

# **OPERACIÓN SALUD EN MARCHA**



## **Operación Salud en Marcha**

### **1. ¿Por qué es importante la política de salud?**

El derecho a la salud es un derecho fundamental para todos los ciudadanos, y no se limita al derecho a estar sano o a obtener atención oportuna. Garantizar este derecho implica, además de la oferta de servicios y de la prestación efectiva de servicios de salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad)<sup>1</sup>, la atención a factores determinantes como son el acceso a agua limpia, el suministro de alimentos sanos, vivienda adecuada, condiciones laborales y medio ambientales sanas, acceso a la educación y educación sobre la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

La salud además, es un derecho inherente al desarrollo humano. Todas las personas son iguales en sus derechos; un ataque cardíaco es igual en una persona de bajos recursos que en una de altos recursos; en una persona del régimen subsidiado, que en una de régimen contributivo. No obstante, la realidad en Bogotá, es que la salud varía de acuerdo con las condiciones sociales y económicas de las personas.

En 1993 los colombianos decidimos apostarle al sistema de aseguramiento universal, a través de la ley 100 que establece una estrategia basada en dos mercados competitivos: el del aseguramiento y el de la provisión de servicios de salud. En el aseguramiento, los aseguradores (EPS) reciben un valor fijo denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC) a cambio de la garantía de prestación del Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS) a los afiliados. En la provisión de servicios de salud, los proveedores compiten por la venta de servicios a las aseguradoras, que a su vez actúan como compradores de servicios de salud en representación de sus afiliados, seleccionando y negociando entre los proveedores, públicos o privados, la mejor combinación precio-calidad posible. Es así como contamos con dos regímenes de aseguramiento para la prevención y gestión de los riesgos asociados a la enfermedad:

Régimen Contributivo: para los trabajadores y sus familias. Se financia a través de impuestos a la nómina de manera que cada afiliado al régimen contribuye con un porcentaje de 12.5% de sus ingresos.

---

<sup>1</sup> Disponibilidad: número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, y programas de salud. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. No discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad), acceso a la información. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Organización Mundial de la Salud.

Régimen Subsidiado: para la población sin capacidad de pago. Se financia con una mezcla de impuestos generales, subsidios cruzados de la financiación del Régimen Contributivo y recursos de las administraciones locales.

No obstante, existe una población que no está afiliada a ninguno de los dos regímenes y se les denomina equivocadamente “vinculados”. Tanto éste grupo de personas, como aquellos en el régimen subsidiado, carecen de un servicio de calidad a lo largo y ancho de la ciudad. La disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud es inferior a la que reciben los afiliados al régimen contributivo, y esto representa una violación al derecho de la salud. Estas personas que no tienen acceso a servicio de calidad, viven en condiciones precarias y no viven, sobreviven. Cada día representa una lucha por satisfacer las necesidades básicas de alimentación, techo, abrigo. La salud se vuelve un lujo, cuando debe ser el primer derecho al que tienen acceso.

## 2. Diagnóstico

### 1. Definiciones

- Empresas Promotoras de Salud (EPS): Son los aseguradores.
- La Unidad de Pago por Capitación (UPC): Es la prima que reconoce el Estado, según el riesgo de cada usuario y el plan que financia a los aseguradores.
- El Plan Obligatorio de Salud (POS): Es el conjunto de prestaciones en salud a las que tienen derecho los ciudadanos a través de los aseguradores (EPS), financiado con la prima de seguros (UPC).
- Los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud (NO-POS): Son los servicios que no están a cargo de las aseguradoras, al no ser parte del plan de beneficios (POS), y no ser costeados por las primas de seguros (UPC), los cuales son financiados por el Estado-Nación para los contributivos y territorios para los subsidiados.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Empresas de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro, o mixtas, que se encargan de prestar servicios de salud.
- Las IPS venden sus servicios a través de diferentes esquemas: Costo fijo por usuario (capitación), costo fijo por atención integral por evento o patología (paquete), o por cada atención (evento), a unas tarifas acordadas entre ellos para las cuales hay unos referentes del mercado: las del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), las del extinto Instituto de Seguros Sociales (ISS), las de las sociedades científicas, sin un marco mínimo a pesar de estar definido así en la ley.



## 2. Sistema de salud

- Hay 16 EPS en el régimen contributivo: Compensar, Famisanar, Colmédica, Humana vivir, Salud Coop, Coomeva, Cruz Blanca, Saludvida, Red Salud, Salud Colpatría, Salud Total, Solsalud, Sanitas, Cafesalud, SOS, Golden Group S.A.
- Hay 8 EPS en el régimen subsidiado: Unicajas, Humanavivir, Ecoopsos, Caprecom, Colsubsidio, Salud total, Solsalud, Salud Condor.
- Hay 84 IPS divididas en los siguientes niveles:

IPS PÚBLICAS	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	SIN DEF	TOTAL
NUMERO	29	8	10	7	54

- En total hay 29 IPS públicas y 55 privadas.

### POS

- Existen 3 complejidades: Alta, por ejemplo, tratamientos de cáncer o cirugías de corazón y son pocas. Media, por ejemplo, tratamiento de úlcera y Baja, medicina general y urgencias.
- En la complejidad media, existen áreas grises donde el sistema no es claro si la enfermedad debe ser tratada por la EPS o por el Estado y se presta para mala prestación del servicio. Esto se exagera para el caso de los vinculados.



Fuente: Creación propia

### 3. Número de personas régimen subsidiado, contributivo, vinculado

Año	Contributivo	Subsidiado	Vinculado
2000	3.393.197	1.057.145	
2001	3.713.214	1.330.910	
2002	3.504.401	1.286.010	
2003	3.643.301	1.369.970	
2004	4.091.027	1.530.177	
2005	3.947.249	1.634.847	
2006	4.366.107	1.689.962	
2007	4.606.452	1.708.670	
2008	4.822.526	1.754.891	85302
2009	4.872.402	1.754.891	288.361
2010	5.061.603	1.608.495	655.390

Fuente: Estadísticas Secretaría Distrital de Salud, 2010

### 4. Presupuesto destinado a salud en Bogotá

	Presupuesto Salud	Participación en el presupuesto
2011	1.970.597.796.000	24,20%

Fuente: Secretaria de Hacienda Distrital, 2011

### 5. Mantenimiento de la Red Pública de Hospitales

<b>Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud</b>	<b>146.084.956.000</b>
Hemocentro distrital y banco de tejidos	2.389.476.000
Redes sociales y de servicios (gestión integral de medicamentos)	9.363.254.000
Desarrollo de la infraestructura hospitalaria	75.538.392.000
Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria	50.500.000.000
Plan maestro de equipamientos en salud	233.320.000
Desarrollo del sistema de <b>rectoría</b> en salud	8.060.514.000

Fuente: Secretaria de Hacienda Distrital, 2011



## 6. ¿De qué se enferman los bogotanos?

Según la Secretaría de Salud, cada año se realizan en los hospitales públicos de Bogotá:

- 50.000 consultas por hipertensión
- 48.900 consultas por caries
- 33.000 por enfermedades respiratorias

Los niños consultan por infecciones respiratorias, los jóvenes por enfermedades en la piel y en los ojos. La Secretaría de Salud aseguró que otros motivos frecuentes que llevan a los jóvenes a consultar al médico son las enfermedades de transmisión sexual y la gastritis.

## 7. Mortalidad General (2010)

Causas	Casos	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	3323	4,7
Agresiones (homicidios)	1297	1,8
Enfermedades cardiovasculares	1974	2,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1522	2,2
Neumonía	960	1,4
Diabetes mellitus	952	1,4
Tumor maligno de estomago	796	1,1
Enfermedades hipertensivas	688	1
Insuficiencia cardiaca	491	0,7
Resto de causas		19,6

Fuente: certificado de defunción del Dane

## 8. Vacunación

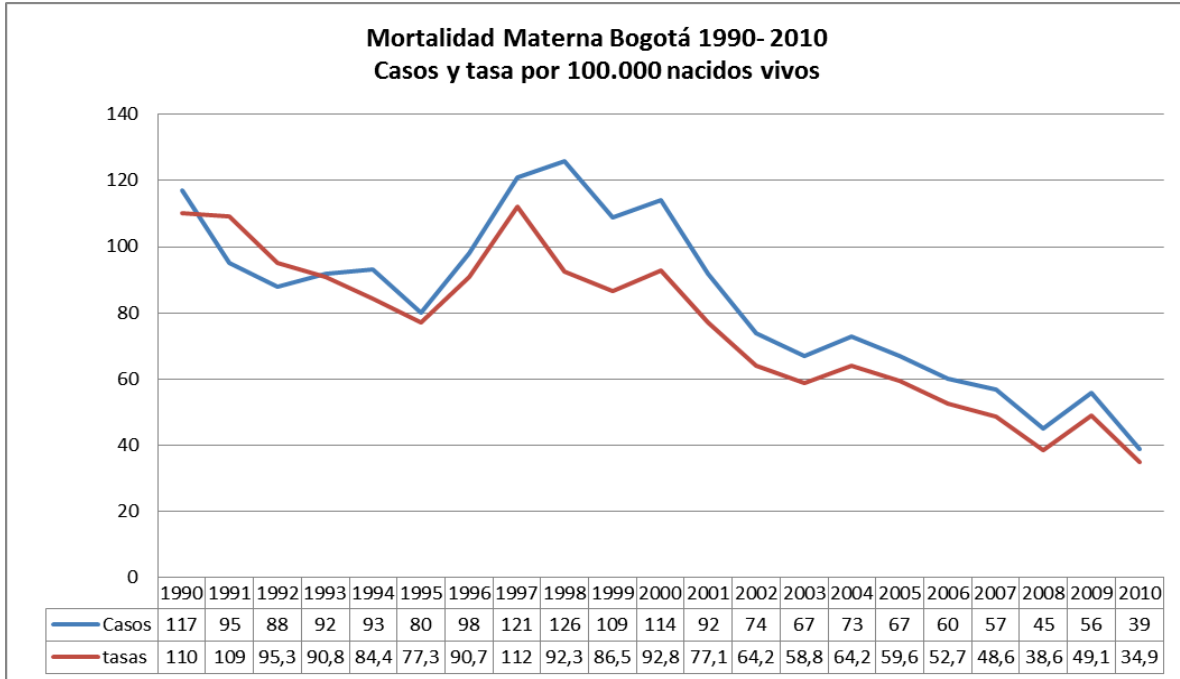
### Porcentaje niños vacunados en menores de un año

Vacuna	2010
Anti polio	94
Difteria, tosferina y tétanos	94
Tuberculosis	100,8
Hepatitis B	93,9
Influenza tipo B	94
Triple viral	97,3
Fiebre amarilla	69

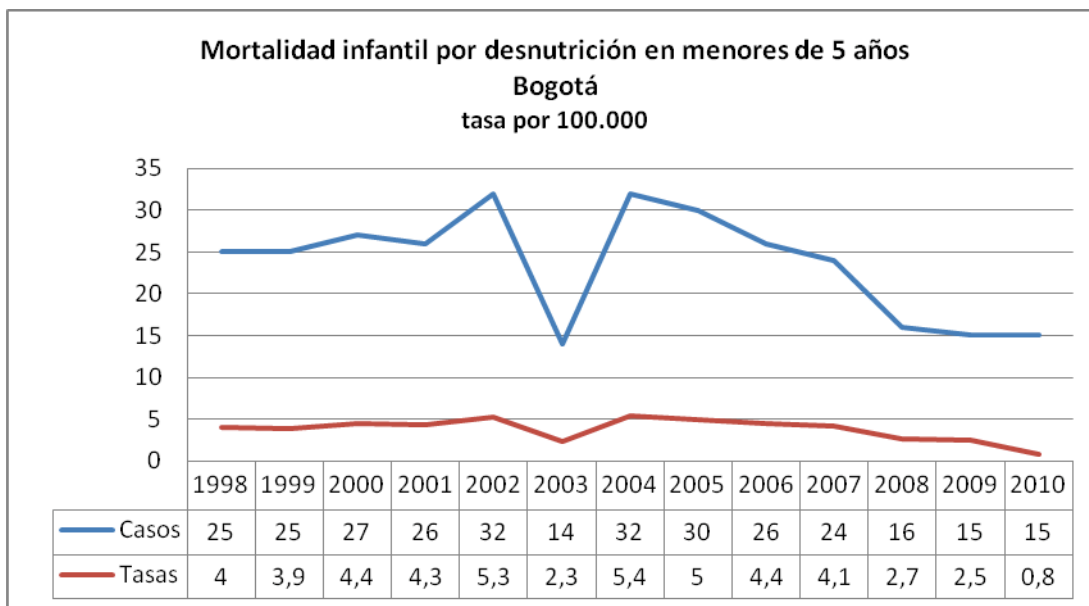
Fuente: Secretaria de Salud de Bogotá, 2011

## 9. Incidencia de enfermedades prevenibles

### Mortalidad materna

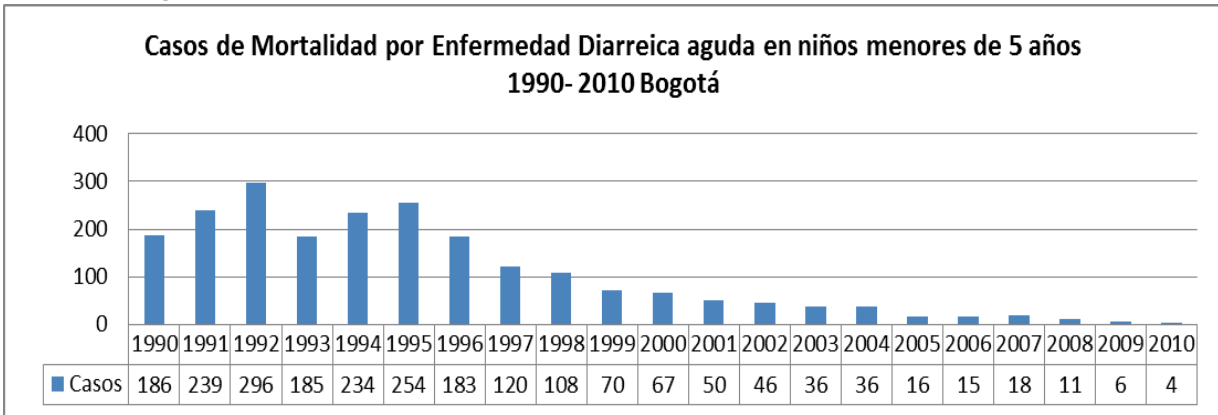


Fuente: Secretaría de salud, 2011



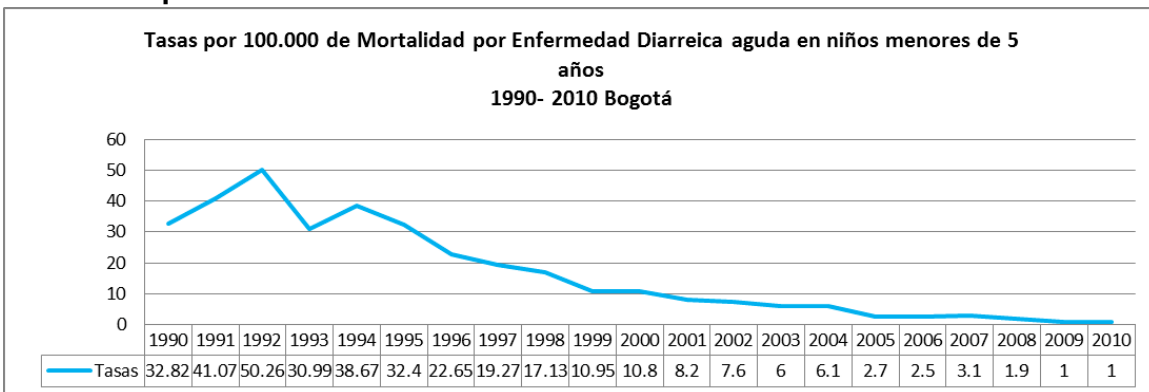
Fuente: Secretaría de salud, 2011 y DANE – Sistema de Estadísticas Vitales

### Mortalidad por EDA casos



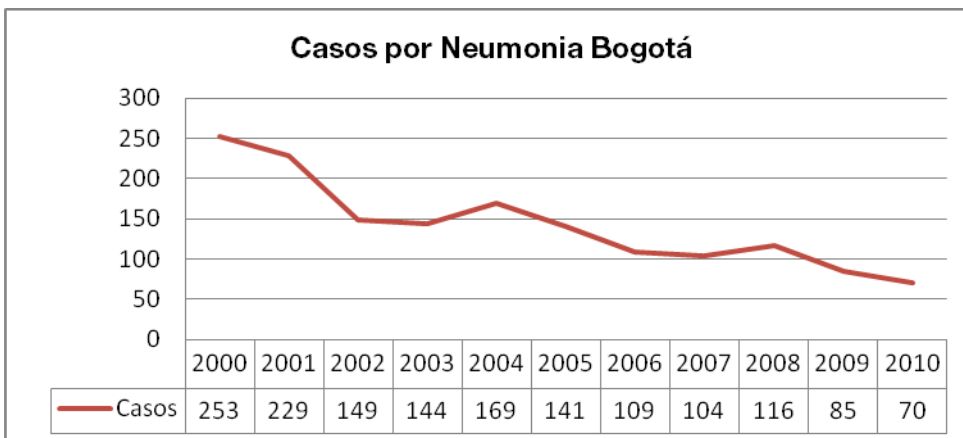
Fuente: Secretaría de Salud, 2011

### Mortalidad por EDA tasas



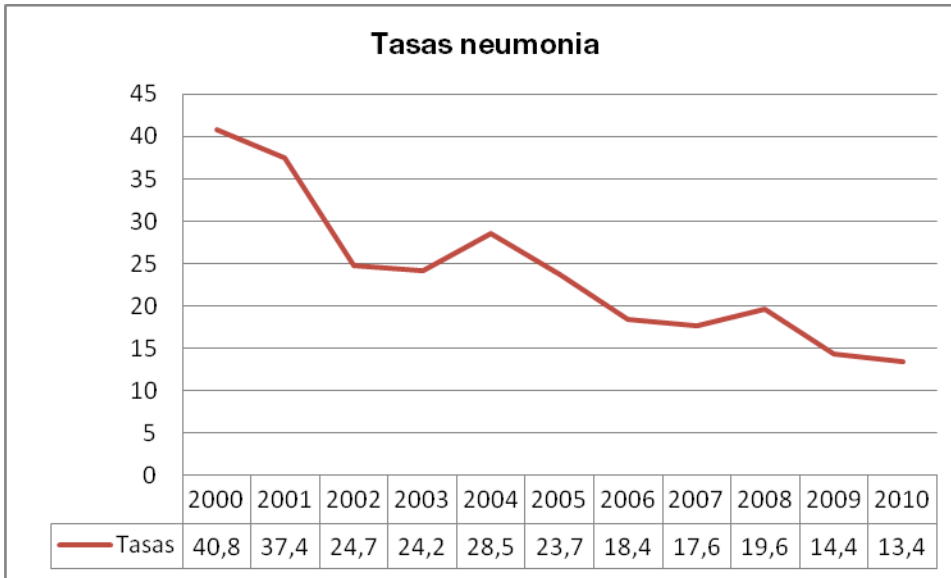
Fuente: Secretaría de salud, 2011

### Neumonía en menores de 1 año



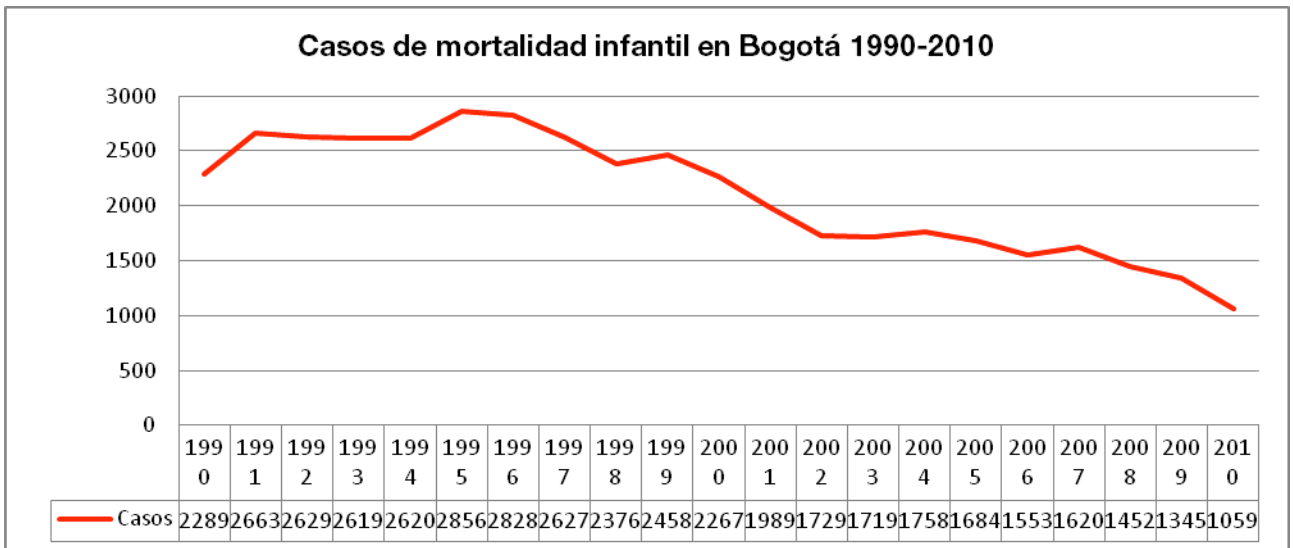
Fuente: Secretaría de salud, 2011

**Tasas neumonía en menores de 1 año**



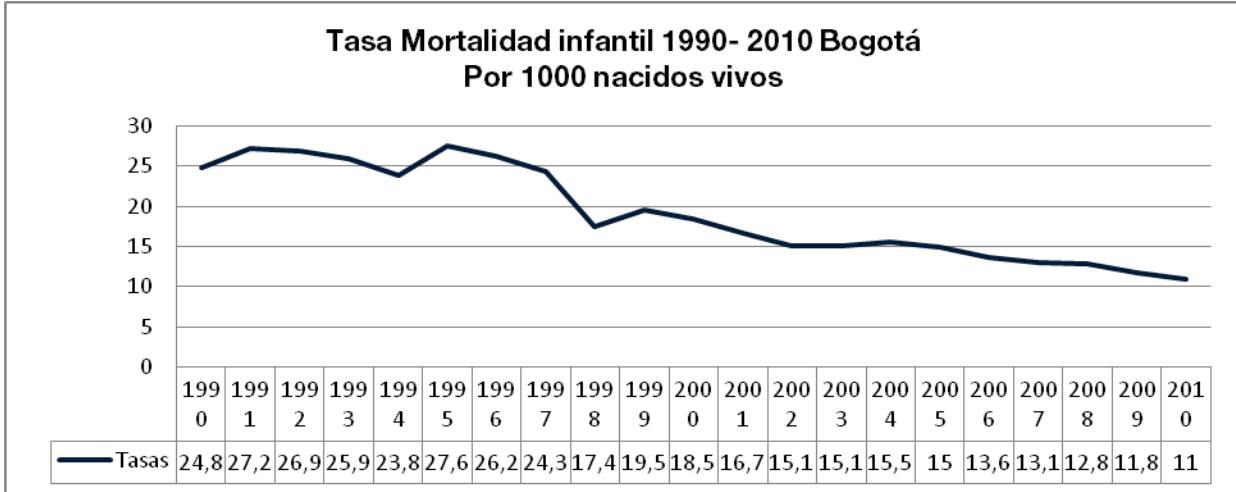
Fuente: Secretaría de salud, 2011

**Casos mortalidad infantil en Bogotá 1990-2010**



Fuente: Secretaría de Salud, 2011

**Tasas de mortalidad infantil**



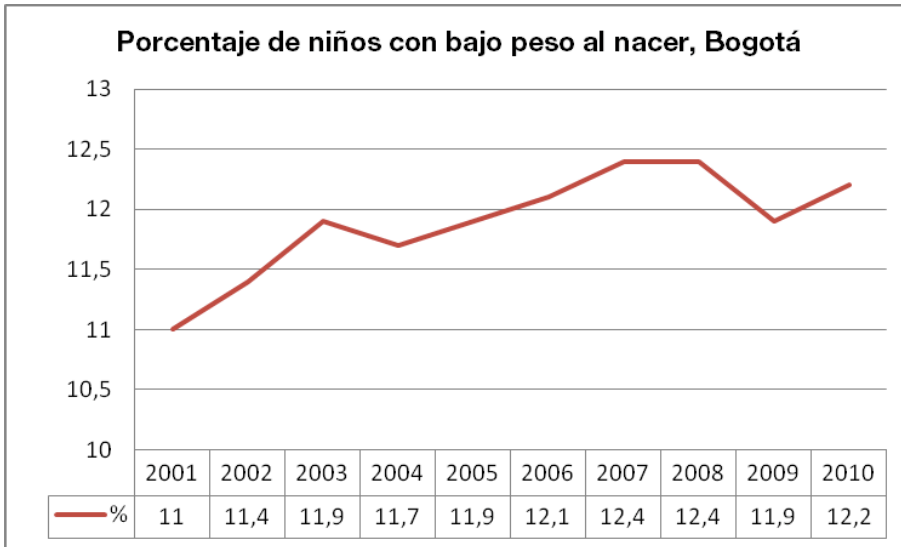
Fuente: Secretaría de Salud, 2011

**Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años**

Año	%
2001	10,9
2002	11,7
2003	10,7
2004	10,3
2005	10,1
2006	9,8
2007	9,1
2008	8,8
2009	9
2010	8,2

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional Sisvan, SDS

## Bajo peso al nacer



Fuente: Secretaria Distrital de Salud, 2010

### 3. El reto: Modelo de Salud en Marcha

Para conservar su salud, las personas requieren de acciones e intervenciones. Por un lado, necesitan prevenir la enfermedad, tener un diagnóstico temprano, una atención adecuada, y programas de recuperación que minimicen el efecto de la enfermedad. Para atender estos requerimientos se necesita un esquema o sistema que tenga organización, financiación, información, formas de participación y concertación de los actores.

Existen varios riesgos que afectan la salud de las personas:

- Riesgos inherentes al individuo: que dependen de su genética, de dónde y cómo viven, de cómo se alimentan, cómo se relacionan con los demás y con el medio ambiente, de lo que hacen y los riesgos que atienden o asumen.
- Riesgos en la organización y provisión de servicios de salud: relacionados con la capacidad de las entidades para diagnosticar oportunamente, atender la enfermedad en forma adecuada y adoptar acciones de recuperación que minimicen el impacto de la enfermedad.
- Riesgo en la financiación de estos eventos: relacionados con la capacidad del sistema de prestar el servicio o del ciudadano de acceder a él por el costo económico que genera.
- Riesgo en la organización: de cómo planear la provisión de servicios de calidad, su dirección y control.

Para resolver y controlar estos riesgos, vamos a desarrollar un **Modelo de atención en salud** llamado **Salud en Marcha**, donde se revisen las condiciones del individuo y se privilegie el acceso a los servicios de salud, donde el desplazamiento de los individuos a los centros de salud no signifique grandes inversiones en recursos de tiempo o económicos. Un modelo donde se den servicios oportunos con parámetros claramente definidos, con servicios integrales según las necesidades, donde el ciudadano pueda optar por más del 90% de los servicios requeridos en un solo sitio, privilegiando los servicios dirigidos a los grupos más vulnerables, que garanticen la continuidad de la atención, sin trámites para el usuario. Un modelo donde los aseguradores deben garantizar una oferta suficiente, en instituciones cálidas en su trato, cómodas, afables, dignas que respeten a los ciudadanos, modernas física y tecnológicamente, financieramente sanas, administrativamente eficientes, y ante todo seguras. Donde presten sus servicios unos profesionales idóneos, capaces, bien formados, que adopten manejos pertinentes y racionales, donde los ciudadanos puedan participar, hacer veedurías y proponer mejoras.

Para lograrlo, implementaremos las siguientes estrategias:

### **3.1. Orden en la Salud**

- La ley 1122 establece que el ente territorial es quien determina la calidad del servicio que ofrecen los hospitales y las EPS. Por eso, recuperaré ésta responsabilidad de la Alcaldesa e impondré sanciones a las EPS que no cumplan. EPS que no le cumpla a Bogotá, tendrá que salir de la ciudad.
- Vamos a hacer que la Alcaldía ejerza el rol de ente planificador, gerente de la política pública de la salud, rector del sistema, garante de la calidad y de la participación de los usuarios, inspector, vigilante y controlador. Será la entidad coordinadora y ejecutora de la salud pública.
- Vamos a lograr las EPS le brinden al paciente todo lo que éste necesite. El buen funcionamiento de las EPS no es sólo competencia de la Nación, es competencia de la entidad territorial y por eso les vamos a exigir a las EPS que brinden un servicio de calidad, con la mayor eficiencia y oportunidad en el servicio. Les vamos a exigir la implementación de la Central de Información a través de la cual los pacientes solicitan citas tanto con médicos generales como con especialistas.
- En virtud de lo consagrado en la ley 715 de 2001 art. 43 y s.s. con tan solo un decreto del Alcalde, se puede crear un marco regulatorio sancionatorio para las IPS que impongan barreras de acceso para la atención de pacientes que pueden ir desde una amonestación, una multa, hasta el cierre de la Institución Prestadora de Salud. El tipo de Así mismo y como lo permite la recién sancionada ley 1438 de 2011, Bogotá podrá

crear un convenio con la Superintendencia de Salud para fortalecer la vigilancia a las EPS e IPS que prestan sus servicios en Bogotá.

**Resultados Esperados:**

<b>Corto Plazo</b>
<b>A junio de 2012</b> habremos establecido un mecanismo de inspección y garantía del servicio prestado por las EPS y las IPS en Bogotá. Los instrumentos de medición y metas esperadas se establecerán conjuntamente con los actores del sistema de salud de la ciudad.
<b>Mediano Plazo</b>
<b>A diciembre de 2014</b> habremos diagnosticado y establecido el avance en la provisión de los servicios de salud de todas las EPS e IPS de la ciudad.
<b>Largo Plazo</b>
<b>A diciembre de 2015</b> habremos tomado las medidas necesarias para asegurar que las EPS e IPS que brindan servicios de salud a los bogotanos, sean de la más alta calidad de acuerdo a los parámetros establecidos.

**3.2. Universalización y plan único**

- **Aseguramiento Universal:** Todas los bogotanos estarán en el régimen de seguridad social en salud. Nos aseguramos de que todos los bogotanos posean una póliza de seguros que cubra sus riesgos en salud y los costos derivados de éstos. Esto lo lograremos con la búsqueda activa de los usuarios, hoy los cupos están disponibles y no requieren de financiación territorial, solo voluntad política y la implementación de procesos para el logro de los objetivos.
- No habrá pérdida de aseguramiento por pérdida de trabajo: Si una persona pertenece al SISBEN 1 o 2 y pierde su trabajo, automáticamente podrá volver al régimen subsidiado. En estos casos, la ley contempla que el Fosyga pague el 67% de la cotización y la persona pague el 33%. De esta manera nadie quedará desvinculado del sistema de salud. Nos aseguraremos de que todas las personas que se queden sin empleo, continúen con su afiliación a la salud, gracias a la cofinanciación del Fosyga.
- **Plan Único:** Vamos a nivelar los planes de beneficio: los tres tipos de complejidad deben estar cobijados para ambos tipos de régimen. Es decir que el carnet, o la póliza de seguros debe cubrir todas las contingencias del plan de beneficios mayor adoptado por la Nación, hoy el del contributivo. Para lograrlo, sabemos que el marco legal estableció unos recursos que se incrementan anualmente para lograr que a 2015, se logre este objetivo en toda la Nación, por lo tanto, hoy existen recursos disponibles suficientes para entes territoriales que se involucren como pilotos. Vamos a hacer que Bogotá sea un piloto para lograr la nivelación del **Plan Único**, así que el

tema es de decisión política y la implantación de un plan que sea garantía para el usuario pero también para los demás actores.

- **Eliminación de barreras de acceso:** Ejerceremos estricta vigilancia a las IPS para que no pongan barreras de acceso a sus servicios. Hoy en día la EPS le paga por número de personas potencialmente atendidas (UPC) a la IPS, pero ésta no necesariamente atiende el número de UPC pagadas. Nosotros controlaremos que los recursos que el Distrito entregue a las IPS responda efectivamente, no teóricamente, a la atención recibida por los ciudadanos.

**Resultados Esperados:**

<b>Corto Plazo</b>
<b>A marzo de 2012</b> comenzaremos la búsqueda activa de vinculados y el registro como usuarios del régimen subsidiado
<b>A junio de 2012</b> comenzaremos en Plan Piloto para nivelar los planes de beneficio en conjunto con el gobierno nacional, las EPS, y las IPS.
<b>Mediano Plazo</b>
<b>A diciembre de 2013</b> Bogotá tendrá cero vinculados
<b>Largo Plazo</b>
<b>A diciembre de 2015</b> Bogotá tendrá un Plan Único de beneficios para todos los usuarios de servicios de salud.

**3.3. La salud está en mi casa: Caminantes de la salud**

Vamos a lanzar el programa Caminantes de la Salud que tendrá las siguientes características:

- Los caminantes se concentrarán no en curar las enfermedades sino en prevenirlas, es decir, el enfoque estará en crear **Hogares Saludables** y no en tratar la enfermedad.
- Se especializarán en diagnosticar las áreas de vulnerabilidad para prevenir la enfermedad, y determinar un nivel de riesgo del hogar. Las visitas a cada hogar estarán determinadas por el nivel de riesgo. Además, los caminantes ayudarán a las familias a mejorar la habitabilidad del hogar, las condiciones básicas de la vivienda, los hábitos de higiene, detectar maltrato y asegurarse de que los niños vayan al colegio.
- Cada caminante tendrá 300 familias bajo su responsabilidad. Esto corresponde a un número 4 veces menor que lo que actualmente tiene el programa Salud a Su Hogar. Cada caminante deberá visitar en promedio 12 hogares al día.



- Los Caminantes no serán médicos sino técnicos en salud pública que tienen una función preventiva y no curativa. Serán líderes comunitarios que hablan el lenguaje del hogar, y se comunicarán más efectivamente con las familias.
- Cada caminante recibirá una capacitación con las 24 cosas que se debe saber y 10 subtemas, no sobre los nombres técnicos de las enfermedades sino sobre los hábitos y las maneras de prevenir esas enfermedades en la casa.

**Resultados Esperados:**

<b>Corto Plazo</b>
<b>A marzo de 2012</b> lanzaremos el programa Caminantes de la Salud. Capacitaremos a los nuevos caminantes y estableceremos el Familiograma que determinará el nivel de riesgo de cada hogar.
<b>Mediano Plazo</b>
<b>A diciembre de 2013</b> todos los hogares de Bogotá estratos 1 y 2 estarán asignados a un caminante de la salud

**3.4. Hogares Saludables**

- En barrios de estratos 1 y 2, habrá un Hogar Saludable que cubrirá a 150 familias. El hogar será de un líder de la comunidad o del barrio y contará con un espacio físico donde se encuentren medicinas básicas como aspirina, suero, bienestarina, e información sobre hábitos saludables y prevención de enfermedades.
- Los hogares saludables además serán espacios en los que se prestará apoyo a los caminantes, y constituirán un enlace entre la IPS y la comunidad para la gestión de citas médicas y valoración del riesgo de salud, mediante la cual puede hacer remisión de urgencias a entidades de salud.
- Los hogares saludables serán la primera parada de las familias cuando tengan alguna necesidad básica de salud.

**Resultados Esperados:**

<b>Corto Plazo</b>
<b>A junio de 2012</b> lanzaremos el programa Hogares Saludables. Lanzaremos un programa piloto con 50 hogares de líderes comunitarios, los dotaremos y capacitaremos para brindar la atención a su comunidad
<b>Mediano Plazo</b>
<b>A diciembre de 2013</b> existirán 1.000 hogares saludables en Bogotá
<b>Largo Plazo</b>
<b>A diciembre de 2015</b> existirán 2.000 hogares saludables en Bogotá



### 3.5. Estrategia para el mantenimiento de la salud: PASOS

- Los **Puntos de Atención de Salud Oportuna – PASOS**. prestarán servicios ambulatorios con énfasis en promoción y prevención. Allí serán remitidos los ciudadanos para que tengan atención, no del caminante, sino del profesional de la salud. Allí ofreceremos medicina general, odontología general e higiene oral, pediatría, medicina interna, ginecología, obstetricia, nutrición, terapia respiratoria, física, de lenguaje y ocupacional, trabajo social, toma de muestras, suministro de medicamentos. Todas las entidades que actualmente prestan servicios del Nivel I se convertirán en PASOS.
- Los PASOS se ubicarán con base en un criterio de accesibilidad para las personas de SISBEN 1, 2 y 3, bajo la premisa de que los recursos económicos y de tiempo en estos grupos tienen un valor significativo, por lo que los servicios de mayor frecuencia e impacto deben estar un centro de atención cercano de acuerdo con las posibilidad de desplazamiento de las personas. Así, para las familias de estrato 1, habrá un paso cada 700 metros de cualquier casa. Para personas de estrato 2, a 800 metros de cualquier casa. Y para estrato 3, a 1.200 metros de cualquier casa.
- Los PASOS se van a caracterizar por contar con instalaciones adecuadas, bellas, confortables, amplias, frescas, conectadas, sistematizadas para atender adecuadamente tanto a los que acceden telefónicamente, personalmente o por internet, cumpliendo estándares estrictos; de oportunidad y calidad, donde los usuarios reciben más del 90 % de las atenciones ambulatorias requeridas, en donde se realizan los tramites de referencia y autorización sin tramites por el usuario.
- El 30 % de estos PASOS se convierten en centros complementarios de mayor complejidad, Puntos de Atención en Salud Oportunos Complementarios PASO C, ubicados a menos de 2 kilómetros de la residencia de las personas donde encuentran en urgencias, observación, procedimientos, hospitalización y cirugía, imagen logia básica (Rx, Ecografía, Ekg), centro de rehabilitación y especialidades básica y primarias de referencia,

#### Ejemplo selección de número de PASOS por barrio:

Localidad	No. De Barrios	No. De PASOS a Construir
4ta San Cristóbal	211 barrios	70
5ta Usme	220 barrios	73
7ma Bosa	180 barrios	60
Kennedy UPZ Patio Bonito	44 barrios	15
Kennedy UPZ Corabastos	22 barrios	7
Suba UPZ Rincón	82 barrios	27



Suba UPZ Tibabuyes	31 barrios	10
Ciudad Bolívar	252 barrios	84
Usaquén UPZ Verbenal	22 barrios	7
Usaquén UPZ LA Uribe	10 barrios	3
	<b>TOTAL:</b>	<b>359</b>

**Resultados Esperados:**

<b>Corto Plazo</b>
<b>A junio de 2012</b> habremos calculado el número exacto de PASOS que se requieren para cumplir con la meta de accesibilidad, y comenzaremos la construcción y adecuación de los PASOS en Bogotá
<b>Mediano Plazo</b>
<b>A diciembre de 2014</b> habremos construido o adecuado el 80% de los PASOS requeridos en Bogotá
<b>Largo Plazo</b>
<b>A diciembre de 2015</b> habremos puesto en marcha el 100% de los PASOS requeridos en Bogotá

**3.6. Estrategia para la recuperación de la salud: CAMINOS**

- Haremos los Centros de Atención Médica Integral Oportuna, CAMINOS para la recuperación de la enfermedad. Los CAMINOS serán el 10% de los centros, serán de mayor tamaño que los PASOS y atenderán consulta externa de subespecialidad, y cirugía programada de mediano riesgo. Algunos CAMINOS contarán también con centros de recuperación nutricional y de adicciones. Estarán ubicados a máximo 5Km del lugar de residencia de los usuarios.
- Los CAMINOS II tendrán atención hospitalaria de complejidad III y IV. Atenderán cuidados intermedios e intensivos, cirugía de urgencia y programas de alto riesgo, diagnóstico especializado y contarán con centros de telemedicina. Estos CAMINOS garantizarán el 80% de los servicios especializados, correspondiente a menos del 3% del total de atenciones.

**Resultados Esperados:**

<b>Corto Plazo</b>
<b>A junio de 2012</b> habremos calculado el número exacto de CAMINOS que se requieren para cumplir con la meta de accesibilidad, y comenzaremos la construcción y adecuación de los CAMINOS en Bogotá



<b>Mediano Plazo</b>
<p><b>-A diciembre de 2014</b> habremos construido o adecuado el 80% de los CAMINOS requeridos en Bogotá</p> <p><b>-A diciembre de 2014</b> no se morirá ningún niño o niña en Bogotá por desnutrición ni por Enfermedad Diarreica Aguda.</p>
<b>Largo Plazo</b>
<p><b>A diciembre de 2015</b> habremos puesto en marcha el 100% de los CAMINOS requeridos en Bogotá</p> <p>-A diciembre de 2015 se garantizará atención médica a la totalidad de las madres en situación de vulnerabilidad. La tasa de mortalidad materna disminuirá en la mitad de lo que es actualmente (35%)</p>

### 3.7 Central de información

- Para asegurar un servicio eficiente, donde la gente no tenga que hacer colas en cada entidad y para cada cita médica, vamos a crear la Central de Información que gestiona las citas de toda la red de centros de atención médica, PASOS y CAMINOS y le evita las colas al usuario.
- Los usuarios podrán acudir a la central de información por vía telefónica, por internet, en persona o a través de los Caminantes de la Salud que los visitan en sus casas.
- Los pasos para el usuario serían los siguientes:
  - Llama al Centro de Información
  - Le dan la cita sin hacer fila
  - Lo atiende un médico general en el PASO de su barrio
  - Sale con una fórmula y le dan los medicamentos en el mismo PASO (no le toca ir a la EPS)
  - En el mismo PASO le toman los exámenes de laboratorios (no en la EPS)
  - Si tiene orden para internista, ginecólogo o pediatra, le dan la cita en el mismo PASO. Máximo a 5 días (no le toca ir a la EPS a pedir la cita)
  - Si le toca especialista, la IPS se la consigue a través del Centro de Información, a máximo 7 días en el PASO, PASO Complementario o CAMINO más cercano.
- La Central de Información además será una línea 24 horas para poner quejas sobre la calidad del servicio de las EPS e IPS. De esta manera, en Bogotá nos aseguraremos de que los prestadores de servicios de salud, les den el mejor servicio a los ciudadanos.



**Resultados Esperados:**

**Mediano Plazo**

**A diciembre de 2014** habremos instaurado la Central de Información a través de la cual los usuarios del régimen subsidiado podrán pedir citas en los PASOS, PASOS Complementarios o CAMINOS, y los usuarios de ambos regímenes (contributivo y subsidiado) podrán poner quejas sobre los servicios de salud.

