ANEXO N° 1 - ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SECTOR Y DE LOS POSIBLES OFERENTES

OBJETO: Diseñar y ejecutar la evaluación de resultados del Modelo Territorial de Salud (MTS) a partir de las acciones estratégicas de las cuatro líneas operativas y de su respectiva la cadena de valor.

1. CLASIFICACIÓN UNSPSC

CÓDIGO UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
80101500	80 - Servicios de Gestión, Servicios Profesionales de Empresa y Servicios Administrativos	10 - Servicios de Asesoría de Gestión	15 - Servicios de Consultoría de Negocios y Administración Corporativa	00 - Servicios de Consultoría de Negocios y Administración Corporativa
80101600	80 Servicios de Gestión, Servicios Profesionales de Empresa y Servicios Administrativos	10 - Servicios de Asesoría de Gestión	16 – Gerencia de Proyectos	00 – Gerencia de Proyectos

2. ANÁLISIS DEL MERCADO

El contrato para desarrollar consiste en diseñar y ejecutar la evaluación de resultados del Modelo Territorial de Salud (MTS) a partir de las acciones estratégicas de las cuatro líneas operativas y de su respectiva la cadena de valor.

El contrato se desarrollará a partir de un enfoque intersectorial y con base en (i) la experticia de las partes: (ii) los resultados obtenidos en el marco de los Convenios celebrados por la SDS relacionados con el objeto del presente contrato; (iii) los desarrollos conceptuales obtenidos por las diferentes dependencias de la SDS en torno al Modelo de Salud Territorial, sus enfoques, propuestas de operativización y la apuesta por hacer del cuidado y el bienestar ejes centrales de la gestión en salud, y (iv) el enriquecimiento de los anteriores elementos a partir de actores de interés y marcos de referencia nacionales e internacionales en la materia.

Lo anterior con el fin de conocer cómo ha cambiado el bienestar de los ciudadanos/as que han sido parte de la estrategia planteada en el MTS, mejorar de manera permanente no solo el ajuste al Modelo de Salud, su implementación en lo local y la articulación intra e intersectorial, sino de facilitar el acercamiento a los avances e impactos de los mismos en la materialización del derecho a la salud y en la calidad de vida en la ciudad.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

3. ASPECTOS GENERALES

El artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015 del Departamento Nacional de Planeación consagra el deber de las Entidades Estatales de analizar el sector, es decir, el mercado relativo al objeto del contrato.

Mediante Acuerdo 641 de 2016, que modificó el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones se da la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, estableciendo como misión del sector salud: formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar, y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dispone además la integración del sector salud, en cabeza de la Secretaria Distrital de Salud, y las entidades adscritas: Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS, las Empresas Sociales del Estado (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.), las entidades con vinculación especial (Sociedad de Economía Mixta Capital Salud EPS – SAS) y entidades sin ánimo de lucro mixta (Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica, Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud. Así mismo establece como organismos el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y Comité Directivo de la Red.

Por su parte, el Acuerdo 761 de 2020 adoptó el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 “UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI”, el cual presenta en su estructura cinco propósitos y 30 logros de ciudad con metas trazadoras que se orientan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS en el 2030, y que se ejecutan a través de los programas generales y estratégicos y de metas estratégicas y sectoriales en el presente cuatrienio. El objetivo de esta estructura es lograr que todos los sectores trabajen para los grandes propósitos y logros de la ciudad en el corto y largo plazo.

El propósito *1. “Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política”,* incluye al sector salud en la medida que se busca proteger a quienes tienen mayores desventajas con mayores ingresos, más seguridad social, más salud, más educación y más oportunidades. En ese marco, el Modelo Territorial de Salud, se incluye en el Logro de Ciudad No. 4: *Completar la implementación de un modelo de salud pública con enfoque poblacional - diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud* y aporta a la meta trazadora No. 16 del Plan de Desarrollo Distrital.

En cumplimiento del mencionado Plan de Gobierno, se formuló el Proyecto de Inversión 7827, denominado “implementación Bogotá nos cuida, un modelo de salud para una ciudadanía plena Bogotá”, el cual contribuye al Plan Distrital de Desarrollo, de acuerdo con

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

lo establecido en la estrategia "Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social productiva y política" apuntando al programa "Mejora de la gestión de instituciones de salud". Este proyecto tiene como Objetivo General:*" "Conducir e implementar el Modelo de Salud basado en APS fortaleciendo el ejercicio de rectoría a nivel sectorial e intersectorial, frente a la Gestión de la Salud Pública y a la intervención de las condiciones que determinan la salud de la población"* y como objetivos específicos: *Objetivo 1: Definir los lineamientos y conducir técnicamente el proceso de implementación del Modelo de Salud para la ciudad de Bogotá, basado en APS que incorpore los enfoques poblacional diferencial y de género con énfasis en lo participativo, resolutivo y territorial. Objetivo 2. Desarrollar acciones de rectoría en salud en diferentes niveles que integren a diferentes actores del Distrito que tienen competencia en la afectación de determinantes sociales en salud para la implementación de un modelo de salud que mejore la atención de las poblaciones en los territorios de la Ciudad y conformar equipos interdisciplinarios con capacidad resolutiva y enfoque participativo e incluyente. Objetivo 3. Fortalecer la operación de los sistemas de vigilancia en salud pública en Bogotá D.C. Objetivo 4. Generar una unidad administrativa con el mayor nivel científico, técnico y tecnológico que le permita ejercer liderazgo y rectoría en el Distrito. Objetivo 5. Fortalecer las capacidades de gestión, investigación e innovación biotecnológica para la producción de nuevos conocimientos y tecnologías biomédicas en el D.C. Objetivo 6. Lograr la articulación entre Capital Salud EPS y las Subredes con miras a fortalecer su complementariedad y sostenibilidad (financiera y técnica), en el marco del Modelo de Salud ajustado.*

Dentro de las metas establecidas para este proyecto, se encuentra la Meta No. 2, que busca medir anualmente los resultados del Modelo de Salud Territorial basado en Atención Primaria con base en los indicadores de seguimiento convenidos de cara a su mejora continua, y la Meta 3.1 que busca diseñar e implementar estudios/investigaciones que evalúen la participación social en salud en Bogotá, respectivamente.

Para el desarrollo del objeto y funciones básicas, la Secretaría Distrital de Salud, cuenta con una estructura organizacional establecida mediante el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013, cuyo artículo 26 faculta a la SUBSECRETARIA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA (SGTYPSC), a dar cumplimiento, entre otras, las siguientes funciones: *"1. Dirigir y orientar la gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía y sus recursos con el propósito de lograr el cumplimiento de los objetivos de la Secretaría Distrital de Salud" y 9. "liderar la consolidación de un servicio de atención a la ciudadanía como vía para la promoción y protección del derecho público a la salud de los ciudadanos(as) del Distrito Capital".*

Antecedentes de la evaluación

El 06 de noviembre de 2020, la Secretaría Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana suscribieron el Convenio Especial No. 1950482 para el Fomento de Actividades

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Científicas y Tecnológicas, por un plazo de cuatro (4) años. Este Convenio tiene como objeto; *"Aunar esfuerzos académicos. científicos, tecnológicos y de innovación entre la Secretaría Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana, para el fortalecimiento de la formación del talento humano, la promoción y desarrollo de investigaciones científicas y actividades de extensión que den respuesta a las necesidades de salud de tal población; así como la generación, transferencia, apropiación y gestión del conocimiento del capital humano de ambas entidades y actividades de interés mutuo, dentro del ámbito de su competencia"* y cuenta con el siguiente alcance *"El objeto del presente convenio marco de cooperación* se *desarrollará mediante la suscripción y ejecución de Convenios específicos, y en general mediante cualquier mecanismo de colaboración interinstitucional".*

Posteriormente, con el fin de contar con el acompañamiento de la Academia y contar con datos y análisis para la toma de decisiones, en 2020 se suscribió el Convenio interadministrativo 2049259 entre la Secretaría Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana, para (i) *levantar la Línea Base del Modelo Territorial de Atención Primaria en Salud con base en diferentes fuentes de información y proponer indicadores de medición para el seguimiento del nuevo modelo, de cara a su mejora continua; y (ii) estructurar metodológicamente el Piloto de ajuste al Modelo Territorial de Atención Primaria en Salud; acompañar alistamiento y el trabajo de campo del personal que lo implementará: evaluar la pertinencia y efectividad de la propuesta de intervención implementada; y brindar información pertinente para el ajuste y diseño definitivo del Modelo de cara a la articulación de las atenciones colectivas e individuales en salud."* Este convenio finalizó el 27 de junio de 2021.

Los documentos entregados por este Convenio, relacionados con la Línea de Base, permitieron a la Secretaría Distrital de Salud contar con un análisis detallado sobre múltiples aspectos que caracterizan la salud y sus determinantes socio ambientales en Bogotá y sirvió de insumo para avanzar en la medición sobre los avances obtenidos en el estado de salud de la ciudad con la implementación del ajuste al Modelo de Salud, promovido por el Plan de Desarrollo Distrital.

Posteriormente, la Secretaria Distrital de Salud, con el fin de contar con el desarrollo de una estrategia metodológica para complementar la monitorización, seguimiento y evaluación del Modelo de Territorial de Salud (MTS), basada en atención primaria en salud, suscribió el Convenio Específico No. 3028486 del 2021 con la Pontificia Universidad Javeriana, con el fin de *Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para complementar la monitorización, seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Territorial (MST) basado en Atención Primaria en Salud y contar con una estrategia metodológica para complementar la monitorización, seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Territorial – MST, basado en Atención Primaria en Salud – APS.* Este Convenio se desarrolló a partir de un enfoque interseccional y con base en la experticia y la colaboración permanente de las partes y tuvo como insumos los resultados obtenidos en el marco del Convenio No. 2049259 de 2020, los desarrollos conceptuales obtenidos por las diferentes dependencias de la SDS en torno al

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Modelo de Salud Territorial, sus enfoques, propuestas de operativización y la apuesta por hacer del cuidado y el bienestar ejes centrales de la gestión en salud, y el enriquecimiento de los anteriores elementos a partir de opiniones de actores de interés y marcos de referencia nacionales e internacionales en la materia.

En este sentido, y con base en los aportes presentados por los convenios precedentes, es de interés de la Secretaria Distrital de Salud suscribir un nuevo proceso, en torno a la evaluación del Modelo Territorial de Salud que permita tener resultados sobre los principales cambios en el bienestar de los ciudadanos y ciudadanas del distrito capital que han sido parte de la implementación de sus acciones estratégicas y sus líneas operativas con un enfoque particular en el abordaje territorial. En ese sentido, se requiere de la contratación de una firma de consultoría con la experiencia suficiente en evaluación de políticas públicas, programas y proyectos que permita integrar los elementos conceptuales, técnicos y operativos que permitan identificar cuáles son los resultados que se presentan en los habitantes de Bogotá D.C. frente a su bienestar partiendo, entre otras cosas, de comprender la importancia de promover estrategias que permitan a la ciudadanía menor dolor, menos complicaciones y menos distancias para acceder a la atención la salud. Así, se hace determinante no solamente analizar el Modelo Territorial de Salud desde una perspectiva de bienestar, sino que además se incluya una relación de los aportes de este Modelo en la relación costo-beneficio del acceso a la salud para la población bogotana y los aportes que se dan en el territorio frente al abordaje de los determinantes sociales de la salud en el contexto del MTS. Así mismo, que permita obtener recomendaciones que permitan aportar a la administración en salud atendiendo a la replicabilidad de las buenas prácticas y factores de éxito que puedan identificarse en el ejercicio, particularmente a nivel de la territorialización para el sector salud, así como a las oportunidades de mejora y lecciones aprendidas que la Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, han obtenido en el marco de la implementación de este Modelo. Así mismo, se esperan obtener resultados respecto de la articulación con el Sistema Distrital del Cuidado.

Sobre el Modelo Territorial de Salud

El modelo territorial de salud “Salud a mi Barrio, Salud a mi Vereda”, implementado en Bogotá consolida y potencializa experiencias previas de atención primaria en salud desarrolladas en la historia reciente de la ciudad. Este modelo le apuesta a un cambio de la perspectiva antropocéntrica, morbicéntrica, individualizada y medicalizada que caracteriza la atención sanitaria, por un abordaje colectivo de la salud en donde el cuidado de la vida en todas sus expresiones sea el motivo que movilice a la sociedad. Este Modelo recoge las bases conceptuales del proceso salud enfermedad, de los modelos explicativos de la salud y el desarrollo de estrategias reconocidas a nivel mundial como la APS, la atención familiar y comunitaria que permite la comprensión del territorio como constructo social tomando a las personas, familias y comunidades como centro del modelo en los diferentes territorios del Distrito Capital.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Para esto, se propone tres pilares que fundamentan y orientan el accionar de diversos actores y sectores responsables de la salud: el cuidado para el bienestar, la determinación territorial y la democracia. Es asi como su implementación se da en un momento inédito en la historia reciente de la humanidad: la pandemia por COVID-19. Este suceso puso en evidencia que la relación sociedad-naturaleza, configura procesos que deterioran la salud, pues se ha destruido el medio ambiente y se han segregado personas por su clase social, etnia, sexo o generación.

En este contexto, el MTS se propuso avanzar hacia la garantía del derecho a la salud mediante: la promoción y el fortalecimiento de procesos cuidadores individuales y colectivos, la reducción de procesos deteriorantes y el acercamiento de servicios de salud a los entornos cotidianos de aquellos quienes habitan en barrios y veredas de Bogotá. A partir de sus fundamentos conceptuales, el MTS implementa coordinaciones locales, que facilitan la comprensión de los procesos particulares de determinación territorial de la salud-enfermedad-muerte en la ciudad; propone cuatro líneas operativas, que articulan servicios para cubrir necesidades de cuidado en salud; promueve formas distintas de relacionamiento entre humanos y con otras formas de vida, y construye consensos desde las diferencias, fortaleciendo procesos democráticos en salud.

Las coordinaciones locales lideran el desarrollo de cuatro procesos estratégicos en lo local: 1) identificación de necesidades, expectativas y comprensión del territorio, 2) construcción del Plan Local de Cuidado de la salud, 3) implementación de estrategias y 4) monitoreo y seguimiento. Así, cada localidad tiene distintos territorios que son producto social y donde se expresan distintas formas de enfermar y morir, que se analizan también a partir de indicadores de morbilidad y mortalidad. Con el fin de transformar los procesos que deterioran la salud y de enfrentar sus efectos negativos, el MTS organiza el quehacer del sector en cuatro líneas operativas interdependientes: 1) equipos de atención en casa, 2) aseguramiento y prestación de servicios, 3) entornos cuidadores y 4) participación social y gestión de políticas públicas.

Estas líneas operativas se implementan a partir de los planes locales de cuidado, construidos colectivamente en las mesas locales de salud. Cada plan local es un instrumento que contiene la visión compartida de los actores del sector de la salud, actores intersectoriales, comunidad y gobierno local, sobre los asuntos que deben intervenirse para cuidar la salud en sus territorios. Así mismo, contiene las acciones por cada línea operativa y los compromisos concertados por todos los actores y los tiempos en los que se deberán desarrollar.

Las líneas operativas materializan las acciones de cuidado para el bienestar, en lo individual y en lo colectivo. En el marco de la APS, con la línea de los equipos de atención en casa, despliega equipos multidisciplinarios en los territorios de la ciudad con el fin de acercar los servicios de salud a los domicilios de las personas que residen en territorios rurales y urbanos donde se materializan procesos que conducen a una mayor vulnerabilidad para las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

poblaciones, a través de tres tipos de estrategias: casa a casa, ruteo y conglomerados. En cuanto a las acciones individuales, mediante la línea de aseguramiento y prestación de servicios, en coordinación con las entidades administradoras de planes de beneficios en salud (EAPB) y prestadores de servicios de salud se gestiona el aseguramiento y el acceso a los servicios mediante redes de prestación de servicios. De esta manera, se incorporan los enfoques de ruralidad, resolutividad, diferencial poblacional, aproximación interseccional, así como los pilares de democracia, determinación territorial y cuidado para el bienestar.

Desde lo colectivo, se generan espacios en los que todas las líneas operativas se articulan con múltiples sectores y actores que inciden en los territorios, para identificar y priorizar los principales procesos cuidadores y deteriorantes de la salud y así construir una agenda colectiva con acciones articuladas, capaces de potenciar los primeros y de reducir los segundos. Desde la línea de Entornos Cuidadores se lleva a cabo la gestión de la salud pública, así como intervenciones colectivas en cada uno de los entornos: familiar, educativo, laboral, comunitario e institucional, donde se incorporan los enfoques de aproximación interseccional, diferencial poblacional y resolutividad. La línea de Participación Social y Gestión de Políticas Públicas impulsa acciones ciudadanas para fomentar la cultura del cuidado, a la vez que convoca espacios de diálogo de saberes para conocer, reconocer, valorar y respetar la diversidad, las diferencias y aprender de ellas. También se acompañan y fortalecen iniciativas comunitarias orientadas a mejorar las condiciones de vida y el bienestar en los territorios. Finalmente, desde esta línea se impulsan procesos de fortalecimiento de las capacidades ciudadanas para incidir en las políticas públicas y se acompaña técnicamente a instituciones públicas y privadas del sector de la salud para incorporar y fortalecer el enfoque diferencial en sus procesos de atención a la ciudadanía.

Como se ha mencionado el modelo territorial de salud de Bogotá tiene como objetivo eliminar las barreras de atención y llegar a los hogares más vulnerables con una oferta de servicios de salud gratuitos por lo tanto ha dirigido sus acciones a mejorar las condiciones sanitarias de los habitantes de la capital del país, dando como resultado un total 1.0310.38 personas atendidas en casa, 498.687 familias atendidas, 411.921 medicamenta dispensados en casa, 1.977 personas cuidadoras relevadas, 11.565 atenciones en unidades móviles APS, con 167.106 promotores del cuidado y con más 276.390 remisiones efectivas a EAPB. De igual forma las personas afiliadas al régimen subsidiado en la ciudad de Bogotá pasaron de 1.470.624 en el 2020 a 1704.069 en el 2023.

Este acercamiento de las autoridades de salud también facilitó la valoración de pacientes con enfermedades crónicas, personas con discapacidad, se prestaron servicios en primera infancia, se atendieron a mujeres gestantes en casa y se hicieron citologías como medidas preventivas. Además, se realizaron atenciones por odontología, valoraciones por psicología y por medicina general, estos tres últimos servicios fueron prestados por la unidad móvil de atención primaria en salud mental.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



Tomado de SaluData 01/06/2023
https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/pruebas/consolidado-indicadores/

Así, con el fin de dar cumplimiento a la meta antes expuesta y a los fines institucionales, se requiere de la contratación de una firma de consultoría que tenga experiencia en el proceso de evaluación de políticas, planes, programas y proyectos públicos, incluyendo la recolección de información cualitativa y cuantitativa y el análisis de información orientada a determinar los resultados del Modelo Territorial de Salud en el bienestar de la ciudadanía bogotana.

2.2.1 La importancia del sector en el contexto local y nacional

La atención domiciliaria, es un recurso importante en la atención en salud que permite brindar asistencia en un entorno reconocido por el usuario y que busca dar la resolución requerida a problemas de salud, que por diferentes motivos no logran llegar a la atención en un centro de salud [1]. Estos modelos de atención en domicilio han venido aumentando, teniendo en cuenta el aumento de la población de adultos mayores y las personas con dependencia en su cuidado.

Por tal motivo y dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente de contratación estatal, se consultó la información del sector económico “servicios” al que pertenece la

[1] ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO. Rev. Méd. La Paz [online]. 2012, vol.18, n.2, pp.52-58. ISSN 1726-8958.

ejecución de las diferentes intervenciones, procedimientos y actividades que comprenden los Equipos de Atención en Casa, en algunos casos se logró encontrar información más detallada de “servicios sociales y de salud”, y en otros casos se analizaron datos más amplios y de tipo general, de acuerdo con la información disponible consolidada por

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

sectores en los portales WEB de: Colombia Compra Eficiente, Superintendencia de Sociedades y DANE.

La Información estadística que se encuentra a disposición en el portal WEB del DANE está desagregada en este sector "Servicios" por 18 actividades económicas y no existe una actividad exclusiva para el servicio de salud domiciliarios, sin embargo, para efectos del presente análisis se tomará: "Servicios de Salud Humana Privada" como sector para analizar las principales cifras estadísticas del DANE.

A nivel Nacional la variación anual de los ingresos nominales y contribución por tipo de ingresos es:

Cuadro 1. Variación anual de los ingresos y contribución por tipo de ingresos, según subsector de servicios (febrero 2022 / febrero 2023p)

Clasificación CIIU Rev. 4 A.C.			Ingresos nominales	Ingresos por servicios	Venta de Mercancías	Otros Ingresos
Sección	División	Descripción	Variación (%)		Contribución (PP)	
H	División 52	Almacenamiento y actividades complementarias al transporte	19,1	17,1	0,2	1,8
H	División 53	Correo y servicios de mensajería	4,0	3,8	0,0	0,2
I	División 56	Restaurantes, catering y bares	20,4	19,5	0,8	0,2
J	División 58	Actividades de edición	-1,4	-0,9	0,8	-1,3
J	División 59, excepto Clase 5920	Producción de películas cinematográficas y programas de televisión	46,1	27,5	15,7	2,9
J	División 60 y Clase 6391	Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias	7,3	5,3	0,0	1,9
J	División 61	Telecomunicaciones	2,9	2,5	1,1	-0,7
J	División 62, División 63, excepto Clase 6391	Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos	16,2	16,9	-0,6	-0,1
LN	Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730	Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo	22,5	22,0	-0,7	1,1
M	Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74	Actividades profesionales científicas y técnicas	7,5	7,0	0,3	0,1
M	Clase 7310	Publicidad	11,9	13,1	-0,3	-0,9
N	Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130	Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios	7,4	7,4	-0,1	0,0
N	Clase 8220	Actividades de centros de llamadas (Call center)	18,0	18,0	0,0	0,0
N	División 82 excepto Clase 8220	Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center	7,3	6,8	0,3	0,2
P	Grupo 854	Educación superior privada	9,6	8,0	0,0	1,6
Q	Clase 8610	Salud humana privada con internación	14,5	14,0	0,4	0,1
Q	División 86 excepto Clase 8610	Salud humana privada sin internación	13,8	14,5	-0,3	-0,4
S	Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96	Otros servicios de entretenimiento y otros servicios	14,2	11,6	1,1	1,5

Fuente: DANE – EMS
p Cifra provisional
(PP) Puntos porcentuales
Nota: por aproximación decimal, se puede presentar diferencia en la suma de las contribuciones frente a la variación total.

En el cuadro anterior se observa una variación positiva en los ingresos nominales del sector Salud a nivel Nacional en el comparativo de febrero 2022 – febrero 2023 preliminar, esta variación corresponde al 14,5% para el servicio "Salud humana privada con internación" y del 13,8% para el servicio "Salud humana privada sin internación" lo cual representa una mejoría en los ingresos para el sector.

Para la información del Sector Salud en la ciudad de Bogotá, se cuenta con información de corte febrero 2023, la información de la Encuesta Mensual de Servicios de Bogotá – MTSB,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

resulta del convenio interadministrativo entre el DANE y la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico de Bogotá y para el periodo disponible en el Distrito se observa también una variación positiva para ambos servicios de "Salud humana privada con internación" y "Salud humana privada sin internación" con un aumento de 16,3% y del 6,8% respectivamente.

Cuadro 4. Variación anual de los ingresos y contribución por tipo de ingresos, según subsector de servicios (febrero 2022 / febrero 2023p)

Clasificación CIIU Rev. 4 A.C.			Ingresos nominales	Ingresos por servicios	Venta de Mercancías	Otros Ingresos
Sección	División	Descripción	Variación (%)		Contribución (PP)	
H	División 52	Almacenamiento y actividades complementarias al transporte	23,3	20,2	0,0	3,1
H	División 53	Correo y servicios de mensajería	-5,1	-4,2	-0,1	-0,9
I	División 56	Restaurantes, catering y bares	21,3	18,7	2,4	0,2
J	División 58	Actividades de edición	3,5	1,8	2,5	-0,8
J	División 59, excepto Clase 5920	Producción de películas cinematográficas y programas de televisión	25,5	15,1	7,3	3,1
J	División 60 y Clase 6391	Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias	11,1	8,5	0,0	2,6
J	División 61	Telecomunicaciones	3,7	2,1	2,8	-1,2
J	División 62, División 63, excepto Clase 6391	Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos	13,1	14,4	-1,3	0,0
LN	Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730	Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo	18,6	17,0	0,9	0,7
M	Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74	Actividades profesionales científicas y técnicas	8,7	8,6	0,02	0,0
M	Clase 7310	Publicidad	12,7	14,0	-0,1	-1,1
N	Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130	Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios	13,9	13,8	-0,1	0,2
N	Clase 8220	Actividades de centros de llamadas (Call center)	16,2	15,8	0,0	0,5
N	División 82 excepto Clase 8220	Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center	18,2	18,6	-0,1	-0,2
P	Grupo 854	Educación superior privada	8,8	7,5	0,0	1,3
Q	Clase 8610	Salud humana privada con internación	16,3	16,5	-0,1	0,0
Q	División 86 excepto Clase 8610	Salud humana privada sin internación	6,8	7,3	-0,6	0,05
S	Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96	Otros servicios de entretenimiento y otros servicios	16,9	13,9	2,2	0,8

Fuente: DANE, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (Convenio 654 de 2022) – EMSB
p Cifra provisional
(PP) Puntos porcentuales

2.2.2 Empleo que genera

La Encuesta mensual de servicios, como mejora metodológica y con el propósito de unificar los resultados del personal ocupado con las demás encuestas económicas realizadas por el DANE, presenta datos relacionados con personal con ocupación total, ocupación permanente, temporal directo, agencias y por misión, hora y cátedra.

Cuadro 9. Variación anual del personal ocupado total y contribución por categoría de contratación, según subsector de servicios (febrero 2022 / febrero 2023p)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Clasificación CIIU Rev. 4 A.C.			Personal ocupado total*	Permanente	Temporal directo	Agencias	Misión** Hora cátedra***
Sección	División	Descripción	Variación (%)	Contribución (PP)			
H	División 52	Almacenamiento y actividades complementarias al transporte	6,4	5,3	-0,8	1,9	- -
H	División 53	Correo y servicios de mensajería	-2,9	0,5	-1,7	-1,7	- -
I	División 56	Restaurantes, catering y bares	3,3	5,5	-2,1	-0,1	- -
J	División 58	Actividades de edición	-3,1	0,7	-4,0	0,1	- -
J	División 59, excepto Clase 5920	Producción de películas cinematográficas y programas de televisión	14,5	2,4	3,2	8,9	- -
J	División 60 y Clase 6391	Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias	4,2	2,4	1,2	0,6	- -
J	División 61	Telecomunicaciones	-6,7	-5,7	-0,8	-0,2	- -
J	División 62, División 63, excepto Clase 6391	Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos	4,0	4,9	-0,4	-0,5	- -
LN	Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730	Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo	0,9	-0,6	1,3	0,2	- -
M	Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74	Actividades profesionales científicas y técnicas	3,7	3,1	1,9	-1,3	- -
M	Clase 7310	Publicidad	4,2	3,3	0,4	0,5	- -
N	Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130	Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios	-0,1	-0,1	0,7	0,2	-1,0
N	Clase 8220	Actividades de centros de llamadas (Call center)	-0,1	4,0	-4,1	0,0	- -
N	División 82 excepto Clase 8220	Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center	2,4	0,5	3,3	-1,4	- -
P	Grupo 854	Educación superior privada	2,1	0,6	1,0	0,1	0,3
Q	Clase 8610	Salud humana privada con internación	4,1	0,7	3,5	-0,1	- -
Q	División 86 excepto Clase 8610	Salud humana privada sin internación	1,9	4,7	-1,8	-0,9	- -
S	Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96	Otros servicios de entretenimiento y otros servicios	7,6	3,1	4,4	0,1	- -

Fuente: DANE – EMS
p Cifra provisional
(PP) Puntos porcentuales
* Incluye personal permanente, personal temporal directo y personal temporal contratado a través de agencias de suministro de personal.
** Personal en misión aplica para la sección N, divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130.
*** Personal hora cátedra aplica para la sección P - grupo 854 .
Nota: por aproximación decimal, se puede presentar diferencia en la suma de las contribuciones frente a la variación total.

A continuación, se presenta la situación del personal ocupado en Bogotá, así:

Cuadro 10. Variación anual del personal ocupado total y contribución por categoría de contratación, según subsector de servicios (febrero 2022 / febrero 2023p)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Clasificación CIIU Rev. 4 A.C.			Personal ocupado total*	Permanente	Temporal directo	Agencias	Misión** Hora cátedra***
Sección	División	Descripción	Variación (%)	Contribución (PP)			
H	División 52	Almacenamiento y actividades complementarias al transporte	11,6	7,2	1,9	2,5	--
H	División 53	Correo y servicios de mensajería	-4,5	0,8	-2,0	-3,3	--
I	División 56	Restaurantes, catering y bares	7,4	2,1	4,4	0,8	--
J	División 58	Actividades de edición	3,6	2,4	1,1	0,1	--
J	División 59, excepto Clase 5920	Producción de películas cinematográficas y programas de televisión	16,3	4,5	4,0	7,7	--
J	División 60 y Clase 6391	Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias	6,8	2,6	2,2	2,0	--
J	División 61	Telecomunicaciones	-8,1	-7,0	0,2	-1,3	--
J	División 62, División 63, excepto Clase 6391	Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos	3,8	5,3	-0,7	-0,8	--
LN	Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730	Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo	-0,1	0,9	-1,2	0,2	--
M	Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74	Actividades profesionales científicas y técnicas	9,7	6,2	3,1	0,4	--
M	Clase 7310	Publicidad	2,0	6,8	-3,6	-1,3	--
N	Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130	Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios	-0,1	-0,5	0,7	0,0	-0,3
N	Clase 8220	Actividades de centros de llamadas (Call center)	-0,2	8,1	-8,2	-0,1	--
N	División 82 excepto Clase 8220	Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center	1,0	2,5	1,2	-2,8	--
P	Grupo 854	Educación superior privada	2,5	1,4	0,9	-0,2	0,4
Q	Clase 8610	Salud humana privada con internación	3,8	2,5	0,4	0,8	--
Q	División 86 excepto Clase 8610	Salud humana privada sin internación	2,8	4,9	-1,0	-1,1	--
S	Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96	Otros servicios de entretenimiento y otros servicios	8,3	6,9	3,4	-1,9	--

Fuente: DANE, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (Convenio 654 de 2022) – EMSB
p Cifra provisional
(PP) Puntos porcentuales
* Incluye personal permanente, personal temporal directo y personal temporal contratado a través de agencias de suministro de personal.
** Personal en misión aplica para la sección N, divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130.
*** Personal hora cátedra aplica para la sección P - grupo 854.

Debido al cambio metodológico, es posible conocer de forma disgregada las variaciones de las entidades privadas que prestan servicios de salud humana con internación y sin internación. Este cuadro nos permite identificar que el subsector de Salud Humana Privada con Internación presenta un incremento tanto a nivel nacional como en Bogotá para cada uno de los cortes evaluados, en donde se destaca como principal modalidad de contratación del personal con ocupación total; también se evidencia que el subsector de Salud Humana Privada sin Internación presenta desaceleración para la contratación del personal temporal directo y contratado a través de agencias de suministro de personal.

Con la ejecución del Convenio N° 0002-2022 suscrito entre la Secretaria Distrital de Salud, las Subredes Integradas de Servicios de Salud y Capital Salud EPS –S con fecha de inicio 2 de septiembre de 2022, el cual tiene por objeto " Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para el fortalecimiento del Modelo de Salud, basado en Atención Primaria en Salud – APS, mediante la implementación de equipos interdisciplinarios para la atención de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

poblaciones en los territorios priorizados en el Distrito Capital." Por valor de: $42.211.467.076, a corte febrero de 2023, en el marco de la operación de equipos de Atención en Casa, las Subredes han ocupado a 994 personas, aportando así a las cifras de número de personas ocupadas a nivel nacional. El DANE no presenta de manera desagregada el sector Salud por tal motivo se toma como referencia la actividad económica "Administración pública, defensa, educación y salud", la cual incluye "Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; educación; actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales.

Cuadro 11. Distribución porcentual, variación absoluta y contribución a la variación de la población ocupada según rama de actividad (febrero 2022 / febrero 2023p)

Tabla 1. Distribución porcentual, variación absoluta y contribución a la variación de la población ocupada según rama de actividad*
Total nacional
Febrero (2022 - 2023)

Rama de actividad	Total				
	Febrero 2022	Febrero 2023	Distribución % 2023	Variación absoluta	Contribución en p.p.
Población ocupada	21.681	22.233	100	552	
Transporte y almacenamiento	1.488	1.683	7,6	194	0,9
Alojamiento y servicios de comida	1.476	1.617	7,3	141	0,7
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	3.128	3.262	14,7	135	0,6
Comercio y reparación de vehículos	4.061	4.131	18,6	70	0,3
Actividades inmobiliarias	176	246	1,1	70	0,3
Suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos^	475	508	2,3	33	0,2
Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios	1.839	1.863	8,4	24	0,1
Industrias manufactureras	2.334	2.336	10,5	2	0,0
Actividades financieras y de seguros	410	404	1,8	-6	0,0
Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana	2.556	2.546	11,5	-10	0,0
Actividades profesionales, científicas, técnicas y de servicios administrativos	1.778	1.756	7,9	-22	-0,1
Construcción	1.552	1.525	6,9	-27	-0,1
Información y comunicaciones	399	356	1,6	-43	-0,2

Fuente: DANE, GEIH.
Suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos^ incluye la rama de Explotación de minas y canteras.
*Por aproximación de decimales, la suma de las proporciones y contribuciones puede diferir ligeramente con la información del anexo estadístico.
p.p.: Puntos porcentuales.
Nota: La distribución porcentual de la población ocupada puede diferir del 100% por la no inclusión de la categoría "No informa".
Nota: Poblaciones en miles.
Nota: Los datos de rama de actividad económica están calculados con base en CIIU Rev. 4 A.C.

Actualizado el 15 de febrero de 2023

Recuperado de: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales/pib-informacion-tecnica

4. ANÁLISIS DEL ASPECTO ECONÓMICO

De acuerdo con lo dispuesto en el Plan de Desarrollo Distrital, la Secretaría Distrital de Salud ha implementado el Modelo Territorial de Salud denominado "Salud a mi barrio - Salud a mi vereda", que comprende cuatro (4) líneas operativas que actúan de manera

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

interdependiente: I. Equipos de Atención en casa, II. Aseguramiento y Prestación de Servicios, III. Entornos Cuidadores y IV. Participación Social y Gestión de Políticas Públicas.

Es así que, con el fin de evaluar el cumplimiento e implementación del Modelo Territorial de Salud - MTS, anteriormente expuesto y a los fines institucionales, a continuación, se presentan los desarrollos que ha tenido cada una de las líneas operativas:

a. Equipos de Atención En Casa

Esta operación de equipos territoriales de atención en casa; tiene como antecedente la implementación desde diciembre de 2020 en donde la Secretaría Distrital de Salud suscribió el convenio No. 2049285 de 2020 con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., el cual permitió establecer los primeros lineamientos para la operación de los equipos.

Inversión

PRESUPUESTO ASIGNADO	PRESUPUESTO EJECUTADO	% EJECUCIÓN
$3.034’879.440	$3.034’879.440	100%

Fuente: Tercer Documento Convenio Interadministrativo N° 2049285 del 2020

Talento Humano Requerido para la Operación

PERFILES CONTRATADOS PARA LA OPERACIÓN
236

Fuente: Tercer Documento Convenio Interadministrativo N° 2049285 del 2020

Para su operación, la inversión de este convenio interadministrativo permitió la vinculación del talento humano y el suministro de los recursos técnicos, operativos, logísticos y administrativos requeridos.

De acuerdo al radicado del 2022IE31067 donde se envía al área de contratación el informe final emitido por el Supervisor del Convenio da cuenta del cumplimiento de cada una de las obligaciones técnicas y financieras del convenio, además da por entera satisfacción de recibir cada una de las evidencias de los compromisos

Avanzando con la operación de los equipos, en septiembre 19 de 2021 se suscribe el Convenio 016/2021 entre las cuatro subredes integradas de Servicios de Salud (Norte, Centro Oriente, Sur Occidente y Sur), Capital Salud EPS-S y el Fondo Financiero Distrital

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

de Salud, mediante el cual se continuo con la conformación de Equipos de Atención en Casa con atención resolutiva a la población más vulnerable de las UPZ priorizadas en el marco de Salud a Mi Barrio – Salud a mi vereda.

Inversión

PRESUPUESTO ASIGNADO	PRESUPUESTO EJECUTADO	% EJECUCIÓN
23.400.154.921	23.243.640.501	99.3%

Fuente: Certificación del Supervisor Convenio 0016-2021

Talento Humano Requerido para la Operación

PERFILES CONTRATADOS PARA LA OPERACIÓN
418

Fuente: Informe Final de ejecución Convenio 0016-2021

Para este convenio, aumento la inversión en un 87% con respecto al pilotaje, lo que se ve reflejado en la contratación de talento humano requerido para la operación con un total de 418 perfiles al cierre del convenio.

A partir del 2 de septiembre de 2022, se dio inicio al convenio 0002 de 2022, con el fin de continuar la operación de los Equipos Interdisciplinarios de atención en casa, en donde se fortaleció la respuesta así:

- Aumento del número de equipos interdisciplinarios con el fin de ampliar cobertura poblacional de las acciones.
- Se implemento la atención en salud mental en modalidad extramural domiciliaria en respuesta a las necesidades identificadas por el plan rescate.
- Se complemento la atención inicial brindando servicios de apoyo como entrega de medicamentos en casa, toma de laboratorios clínicos en casa y vacunación de acuerdo a lo establecido en programado ampliado de inmunización.
- Se ampliaron las tácticas de abordaje comunitario para abordar a usuarios que pertenecen a población priorizada o de enfoque diferencial. Estas estrategias fueron:
- Ruteo: Orientada a población identificada por diferentes actores tanto de las UPZ priorizadas como fuera de ellas, como Gestantes sin control prenatal o no adherentes, Usuarios con patología crónica (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) sin tratamiento o control, Menores de 5 años sin vacunación completa para la edad, riesgo o diagnóstico de desnutrición, Mujeres en edad fértil con patología crónica sin método de regulación, Personas con discapacidad sin tratamiento o control, Cuidadores sin asistencia a valoración integral en el último año y Usuarios con Riesgo en salud mental sin atención.

- Conglomerados: Corresponden a jornadas de atención en salud que requieren planeación con líderes comunitarios, autoridades tradicionales de grupos étnicos o grupos de base comunitaria para atender población diferencial. El objetivo de esta estrategia es brindar atención en salud a población que, por sus condiciones de habitabilidad, tradiciones o cosmovisión o dinámicas comunitarias no pueden ser abordados en la estrategia casa a casa o ruteo. Los grupos poblacionales para atender son Comunidades étnicas (Indígenas, Afrocolombianas, negras, raizales, palenqueras y Rrom Gitanas), Población LGBTIQ+, Habitancia en calle, Trabajadores en zonas de alto impacto, Trabajadores de actividades sexuales pagas, Poblaciones residentes en fronteras cuidad/región y Personas vinculadas a instituciones de protección.

- Estrategia relevo domiciliario a cuidadores, la cual venía ejecutándose a través de un tercero, fue desarrollada por las subredes Integradas de servicios de salud e incluyo intervención interdisciplinaria de profesionales de enfermería, terapia ocupacional y psicología, con el fin de fortalecer las capacidades de la familia y reducir la carga relacionada con la labor del cuidado.

PRESUPUESTO ASIGNADO	PRESUPUESTO EJECUTADO	% EJECUCIÓN
$ 40.198.540.072	$22.428.234.067	56%

Fuente: Convenio Interadministrativo 0002-2022

PERFILES CONTRATADOS PARA LA OPERACIÓN
994

Fuente: Anexo 5. Informe Conformación de Equipos Corte Febrero 2023

Para este convenio, aumento la inversión en un 42% con respecto al convenio 0002-2022, lo que se ve reflejado en la contratación de talento humano requerido para la operación con un total de 994 perfiles con corte al sexto mes de ejecución del convenio.

Por otro lado, el sector de estudios de mercado y realización de encuestas de opinión pública, de conformidad con el clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas (UNSPSC) y la clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas Rev. 4 A.C. (CIIU) incluye diversos servicios y productos, los cuales responden

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

dentro de la cadena de producción en Colombia, a un nivel de servicios, en el entendido que reúne todas aquellas actividades de metodologías y análisis.

a. Productos incluidos dentro del sector

- Los estudios sobre posibilidades de comercialización, aceptación y el grado de conocimiento de los productos y hábitos de compra de los consumidores, con el fin de promover las ventas y desarrollar nuevos productos, incluyendo el análisis estadístico de los resultados.

- Las encuestas de opinión pública, acerca de temas políticos, económicos y sociales y el análisis estadístico de los resultados de estas encuestas.

- El asesoramiento, orientación y asistencia a las empresas. Se incluyen en la clase 7020, «Actividades de consultoría de gestión».

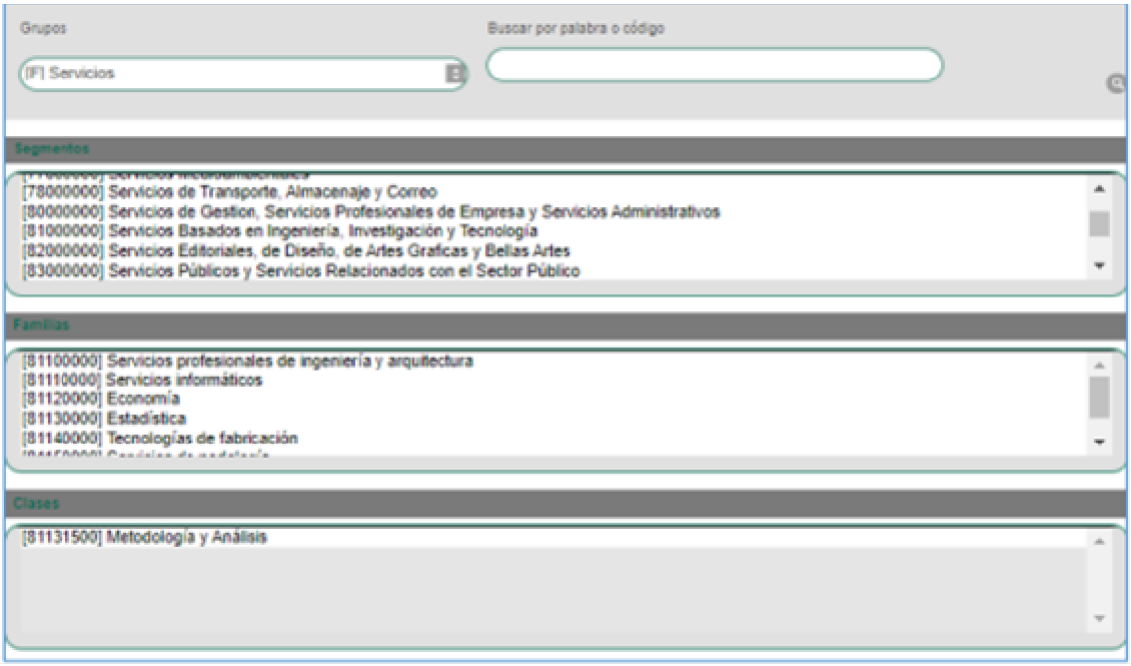
- Las actividades de investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias naturales y la ingeniería. Se incluyen en la clase 7210, Investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias naturales y la ingeniería.

- Las actividades de investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades. Se incluyen en la clase 7220, "Investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades".

- Los servicios de publicidad incluidos los servicios de asesoramiento, servicios creativos, producción de material publicitario y utilización de los medios de difusión. Se incluyen en la clase 7310, «Publicidad».

Por su parte, el clasificador de bienes y servicios correspondiente se encuentra en el Grupo Servicios, Segmento Servicios basados en ingeniería, investigación y tecnología, Familia Estadística, Clase Metodología y análisis:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



b. Agentes que componen el sector:

Las instituciones que regulan la actividad económica de este sector son las siguientes:

- Superintendencia de Industria y Comercio
- Ministerio de Trabajo

La economía en el sector de servicios está en segundo lugar en la variable de ingresos operacionales después de comercio. Las empresas más grandes dedicadas a este rubro lograron ingresos por $254,5 billones, cifra que representa un crecimiento de 18,6% del año 2020 a 2021. Sin embargo, el segmento servicios basados en ingeniería, investigación y tecnología en su mayoría se encuentran dentro de la categoría de micro y mediana empresa, Sin embargo, existen en el mercado sociedades categorizadas como gran empresa que dentro de su portafolio de servicios incluyen servicios relacionados con encuestas y análisis de información.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5. ANÁLISIS DEL ASPECTO TÉCNICO

El Proyecto de Inversión 7827, denominado *"Implementación Bogotá nos cuida, un modelo de salud para una ciudadanía plena Bogotá",* tiene como Meta Trazadora la numero 16 del Plan Distrital de Desarrollo que busca: "*Ajustar el actual Modelo de Salud para basarlos en APS incorporando el enfoque poblacional diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo que incluya ruralidad y aporte a modificar los determinantes sociales de la salud en la ciudad. La implementación del modelo incluirá coordinaciones por localidad y la conformación de 200 equipos de atención territorial interdisciplinarios que abordaran como mínimo el 40% de las UPZ de la ciudad focalizando la población por índice de pobreza multidimensional e incluyendo una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad*".

El Proyecto 7827 tiene como Objetivo General: *"Conducir e implementar el Modelo de Salud basado en APS, fortaleciendo el ejercicio de rectoría a nivel sectorial e intersectorial, frente a la Gestión de la Salud Pública y a la intervención de las condiciones que determinan la salud de la población en los territorios, incorporando los enfoques poblacional diferencial y de género, con énfasis en lo participativo, resolutivo y territorial, con el fin de mejorar la integralidad de la prestación de los servicios de salud, que responda a las necesidades de salud de la población y que aporte en la modificación de los determinantes sociales de la salud en la ciudad",* y como objetivos específicos: *Objetivo 1. Definir los lineamientos y conducir técnicamente el proceso de implementación del Modelo de Salud basado en APS para la ciudad de Bogotá, que incorpore los enfoques poblacionales, diferencial y de género con énfasis en lo participativo, mediante la creación de coordinaciones locales y la operación de equipos interdisciplinarios con capacidad resolutiva para la atención en los territorios*; y *Objetivo 2. Desarrollar acciones de rectoría en salud en diferentes niveles que integren actores del Sistema de Salud y sectores con competencia en la afectación de determinantes, para la implementación y seguimiento de un Modelo de Salud que mejore la atención de la población focalizada en los territorios*.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la Secretaría Distrital de Salud ha implementado el Modelo Territorial de Salud denominado "Salud a mi barrio - Salud a mi vereda", que comprende cuatro (4) líneas operativas que actúan de manera interdependiente: I. Equipos de Atención en casa, II. Aseguramiento y Prestación de Servicios, III. Entornos Cuidadores y IV. Participación Social y Gestión de Políticas Públicas.

La implementación de estas líneas operativas está coordinada a través de las coordinaciones locales, lo que permite la sinergia entre ellas. Esta integralidad *"responde a la aspiración de que las prestaciones y servicios estén centrados en el conjunto de necesidades de las personas, familias y comunidades"* (Repetto y Fernández, 2012, p. 38).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

La línea operativa de Atención en Casa es ejecutada por equipos interdisciplinarios de salud con capacidad resolutiva para la atención en salud en los territorios del Distrito Capital. Su objetivo es brindar integralidad en la prestación de servicios, respondiendo a las necesidades identificadas en familias y sus integrantes en territorios focalizados, población priorizada y diferencial.

Es así que con el fin de dar cumplimiento a la meta, al modelo de atención en salud, anteriormente expuesto y a los fines institucionales se requiere a través de la suscripción del convenio continuar con la implementación de equipos interdisciplinarios de salud, con capacidad resolutiva para la atención en salud en los territorios del Distrito capital, con el fin de brindar integralidad en la prestación de los servicios, dando respuesta a las necesidades identificadas en las familias y sus integrantes en territorios focalizados, población priorizada y diferencial, a través de la realización de valoración integral para la identificación de cambios en el desarrollo o factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.

De acuerdo con lo anterior, los Equipos Territoriales de Atención en Casa a través del presente convenio interadministrativo orienten su quehacer en dos procesos: el primero con un esquema de abordaje en salud a las familias y sus integrantes, que residen en UPZ (Unidad de Planeación Zonal) o UPR (Unidad de Planeación Rural) priorizadas o población priorizada por su condición de riesgo y el segundo relacionado con la implementación de la estrategia de relevo a cuidadores.

Esta operación de equipos territoriales de atención en casa; tiene como antecedente la implementación desde diciembre de 2020 en donde la Secretaría Distrital de Salud suscribió el convenio No. 2049285 de 2020 con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., el cual permitió establecer los primeros lineamientos para la operación de los equipos. posteriormente se suscribe el Convenio 031 de 2020 con las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (Norte, Centro Oriente, Sur Occidente y Sur) y el Fondo Financiero Distrital de Salud, cuyo objeto fue *"Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para garantizar la continuidad de la estrategia de Atención Medica Domiciliaria en las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, en el marco del Modelo de Salud" por un valor de $7.174'202.516.* Esta última se realizó con énfasis (no exclusivo ni excluyente) en el abordaje de las familias de pacientes previamente atendidos por la estrategia de Atención Médica Domiciliaria y buscó contribuir a la articulación de las acciones colectivas e individuales en salud, en pro de los residentes en barrios priorizados en las Unidades de Planeamiento Zonal más vulnerables en las 20 localidades de la ciudad.

Se avanzó en la operación de los equipos, en septiembre 19 de 2021 al 16 de agosto de 2022 con el Convenio 016/2021 suscrito entre las cuatro subredes integradas de Servicios de Salud (Norte, Centro Oriente, Sur Occidente y Sur), Capital Salud EPS-S y el Fondo Financiero Distrital de Salud cuyo objeto fue "Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

financieros para el fortalecimiento del Modelo de Salud, basado en Atención Primaria en Salud – APS, mediante la implementación de equipos interdisciplinarios para la atención de poblaciones en los territorios priorizados en el Distrito Capital" por valor de $25,817,411,417, mediante él se continuo con la conformación de Equipos de Atención en Casa con atención resolutiva a la población más vulnerable de las UPZ priorizadas en el marco de Salud a Mi Barrio – Salud a mi vereda.

A partir del 2 de septiembre de 2022, se dio inicio al convenio 0002 de 2022 suscrito con las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y Capital Salud EPS-S cuyo objeto es "Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para el fortalecimiento del Modelo de Salud, basado en Atención Primaria en Salud – APS, mediante la implementación de equipos interdisciplinarios para la atención de poblaciones en los territorios priorizados en el Distrito Capital" por un valor de $42,211,467,076, con el fin de continuar la operación de los Equipos Interdisciplinarios de atención en casa, en donde se fortaleció la respuesta así:

- Aumento del número de equipos interdisciplinarios con el fin de ampliar cobertura poblacional de las acciones.
- Se implementó la atención en salud mental en modalidad extramural domiciliaria en respuesta a las necesidades identificadas por el plan rescate.
- Se complementó la atención inicial brindando servicios de apoyo como entrega de medicamentos en casa, toma de laboratorios clínicos en casa y vacunación de acuerdo a lo establecido en programado ampliado de inmunización.
- Se ampliaron las tácticas de abordaje comunitario para abordar a usuarios que pertenecen a población priorizada o de enfoque diferencial. Estas estrategias fueron:
    - Ruteo: Orientada a población identificada por diferentes actores tanto de las UPZ priorizadas como fuera de ellas, como Gestantes sin control prenatal o no adherentes, Usuarios con patología crónica (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) sin tratamiento o control, Menores de 5 años sin vacunación completa para la edad, riesgo o diagnóstico de desnutrición, Mujeres en edad fértil con patología crónica sin método de regulación, Personas con discapacidad sin tratamiento o control, Cuidadores sin asistencia a valoración integral en el último año y Usuarios con Riesgo en salud mental sin atención.
    - Conglomerados: Corresponden a jornadas de atención en salud que requieren planeación con líderes comunitarios, autoridades tradicionales de grupos étnicos o grupos de base comunitaria para atender población

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

diferencial. El objetivo de esta estrategia es brindar atención en salud a población que, por sus condiciones de habitabilidad, tradiciones o cosmovisión o dinámicas comunitarias no pueden ser abordados en la estrategia casa a casa o ruteo. Los grupos poblacionales para atender son Comunidades étnicas (Indígenas, Afrocolombianas, negras, raizales, palenqueras y Rrom Gitanas), Población LGBTIQ+, Habitancia en calle, Trabajadores en zonas de alto impacto, Trabajadores de actividades sexuales pagas, Poblaciones residentes en fronteras cuidad/región y Personas vinculadas a instituciones de protección.

La estrategia relevo domiciliario a cuidadores que venía ejecutándose a través de un tercero, fue desarrollada por las subredes Integradas de servicios de salud e incluyo intervención interdisciplinaria de profesionales de enfermería, terapia ocupacional y psicología, con el fin de fortalecer las capacidades de la familia y reducir la carga relacionada con la labor del cuidado.

Con el fin de establecer las actividades necesarias para abordar y atender a la población objeto de los equipos de atención territorial interdisciplinarios, la Secretaria Distrital de Salud, estableció la siguiente estructura de procesos que permite realizar las articulaciones y acciones necesarias para la adecuada implementación del Convenio.

Grafica N° 5. Procesos línea operativa de Equipos de Atención en Casa



Fuente: Equipo Técnico EAC – SDS - 2022

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Conforme a lo expuesto en la anterior Figura, los equipos interdisciplinarios de atención en casa se organizan en tres procesos, el primero de tipo táctico, el segundo corresponde a los procesos de soporte y el tercero a los procesos operativo. A continuación, se realiza la explicación de cada uno de los procesos:

1. Los procesos tácticos se definen como aquellos donde se realiza la coordinación de operación de las todas acciones desarrolladas, desde el orden técnico, administrativo y financiero, incluye aspectos relacionados con la planeación, seguimiento a la operación y control de los resultados.

   La Coordinación técnica, administrativa y financiera busca orientar a los equipos operativos en cuanto a la organización de una respuesta adecuada a la población y comunidad en general, abarcando las actividades de planeación, seguimiento y monitoreo de las acciones desarrolladas por todo el equipo operativo brindando el acompañamiento a la ejecución técnica, administrativa y financiera de acuerdo a la matriz programática de ejecución técnica y presupuestal cuyo insumo será el principal para todo el proceso de pago y certificación de cumplimiento.

2. El proceso de soporte hace referencia a la gerencia de la información, quien aporta en la operación la planeación de los todos los requerimientos para la garantía del dato, calidad, oportunidad, veracidad y confiabilidad de la información para la gestión y toma de decisiones de la línea operativa.
3. Los procesos operativos están integrados por la planeación de la atención, prestación de servicios familiar e individual y el de seguimiento y evaluación. A continuación, se describen estas acciones:

a. Planeación de la atención:

I. Abordaje territorial: Se entiende como la forma en la que los equipos de atención en casa llegarán a los territorios y sus familias, a continuación, se describen estas estrategias:

- Estrategia casa a casa: La estrategia tiene como objetivo realizar la atención de la población que habita en las UPZ y UPR priorizadas que se mencionaron anteriormente como producto del análisis de los territorios que componen el Distrito Capital y tiene como propósito visitar todos los predios de cada manzana asignada a los Grupos Base de manera secuencial.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Estrategia Ruteo: Esta estrategia tiene como objetivo realizar la atención integral de los individuos priorizados y su familia que son canalizados por otras líneas operativas del modelo de atención o entidades. Esta población se prioriza porque tienen un riesgo en salud identificado y su lugar de residencia puede estar dentro o fuera de las UPZ o UPR priorizadas, por lo cual dada su condición deben ser intervenidas por los equipos de atención territorial interdisciplinarios. A continuación, se relaciona los criterios de priorización e inclusión para la estrategia de ruteo:
    - Población mayor de 18 años sin atención o adherencia a las Ruta Integral de Atención Cerebro cardiovascular y metabólico (con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica y enfermedad renal crónica).
    - Población sin atención o adherencia a las Ruta Integral de Atención Materno perinatal.
    - Población sin atención o adherencia a las Ruta Integral de Atención de Promoción y mantenimiento, priorizando al menor de 5 años, que no cuenta con valoración integral de la primera infancia o esta con esquema incompleto de vacunación para la edad.
    - Mujer edad fértil con patología crónica sin método regulación de la fecundidad.
    - Menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición, desnutrición aguda, moderada o severa.
    - Población sin tratamiento o adherencia a la Ruta Integral de Atención de Cáncer
    - Población con discapacidad sin tratamiento o control.
    - Usuarios con riesgo o necesidades en salud mental sin atención
    - Cuidadores sin asistencia a la valoración integral en el último año.
    - Personas con pertenencia étnica (afrocolombiano, raizal, palenquero, RRom gitano e indígenas sin atención en salud.
    - Personas del sector LGBTIQ+ sin atención en salud
    - Usuarios que registran queja relaciona con la no atención o asignación de cita de medicina general

  La canalización de usuarios con criterios de priorización descritos anteriormente y canalizados por otras entidades puede llegar por parte de las siguientes fuentes de información:

    - Entornos cuidadores PS - PIC
    - Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)
    - Canalizaciones desde el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIRC)-

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

módulo de canalización.
- Servicio a la ciudadanía – SDS
- Búsqueda activa en las Unidades de Planeamiento Zonal y Rural UPZ/UPR priorizadas.
- Usuarios incluidos en la estrategia de relevo a cuidadores.
- Subredes Integrada de Servicios de Salud
- Coordinaciones locales
- Otras según la necesidad de los territorios que se presente por contingencia, emergencias o caso fortuito.
- Equipos de cuidado diferencial indígena.

- Estrategia Conglomerados: Esta estrategia de abordaje se plantea para las poblaciones diferenciales que manifiestan o requieren respuesta a necesidades en salud, como comunidades étnicas, del sector LGBTIQ+, habitantes de calle, trabajadores en zonas de alto impacto, poblaciones residentes en fronteras cuidad/región o personas vinculadas a instituciones de protección y/o condiciones de vida y necesidades de las familias y los individuos que puedan ser identificadas en el desarrollo de las líneas operativas del modelo de salud o por diferentes acciones y necesidades territoriales, cuyo abordaje no sea efectivo en la estrategia casa a casa o ruteo, sino que obedezca a una planeación previa con líderes comunitarios, autoridades, grupos de base comunitario o acuerdos intersectoriales.

  Es así como se pueden tener dos tipos de conglomerados:

  - Transitorios: Corresponde a los conglomerados para población de grupos priorizados que solo se atenderán en un momento específico. Para este conglomerado el grupo de avanzada deberá garantizar la participación de mínimo 10 usuarios por profesional (medicina o enfermería) para la valoración integral.
  - Permanentes: Corresponde a los conglomerados que requieren una disponibilidad continua de los profesionales en salud para realizar la atención de acuerdo con las necesidades identificadas. Como conglomerado permanente, se contemplan las acciones a realizar por parte de los profesionales de medicina, enfermería y técnico auxiliar de enfermería a la comunidad indígena alojadas en diferentes sectores de la ciudad, como ejemplo la comunidad Wounan de Ciudad Bolívar (SISS Sur), en la UPI la Rioja (SISS Centro Oriente) y la Florida (SISS Norte). En estos casos el número de usuarios a atender será la remitida por su autoridad en la medicina ancestral (Jaibana).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

II. Admisión y agendamiento: Una vez definida la forma de abordaje comunitaria el grupo de planeación tiene bajo su responsabilidad las siguientes acciones:

- En el caso de Ruteo, realizar el primer contacto telefónico con los usuarios para la búsqueda, presentación del programa, confirmación de aceptación de la visita por parte de la familia, agendamiento, apertura de historia, para que los equipos de prestación de servicios procedan a desarrollar las acciones y posteriormente se dé respuesta a las interconsultas si corresponde
- En el caso de conglomerado y casa a casa, el equipo de planeación se encarga del agendamiento de los usuarios remitidos por los profesionales encargados de la prestación de servicios en salud para la apertura de historia. Luego de esta atención el equipo de planeación debe agendar a las órdenes de consultas generadas por lo profesional si así corresponde.

b. Prestación de Servicios:

Una vez definida la forma de abordaje a las familias, se procede a implementar los procesos operativos que corresponde a la prestación de los servicios en salud a nivel familiar e individual que incluye las valoraciones integrales por los profesionales de la salud, intervención en salud mental, relevo domiciliario a cuidadores y servicios de apoyo.

I. Valoraciones Integrales por profesionales de la salud:

Este proceso da inicio con el primer abordaje que hace el equipo de avanzada en las UPZ -UPR priorizadas con el fin de presentar el programa y establecer acuerdos con lideres comunitarios y así favorecer la aceptabilidad de las atenciones por parte de las familias.

Una vez en el domicilio, los profesionales de salud (Médico - Enfermera) llevan a cabo la valoración integral que incluye el abordaje biopsicosocial de los usuarios, lo que se refleja no solo en la resolución de eventos meramente biológicos sino también en el bienestar familiar, comunitario, laboral y ambiental. Producto de esta atención se genera un plan de cuidado familiar e individual, que es entregado a la familia para que sea ejecutado en un tiempo estimado y permita avanzar en el fortalecimiento de su capacidad de cuidado.

En este plan de cuidado, podrán establecer acciones que deben gestionar y cumplir conforme a lo programado en las familias así:

- Canalización a través del Sistema de Referencia y contrarreferencia (SIRC), de los usuarios cuya afiliación corresponde a EAPB diferente de Capital Salud EPS, con el fin de que estas entidades gestionen en su red de prestadores, la respuesta a la necesidad identificada por los profesionales de la salud que

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

valoraron al usuario.

- Controles de acuerdo con la condición de riesgo del riesgo del usuario como por ejemplo a Gestantes con Morbilidad Materna Extrema o sífilis gestacional, menores de 5 años, personas con discapacidad, cuidadores, población étnica, (RRom, indígena, afrocolombiana, raizal y palenquera), personas del sector LGBTIQ+ con criterios de riesgo, Mujeres en edad Fértil (MEF) con patología crónica sin método de regulación y personas con patología Crónica de EAPB que tenga contrato vigente con la Subred.

- Controles para administración de tratamiento para sífilis en población general y sífilis gestacional o suministro anticoncepción inyectable Mujer en edad fértil con patología crónica.

II. Intervención en salud mental:

A partir de la identificación de riesgos en salud mental realizada por el médico o enfermera, los psicólogos realizan la atención resolutiva a través de psicoterapia individual en el lugar de residencia o permanencia. El desarrollo de estas atenciones estarán definidas por la valoración inicial del usuario que realiza el profesional de psicología a través de tamizajes (Zung, Hamilton, Whodas, y entrevista de historia de vida) lo que permite definir las necesidades, problemas y trastornos, llegando a la definición del plan de manejo que contemplan atenciones guiadas por el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, o mhGAP (del inglés, Mental Health Global Action Programme) con la estrategia de intervención psicológica para adultos Enfrentando Problemas Plus – EP+ y en el caso de Niños, Niñas y Adolescentes se desarrolla a través de los protocolos establecidos por esta misma guía, con el propósito de fortalecer en los pacientes la gestión de emociones, las habilidades sociales y reforzar las capacidades de afrontamiento del individuo y la familia. El desarrollo de estas intervenciones está planteado para la ejecución de entre 4 a 7 sesiones, de acuerdo con la pertinencia por la necesidad establecida.

III. Relevo Domiciliario a cuidadores

La estrategia de Relevo Domiciliario a Cuidadores, tiene como objetivo prestar servicios temporales de relevo domiciliario a cuidadores mayores de edad con el fin de responder a: (i) las necesidades del cuidador(a), la promoción de su salud, la prevención de su enfermedad y el fortalecimiento de redes sociales del cuidador(a), para brindarle un descanso de sus labores de cuidado directo y permitirle destinar dicho tiempo a avanzar en su proyecto de vida y/o descansar y/o disfrutar de los servicios de formación complementaria y certificación de saberes y/o recibir atención psicológica y servicios

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

complementarios en las manzanas de cuidado; y (ii) las necesidades específicas de atención de las personas que requieren cuidado por su condición de dependencia, afectación psicosocial y/o discapacidad.

IV. Servicios de apoyo

Los servicios de apoyo corresponde a las acciones complementarias, que dan respuesta a las ordenes medicas establecidas en el plan de cuidado como toma de laboratorios clínicos en domicilio y entrega de medicamentos en casa a población priorizada como Gestantes no adherentes al control prenatal, mayores de 60 años, usuarios con discapacidad, cuidadores de personas dependientes o con discapacidad, usuarios con patología crónica con restricciones para la movilidad, niños y niñas menores de 5 años con criterio de riesgo, población de grupos étnicos y personas víctimas del conflicto armado con criterios de riesgo y Población rural dispersa.

Este componente también incluye la vacunación en domicilio a usuarios en quienes se identifique esquema de incompleto para la edad.

c. Evaluación y seguimiento

Finalmente, se establecen las acciones para la Evaluación y seguimiento de los procesos operativos, a través del seguimiento a los usuarios sujetos de la intervención de acuerdo con la clasificación de la prioridad y definición de la satisfacción en el desarrollo de la atención.

- Seguimiento presencial: tiene como objetivo verificar que el usuario cuente con la resolutividad de las ordenes o activaciones de ruta generadas por los profesionales y realizar acciones de información en salud, a través del fomento de capacidades en estilos, condiciones y modos de vida saludables, la cual debe ser clara y concreta en termino de identificación de alertas para acudir a los servicios de salud, realizar seguimiento y monitoreo permanente de la familias con personas que requieren especial cuidado y desarrollar acciones promocionales para generar cambios de comportamiento y conductas para la salud.
- Seguimiento telefónico: busca realizar seguimiento a las condiciones de salud de los integrantes de las familias, identificar el plan de cuidado propuesto y gestionar actividades pendientes para el cierre de caso.
- Como parte del proceso de evaluación de las intervenciones desarrolladas por los equipos de atención en casa, se define el proceso de encuesta de satisfacción en donde teniendo en cuenta el número de acciones realizadas de manera mensual se establece muestra para la aplicación de la encuesta. La

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

definición de la muestra busca contar con un nivel de confianza del 95% motivo por el cual, la muestra es calculada desde el nivel central para que una vez sea entregada a las Subredes, estas desarrollen el proceso de selección aleatoria de los usuarios a llamar según indicaciones entregadas.

En ese sentido, se define que el proponente deberá contar con el siguiente equipo de trabajo:

ROL	FORMACIÓN ACADÉMICA	EXPERIENCIA
Un (a) Director(a) del Proyecto	**Título de pregrado:** en cualquiera de los núcleos básicos del conocimiento señalados por el SNIES. **Título de posgrado:** mínimo a nivel de maestría alguno de los siguientes núcleos básicos del conocimiento: i) Salud Pública; iii) Educación; iv) Administración; v) Economía; vi) Matemáticas, Estadística y afines; vii) Ingeniería Industrial; viii) Ingeniería Administrativa y afines, y ix) Ciencia Política, Relaciones Internacionales, establecidos en el SNIES.	Experiencia profesional mínima de cinco (5) años en dirección o coordinación de: estudios o investigaciones o evaluaciones o implementación de políticas o programas o proyectos públicos o privados, de los cuales, por lo menos tres (3) años sean en el sector salud.
Un (a) Experto (a) en salud pública o epidemiología	**Título de pregrado** en cualquiera de los núcleos básicos del conocimiento establecidos por el SNIES **Título de posgrado** mínimo a nivel de maestría en cualquiera de los siguientes núcleos básicos del conocimiento: i) Salud Pública; ii) Ciencia Política, Relaciones Internacionales; iii) Sociología, Trabajo Social y Afines; iv) Psicología; v) Economía; vi) Medicina	Experiencia profesional mínima de cuatro (4) años en diseño o implementación o formulación o ejecución o análisis o evaluación de proyectos o políticas o investigaciones sociales relacionadas con salud pública o epidemiología
Un (a) Experto(a) Cualitativo	**Título de pregrado** en cualquiera de los núcleos básicos del conocimiento establecidos por el SNIES **Título de posgrado** mínimo a nivel de maestría en alguno de los siguientes núcleos básicos de conocimiento: i) Antropología, Artes Liberales; ii) Ciencia Política, Relaciones Internacionales; iii) Geografía e Historia; iv) Psicología y v)	Experiencia profesional mínima de cuatro (4) años en diseño o implementación de metodologías o métodos cualitativos para la evaluación o análisis de políticas o programas o proyectos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	Sociología, Trabajo Social y Afines.	
Un (a) Experto(a) Cuantitativo	**Título de pregrado** en cualquiera de los núcleos básicos del conocimiento establecidos por el SNIES **Título de posgrado** mínimo a nivel de maestría en alguno de los siguientes núcleos básicos del conocimiento: i) Economía; ii) Ingeniería Administrativa y afines; iii) Ingeniería Industrial y afines; iv) Matemáticas, Estadística y afines y v) Ciencia Política, Relaciones Internacionales.	Experiencia profesional mínima de cuatro (4) años en diseño o implementación de metodologías cuantitativas para el análisis de políticas o programas o proyectos.

Los productos esperados en el marco de la presente consultoría se presentan por fases y deberán ser entregados según las consideraciones mínimas aquí expuestas.

PRODUCTO 1. DOCUMENTO DE INFORME METODOLÓGICO

Este producto desarrolla la propuesta metodológica y debe presentar el abordaje conceptual y operativo de la metodología de evaluación propuesta para cumplir con el objetivo general y los objetivos específicos establecidos en el presente anexo técnico.

Este documento debe tener una extensión máxima de **80 páginas** y deberá ser entregado en la tercera semana de inicio de la ejecución del contrato.

Se espera que este producto tenga como mínimo las siguientes secciones:

a) Una introducción que contenga la presentación del documento que contenga como mínimo: i) la descripción general del documento incluyendo una breve descripción del contenido del informe; ii) una breve descripción del Modelo Territorial de Salud que dé cuenta del objeto de estudio; iii) referencias a la normatividad vigente; iv) un breve resumen del enfoque teórico conceptual que fundamentará el desarrollo de la evaluación.

b) El marco de referencia con la descripción del Modelo Territorial de Salud (MTS) y de sus líneas operativas que incluye la construcción de la cadena de valor.

   Nota: Se espera que el equipo consultor tenga en cuenta, como mínimo, el marco normativo, la descripción del Modelo, beneficiarios y beneficiarias, características de atención a nivel territorial entre otros datos que permitan comprender la intervención de manera clara.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

c) El diseño metodológico de la evaluación donde se especifique cómo se dará respuesta a las preguntas orientadoras descritas en el alcance. El diseño metodológico debe describir:

i. Una presentación del marco conceptual o teórico que estructura el diseño de la evaluación y que orientará el abordaje de la evaluación y sus componentes, cualitativo y cuantitativo.

ii. La matriz de consistencia con la identificación de las fuentes de información, variables e indicadores que serán tenidos en cuenta para la evaluación, fuentes de información y su relación con los objetivos específicos y las preguntas orientadoras; adicionalmente, el plan de análisis por pregunta orientadora que describe las técnicas a implementar para su abordaje.

El equipo consultor deberá incluir dentro del informe metodológico la justificación sobre los instrumentos cualitativos que va a implementar en la recolección y definir su alcance. Así mismo, deberá presentar, para los casos que aplique, el instrumento grupal seleccionado que se ajuste a las condiciones y características de las unidades de observación presentadas.

iii. Los instrumentos cuantitativos y cualitativos propuestos con los que se desarrollará la prueba piloto y su correspondiente metodología de aplicación.

iv. La estrategia para el procesamiento y sistematización de información recolectada durante el trabajo de campo, donde se incluya, tanto para el componente cuantitativo como cualitativo, el software especializado de análisis de datos que se usará y las principales categorías de análisis que orientarán la sistematización o codificación de la información.

v. Descripción de la estrategia de integración de información cualitativa y cuantitativa, primaria y secundaria que será utilizada en el proceso de análisis, especificando cómo y en qué momentos de la evaluación se utilizarán las técnicas de integración (triangulación) respectivas.

d) Estrategia de muestreo cuantitativo y cualitativo:

i. *Recolección cuantitativa:* se debe presentar el diseño de muestreo para el levantamiento de la información en campo, que describa y justifique la población de interés, cálculo de tamaño de muestra, universo de estudio, población objetivo y subpoblaciones (estratos, dominios o post-estratos), cobertura y desagregación geográfica, unidades de observación, unidades de análisis, unidades de muestreo y periodo de referencia, para los instrumentos cuantitativos presentados y con base en los parámetros establecidos en la sección D. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS, sección iii. Levantamiento de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

información, literal a. Información cuantitativa. Aquí también deberán relacionar el porcentaje de sobre muestra para solventar los problemas de no respuesta y justificación del efecto de diseño DEFF.

ii. *Recolección cualitativa:* se deben describir los criterios de inclusión de los participantes, esto es, la presentación y justificación de la selección de las unidades muestrales especificando lugares y nivel máximo de desagregación cuando sea posible (instituciones, entidades, dependencias, organizaciones, comunidades, etc.). Lo anterior, considerando el marco conceptual o teórico descrito en el punto anterior.

e) El plan de trabajo y cronograma de actividades registrando como mínimo fechas, actividades y productos de cada fase de la ejecución del convenio y responsables.

f) Plan operativo del levantamiento de información en campo para la prueba piloto y que será aplicable con ajustes en la recolección de la información cuantitativa y/o cualitativa para la evaluación, que debe describir:

i. Plan detallado de trabajo de campo (métodos y estrategias de recolección de datos, estructura organizacional del equipo operativo y conformación del equipo, esquema de entrenamiento del personal y cronograma). Se debe hacer un plan operativo para levantamiento de información diferenciando la información cuantitativa y cualitativa.

ii. Aspectos que serán evaluados en la prueba piloto y su respectiva justificación, considerando que en caso de que los instrumentos cualitativos tengan un solo informante, estos no deberán pilotearse. Así mismo, las unidades de observación que sean consideradas en la prueba piloto no podrán hacer parte del proceso de análisis de la información.

Nota 1: Todos los ajustes metodológicos y técnicos que se presenten en desarrollo de la consultoría deben ser aprobados por el Supervisor del contrato. Si estos ajustes implican cambios a la metodología presentada en la propuesta durante el Concurso de Méritos, el Consultor debe presentar en el informe la justificación técnica del cambio.

Nota 2: Tanto los instrumentos de recolección de información como el plan detallado de las pruebas piloto deberán ser aprobados por el/la Supervisor/a del contrato.

PRODUCTO 2. INFORME DE OPERACIÓN Y RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

Este producto deberá describir el operativo de levantamiento de información durante la prueba piloto y de información secundaria.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Este producto debe tener una **extensión máxima de 45 páginas** y deberá ser entregado en la séptima semana de inicio de ejecución del contrato. Deberá contener como mínimo las siguientes secciones:

a) Una introducción en donde se describan las generalidades de la prueba piloto, lugar elegido, número de instrumentos aplicados y criterios de valoración de instrumentos que fueron tenidos en cuenta.

b) Diseño de la prueba piloto implementado que especifique las condiciones de modo y lugar de realización de la prueba: fechas, lugares, muestras estimadas, personal requerido, entre otros aspectos.

c) La descripción del proceso de capacitación del equipo que realizó la prueba piloto y los resultados obtenidos en esta actividad.

d) Resultados de la prueba piloto con la descripción de los cambios o ajustes pertinentes relacionados (instrumentos de medición, diseño operativo, diseño de sistemas, instrumentos de recolección que fueron ajustados o actualizados, entre otros) y su respectiva justificación a la luz del desarrollo del piloto.

e) Principales problemas técnicos, operativos y logísticos identificados en la prueba piloto y propuestas de solución. Así mismo, señalar los retos identificados para el trabajo de campo desagregados por instrumentos cuantitativos y cualitativos según sea el caso.

Nota 1: la versión final de los instrumentos de recolección de información deberá ser aprobada por la supervisión de la Secretaría Distrital de Salud previa salida a campo y deben presentarse como anexo a este producto.

Nota 2: el informe de prueba piloto deberá incluir los scripts y la descripción de los ajustes realizados al diseño muestral cuantitativo, en caso de que aplique.

PRODUCTO 3. DOCUMENTO DE INFORME FINAL DE LA EVALUACIÓN

Este producto deberá dar cuenta de los resultados del trabajo de campo y del procesamiento y análisis de información a la luz de lo presentado en el documento de informe metodológico. Así mismo, este producto deberá estar acompañado de las bases de datos, cualitativas y cuantitativas, que surjan del desarrollo e la evaluación. Deberá estructurarse en dos secciones, además de la respectiva introducción, y no tener una longitud mayor a 180 páginas.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Deberá contener una introducción donde describa las generalidades del Modelo Territorial de Salud, una generalidad sobre las metodologías empleadas, fuentes de información y los principales resultados y recomendaciones que surgen del proceso de evaluación.

El detalle de las secciones que conforman este Producto a continuación:

A. INFORME TRABAJO DE CAMPO

En esta sección se espera que el equipo consultor establezca los resultados del operativo de campo en un máximo de **60 páginas**. Para esto, esta sección deberá contener:

a) Una introducción que presente las generalidades de los resultados del trabajo de campo.

b) El diseño técnico operativo de recolección de información, los resultados del desarrollo de trabajo de campo detallados y la descripción de aspectos relacionados con la verificación, captura, y procesamiento de datos. Se requiere que se presenten de forma específica los problemas evidenciados en la recolección en campo, desagregados así: problemas técnicos (conjunto de procedimientos, recursos e instrumentos de recolección utilizados para el desarrollo del trabajo de campo), problemas operativos (captura de la información) y problemas logísticos (medios y métodos necesarios para llevar a cabo el trabajo de campo), con sus respectivas acciones correctivas.

c) El plan de capacitaciones realizado previo a la salida de campo.

d) Para el caso de la información cuantitativa, anexar bases de datos del levantamiento de información en campo con sus respectivos diccionarios de datos, factores de expansión y demás documentación que facilite su comprensión y diccionario de variables.

e) Para el caso de la información cualitativa anexar las transcripciones en documentos Word y grabaciones en formato mp3.

Nota 1: el equipo consultor deberá entregar semanalmente un formato donde evidencie el avance en el proceso de recolección de información tanto cualitativa como cuantitativa durante el proceso de levantamiento de información el cual deberá dirigirse a la supervisión del contrato.

Nota 2: el Supervisor del contrato podrá citar a reuniones para reporte de avance del trabajo de campo y/o recopilación documental, cuando así lo considere necesario.

Nota 3: como parte de los anexos de este producto, el equipo consultor deberá entregar un informe que dé cuenta de la consistencia de los factores de expansión básico y ajustado por la no respuesta.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

B. INFORME DE RESULTADOS

Esta sección debe describir cómo se llevó a cabo el proceso de la evaluación y mostrar los resultados obtenidos del proceso de análisis, y deberá contar con una extensión máxima de **120 páginas**. Para esto debe tener como mínimo:

a) Introducción a la sección que incluya una descripción breve del MTS y sus líneas operativas resaltando aspectos diferenciadores con otros modelos de salud, metodologías empleadas y principales resultados y recomendaciones.

b) Una descripción del MTS y sus líneas de acción en clave de la cadena de valor desarrollada en para el *Producto 1. Documento de informe metodológico* y su contraste con lo encontrado efectivamente en el proceso de evaluación manteniendo la hilaridad con el marco conceptual y teórico propuesto para el desarrollo de la evaluación.

c) Descripción del proceso metodológico que se llevó a cabo para el desarrollo, incluyendo el tipo y enfoque de la evaluación, la cantidad y selección de la población participante, fuentes de información, categorías de análisis y el procesamiento de datos y técnicas de análisis aplicadas. En este apartado no se incluye lo realizado en la prueba piloto.

   Esta sección deberá incluir las ventajas y desventajas de los análisis realizados en la evaluación y qué procesos se llevaron a cabo para mitigar las limitaciones, así mismo poder incluir posibles explicaciones de los resultados observados desde otras experiencias publicadas, literatura académica y/o evidencia científica.

d) Presentación de los resultados de la evaluación, teniendo en cuenta los resultados generales para la evaluación del Modelo Territorial de Salud y las líneas de acción con base en las preguntas orientadoras. A su interior se debe explicar cuáles y de qué manera los resultados de las acciones estratégicas de cada línea aportaron al logro del objetivo y alcance del MTS.

e) Presentación de las principales conclusiones, en donde se incluya mínimo una conclusión por línea operativa del MTS que surja de los resultados presentados a partir del análisis de la información de la presente evaluación y de la respuesta a las preguntas orientadoras.

f) Presentación de recomendaciones en donde se incluyan las recomendaciones para mejorar los resultados del MTS y de sus líneas operativas, explicando cómo hacerlo; así mismo, incluir los elementos del MTS que pueden replicarse y que aportan a la administración en salud. Aquí también debe tenerse en cuenta el resultado del análisis en clave de lecciones aprendidas, oportunidades de mejora, factores de éxito y elementos replicables de este modelo.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Además, como anexos al informe final se deben incluir como mínimo:

- Los cuadros de salida y gráficos derivados del procesamiento de la información recolectada. Conservar en el cuerpo del trabajo únicamente los más relevantes.
- La versión final de la matriz de consistencia (relacionando categorías, variables e indicadores con las preguntas de los instrumentos de recolección utilizados en campo).
- Las bases de datos del levantamiento de información en campo sin anonimizar, y su respectiva documentación (diccionarios de datos, factores de expansión, entre otros que permitan su comprensión), estas deben estar depuradas de tal manera que se garantice la calidad del dato, y ii) la información adicional que sea necesaria para dar soporte a los análisis realizados por el cooperante. En caso de utilizar código en el proceso de análisis y limpieza, se deben entregar los mismos.

PRODUCTO 4. INSUMOS DE DIFUSIÓN

Este producto está conformado por las piezas y archivos que servirán a la Secretaría Distrital de Salud para socializar los resultados obtenidos en el proceso de evaluación. Estos son:

a. **Presentación:** El equipo consultor deberá realizar y entregar una presentación en formato ppt a la Secretaría Distrital de Salud que contenga la descripción del proceso de evaluación, sus resultados y recomendaciones. Esta deberá ser y socializada con el equipo operativo y directivo de la Secretaría Distrital de Salud.

b. **Informe ejecutivo:** Documento en Word, entre 5 y 7 páginas de extensión, que incluya la metodología implementada, los resultados de la evaluación del Modelo Territorial de Salud (MTS), las recomendaciones que permitan mejorar los resultados del MTS y la descripción de los elementos del MTS que deberían mantenerse en los procesos de planificación en salud para Bogotá en los próximos años.

c. **Infografías:** Se espera que el equipo consultor entregue en total seis (6) infografías, así: una (1) infografía que presente las generalidades de la evaluación (descripción del MTS, metodología empleada y fuentes de información principales); cuatro (4) infografías que presente los resultados de la evaluación del MTS por línea operativa; y una (1) infografía sobre los principales resultados relacionados con las coordinaciones locales del MTS.

   Las infografías realizadas deber ser entregadas en formato PDF y JPG con las siguientes características:
   - Vertical: 1080x1920 px
   - Horizontal: 1920x1080 px

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Cuadrado: 1080x1080 px
- Instagram: 1127x2008 px
- Twitter: 1280x720 px
- Mailing: 1280x720 px

Así mismo, las tipografías que pueden ser utilizadas en el acompañamiento en piezas de comunicación son las de la familia Museo Sans que se encuentran en la página 87 del Manual de marca ciudad "Bogotá".

Nota 1: las infografías presentadas deberán tener en cuenta el Manual de uso de Marca ciudad "Bogotá" que sigue los lineamientos para la aplicación y el uso de la marca ciudad por parte de todas las entidades de la Alcaldía Mayor de Bogotá, así como la paleta de colores institucionales los cuales están en la página 124 de Manual de marca ciudad "Bogotá" (azul claro que denota seguridad, tranquilidad, amabilidad y calma).

Nota 2: En caso de usarse fotos o gráficos en cualquiera de los insumos de difusión previamente mencionados, estos deben contar con autorización o estar libres de derechos de autor.

6. ANÁLISIS DEL ASPECTO LEGAL

Marco normativo general

Normas nacionales:

Constitución Política de Colombia: conforme al artículo 49 de la modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009, la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, así mismo, la Carta garantiza a todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y establece que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental y establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares en los términos y condiciones señalados en la ley.

Ley 715 de 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros en su artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales” y “Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población”.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En su artículo 46. COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA, señala que la gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

Ley 1753 de 2015 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país", en su artículo 65, establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Ley 1122 de 2007 (literal h) del **Artículo 33** de la establece que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas reemplazará al Plan de Atención Básica, señalando, además que "Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en El Plan Obligatorio de Salud".

Ley 1438 de 2011: mediante la cual se adoptó la Estrategia de Atención Primaria en Salud para permitir la coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social en su Artículo 5 establece "Procesos para la Gestión de la Salud Pública. Para el logro de los resultados en salud, las entidades a cargo de la Gestión de la Salud Pública, implementarán y fortalecerán los siguientes procesos y aquellos adicionales que defina cada actor para garantizar la ejecución de sus funciones: Coordinación intersectorial para articular esfuerzos y crear sinergias que favorezcan la consecución de objetivos estratégicos; busca evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas, asegurar prioridades de política y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas, en últimas, promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial."

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Resolución 429 de 2016: mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud, en su artículo 5°, en consonancia con el artículo 6 de la **Resolución 3202** del mismo año, se prevén como tipos de RIAS, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; la Ruta Integral de Atención en Salud para Eventos Específicos y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal.

La Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social en su Artículo 5 establece “Procesos para la Gestión de la Salud Pública. Para el logro de los resultados en salud, las entidades a cargo de la Gestión de la Salud Pública, implementarán y fortalecerán los siguientes procesos y aquellos adicionales que defina cada actor para garantizar la ejecución de sus funciones: Coordinación intersectorial para articular esfuerzos y crear sinergias que favorezcan la consecución de objetivos estratégicos; busca evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas, asegurar prioridades de política y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas, en últimas, promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial.”

Resolución 3280 de 2018 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y establecen las directrices para su operación, señala que la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal, definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades. La Resolución 3280 de 2018 también modifica el anexo técnico que hace parte integral de la Resolución 518 de 2015, y establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Resolución 2626 de 2019 que Modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - Maite

Resolución 295 de 2023 que modifica los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución

Normas distritales:

ACUERDO No. 761 DE 2020 "POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS DEL DISTRITO CAPITAL 2020-2024 *"UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI":*
Propósito: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.

Logro 4: Completar la implementación de un modelo de salud con enfoque poblacional – diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes de la salud.

Artículo 12: Metas trazadoras, Meta 16: Ajustar el actual Modelo de Salud para basarlo en APS incorporando el enfoque poblacional diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo que incluya ruralidad, y a la población discapacitada, y aporte a modificar los determinantes sociales de la salud en la ciudad y lograr impacto en la morbimortalidad de la población cubierta.
La implementación del modelo incluirá coordinaciones por localidad, con su enfoque particular. Adicionalmente se incluye una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas que tengan dificultad para su desplazamiento y personas en condición de discapacidad.

Artículo 15. Definición de Programas. Los Programas del Plan Distrital de Desarrollo se definen a continuación, agrupados según el propósito: (…) **Programa 7. Mejora de la gestión de instituciones de salud.** Llevar la salud a la residencia, barrio y entorno. Desarrollar de manera efectiva un modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) y en la determinación social y ambiental que da cuenta de los fenómenos sociales a través de los enfoques diferencial, territorial, poblacional y de cultura ciudadana. Permite que equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. En tal sentido, involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores.

Decreto 507 de 2013. Artículo 1º. De conformidad con el Artículo 85 del Acuerdo 257 de 2006, se señalan la naturaleza, objeto y funciones básicas de la Secretaría Distrital de Salud. La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Formular, ejecutar y evaluar las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con las disposiciones legales.
Gestionar y prestar los servicios de salud prioritariamente a través de su red adscrita, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre no asegurada que resida en su jurisdicción, en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Acuerdo 641 de 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".

Artículo 1: Objeto. El presente Acuerdo tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual se determinará la fusión de algunas entidades y la creación de otras.
Artículo 31: Misión del Sector Salud. El Sector Salud tiene la misión de formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 32: Integración del Sector Salud. El Sector Salud está integrado por la Secretaría Distrital de Salud, cabeza del Sector, y las siguientes entidades y organismos:

Entidades Adscritas:

Establecimiento público: Fondo Financiero Distrital de Salud - FFDS, Empresas Sociales del Estado: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

En resumen:

Con el fin de dar cumplimiento a la anterior normatividad, la Secretaría Distrital de Salud evidencia la necesidad de suscribir un contrato en la modalidad de concurso de méritos, que permita diseñar y ejecutar la evaluación de resultados del Modelo Territorial de Salud (MTS) a partir de las acciones estratégicas de las cuatro líneas operativas y de su respectiva la cadena de valor.

7. CRITERIOS DIFERENCIALES PARA EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS Artículo 3 del Decreto 1860 de 2021.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Indicadores de participación de mujeres De acuerdo con el informe de "Prácticas empresariales" presentado para los años 2020 y 2021 se tomaron 5.499 sociedades que se encontraban bajo vigilancia de la Superintendencia de Sociedades, el cual arrojo algunos indicadores en términos de inclusión de mujeres en el mundo empresarial.

De las 5.499 sociedades analizadas, el 58,12% tenían junta directiva en el año 2020, y 58,74% en el año 2021. Respecto a la participación de mujeres en las juntas directivas, se identificó que este indicador ha incrementado al pasar del 26,70% en el año 2020 al 27,62% en el año 2021.

Al revisar la participación de las mujeres en juntas directivas por tamaño empresarial, este último definido de acuerdo con los criterios de monto de ingresos establecidos en el Decreto 957 de 2019, se identificó que la mayor participación se da en las sociedades pequeñas con el 33,58% en el año 2020, mostrando tendencia creciente y alcanzando 34,07% para el año 2021. Las sociedades grandes por su parte tienen la menor participación con un 23,62% para el año 2020 y de 24,80% para el año 2021. Las sociedades que presentaron reducción de la participación de mujeres en las juntas directivas entre los años 2020 y 2021 fueron las microempresas, que redujeron su participación en 0,26%.

Se identificó que la participación de mujeres en junta directiva para el año 2021 fue mayor en el macrosector Comercio con un 30,73%, seguido por el macrosector Agropecuario con el 29,31%.

El macrosector que entre los años 2020 a 2021 presentó el mayor aumento de participación fue el de Transporte, al pasar en 2020 de 19,27% a 25,93% en 2021. El macrosector Minero – Hidrocarburos presentó una reducción en la participación de las mujeres en junta directiva pasando de 24,14% en el año 2020 a un 19,75% en el año 2021.

De acuerdo con la participación de mujeres representantes legales por antigüedad de la sociedad se observa que la mayor participación se encuentra en las sociedades más jóvenes, aquellas que tienen menos de 16 años de constituidas, con una participación para el año 2020 de 18,95% y para el 2021 de 19,31%. Por su parte, las sociedades más longevas presentaron la mayor variación de participación de mujeres en la representación legal debido a que pasaron del 17,46% en el año 2020 al 18,46% en el año 2021.

En representación legal

De las 5.499 sociedades analizadas, para el año 2020 el 18,00% de las sociedades estuvieron bajo el liderazgo de una mujer. Este indicador presentó una tendencia creciente al registrar el 18,77% en el año 2021.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Se concluye según el estudio que cuando el representante legal es mujer, la participación de mujeres en junta directiva es mayor al 75%; el macrosector con mayor participación de mujeres en la representación legal, es transporte.

Las sociedades pequeñas presentaron la mayor participación de mujeres en juntas directivas para el año 2021 con un 34,07%, y las sociedades que presentaron menor participación fueron las grandes con un 24,80%.

Proyectó: Marco Tovar Barragán
Revisó y aprobó: Miriam del Socorro Bustamante

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.