Capa Hospitalaria MAS Bienestar

2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

TABLA DE CONTENIDO

7. GENERALIDADES DE LA CAPA HOSPITALARIA. 3
7.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA CAPA HOSPITALARIA 3
7.1.1 COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD 3
7.1.2 OFERTA Y CAPACIDAD INSTALADA PÚBLICA Y PRIVADA POR LOCALIDAD 4
7.1.2.1 POBLACIÓN ADULTA: 4
7.1.2.2 POBLACIÓN PEDIÁTRICA 6
7.2. ESTRATEGIAS PARA ATENCIÓN RESOLUTIVA Y OPORTUNA 8
7.2.1 EFICIENCIA: 8
7.2.2 EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIONES: 8
7.2.3 REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS 9
7.2.4 MEJORAR LA CAPACIDAD HOSPITALARIA DE LA CIUDAD 9
7.2.4.1 HOSPITALIZACIÓN EN MODALIDAD EXTRAMURAL DOMICILIARIA 9
7.2.4.2 CASAS MAS BIENESTAR: 10
7.2.5 ESTRATEGIA SOCIOSANITARIA 10
7.2.6 CONSTRUCCIÓN DE GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO 10
8. ESTRUCTURAS PARA UNA ATENCIÓN OPORTUNA RESOLUTIVA 11
8.1. CENTRO DE URGENCIAS: 11
8.2. CENTRO DE ATENCIÓN PROGRAMADA 11
8.3. ATENCIÓN PEDIÁTRICA 12
8.4. ATENCIÓN MATERNA Y MANEJO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 12
8.5. UNIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL 12
8.6. UNIDADES DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS 13
8.7. CENTROS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍAS DE ALTA COMPLEJIDAD 13
8.8 ARTICULACIÓN PRESTADOR COMPLEMENTARIO HOSPITALIZACIÓN GENERAL- PRESTADOR CENTROS DE REFERENCIA. 13
9 MONITOREO Y EVALUACIÓN 15
10.ANEXOS: 18
11.BIBLIOGRAFÍA 21
12.CONTROL DE CAMBIOS 24

Equipo Directivo

Luis Alexander Moscoso Osorio
Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Sandra Patricia Charry Rojas
Director de Provisión de Servicios de Salud

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Yiyola Yamile Peña Ríos
Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Gloria Eugenia García Pinillos
Directora Urgencias y Emergencias en Salud

Doris Marcela Díaz Ramírez
Subdirectora de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Mariana Barros Cadena
Subdirectora de Inspección Vigilancia Y Control

Equipo Articulador entre las capas

Yidney García Rodríguez

Equipo Técnico

Roció del Carmen Urbano Caicedo
Profesional Especializado, Dirección de Calidad de Servicios de Salud.

Natalia Baquero Molina
Profesional Especializado - Líder Equipo Funcional de Modelo de Prestación de Servicios de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

.

7. GENERALIDADES DE LA CAPA HOSPITALARIA.

La atención hospitalaria es un componente esencial del sistema de salud, orientado a brindar servicios especializados para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de condiciones que no pueden resolverse en entornos ambulatorios, domiciliarios o de atención primaria. Aunque en Colombia se han ampliado las coberturas, persisten barreras económicas, administrativas, culturales y políticas que limitan el acceso efectivo a estos servicios, especialmente en poblaciones vulnerables. En este contexto, el Modelo +MAS Bienestar plantea como uno de sus objetivos garantizar un acceso equitativo, oportuno, resolutivo e integral, con enfoque diferencial, poblacional y territorial. Para lograrlo, es indispensable la articulación de la red pública y privada, junto con un adecuado nivel de especialización clínica, infraestructura, talento humano e insumos que respondan a eventos de alta complejidad y riesgo. Este Documento presenta el diagnóstico actual de la capa hospitalaria y define estrategias para avanzar hacia una atención hospitalaria más oportuna y resolutiva.

El ingreso al servicio hospitalario puede ocurrir por remisión desde consulta externa, urgencias o referencia desde hospitalización domiciliaria, siendo las urgencias la principal vía de acceso mediante triage. En las instituciones hospitalarias se garantiza una atención integral y continua, que incluye monitoreo especializado, uso de tecnología avanzada, cuidados intensivos y quirúrgicos, así como apoyo terapéutico, psicológico y de rehabilitación desde el internamiento hasta el alta. Además, los hospitales cumplen un rol clave en la educación y prevención de complicaciones en salud, fortaleciendo el bienestar individual y comunitario con las recomendaciones especializadas al egreso y el plan de cuidado y órdenes para continuidad de la atención.

7.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA CAPA HOSPITALARIA

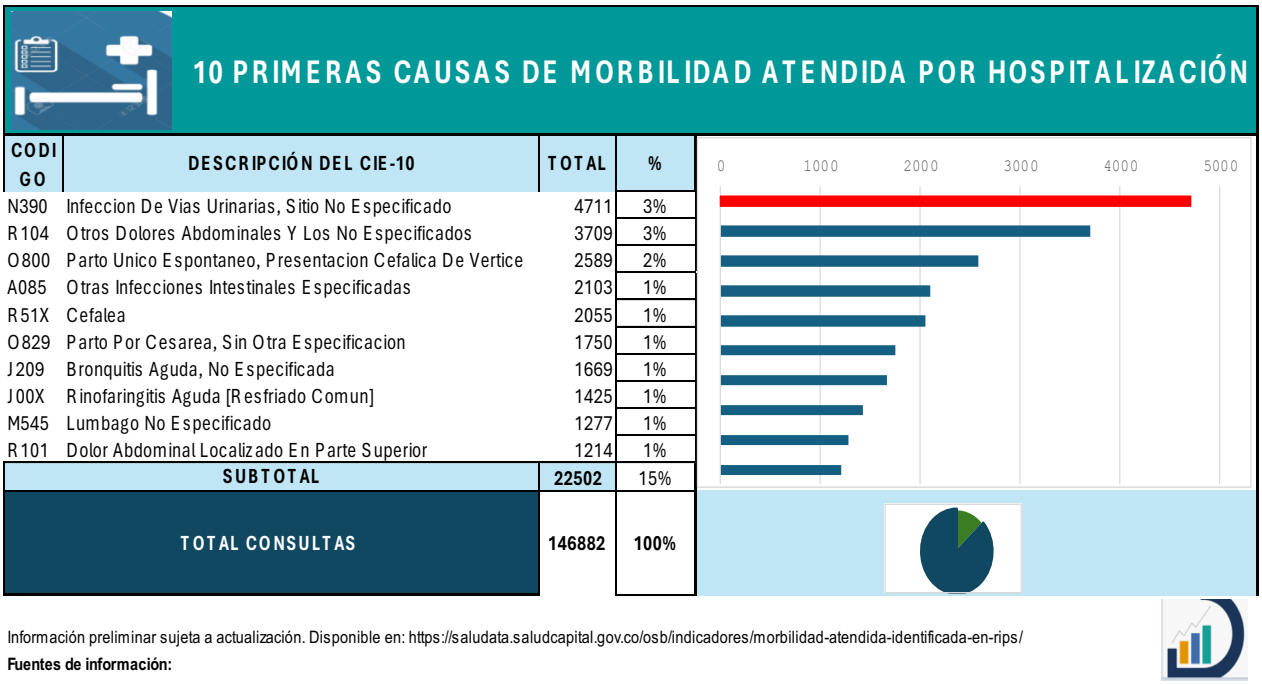
7.1.1 COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD

La Grafica 1 evidencia la distribución de pacientes atendidos en servicios de hospitalización en Bogotá D.C. durante el año 2024, clasificados por diagnóstico según la clasificación CIE-10. A continuación, se describe el comportamiento de la morbilidad según las 10 primeras causas:

El análisis de la ocupación hospitalaria evidencia una alta incidencia de patologías de baja complejidad, las cuales representan el 15% del total de hospitalizaciones. Esta situación genera congestión en los servicios hospitalarios y limita la disponibilidad de recursos especializados para la atención de patologías de mayor complejidad.

Por esta razón se hace necesario optimizar la utilización de los recursos hospitalarios, mejorar la rotación de camas y garantizar una atención adecuada a los pacientes, mediante la implementación de la modalidad de hospitalización domiciliaria extramural para patologías de baja complejidad.

Grafica 1



CODIGO	DESCRIPCIÓN DEL CIE-10	TOTAL	%
N390	Infeccion De Vias Urinarias, Sitio No Especificado	4711	3%
R104	Otros Dolores Abdominales Y Los No Especificados	3709	3%
O800	Parto Unico Espontaneo, Presentacion Cefalica De Vertice	2589	2%
A085	Otras Infecciones Intestinales Especificadas	2103	1%
R51X	Cefalea	2055	1%
O829	Parto Por Cesarea, Sin Otra Especificacion	1750	1%
J209	Bronquitis Aguda, No Especificada	1669	1%
J00X	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Comun]	1425	1%
M545	Lumbago No Especificado	1277	1%
R101	Dolor Abdominal Localizado En Parte Superior	1214	1%
SUBTOTAL		22502	15%
TOTAL CONSULTAS		146882	100%

Información preliminar sujeta a actualización. Disponible en: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/morbilidad-atendida-identificada-en-rips/

Fuentes de información:

Información Ministerio de Salud y Protección Social con corte al 31 de mayo regimen contributivo y subsdidiado 2024

Información sobre población en situación de pobreza No afiliada con corte a diciembre 2024

Fuente: Información enviada por SaluData Corte diciembre 2024

7.1.2 OFERTA Y CAPACIDAD INSTALADA PÚBLICA Y PRIVADA POR LOCALIDAD

7.1.2.1 POBLACIÓN ADULTA:

Acorde a la información inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con corte al 10 de diciembre de 2024, la tabla 2 se presentan la distribución de camas para hospitalización de adultos en Bogotá, clasificadas por Localidad

Bogotá dispone de 7.673 camas hospitalarias destinadas a la atención de pacientes adultos, distribuidas en 101 sedes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Tabla 1 Distribución de Camas Hospitalarias para atención de población adulta en Bogotá por Localidad

POBLACIÓN ADULTA			
LOCALIDAD	**POBLACIÓN ADULTOS**	**CAMAS ADULTO**	**TASA X 1000 H**
USAQUÉN	473943	1150	1,76
ENGATIVÁ	653092	222	0,22
SUBA	1018871	498	0,49
CHAPINERO	148970	1254	8,42
SANTA FE	79541	53	0,67
SAN CRISTÓBAL	294058	535	1,82
USME	285643	26	0,09
TUNJUELITO	134932	135	1,00
BOSA	528753	75	0,14
KENNEDY	797365	630	0,79
FONTIBÓN	320097	151	0,47
BARRIOS **UNIDOS**	125537	371	2,96
TEUSAQUILLO	139532	899	6,44
MÁRTIRES	63981	776	12,13
ANTONIO NARIÑO	63196	163	2,58
PUENTE ARANDA	204946	9	0,04
LA CANDELARIA	14835	8	0,54
RAFAEL URIBE	286920	405	1,41
CIUDAD BOLÍVAR	461916	142	0,31
SUMAPAZ	2619	1	0,38
BOGOTÁ	**6098747**	**7503**	1,23

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. La información aquí contenida está sujeta a cambios y/o modificaciones posteriores a su fecha de emisión 10/12/2024 acorde a las novedades de los prestadores, verificación de Información solicitada a SaluData reporte por la Dirección de Provisiones con corte a 31/12/2024.

En general, se evidencia que la concentración de camas hospitalarias se encuentra en las localidades del norte y oriente de la ciudad. En contraste, las localidades ubicadas al occidente, a pesar de contar con una mayor población, presentan un menor porcentaje de camas disponibles.

7.1.2.2 POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Se evidencia en la información de la Tabla 2:
Alta concentración de camas en localidades con menor población pediátrica: Santa Fe (21,9%) y Chapinero (19,3%) son las localidades con mayor porcentaje de camas pediátricas (334 y 295 respectivamente), a pesar de tener una población pediátrica relativamente baja (28.365 y 33.133 menores, respectivamente). La localidad de Usaquén (14,3%) también cuenta con un número significativo de camas (218).

Localidades con alta población pediátrica y baja disponibilidad de camas: en Suba (294.582 menores) y en Bosa (204.987 menores, solo el 1,6% de las camas), estas localidades con un mayor número de población pediátrica, pero una cantidad reducida de camas pediátricas (131 y 25, respectivamente).
Las localidades de Kennedy y Ciudad Bolívar, que tienen una alta población pediátrica, cuentan con solo 80 y 90 camas respectivamente.

Localidades sin camas pediátricas:
En Usme, Tunjuelito, Teusaquillo, Puente Aranda y Sumapaz no se cuenta con camas disponibles para atención pediátrica, a pesar de que algunas de estas localidades
En general, la distribución de camas pediátricas en Bogotá no es proporcional a la cantidad de población menor de 19 años en cada localidad
.
OFERTA DE CAMAS HOSPITALARIAS POR LOCALIDAD Y TASA SEGÚN LA POBLACIÓN.

Para el caso se presenta como punto de referencia los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual plantea que deben existir al menos 2.5 camas por cada mil habitantes. (7.8.9)

En los anexos 2 y 3 , las Gráficas 3 y 4 confirman y evidencian que la mayoría de las localidades no cumplen el estándar de 2,5 camas por 1000 habitantes.

La distribución de camas hospitalarias en Bogotá es disímil. Las localidades con mayor oferta son Mártires, Chapinero y Teusaquillo, que superan ampliamente la tasa promedio de camas por 1,000 habitantes. En contraste, localidades como Sumapaz y Usme presentan la oferta más baja.

Para población adulta, solo cinco localidades cumplen el estándar de 2.5 camas por cada 1,000 adultos (Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo, Mártires y Antonio Nariño), mientras que otras como Puente Aranda y Sumapaz tienen coberturas mínimas.

En cuanto a población pediátrica, solo Chapinero, Santa Fe y La Candelaria cumplen con los estándares de la OMS. Las localidades con mayor número de niños (Suba, Engativá y Kennedy) tienen tasas de camas pediátricas insuficientes, y varias zonas periféricas como Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar carecen completamente de ellas.

Tabla 2 Distribución de Camas Hospitalarias para atención de población pediátrica por Localidades en Bogotá

POBLACIÓN PEDIÁTRICA			
LOCALIDAD	**POBLACIÓN MENORES DE 19 AÑOS**	**CAMAS PEDIATRÍA**	**TASA X 1000 H**
USAQUÉN	120668	218	1,31
ENGATIVÁ	166349	100	0,34
SUBA	294582	131	0,44
CHAPINERO	33133	295	8,90
SANTA FE	28365	334	11,78
SAN CRISTÓBAL	115048	105	0,91
USME	129352	0	0,00
TUNJUELITO	49560	0	0,00
BOSA	204987	25	0,12
KENNEDY	240564	80	0,33
FONTIBÓN	88058	1	0,01
BARRIOS UNIDOS	30731	56	1,82
TEUSAQUILLO	25906	0	0,00
MÁRTIRES	19020	19	1,00
ANTONIO NARIÑO	21783	19	0,87
PUENTE ARANDA	53088	0	0,00
LA CANDELARIA	3840	42	10,94
RAFAEL URIBE	104668	10	0,10
CIUDAD BOLÍVAR	204893	90	0,44
SUMAPAZ	1307	0	0,00
BOGOTA	**1935902**	**1525**	0,79

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. La información aquí contenida está sujeta a cambios y/o modificaciones posteriores a su fecha de emisión 10/12/2024 acorde a las novedades de los prestadores. verificación de Información solicitada a SaluData reporte por la Dirección de Provisiones con corte a 31/12/2024

Esta situación refleja una oferta concentrada en zona Nororiental de Bogotá, con baja densidad poblacional, y una cobertura deficiente en áreas con alta demanda,

especialmente en las zonas noroccidente, occidente y sur de la ciudad. En estas zonas las Subredes integradas de Servicios de Salud son la única respuesta de atención. Esto se ve ratificado y reflejado en el Anexo 2 y 3 : oferta de camas Hospitalarias por localidad y tasa por mil habitantes en Bogotá. El anexo 3 Graficas 3 y 4 evidencia la misma situación

De acuerdo con el análisis de oferta de servicios de 2024, tomado del Archivo de ocupaciones totales EF: AODSS – DPSS (Registro aplicativo SIRC de la SDS) con corte último día de cada mes enero a diciembre de 2023, enero a junio 2024 y 8 de julio de 2024. Bogotá tiene una disponibilidad menor a 2 camas por cada mil habitantes; y en ciertas zonas menor a 1. “Sin embargo, el Distrito Capital es lugar de referencia de otras regiones, lo que genera una disponibilidad real más baja que el promedio nacional. Esto se ve reflejado en una alta ocupación en servicios hospitalarios y demoras en la recepción de pacientes que ingresan del servicio de urgencias o de otros servicios como UCI o salas de cirugía, lo que agudiza aún más la congestión y la calidad de la atención. Lo anterior obliga a buscar estrategias para el uso eficiente y racional de las camas disponibles, donde los servicios de atención en ambiente domiciliario tienen buenos resultados, reflejados en tiempos de recuperación”. (5)

7.2. ESTRATEGIAS PARA ATENCIÓN RESOLUTIVA Y OPORTUNA

7.2.1 EFICIENCIA:

En el cambiante mundo de la atención médica, la eficiencia en la gestión se ha convertido en un factor crítico para el éxito. Ya no es suficiente ofrecer atención de alta calidad; también debemos hacerlo de manera eficiente y sostenible desde el punto de vista financiero. La eficiencia en la atención hospitalaria es la capacidad de un sistema de salud de brindar servicios de calidad con optimización de los recursos disponibles, de manera óptima y sin desperdicio, mejorando la productividad y garantizando que cada recurso se utilice de manera efectiva. (16, 17, 18)

7.2.2 EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIONES:

Una vez finalizada la atención de urgencias y si el paciente permanece hospitalizado sin proceso de egreso, es necesario gestionar con oportunidad las autorizaciones para la continuidad de los servicios, conforme a los anexos técnicos y a la normatividad vigente, que establece un plazo máximo de 12 horas para la respuesta de las entidades responsables del pago. No obstante, la solicitud de información clínica adicional puede generar demoras que afectan la toma de decisiones médicas y la disponibilidad de camas. Para mitigar estos retrasos, se implementa la estrategia GAMA (Grupo de Apoyo para Monitorización de la Atención), encargada de acompañar servicios con alta ocupación, monitorear autorizaciones, gestionar trámites

administrativos y aplicar lineamientos como la hospitalización extramural. Esta estrategia facilita la comunicación entre EAPB e IPS, agiliza procesos, mejora la rotación de camas, y fortalece tanto la eficiencia hospitalaria como la experiencia del paciente, garantizando una atención oportuna, segura y de calidad.

7.2.3 REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

La regulación de los servicios hospitalarios es una estrategia clave para garantizar una atención oportuna, segura y eficiente, mediante la articulación entre los servicios de urgencias y la referencia adecuada de pacientes según su nivel de complejidad. Basada en criterios clínicos y normativos, esta estrategia optimiza la asignación de recursos y la capacidad instalada, evitando la congestión de unidades críticas. Su implementación requiere valoración inicial con escalas de triage, coordinación interinstitucional entre niveles de atención, y el uso de herramientas tecnológicas como las del CRUE, que permiten una gestión en tiempo real y una trazabilidad efectiva del paciente en la red hospitalaria.

Uso de herramientas y plataformas de información y comunicación en tiempo real que permitan la regulación eficiente y trazabilidad del paciente dentro de la red hospitalaria. (CRUE) (Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres)

7.2.4 MEJORAR LA CAPACIDAD HOSPITALARIA DE LA CIUDAD

7.2.4.1 HOSPITALIZACIÓN EN MODALIDAD EXTRAMURAL DOMICILIARIA

La Resolución 2366 de 2023 del Ministerio de Salud define la Atención Domiciliaria como una modalidad extramural de prestación de servicios de salud en el domicilio del paciente, financiada con recursos de la UPC cuando lo indique el profesional tratante. Esta modalidad surge como alternativa a la hospitalización institucional, especialmente relevante ante el déficit de camas hospitalarias en Bogotá. La estrategia se enmarca en un modelo de atención resolutiva que busca mejorar la eficiencia y accesibilidad de los servicios, fortaleciendo la atención domiciliaria y la telemedicina. Factores como el envejecimiento poblacional, la escasez de cuidadores formales y los avances tecnológicos han impulsado el uso de modalidades como telemedicina, telexperticia, telemonitoreo, teleducación, teleorientación y teleapoyo. (10, 11, 12)

La hospitalización domiciliaria de baja complejidad contribuye a descongestionar hospitales, mejora la calidad de atención, reduce infecciones asociadas y permite

mayor autonomía y bienestar para los pacientes. Para las IPS, permite mayor rotación y disponibilidad de camas.

La meta es incrementar la atención domiciliaria del 10% al 30% en un periodo de 4 años, garantizando atención oportuna y sostenible, y liberando camas para casos de mayor complejidad.

7.2.4.2 CASAS MAS BIENESTAR:

Como parte del nuevo Modelo de Atención resolutiva y ante el déficit de camas hospitalarias en Bogotá, se propone una estrategia integral que articula la Atención Domiciliaria con la creación de Casas Más Bienestar. Estos centros de cuidado transitorio están dirigidos a personas que no cuentan con un entorno domiciliario adecuado para recibir hospitalización en casa.

Las principales barreras que enfrentan estos pacientes incluyen condiciones de vivienda inadecuadas o la ausencia de un lugar seguro para su recuperación. Las Casas Más Bienestar no son servicios de salud habilitados, sino espacios diseñados como hogares dignos que permiten brindar atención domiciliaria a personas en situación de vulnerabilidad. Su objetivo es ofrecer un entorno seguro, acogedor y adecuado para garantizar la continuidad del cuidado, el bienestar y la recuperación integral de los pacientes fuera del entorno hospitalario tradicional.

7.2.5 ESTRATEGIA SOCIOSANITARIA

El Modelo Más Bienestar busca reducir las inequidades en salud mediante el acceso equitativo a servicios de calidad, sin distinción de condición económica, género o ubicación, priorizando territorios vulnerables y eliminando barreras físicas y económicas. En este marco, la Secretaría Distrital de Salud implementa una estrategia sociosanitaria. es una respuesta transitoria del sector salud mientras se dan los resultados de la articulación de la respuesta con la secretaria de integración social (19)

7.2.6 CONSTRUCCIÓN DE GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO

La implementación de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) es una herramienta fundamental para mejorar la eficiencia, calidad y sostenibilidad del sistema hospitalario. Esta metodología clasifica a los pacientes según diagnósticos, procedimientos, complejidad y consumo de recursos, permitiendo una gestión más precisa del riesgo, los costos y la asignación de recursos. Los GRD optimizan el uso de camas e insumos, controlan el gasto hospitalario y facilitan el análisis de costos

por diagnóstico, promoviendo una distribución presupuestal más eficiente. Además, permiten comparar el desempeño entre instituciones y regiones, identificar oportunidades de mejora, reducir la variabilidad clínica y acortar estancias sin comprometer la seguridad del paciente. También apoyan la planificación estratégica de la oferta y demanda de servicios, consolidándose como una herramienta clave para una atención hospitalaria más equitativa, efectiva y sostenible. (20. 21)

8. ESTRUCTURAS PARA UNA ATENCIÓN OPORTUNA RESOLUTIVA

Con el propósito de mejorar la atención hospitalaria y garantizar un servicio oportuno, resolutivo y eficiente, se proponen siete estructuras clave que permiten optimizar la prestación de servicios de salud, asegurando la integralidad del cuidado desde el diagnóstico hasta las intervenciones especializadas.

8.1. CENTRO DE URGENCIAS:

Infraestructuras con todos los recursos y talento humano necesario para superar de manera definitiva los pacientes con casos agudos de lesiones de causa externa o enfermedad, cuyos diagnósticos muestran una patología grave, y su resolución inicial es tiempo dependiente tales como Trauma Mayor, ACV, IAM, Paro Cardiorrespiratorio, obstrucción con disnea severa, o apnea de las vías respiratorias, ahogamiento, intoxicaciones, entre otros. Además de tener la capacidad de estabilizar y remitir al centro de atención programada los casos agudos que reciban de mediana y baja complejidad que no son tiempo dependiente, a manera de ejemplo: Fracturas cerradas, trastornos abdominales o de otra región que por la condición del paciente requieren de manejos medios previos de más de 48 horas antes de la intervención, como espera de disminución de edemas, recuperación nutricional, manejo antibiótico, tracciones óseas entre otros. Para lograr este objetivo se realizará la dotación necesaria, de tal forma que, en cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, cuente con un Centro de Referencia con la infraestructura y equipamiento necesaria para la atención integral y oportuna de los eventos priorizados tiempo dependiente.

8.2. CENTRO DE ATENCIÓN PROGRAMADA

infraestructuras con todos los recursos y talento humano necesario para superar de manera definitiva los pacientes con casos complejos que habiendo superado el episodio agudo hayan sido dados de altas o requieran de estabilización previa de más de 48 horas para su abordaje quirúrgico. Tendrán dos líneas de programación:

a. Prioritaria, para los casos en que el especialista tratante indica que hay un número de días máximo para la resolución médica, intervencionista o quirúrgica, así como en pacientes hospitalizados.
b. Regular, para los casos de atención que no exista prioridad en tiempo, y en general el paciente esté ambulatorio, en los que el orden de atención en general estará en función del orden de llegada de la autorización de servicios y a contar con la disponibilidad completa de talento humano y recursos para el abordaje, cuando se trate de un paciente complejo, que requiera de intervención simultánea de varios especialistas, o con insumos que no esté disponibles, entre la dotación corriente del centro.
Para la atención programada se dotarán estos centros con equipos de alta tecnología que permitan el diagnostico resolutivo integral de las patologías.

8.3. ATENCIÓN PEDIÁTRICA

La salud infantil requiere una atención diferenciada que garantice la detección temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento especializado de enfermedades en niños y adolescentes. Esta estructura se enfoca en: Atención integral en todas las etapas del desarrollo infantil. Diagnóstico y tratamiento de patologías pediátricas agudas y crónicas. Unidades especializadas en neonatología, enfermedades raras y patologías crónicas pediátricas. Reducción de complicaciones y mejora en la calidad de vida de los niños.

8.4. ATENCIÓN MATERNA Y MANEJO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Las instituciones que reciben pacientes gestantes con alto riesgo deben contar con la infraestructura y capacidad técnica necesaria para garantizar la seguridad materno-fetal. Se requiere: Sala de partos y quirófanos especializados para cesáreas y emergencias obstétricas. Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCIA) para la atención de morbilidad materna extrema. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para garantizar la atención inmediata y especializada del recién nacido en caso de complicaciones. Protocolos de atención integral que minimicen los riesgos durante el embarazo, el parto y el puerperio, Seguimiento de la Ruta de Atención

8.5. UNIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

El fortalecimiento de la atención en salud mental es una prioridad para mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos psiquiátricos. Se plantea: Fomentar hospitalización parcial o de día, evitando internaciones prolongadas siempre que sea posible. Promover la rehabilitación psicosocial con apoyo familiar como estrategia de éxito en el tratamiento.

Brindar atención en crisis psiquiátricas y manejo especializado de patologías mentales complejas.
Desarrollar programas de atención ambulatoria y comunitaria para garantizar la continuidad del cuidado.

8.6. UNIDADES DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Es fundamental establecer estructuras hospitalarias que atiendan pacientes con enfermedades crónicas y comorbilidades, que, si bien no requieren atención en unidades de alta complejidad, sí demandan una valoración integral. Se incluyen: Servicios de atención especializada y continua para enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca, enfermedades respiratorias crónicas, entre otras.
Programas de seguimiento y control para prevenir complicaciones y reducir hospitalizaciones innecesarias. Atención interdisciplinaria con un enfoque preventivo y terapéutico.

8.7. CENTROS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍAS DE ALTA COMPLEJIDAD

Se deben establecer centros de referencia para la atención de patologías de alta complejidad, con infraestructura, equipamiento y personal altamente especializado en:
Oncología: Diagnóstico y tratamiento integral del cáncer, incluyendo quimioterapia, radioterapia y cirugía oncológica.
Enfermedades Renales: Manejo especializado de insuficiencia renal, diálisis y trasplante renal.
Enfermedades Huérfanas: Atención diferenciada para pacientes con enfermedades raras, con enfoque en diagnóstico temprano y terapias innovadoras.

La implementación de estas siete estructuras estratégicas permite una distribución eficiente de los recursos hospitalarios, asegurando una atención especializada, oportuna y resolutiva. Con un enfoque integral y organizado, se optimiza el flujo de pacientes, se mejora la calidad del servicio y se fortalece la capacidad del sistema de salud para responder a las diferentes necesidades de la población.

8.8 ARTICULACIÓN PRESTADOR COMPLEMENTARIO HOSPITALIZACIÓN GENERAL- PRESTADOR CENTROS DE REFERENCIA.

En el Modelo de Salud Más Bienestar el prestador complementario, hace referencia a aquellas IPS que complementan las atenciones brindadas por el prestador primario resolutivo, se propone la organización de estos servicios en articulación con las entidades privadas y públicas, para el fortalecimiento o establecimiento de servicios

especializados, ambulatorios georreferenciados y cercanos al usuario, con modelos resolutivos y eficientes; además de estimular la inversión en nuevas tecnologías altamente costo-efectivas. En este prestador podrán estar unidades independientes o que hacen parte de la infraestructura del prestador primario o el prestador complementario hospitalario (5)

Alta Complejidad o Centro de Referencia: Son unidades altamente especializadas que atienden patologías priorizadas o servicios de muy bajo uso y alto costo e impacto, que requieren un manejo distinto del modelo tradicional, ajustado a las condiciones de la patología. A los pacientes se les garantizará la integralidad y continuidad de la atención desde la fase diagnóstica hasta las intervenciones finales, la cual deberá estar armonizada con las unidades primarias y las complementarias, incluyendo las de urgencias, con un servicio de telemedicina que las apoye. (5)

Para garantizar un acceso equitativo y una gestión integral del riesgo en salud con oportunidad, resolutividad, accesibilidad e integralidad, es fundamental implementar un enfoque diferencial, poblacional y territorial, sustentado en la articulación efectiva entre la red pública y privada. Para ello, se conformarán redes integradas y especializadas de prestadores, organizadas para direccionar adecuadamente a los pacientes, asegurar la continuidad del cuidado y optimizar los recursos disponibles. Estas redes operarán bajo lineamientos estandarizados adaptados a las necesidades locales, especialmente en eventos tiempo dependientes, y serán acompañadas de campañas informativas dirigidas a la población para promover el uso adecuado de los servicios. Asimismo, se prioriza un alto nivel de especialización clínica, apoyado en infraestructura adecuada, tecnología diagnóstica avanzada, insumos esenciales y talento humano calificado, lo cual se materializa en Centros de Referencia y Centros Programados en cada subred. Estas acciones permitirán responder con eficiencia a patologías de alta complejidad, reducir secuelas, y mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

Las patologías priorizadas son: Accidentes Cerebrovasculares ACV- Eventos Isquémicos e Infarto Agudo de Miocardio: Urgencias Obstétricas y Morbilidad Materna Extrema. Trauma Atención de Patologías Oncológicas: Enfermedades Mentales Enfermedades Huérfanas: Se encuentran entre los eventos priorizados. En Bogotá, durante el 2023, se notificaron 4.476 casos de enfermedades huérfanas, siendo la localidad de Suba la que mayor población presenta con esta condición (408 casos) y el género femenino (1.727 casos) el más afectado. (22). Así mismo el fortalecimiento de las acciones de Salud Infantil:

Se consideran Centros de Referencia para Accidente Cerebrovascular ACV: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que tengan ofertado y Habilitado los

servicios de: Urgencias servicio de Neurología o Neurocirugía y TAC, servicio las 24 horas los 7 días de la semana. Unidad de Cuidado Intensivo y disponibilidad de realizar Neurointervencionismo, en caso de necesitarse Trombectomía.

Se determinan Centros de Referencia para la atención del Infarto Agudo de Miocardio IAM, aquellos que cuenten con servicio de Urgencias, hospitalización, Hemodinámia Unidad de Cuidado Intensivo, Cirugía Cardiovascular servicio las 24 horas los 7 días de la semana y disponibilidad de Electrofisiología.

Se establecen como centros de Referencia para atención de referencia de Urgencias Obstétricas y Morbilidad Materna Extrema aquellas instituciones que cuenten con servicio de Sala de Partos, servicio de Cirugía Ginecológica, Hospitalización y Unidades de Cuidado Intensivo Adulto y Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Son Centros de Referencia para Trauma: Las instituciones que cuenten con servicios de Hospitalización, Cirugía Ortopédica Cirugía General, servicio las 24 horas los 7 días de la semana y Servicio de Neurocirugía para atención Integral de Trauma.

De acuerdo a los servicios ofertados y registrados en el REPS, y volúmenes de procedimientos ofrecidos, la disponibilidad de talento humano especializado, tecnología e insumos, se caracterizan cuáles son los prestadores determinados como Centros de Referencia y centros complementarios, para conformar redes público privadas con el fin de obtener atención integral y oportuna necesaria para los eventos priorizados. Cada Subred integrada de Servicios de Salud es imperativo que cuente con un centro de referencia para atender los eventos priorizados tiempo dependientes, que son las primeras causas de muerte y discapacidad en Bogotá. Especialmente en la Zona sur, Occidente y noroccidente, las Subredes son la única respuesta de atención, ya que la oferta de servicios se encuentra concentrada en el nororiente de la Ciudad.

9 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El presente lineamiento insta a las partes interesadas en su aplicación, a realizar la medición de los siguientes indicadores para determinar el avance en proceso de fortalecimiento de la atención hospitalaria en sus modalidades intramural y extramural domiciliaria de baja complejidad apoyada por la telemedicina y así realizar un monitoreo continuo en el marco de que se cumplan las estrategias para obtener una atención Hospitalaria resolutiva y oportuna.

Para cada una de las estrategias se propone Indicadores para su evaluación:

Aumento de la Infraestructura Hospitalaria

Tasa de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes.
Distribución geográfica de camas hospitalarias.
Porcentaje de ejecución del plan estratégico de infraestructura hospitalaria.

Uso Eficiente de los Recursos

Índice de ocupación hospitalaria (ideal entre 85-90%).
Tiempo promedio de hospitalización por paciente.
Giro cama en cada IPS
Porcentaje de reingresos Hospitalarios.

Incentivo Modalidad Extramural Domiciliaria

Cobertura del programa de hospitalización en modalidad extramural domiciliaria
Porcentaje de la población objetivo-cubierta por el servicio de hospitalización en modalidad extramural domiciliaria.
Indicador de Reingreso Hospitalario
Incremento de servicios habilitados en la modalidad extramural domiciliaria, por fuente REPS anual

Casas más Bienestar.

Número de casas más Bienestar implementados y operativos.
Porcentaje de ocupación de los centros de cuidado transitorios.
Tasa de reinserción de pacientes vulnerables a un entorno autónomo o domiciliario.

Articulación Prestador Complementario y Centros de Referencia

Porcentaje de pacientes referidos que acceden a servicios especializados en los tiempos definidos.
Porcentaje de redes articuladas operativas (públicas y privadas).
Cumplimiento adherencia de los lineamientos estandarizados en atención especializada.
Tasa de mortalidad y complicaciones en patologías priorizadas.
Participación en campañas informativas y nivel de conocimiento ciudadano sobre el uso adecuado de las redes.

Indicadores Transversales

Tasa de mortalidad hospitalaria
Proporción de pacientes atendidos en el nivel adecuado según complejidad.
Encuesta de Satisfacción general de usuarios sobre el modelo de atención.

Estos indicadores permitirán evaluar y ajustar las estrategias de manera dinámica, asegurando que cumplan con los objetivos propuestos para una atención oportuna, resolutiva y equitativa.

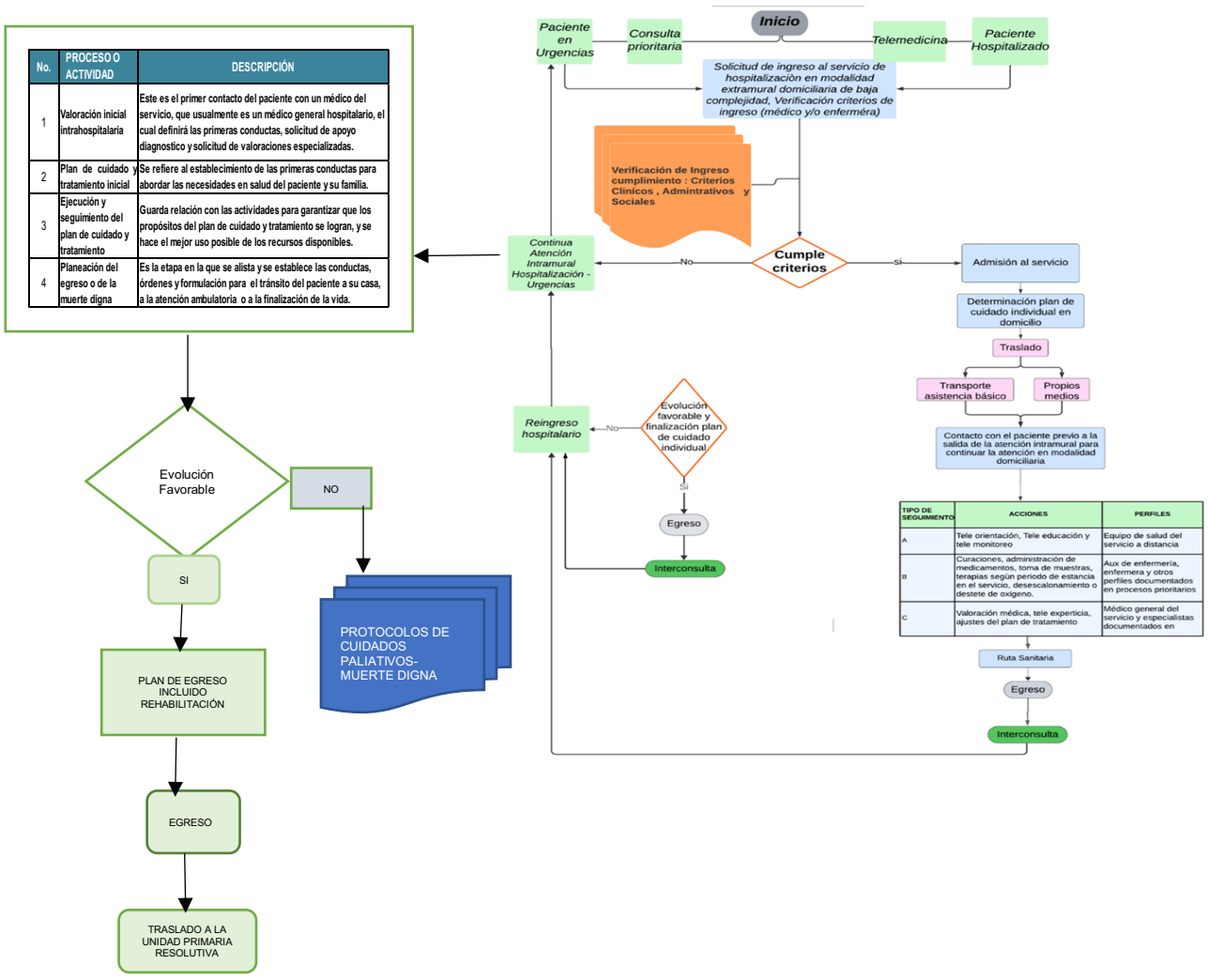
9.1 FICHA TÉCNICA DE INDICADORES:

A continuación, se presenta propuesta la ficha técnica de indicadores donde se muestra el proceso operativo al que pertenece el indicador, a que subproceso corresponde, cual es el nombre del indicador, la fórmula que se aplica (definición del numerador y denominador que se ajustaran según las necesidades a evaluar.

Proceso operativo Evaluado		Indicador	Fórmula	Fuente
		Tasa de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes.	Numerador: Número total de camas hospitalarias X 1000 Denominador: total de la poblacion adulta o pediatrica según el caso	REPS y DANE
		porcentaje de ejecución del plan estrategico de infraestructura para estructuras	Numerador: cantidad de obra ejecutada X 100 Denominador: sobre el total de obra a realizar	plan estrategico de Infraestructu
		indice de ocupacion de camas hospitlarias	Numerador: Numero de camas-dia ocupadas X 100 Denominador Numero total de camas-dia disponible	Registro aplicativo SIRC de la SDS
		Tiempo promedio de hospitalización por paciente en un periodo	Numerador:total de dias de hospitalizacion de pacientes Denominador Numero total de pacientes egresados	
		Porcentaje de reingresos Hospitalarios	Numerador: Numero total de reigresos X 100 Denominador Numero total de egresos hospitalaios	
		Cobertura del programa de hospitalización en modalidad extramural domiciliaria	Numerador: Número total de personas incluidas en el programa de hospitalización en modalidad extramural domiciliaria Denominador: población que requiere hospitalización en un periodo de tiempo	
		Incremento de servicios habilitados en la modalidad extramural domiciliaria, por fuente REPS anual	Numerador: Diferencia en el Numero de servicios habilitados en la modalidad extramural domiciliaria año 1 Denominador:Número de servicios habilitados en la modalidad extramural domiciliaria año	
		porcentjae de ocupacion de casas mas vida por sede	Numerador: Numero de camas ocupadas Denominador: Totla de camas disponibles	

10.ANEXOS:

Anexo 1 Flujograma Atención Hospitalaria Incluida La Atención Domiciliaria



No.	PROCESO O ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Valoración inicial intrahospitalaria	Este es el primer contacto del paciente con un médico del servicio, que usualmente es un médico general hospitalario, el cual definirá las primeras conductas, solicitud de apoyo diagnostico y solicitud de valoraciones especializadas.
2	Plan de cuidado y tratamiento inicial	Se refiere al establecimiento de las primeras conductas para abordar las necesidades en salud del paciente y su familia.
3	Ejecución y seguimiento del plan de cuidado y tratamiento	Guarda relación con las actividades para garantizar que los propósitos del plan de cuidado y tratamiento se logran, y se hace el mejor uso posible de los recursos disponibles.
4	Planeación del egreso o de la muerte digna	Es la etapa en la que se alista y se establece las conductas, órdenes y formulación para el tránsito del paciente a su casa, a la atención ambulatoria o a la finalización de la vida.

TIPO DE SEGUIMIENTO	ACCIONES	PERFILES
A	Tele orientación, Tele educación y tele monitoreo	Equipo de salud del servicio a distancia
B	Curaciones, administración de medicamentos, toma de muestras, terapias según periodo de estancia en el servicio, desescalonamiento o destete de oxigeno.	Aux de enfermería, enfermera y otros perfiles documentados en procesos prioritarios
C	Valoración médica, tele experticia, ajustes del plan de tratamiento	Médico general del servicio y especialistas documentados en

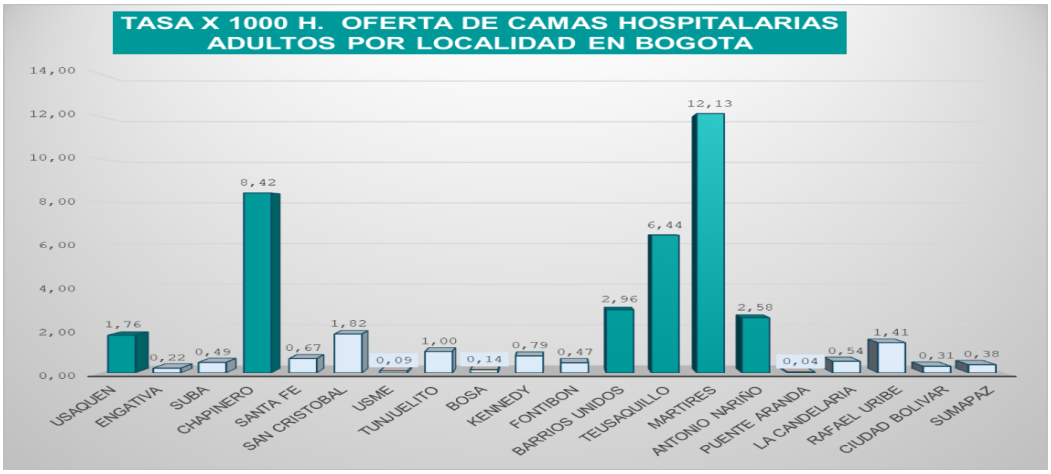
Anexo 2: Oferta de camas hospitalarias por localidad tasa por 1000 habitantes en Bogotá

CAMAS HOSPITALARIAS POR LOCALIDAD TASA POR 1000 H EN BOGOTÁ									
POBLACIÓN TOTAL				POBLACIÓN ADULTA			POBLACIÓN PEDIÁTRICA		
LOCALIDAD	POBLACIÓN TOTAL DANE 2024	TOTAL CAMAS	TASA X 1000 H	POBLACIÓN ADULTOS	CAMAS ADULTO	TASA X 1000 H	POBLACIÓN MENORES DE 19 AÑOS	CAMAS PEDIATRÍA	TASA X 1000 H
USAQUÉN	594611	2526	4,25	473943	1150	1,76	120668	218	1,31
ENGATIVÁ	819441	733	0,89	653092	222	0,22	166349	100	0,34
SUBA	1313453	1180	0,90	1018871	498	0,49	294582	131	0,44
CHAPINERO	179.720	2166	12,05	148970	1254	8,42	33133	295	8,90
SANTA FE	106.494	573	5,38	79541	53	0,67	28365	334	11,78
SAN CRISTÓBAL	403.754	1270	3,15	294058	535	1,82	115048	105	0,91
USME	409.565	26	0,06	285643	26	0,09	129352	0	0,00
TUNJUELITO	182.078	178	0,98	134932	135	1,00	49560	0	0,00
BOSA	724.141	117	0,16	528753	75	0,14	204987	25	0,12
KENNEDY	1.024.350	1378	1,35	797365	630	0,79	240564	80	0,33
FONTIBÓN	402.815	537	1,33	320097	151	0,47	88058	1	0,01
BARRIOS UNIDOS	154.223	598	3,88	125537	371	2,96	30731	56	1,82
TEUSAQUILLO	163.273	1377	8,43	139532	899	6,44	25906	0	0,00
MÁRTIRES	81.915	1128	13,77	63981	776	12,13	19020	19	1,00
ANTONIO NARIÑO	83.867	289	3,45	63196	163	2,58	21783	19	0,87
PUENTE ARANDA	254.658	61	0,24	204946	9	0,04	53088	0	0,00
LA CANDELARIA	18.430	70	3,80	14835	8	0,54	3840	42	10,94
RAFAEL URIBE	386.465	584	1,51	286920	405	1,41	104668	10	0,10
CIUDAD BOLÍVAR	658.085	439	0,67	461916	142	0,31	204893	90	0,44
SUMAPAZ	3.874	2	0,52	2619	1	0,38	1307	0	0,00
Bogotá	7965212	**15232**		**6098747**	**7503**	1,23	**1935902**	**1525**	0,79

ÍNDICE DE OMS CUMPLE NO CUMPLE

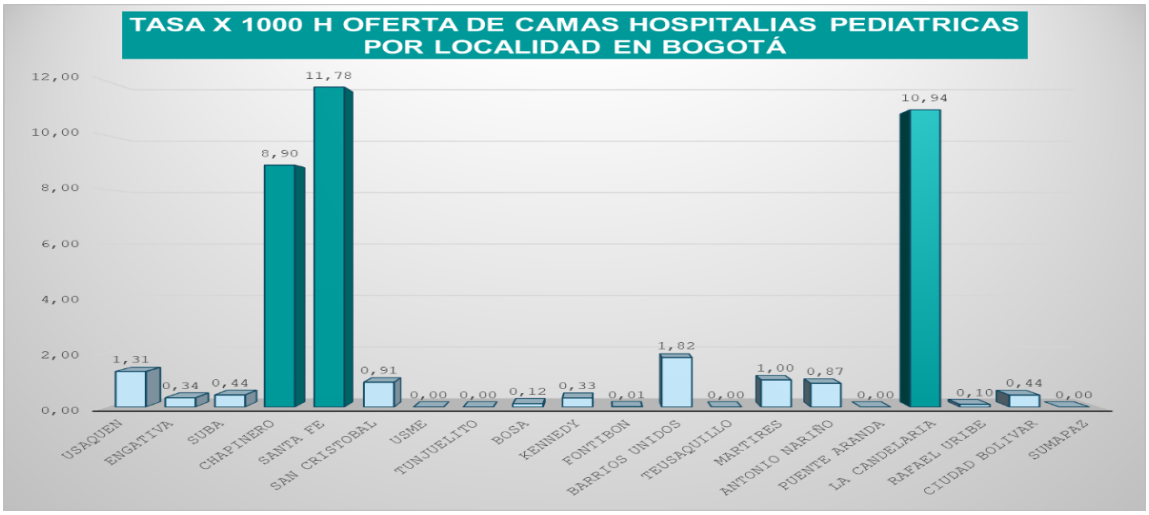
Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS Población DANE
La información aquí contenida está sujeta a cambios y/o modificaciones posteriores a su fecha de emisión 08/2024 acorde a las novedades de los prestadores, Verificación de la Información solicitud a SaluData, - Procesamiento de la Información obtenida del REPS por Dirección de Provisiones corte a diciembre 2024

Anexo 3: Grafica 2: Tasa por 1000 habitantes oferta de camas hospitalarias adultos en Bogotá



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, Población DANE, acorde a las novedades de los prestadores, Verificación de la Información solicitud a SaluData, - Procesamiento de la Información obtenida del REPS por Dirección de Provisiones corte a diciembre 2024

Grafica 3: Tasa por 1000 habitantes oferta de camas hospitalarias Pediátricas en Bogotá



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, Población DANE, acorde a las novedades de los prestadores, Verificación de la Información solicitud a SaluData, - Procesamiento de la Información obtenida del REPS por Dirección de Provisiones corte a diciembre 2024.

11.BIBLIOGRAFÍA

1 Gerencia de la Salud de Cáceres (2025), Atención Hospitalaria, https://www.areasaludcaceres.es/contenido/28-atencion-hospitalaria.html

2 J. Vargas, G. Molina, Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. (2009) Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol.27 no.2 Medellín 2009 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200003

3. Rodríguez JM. Rodríguez DP. Corrales JC 2013 Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013 Ciencia y Salud Colectiva. Salud Pública. https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n6/1947-1958/es/

4. Hernández M. 2000 El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Revista Salud Pública 2000; (2): 121-144

5. Alcaldía de Bogotá. Secretaria de Salud de Bogotá (2024) Modelo de Salud Bogotá, Documento Estratégico versión 11-2024.

6. Ministerio de Salud y Protección Social 2012 Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria Convenio de Cooperación 323 de 2012 Universidad de Antioquia https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/Guia-medicas-atencion-prehospitalaria.pdf

7 Grupo de banco Mundial. datos Camas hospitalarias por 1000 personas, estadísticas mundiales publicadas por la OMS. https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS

8. Martínez G. García A. 2021 Infraestructura hospitalaria y personal médico del Sistema Público de Salud en México ante la pandemia https://cienciasadmvastyp.uat.edu.mx/index.php/ACACIA/article/view/288/325#:~:text=Tomando%20en%20cuenta%20que%20la,hospitalarias%20por%20cada%20mil%20habitantes.

9. Así vamos en Salud: Indicadores de Salud Capacidad Instalada 2024, https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/capacidad-instalada-en-colombia

10. Secretaria Distrital de Salud. 2024. Lineamiento de Hospitalización Extramural Domiciliara de baja complejidad.

11. Kate E…Wong S. 2024 Hospitalización domiciliaria para evitar el ingreso en hospital. Biblioteca Cochrane. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub3

12 Atención Primaria 2002. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. volumen 30 numero 5 https://www.elsevier.es/esrevista-atencion-primaria-27-pdf-13037457

13 Martínez P. Fernández O….Azucena L.2020. Hospitalización domiciliaria en un área rural, una alternativa a la hospitalización tradicional. Hospital a Domicilio versión On-line ISSN 2530-5115. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2530-51152020000300111&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com.

14. De Brigard a M. Consentimiento informado del paciente Revista Colombiana Gastroenterología 2004.

15. Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Paquetes Instruccionales: Consentimiento Informado, Guía de Buenas Practicas, para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Versión 1. Aseguramiento del Consentimiento Informado.

16. Santelices E…. Durán L 2013. Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria. Revista. médica. Chile vol.141 no.4 Santiago abr. 2013. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400006

17. Organización Mundial de la Salud 2023. Calidad de la Atención: Eficiencia https://www-who-int.translate.goog/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge&_x_tr_hist=true#tab=tab_1

18. García A: Eficiencia en la Gestión de Salud: Redefiniendo el Éxito en la Atención Médica https://es.linkedin.com/pulse/eficiencia-en-la-gesti%C3%B3n-de-salud-redefiniendo-el-%C3%A9xito-garcia

19. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Integración Social 2023. Proceso Prestación De Servicios Sociales. Instructivo Servicio de atención Sociosanitaria para población habitante de calle y en alto riesgo de estarlo.

20. Correa N, Ocampo C. De la Torre A. 2022. Implementación de los Grupos relacionados de diagnóstico en una institución de salud de alta complejidad en Colombia Revista médica de Chile Vol.150 no.3 Santiago mar. 2022 https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872022000300309&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com

21.OPS, Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de La Salud. Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.67

22.Alcaldía de Bogotá. Secretaria de Salud de Bogotá 2024 Enfermedades huérfanas un reto por la salud de los más vulnerables. 28/02/2024 https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/enfermedades-huerfanas-un-reto-por-la-salud-de-los-mas-vulnerables

23. Gomisa R….,Martínez JA.2017 Aspectos metodológicos de los procesos asistenciales integrados Revista de Calidad Asistencial volumen 32 No 4. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X17300027

12.CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	28/072025	Describir las generalidades de la capa hospitalaria, situación actual y diseñar estrategias orientadas a garantizar una atención hospitalaria resolutiva y oportuna para pacientes sujetos de hospitalización, manteniendo un modelo de atención predictivo y preventivo, con un enfoque de atención continuo, integral y altamente resolutiva, que fortalezca la atención con altos estándares de calidad en el Distrito Capital – D.C.

	ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Nombres completos:	Rocío del Carmen Urbano Caicedo		Mariana Barros Cadena		Luís Alexander Moscoso Osorio	
			Doris Marcela Díaz Ramírez			
			Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda,			
			Yidney García Rodríguez			
			Tamara Gilma Vanin			
			Natalia Baquero Molina			
			Sandra Patricia Charry Rojas			
Cargos:	**Profesional Especializado – Dirección de Calidad de Servicios de Salud**		**Dirección de Calidad – Dirección de Provisión de Servicios de Salud**		**Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento**	
Fecha:	**julio de 2025**		**julio de 2025**		**julio 2025**	