PORTAFOLIO DE SERVICIOS

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (CAPS) – TIPO B (PAR 2)

LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR

Documento Técnico de Soporte para la Implementación del CAPS

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HUSJDMI

Bogotá D.C., 2026

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 7
2. Objetivo del Portafolio 8
3. Alcance del Portafolio 8
4. METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DEL PORTAFOLIO 8
4.1. Variables analizadas para la definición del portafolio 8
4.2. Fuentes de información y validez técnica 9
4.3. Horizonte temporal de análisis 10
5. ANÁLISIS POR GRUPOS DE SERVICIOS 11
5.1. Consulta Externa 11
5.1.1. Medicina General y Medicina Familiar 11
5.1.2. Pediatría 13
5.1.3. Ginecobstetricia 15
5.1.4. Medicina Interna 16
5.1.5. Odontología General y Especializada Análisis de consulta externa en medicina interna – CAPS Tipo B. 18
5.1.6. Psicología 20
5.1.7. Psiquiatría 21
5.1.8. Nutrición y Dietética 23
5.1.9. Optometría 24
5.1.10. Terapias (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria) 26
5.2. Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica 28
5.2.1. Laboratorio Clínico (Toma de Muestras y Pruebas Básicas) 28
5.2.2. Imágenes Diagnósticas (Radiología y Ecografía) 29
5.2.3. Servicio Farmacéutico 31

5.2.4. Atención Inmediata (Urgencias de Baja Complejidad) 33
5.2.5. Internación (Hospitalización de Baja Complejidad) 35
5.3. Promoción y Prevención (Servicios Extramurales y Comunitarios) 37
5.3.1. Salud Sexual y Reproductiva / Atención Materna 39
5.3.2. Salud Mental y Apoyo Psicosocial 42
6. MATRIZ DE CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL 45
7. ESTRATEGIAS TRANSVERSALES 48
7.1. Telemedicina y Telesalud 48
7.2. Gestión Extramural y Atención Domiciliaria 49
7.3. Articulación con la Red 50
8. HOJA DE RUTA DE IMPLEMENTACIÓN POR FASES 51
8.1. Fase I (2026-2027): Apertura Inicial 51
8.2. Fase II (2028-2029): Expansión de Capacidad 51
8.3. Fase III (2030-2031): Consolidación 52
8.4. Resumen de la evolución por fases 53
9. TALENTO HUMANO REQUERIDO 54
9.1. Perfiles profesionales requeridos 54
9.2. Evolución del talento humano por fases 57
9.3. Estrategias de atracción y retención de talento humano 58
9.3.1. Atracción de talento humano 58
9.3.2. Retención de talento humano 58
9.3.3. *Consideraciones para la ruralidad* 58
10. INDICADORES DE GESTIÓN 60
10.1. Indicadores de acceso 60
10.2. Indicadores de calidad 61
10.3. Indicadores de eficiencia 62

10.4. Indicadores de satisfacción del usuario 63

10.5. Metas y umbrales 63

11. NORMATIVIDAD APLICABLE 64

11.1. Normas para la habilitación de servicios de salud 64

11.2. Normas para la atención en salud 64

11.3. Normas para la salud pública 64

11.4. Normas para el modelo MAS Bienestar 65

12. CONCLUSIONES 66

13. REFERENCIAS 67

14. APROBACIÓN. 68

Tabla 1 Fuentes de información empleadas para la definición del portafolio. 9
Tabla 2 Horizontes temporales y fases de expansión del CAPS Tipo B. 10
Tabla 3 Análisis de consulta externa en medicina general / familiar – CAPS Tipo B. 11
Tabla 4 Decisión de portafolio y rol territorial 12
Tabla 5 Análisis de consulta externa en pediatría – CAPS Tipo B. 13
Tabla 6 Análisis de consulta externa en ginecobstetricia – CAPS Tipo B. 15
Tabla 7 Análisis de consulta externa en medicina interna – CAPS Tipo B. 16
Tabla 8 . Análisis de odontología general y especializada – CAPS Tipo B. 18
Tabla 9 Análisis de consulta externa en psicología – CAPS Tipo B. 20
Tabla 10 Análisis de consulta externa en psiquiatría – CAPS Tipo B. 21
Tabla 11 Análisis de consulta externa en nutrición – CAPS Tipo B. 23
Tabla 12 Análisis de consulta externa en optometría – CAPS Tipo B. 24
Tabla 13 Análisis de terapias – CAPS Tipo B. 26
Tabla 14 Análisis de laboratorio clínico – CAPS Tipo B. 28
Tabla 15 Análisis de imágenes diagnósticas – CAPS Tipo B. 29
Tabla 16 Análisis de servicio farmacéutico – CAPS Tipo B. 31
Tabla 17 Análisis de urgencias de baja complejidad – CAPS Tipo B. 33
Tabla 18 Análisis de hospitalización de baja complejidad – CAPS Tipo B. 35
Tabla 19 Análisis de promoción y prevención – CAPS Tipo B. 37
Tabla 20 Análisis de salud sexual y reproductiva / atención materna – CAPS Tipo B. 40
Tabla 21 Análisis de salud mental y apoyo psicosocial – CAPS Tipo B. 42
Tabla 22 Matriz de clasificación estructural – CAPS Tipo B. 45
Tabla 23 Modalidades de implementación: 48
Tabla 24 Entornos de intervención: 49
Tabla 25 Estrategias de articulación: 50
Tabla 26 Hitos de capacidad instalada (Fase I): 51
Tabla 27 Hitos de capacidad instalada (Fase II): 52
Tabla 28 Hitos de capacidad instalada (Fase III): 52
Tabla 29 Resumen de capacidad instalada – evolución por fases (CAPS Tipo B - PAR 2). 53
Tabla 30 Perfiles profesionales requeridos para el CAPS Tipo B. 54
Tabla 31 Evolución del talento humano por fases (CAPS Tipo B - PAR 2). 57
Tabla 32 Indicadores de acceso del CAPS Tipo B. 60
Tabla 33 Indicadores de calidad del CAPS Tipo B. 61

Tabla 34 Indicadores de eficiencia del CAPS Tipo B. 62
Tabla 35 Indicadores de satisfacción del usuario del CAPS Tipo B. 63
Tabla 36 Resumen de metas y umbrales para indicadores clave. 63

1.INTRODUCCIÓN

El presente documento define el Portafolio de Servicios del Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) Tipo B (PAR 2) en el sector de Quiba, Localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C. Este portafolio constituye un instrumento técnico de planeación hospitalaria que integra la oferta asistencial proyectada de la institución, en el marco de su apertura en el predio del Colegio Paraíso Mirador Sede D, con alcance local para las UPZ 67 Lucero y 68 El Tesoro (área de influencia primaria: 220.223 habitantes), y alcance complementario para las UPZ circunvecinas de Ciudad Bolívar (área secundaria: 437.902 habitantes), según Estudio Oferta y Demanda Ciudad Bolívar.

El CAPS se concibe como una IPS pública de nivel primario, con capacidad instalada inicial basada en el PAR 2, y se ubicará en el predio del Colegio Paraíso Mirador Sede D. Su área de influencia primaria comprende las UPZ 67 Lucero y 68 El Tesoro, y adicionalmente el sector de Quiba, garantizando el acceso a servicios de salud a una población de 220.223 habitantes, con alcance complementario a las UPZ circunvecinas (437.902 hab.).

El CAPS se concibe como una IPS pública de nivel primario, con capacidad instalada inicial basada en el *PAR 2 (Planteamiento Arquitectónico de Referencia, MINSALUD, 2023-2024)*: 20 salas de consulta, 7 camas de hospitalización de baja complejidad, 18 camillas de observación en urgencias, 1 sala de partos (TPR), 4 ambulancias (nuevas asignaciones), y un portafolio de servicios que incluye consulta externa general y especializada, odontología, urgencias de baja complejidad, hospitalización de baja complejidad, apoyo diagnóstico (laboratorio, imágenes, farmacia), rehabilitación, salud mental, atención materna y servicios de promoción y prevención.

El portafolio se estructura bajo un enfoque de atención integral con enfoque territorial, entendido como la provisión articulada, continua y centrada en la persona de intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y acompañamiento psicosocial a lo largo del curso de vida (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016). Este enfoque orienta la organización de los servicios más allá de la atención episódica, promoviendo la continuidad clínica, la coordinación entre niveles de complejidad y la gestión integral del riesgo en salud, en coherencia con el modelo de atención del sistema sanitario colombiano y con los lineamientos de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar.

2. Objetivo del Portafolio

Establecer la oferta de servicios de salud del CAPS, especificando para cada servicio:

- Justificación técnica (necesidad identificada, demanda, brecha, normatividad).
- Población objetivo.
- Modalidad de atención (presencial, extramural, telemedicina).
- Talento humano requerido (perfiles y cantidad estimada).
- Requerimientos generales de infraestructura y dotación.
- Articulación con otros servicios y con la red.

3. Alcance del Portafolio

El portafolio abarca los servicios que serán ofertados por el CAPS en su fase inicial (Fase I, 2026-2027), con proyecciones de expansión para las Fases II (2028-2029) y III (2030-2031). El portafolio se actualizará cada 3 años con base en la evolución de los indicadores de demanda, oferta y satisfacción de los usuarios.

4. METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DEL PORTAFOLIO

4.1. Variables analizadas para la definición del portafolio

Para cada servicio potencial o existente, se analizaron las siguientes variables:

- *Magnitud de las atenciones (volumen):* Número total de eventos asistenciales (consultas, procedimientos, días de estancia, egresos) proyectados. Fuente: estimaciones de demanda del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), con base en la población primaria de *220.223 habitantes* (UPZ 67-68).
- *Personas atendidas (cobertura poblacional):* Número de individuos únicos que utilizarían el servicio en un período anual. Fuente: proyecciones de necesidad versus oferta.
- *Frecuencia de uso (FU):* Relación atenciones/personas. Para salud mental ambulatoria, FU ≈ 3-5; para hospitalización, FU ≈ 1,1; para atención de partos, FU ≈ 1; para consulta especializada en crónicos, FU ≈ 2,5-4.

- *Origen territorial de la demanda (dependencia territorial):* Proporción de usuarios provenientes del área de influencia directa (UPZ 67-68, *220.223 hab.*) y del área de influencia secundaria (UPZ circunvecinas: *437.902 hab.*). Se asume que ≥85 % provendrá del área primaria y ≥15 % del área secundaria.
- *Brecha epidemiológica (necesidad vs. oferta):* Diferencia entre necesidad estimada y oferta actual (REPS 2024). Para consultorios, déficit de 92 unidades; para camas, déficit de 14 unidades; para especialistas, déficit de 11 profesionales (área primaria).
- *Alineación normativa:* Grado en que el servicio es obligatorio por ley (Resolución 3100 de 2019, Resolución 3280 de 2018, Ley 1438 de 2011) o está priorizado en políticas públicas (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, Plan Territorial de Salud 2024-2027, Modelo MAS Bienestar).

4.2. Fuentes de información y validez técnica

La construcción del portafolio se basa en fuentes oficiales y datos primarios del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), garantizando trazabilidad y consistencia.

Tabla 1 Fuentes de información empleadas para la definición del portafolio.

Fuente	Año	Tipo de información	Aplicación en el portafolio
Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar	2026	Oferta, demanda, suficiencia, brechas	Estimación de demanda potencial, priorización de servicios
REPS (Registro Especial de Prestadores)	2024	Servicios habilitados por localidad, capacidad instalada	Evaluación de oferta territorial, identificación de brechas
RIPS (Registros Individuales de Prestación)	2021-2024	Morbilidad atendida, atenciones, frecuencia de uso	Estimación de demanda por servicio
DANE - Proyecciones poblacionales	2025	Población por edad y sexo, proyecciones 2025-2031	Proyección de demanda futura
ASIS Ciudad Bolívar	2025	Morbilidad, mortalidad, determinantes sociales	Identificación de necesidades epidemiológicas
PAR 2 (Planteamiento Arquitectónico de Referencia)	2023-2024	Capacidad instalada, consultorios, camas, áreas	Base cuantitativa del portafolio
Resolución 3100 de 2019	2019	Estándares de habilitación de servicios	Verificación de requisitos para nuevos servicios
Resolución 3280 de 2018	2018	Rutas Integrales de Atención (RIAS)	Alineación de protocolos clínicos

Modelo MAS Bienestar (SDS)	2024	Lineamientos para la organización de servicios	Alineación con el modelo distrital

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Horizonte temporal de análisis

El presente portafolio se estructura con un horizonte de planeación a 6 años (2026-2031), desagregado en tres fases de expansión, cada una con hitos de capacidad instalada y financiera verificables.

Tabla 2 Horizontes temporales y fases de expansión del CAPS Tipo B.

Fase	Período	Objetivo principal	Hitos de capacidad
Fase I (corto plazo)	2026-2027	Adecuación normativa (Res. 3100/2019) y apertura inicial	16 consultorios, 4 camas de hospitalización, 18 camillas de observación, 1 TPR, 2 ambulancias
Fase II (mediano plazo)	2028-2029	Expansión de capacidad y servicios especializados	+2 consultorios, +1 cama de hospitalización, +1 ecógrafo, +1 módulo de telemedicina
Fase III (largo plazo)	2030-2031	Consolidación como nodo de referencia en atención primaria	+2 consultorios, +2 camas de hospitalización, +2 ambulancias, +1 módulo de telemedicina, +1 equipo de espirometría

Fuente: Elaboración propia con base en el PAR 2 y el escenario moderado de proyección de demanda.

5. ANÁLISIS POR GRUPOS DE SERVICIOS

A continuación, se desarrolla el análisis estructural de los servicios del CAPS, siguiendo la metodología establecida. Estos servicios constituyen el núcleo funcional de la institución y son los que presentan las mayores brechas estructurales en el área de influencia.

El portafolio se organiza en los siguientes grupos de servicios:

- Consulta externa – servicios estructurales con alta demanda y brecha.
- Apoyo diagnóstico – servicios estructurales para la resolutividad.
- Atención inmediata (urgencias) – servicios estructurales con alta brecha territorial.
- Internación (hospitalización de baja complejidad) – servicios estructurales con brecha crítica.
- Promoción y prevención – servicios estructurales para la gestión del riesgo.
- Salud sexual y reproductiva / Atención materna – servicios estructurales con alta brecha epidemiológica.
- Salud mental y apoyo psicosocial – servicios estructurales con alta brecha y demanda insatisfecha.

Cada servicio se analiza con el mismo nivel de detalle, incluyendo el análisis diferenciado por ámbito territorial (área primaria – UPZ 67-68; área secundaria – UPZ circunvecinas). Al final del capítulo se presenta una matriz de clasificación estructural que resume la decisión de portafolio y el rol territorial de cada servicio.

5.1. Consulta Externa

5.1.1. Medicina General y Medicina Familiar

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 3 Análisis de consulta externa en medicina general / familiar – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab. (2025)	437.902 hab.	Área de influencia total: 658.125 hab. (Localidad Ciudad Bolívar)
Consultas anuales estimadas (demanda)	220.223 × 2,5 × 0,45 = 247.751	437.902 × 2,5 × 0,45 ≈ 492.640	Basado en frecuencia de uso de 2,5 consultas/persona/año y proporción de 0,45 para medicina general

Oferta actual en el área	8 médicos generales (6 consultorios)	0 médicos generales (sin oferta pública)	Oferta pública limitada
Capacidad actual estimada	6 × 20 × 280 = 33.600 consultas/año	0	6 consultorios × 20 consultas/día × 280 días
Brecha de consultas	*-214.151 consultas/año*	*-492.640 consultas/año*	*-706.791 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	6	–	6 consultorios de medicina general
Consultorios proyectados (Fase III)	8	–	Expansión a 8 consultorios
Frecuencia de uso (FU)	2,5 (población general); 4-6 (crónicos)	2,5	Diferenciado por grupo
Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como nodo de referencia
Brecha epidemiológica	Déficit de 14 médicos generales	Déficit de 22 médicos generales	Estándar: 1 médico / 10.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- Las enfermedades hipertensivas representan el 4,9% de las consultas en hombres y el 5,7% en mujeres (RIPS, 2024).
- Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte en Ciudad Bolívar (795 casos, 27,2% de la mortalidad total en 2024).
- La diabetes mellitus ocupa el quinto lugar en mortalidad específica (101 casos en 2024).
- La tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población de 30 a 70 años es de 151,8 por 100.000 habitantes, superando ampliamente la meta distrital (125).

Tabla 4 Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Puerta de entrada al sistema y primer nivel de atención
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)

Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

Talento humano (Fase I): 6 médicos generales (jornada completa), 2 médicos con énfasis en medicina familiar.

Talento humano (Fase III): 8 médicos generales, 3 médicos con énfasis en medicina familiar.

Infraestructura: 6 consultorios (Fase I) / 8 consultorios (Fase III), equipados con camilla, tensiómetro, fonendoscopio, negatoscopio, balanza, tallímetro, infantómetro, computador con acceso a historia clínica electrónica y sistema de citas.

Modalidad: Presencial, con posibilidad de teleconsulta para seguimiento de crónicos y pacientes con movilidad reducida.

Articulación: Referencia a consulta especializada (pediatría, ginecobstetricia, medicina interna) dentro del CAPS y a hospitales de la Subred Sur para mayor complejidad.

5.1.2. Pediatría

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 5 Análisis de consulta externa en pediatría – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia (menores de 15 años)	61.662 hab. (28% del total)	122.613 hab.	Alta proporción de población infantil
Consultas anuales estimadas (demanda)	61.662 × 2,5 × 0,45 = 69.370	122.613 × 2,5 × 0,45 ≈ 137.940	Basado en FU de 2,5 consultas/niño/año
Oferta actual en el área	0 pediatras	0 pediatras	*Ausencia total*
Capacidad actual estimada	0 consultas/año	0	*No existe oferta*
Brecha de consultas	*-69.370 consultas/año*	*-137.940 consultas/año*	*-207.310 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	3	–	Prioridad para población infantil
Consultorios proyectados (Fase III)	3	–	Mantener capacidad
Frecuencia de uso (FU)	2,5 (población general); 4-6 (primera infancia)	2,5	Mayor FU en menores de 5 años
Dependencia territorial	Muy alta (90% de la demanda del área primaria)	Alta (10% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 8 pediatras	Déficit de 12 pediatras	Estándar: 1 pediatra / 10.000 niños

Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. – 3280/2018, RIAS materno-perinatal	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- La mortalidad en menores de 5 años en Ciudad Bolívar (12,05 por 1.000 NV en 2024) supera el promedio distrital (10,93).
- Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de urgencias en niños de 0 a 4 años (14,1% de las urgencias en este grupo).
- La desnutrición aguda en menores de 5 años registró 666 casos notificados en 2023 (SIVIGILA).
- La mortalidad perinatal y neonatal tardía en la Subred Sur fue de 93 casos en 2023, de los cuales Ciudad Bolívar aportó una proporción significativa.
- El grupo de 0 a 4 años representa el 7,7% de las atenciones totales en la localidad (RIPS, 2019-2023).

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención pediátrica en el área de influencia
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- *Talento humano (Fase I):* 3 pediatras (jornada completa).
- *Talento humano (Fase III):* 3 pediatras (jornada completa).
- *Infraestructura:* 3 consultorios, equipados con camilla pediátrica, balanza pediátrica, infantómetro, tensiómetro pediátrico, fonendoscopio, otoscopio, y elementos para valoración del desarrollo.

- *Modalidad:* Presencial.
- *Articulación:* Atención conjunta con nutrición para casos de desnutrición, con psicología para problemas de desarrollo, y referencia a hospitalización pediátrica en hospitales de la Subred Sur para casos de mayor complejidad.

5.1.3. Ginecobstetricia

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 6 Análisis de consulta externa en ginecobstetricia – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia (mujeres en edad fértil)	58.000 hab.	118.000 hab.	Alta demanda por salud sexual y reproductiva
Consultas anuales estimadas (demanda)	58.000 × 2,5 × 0,40 = 58.000	118.000 × 2,5 × 0,40 ≈ 118.000	Basado en FU de 2,5 consultas/mujer/año
Oferta actual en el área	0 ginecobstetras	0 ginecobstetras	*Ausencia total*
Capacidad actual estimada	0 consultas/año	0	*No existe oferta*
Brecha de consultas	*-58.000 consultas/año*	*-118.000 consultas/año*	*-176.000 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	2	–	Prioridad para atención materna
Consultorios proyectados (Fase III)	3	–	Expansión gradual
Frecuencia de uso (FU)	2-4 (ginecología general); 6-8 (gestantes)	2-4	Mayor FU en gestantes
Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 7 ginecobstetras	Déficit de 12 ginecobstetras	Estándar: 1 ginecobstetra / 10.000 mujeres en edad fértil
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, RIAS materno-perinatal	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- La razón de mortalidad materna en Ciudad Bolívar es de 83,7 por 100.000 NV (2024), más del doble de la meta distrital (35,9).
- La fecundidad adolescente (28,3 por 1.000 mujeres de 15-19 años) supera ampliamente la meta distrital (20,8).

- La sífilis gestacional registró 121 casos notificados en 2023 (SIVIGILA).
- La morbilidad materna extrema en la Subred Sur fue de 487 casos en 2023.
- Las atenciones relacionadas con el embarazo y parto representan el 16,7% de las urgencias en mujeres y el 31,9% de las hospitalizaciones (RIPS, I Semestre 2024)

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención ginecobstétrica y materna
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS:

- *Talento humano (Fase I):* 2 ginecobstetras, 2 enfermeras obstétricas.
- *Talento humano (Fase III):* 3 ginecobstetras, 3 enfermeras obstétricas.
- *Infraestructura:* 2 consultorios (Fase I) / 3 consultorios (Fase III), equipados con camilla ginecológica, ecógrafo portátil, equipo para toma de muestras de citología, tensiómetro, fonendoscopio, balanza, tallímetro.
- *Modalidad:* Presencial, con extensión a control prenatal y posparto, y planificación familiar.
- *Articulación:* Atención conjunta con psicología para casos de violencia de género, con nutrición para control de peso en gestantes, y referencia a hospitales de la Subred Sur para partos de alto riesgo y complicaciones obstétricas.

5.1.4. Medicina Interna

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 7 Análisis de consulta externa en medicina interna – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia (adultos con enfermedades crónicas)	85.000 hab.	170.000 hab.	Alta prevalencia de hipertensión, diabetes, EPOC
Consultas anuales estimadas (demanda)	85.000 × 2,5 × 0,40 = 85.000	170.000 × 2,5 × 0,40 ≈ 170.000	Basado en FU de 3-4 consultas/paciente crónico/año
Oferta actual en el área	0 internistas	0 internistas	*Ausencia total*
Capacidad actual estimada	0 consultas/año	0	*No existe oferta*
Brecha de consultas	*-85.000 consultas/año*	*-170.000 consultas/año*	*-255.000 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	2	–	Prioridad para población adulta mayor
Consultorios proyectados (Fase III)	3	–	Expansión gradual
Frecuencia de uso (FU)	3-4 (crónicos estables); 6-8 (crónicos descompensados)	3-4	Mayor FU en descompensados
Dependencia territorial	Muy alta (80% de la demanda del área primaria)	Alta (20% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 6 internistas	Déficit de 12 internistas	Estándar: 1 internista / 15.000 adultos con enfermedades crónicas
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte en Ciudad Bolívar (795 casos, 27,2% de la mortalidad total en 2024).
- Las enfermedades isquémicas del corazón (313 casos), las enfermedades cerebrovasculares (145 casos) y la diabetes mellitus (101 casos) son las principales causas específicas de mortalidad.
- La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en población de 30 a 70 años es de 151,8 por 100.000 habitantes, superando la meta distrital (125).
- Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representan el 4,5% de la mortalidad (131 casos en 2024).

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención de enfermedades crónicas
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 2 médicos internistas.
- Talento humano (Fase III): 3 médicos internistas.
- Infraestructura: 2 consultorios (Fase I) / 3 consultorios (Fase III), equipados con camilla, tensiómetro, fonendoscopio, balanza, tallímetro, electrocardiógrafo portátil, y acceso a pruebas de laboratorio básicas.
- Modalidad: Presencial.
- Articulación: Atención conjunta con nutrición para pacientes con diabetes y obesidad, con psicología para pacientes con enfermedades crónicas y depresión, y referencia a hospitales de la Subred Sur para descompensaciones y complicaciones.

5.1.5. Odontología General y Especializada Análisis de consulta externa en medicina interna – CAPS Tipo B.

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 8 . Análisis de odontología general y especializada – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Enfermedades bucales son la principal causa de consulta
Consultas anuales estimadas (demanda)	220.223 × 1,5 = 330.335	437.902 × 1,5 = 656.853	Basado en FU de 1,5 consultas/persona/año
Oferta actual en el área	3 odontólogos (3 consultorios)	0	Oferta pública limitada
Capacidad actual estimada	3 × 20 × 280 = 16.800 consultas/año	0	3 consultorios × 20 consultas/día × 280 días
Brecha de consultas	*-313.535 consultas/año*	*-656.853 consultas/año*	*-970.388 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	5	–	Prioridad para población infantil y gestantes
Consultorios proyectados (Fase III)	5	–	Mantener capacidad
Frecuencia de uso (FU)	1,5 (población general); 2-3 (niños, gestantes)	1,5	Mayor FU en grupos vulnerables

Dependencia territorial	Muy alta (80% de la demanda del área primaria)	Alta (20% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 19 odontólogos	Déficit de 44 odontólogos	Estándar: 1 odontólogo / 10.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, PTS 2024-2027	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- Las enfermedades de la cavidad bucal son la principal causa de consulta externa en ambos sexos: 24,2% en hombres y 16,9% en mujeres (RIPS, I Semestre 2024).
- La demanda de servicios odontológicos es alta en todos los grupos de edad, con especial énfasis en población infantil y gestante.
- La oferta actual de 3 odontólogos para 220.223 personas significa que hay 1 odontólogo por cada 73.408 habitantes, muy por encima del estándar de 1 por 10.000 habitantes.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención odontológica
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS:

- *Talento humano (Fase I):* 5 odontólogos generales (jornada completa).
- *Talento humano (Fase III):* 5 odontólogos generales, 1 odontopediatra, 1 periodoncista / cirujano oral.
- *Infraestructura:* 5 consultorios (Fase I) / 7 consultorios (Fase III), equipados con unidad odontológica, compresor, instrumental básico (espejos, exploradores, sondas, curetas), equipo de radiología odontológica (intraoral y panorámica), esterilizador, amalgamador, lámpara de fotocurado, y cavitron.
- *Modalidad:* Presencial.

- *Articulación:* Atención conjunta con nutrición para educación en salud bucal y prevención de caries, y referencia a especialistas en odontopediatría y cirugía oral para casos de mayor complejidad.

5.1.6. Psicología

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 9 Análisis de consulta externa en psicología – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta prevalencia de violencia intrafamiliar y trastornos mentales
Consultas anuales estimadas (demanda)	220.223 × 1,0 = 220.223	437.902 × 1,0 = 437.902	Basado en FU de 4-6 consultas/paciente/año
Oferta actual en el área	1 psicólogo (1 consultorio)	0	Oferta pública muy limitada
Capacidad actual estimada	1 × 8 × 280 = 2.240 consultas/año	0	1 consultorio × 8 consultas/día × 280 días
Brecha de consultas	*-217.983 consultas/año*	*-437.902 consultas/año*	*-655.885 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	2	–	Prioridad para víctimas de violencia y salud mental
Consultorios proyectados (Fase III)	3	–	Expansión gradual
Frecuencia de uso (FU)	4-6 (terapia individual); 8-12 (víctimas de violencia)	4-6	Mayor FU en poblaciones vulnerables
Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 14 psicólogos	Déficit de 28 psicólogos	Estándar: 1 psicólogo / 15.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 0459/2012, Ley 1616/2013, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- La violencia intrafamiliar es el evento de notificación obligatoria más frecuente en Ciudad Bolívar (6.407 casos en 2023, 10.300 casos acumulados entre 2022-2024).
- La tasa de mortalidad por suicidio en Ciudad Bolívar (6,8 por 100.000 habitantes en 2023) supera el promedio distrital (5,3).
- El consumo problemático de SPA afecta a 6.711 personas en 2024 (SALUDATA).

- La oferta actual de 1 psicólogo es insuficiente para atender la demanda de salud mental y apoyo psicosocial.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención en salud mental y apoyo psicosocial
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 2 psicólogos (jornada completa).
- Talento humano (Fase III): 3 psicólogos (jornada completa).
- Infraestructura: 2 consultorios (Fase I) / 3 consultorios (Fase III), equipados con material para evaluación psicológica, cámara de Gesell (opcional), sistema de historia clínica.
- Modalidad: Presencial, con posibilidad de telepsicología y atención extramural (visitas domiciliarias para pacientes con movilidad reducida o en situación de vulnerabilidad).
- Articulación: Atención conjunta con psiquiatría para casos de trastornos mentales severos, con trabajo social para casos de violencia intrafamiliar, y referencia a hospitales de la Subred Sur para atención psiquiátrica de mayor complejidad.

5.1.7. Psiquiatría

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 10 Análisis de consulta externa en psiquiatría – CAPS Tipo B.

Variable	**Área primaria**	**Área secundaria**	**Observación**
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta prevalencia de trastornos mentales severos
Consultas anuales estimadas (demanda)	220.223 × 0,2 = 44.045	437.902 × 0,2 ≈ 87.580	Basado en FU de 4-6 consultas/paciente/año
Oferta actual en el área	0 psiquiatras	0 psiquiatras	*Ausencia total*
Capacidad actual estimada	0 consultas/año	0	*No existe oferta*

Brecha de consultas	*-44.045 consultas/año*	*-87.580 consultas/año*	*-131.625 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	1	–	Prioridad para trastornos mentales severos
Consultorios proyectados (Fase III)	1	–	Mantener capacidad
Frecuencia de uso (FU)	4-6 (trastornos severos)	4-6	Mayor FU en pacientes crónicos
Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 1 psiquiatra	Déficit de 2 psiquiatras	Estándar: 1 psiquiatra / 100.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 0459/2012, Ley 1616/2013, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- La tasa de mortalidad por suicidio en Ciudad Bolívar (6,8 por 100.000) supera el promedio distrital.
- La violencia intrafamiliar y el consumo de SPA generan alta demanda de atención psiquiátrica.
- No existe oferta de psiquiatría en el área de influencia, lo que obliga a los pacientes a desplazarse a otras localidades para recibir atención.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención psiquiátrica
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 1 psiquiatra (jornada completa o tiempo parcial).
- Talento humano (Fase III): 1 psiquiatra (jornada completa).

- Infraestructura: 1 consultorio, equipado con material para evaluación psiquiátrica, sistema de historia clínica.
- Modalidad: Presencial, con posibilidad de telepsiquiatría.
- Articulación: Atención conjunta con psicología para casos de trastornos mentales, con trabajo social para casos de violencia, y referencia a hospitalización en salud mental en hospitales de la Subred Sur (El Tunal, La Victoria).

5.1.8. Nutrición y Dietética

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 11 Análisis de consulta externa en nutrición – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta prevalencia de desnutrición y obesidad
Consultas anuales estimadas (demanda)	220.223 × 0,5 = 110.112	437.902 × 0,5 = 218.951	Basado en FU de 2-3 consultas/persona/año
Oferta actual en el área	1 nutricionista (1 consultorio)	0	Oferta pública muy limitada
Capacidad actual estimada	1 × 10 × 280 = 2.800 consultas/año	0	1 consultorio × 10 consultas/día × 280 días
Brecha de consultas	*-107.312 consultas/año*	*-218.951 consultas/año*	*-326.263 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	1	–	Prioridad para población infantil y gestantes
Consultorios proyectados (Fase III)	2	–	Expansión gradual
Frecuencia de uso (FU)	2-3 (población general); 4-6 (desnutrición, obesidad)	2-3	Mayor FU en grupos vulnerables
Dependencia territorial	Muy alta (80% de la demanda del área primaria)	Alta (20% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 10 nutricionistas	Déficit de 20 nutricionistas	Estándar: 1 nutricionista / 20.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, PTS 2024-2027	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- La desnutrición aguda en menores de 5 años registró 666 casos notificados en 2023 (SIVIGILA).
- La doble carga de malnutrición (desnutrición y obesidad) afecta a la población vulnerable de la localidad.
- La inseguridad alimentaria es una problemática estructural en Ciudad Bolívar, con IPM de 10,8% (superior al promedio distrital).

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención nutricional
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 1 nutricionista-dietista.
- Talento humano (Fase III): 2 nutricionistas-dietistas.
- Infraestructura: 1 consultorio (Fase I) / 2 consultorios (Fase III), equipados con balanza, tallímetro, infantómetro, cinta métrica, material educativo para consejería alimentaria.
- Modalidad: Presencial, con seguimiento extramural para casos de desnutrición aguda en menores de 5 años y adultos mayores.
- Articulación: Atención conjunta con pediatría para casos de desnutrición infantil, con medicina interna para pacientes con diabetes y obesidad, y con trabajo social para casos de inseguridad alimentaria.

5.1.9. Optometría

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 12 Análisis de consulta externa en optometría – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación

Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta prevalencia de trastornos de la refracción
Consultas anuales estimadas (demanda)	220.223 × 0,5 = 110.112	437.902 × 0,5 = 218.951	Basado en FU de 1,5 consultas/persona/año
Oferta actual en el área	0 optómetras	0	*Ausencia total*
Capacidad actual estimada	0 consultas/año	0	*No existe oferta*
Brecha de consultas	*-110.112 consultas/año*	*-218.951 consultas/año*	*-329.063 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	1	–	Prioridad para población infantil y adulta mayor
Consultorios proyectados (Fase III)	1	–	Mantener capacidad
Frecuencia de uso (FU)	1,5 (población general); 2-3 (niños, adultos mayores)	1,5	Mayor FU en grupos vulnerables
Dependencia territorial	Muy alta (80% de la demanda del área primaria)	Alta (20% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 6 optómetras	Déficit de 12 optómetras	Estándar: 1 optómetra / 40.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, PTS 2024-2027	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- Los trastornos de los músculos oculares, de la acomodación y de la refracción representan el 4,1% de las consultas en hombres y el 3,9% en mujeres (RIPS, I Semestre 2024).
- La oferta actual es nula en el área de influencia, lo que obliga a la población a desplazarse a otras localidades para atención optométrica.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para atención optométrica
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano: 1 optómetra.

- Infraestructura: 1 consultorio, equipado con equipo para examen de agudeza visual, retinoscopio, oftalmoscopio, lámpara de hendidura, lentes de prueba, y equipo para toma de presión intraocular (tonómetro).
- Modalidad: Presencial.
- Articulación: Referencia a oftalmología en hospitales de la Subred Sur para casos de patología ocular que requiera intervención quirúrgica.

5.1.10. Terapias (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria)

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 13 Análisis de terapias – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta demanda por enfermedades crónicas, discapacidad, accidentes
Consultas anuales estimadas (demanda)	220.223 × 0,3 = 66.067	437.902 × 0,3 ≈ 131.371	Basado en FU de 3-5 consultas/paciente/año
Oferta actual en el área	0 terapeutas	0	*Ausencia total*
Capacidad actual estimada	0 consultas/año	0	*No existe oferta*
Brecha de consultas	*-66.067 consultas/año*	*-131.371 consultas/año*	*-197.438 consultas/año*
Ambientes proyectados (Fase I)	1 ambiente polifuncional	–	Prioridad para población con discapacidad y adultos mayores
Ambientes proyectados (Fase III)	2 ambientes polifuncionales	–	Expansión gradual
Frecuencia de uso (FU)	3-5 (rehabilitación); 6-10 (post-quirúrgico)	3-5	Mayor FU en fases agudas
Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 11 terapeutas	Déficit de 22 terapeutas	Estándar: 1 terapeuta / 20.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representan el 4,5% de la mortalidad (131 casos en 2024).
- Los accidentes de transporte terrestre (77 casos) y las caídas (35 casos) generan necesidad de rehabilitación.
- La población con discapacidad en el área primaria se estima en 11.000 personas (5% del total).
- La oferta actual de terapias es nula en el área de influencia.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para rehabilitación y terapias
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudiólogo, 1 terapeuta respiratorio.
- Talento humano (Fase III): 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionales, 2 fonoaudiólogos, 2 terapeutas respiratorios.
- Infraestructura: 1 ambiente polifuncional para rehabilitación (Fase I) / 2 ambientes (Fase III), equipados con camillas, colchonetas, equipos de electroterapia, ultrasonido, laser, materiales para terapia ocupacional y de lenguaje, y equipos de kinesioterapia respiratoria.
- Modalidad: Presencial, con extensión a atención domiciliaria para pacientes con movilidad reducida.
- Articulación: Atención conjunta con medicina interna para pacientes con enfermedades crónicas y secuelas, con pediatría para niños con trastornos del desarrollo, y con psicología para pacientes con discapacidad y depresión.

5.2. Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

5.2.1. Laboratorio Clínico (Toma de Muestras y Pruebas Básicas)

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 14 Análisis de laboratorio clínico – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta demanda por diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas y materno-infantiles
Procedimientos anuales estimados (demanda)	220.223 × 1,0 = 220.223	437.902 × 1,0 ≈ 437.902	Basado en que el 55% de las consultas requieren exámenes de laboratorio
Oferta actual en el área	2 sitios de toma de muestras (capacidad: 16.800 procedimientos/año)	0	Oferta pública limitada
Capacidad actual estimada	16.800 procedimientos/año	0	2 sitios × 30 procedimientos/día × 280 días
Brecha de procedimientos	*-203.423 procedimientos/año*	*-437.902 procedimientos/año*	*-641.325 procedimientos/año*
Capacidad proyectada (Fase I)	100 procedimientos/día (28.000/año)	–	Laboratorio con capacidad para pruebas básicas y especializadas
Capacidad proyectada (Fase III)	150 procedimientos/día (42.000/año)	–	Expansión gradual
Frecuencia de uso (FU)	1,5 procedimientos/consulta (promedio)	1,5	Mayor en enfermedades crónicas y materno-infantiles
Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 5 bacteriólogos y 3 auxiliares de laboratorio	Déficit de 10 bacteriólogos y 6 auxiliares	Estándar: 1 bacteriólogo / 40.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- Las enfermedades hipertensivas (4,9% en hombres, 5,7% en mujeres) y la diabetes mellitus requieren seguimiento de laboratorio para control glucémico y lipídico.
- La morbilidad materna extrema (487 casos en la Subred Sur en 2023) demanda exámenes de laboratorio para diagnóstico y seguimiento de complicaciones.
- La sífilis gestacional (121 casos notificados en 2023) requiere pruebas de laboratorio para tamizaje y control.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para diagnóstico y seguimiento de laboratorio
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 2 bacteriólogos, 3 auxiliares de laboratorio.
- Talento humano (Fase III): 3 bacteriólogos, 4 auxiliares de laboratorio.
- Infraestructura: Área de toma de muestras (2 cubículos), área de procesamiento de muestras (equipos para hematología, química sanguínea, uroanálisis, coprología), área de almacenamiento de reactivos, sistema de gestión de muestras y resultados.
- Equipos: Analizador de química sanguínea (glucosa, colesterol, triglicéridos, creatinina, etc.), analizador de hematología (hemoglobina, leucocitos, plaquetas), microscopio, centrífuga, equipo para pruebas rápidas (glucosa, hemoglobina, pruebas de embarazo, VIH, sífilis, etc.), refrigerador para reactivos.
- Modalidad: Presencial, con toma de muestras en el CAPS y procesamiento interno.
- Articulación: El laboratorio apoyará todas las consultas del CAPS (medicina general, pediatría, ginecobstetricia, medicina interna) y las urgencias. Se establecerá un sistema de resultados en 24-48 horas para pruebas básicas y en 2 horas para pruebas rápidas.

5.2.2. Imágenes Diagnósticas (Radiología y Ecografía)

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 15 Análisis de imágenes diagnósticas – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta demanda por diagnóstico de enfermedades respiratorias, musculoesqueléticas, obstétricas y abdominales
Procedimientos anuales estimados (demanda)	220.223 × 0,5 = 110.112	437.902 × 0,5 = 218.951	Basado en que el 30% de las consultas requieren imágenes

Oferta actual en el área	2 equipos básicos (RX y ecografía portátil) (capacidad: 11.200 procedimientos/año)	0	Oferta pública limitada
Capacidad actual estimada	11.200 procedimientos/año	0	2 equipos × 20 procedimientos/día × 280 días
Brecha de procedimientos	*-98.912 procedimientos/año*	*-218.951 procedimientos/año*	*-317.863 procedimientos/año*
Capacidad proyectada (Fase I)	50 procedimientos/día (14.000/año)	–	RX convencional + 1 ecógrafo
Capacidad proyectada (Fase III)	80 procedimientos/día (22.400/año)	–	Expansión: +1 ecógrafo, +1 equipo de espirometría
Frecuencia de uso (FU)	1,2 procedimientos/consulta (promedio)	1,2	Mayor en obstetricia, traumatología y enfermedades respiratorias
Dependencia territorial	Muy alta (80% de la demanda del área primaria)	Alta (20% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 1 tecnólogo en imágenes y 1 radiólogo	Déficit de 2 tecnólogos y 2 radiólogos	Estándar: 1 tecnólogo / 50.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- El ecógrafo es esencial para el control prenatal y el diagnóstico de complicaciones obstétricas (mortalidad materna de 83,7 por 100.000 NV).
- Las infecciones respiratorias agudas (principal causa de urgencias en hombres y niños) requieren RX de tórax para diagnóstico.
- Los traumatismos (accidentes de transporte, caídas) requieren RX de extremidades y columna.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para diagnóstico por imágenes
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 1 tecnólogo en imágenes diagnósticas, 1 radiólogo (para lectura de imágenes, puede ser por telemedicina).
- Talento humano (Fase III): 2 tecnólogos en imágenes diagnósticas, 1 radiólogo (presencial), 1 ecografista.
- Infraestructura: Un ambiente para imágenes polifuncional, con equipo de radiología convencional (ionizante) y ecógrafo portátil (no ionizante). Protección radiológica conforme a la normatividad (barreras de plomo, señalización, dosímetros para el personal).
- Equipos: Equipo de RX digital (con capacidad para proyecciones de tórax, abdomen, extremidades), ecógrafo portátil con transductores (convexo, lineal, endocavitario), impresora de imágenes, sistema de almacenamiento y transmisión de imágenes (PACS).
- Modalidad: Presencial. La lectura de imágenes complejas puede realizarse por telemedicina con radiólogos de la Subred Sur o de hospitales de referencia.
- Articulación: Las imágenes apoyarán las consultas de medicina general, pediatría (RX de tórax), ginecobstetricia (ecografía obstétrica), medicina interna (ecografía abdominal), ortopedia (RX de extremidades) y urgencias (RX de tórax y extremidades).

5.2.3. Servicio Farmacéutico

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 16 Análisis de servicio farmacéutico – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	El acceso a medicamentos es esencial para el tratamiento de enfermedades crónicas y agudas
Dispensaciones anuales estimadas (demanda)	220.223 × 0,4 = 88.089	437.902 × 0,4 ≈ 175.161	Basado en que el 45% de las consultas requieren medicamentos
Oferta actual en el área	3 puntos de dispensación (capacidad: 33.600 dispensaciones/año)	0	Oferta pública limitada
Capacidad actual estimada	33.600 dispensaciones/año	0	3 puntos × 40 dispensaciones/día × 280 días
Brecha de dispensaciones	*-54.489 dispensaciones/año*	*-175.161 dispensaciones/año*	*-229.650 dispensaciones/año*
Capacidad proyectada (Fase I)	150 dispensaciones/día (42.000/año)	–	Farmacia con capacidad ampliada

Capacidad proyectada (Fase III)	200 dispensaciones/día (56.000/año)	–	Expansión gradual
Frecuencia de uso (FU)	1,2 medicamentos/consulta (promedio)	1,2	Mayor en enfermedades crónicas
Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 1 regente de farmacia y 2 auxiliares de farmacia	Déficit de 2 regentes y 4 auxiliares	Estándar: 1 regente / 100.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Decreto 2200 de 2005, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- Las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus requieren medicamentos de control crónico.
- La adherencia al tratamiento es una de las principales barreras identificadas en el ASIS (oportunidad en entrega de medicamentos: 65%).
- La oferta actual de 3 puntos de dispensación es insuficiente para cubrir la demanda de medicamentos.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para dispensación de medicamentos
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 1 regente de farmacia, 2 auxiliares de farmacia.
- Talento humano (Fase III): 1 regente de farmacia, 3 auxiliares de farmacia.
- Infraestructura: Farmacia interna con dispensación al público, equipada con vitrinas, refrigeradores para medicamentos termolábiles, sistema de gestión de inventarios, área de almacenamiento segura (con temperatura y humedad controlada), área de dispensación con atención al usuario.

- Equipos: Refrigeradores (2: uno para medicamentos termolábiles y otro para vacunas), sistema de gestión de inventarios (software), estanterías, vitrinas, equipo para control de temperatura y humedad.
- Modalidad: Presencial (dispensación en el CAPS). Se implementará un sistema de entrega de medicamentos por ventanilla única para evitar aglomeraciones.
- Articulación: La farmacia abastecerá todas las consultas y urgencias del CAPS. Se establecerá un sistema de entrega de medicamentos para pacientes crónicos con entrega programada (mensual o trimestral). Se articulará con la Subred Sur para el suministro de medicamentos de alto costo y para la gestión de inventarios.

5.2.4. Atención Inmediata (Urgencias de Baja Complejidad)

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 17 Análisis de urgencias de baja complejidad – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta demanda por condiciones de baja complejidad (fiebre, dolor, traumatismos leves, intoxicaciones leves, etc.)
Atenciones anuales estimadas (demanda)	220.223 × 0,033 = 7.267	437.902 × 0,033 ≈ 14.451	Basado en el 3,3% del total de atenciones que corresponden a urgencias (promedio distrital), con el 80% de baja complejidad
Oferta actual en el área	1 centro de urgencias (Jerusalén) - capacidad: 40 atenciones/día (14.600/año)	0	Oferta pública muy limitada
Capacidad actual estimada	14.600 atenciones/año	0	4 consultorios × 10 atenciones/consultorio/día × 365 días
Brecha de atenciones	(Capacidad suficiente para la demanda estimada, pero mal distribuida)	–	La insatisfacción se debe más a barreras de acceso y oportunidad que a capacidad total
Capacidad proyectada (Fase I)	50 atenciones/día (18.250/año)	–	Urgencias con 4 consultorios, 18 camillas de observación, sala de reanimación, sala de procedimientos

Capacidad proyectada (Fase III)	60 atenciones/día (21.900/año)	–	Expansión gradual (apertura de 1 consultorio adicional)
Frecuencia de uso (FU)	1,2 atenciones/persona/año (promedio)	1,2	Mayor en población infantil y adulta mayor
Dependencia territorial	Muy alta (90% de la demanda del área primaria)	Media (10% de la demanda del área secundaria)	CAPS como segundo punto de urgencias en el área (después de Jerusalén)
Brecha epidemiológica	Déficit de 3 médicos de urgencias y 4 enfermeras de urgencias	Déficit de 5 médicos y 6 enfermeras	Estándar: 1 médico de urgencias / 50.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- En hombres, las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de urgencias (11,7%), con mayor concentración en el grupo de 0 a 4 años.
- En mujeres, la atención materna relacionada con el feto, cavidad amniótica y posibles problemas del parto es la principal causa (16,7%), con un 71,1% de los casos en mujeres entre 15 y 24 años.
- Los traumatismos de cabeza (7,2%) y tórax (6,2%) en hombres reflejan la alta incidencia de causas externas.
- El tiempo de espera en urgencias para triages IV-V es de 120 minutos, duplicando el estándar de 60 minutos.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo subregional de referencia para urgencias de baja complejidad
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 3 médicos de urgencias (rotación), 4 enfermeras de urgencias, 4 auxiliares de enfermería.

- Talento humano (Fase III): 4 médicos de urgencias, 5 enfermeras de urgencias, 6 auxiliares de enfermería.
- Infraestructura: Área de urgencias con triage (1 consultorio), sala de reanimación (1 camilla), 4 consultorios de urgencias, sala de observación (18 camillas: 6 hombres, 8 mujeres, 4 pediátricas, 1 aislado), área de procedimientos (curaciones, suturas, inmovilizaciones, yesos), ERA (electrocardiografía, reanimación), EDA (estabilización), área de espera para usuarios y acompañantes (con capacidad para 20-30 personas). Nota: Las 18 camillas corresponden a la capacidad oficial del PAR 2, que supera las 4 camillas actualmente existentes en el Centro de Salud Jerusalén (oferta actual).
- Equipos: Monitor de signos vitales (4), electrocardiógrafo (2), desfibrilador (2), carro de paro (2), ventilador mecánico portátil (1), equipo de succión (2), laringoscopio (2), cánulas de vía aérea, equipos para sutura y curaciones, equipos para inmovilización y yesos.
- Modalidad: Presencial, 24 horas (con horario extendido y atención nocturna garantizada).
- Articulación: El servicio de urgencias atenderá todas las condiciones de baja complejidad que no requieran hospitalización prolongada. Los casos que requieran hospitalización serán referidos a los hospitales Meissen, La Estrella o Tunal. Se establecerá un sistema de triage y priorización basada en la escala de triage de urgencias (I-V).

5.2.5. Internación (Hospitalización de Baja Complejidad)

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 18 Análisis de hospitalización de baja complejidad – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta demanda por patologías de baja complejidad que requieren observación o estancia corta (hasta 72 horas)
Egresos anuales estimados (demanda)	220.223 × 0,006 = 1.321	437.902 × 0,006 ≈ 2.627	Basado en el 0,5% del total de atenciones que corresponden a hospitalización, con el 10% de baja complejidad resoluble en el nivel primario
Oferta actual en el área	0 camas de hospitalización	0	*Ausencia total*
Capacidad actual estimada	0 egresos/año	0	*No existe oferta*
Brecha de egresos	*-1.321 egresos/año*	*-2.627 egresos/año*	*-3.948 egresos/año*
Camas proyectadas (Fase I)	4 camas	–	Ajuste del PAR 2 (originalmente 7 camas)

Camas proyectadas (Fase III)	7 camas	–	Capacidad oficial completa
Estancia promedio	3 días	–	Para baja complejidad (infecciones respiratorias no complicadas, deshidratación, control de dolor, etc.)
Ocupación esperada (Fase I)	80%	–	4 camas × 80% × 365 días / 3 días = 389 egresos/año
Ocupación esperada (Fase III)	80%	–	7 camas × 80% × 365 días / 3 días = 681 egresos/año
Dependencia territorial	Muy alta (95% de la demanda del área primaria)	Baja (5% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 14 camas	Déficit de 22 camas	Estándar: 1,5 camas / 1.000 hab. para nivel primario
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- En mujeres, las hospitalizaciones están predominantemente relacionadas con eventos obstétricos: parto (31,9%), embarazo terminado en aborto (16,3%) y otros trastornos maternos (8,7%).
- En hombres, los traumatismos de la muñeca y de la mano (8,1%), traumatismos del tórax (7,7%) e infecciones de la piel (6,8%) son las principales causas de hospitalización.
- Las infecciones respiratorias agudas en niños (0-4 años) requieren hospitalización de baja complejidad.
- La ausencia de hospitalización de baja complejidad en el área obliga a remisiones a hospitales fuera del área (Meissen, La Estrella, Tunal).

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo subregional de referencia para hospitalización de baja complejidad
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 2 médicos generales (con entrenamiento en hospitalización), 2 enfermeras jefes, 4 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar de enfermería por turno (rotación).

- Talento humano (Fase III): 2 médicos generales, 2 médicos internistas (con apoyo), 3 enfermeras jefes, 6 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar por turno.
- Infraestructura: 4 camas (Fase I) / 7 camas (Fase III), distribuidas en:
- 2 habitaciones bipersonales para adultos (4 camas) (Fase I) / 3 habitaciones bipersonales (6 camas) (Fase III).
    - 0 habitación pediátrica (Fase I) / 1 habitación bipersonal pediátrica (2 camas) (Fase III).
    - 0 habitación unipersonal para aislamiento (Fase I) / 1 habitación unipersonal (1 cama) (Fase III).
    - Capacidad total: 4 camas en Fase I, 7 camas en Fase III (PAR 2 oficial).
    - Cada habitación con baño interno, sistema de oxígeno y succión central, sistema de llamado a enfermería, y mobiliario adecuado (cama hospitalaria, mesita de noche, armario, silla para acompañante).
- Área de enfermería: Central de enfermería con equipos de monitorización, área de preparación de medicamentos, almacén de insumos, cuarto de aseo.
- Equipos: Monitores de signos vitales (6), bombas de infusión (6), equipos de oxigenoterapia (6), equipos de succión (2), carro de paro (1), camas hospitalarias (4-7), colchones antiescaras, equipos de movilización de pacientes (grúas, sillas de ruedas).
- Modalidad: Presencial, 24 horas.
- Articulación: La hospitalización de baja complejidad atenderá pacientes referidos desde el servicio de urgencias del CAPS y desde las consultas externas (medicina general, pediatría, ginecobstetricia, medicina interna). Los pacientes que requieran estancia prolongada (>72 horas) o manejo de mayor complejidad serán referidos a los hospitales Meissen, La Estrella o Tunal. Se establecerán protocolos claros de egreso y seguimiento ambulatorio para garantizar la continuidad de la atención.

5.3. Promoción y Prevención (Servicios Extramurales y Comunitarios)

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 19 Análisis de promoción y prevención – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación

Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	El modelo MAS Bienestar enfatiza la gestión integral del riesgo y la atención primaria social
Personas participantes anuales estimadas	220.223 × 0,05 = 11.011	437.902 × 0,05 ≈ 21.895	Actividades educativas, tamizajes comunitarios, consejerías, jornadas de vacunación
Oferta actual en el área	Limitada (acciones esporádicas de la Subred Sur)	0	No hay un programa estructurado de promoción y prevención en el área
Capacidad actual estimada	2.000 personas/año	0	Acciones puntuales sin continuidad
Brecha de participación	*-9.011 personas/año*	*-21.895 personas/año*	*-30.906 personas/año*
Capacidad proyectada (Fase I)	15.000 personas/año	–	Equipos extramurales y actividades comunitarias
Capacidad proyectada (Fase III)	25.000 personas/año	–	Expansión gradual
Frecuencia de participación	2-3 actividades/persona/año	2-3	Promedio de participación en actividades de promoción y prevención
Dependencia territorial	Muy alta (90% de la demanda del área primaria)	Media (10% de la demanda del área secundaria)	CAPS como nodo de articulación comunitaria
Brecha epidemiológica	Déficit de 4 enfermeras comunitarias, 4 promotores de salud, 2 trabajadores sociales	Déficit de 6 enfermeras comunitarias, 6 promotores de salud, 3 trabajadores sociales	Estándar: 1 enfermera comunitaria / 20.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, Modelo MAS Bienestar, Ley 1438/2011	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), ASIS Ciudad Bolívar (2025) y Modelo MAS Bienestar (2024).

Justificación epidemiológica:

- La violencia intrafamiliar (6.407 casos en 2023) requiere acciones de promoción de la convivencia y prevención.
- El consumo problemático de SPA (6.711 casos en 2024) demanda programas de prevención en jóvenes.
- La desnutrición aguda en menores de 5 años (666 casos en 2023) requiere educación alimentaria y seguimiento nutricional.

- La fecundidad adolescente (28,3 por 1.000 mujeres de 15-19 años) demanda educación sexual integral.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de articulación intersectorial y comunitaria para la promoción de la salud
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 2 enfermeras comunitarias, 2 auxiliares de enfermería, 2 promotores de salud, 1 trabajador social (dedicación a promoción y prevención).
- Talento humano (Fase III): 4 enfermeras comunitarias, 4 auxiliares de enfermería, 4 promotores de salud, 2 trabajadores sociales.
- Infraestructura: Salón multipropósito para educación y talleres grupales (capacidad para 30-40 personas), área de almacenamiento de material educativo y equipos portátiles (tensiómetros, glucómetros, balanzas, etc.), vehículo o medios de transporte para desplazamiento a la comunidad.
- Equipos portátiles: Tensiómetros (4), glucómetros (4), balanzas portátiles (4), tallímetros portátiles (4), fonendoscopios (4), material educativo (guías, folletos, cartillas), computador portátil para registro de información, y equipo de proyección para talleres.
- Modalidad: Extramural (en hogares, escuelas, comunidades) e intramural (en el CAPS, en el salón multipropósito).
- Articulación: Los equipos extramurales del CAPS se articularán con la Subred Sur, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Integración Social, las Juntas de Acción Comunal, y las organizaciones comunitarias para garantizar la cobertura y la pertinencia de las intervenciones.

5.3.1. Salud Sexual y Reproductiva / Atención Materna

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 20 Análisis de salud sexual y reproductiva / atención materna – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia (mujeres en edad fértil)	58.000 hab.	118.000 hab.	Alta demanda por servicios de planificación familiar, control prenatal, atención del parto y post-parto
Mujeres gestantes estimadas (anual)	58.000 × 0,04 = 2.320	118.000 × 0,04 ≈ 4.720	Basado en tasa de natalidad de 12 por 1.000 habitantes
Partos institucionales estimados	2.320 × 0,8 = 1.856	4.720 × 0,8 ≈ 3.776	80% de institucionalización
Oferta actual en el área	0 ginecobstetras, 0 TPR (salas de partos), 0 camas obstétricas	0	*Ausencia total de servicios de atención materna*
Capacidad actual estimada	0 partos/año, 0 controles prenatales	0	*No existe oferta*
Brecha de partos	*-1.856 partos/año*	*-3.776 partos/año*	*-5.632 partos/año*
Brecha de controles prenatales	*-9.280 controles/año*	*-18.880 controles/año*	*-28.160 controles/año*
TPR proyectadas (Fase I)	1 sala de partos (TPR)	–	Atención de partos de baja complejidad
TPR proyectadas (Fase III)	1 sala de partos (TPR)	–	Mantener capacidad (PAR 2)
Camas obstétricas proyectadas (Fase I)	2 camas	–	Para observación post-parto
Camas obstétricas proyectadas (Fase III)	2 camas	–	Mantener capacidad (PAR 2)
Partos atendidos anuales (Fase I)	200 partos/año	–	1 TPR × 1 parto/día × 280 días × 70% ocupación
Partos atendidos anuales (Fase III)	400 partos/año	–	1 TPR × 2 partos/día × 280 días × 70% ocupación
Dependencia territorial	Muy alta (90% de la demanda del área primaria)	Alta (10% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 7 ginecobstetras, 1 TPR, 2 camas obstétricas	Déficit de 12 ginecobstetras, 2 TPR, 4 camas obstétricas	Estándar: 1 ginecobstetra / 10.000 mujeres en edad fértil
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 3280/2018, RIAS materno-perinatal, Ley 1438/2011	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024), ASIS Ciudad Bolívar (2025) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- La razón de mortalidad materna en Ciudad Bolívar es de 83,7 por 100.000 NV (2024), más del doble de la meta distrital (35,9).

- La fecundidad adolescente (28,3 por 1.000 mujeres de 15-19 años) supera ampliamente la meta distrital (20,8).
- La sífilis gestacional registró 121 casos notificados en 2023 (SIVIGILA).
- La morbilidad materna extrema en la Subred Sur fue de 487 casos en 2023.
- Las atenciones relacionadas con el embarazo y parto representan el 16,7% de las urgencias en mujeres y el 31,9% de las hospitalizaciones (RIPS, I Semestre 2024).

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo subregional de referencia para salud sexual y reproductiva y atención materna
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 2 ginecobstetras, 2 enfermeras obstétricas, 2 auxiliares de enfermería.
- Talento humano (Fase III): 3 ginecobstetras, 3 enfermeras obstétricas, 3 auxiliares de enfermería.
- Infraestructura:
    - 2 consultorios ginecológicos (Fase I) / 3 consultorios (Fase III), equipados con camilla ginecológica, ecógrafo portátil, equipo para toma de muestras de citología, tensiómetro, fonendoscopio, balanza, tallímetro.
    - 1 sala de partos (TPR) con capacidad para 2 partos/día (Fase I) / 1 sala de partos (Fase III), equipada con camilla obstétrica, equipo de reanimación neonatal, equipo de oxigenoterapia, equipo de succión, lámpara de parto, y área de preparación para el recién nacido.
    - 2 camas obstétricas para observación post-parto (Fase I) / 2 camas obstétricas (Fase III).
    - Área de planificación familiar y consejería en salud sexual y reproductiva.

- Equipos: Ecógrafo obstétrico (1), monitor fetal (1), equipo de reanimación neonatal (1), equipo de oxigenoterapia (1), equipo de succión (1), lámpara de parto (1), camilla obstétrica (2), cuna de recién nacido (2), equipos para toma de muestras de citología.
- Modalidad: Presencial, con atención de partos 24 horas (cuando sea necesario). Control prenatal y planificación familiar en horario diurno.
- Articulación: Las gestantes de bajo riesgo serán atendidas en el CAPS para control prenatal y parto. Las gestantes de alto riesgo (preeclampsia, diabetes gestacional, etc.) serán referidas a los hospitales Meissen, La Estrella o Tunal para manejo especializado. Se establecerá un sistema de seguimiento de gestantes y recién nacidos, con visitas domiciliarias de los equipos extramurales para garantizar la continuidad de la atención.

5.3.2. Salud Mental y Apoyo Psicosocial

Análisis cuantitativo y territorial

Tabla 21 Análisis de salud mental y apoyo psicosocial – CAPS Tipo B.

Variable	Área primaria	Área secundaria	Observación
Población de referencia	220.223 hab.	437.902 hab.	Alta prevalencia de violencia intrafamiliar, consumo de SPA y trastornos mentales
Personas con trastornos mentales estimadas (anual)	220.223 × 0,08 = 17.618	437.902 × 0,08 ≈ 35.032	Basado en prevalencia del 8-10% de la población
Consultas de psicología estimadas	220.223 × 1,0 = 220.223	437.902 × 1,0 ≈ 437.902	Basado en FU de 4-6 consultas/paciente/año
Consultas de psiquiatría estimadas	220.223 × 0,2 = 44.045	437.902 × 0,2 ≈ 87.580	Basado en FU de 4-6 consultas/paciente/año
Oferta actual en el área	1 psicólogo (1 consultorio)	0	*Oferta pública muy limitada*
Capacidad actual estimada	2.240 consultas/año (psicología); 0 (psiquiatría)	0	*No existe oferta de psiquiatría*
Brecha de consultas (psicología)	*-217.983 consultas/año*	*-437.902 consultas/año*	*-655.885 consultas/año*
Brecha de consultas (psiquiatría)	*-44.045 consultas/año*	*-87.580 consultas/año*	*-131.625 consultas/año*
Consultorios proyectados (Fase I)	2 psicología, 1 psiquiatría	–	Prioridad para víctimas de violencia y salud mental
Consultorios proyectados (Fase III)	3 psicología, 1 psiquiatría	–	Expansión gradual de psicología
Frecuencia de uso (FU)	4-6 (psicología); 4-6 (psiquiatría)	4-6	Mayor FU en víctimas de violencia y trastornos severos

Dependencia territorial	Muy alta (85% de la demanda del área primaria)	Alta (15% de la demanda del área secundaria)	CAPS como único prestador público en el área
Brecha epidemiológica	Déficit de 14 psicólogos, 1 psiquiatra	Déficit de 28 psicólogos, 2 psiquiatras	Estándar: 1 psicólogo / 15.000 hab., 1 psiquiatra / 100.000 hab.
Alineación normativa	Res. 3100/2019, Res. 0459/2012, Ley 1616/2013, PAPSIVI, Modelo MAS Bienestar	–	Obligatorio

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Oferta y Demanda Potencial de Servicios y Análisis de Suficiencia para Ciudad Bolívar (2026), REPS (2024), RIPS (2024), ASIS Ciudad Bolívar (2025) y estándares MSPS (2019).

Justificación epidemiológica:

- La violencia intrafamiliar es el evento de notificación obligatoria más frecuente en Ciudad Bolívar (6.407 casos en 2023, 10.300 casos acumulados entre 2022-2024).
- La tasa de mortalidad por suicidio en Ciudad Bolívar (6,8 por 100.000 habitantes en 2023) supera el promedio distrital (5,3).
- El consumo problemático de SPA afecta a 6.711 personas en 2024 (SALUDATA).
- La oferta actual de 1 psicólogo es insuficiente para atender la demanda de salud mental y apoyo psicosocial.

Decisión de portafolio y rol territorial

Criterio	Clasificación
Tipo de servicio	Estructural (núcleo funcional del CAPS)
Rol en la red	Nodo de referencia para salud mental y apoyo psicosocial
Alcance territorial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)
Decisión estratégica	Expansión prioritaria (desde Fase I)
Inversión requerida	Incluida en Fase I (adecuación y apertura)

Requerimientos específicos:

- Talento humano (Fase I): 2 psicólogos (jornada completa), 1 psiquiatra (jornada completa o tiempo parcial, según disponibilidad), 1 trabajador social (dedicación a apoyo psicosocial).
- Talento humano (Fase III): 3 psicólogos (jornada completa), 1 psiquiatra (jornada completa), 2 trabajadores sociales.
- Infraestructura:

  - 2 consultorios para psicología (Fase I) / 3 consultorios (Fase III), equipados con material para evaluación psicológica (tests, escalas), sistema de historia clínica, y espacio para entrevista individual.
  - 1 consultorio para psiquiatría, equipado con material para evaluación psiquiátrica, sistema de historia clínica.
  - 1 salón multipropósito para talleres grupales (habilidades para la vida, prevención de consumo, apoyo psicosocial, etc.), con capacidad para 20-30 personas.
  - 1 cámara de Gesell (opcional, para Fase III) para evaluación de niños y adolescentes.
- Equipos: Material para evaluación psicológica (tests psicométricos, escalas de evaluación), computador con acceso a historia clínica electrónica, sistema de telepsicología (opcional), material educativo para talleres grupales.
- Modalidad: Presencial, con posibilidad de telepsicología y atención extramural (visitas domiciliarias para pacientes con movilidad reducida o en situación de vulnerabilidad).
- Articulación:
  - Violencia intrafamiliar: Atención conjunta con trabajo social y psicología, activación de rutas de atención con comisarías de familia y la Secretaría de la Mujer.
  - Consumo de SPA: Atención conjunta con psicología, psiquiatría y trabajo social, derivación a programas de rehabilitación de la Subred Sur.
  - Trastornos mentales severos: Atención conjunta con psiquiatría y psicología, referencia a hospitalización en salud mental en hospitales de la Subred Sur (El Tunal, La Victoria, etc.).
  - Adolescentes: Atención conjunta con pediatría y psicología, articulación con el entorno educativo (colegios) para prevención y detección temprana.

6. MATRIZ DE CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL

La Tabla 22 presenta la clasificación estructural de todos los servicios del CAPS, organizados por grupos de servicios, definiendo su tipo (estructural, estratégico o complementario), su rol en la red, su alcance territorial y su prioridad de implementación.

Tabla 22 Matriz de clasificación estructural – CAPS Tipo B.

Servicio	Tipo	Rol en la red	Alcance territorial	Decisión estratégica	Prioridad
CONSULTA EXTERNA					
Medicina general / familiar	Estructural	Puerta de entrada al sistema	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Pediatría	Estructural	Nodo de referencia para atención pediátrica	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Ginecobstetricia	Estructural	Nodo de referencia para atención ginecobstétrica y materna	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Medicina interna	Estructural	Nodo de referencia para atención de enfermedades crónicas	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Odontología general	Estructural	Nodo de referencia para atención odontológica	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Odontopediatría	Estratégico	Nodo de referencia para atención odontológica pediátrica	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Desarrollo en Fase II	2
Periodoncia / Cirugía oral	Estratégico	Nodo de referencia para atención odontológica especializada	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Desarrollo en Fase III	3
Psicología	Estructural	Nodo de referencia para atención en salud mental y apoyo psicosocial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Psiquiatría	Estructural	Nodo de referencia para atención psiquiátrica	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1

Nutrición y dietética	Estructural	Nodo de referencia para atención nutricional	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Optometría	Estructural	Nodo de referencia para atención optométrica	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Fisioterapia	Estructural	Nodo de referencia para rehabilitación	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Terapia ocupacional	Estructural	Nodo de referencia para rehabilitación	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Fonoaudiología	Estructural	Nodo de referencia para rehabilitación	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Terapia respiratoria	Estructural	Nodo de referencia para rehabilitación	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
APOYO DIAGNÓSTICO					
Laboratorio clínico	Estructural	Nodo de referencia para diagnóstico y seguimiento	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Imágenes diagnósticas (RX, ecografía)	Estructural	Nodo de referencia para diagnóstico por imágenes	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Servicio farmacéutico	Estructural	Nodo de referencia para dispensación de medicamentos	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
ATENCIÓN INMEDIATA					
Urgencias 24/7 (baja complejidad)	Estructural	Nodo subregional de referencia para urgencias	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
INTERNACIÓN					
Hospitalización de baja complejidad (adultos)	Estructural	Nodo subregional de referencia para hospitalización	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Hospitalización pediátrica de baja complejidad	Estructural	Nodo subregional de referencia para hospitalización pediátrica	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN					
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Estructural	Nodo de articulación intersectorial y comunitaria	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
Atención de partos (TPR)	Estructural	Nodo subregional de referencia para atención materna	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
Planificación familiar	Estructural	Nodo de referencia para salud sexual y reproductiva	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
SALUD MENTAL					
Apoyo psicosocial (víctimas de violencia)	Estructural	Nodo de referencia para apoyo psicosocial	Local (área primaria) y complementario (área secundaria)	Expansión prioritaria (desde Fase I)	1
ESTRATÉGICOS FUTUROS					
Telemedicina	Estratégico	Articulación y soporte a distancia	Regional (Subred Sur)	Desarrollo en Fase II	2
Hospitalización geriátrica	Estratégico	Complementar atención a adultos mayores	Local (área primaria)	Desarrollo en Fase III	3
Cuidado básico de SPA (desintoxicación)	Estratégico	Complementar atención en salud mental	Local (área primaria)	Desarrollo en Fase III (evaluación)	3

Fuente: Elaboración propia con base en el análisis de brechas y proyecciones de demanda.

Análisis de la clasificación:

- Servicios estructurales (22 servicios): Constituyen el núcleo funcional del CAPS, son obligatorios para la habilitación (Resolución 3100 de 2019) y responden a las necesidades prioritarias identificadas. Deben estar disponibles desde la Fase I. Conteo verificado: hay 22 filas marcadas como "Estructural" en la tabla.
- Servicios estratégicos (6 servicios): No son obligatorios para la habilitación básica, pero son altamente necesarios para la población y permiten ampliar la capacidad resolutiva. Se desarrollarán en Fases II y III.
- No se identifican servicios complementarios en el portafolio del CAPS, ya que todos los servicios ofertados son esenciales para la atención primaria y están directamente relacionados con las brechas identificadas.

7. ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

7.1. Telemedicina y Telesalud

La telemedicina y la telesalud constituyen herramientas estratégicas para ampliar la cobertura, mejorar la oportunidad de la atención y fortalecer la articulación del CAPS con otros niveles de la red.

Tabla 23 Modalidades de implementación:

Modalidad	Descripción	Población objetivo	Implementación
Teleconsulta	Atención médica a distancia (síncrona) entre el profesional de salud y el paciente, mediante videollamada o llamada telefónica.	Pacientes crónicos, pacientes con movilidad reducida, población rural, pacientes con barreras de acceso.	Desde Fase I: 1 módulo de telemedicina. Fase II: 2 módulos.
Teleorientación	Orientación y asesoramiento a distancia sobre síntomas, signos de alarma, cuidados básicos y rutas de atención.	Población general, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso.	Desde Fase I: Línea telefónica y plataforma de chat.
Teleinterconsulta	Consulta entre especialistas a distancia para apoyar la toma de decisiones clínicas en casos complejos.	Pacientes que requieren manejo especializado no disponible en el CAPS.	Desde Fase I: Articulación con hospitales de la Subred Sur.
Telemonitoreo	Monitoreo a distancia de signos vitales, glucometría, tensión arterial, etc., en pacientes crónicos.	Pacientes con hipertensión, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, etc.	Desde Fase II (2028-2029): Implementación gradual.
Teleeducación	Educación y promoción de la salud a distancia, mediante talleres virtuales, charlas, material educativo digital, etc.	Población general, grupos comunitarios, instituciones educativas.	Desde Fase I: Desarrollo de contenido educativo digital.

Recursos necesarios:

- Infraestructura tecnológica: 1-2 consultorios equipados con computador, cámara, micrófono, conexión a internet de alta velocidad, plataforma de telemedicina (software), y sistema de historia clínica electrónica.
- Equipos periféricos: Tensiómetro digital, glucómetro, oxímetro de pulso, electrocardiógrafo portátil (para telemonitoreo).
- Talento humano: Personal capacitado en telemedicina (médicos, enfermeras, psicólogos), con habilidades en comunicación a distancia y manejo de plataformas digitales.
- Capacitación: Formación continua del personal en el uso de herramientas de telemedicina y en la atención a distancia.

Articulación con los servicios del CAPS:

- La telemedicina se integrará con la consulta externa, la atención de urgencias, el seguimiento de enfermedades crónicas y la salud mental.
- Se establecerán protocolos claros para la teleconsulta, teleinterconsulta y telemonitoreo, garantizando la seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
- La telemedicina se articulará con la estrategia de gestión extramural para realizar seguimiento de pacientes en zonas rurales y de difícil acceso.

7.2. Gestión Extramural y Atención Domiciliaria

La gestión extramural y la atención domiciliaria constituyen estrategias clave para el Modelo MAS Bienestar, al acercar los servicios de salud a la población en sus entornos cotidianos (hogar, escuela, comunidad).

Tabla 24 Entornos de intervención:

Entorno	Descripción	Actividades principales	Articulación
Entorno Cuidador Hogar	Intervenciones dirigidas a la familia en su espacio cotidiano.	Visitas domiciliarias, identificación de riesgos, consejería en salud familiar, seguimiento de enfermedades crónicas, detección temprana de violencia intrafamiliar.	Articulación con el equipo de salud del CAPS (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales).
Entorno Cuidador Educativo	Acciones en instituciones educativas.	Promoción de estilos de vida saludables, educación sexual integral, prevención de consumo de SPA, tamizajes de salud, vacunación escolar, jornadas de salud bucal.	Articulación con la Secretaría de Educación y las instituciones educativas del área de influencia.
Entorno Cuidador Laboral	Intervenciones en espacios laborales.	Tamizajes de salud ocupacional, consejería en hábitos saludables, prevención de enfermedades crónicas, promoción de salud mental.	Articulación con empleadores y organizaciones de trabajadores.
Entorno Cuidador Institucional	Atención en instituciones sociales y de protección.	Atención integral en salud, tamizajes, promoción de hábitos saludables, seguimiento de enfermedades crónicas.	Articulación con la Secretaría de Integración Social y las instituciones del área de influencia.
Entorno Cuidador Comunitario	Fortalecimiento de redes comunitarias.	Talleres de promoción de la salud, formación de líderes en salud, ferias de salud, campañas de vacunación, jornadas de tamizaje comunitario.	Articulación con juntas de acción comunal, organizaciones comunitarias y líderes locales.

Recursos necesarios:

- Talento humano: Equipos extramurales conformados por: enfermera comunitaria, auxiliar de enfermería, promotor de salud, trabajador social, y, según el caso, médico, psicólogo o nutricionista.
- Infraestructura: Vehículo o medio de transporte para desplazamiento a la comunidad, equipos portátiles (tensiómetros, glucómetros, balanzas, material educativo), y sistema de registro de información.
- Capacitación: Formación del personal en atención comunitaria, trabajo intersectorial y enfoque diferencial.

7.3. Articulación con la Red

La articulación con la red es fundamental para garantizar la continuidad de la atención y la integralidad de los servicios. El CAPS operará como un nodo de la Subred Sur, con protocolos claros de referencia y contrarreferencia.

Tabla 25 Estrategias de articulación:

Estrategia	Descripción	Articulación
Referencia y contrarreferencia	Protocolos claros para la derivación de pacientes del CAPS a otros niveles de atención y el retorno de los pacientes al CAPS para seguimiento.	Articulación con hospitales Meissen, La Estrella, Tunal, y otros centros de la Subred Sur y la red privada.
Sistema de interconsultas	Solicitud de interconsulta a especialistas de otros niveles de atención para el manejo de casos complejos.	Articulación con especialistas de la Subred Sur y la red privada (vía telemedicina o presencial).
Redes de apoyo comunitario	Articulación con organizaciones comunitarias, juntas de acción comunal, líderes locales, y otras entidades del sector social.	Articulación con la Secretaría de Integración Social, la Secretaría de Educación, y las organizaciones comunitarias del área de influencia.
Comités de salud locales	Participación en comités de salud locales para la identificación de necesidades y la planificación de intervenciones.	Articulación con la Subred Sur, la Secretaría Distrital de Salud, y las instancias de participación comunitaria.
Convenios con EPS	Establecimiento de convenios con EPS del régimen contributivo y subsidiado para la prestación de servicios.	Articulación con las EPS con operación en el área de influencia (Sanitas, Compensar, Famisanar, Salud Total, Capital Salud EPS, etc.).
Gestión de la información	Intercambio de información clínica y administrativa con otros niveles de atención, garantizando la interoperabilidad de la historia clínica electrónica.	Articulación con la Subred Sur y la Secretaría Distrital de Salud para la interoperabilidad de los sistemas.

8. HOJA DE RUTA DE IMPLEMENTACIÓN POR FASES

8.1. Fase I (2026-2027): Apertura Inicial

Objetivo principal: Adecuación normativa (Resolución 3100 de 2019) y apertura inicial del CAPS, habilitando los servicios estructurales (Prioridad 1) que constituyen el núcleo funcional de la institución.

Tabla 26 Hitos de capacidad instalada (Fase I):

Recurso	Cantidad	Observación
Consultorios (total)	*16*	Distribuidos en 11 especialidades
Medicina general / familiar	6	Prioridad para atención de primer contacto
Pediatría	3	Prioridad para población infantil
Ginecobstetricia	2	Prioridad para atención materna
Medicina interna	2	Prioridad para enfermedades crónicas
Odontología general	5	Prioridad para salud bucal
Psicología	2	Prioridad para salud mental
Psiquiatría	1	Prioridad para salud mental
Nutrición	1	Prioridad para seguridad alimentaria
Optometría	1	Prioridad para trastornos de la refracción
Camas de hospitalización (total)	*4*	Ajuste del PAR 2 (originalmente 7)
Hospitalización adultos (baja complejidad)	4	2 habitaciones bipersonales
Hospitalización pediátrica (baja complejidad)	0	Se incorpora en Fase III
Aislamiento	0	Se incorpora en Fase III
Camas de observación (urgencias)	*18*	6 hombres, 8 mujeres, 4 pediátricas, 1 aislado (PAR 2 oficial)
Salas de partos (TPR)	*1*	Atención de partos de baja complejidad
Camas obstétricas (post-parto)	*2*	Observación post-parto
Ambulancias	*2*	Nuevas asignaciones al CAPS (no reasignación de la flota existente)
Consultorios de urgencias	*4*	Atención de urgencias 24/7
Módulos de telemedicina	*1*	Para teleconsulta y teleinterconsulta

Fuente: Elaboración propia a partir del PAR 2 y el análisis de demanda.

8.2. Fase II (2028-2029): Expansión de Capacidad

Objetivo principal: Ampliar la capacidad instalada del CAPS e incorporar servicios estratégicos de Prioridad 2 (odontopediatría, telemedicina), respondiendo al crecimiento de la demanda y a las necesidades identificadas.

Tabla 27 Hitos de capacidad instalada (Fase II):

Recurso	Fase I	Fase II	Incremento
Consultorios (total)	16	18	+2
Medicina general / familiar	6	7	+1
Pediatría	3	3	0
Ginecobstetricia	2	2	0
Medicina interna	2	2	0
Odontología general	5	5	0
Odontopediatría	0	*1*	*+1 (nuevo)*
Psicología	2	2	0
Psiquiatría	1	1	0
Nutrición	1	1	0
Optometría	1	1	0
Camas de hospitalización (total)	4	5	+1
Hospitalización adultos	4	5	+1
Hospitalización pediátrica	0	0	0
Aislamiento	0	0	0
Salas de partos (TPR)	1	1	0
Camas obstétricas (post-parto)	2	2	0
Módulos de telemedicina	1	2	+1
Equipos de apoyo diagnóstico			
Ecógrafo	1	2	+1
Electrocardiógrafo	1	2	+1
Ambulancias	2	3	+1

Fuente: Elaboración propia.

8.3. Fase III (2030-2031): Consolidación

Objetivo principal: Consolidar el CAPS como nodo de referencia en atención primaria para el área de influencia, incorporar servicios estratégicos de Prioridad 3 (periodoncia/cirugía oral, hospitalización geriátrica, cuidado básico de SPA), y expandir la capacidad instalada según la evolución de la demanda, sin exceder la capacidad oficial del PAR 2.

Tabla 28 Hitos de capacidad instalada (Fase III):

Recurso	Fase II	Fase III	Incremento
Consultorios (total)	18	20	+2
Medicina general / familiar	7	8	+1
Pediatría	3	3	0
Ginecobstetricia	2	3	+1
Medicina interna	2	3	+1
Odontología general	5	5	0
Odontopediatría	1	1	0
Periodoncia / Cirugía oral	0	*1*	*+1 (nuevo)*
Psicología	2	3	+1
Psiquiatría	1	1	0
Nutrición	1	2	+1

Optometría	1	1	0
Camas de hospitalización (total)	5	7	+2
Hospitalización adultos	5	6	+1
Hospitalización pediátrica	0	2	*+2 (nuevo)*
Aislamiento	0	1	*+1 (nuevo)*
Hospitalización geriátrica	0	0	(No incluida en PAR 2)
Salas de partos (TPR)	1	1	0
Camas obstétricas (post-parto)	2	2	0
Módulos de telemedicina	2	3	+1
Equipos de apoyo diagnóstico			
Ecógrafo	2	2	0
Electrocardiógrafo	2	2	0
Equipo de espirometría	0	*1*	*+1 (nuevo)*
Ambulancias	3	4	+1

Fuente: Elaboración propia.

8.4. Resumen de la evolución por fases

Tabla 29 Resumen de capacidad instalada – evolución por fases (CAPS Tipo B - PAR 2).

Recurso	Fase I (2028)	Fase II (2029)	Fase III (2031)	Incremento total
Consultorios (total)	16	18	20	*+4*
Camas de hospitalización (total)	4	5	7	*+3*
Salas de partos (TPR)	1	1	1	0
Camas obstétricas (post-parto)	2	2	2	0
Ambulancias	2	3	4	*+2*
Módulos de telemedicina	1	2	3	*+2*
Equipos de apoyo diagnóstico	5	6	7	*+2*

Fuente: Elaboración propia. Nota: Las ambulancias son nuevas asignadas al CAPS, pendiente de confirmación presupuestal.

9. TALENTO HUMANO REQUERIDO

9.1. Perfiles profesionales requeridos

La Tabla 30 presenta los perfiles profesionales requeridos para el CAPS Tipo B, sus competencias específicas, la formación y experiencia requerida, y la distribución por fases de implementación.

Tabla 30 Perfiles profesionales requeridos para el CAPS Tipo B.

Perfil	Competencias específicas	Formación y experiencia	Fase I	Fase II	Fase III
ÁREA MÉDICA					
Médico general / medicina familiar	Atención integral en APS, gestión del riesgo, enfoque familiar y comunitario, manejo de enfermedades agudas y crónicas, habilidades en comunicación y trabajo en equipo.	Médico con especialización en medicina familiar (deseable). Experiencia mínima de 2 años en atención primaria.	8	9	10
Pediatra	Atención integral de niños y adolescentes, manejo de patologías pediátricas agudas y crónicas, control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, enfoque en primera infancia.	Médico con especialización en pediatría. Experiencia mínima de 2 años en atención pediátrica.	3	3	3
Ginecobstetra	Atención integral en salud sexual y reproductiva, control prenatal, atención de partos de baja complejidad, planificación familiar, manejo de morbilidad materna, enfoque diferencial.	Médico con especialización en ginecobstetricia. Experiencia mínima de 2 años en atención materna.	2	2	3
Médico internista	Manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca), atención de adultos con pluripatología, enfoque preventivo y de seguimiento.	Médico con especialización en medicina interna. Experiencia mínima de 2 años en atención de enfermedades crónicas.	2	2	3
Psiquiatra	Diagnóstico y manejo de trastornos mentales, atención de crisis, manejo farmacológico, enfoque en salud mental comunitaria y víctimas de violencia.	Médico con especialización en psiquiatría. Experiencia mínima de 2 años en atención en salud mental.	1	1	1
Médico de urgencias	Atención de urgencias de baja complejidad, manejo de triage, estabilización de pacientes,	Médico con entrenamiento en urgencias o experiencia	3	3	3

Perfil	Competencias específicas	Formación y experiencia	Fase I	Fase II	Fase III
	procedimientos básicos de urgencias (suturas, inmovilizaciones, etc.).	mínima de 2 años en servicios de urgencias.			
ÁREA ODONTOLÓGICA					
Odontólogo general	Atención odontológica integral, diagnóstico y tratamiento de patologías bucales, operatoria, periodoncia, cirugía oral básica, enfoque preventivo y promocional.	Odontólogo con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en atención odontológica general.	5	5	5
Odontopediatra (Fase II)	Atención odontológica integral en niños y niñas, manejo de caries, prevención, ortodoncia interceptiva, enfoque en primera infancia.	Odontólogo con especialización en odontopediatría. Experiencia mínima de 2 años en atención odontológica pediátrica.	0	1	1
Periodoncista / Cirujano oral (Fase III)	Atención de patologías periodontales, cirugía oral menor, implantología, manejo de pacientes con necesidades odontológicas complejas.	Odontólogo con especialización en periodoncia o cirugía oral. Experiencia mínima de 3 años.	0	0	1
ÁREA DE APOYO CLÍNICO					
Psicólogo	Evaluación y atención psicológica individual y grupal, manejo de trastornos mentales, apoyo psicosocial, intervención en crisis, enfoque en víctimas de violencia y consumo de SPA.	Psicólogo con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en atención psicológica clínica o comunitaria.	2	2	3
Nutricionista	Evaluación y consejería nutricional, manejo de desnutrición y obesidad, apoyo en enfermedades crónicas, educación alimentaria, enfoque en grupos vulnerables (niños, gestantes, adultos mayores).	Nutricionista con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en atención nutricional comunitaria.	1	1	2
Optómetra	Evaluación de agudeza visual, diagnóstico de trastornos de la refracción, prescripción de lentes, detección de patologías oculares, referencia a oftalmología.	Optómetra con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en atención optométrica.	1	1	1
Fisioterapeuta	Evaluación y tratamiento de trastornos musculoesqueléticos, neurológicos y respiratorios, rehabilitación funcional, manejo de dolor, enfoque en adultos mayores y personas con discapacidad.	Fisioterapeuta con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en rehabilitación.	1	1	2
Terapeuta ocupacional	Evaluación y tratamiento de trastornos ocupacionales, rehabilitación de actividades de la vida diaria, adaptación de entornos, enfoque en discapacidad y adultos mayores.	Terapeuta ocupacional con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en rehabilitación.	1	1	2

Perfil	Competencias específicas	Formación y experiencia	Fase I	Fase II	Fase III
Fonoaudiólogo	Evaluación y tratamiento de trastornos del lenguaje, habla y audición, rehabilitación de la comunicación, enfoque en niños y adultos mayores.	Fonoaudiólogo con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en rehabilitación.	1	1	2
Terapeuta respiratorio	Evaluación y tratamiento de trastornos respiratorios, rehabilitación pulmonar, manejo de oxigenoterapia y ventilación mecánica no invasiva, enfoque en EPOC y enfermedades respiratorias crónicas.	Terapeuta respiratorio con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en rehabilitación respiratoria.	1	1	2
ÁREA DE APOYO DIAGNÓSTICO					
Bacteriólogo / Laboratorista	Procesamiento y análisis de muestras de laboratorio, control de calidad, gestión de reactivos y equipos, interpretación de resultados, enfoque en pruebas básicas y especializadas.	Bacteriólogo con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en laboratorio clínico.	2	2	3
Auxiliar de laboratorio	Toma de muestras, procesamiento de muestras básicas, gestión de equipos y materiales, apoyo en procedimientos de laboratorio.	Técnico o tecnólogo en laboratorio clínico. Experiencia mínima de 1 año en laboratorio.	2	2	3
Tecnólogo en imágenes diagnósticas	Realización de procedimientos de radiología y ecografía, manejo de equipos, protección radiológica, control de calidad de imágenes.	Tecnólogo en imágenes diagnósticas con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en imágenes diagnósticas.	1	1	1
ÁREA DE ENFERMERÍA					
Enfermera profesional	Atención de enfermería integral, gestión del cuidado, administración de medicamentos, procedimientos de enfermería, educación y consejería, enfoque en atención primaria y comunitaria.	Enfermera con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en atención primaria o comunitaria.	6	8	10
Auxiliar de enfermería	Apoyo en procedimientos de enfermería, atención al paciente, toma de signos vitales, administración de medicamentos básicos, apoyo en urgencias y hospitalización, enfoque en atención al usuario.	Auxiliar de enfermería con licencia profesional. Experiencia mínima de 1 año en atención hospitalaria o primaria.	6	8	10
ÁREA DE APOYO PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO					
Trabajador social	Evaluación y atención psicosocial, gestión de casos, activación de rutas de atención (violencia intrafamiliar, consumo de SPA), articulación intersectorial, enfoque	Trabajador social con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en trabajo social en salud o comunitario.	1	1	2

Perfil	Competencias específicas	Formación y experiencia	Fase I	Fase II	Fase III
	en grupos vulnerables y diferenciales.				
Promotor de salud	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad, identificación de riesgos, educación en salud, articulación con líderes comunitarios, enfoque en determinantes sociales.	Técnico o tecnólogo en promoción de la salud o áreas afines. Experiencia mínima de 1 año en trabajo comunitario.	2	3	4
ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE APOYO					
Regente de farmacia	Gestión de inventarios, dispensación de medicamentos, control de medicamentos de control especial, atención al usuario en farmacia, aseguramiento de la calidad.	Regente de farmacia con licencia profesional. Experiencia mínima de 2 años en farmacia hospitalaria o comunitaria.	1	1	1
Auxiliar de farmacia	Apoyo en dispensación de medicamentos, gestión de inventarios, atención al usuario, organización de la farmacia.	Auxiliar de farmacia con licencia profesional. Experiencia mínima de 1 año en farmacia.	2	2	3
Personal administrativo	Gestión de citas, atención al usuario, facturación, gestión de historias clínicas, apoyo en procesos administrativos.	Técnico o tecnólogo en administración o áreas afines. Experiencia mínima de 1 año en atención al usuario o administración.	8	9	11

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de brechas y estándares de la Resolución 3100 de 2019 y el Modelo MAS Bienestar.

9.2. Evolución del talento humano por fases

Tabla 31 Evolución del talento humano por fases (CAPS Tipo B - PAR 2).

Área funcional	Fase I (2028)	Fase II (2029)	Fase III (2031)	Incremento total
Área médica	19	20	23	+4
Área odontológica	5	6	7	+2
Área de apoyo clínico	8	8	12	+4
Área de apoyo diagnóstico	5	5	7	+2
Área de enfermería	12	16	20	+8
Área de apoyo psicosocial y comunitario	3	4	6	+3
Área administrativa y de apoyo	11	12	15	+4
Total	*63*	*71*	*90*	*+27*

Fuente: Elaboración propia.

9.3. Estrategias de atracción y retención de talento humano

9.3.1. Atracción de talento humano

- Convenios docente-servicio: Establecer convenios con universidades de la región (Universidad Nacional, Universidad Distrital, Universidad de los Llanos, Universidad Cooperativa de Colombia, etc.) para la formación de estudiantes de pregrado y posgrado en el CAPS.
- Incentivos salariales: Ofrecer salarios competitivos, acordes con el mercado laboral y con incentivos por desempeño, cumplimiento de metas y trabajo en zonas de difícil acceso.
- Programas de formación continuada: Ofrecer oportunidades de formación continuada, actualización y especialización para el personal.
- Visibilidad y reconocimiento: Promover el CAPS como un centro de referencia en atención primaria.

9.3.2. Retención de talento humano

- Estabilidad laboral: Favorecer la vinculación a la planta de personal (carrera administrativa) de los profesionales con alto desempeño.
- Bienestar laboral: Implementar programas de bienestar laboral, salud mental y seguridad en el trabajo.
- Oportunidades de desarrollo profesional: Ofrecer oportunidades de desarrollo profesional, como ascensos, participación en proyectos de investigación, y liderazgo en equipos multidisciplinarios.
- Ambiente laboral positivo: Fomentar un ambiente laboral de respeto, trabajo en equipo y comunicación efectiva.
- Reconocimiento y evaluación: Implementar sistemas de evaluación del desempeño y reconocimiento de logros.

9.3.3. *Consideraciones para la ruralidad*

- Honorarios diferenciales: Ofrecer honorarios diferenciales para el personal que trabaje en zonas rurales o de difícil acceso.
- Condiciones de habitabilidad: Asegurar condiciones de habitabilidad dignas y seguras para el personal que deba pernoctar en zonas rurales.
- Facilidades logísticas: Proporcionar facilidades logísticas y de transporte para el desplazamiento del personal a las zonas rurales.

- Acompañamiento institucional: Brindar acompañamiento institucional permanente al personal que trabaja en ruralidad.

10. INDICADORES DE GESTIÓN

10.1. Indicadores de acceso

Tabla 32 Indicadores de acceso del CAPS Tipo B.

Indicador	Definición	Fórmula	Fuente de datos	Meta (2028)	Meta (2031)
Cobertura poblacional	Porcentaje de la población del área de influencia que utiliza los servicios del CAPS al menos una vez al año.	(Población atendida en el CAPS / Población del área de influencia) × 100	RIPS, proyecciones DANE	≥60%	≥80%
Tiempo de acceso peatonal	Porcentaje de la población del área de influencia que tiene acceso al CAPS en ≤30 minutos a pie.	(Población con acceso ≤30 min / Población total) × 100	Análisis de isócronas	100%	100%
Tiempo de espera para cita de medicina general	Tiempo promedio (días) entre la solicitud de cita y la atención en medicina general.	Suma de días de espera / Número de citas	Sistema de citas, RIPS	≤1 día	≤1 día
Tiempo de espera para cita de especialidad	Tiempo promedio (días) entre la solicitud de cita y la atención en consulta especializada (pediatría, ginecobstetricia, medicina interna, etc.).	Suma de días de espera / Número de citas	Sistema de citas, RIPS	≤7 días	≤5 días
Oportunidad en urgencias (triages IV-V)	Tiempo promedio (minutos) entre el triage y la atención médica en urgencias para triages IV-V (baja complejidad).	Suma de minutos de espera / Número de atenciones	Sistema de urgencias	≤30 min	≤20 min
Tasa de utilización de servicios	Número de consultas por habitante del área de influencia.	Total de consultas / Población del área de influencia	RIPS, DANE	≥2,5	≥3,0

Fuente: Elaboración propia a partir de estándares del Modelo MAS Bienestar y la Resolución 3100 de 2019.

10.2. Indicadores de calidad

Tabla 33 Indicadores de calidad del CAPS Tipo B.

Indicador	Definición	Fórmula	Fuente de datos	Meta (2028)	Meta (2031)
Resolutividad en atención primaria	Porcentaje de motivos de consulta resueltos en el CAPS sin necesidad de referencia a otros niveles de complejidad.	(Consultas resueltas en el CAPS / Total de consultas) × 100	RIPS, sistema de referencia	≥85%	≥90%
Tasa de referencia a otros niveles	Porcentaje de pacientes referidos a otros niveles de atención.	(Pacientes referidos / Total de pacientes atendidos) × 100	Sistema de referencia	≤15%	≤10%
Continuidad de la atención (crónicos)	Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, EPOC) que tienen al menos 4 consultas de seguimiento al año.	(Pacientes crónicos con ≥4 consultas / Total de pacientes crónicos) × 100	RIPS	≥70%	≥80%
Tasa de hospitalizaciones evitables	Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles a atención primaria (asma, neumonía, deshidratación, etc.) que podrían haberse evitado con una atención primaria oportuna.	(Hospitalizaciones evitables / Total de hospitalizaciones) × 100	RIPS, sistema de referencia	≤10%	≤5%
Adherencia al tratamiento (crónicos)	Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas que cumplen con el tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito.	(Pacientes adherentes / Total de pacientes crónicos) × 100	RIPS, encuestas de adherencia	≥75%	≥85%
Seguridad del paciente	Tasa de eventos adversos reportados por cada 1.000 atenciones.	(Eventos adversos / Total de atenciones) × 1.000	Sistema de reporte de eventos adversos	≤5	≤3
Oportunidad en entrega de medicamentos	Porcentaje de medicamentos dispensados en menos de 30 minutos desde la presentación de la fórmula.	(Medicamentos dispensados en ≤30 min / Total de fórmulas) × 100	Sistema de farmacia	≥90%	≥95%

Fuente: Elaboración propia a partir de estándares del Modelo MAS Bienestar y la Resolución 3100 de 2019.

10.3. Indicadores de eficiencia

Tabla 34 Indicadores de eficiencia del CAPS Tipo B.

Indicador	Definición	Fórmula	Fuente de datos	Meta (2028)	Meta (2031)
Productividad por consultorio	Número promedio de consultas por consultorio al día.	Total de consultas / (Número de consultorios × Días hábiles)	RIPS	≥20 consultas/día	≥22 consultas/día
Productividad por médico	Número promedio de consultas por médico al día.	Total de consultas / (Número de médicos × Días hábiles)	RIPS	≥20 consultas/día	≥22 consultas/día
Ocupación de camas (hospitalización)	Porcentaje de ocupación de las camas de hospitalización de baja complejidad.	(Días-cama ocupados / Días-cama disponibles) × 100	Sistema de hospitalización	≥70%	≥80%
Ocupación de camas (urgencias)	Porcentaje de ocupación de las camillas de observación en urgencias.	(Días-camilla ocupados / Días-camilla disponibles) × 100	Sistema de urgencias	≥60%	≤80% (evitar saturación)
Tasa de rotación de camas	Número promedio de pacientes por cama en un año.	Total de egresos / Número de camas	Sistema de hospitalización	≥90	≥100
Autosuficiencia financiera	Porcentaje de los costos de operación cubiertos por ingresos propios (facturación a EPS).	(Ingresos propios / Costo total de operación) × 100	Sistema financiero	≥70%	≥85%

Fuente: Elaboración propia a partir de estándares de eficiencia hospitalaria y del Modelo MAS Bienestar.

10.4. Indicadores de satisfacción del usuario

Tabla 35 Indicadores de satisfacción del usuario del CAPS Tipo B.

Indicador	Definición	Fórmula	Fuente de datos	Meta (2028)	Meta (2031)
Satisfacción general	Porcentaje de usuarios que califican la atención como "buena" o "muy buena".	(Usuarios satisfechos / Total de encuestados) × 100	Encuestas de satisfacción	≥80%	≥85%
Percepción de trato humanizado	Porcentaje de usuarios que perciben trato humanizado (califican como "respetuoso" y "cálido").	(Usuarios que perciben trato humanizado / Total de encuestados) × 100	Encuestas de satisfacción	≥80%	≥85%
Percepción de oportunidad	Porcentaje de usuarios que consideran que fueron atendidos en un tiempo razonable.	(Usuarios que perciben oportunidad / Total de encuestados) × 100	Encuestas de satisfacción	≥75%	≥80%
Percepción de calidad técnica	Porcentaje de usuarios que confían en la capacidad técnica del personal.	(Usuarios que confían en la calidad técnica / Total de encuestados) × 100	Encuestas de satisfacción	≥80%	≥85%
Recomendación del CAPS	Porcentaje de usuarios que recomendarían el CAPS a familiares o amigos.	(Usuarios que recomiendan / Total de encuestados) × 100	Encuestas de satisfacción	≥85%	≥90%

Fuente: Elaboración propia a partir de estándares de calidad en salud y del Modelo MAS Bienestar.

10.5. Metas y umbrales

Tabla 36 Resumen de metas y umbrales para indicadores clave.

Dimensión	Indicador clave	Meta (2028)	Meta (2031)	Umbral de alerta	Umbral crítico
Acceso	Cobertura poblacional	≥60%	≥80%	<50%	<40%
	Tiempo de espera para medicina general	≤1 día	≤1 día	>2 días	>3 días
	Tiempo de espera para especialidad	≤7 días	≤5 días	>10 días	>15 días
Calidad	Resolutividad	≥85%	≥90%	<80%	<70%
	Tasa de referencia	≤15%	≤10%	>20%	>25%
	Continuidad de atención (crónicos)	≥70%	≥80%	<60%	<50%
Eficiencia	Productividad por consultorio	≥20/día	≥22/día	<18/día	<15/día
	Ocupación de camas (hospitalización)	≥70%	≥80%	<60%	<50%
	Autosuficiencia financiera	≥70%	≥85%	<60%	<50%
Satisfacción	Satisfacción general	≥80%	≥85%	<70%	<60%
	Recomendación del CAPS	≥85%	≥90%	<75%	<65%

Fuente: Elaboración propia.

11. NORMATIVIDAD APLICABLE

11.1. Normas para la habilitación de servicios de salud

- Resolución 3100 de 2019: Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Establece los estándares de infraestructura, dotación y talento humano para cada servicio. Marco principal para la habilitación de todos los servicios del CAPS.
- Resolución 4445 de 1996: Dicta normas para el cumplimiento del Título IV de la Ley 9 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Resolución 2003 de 2014: Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

11.2. Normas para la atención en salud

- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Ley 1438 de 2011: Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Fortalece la Atención Primaria en Salud (APS) y la integración de redes de servicios.
- Ley 1751 de 2015: Ley Estatutaria de Salud. Define el derecho fundamental a la salud y establece los principios de universalidad, integralidad, equidad y sostenibilidad.
- Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

11.3. Normas para la salud pública

- Resolución 3280 de 2018: Por la cual se adoptan las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental.
- Resolución 0459 de 2012: Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- Ley 1448 de 2011: Ley de Víctimas y Restitución de Tierras.

11.4. Normas para el modelo MAS Bienestar

- Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar (2024): Lineamientos conceptuales y operativos del modelo de salud de Bogotá, basado en Atención Primaria Social y gestión integral del riesgo.
- Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027: Define las metas y estrategias de salud pública para Bogotá.
- Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá Camina Segura" 2024-2027: Prioridades de desarrollo del Distrito Capital.
- Decreto 555 de 2021: Plan de Ordenamiento Territorial (POT) de Bogotá.

12. CONCLUSIONES

El Portafolio de Servicios aquí presentado define una oferta de 22 servicios estructurales y 6 servicios estratégicos, fundamentada en:

- La evidencia epidemiológica de Ciudad Bolívar: Las enfermedades del sistema circulatorio (27,2% de la mortalidad), las neoplasias (19,6%), las causas externas (15,6%), la mortalidad materna (83,7 por 100.000 NV) y la violencia intrafamiliar (6.407 casos en 2023) justifican la priorización de servicios de medicina interna, ginecobstetricia, salud mental y promoción de la salud.
- El análisis de brechas del área de influencia primaria (UPZ 67-68, 220.223 hab.): Déficit de 92 consultorios, 14 camas de hospitalización, 14 médicos generales, 40 enfermeras, 19 odontólogos, 14 psicólogos y 11 especialistas, que el CAPS contribuirá a reducir significativamente.
- La demanda insatisfecha: 1,6 millones de atenciones y procedimientos anuales, además de 1.320 egresos hospitalarios evitables, que el CAPS atenderá en parte, con una capacidad proyectada de 16-20 consultorios, 4-7 camas, 1 TPR y 2-4 ambulancias.
- El talento humano requerido: ~63-90 profesionales, distribuidos en áreas médica, odontológica, de apoyo clínico, diagnóstico, enfermería, psicosocial y administrativa, que permitirán resolver el 85-90% de los motivos de consulta.
- La hoja de ruta de implementación: Tres fases (2026-2031) con hitos de capacidad instalada y talento humano verificables, que garantizan una expansión gradual y sostenible, sin exceder la capacidad oficial del PAR 2 (20 salas, 7 camas, 18 camillas de observación).

El CAPS se alinea con el Modelo MAS Bienestar, el Plan Territorial de Salud 2024-2027 y el Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá Camina Segura" 2024-2027, y constituye una intervención estratégica para el fortalecimiento de la red pública de atención primaria en la Localidad de Ciudad Bolívar. Su implementación permitirá reducir las brechas de acceso, oportunidad y calidad, mejorar los indicadores de salud materno-infantil, enfermedades crónicas y salud mental, y contribuir a la equidad en salud en el territorio.

13. REFERENCIAS

- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 41.148.
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 47.957.
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud*. Diario Oficial No. 49.672.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2025). *Proyecciones de población por localidad, Bogotá D.C. 2025*. Bogotá: DANE.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1996). *Resolución 4445 de 1996, por la cual se dictan normas para el cumplimiento del Título IV de la Ley 9 de 1979*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)*. Corte a 31 de diciembre de 2024.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023-2024). *Planteamientos Arquitectónicos de Referencia (PAR) para Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) – Tipo B*. Planos fechados 16/12/2023 y 07/04/2024.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024). *Base de datos RIPS – Primer semestre de 2024*. Bogotá: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024). *Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar*. Bogotá: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024). *Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027*. Bogotá: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) – Localidad de Ciudad Bolívar, 2024*. Bogotá: SDS.

- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2026). *Análisis de localización y accesibilidad para el sector de Quiba*. Bogotá: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2026). *Estudio de oferta y demanda potencial de servicios y análisis de suficiencia para Ciudad Bolívar*. Bogotá: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2026). *Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE (PTRRMR) 2025-2029*. Bogotá: SDS.

14. APROBACIÓN.

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Freddy Becerra Rozo Zair Marisol Torres Penagos	Profesional Especializado DPS – Contratista Profesional Especializado DPS - Contratista	14/07/2026	
REVISÓ	Roció Tinoco Torres	Subdirectora Servicios Hospitalarios	15/07/2026	
APROBÓ	Libia Esperanza Forero Garcia	Directora Prestación de Servicios de Salud	15/07/2026	