUEN	I	CAMI VERBENAL			II	CAMI 2 FONTIBON	PRM
	I	UBA SANTA CECILIA			II	CENTRO DIA	
	I	UBA TIBABITA			II	PORTUARIA TERMINAL	
	I	UPA SERVITA			II	TERMINAL TERRESTRE	
	I	UPA CODITO			II	UPA 48 SAN PABLO	
	I	UPA ORQUIDEAS			II	UPA 49 INTERNACIONAL	
	I	UPA SAN CRISTOBAL		II	UPA 50 PUERTA DE TEJA		
HOSPITAL DE CHAPINERO	I	UPA USAQUEN		HOSPITAL DE KENNEDY	III	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	PRM CON ET
	I	UPA BUENA VISTA		HOSPITAL DEL SUR	I	CAMI PATIO BONITO	
	I	CAMI CHAPINERO	PRM CON ET		I	CAMI TRINIDAD GALAN	PRM
	I	UPA RIONEGRO			I	UPA 29 KENNEDY	
	I	UPA SAN FERNANDO			I	CENTRO GERIATRICO	
	I	UPA JUAN XXIII			I	UBA 68 BRITALIA	
I	UPA LORENCITA VILLEGAS		I		UBA DINDALITO		
I	UPA SAN LUIS ISIDRO		I		UBA MEXICANA		
HOSPITAL ENGATIVA	II	CAMI ESTRADA			I	UPA 72 ARGELIA	
	II	UPA QUIRIGUA			I	UPA 105 CATALINA	
	II	UPA BOYACA REAL			I	UPA 11 PUENTE ARANDA	
	II	UPA BACHUE		I	UPA 26 ALCALA MUZU		
	II	UPA MINUTO		I	UPA 30 BOMBEROS		
	II	UPA ALAMOS		I	UPA 35 CUNDINAMARCA		
	II	UPA PARIS GAITAN		I	UPA 37 PIO XII		
	II	CAMI GARCES NAVAS		I	FRAGUA		
	II	UPA ESPAÑOLA		I	UPA 79 CARVAJAL		
	II	UPA BELLAVISTA		I	UPA 91 CLASS		
HOSPITAL DE SUBA		CAMI 2 LA GRANJA	PRM	HOSPITAL DE BOSA	II	HOSPITAL DE BOSA	
	II	CAMI FERIAS		HOSPITAL PABLO VIBOSA	I	CAMI PABLO VI BOSA	PRM
	II	CAMI 2 (EMAUS)	PRM		I	UBA PORVENIR	
	II	HOSPITAL ENGATIVA NUEVO			I	UBA SAN BERNARDINO	
	I	CAMI GAITANA	PRM		I	CARBONELL	
	I	UPA EL RINCON			I	UPA LA CABAÑA	
	I	UPA NUEVA ZELANDIA			I	UPA LA ESTACION	
	I	CAMI SUBA	PRM		I	UPA LAURELES	
	I	CAMI PRADO VERANIEGO			I	UPA OLARTE	
I	UPA SAN CAYETANO		I		UPA PALESTINA		
	SEDE ADMINISTRATIVA				SEDE ADMINISTRATIVA		

Cuadro No. 6 - ESE, ADSCRITAS A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Fuente: Decreto 318 de 2006

TABLA 1 INVENTARIO			
ESE	NIVEL	PUNTO DE ATENCION	PLAN
<b>RED SUR</b>			
HOSPITAL DE MEISSEN	II	HOSPITAL MEISSEN	PRM
HOSPITAL DE VISTA HERMOSA	I	UPA EL LIMONAR	
	I	CAMI JERUSALEN	
	I	CAMI MANUELA BELTRAN	
	I	NUEVA	
	I	UPA PASQUILLA	
	I	UPA MOCHUELO	
	I	UPA SIERRA MORENA	
	I	UPA PERDOMO	
	I	UPA CASA DE TEJA	
	I	UPA SAN FRANCISCO	
	I	UPA SAN ISIDRO	
	I	CAMI VISTA HERMOSA	
	I	UPA LA ESTRELLA DEL SUR	
	I	UPA POTOSI	
I	UPA PARAISO		
HOSPITAL DE USME	I	CAMI USME	
	I	CAMI SANTA LIBRADA	
	I	UPA SANTA MARTA	
	I	UPA YOMASA	
	I	UPA SAN JUAN BAUTISTA	
	I	UPA LA REFORMA	
	I	UPA BETANIA	
	I	UPA LA MARICHUELA	PRM
	I	UBA DANUBIO	
	I	UBA LORENZO ALCANTUZ	
	I	UBA LA FLORA	
		UBA LA UNION	
		CENTRO LA FISCALA SEDE ADMINISTRATIVA	
HOSPITAL TUNJUELITO	II	CLINICA SALUDABLE 2	
	II	QUIRURGICA	
	II	DE REHABILITACION	
	II	SAN BENITO(UPA)	
	II	MATERNO INFANTIL	PRM
	II	CLINICA SALUDABLE 1	
	II	DE MEDICINA INTERNA	PRM
	UBA ISLA DEL SOL		
	II	CLINICA ODONTOLOGICA	
HOSPITAL EL TUNAL	III	HOSPITAL EL TUNAL	PRM
HOSPITAL NAZARETH		CAMI NAZARETH SUMAPAZ	

  

TABLA 1 INVENTARIO			
ESE	NIVEL	PUNTO DE ATENCION	PLAN
<b>RED CENTRO ORIENTE</b>			
HOSPITAL SANTA CLARA	III	HOSPITAL SANTA CLARA	PRM CON ET
HOSPITAL LA VICTORIA	III	HOSPITAL LA VICTORIA	PRM CON ET
HOSPITAL SAN BLAS	II	HOSPITAL SAN BLAS	PRM CON ET
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	I	CAMI ALTAMIRA	PRM
	I	UPA SAN BLAS	
	I	UPA LA VICTORIA	
	I	UPA 1 DE MAYO	
	I	UPA BELLO HORIZONTE	
	I	UPA LOS ALPES	
	I	UBA CARCEL DISTRITAL	
	I	UBA NUEVA GLORIA	
HOSPITAL RAFAEL URIBE	I	CAMI CHIRCALES	
	I	CAMI DIANA TURBAY	
	I	UPA OLAYA	PRM
	I	CAMI SAN JORGE	
		UPA SAN AGUSTIN	
		PABLO	
		UPA RESURRECCION	
	I	UPA SAN JOSE OBRERO	
		UPA SAN JUAN DE DIOS	
	I	UPA BRAVO PAEZ	
I	UPA QUIROGA		
	UBA LOMAS		
	UBA CLARET		
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	II	CAMI 2 EL GUAVIO	PRM
	II	UBA CANDELARIA	
	II	UPA RICARTE	
	II	UPA SAMPER MENDOZA	PRM
	II	UPA LAFAYETTE	
	II	CAMI PERSEVERANCIA	PRM
	II	UPA SANTA ROSA DE LIMA	
	II	UPA CRUCES	PRM
II	UPA LACHES		
II	UPA LOURDES		

Cuadro No. 6 - ESE, ADSCRITAS A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
Fuente: Decreto 318 de 2006.