



Plan Territorial de Salud

2024-2028



SECRETARÍA DE SALUD



Plan Territorial de Salud Bogotá, D. C., 2024-2028

“Bogotá Camina Segura”

<p>Carlos Fernando Galán Pachón Alcalde Mayor de Bogotá, D. C.</p> <p>Gerson Orlando Bermont Galavis Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D. C.</p> <p>Liliana Sofía Cepeda Amaris Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial</p> <p>Alejandra Taborda Restrepo Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Julián Alfredo Fernández Niño Subsecretario de Salud Pública</p> <p>Luis Alexander Moscoso Osorio Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento</p> <p>Juan Guillermo Correa García Subsecretario Corporativo</p> <p>Hugo Alejandro Arévalo Dillón Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones</p> <p>Asesores Despacho Ana María Cobos Baquero Manuel Alfredo González Mayorga Leonardo Salas Zapata Salomé Valencia Aguirre Leonardo Arregocés Castillo</p>	<p>Melissa Triana Luna Jefe de la Oficina de Asuntos Jurídicos</p> <p>Luis Ernesto Ruíz Cuevas Director de Planeación Sectorial</p> <p>Olga Lucía Mancera Leguizamón Directora de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad</p> <p>Eugenia del Socorro Arboleda Balbin Directora de Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Óscar Hernando Bernal Ovalle (E) Director de Infraestructura y Tecnología</p> <p>Ana Lucia Guzmán Lozano (E) Directora de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud</p> <p>María Belén Jaimes Sanabria Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva</p> <p>Patricia Eugenia Molano Builes Directora de Salud Colectiva</p> <p>Diana Rodríguez Posso Subdirectora del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud</p>	<p>GINNA PAOLA SABOGAL REYES Jefe de la Oficina Asuntos Disciplinarios</p> <p>Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda Directora de Calidad de Servicios de Salud</p> <p>Yiyola Yamile Peña Ríos Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud</p> <p>Fernando Aníbal Peña Díaz Director de Provisión de Servicios de Salud</p> <p>José Elías Guevara Fragozo Director de Gestión del Talento Humano</p> <p>Diana Carolina Franco Babativa Directora Administrativa</p> <p>Raúl Alberto Bru Vizcaíno Director Financiero</p> <p>Edgar Alexander Prieto Muñoz Director de Tecnologías de Información y Comunicaciones</p> <p>Luz Ángela Manquillo Erazo Directora de Planeación Institucional y Calidad</p>
<p>Coordinación general Liliana Sofía Cepeda Amaris Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial</p> <p>Luis Ernesto Ruíz Cuevas Director de Planeación Sectorial</p> <p>Maritza Pomares Quimbaya Asesora Dirección de Planeación Sectorial</p> <p>Coordinadora General del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C.</p> <p>Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial Yamid Gabriel Lozano Torres</p> <p>Dirección de Planeación Sectorial Sandra Janet Gómez Gómez</p>	<p>Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial</p> <p>Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud Alejandra Agudelo Satizabal</p> <p>Dirección de Infraestructura y Tecnología Javier Alonso Alvarado López David Leonardo López Suescun Cristian Darío Suarez Bohórquez</p>	<p>Subsecretaria de Salud Pública</p> <p>Diane Moyano Romero Ana Sofía Alonso Romero Diana Sofía Ríos Oliveros Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga Marcela Martínez Contreras Juan de Jesús Patiño González Andrea Yiset López Hernández Juan Carlos Cocomá Parra Luz Mery Vargas Gómez Yazmin Adriana Puerto Mojica Claudia Inés Aguillón Mayorga Manuel Sebastián Pachón Torres Libia Janet Ramírez Garzón Rodrigo Lopera Isaza Antonio Rodríguez Gómez</p>

Luis Alejandro Diaz Amaya
Lucia Azucena Forero Rojas
Luis Fernando Mahecha Castillo

Equipo ASIS
Lilian Maritza Núñez Forero
Coordinadora SDS Equipo ASIS

Jenny Marcela Pinilla Espejo
Adriana Aminta Vásquez Rojas

Henry Alejo Alejo
Johanna Cortés Romero
Gina Paola Rangel Medina

Tabla de contenido

<i>Siglas y Acrónimos</i>	5
<i>Listado de Ilustraciones</i>	7
<i>Listado de Tablas</i>	8
<i>Listado de Mapas</i>	9
1. Introducción	10
2. Proceso participativo y lineamientos metodológicos para la formulación del Plan Territorial de Salud	12
3. Referentes estratégicos para la formulación del Plan Territorial de Salud	16
3.1 Referentes conceptuales y técnicos	16
3.2 Referentes Normativos	22
4. Análisis de Situación de Salud en el Territorio	25
4.1 Configuración del Territorio	25
4.1.1 Localización y accesibilidad geográfica	25
4.1.2 Accesibilidad geográfica	26
4.1.3 Riesgos a los que está expuesto Bogotá	28
4.2 Contexto poblacional y demográfico	32
4.2.1 Población y estructura demográfica	32
4.2.2 Distribución según área geográfica y territorios	34
4.2.3 Poblaciones diferenciales y en condición de vulnerabilidad	35
4.3 Oferta de servicios en salud en Bogotá	53
4.4 Determinantes Sociales y Ambientales	59
4.4.1 Pobreza	59
4.4.2 Procesos económicos	59
4.4.3 Educación	61
4.4.4 Cultura	61
4.4.5 Servicios públicos	61
4.4.6 Desarrollo Urbano, Vivienda y habitabilidad	62
4.4.7 Movilidad	64
4.4.8 Seguridad Alimentaria	64
4.4.9 Calidad del aire	65
4.4.10 Vectores (insectos y roedores)	65
4.5 Morbilidad y Mortalidad	66
4.5.1 Morbilidad	66
4.5.2 Mortalidad	70
4.5.3 Indicadores priorizados	79
4.6 Gobierno y gobernanza de la salud pública	96

4.6.1	Autoridad sanitaria	97
4.6.2	Participación en Salud	103
4.6.3	Gestión del Conocimiento para la salud y soberanía sanitaria	104
4.6.4	Personal de salud	106
5	<i>Priorización de Problemas y Necesidades Sociales y en Salud</i>	107
5.1	Problemáticas relacionadas con la salud mental	108
5.2	Problemáticas relacionadas con las condiciones crónicas no transmisibles	108
5.3	Problemáticas relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional	109
5.4	Problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.	110
5.5	Priorización de enfermedades Transmisibles.	111
6	<i>Componente Estratégico y de Inversión Plurianual</i>	112
6.1	Plataforma Estratégica	112
6.1.1	Misión	112
6.1.2	Visión	113
6.1.3	Objetivos Estratégicos (Desafíos Priorizados)	113
6.2	Atención Primaria Social	113
6.3	Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar	114
6.3.3	Atributos del Modelo	124
6.4	Articulación del PTS con los lineamientos emitidos por el MSPS	125
6.4.1	Modelo de Salud Preventivo y Predictivo	125
6.4.2	Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	126
6.5	Resultados esperados del PTS por eje estratégico del PDSP	133
6.5.1	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	134
6.5.2	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones	144
6.5.3	Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	149
6.5.4	Eje 4. Atención Primaria en Salud	165
6.5.5	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	172
6.5.6	Eje 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria	178
6.5.7	Eje 7. Personal en salud	162
6.6	Articulación del Plan Distrital de Desarrollo con el Plan Territorial de Salud	164
6.6.1	Objetivo 1. Bogotá se siente segura	164
6.6.2	Objetivo 2. Bogotá confía en su bien-estar	165
6.6.3	Objetivo 3. Bogotá confía en su potencial	173
6.6.4	Objetivo 4. Bogotá ordena su territorio y avanza en su acción climática	174
6.6.5	Objetivo 5. Bogotá confía en su gobierno	176
6.7	Plan Plurianual de Inversiones (2024-2027)	177
7	<i>Bibliografía</i>	181
8	<i>Anexos</i>	184

Siglas y Acrónimos

APS: Atención Primaria en Salud
ARL: Administradoras de Riesgos Laborales
ASIS: Análisis de Situación de Salud
BDUA: Base de Datos Única de Afiliados
CDEIS: Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud
CTI: Ciencia, Tecnología e Innovación
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ERC: Equipo de Respuesta Complementaria
EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ERI: Equipo de Respuesta Inmediata
GSP: Gestión de la Salud Pública
GTA: Grupo Técnico Asesor de las Américas
HABS: Habitantes
JAL: Junta Administradora Local
IDCBIS: Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud
IPM: Índice de Pobreza Multidimensional
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IUV: Índice de Radiación Solar Ultravioleta
IVS: Inspección, Vigilancia y Seguimiento
MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
NV: Nacidos Vivos
ODEB: Observatorio de Desarrollo Económico de Bogotá
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PDD: Plan Distrital de Desarrollo 2024-2028 “Bogotá Camina Segura”
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031
PPL: Personas Privadas de la Libertad
PSPIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
POT: Plan de Ordenamiento Territorial
PTS: Plan Territorial de Salud
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
SEM: Sistema de Emergencias Médicas
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDICU: Sistema Distrital de Cuidado
SIVISTRA: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de la Secretaría de Salud de Bogotá

UPL: Unidades de planeamiento local
TES: Tecnologías Estratégicas en Salud
TIPS: Territorios de Innovación y Participación en Salud
VCA: Víctimas del Conflicto Armado
VDPV: Poliovirus derivado de vacuna
VSP: Vigilancia en Salud Pública

Listado de Ilustraciones

Ilustración 1 Encuentro distrital sectorial PDD 2024 -2028 y Modelo Territorial de Salud – 4 de Abril de 2024	14
Ilustración 2 Firma memorando de entendimiento – 8 de Abril de 2024	15
Ilustración 3 Objetivos de Desarrollo Sostenible	17
Ilustración 4 Pirámide poblacional para Bogotá, 2018, 2020 y 2023.....	32
Ilustración 5 Población VCA por grupos quincenales y sexo de Bogotá privaciones por indicador de Población VCA.....	39
Ilustración 6 Privaciones para personas en condición de discapacidad.....	41
Ilustración 7 Privaciones para personas migrantes	42
Ilustración 8 Distribución de la población migrante venezolana en Bogotá.....	43
Ilustración 9 Distribución de nacimientos de población extranjera en Bogotá, 2017 – 2023	44
Ilustración 10 Distribución de la mortalidad de población extranjera en Bogotá, 2017 – 2022	44
Ilustración 11 Privaciones por indicador con enfoque de género	48
Ilustración 12 Distribución de los habitantes de calle notificados/atendidos por sexo según momento del curso de vida. Bogotá D. C., 2018 a 2023	50
Ilustración 13 Distribución de individuos atendidos según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023.....	69
Ilustración 14 Casos y tasa de intento de suicidio 2012-2023* en Bogotá	81
Ilustración 15 Casos y tasas de muerte por suicidio 2012-2023* en Bogotá, D.C.	82
Ilustración 16 Casos notificados y tasa por 100 mil habitantes de violencia familiar, 2013-2023 Privaciones por indicador con enfoque de género	82
Ilustración 17 Frecuencia de individuos con Afectaciones en la Salud Mental según Tipo, Bogotá, 2022	83
Ilustración 18 Cobertura de servicios especializados en salud mental a personas con diagnósticos establecidos de trastornos en la salud mental	84
Ilustración 19 Riesgo de Desnutrición Aguda en Menores de 5 años, P//T SISVAN, 2013- 2023.....	85
Ilustración 20 Malnutrición en población entre 5 y 17 años, IMC//E SISVAN DC. 2020 - 2023	85
Ilustración 21 Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en Bogotá D.C. (30 a 70 años). Serie años 2015 a 2023 *	87
Ilustración 22 Comparativa Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023*	89
Ilustración 23 Comparativa Tendencia de la Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023*	90
Ilustración 24 Coberturas de vacunación en niños y niñas menores de 6 años. Bogotá. 2014 a 2023.....	94
Ilustración 25 Integración del sector público de salud en el Distrito Capital (Acuerdo 641 de 2016)	98
Ilustración 26 Propósitos y Ejes Estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	127

Ilustración 27 Plan plurianual de inversiones en salud, 2024 – 2027.....	179
--	-----

Listado de Tablas

Tabla 1 Número y Proporción de la población por grupo de edad en Bogotá, 2010, 2015, 2020 Y 2023	33
Tabla 2 Eventos de interés en salud pública en población extranjera, Bogotá, 2023	45
Tabla 3 Distribución de notificaciones a SIVIGILA de población habitante de calle por año. Bogotá D. C., 2018 a 2023.....	51
Tabla 4 Población privada de la libertad en Bogotá por establecimiento carcelario y afiliación a la seguridad social en salud a agosto 31 de 2023.....	52
Tabla 5 Número de internos en la cárcel distrital y anexo de mujeres	53
Tabla 6 Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica, - diciembre 31 de 2023	54
Tabla 7 Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., por localidad, a diciembre 31 de 2023	54
Tabla 8 Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C., según prestador y grupo de servicios y naturaleza jurídica, a diciembre 31 de 2023	55
Tabla 9 Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en Bogotá D.C., a diciembre 31 de 2023.....	56
Tabla 10 Indicadores comparativos de capacidad instalada	57
Tabla 11 Grandes causas de morbilidad atendida, tendencia en proporción de atenciones por grandes causas de Morbilidad atendida, Bogotá, 2009-2023 y semaforización de diferencia de proporciones según sexo 2023.....	66
Tabla 12 Tasa de Individuos atendidos según causa y grupo de edad.....	70
Tabla 13 Comportamiento de indicadores priorizados*	79
Tabla 14 Comportamiento tasa de incidencia (casos por 100.000 habitantes) principales eventos transmisibles 2015-2023. Bogotá	95
Tabla 15 Seguimiento de transacciones NO asignadas.....	100
Tabla 16 Estado de la afiliación a la seguridad social en salud en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023.....	102
Tabla 17 Afiliados a la Seguridad social en salud por procedencia en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023.....	103
Tabla 18 Pilares y componentes de Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud	126
Tabla 19 Metas trazadoras del PTS	134
Tabla 20 Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2024-2027	178
Tabla 21 Marco de Gasto de Mediano Plazo – Anualizado.....	180

Listado de Mapas

Mapa 1 División política administrativa * UPL, comparativa con División por localidades, Bogotá 2021	26
Mapa 2 Tiempo de desplazamiento al trabajo año 2021 Bogotá.....	28
Mapa 3 Grado de susceptibilidad o de incapacidad de un sistema para afrontar los efectos adversos del cambio climático, Bogotá, D.C.....	30
Mapa 4 Vulnerabilidad por Asentamiento - Territorialización del Riesgo	31
Mapa 5 Densidad poblacional por localidad de residencia (habitantes por Km ²). Bogotá. 2023	34

1. Introducción

La Alcaldía Mayor de Bogotá está comprometida con la salud de todos los habitantes de la ciudad, entendida desde su concepto más amplio de bienestar físico, mental y social¹. Así mismo, es consciente del deber del Estado de garantizar este derecho fundamental, sin discriminación alguna y en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad.

Consecuentes con lo anterior, la administración eleva a la salud pública al más alto nivel de la política al incluir el Plan Territorial de Salud (PTS) como parte integral del Plan Distrital de Desarrollo (PDD) 2024-2028 “BOGOTÁ CAMINA SEGURA”. El PTS es el instrumento estratégico y operativo que incorpora los elementos orientadores que guiarán el nuevo modelo de salud, y establece los objetivos, metas, estrategias y recursos que invertirá la ciudad para mejorar el bienestar y calidad de vida de las familias y comunidades de Bogotá en los próximos cuatro años. Específicamente busca una prestación de servicios más resolutive, soportada en la atención primaria, que incida en la reducción de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables, así como su impacto en los años perdidos y saludables; garantizar el goce efectivo de un ambiente sano y la salud ambiental, y disminuir las inequidades sanitarias y prestacionales, porque Bogotá debe ser la misma para toda su gente.

Alcanzar estas metas requiere del compromiso de todos los sectores y actores de la ciudad: el sector salud, público y privado, que promueve la salud y el bienestar, previene, diagnóstica, atiende y trata las enfermedades y afecciones; los demás sectores, que inciden en factores que tienen efectos directos en la salud, como la movilidad, la educación, la calidad del aire y del agua, la seguridad y la comunidad, son corresponsables por su papel en promover un entorno saludable y en proveer una red de apoyo para cuidadores y autocuidado. Por ello, este documento se constituye como una hoja de ruta para guiar la gestión de la ciudad en materia de salud.

El PTS se construyó de manera participativa, soportado en la priorización realizada a partir del análisis de la situación de salud (ASIS) de Bogotá, y en referentes estratégicos, los cuales le dan el fundamento teórico, metodológico y normativo. El PTS responde no solo a las necesidades de la población, a las particularidades de los territorios en la ciudad, a los compromisos adquiridos en el programa de gobierno y en las diferentes políticas públicas vigentes, sino que además hace posible visibilizar los aportes del Distrito al cumplimiento de las metas de Estado y de país, particularmente las de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 y el Plan Nacional de Desarrollo (PND).

En concordancia con lo expuesto, este documento incluye cinco capítulos. El primero de ellos hace referencia al proceso metodológico y participativo adelantado

¹ Tal como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS)

para formular el Plan Territorial de Salud; el segundo, a referentes estratégicos, técnicos, conceptuales y normativos, bajo los que se enmarca el accionar de la administración; el tercero analiza la situación de salud de la ciudad; el cuarto contiene los elementos orientadores que guiarán el nuevo modelo de salud de Bogotá en los próximos cuatro años; el quinto contiene el marco estratégico y el plan plurianual de inversiones.

El último capítulo se desarrolla de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 100 de 2024, por lo tanto, el marco estratégico incluye dos secciones. La primera, relacionada con las orientaciones del gobierno Nacional (modelo preventivo y predictivo y el PDSP 2022-2031). La segunda contiene los problemas y necesidades sociales en salud priorizados por Bogotá, indicando las transformaciones esperadas y la visión de salud a diez años, así como la cadena de valor, los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las estrategias, indicadores y metas previstas para el período de gobierno.

Por su parte, el componente de inversiones incorpora los programas, subprogramas y proyectos, así como la proyección de recursos para el cuatrienio y por anualidad, con las respectivas fuentes de recursos y responsables.

2. Proceso participativo y lineamientos metodológicos para la formulación del Plan Territorial de Salud

El Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá camina segura” 2024-2028 se convierte en una hoja de ruta, una guía colmada de acciones y proyectos que nos llevarán a transformar a Bogotá en un lugar más igualitario, sostenible y lleno de bienestar para todos y todas, enmarcados en la construcción de confianza y aprovechando el potencial de la sociedad y su territorio. Alcanzar esta apuesta implica para todos los sectores pensarse y proyectar sus quehaceres desde la integralidad, armonizando los instrumentos de planeación sectoriales con los distritales. Es así como en el marco de la formulación del Plan Territorial de Salud la Secretaría Distrital de Salud inició un ejercicio de identificación, relacionamiento y abordaje en torno a los componentes y orientaciones centrales de la propuesta del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2028².

Bajo esta perspectiva, y con el fin de garantizar que la voz de la ciudadanía fuese incluida en este proceso de planeación, la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía a través de su Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, en coordinación con diferentes actores de la entidad (Salud Pública, IDCBIS y Planeación Sectorial- Gestión del Conocimiento) y del sector (Capital Salud, Subredes Integradas de Servicios de Salud), desarrolló acciones durante la segunda fase de construcción del Plan de Desarrollo, denominado “Aspiraciones comunes”, donde se abordaron los cinco (5) objetivos propuestos en el Plan de Desarrollo Distrital – PDD, centrando la atención en el Objetivo 2 “Bogotá confía en su bien-estar” y generando aportes para la construcción del Modelo de Atención en Salud para Bogotá MAS Bienestar “+Bien-estar”.

El ejercicio se desarrolló en diferentes escenarios:

1. Escenarios territoriales

Espacios orientados a impulsar la participación de la ciudadanía a través del registro de sus propuestas en el aplicativo “CHATICO” dispuesto por la Alcaldía Mayor para establecer un canal y facilitar la comunicación con los ciudadanos. En el proceso la Secretaría Distrital de Planeación implementó la estrategia de

² Tal como lo establece la Resolución 2367 de 2023, el Distrito Capital siguió los lineamientos del MSPS para la formulación del Plan Territorial de Salud: durante 2023 se avanzó en la fase de alistamiento institucional, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1536 de 2015, y en 2024 se elaboró este documento partiendo del ASIS participativo y desarrollando los contenidos definidos en la Resolución 100 de 2024. Es importante anotar que, para la priorización de la problemática y necesidades sociales en salud, además de los criterios establecidos en la normativa (magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia y capacidad de intervención), se consideraron los compromisos del programa de gobierno, el diagnóstico del plan de desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, las políticas públicas distritales y nacionales, la normatividad vigente, las inflexibilidades presupuestales y los resultados del proceso participativo.

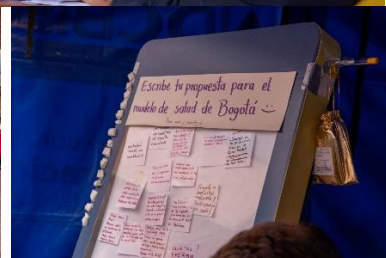
padrinazgos, asignando al sector salud la localidad de Rafael Uribe Uribe, territorio en el que se desarrollaron cinco (5) acciones de carácter mixto (espacios públicos y cerrados) en los que, por medio de ejercicios tipo feria de servicios y mesas de trabajo, se contextualizó sobre el sentido del PDD con sus cinco (5) objetivos y se motivó a presentar propuestas a través de “CHATICO”. Entre los resultados obtenidos se resalta la sensibilización a la comunidad de donde se recibieron 216 propuestas de los ciudadanos vinculados en jornadas implementadas en colegios, parques, casa LGBTIQ+, y Alcaldía Local.

2. Encuentro distrital sectorial

Esta actividad realizada el 4 de abril contó con la participación de 372 personas, de las cuales 266 corresponden a comunidad y 106 eran servidores públicos. En este encuentro el Secretario de Salud escuchó las voces, expectativas y propuestas de los representantes de diferentes colectivos y poblaciones, como las asociaciones de pacientes de alto costo, pacientes con enfermedad renal crónica o enfermedades huérfanas, asociaciones de usuarios de servicios de salud, Comités de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS, veedurías ciudadanas, comunidad afro, pueblo indígena, pueblo Rom, comunidad LGBTIQ+, personas que habitan en la ruralidad de Bogotá, organizaciones centradas en la mujer, género, discapacidad y población migrante, y comunidad en general. Estos representantes aportaron para la construcción tanto del plan PDD como del Modelo de Atención en Salud para Bogotá 2024-2028. Esta información recopilada en estos espacios que se convirtió en insumo de alto valor para la construcción del Plan Territorial de Salud.

Estos espacios de encuentro y diálogo entre la administración distrital y la ciudadanía materializan la gobernanza, facilitando la discusión y análisis en torno al Bien – estar e igualdad de oportunidades en el marco de la confianza, el respeto y la libertad como base fundamental para la construcción de un modelo de salud basado en la Atención Primaria Social.

Ilustración 1 Encuentro distrital sectorial PDD 2024 -2028 y Modelo Territorial de Salud – 4 de Abril de 2024



Fuente: Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad - 2024

La formulación del Plan Territorial de Salud involucró otros actores clave como la academia, vinculada a través de mesas técnicas que definieron líneas de trabajo en el marco del nuevo modelo de salud. Dentro los espacios realizados se pueden mencionar encuentros con decanos de medicina de la Asociación Colombiana de Facultades y con diversas facultades de la Universidad Nacional de Colombia.

Algunas EAPB, IPS y otros actores estratégicos como la Personería Distrital, las facultades de medicina de las Universidades de la Sabana, Los Andes, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Fundación Universitaria Sanitas y El Bosque, se vincularon a través de un acto protocolar de adhesión al Memorando de entendimiento cuyo objetivo es "trabajar conjuntamente en la construcción e implementación del Modelo de Atención de Ciudad con enfoque en la Atención Primaria Social, que implemente un esquema basado en el Aseguramiento y la Prestación de servicios efectivos y con resultados en salud, construido mediante la participación sectorial, intersectorial y ciudadana, que responda a las necesidades de la ciudadanía y el territorio".

Ilustración 2 Firma memorando de entendimiento – 8 de Abril de 2024



Fuente: Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad – 2024

3. Referentes estratégicos para la formulación del Plan Territorial de Salud

Además del proceso participativo, se tuvieron en cuenta diferentes referentes conceptuales³, técnicos⁴ y normativos para la formulación del PTS los cuales se consideran estratégicos porque cumplen por lo menos uno de los siguientes criterios: i) incorporan elementos trazadores que orientan la planeación territorial en salud, ii) tienen importancia conceptual en temas relacionados con la salud, la población, el territorio, los enfoques, la participación y los principios del PDSP, iii) permiten dar continuidad a las políticas distritales, iv) contribuyen a cumplir con las metas nacionales y de Estado y v) aportan al logro de la misión de la Entidad en Salud⁵.

3.1 Referentes conceptuales y técnicos

En esta sección se describen los referentes conceptuales y técnicos más estratégicos para la formulación del PTS y se señala su principal contribución o aspecto considerado. En su mayoría, estos documentos proporcionan fundamentación teórica, aseguran coherencia en las acciones gubernamentales y constituyen compromisos de Estado, país o distrito frente al bienestar de la población.

Programa de Gobierno “BOGOTÁ CAMINA SEGURA”. Este referente es esencial para la formulación del PTS, dado que constituye el compromiso del alcalde con los habitantes de la Ciudad, lo cual hace que sea de total aplicación en el territorio. En términos generales, sus estrategias están encaminadas a fortalecer: i) las capacidades básicas en salud pública y la atención primaria desde una perspectiva de determinantes sociales, mediante un trabajo intersectorial y transectorial integral hacia el bienestar de la población, de acuerdo con las particularidades territoriales y poblacionales del Distrito Capital, buscando reducir riesgos y vulnerabilidades; ii) la gestión del conocimiento y las capacidades en salud pública para tomar decisiones, atender la situación de salud e identificar riesgos y controles para que no se materialicen. Esto incluye redes con universidades y asociaciones científicas, sistemas de información robustos que permitan acceder a información completa, valiosa y de calidad, semilleros de investigación



conformados por estudiantes, profesionales, líderes comunitarios, especialistas y personalidades que aporten al crecimiento de nuevos procesos en salud, y uso de

³ Soportan los conceptos y definiciones considerados en el PTS.

⁴ Contienen disposiciones de Estado, nación o distritales que orientan/rigen la planeación territorial en salud.

⁵ La Administración Distrital en salud, en términos de salud tiene como misión “Garantizar el derecho a la salud, a través del modelo de atención integral incluyente, con enfoques poblacional diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo, que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la ciudad región de Bogotá.”

tecnologías avanzadas para caracterizar la problemática poblacional, epidemiológica; iii) la red de prestación de servicios, buscando que el usuario en el momento de una contingencia en salud reciba asistencia médica oportuna, efectiva, sin menosprecio de la persona, abarcando a la totalidad de la población de la ciudad, y asegurando mayor proximidad, respuestas integrales y resolutivas a las necesidades ciudadanas en materia de salud; iv) la seguridad sanitaria con estrategias de prevención, preparación y respuestas a emergencias; la innovación y la producción de vacunas, y v) el talento humano, a través de la cualificación y dignificación. Así mismo, las estrategias buscan mejorar y ampliar en todo el territorio programas de promoción, prevención y atención en salud mental, con enfoque diferencial y poblacional, acciones individuales y colectivas, y mediante la atención y seguimiento de patologías de base, con controles periódicos que permitan al usuario asistencia efectiva y oportuna, mejorar su calidad de vida y reducir los porcentajes de homicidio.

Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS. Se trata de desafíos a 2030 en materia pobreza, desigualdad, clima, degradación ambiental, prosperidad, paz y justicia, los cuales se concretan a través de 17 objetivos (Ver ilustración 3) y 169 metas aprobadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁶. Además de ser un compromiso de Estado, tiene el propósito de lograr sociedades más equitativas, saludables y sostenibles, fin que coincide con el efecto esperado del Plan Territorial de Salud de Bogotá 2024-2028 y que se evidencia en el componente estratégico.

Ilustración 3 Objetivos de Desarrollo Sostenible



Fuente: Naciones Unidas s.f., tomado de: (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>, s/f)

⁶ Para implementar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 193 países, entre ellos Colombia, firmaron la Agenda 2030. En desarrollo de esta, el gobierno nacional expidió el Conpes 3918 de 2018, en donde, entre otras, se definieron las metas de país y las estrategias para alcanzarlas.

Indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) relacionados con los sistemas de salud.⁷ Estos indicadores resultan importantes para el Distrito Capital, y en especial, para este Plan Territorial de



Salud, porque permiten que la Ciudad se compare, en un contexto global, con las mejores prácticas mundiales. Cabe anotar que la Organización cuenta con indicadores relacionados con la pandemia, el estado de salud, los factores de riesgos, el acceso y calidad

de los servicios, y la capacidad y los recursos del sistema; los cuales inciden en la productividad laboral, la carga de la enfermedad y la calidad de vida de la población y, por lo tanto, en el desarrollo económico, objeto de su misionalidad.

Política de Atención Integral en Salud (PAIS)⁸. Este referente no solo es importante porque "...regula las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud hacia la generación de las mejores condiciones de la salud..."⁹, sino porque el artículo 2.11.3 del Decreto 780 de 2016 establece que el Plan Territorial de Salud debe implementarse en correspondencia y armonía con esta política, y de manera articulada y coordinada con todos los actores responsables de la salud y sus determinantes.

Modelo nacional integral de atención en salud. La relevancia de este modelo está en que permite operacionalizar la Política de Atención Integral en Salud. Este se centra en el cuidado de las personas, familias y comunidades con enfoque diferencial y poblacional, abordando los determinantes sociales y las prioridades en salud de la población de manera integral, integrada y continua.¹⁰ Este modelo

⁷ Con la expedición de la Ley 1950 de 2019 se aprobó la adhesión de Colombia a las convenciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico suscritas en 1960 y 2018, lo cual es importante, porque, además de permitir el acceso a las mejores prácticas mundiales y promover la cooperación en políticas y experiencias que benefician el desarrollo sostenible, incentiva la inversión en el país, dada la connotación de estabilidad económica a la cual se asocia a los miembros.

⁸ Esta política surge de reconocer que la salud, además de factores biológicos, está determinada por condiciones ambientales, sociales y económicas; lo cual significa que mejorar la salud implica trabajar en las condiciones de vida de la población y en la reducción de las disparidades. De allí, que el objetivo de la política sea generar condiciones de atención en salud, para garantizar "la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria por parte de los agentes del Sistema de Salud, así como la gestión intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud" (Artículo 2.11.4. Decreto 780 de 2016).

⁹ Política de Atención Integral en Salud. MSPS. 2016.

¹⁰ El Modelo Integral de Atención en Salud se define en el Dec.1599 de 2022, plantea: La identificación y análisis de los contextos de vulnerabilidad y salud de las personas, familia y comunidad y la definición de los grupos de riesgo. Las rutas integrales de atención, para los problemas de salud pública priorizados. El rol de las entidades territoriales. El rol de las entidades promotoras de salud. La organización en redes integrales e integradas de prestadores y proveedores para la oferta integral y adaptada para la atención en salud. Sistemas de incentivos y Sistemas de

contempla: i) la identificación y análisis de los contextos de vulnerabilidad y salud, y definición de los grupos de riesgo, ii) la implementación de rutas integrales de atención contempladas en la normatividad vigente, para abordar los problemas de salud pública priorizados, iii) la asignación de roles a las entidades territoriales y a las entidades promotoras de salud, iv) la organización en redes integrales e integradas de prestadores y proveedores para la oferta integral y adaptada para la atención en salud y v) la definición de sistemas de incentivos y de sistemas de información interoperables (Decreto 780 de 2016 Artículo 2.11.6).

Modelo Preventivo y Predictivo. A través de este referente se espera garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud sin barreras, mediante la implementación efectiva de la estrategia de atención primaria social – APS, orientando la respuesta desde el sector salud y los otros sectores, mediante una construcción colectiva de base territorial, cuyo accionar se centra en las personas, las familias y las comunidades. Esto implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de la APS tales como: primer contacto a través de equipos básicos de salud y centros de atención primaria; abordaje familiar y comunitario; atención integral, integrada y continua; énfasis en la promoción y prevención; participación social incidente y decisoria; interculturalidad y transectorialidad.

Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Este referente estratégico, además de aportar elementos conceptuales y técnicos, se constituye en uno de los



instrumentos orientadores del Plan Territorial de Salud dado que es la hoja de ruta que el país se fijó para gestionar los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades de la salud en los próximos diez años. Fue adoptado mediante la Resolución 1035 de 2022 y su modificación en la Resolución 2367

de 2023, en las cuales se establece que su implementación y ejecución está a cargo de “los agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Protección Social, con énfasis en las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en coordinación con los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud, quienes concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado Plan de acuerdo con la normatividad vigente, las competencias, y las características y particularidades del territorio y la población”. Dada su importancia, en la parte programática se dedicará una sección exclusiva para hacer referencia a sus objetivos, resultados esperados, ejes, metas y estrategias.

información interoperables. Parágrafo: debe ser diferencial, adaptado a las condiciones y particularidades poblacionales reconociendo la intersección entre la cultura, el género, la diversidad, la etnia, sus condiciones socioeconómicas, así como los territorios donde habitan, como ámbitos rurales dispersos, rurales y urbanos

Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, Colombia Potencia mundial de la vida¹¹. El Plan Nacional de Desarrollo define el modelo que guiará al país durante los próximos cuatro años y establece las metas y programas que se prevé alcanzar en dicho período. De esta manera, constituye un referente estratégico, no solo porque como Ciudad debemos contribuir con el logro de sus metas, sino porque es importante para la Alcaldía conocer aquellos programas a los cuales Bogotá puede acceder para cofinanciar proyectos que permitan afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud.



Plan de Ordenamiento Territorial (POT) Bogotá Reverdece 2022-2035¹². Este instrumento en Bogotá es importante porque además de definir el modelo de ocupación de la ciudad, lo cual constituye un determinante social de la salud, al incorporar los ODS, establece bases para que el Distrito sea más equitativo y sostenible: incluye vivienda digna, movilidad sostenible, espacios públicos inclusivos y compromiso con la sostenibilidad ambiental. Así mismo, al integrar la salud como parte del Sistema del Cuidado y de Servicios Sociales, promueve acciones individuales y colectivas, con un enfoque social y resolutivo en las Unidades de Planeamiento Local UPL más vulnerables, especialmente en zonas periféricas de la ciudad; y actuaciones integrales del público y privado, para el equilibrio y la sostenibilidad de servicios en el modelo de ordenamiento del territorio en la “Ciudad de los 30 minutos”. El ordenamiento territorial incorpora un enfoque de cuidado, con el fin de lograr un territorio más solidario y cuidador, mediante la reducción de desequilibrios y desigualdades.



Análisis de Situación de Salud Participativo (ASIS). Este insumo permite contar con una lectura de la comprensión del proceso salud – enfermedad en el Distrito Capital, donde confluyen las formas de reproducción y consumo, así como las condiciones y modos de vida de las personas que se relacionan en el territorio. Resulta importante para el PTS dado que permite identificar las necesidades y

¹¹ Este instrumento incluye las acciones, medios y recursos que se ejecutarán durante el período de gobierno del actual presidente para promover el desarrollo del país. Se aprobó con la Ley 2294 de 2023 y su objetivo general es que el país sea líder de la protección de la vida, a partir de la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio en el relacionamiento con el ambiente y una transformación productiva sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza.

¹² Es el instrumento de planificación del territorio definido por la Ley 388 de 1997, que con una visión de largo plazo (12 años) encamina las acciones y actuaciones hacia donde debe crecer y consolidarse la entidad territorial, según su vocación. En el caso de Bogotá, la visión es que la Ciudad se consolide como una ciudad recuperada, reactivada y reverdecida, en términos de productividad, inclusión, espacio público, ambiente, transporte, mujer, integración y sostenibilidad; gracias a la implementación del modelo de ocupación del territorio.

prioridades en salud, así como definir las intervenciones a adelantar para superarlas (Organización Panamericana de la salud, 1999). En otras palabras, constituye el elemento orientador de las acciones que se van a desarrollar en el territorio, siendo el punto de partida del componente estratégico del Plan Territorial de Salud que se desarrolla en el capítulo IV.

Políticas públicas. En el marco del ecosistema de las políticas públicas, la ciudad de Bogotá cuenta con 41 políticas públicas aprobadas mediante la implementación de los lineamientos distritales, abordando los principales problemas públicos de la ciudad. En este contexto, el sector salud desde su competencia y el compromiso adquirido con la ciudadanía participa en 34 políticas públicas con la responsabilidad de implementación de 204 productos, desarrollando diferentes temáticas entre las que se destacan la salud pública, el aseguramiento en salud y la participación ciudadana.

En este sentido, los compromisos adquiridos de manera conjunta con otros sectores están enmarcados en las necesidades en salud de la ciudad y los compromisos de la actual administración a partir lo eventos priorizados por el Modelo de Atención en Salud de Bogotá + MAS Bienestar. Para tal fin se participa en la implementación de políticas como seguridad alimentaria y nutricional; primera infancia e infancia-adolescencia; juventud; actividades sexuales pagadas; entre otras.

Así mismo reconociendo la importancia de la salud mental en la vida de las personas y para el desarrollo de Bogotá, La Secretaría Distrital de Salud lideró la formulación de la Política Pública Distrital de Salud Mental 2023-2032, a partir de una construcción conjunta con la academia, la ciudadanía, actores públicos, privados y el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental. Esta política busca propender por condiciones que favorezcan el cuidado de la salud mental. Bajo este marco, la política fue adoptada mediante el CONPES 34 de 2023, siendo así la primera política liderada por el sector salud en el marco de la metodología Conpes en la que se definieron 26 productos intersectoriales.

Actualmente, en el marco de la formulación del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2028 “Bogotá Camina Segura”, la política de Salud Mental aporta al objetivo estratégico “Bogotá confía en su bienestar” a través del programa “Salud pública integrada e integral”, destacando así el desarrollo de estrategias de promoción de la salud mental, tales como el bienestar emocional, atención a problemas psicosociales y trastornos mentales, entre otros, contribuyendo a la prevención de eventos como la conducta suicida, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual¹³.

¹³ Las Políticas Publicas Distritales con sus respectivos planes de acción pueden ser consultadas en el siguiente enlace de la Secretaría Distrital de Planeación: <https://www.sdp.gov.co/gestion-socioeconomica/conpes-dc/politicas-publicas>.

3.2 Referentes Normativos

La importancia de tener en cuenta el marco normativo (internacional, nacional y distrital) para la formulación del PTS es que, además de asegurar la coherencia jurídica, hace posible que las estrategias definidas se enmarquen en las competencias y responsabilidades del Distrito. Así mismo, facilita la identificación de intervenciones cuya financiación es prioritaria, dado el carácter vinculante de las normas asociadas, y posibilita el acceso a recursos de cooperación y del orden nacional a través de la armonización de los desafíos globales y locales.

En el anexo 1 se presentan, agrupados por temáticas y jerarquía normativa, las principales normas consideradas para la formulación del PTS. Al respecto, es importante anotar que se encuentran clasificadas en las siguientes temáticas, aunque algunas de guardan relación con varias de ellas:

- **Derechos Humanos.** Se busca asegurar que las políticas y acciones del plan respeten y promuevan una sociedad más justa, inclusiva y equitativa, donde todos los individuos tengan la oportunidad de desarrollarse plenamente y vivir con dignidad.
- **Gobernabilidad y gobernanza en la salud pública.** Para garantizar el cumplimiento de las competencias y el acatamiento de las normas orientadas a fortalecer la autoridad sanitaria, y a avanzar hacia respuestas integrales, sectoriales, intersectoriales y transectoriales, con efectividad, oportunidad y ajustadas a las necesidades y problemáticas de salud de los habitantes de Bogotá.
- **Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, género-diversidades, condiciones y situaciones.** Se trata de disposiciones cuyo objetivo es asegurar que nacionales y extranjeros, independiente de su situación y condición, ejerzan su derecho a la salud, sin discriminación y en condiciones de igualdad, adaptando diferenciadas.
- **Determinantes Sociales de la Salud.** Estas medidas buscan mejorar las condiciones sanitarias y el bienestar de la población, haciendo énfasis en la promoción y prevención de la salud. En este sentido, se trata de normas con efectos importantes sobre la salud y sus desigualdades o que contribuyen a que las respuestas que se den a la ciudadanía en función de su bienestar sean integrales, independiente del sector para el cual hayan sido dispuestas.

De otra parte, se incluyen normas con pautas o guías para prevenir, detectar, controlar y dar respuesta a eventos de salud pública, tales como:

- o Las enfermedades crónicas, especialmente el cáncer, así como aquellas asociadas con el tabaco y la obesidad. Estas no solo constituyen la carga de enfermedad más significativa en la Ciudad, sino

que también guardan una estrecha relación con el bienestar y la calidad de vida de quienes las padecen, sus familias y cuidadores.

- El consumo de sustancias psicoactivas, dado que la adicción y dependencia no solo afectan la salud física, incluyendo órganos, desarrollo cognitivo y funcionamiento cardiovascular, sino que también generan trastornos mentales, inciden en la desintegración y violencia intrafamiliar, impactan la convivencia y las relaciones sociales, disminuyen la productividad e incluso pueden llevar a la muerte como, por ejemplo, el suicidio.
 - Enfermedades asociadas con la nutrición, reconociendo el derecho de los ciudadanos a una alimentación adecuada, la necesidad de entornos alimentarios saludables y la promoción de hábitos alimentarios mejorados mediante la facilitación de información para la toma de decisiones sobre la nutrición adecuada y la prevención de enfermedades no transmisibles.
 - Enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el VIH, en cumplimiento de las disposiciones del MSPS.
 - Enfermedades y condiciones asociadas al envejecimiento de la población
- **Atención Primaria en Salud (APS).** Estas normas buscan garantizar el derecho de las personas a una atención integral en salud de calidad que incluya la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, atendiendo a los principios y retos que enfrenta el SGSSS, para abordar las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y comunidades, con énfasis en mejores condiciones y calidad de vida de la población.¹⁴
 - **Atención Primaria Social:** Estrategia intersectorial para la identificación, intervención y mitigación del riesgo social en el marco de los determinantes sociales
 - **Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias.** Impulsa la creación de entornos saludables, edifica comunidades más resilientes y contribuye a salvaguardar la salud y el bienestar de la población en situaciones de emergencias derivadas de desastres o de la concreción de riesgos como el cambio climático.
 - **Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria.** Guían la reflexión ética, la ciencia, la investigación, la gestión del conocimiento, los desarrollos tecnológicos y la innovación en salud, a fin de orientar la toma de decisiones

¹⁴ Si bien la APS involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial, transectorial y la integralidad de los servicios; así mismo, busca el cuidado, promueve la gestión integral del riesgo en salud e incorpora el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Las normas asociadas a estas temáticas se agruparon en gobernabilidad y gobernanza en salud pública; pueblos y comunidades étnicas, población campesina, género-diversidades, condiciones y situaciones, y determinantes sociales de la salud.

en el Distrito Capital, potenciando la capacidad institucional, de tal forma que responda a las necesidades en salud pública y del talento humano en salud.

- **Personal en salud.** Orientadas a brindar una atención de calidad y a proteger los derechos de los pacientes, mediante la dignificación del personal en el sector salud y la facilitación de su gestión.

4. Análisis de Situación de Salud en el Territorio

En este capítulo se analizan datos geográficos acerca de la configuración del territorio; ambientales, demográficos, sociales y económicos desde la perspectiva de los determinantes sociales y enfoques diferenciales y territoriales; epidemiológicos que comprenden la situación de salud y calidad de vida de los habitantes de Bogotá, donde se incluyen análisis de mortalidad, morbilidad, problemas y necesidades sociales y ambientales. Estos análisis permiten priorizar los problemas y necesidades sociales de salud en el territorio para tomar decisiones con conocimiento adecuado frente a los objetivos y estrategias a alcanzar en los próximos cuatro años en materia de bienestar. El contenido se deriva de los ejercicios participativos y referentes estratégicos mencionados, y de la experticia de los servidores de la Administración Distrital involucrados directamente en temas de salud.

4.1 Configuración del Territorio

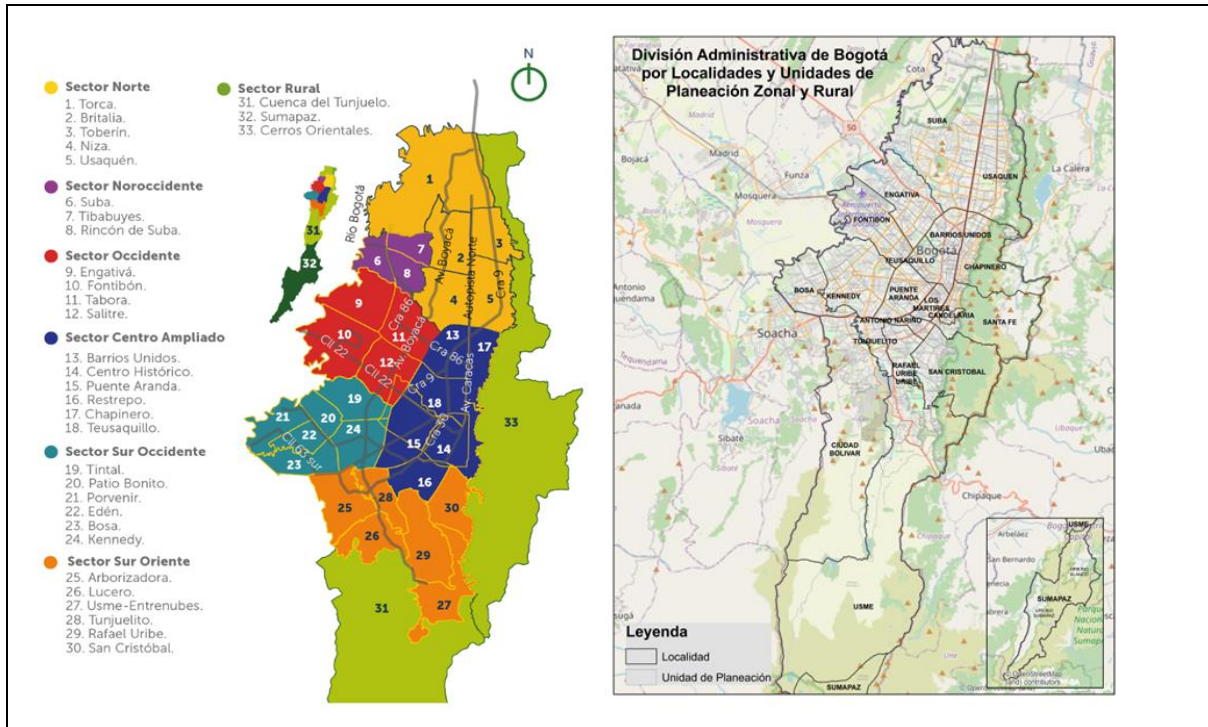
Al ser la capital del país, Bogotá cuenta con una serie de procesos políticos-administrativos, económicos, socio ambientales y socio culturales que pueden diferir en el territorio o micro territorio donde se ubiquen sus habitantes. A continuación, se muestran aspectos relevantes que permiten comprender la configuración del territorio y así empezar a identificar la relación de estos con los procesos de salud.

4.1.1 Localización y accesibilidad geográfica

Bogotá está ubicada en el centro del país, limita por el Norte con Chía, Sopó, La Calera por el Nororiente, con Cota, Funza; por el Occidente con Mosquera; por el Sur con Soacha, el páramo de Sumapaz (780 km²) y por el oriente con Ubaque y Chipaque. Varios de los municipios vecinos son los lugares de vivienda de muchos ciudadanos que ejercen actividades de trabajo o estudio en la capital del país.

Administrativamente se divide en 20 localidades y 116 Unidades de Planeación Zonal – UPZ. Sin embargo, con el Decreto 555 de 2021 el Plan de Ordenamiento Territorial - POT se reorganiza el territorio en 33 Unidades de Planeación Local – UPL, las cuales se constituyen de forma “equitativa respetando las dinámicas sociales, culturales y económicas de cada territorio y garantizando que todas cuenten con un número de habitantes y una extensión territorial semejante”. Con esta distribución se busca que los tiempos de desplazamiento para realizar las actividades cotidianas del ciudadano no superen los 15 – 30 minutos (Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría de Planeación, 2022).

Mapa 1 División política administrativa * UPL, comparativa con División por localidades, Bogotá 2021



Fuente: Secretaría de Planeación Sectorial.
<https://www.sdp.gov.co/micrositios/pot/upl>. Mapa localidades: elaboración propia, grupo de ACCSyE SDS

4.1.2 Accesibilidad geográfica

De acuerdo con datos de accesibilidad de la Secretaría Distrital de Planeación (2015), que mide la distancia y el tiempo que recorren las personas de un lugar a otro en busca de satisfacer alguna necesidad o demanda social y humana. Esta accesibilidad depende del número y de la ubicación de los servicios e infraestructura institucionales presentes tanto en lo urbano como en lo rural. Los territorios con mejores índices de accesibilidad se concentraron en las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo. En contraparte la accesibilidad más baja está aglomerada en las localidades de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar.

Los servicios de transporte son variados y abundantes en la mayoría del territorio de Bogotá. Los habitantes del distrito y la región se movilizan por la ciudad a través del Sistema Integrado de Transporte Público de Bogotá SITP que se compone por buses zonales, alimentadores y la flota de Transmilenio. Siguen los buses de

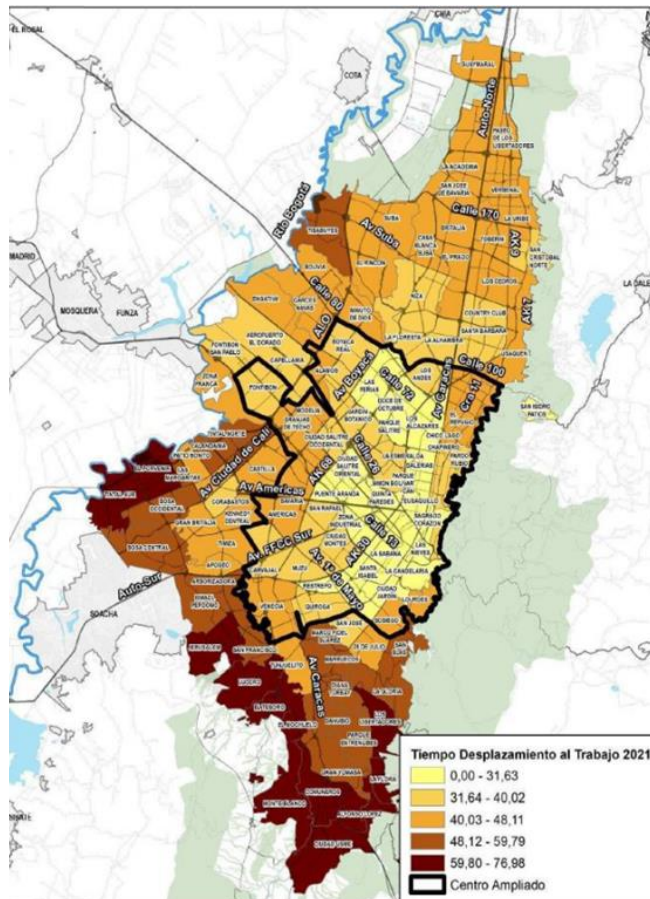
servicio intermunicipal, taxis, motos, mototaxis, carros, scooter, Bicicletas eléctricas y bicicletas. De acuerdo con la Encuesta de Movilidad 2023 –Bogotá-Región, en la ciudad se realizan 17 millones de viajes diarios, de los cuales 13 millones se realizan en medios sostenibles. Las personas mayores de 65 y los niños realizan 4 millones de viajes al día. El 54% de los viajes los realizan mujeres y en su mayoría son asociados al cuidado y el 72% de se movilizan a pie y en transporte público. El 40% de los hombres utilizan bicicleta y moto para moverse. 500 mil viajes diarios realizan personas que se identifican de algún grupo étnico y 600 mil viajes diarios son hechos por personas con discapacidad por asuntos médicos, compras, trabajo y trámites. 48 minutos es el tiempo promedio de los viajes y los estratos 1 y 2 se movilizan más y en promedio se realizan 4 viajes diarios por hogar.

Según el estudio Calidad de vida y acceso inequitativo al espacio público en Bogotá (2019), existe relación entre los niveles de calidad de vida precarios y la baja accesibilidad, lo que confirma que en el territorio de Bogotá se manifiestan asimetrías en la dotación de infraestructura y equipamiento social (Mayorga Henao & García García, 2018). El estudio identifica que más del 50% de los sectores censales (un total de 262 de los 564 analizados) presentan bajas condiciones de calidad de vida, concentrándose en el sur de la ciudad.

La pandemia produjo múltiples cambios globales y locales, con fuertes afectaciones económicas, sociales y políticas en todas las ciudades del mundo. Bogotá enfrentó nuevas dinámicas y restricciones a la movilidad, lo que llevó a adoptar medidas como el teletrabajo, la educación virtual y el comercio electrónico.

- En Bogotá, el 79% de la población realiza viajes diarios.
- Los estratos 1 y 2 se movilizan más
- Los viajes en moto y peatonales son los que más crecen
- 48 minutos es el tiempo promedio de los viajes
- De 6:15 a 7:15 am es la hora pico de los viajes
- La población en Bogotá creció 0.9%
- En los municipios vecinos la población creció un 17%
- 4 viajes diarios por hogar
- Hay 2.5 personas por hogar 15% menos que en el 2019

Mapa 2 Tiempo de desplazamiento al trabajo año 2021 Bogotá



Tomado de: (Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaria de Planeación Bogotá 2022) Fuente: EMB 2021, cartografía digital Decreto 555 de 2021.

Los mayores tiempos de desplazamiento al trabajo (59.8 minutos en promedio) se presentan en los extremos sur y occidente de la ciudad, en las UPZ, La Flora, Alfonso López, Ciudad Usme, Tintal Sur, y El Porvenir, y se amplía hacia Los Libertadores, Comuneros, Monteblando, El Mochuelo, El tesoro, Lucero y Jerusalén. (Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaria de Planeación Bogotá 2022)

4.1.3 Riesgos a los que está expuesto Bogotá

Las Entidades del Distrito tienen identificados los diferentes riesgos que pueden afectar la ciudad, tales como:

- Amenaza por desbordamiento
- Riesgo sísmico
- Riesgo tecnológico
- Riesgo químico

- Riesgo por aglomeraciones
- Riesgo por movimientos en masa
- Predios con reasentamiento
- Amenaza por inundación
- Incendio Forestal
- Calidad de aire
- Desabastecimiento de agua
- Pandemias

De acuerdo con el Plano de Amenaza por inundación por Desbordamiento se estima que 6.170 habitantes de Bogotá corresponden a zonas o áreas donde existe una probabilidad de ocurrencia de inundaciones por desbordamiento de cauces naturales o cuerpos de agua intervenidos en diferentes niveles, con efectos potencialmente dañinos. Las localidades más expuestas son Suba, Bosa, Engativá, Kennedy, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Usaquén y Usme.

Según la Norma Colombiana Sismo Resistente del año 1998, la ciudad se encuentra en una zona de amenaza intermedia y cuenta con una alta vulnerabilidad sísmica. El riesgo se incrementa por la vulnerabilidad estructural de las edificaciones, especialmente en estratos socioeconómicos bajos.

Frente a la amenaza tecnológica, las localidades con mayor riesgo son Fontibón, Puente Aranda y Teusaquillo, lo que coincide con el territorio con mayor riesgo por sustancias químicas (incluyen ACPM y gasolina): Fontibón y Puente Aranda.

En cuanto a aglomeraciones, se señala la mejora en el comportamiento del público en eventos, con una asistencia promedio de tres millones de personas al año.

Para movimientos en masa, se destaca la vulnerabilidad en zonas de ladera, especialmente en Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Usaquén.

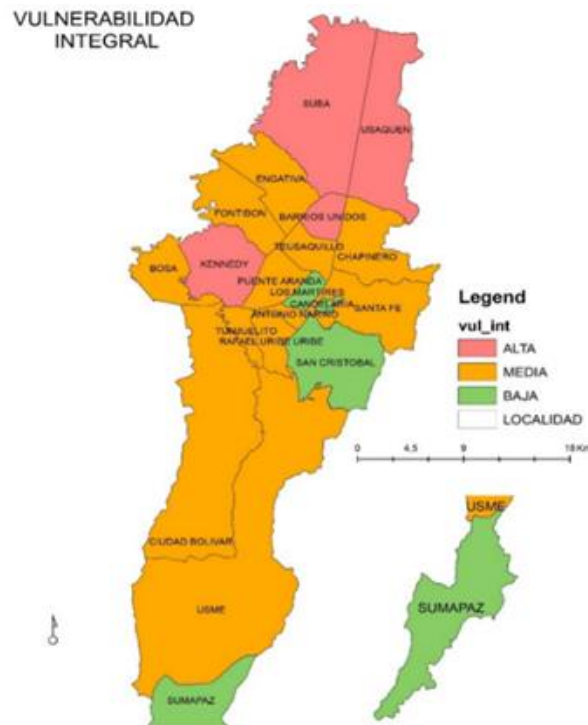
El cambio Climático se considera como la mayor amenaza del planeta (Minambiente, 2022). Desde el año 1998 los expertos han venido mostrando importantes evidencias científicas, que demuestran que las altas emisiones de Gases Efecto Invernadero GEI, generan un cambio en el clima, lo que aumenta la vulnerabilidad, entendida como el grado de susceptibilidad o de incapacidad de un sistema de afrontar los efectos adversos del cambio climático, en particular la variabilidad del clima y los fenómenos externos. Asociado al cambio climático se incrementan los riesgos para la ciudad, como los incendios forestales que han afectado grandes áreas, especialmente en Sumapaz, que podrían observarse con mayor frecuencia. El clima frío de montaña tiene diversos efectos en la salud de la población, como enfermedades respiratorias relacionadas con los periodos de lluvias, algunos con mayor intensidad como los asociados al fenómeno de La Niña.

Aunque el Índice de Radiación Solar Ultravioleta (IUV) en Bogotá ha disminuido en el último año, sigue siendo alto, con valores que superan el rango de 10, excepto

en julio. Esta exposición alta y continua para los habitantes de la ciudad aumenta el riesgo de enfermedades asociadas a la exposición de la radiación solar.

En relación con la temperatura se presenta un aumento de la temperatura promedio de 2°C en la ciudad, que ha sido relacionado por varios expertos al cambio climático. También se ha advertido de un incremento en la intensidad de las precipitaciones extremas entre el 20% y 30%, lo cual aumentará la presión sobre el sistema de drenaje y mayor riesgo de inundaciones. Durante el fenómeno de La Niña, predominan las inundaciones, mientras que, durante El Niño, los incendios forestales. Se espera que Kennedy, Suba, Usaquén y Barrios Unidos sean susceptibles a estos fenómenos climáticos, lo que podría afectar a la salud pública, especialmente en la propagación de enfermedades transmisibles. (Fuente: IDEAM, PNUD, Alcaldía de Bogotá, Gobernación de Cundinamarca, CAR, Corpoguvio, Instituto Alexander von Humboldt, Parques Nacionales Naturales de Colombia, MADS, & DNP, 2014).

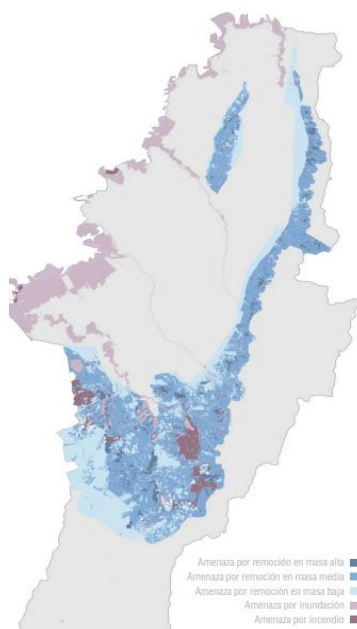
Mapa 3 Grado de susceptibilidad o de incapacidad de un sistema para afrontar los efectos adversos del cambio climático, Bogotá, D.C.



Fuente: IDECA Vulnerabilidad Integral

En el siguiente mapa se visualiza la vulnerabilidad por asentamiento y territorialización del riesgo.

Mapa 4 Vulnerabilidad por Asentamiento - Territorialización del Riesgo



3.1.1. Servicios para atender urgencias, emergencias, desastres y pandemias

La Ciudad capital, dada sus características poblacionales y geográficas, se encuentra en permanente riesgo de ingreso de agentes con potencial de generar brotes, pandemias y epidemias. El efecto migratorio, contar con aeropuerto internacional y ser el punto de conexión de viajeros, así como la permanente entrada y salida de turistas hace que permanentemente el riesgo persista. La OMS ha mencionado: *“En vista de los efectos de la pandemia de COVID-19, los 194 Estados Miembros de la OMS iniciaron un proceso para redactar y negociar un nuevo convenio, acuerdo u otro instrumento internacional (citado en el resto de estas preguntas frecuentes, en general, como el «acuerdo») sobre preparación y respuesta frente a pandemias. Ello arrancaba de la necesidad de garantizar que las comunidades, los gobiernos y todos los sectores de la sociedad –en el ámbito nacional y a nivel mundial- estuvieran mejor preparados y protegidos, a fin de prevenir y responder a futuras pandemias.*

La gran pérdida de vidas humanas, las perturbaciones sufridas por los hogares y las sociedades en general, y las repercusiones en el desarrollo se encuentran entre los factores citados por los gobiernos para apoyar la necesidad de una acción duradera que evite la repetición de crisis de este tipo” (Fuente: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention--preparedness-and-response-accord>). Esto muestra la necesidad de mantener y fortalecer diferentes herramientas y procesos para abordar el riesgo permanente.

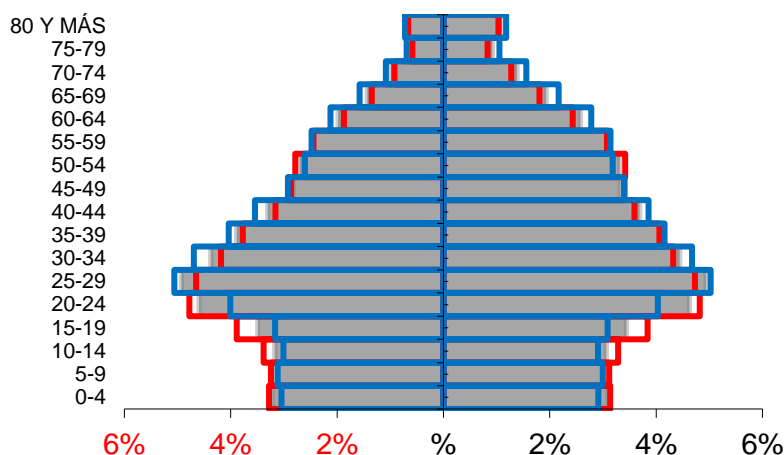
4.2 Contexto poblacional y demográfico

4.2.1 Población y estructura demográfica

En 2023, la población de la ciudad estimada era de 7.907.281: 4.120.589 mujeres y 3.786.692 hombres. Suba (1.294.358 hab.), Kennedy (1.035.224 hab.), Engativá (817.019 hab.), Bosa (729.781 hab.) y Ciudad Bolívar (661.592 hab.) son las cinco localidades con mayor número de habitantes, conforme a las proyecciones dispuestas en el Visor de Población de la Secretaría Distrital de Planeación.

La estructura demográfica de la ciudad es progresiva con una base más angosta que los grupos etarios siguientes, indicativa de un descenso en los nacimientos. Como se observa en la siguiente ilustración y tabla, el incremento de la población adulta, con una mayor proporción en el grupo de 29 a 59 años y un menor estrechamiento en la cúspide, sugieren el envejecimiento de la población.

Ilustración 4 Pirámide poblacional para Bogotá, 2018, 2020 y 2023



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyección de población de Bogotá periodo 2020 - 2035 (fecha de actualización 22 de marzo de 2023) y proyección Retrospectivas de población de Bogotá periodo 2005 - 2019. Actualización Post COVID-19 (Censo DANE 2018, fecha de actualización 5 de abril de 2023).

Según el ciclo vital, en el análisis de la proyección de población 2010 a 2023 se observó disminución en todos los grupos de edad hasta los 17 años, especialmente en la adolescencia (reducción de 28,87 puntos porcentuales), aspecto relacionado con la disminución de la fecundidad y natalidad. Mientras que a partir de los 18 años se evidencia una tendencia al aumento, siendo mayor en el grupo vejez de 60 y más años con una variación porcentual de 81,8 del 2010 al 2023. (ver Tabla 1)

Tabla 1 Número y Proporción de la población por grupo de edad en Bogotá, 2010, 2015, 2020 Y 2023

Grupo de Edad	Número de Personas				Porcentaje				Variación 2010-2023
	2010	2015	2020	2023	2010	2015	2020	2023	
Primera Infancia (0 a 5 años)	643.946	582.266	584.551	569.524	9,1	8,0	7,6	7,2	-11,56
Infancia (6 a 11 años)	709.103	609.032	572.539	572.896	10,0	8,4	7,4	7,2	-19,21
Adolescencia (12 a 17 años)	798.559	700.591	600.285	568.036	11,3	9,6	7,8	7,2	-28,87
Juventud (18 a 28 años)	1.419.891	1.489.558	1.557.077	1.480.528	20,0	20,5	20,1	18,7	4,27
Adultez (29 a 59 años)	2.876.414	3.072.586	3.361.303	3.536.025	40,5	42,2	43,5	44,7	22,93
Vejez (60 y más años)	648.973	819.232	1.056.406	1.180.272	9,1	11,3	13,7	14,9	81,87
TOTAL	7.096.886	7.273.265	7.732.161	7.907.281	100%	100%	100%	100%	11,42

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyección de población de Bogotá periodo 2020 - 2035 (fecha de actualización 22 de marzo de 2023) y proyección Retrospectivas de población de Bogotá periodo 2005 – 2019. Actualización Post COVID-19 (Censo DANE 2018, fecha de actualización 5 de abril de 2023).

Otros indicadores demográficos confirman esta tendencia progresiva hacia el envejecimiento de la población de la ciudad, lo cual puede evidenciarse con la reducción del índice de Friz y el aumento de los índices de vejez, envejecimiento y dependencia de personas mayores. También se observa una reducción en indicadores relacionados con la población joven, tales como la razón niños mujer, los índices de Infancia y juventud e índices de dependencia infantil, lo cual impone retos tanto a nivel económico y social como en servicios de salud. Este cambio está asociado, entre otros fenómenos, a la disminución de la natalidad y fecundidad documentados y a pesar del aumento evidenciado para la mortalidad general en el periodo.

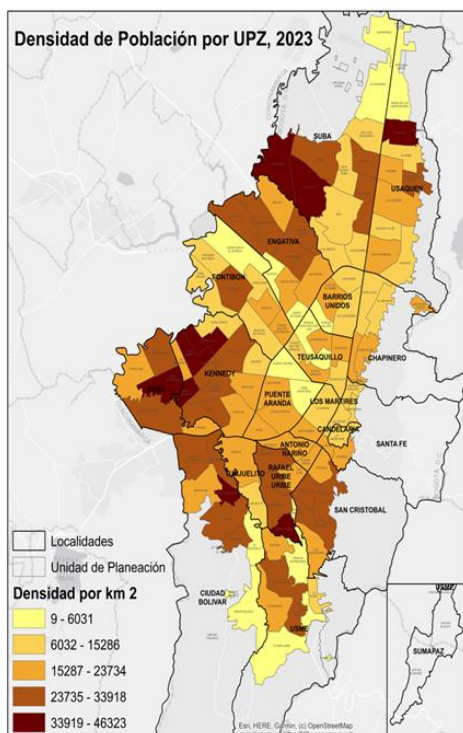
Este comportamiento se observa en localidades como La Candelaria, Teusaquillo, Barrios Unidos y Usaquén, los que se encuentran por encima del indicador de vejez del Distrito Capital, mientras que localidades como Ciudad Bolívar, Sumapaz, Bosa, Usme son localidades que cuentan con población joven.

La transición demográfica que presenta Bogotá repercute en una transición epidemiológica, con el aumento de condiciones crónicas principalmente. Esta transición señala la necesidad de fortalecer las acciones preventivas bajo un enfoque de curso de vida para tener una población de mayor edad con mejor bienestar en los próximos años.

4.2.2 Distribución según área geográfica y territorios

El 99,6% de la población de la ciudad reside en la cabecera municipal y el 0,4% en centros poblados y rurales dispersos¹⁵. La densidad poblacional es de aproximadamente 4.836.6 habitantes por km²., siendo las UPZ de Bosa Occidental, Patio Bonito y Calandaima las de mayor concentración, tal como se aprecia en el mapa.

Mapa 5 Densidad poblacional por localidad de residencia (habitantes por Km²). Bogotá. 2023



Fuente: DANE - CNPV 2018. Proyecciones de Población 2023. Proyecciones de población con Detalle por UPZ, Convenio interadministrativo 095 (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022a).

En relación con los hogares, se estima que existen 2.991.250 de los cuales 9.978 son rurales¹⁵ y 2.981.272¹⁶ urbanos. Las localidades con mayor número de integrantes por hogar son Usme y San Cristóbal, con tres o más integrantes. En la zona urbana la mayoría de los jefes de hogar tienen entre 30 y 59 años, siendo 13,1% hombres y 8,9 % de mujeres, seguido de jefaturas de entre 60 años y más con un 4.4% hombres y 3.9% mujeres.

¹⁵ 447 nuevos hogares.

¹⁶ 75.540 nuevos hogares.

4.2.3 Poblaciones diferenciales y en condición de vulnerabilidad

Es deber del Estado garantizar a todas las personas la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar, lo cual parte de la identificación y caracterización de la población diferencial y en condición de vulnerabilidad. Por ello, se presenta por cada grupo poblacional una breve descripción de su situación señalando la principal problemática a la que se enfrenta.

Población Indígena

En Bogotá reside una población indígena de 25.320 habitantes (0,34% de la población de la ciudad), compuesta por un 51,1% de mujeres y un 48,9% de hombres. Están distribuidos en 21 pueblos indígenas, siendo los más representativos (83,5% del total) los Muisca Suba, Muisca Bosa, Pijao y Kichwa. Las UPZ con mayor concentración de indígenas son el Rincón (Suba) y Bosa Occidental.

En términos generales, esta población enfrenta dificultades relacionadas con el limitado acceso a servicios públicos y al empleo formal, así como a las condiciones de hacinamiento, lo cual se refleja en el índice de pobreza multidimensional el cual tiene una incidencia del 33,3%. Las comunidades asentadas en zonas de invasión, especialmente en Usme y Ciudad Bolívar, están expuestas a riesgos socioambientales y a situaciones de vulneración, desarmonías y desequilibrios debido a la inseguridad, malas condiciones sanitarias, enfermedades respiratorias y riesgo de vectores y plagas.

Según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), el 56,1% de los indígenas en Bogotá están afiliados al régimen contributivo, el 35,0% al régimen subsidiado, el 1,5% al régimen de excepción, mientras que el 2,5% no registra afiliación alguna, y del 4,9% restante no se disponen datos. Esto significa una cobertura del 92,6% de la población indígena censada.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que atienden a la mayoría de la población indígena en Bogotá son: Capital Salud (18,45%), Famisanar (16,03%), Compensar (15,80%), Sanitas (12,23%) y Salud Total (10,30%). En cuanto a EAPB propias, se identificó que Mallamás y la Asociación de Indígenas del Cauca son las más representativas, con un 0,86% y 0,20%, respectivamente.

En cuanto a la atención en salud de los pueblos indígenas, los cabildos Muisca de Suba y Bosa son los que registran mayores porcentajes de personas atendidas, con un 40,8% y 20,2%, respectivamente, lo cual se atribuye a su mayor peso poblacional en Bogotá. Por su parte, en lo que respecta a la atención de embarazos, el 56,1% corresponde a madres indígenas entre 20 y 29 años, el 11,4% a mujeres de 15 a 19 años y el 0,2% menores de 14 años.

Entre 2017 y 2021, cerca de 3 de cada 10 personas indígenas en Bogotá murieron debido a enfermedades del sistema circulatorio, siendo esta la principal causa de

muerte. Esto incluye enfermedades como las isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Estas enfermedades están asociadas con prácticas alimenticias y estilos de vida poco saludables, así como con el cambio hacia dietas y dinámicas urbanas no tradicionales, lo que afecta especialmente a hombres mayores de 60 años. Esto refleja un cambio demográfico hacia un envejecimiento de la población indígena, lo que requiere un modelo de atención en salud culturalmente apropiado.

La principal causa de morbilidad atendida en la población indígena es la salud oral, representando aproximadamente una cuarta parte de las atenciones; las patologías que se destacan son caries dental y enfermedades periodontales, lo que revela un acceso limitado a la atención odontológica y a la educación en salud oral. Los pueblos más afectados son Muisca Suba, Muisca Bosa y Ambika Pijao, siendo las mujeres quienes más acuden a los servicios de atención en IPS.

A menudo, las personas indígenas acuden primero a médicos tradicionales y parteras en busca de tratamiento, pero la falta de atención odontológica en la medicina tradicional significa que a menudo deben recurrir a la atención médica occidental para resolver problemas dentales, lo que puede presentar desafíos adicionales en el tratamiento y la prevención de enfermedades dentales.

Población Negra y Afrodescendiente

En 2018, la población negra y afrocolombiana de Bogotá ascendía a 65.656 personas, mostrando una disminución del 43,6% respecto a la registrada en 2005. Del total, el 50,5% eran mujeres y el 49,5% hombres. Se observa una predominancia de adultos (46,6%) y jóvenes (23,0%). Además, se detectó un aumento la tasa de natalidad en 2022, posiblemente relacionados con los recientes flujos migratorios, centrados en adultos jóvenes, lo que influye en la transición epidemiológica al dejar a sus hijos en territorios ancestrales.

Esta población se concentra en el noroccidente de la localidad de Suba, el occidente de las localidades de Engativá y Fontibón, al norte de la localidad de Ciudad Bolívar, al Oriente de la localidad de Chapinero, y en gran parte de las localidades de Kennedy, Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Santa Fe y Bosa, predominando en los estratos 1 y 2.

De la población negra y afrodescendiente en la ciudad, 420 personas tienen discapacidad, principalmente física, y 30.610¹⁹ son Víctimas del Conflicto Armado (VCA). La mayoría de la población con discapacidad se encuentra en el momento de curso de vida adultez (47,6%) y vejez (25,5%), quienes se concentran en Bosa, Kennedy, Suba y San Cristóbal; mientras que en las VCA predominan las mujeres (52%) en el grupo de adultos (61%).²⁰

Los principales desafíos que ha enfrentado esta población están relacionados con los procesos de desarraigo y desterritorialización, lo cual ha afectado su salud física y emocional. Así mismo, persiste la discriminación racial, manifestada en formas

de acoso sexual y laboral, y en barreras sociales que limitan su acceso a vivienda adecuada, servicios esenciales y oportunidades educativas, perpetuando así la desigualdad estructural en la ciudad e impidiendo su integración en la sociedad bogotana. El índice de pobreza multidimensional de esta población es del 23,8%²¹.

En cuanto al acceso al sistema de salud, según la EMP 2021, el 9,4% de esta población no tiene ningún tipo de afiliación debido a la falta del puntaje requerido para el régimen subsidiado (17,7%), el desconocimiento sobre procesos de afiliación (13,9%) y dificultades económicas (13,8%). El régimen de aseguramiento más común es el contributivo (64,7%, n= 31.461), seguido por el subsidiado (32,0%) y el régimen especial o de excepción en salud (2,8%).

Adicionalmente, durante los años 2016 a 2022, se identificaron en el RUAF -ND 409 casos de Bajo Peso al Nacer (BPN) en neonatos negros y afrocolombianos en Bogotá, de un total de 2.407 nacimientos reportados, concentrándose en las localidades de Ciudad Bolívar, Suba y San Cristóbal. Estas localidades presentan numerosas zonas con ocupaciones ilegales de población afro, en donde prevalecen los estratos 1 y 2. Esto, además de suponer vulnerabilidad en las condiciones de vida de las familias negras y afro, puede relacionarse con posibles factores ambientales que repercuten, por exposición a la contaminación urbana, en la salud materna y fetal de quienes residen en las áreas periféricas de dichas localidades.

La falta de acceso a programas educativos efectivos sobre salud materna y prenatal, los estilos de vida y las prácticas culturales de las madres afro puede contribuir al desconocimiento de prácticas saludables durante el embarazo. Frente a esto, es clave subrayar la relativa predisposición cultural de las mujeres gestantes hacia prácticas etnomédicas como la partería. Ciertas nociones propias de la ancestralidad afro pueden hacer que las mujeres tomen distancia del sistema de salud occidental, dejando de lado controles prenatales, ingesta de micronutrientes o la realización de paraclínicos de control. De hecho, se registran factores de riesgo vinculados con el número de controles prenatales realizados, el 56,5% de las madres afro con recién nacidos BPN participó de entre 5 a 10 controles, mientras que el 42,3% tuvo entre 0 a 4.

La mortalidad infantil y en menores afro también es preocupante, con tasas significativamente superiores a la media distrital, relacionadas principalmente con afecciones perinatales. Estos datos reflejan la vulnerabilidad socioeconómica y de salud de la población afrodescendiente en Bogotá.

Pueblo Raizal

Según el censo realizado por ORFA, la comunidad Raizal en Bogotá es de 1.911 personas, siendo el 51,1% mujeres y el 48,9% hombres. Predominan adultos, jóvenes y adultos mayores, presentando tasas de fecundidad más altas en el rango de edad de 25 a 29 años. En los últimos tres años se ha observado un aumento en el número total de raizales en la ciudad, atribuible a la migración y al aumento en la captación de individuos por parte de ORFA.

La distribución de esta población abarca todas las localidades de Bogotá, con excepción de Sumapaz. Se concentra principalmente en Engativá (13,6%), Suba (12,7%), Usaquén (10,2%), Kennedy (10,1%), Bosa (8,2%) y Teusaquillo (7,7%). Es importante destacar que predominan los estratos 3 y 4 en Usaquén y Teusaquillo, y 2 y 3 en las demás localidades. Los factores que influyen en esta concentración son el empleo, la educación, las redes familiares y la calidad en la atención médica. Los centros clínicos más frecuentados, en orden descendente, son la Clínica Universitaria Colombia, el Hospital Universitario Mayor y Barrios Unidos (Mederi), el Hospital Universitario San Ignacio, la Clínica Nueva El Lago, la Clínica San Diego Ciosad y la Fundación Cardioinfantil.

Para mayo de 2023, el 99,4% de la población Raizal se encontraba afiliada al SGSSS, en comparación con el 96% en 2020. El régimen contributivo tiene el mayor número de afiliados (85,2%), seguido por el subsidiado (11,2%) y el de excepción (2,9%), lo que sugiere una alta vinculación laboral formal. La población no asegurada es mínima (0,4%), distribuyéndose principalmente en Kennedy (37,5%), Bosa (25,0%), Engativá (25,0%) y Barrios Unidos (12,5%). En cuanto a la afiliación a EAPB, Sanitas lidera con el mayor número de afiliados (37,6%), seguido por Nueva EPS (15,5%) y Compensar (14,4%).

La principal causa de morbilidad de esta población en Bogotá son las enfermedades no transmisibles (Entre 2016 y 2020 se registraron 88 y 136 eventos, respectivamente), las cuales pueden causar muertes prematuras y discapacidades. Existe prevalencia de enfermedades orales, musculoesqueléticas y genitourinarias, especialmente entre los jóvenes y adultos, asociado a factores culturales, decisiones individuales, hábitos alimentarios, estilos de vida poco saludables, condiciones laborales, estrés, dificultades en la promoción de la salud, y la inseguridad alimentaria (alto costo y falta de acceso a alimentos adecuados, así como disponibilidad de alimentos ultra procesados).

De igual manera, se presentan impactos negativos de salud mental como consecuencia de la migración de los raizales desde el archipiélago hacia Bogotá, la pobreza oculta, el entorno urbano, la discriminación y la falta de acceso a servicios de salud mental; lo cual se refuerza si se considera la falta de investigación y registro, los perjuicios culturales y la creencia que se trata de problemas espirituales.

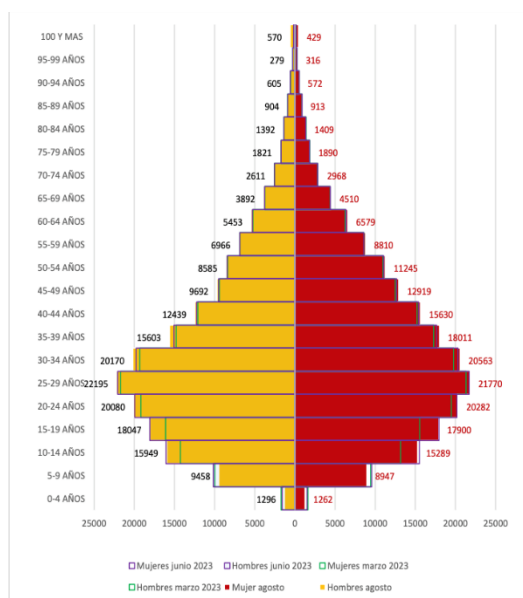
Población víctima del desplazamiento forzado

Según el Boletín Observatorio Distrital de Víctimas, Bogotá alberga a 370.752 víctimas²², lo que representa el 3.88% del total nacional y el 4,7% de la población total de la ciudad situándola como la segunda ciudad con mayor cantidad de víctimas en el país. Del total, el 59% se concentra en cinco localidades específicas: Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Suba y San Cristóbal.

Las condiciones socioeconómicas de estas víctimas dificultan su asentamiento y reubicación definitiva, lo que incrementa su vulnerabilidad. Esta situación se manifiesta en el aumento de enfermedades respiratorias, diarrea, problemas de piel y parasitosis intestinal en niños, así como en el incremento de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión en adultos. Además, las afectaciones psicosociales del conflicto armado van más allá de las categorías diagnósticas convencionales, impactando el bienestar emocional y social de las víctimas.

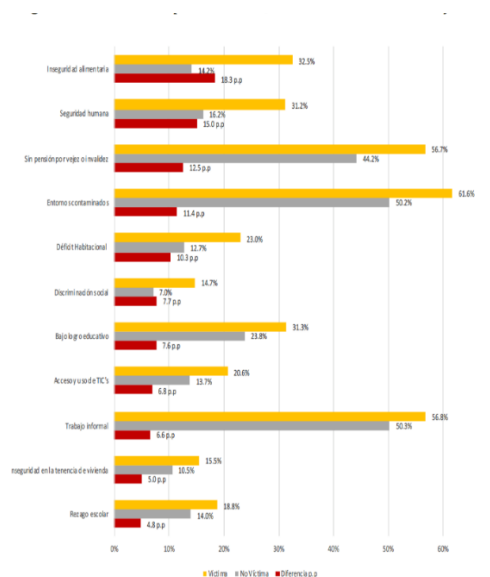
En el ámbito laboral, los trabajadores informales enfrentan riesgos ocupacionales sin acceso adecuado a seguridad social, lo que agrava su situación económica y de salud. Las siguientes ilustraciones muestran la distribución de la población víctima de Bogotá por grupos quinquenales y por sexo, así como las privaciones a las que están expuestas. Estas incluyen rezago escolar, inseguridad en la tenencia de vivienda, discriminación, déficit habitacional, entornos contaminados, falta de pensión, inseguridad alimentaria y seguridad humana.

Ilustración 5 Población VCA por grupos quinquenales y sexo de Bogotá privaciones por indicador de Población VCA



Fuente: Registro Único de Víctimas (RUV), Bogotá D.C, 31 de marzo – 31 de agosto de 2023

Fuente: BOLETIN VICTIMAS DICIEMBRE corte julio-agosto 2023.pdf (victimasbogota.gov.co)



Cálculos propios con base en EMB21

Fuente:

Esta problemática se ve agravada tanto por la insuficiencia de recursos que la Nación destina a Bogotá para la implementación de estrategias de Reparación Integral, como por la escasa articulación intersectorial y transectorial.

Población con discapacidad

Esta población incluye a las personas con discapacidad, sus familias, personas cuidadoras y líderes comunitarios. Entre el 2004 y el 31 de agosto del 2021, Bogotá contaba con 242.858 personas en Bogotá identificadas y caracterizadas con discapacidad, siendo 56,6% mujeres y 43,4% hombres²³; en su mayoría se concentran en las localidades de Kennedy (13,5%), Bosa (10,2%), Rafael Uribe (9,0%), Ciudad Bolívar (8,0%) y Suba (7,8%).

Respecto al curso vital, las personas mayores de 60 años tienen la mayor proporción de esta población (49,8%), seguida por la adultez (32,6%), juventud (9,3%), adolescencia (3,4%), entre 10 y 14 años (2,8%), infancia (1,6%) y primera infancia (0,5%). Cabe anotar que el 35,3% personas con discapacidad registra que necesita ayuda permanente para su desenvolvimiento en la vida cotidiana. Con respecto al régimen de afiliación en salud, el 43,9 % corresponden al régimen contributivo, el 38,7% al régimen subsidiado, el 8,3% es población vinculada y el 4,3% está afiliado al régimen especial.

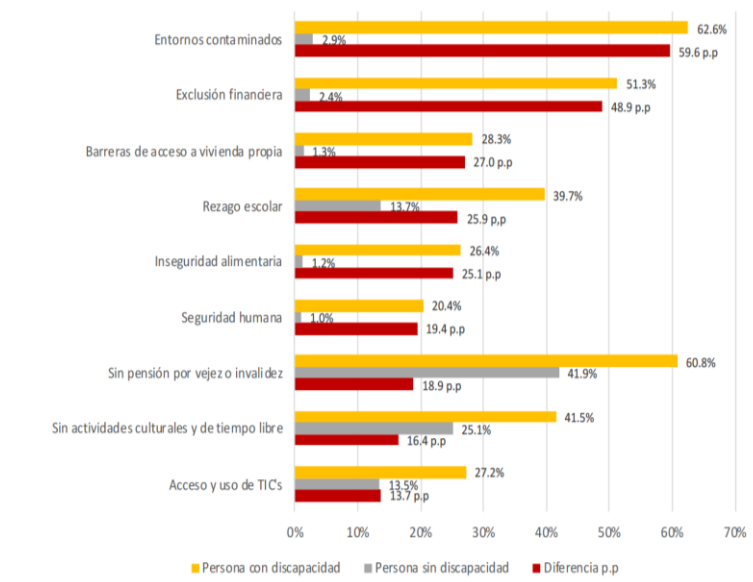
Las discapacidades están relacionadas con movimiento de cuerpo o extremidades (54,8%); sistema nervioso (42,2%); alteraciones visuales (31,6); sistema cardio respiratorio (30,4%); digestión, metabolismo y hormonas (17,2); alteraciones auditivas (13,7%), y las de voz y habla (14,2%). Según el origen de la discapacidad, esta se adquiere por enfermedad general (38,1%), por enfermedades genéticas y hereditarias (12,3 %) y se desconoce la causa en un (25%).

Con la actual resolución 1239 de 2022, al 31 de diciembre de 2023, 57.052 personas han sido certificadas y registradas en el sistema integrado de información de la protección. Con base en las categorías o tipos de discapacidad, estas se distribuyen en 29% discapacidad física, 5% discapacidad auditiva, 5% discapacidad visual, 11% discapacidad intelectual, 6% discapacidad psicosocial, 42% discapacidad múltiple y 9 casos de personas sordociegas que corresponden al 0.01%.

La población con discapacidad enfrenta múltiples inequidades que afectan su salud, participación social y calidad de vida; entre ellas, se encuentran la escasez y la baja calidad de los servicios de salud, rehabilitación y asistencia social, lo cual agrava la discapacidad y la dependencia; la falta de educación sobre las oportunidades disponibles para el desarrollo de capacidades y autonomía; la persistencia de patrones culturales y actitudes que limitan el ejercicio pleno de sus derechos; las barreras de accesibilidad en diferentes ámbitos de la vida, y las restricciones que enfrentan los cuidadores en su proyecto de vida y prácticas de autocuidado debido al tiempo dedicado al cuidado, lo que puede contribuir a condiciones crónicas de salud. Además, esta población se enfrenta a otras privaciones como entornos contaminados, exclusión financiera, barreras de acceso a la vivienda propia, rezago escolar, inseguridad alimentaria, inseguridad humana, falta de pensiones por vejez

o invalidez, y limitado acceso a las tecnologías de la información, tal como se muestra en la siguiente ilustración:

Ilustración 6 Privaciones para personas en condición de discapacidad



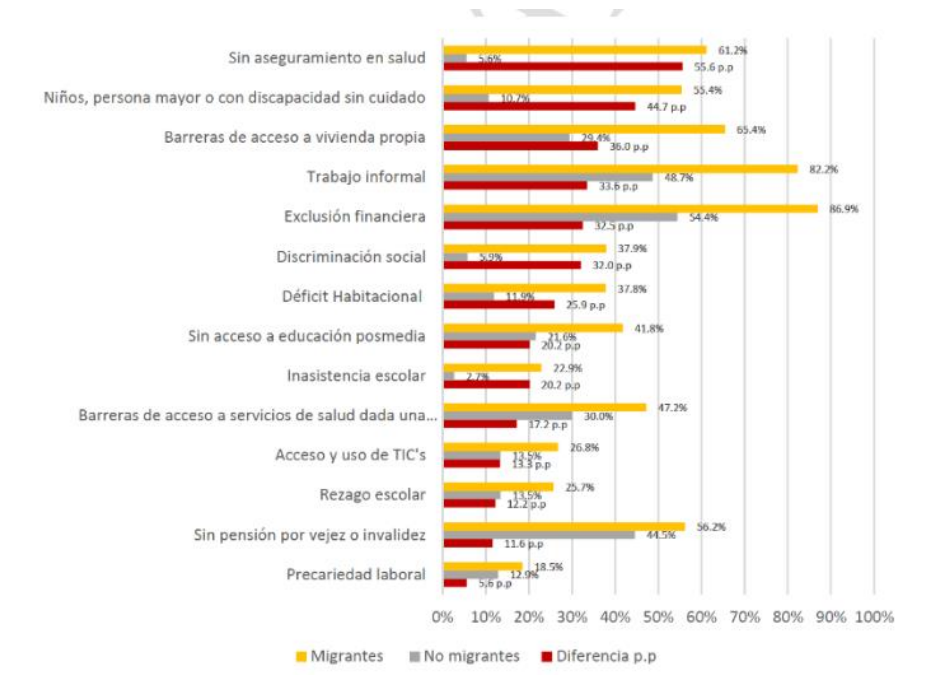
Fuente: IPM ampliado para Bogotá 2023.

Población migrante internacional

Según lo contemplado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la migración internacional se considera un cambio de residencia traspasando algún límite administrativo o geográfico definido (entre países).

En términos generales, la situación económica y política de los países fronterizos ha generado migración de población extranjera al Distrito, la cual enfrenta una serie de desafíos en salud que incluyen la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (60%), la escasa preparación de las instituciones para atender a los migrantes, la carencia de regulación del estatus migratorio, la xenofobia, la aporofobia y los altos niveles de informalidad laboral, que alcanzan el 80%. Además, un porcentaje significativo carece de acceso a la educación posmedia (41.8%). La siguiente ilustración muestra otras privaciones como la exclusión financiera, barreras de acceso a vivienda propia, falta de pensión por invalidez o vejez, personas con discapacidad sin cuidado, entre otras:

Ilustración 7 Privaciones para personas migrantes

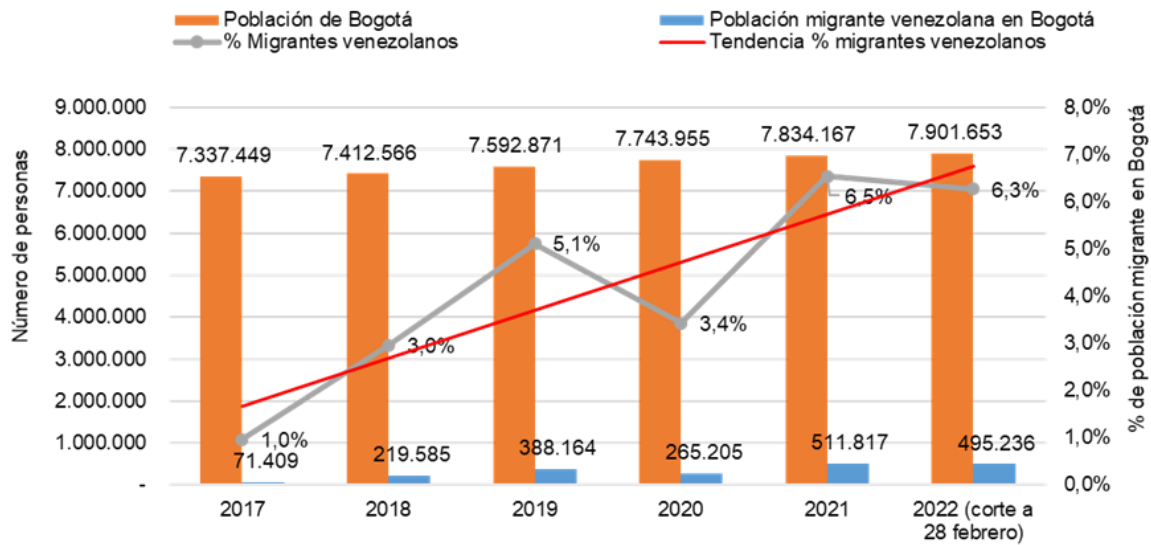


Fuente: IPM ampliado para Bogotá fuente EMP 2021.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV- 2018, durante 2017 a 2019, en Bogotá se presentó un incremento acelerado de población proveniente de Venezuela al registrarse un ingreso de 388.164 personas lo que equivale al 5,1% de la población bogotana, en 2020 disminuyó el ingreso debido al confinamiento y restricción de movilidad nacional e internacional ocasionados por la emergencia sanitaria derivada de la COVID-19, para el 2021, se aceleró nuevamente esta situación al reportarse 511.817 ingresos a la ciudad, el 6,5% de la población proyectada ese año para Bogotá. Según datos de la distribución de venezolanos en Colombia por el Ministerio de Relaciones Exteriores, para el 2022, en Bogotá se contaba con aproximadamente 495.236 migrantes.

Según datos de Migración Colombia con corte al mes de agosto de 2023, el total de migrantes venezolanos a nivel nacional era de 2.875.743, de los cuales el 68% se encontraba con estatus migratorio regular y el 32% con estatus migratorio irregular, y las principales ciudades donde reside este grupo poblacional según el mismo informe son: Bogotá, Medellín, Cúcuta, Barranquilla y Cali.

Ilustración 8 Distribución de la población migrante venezolana en Bogotá

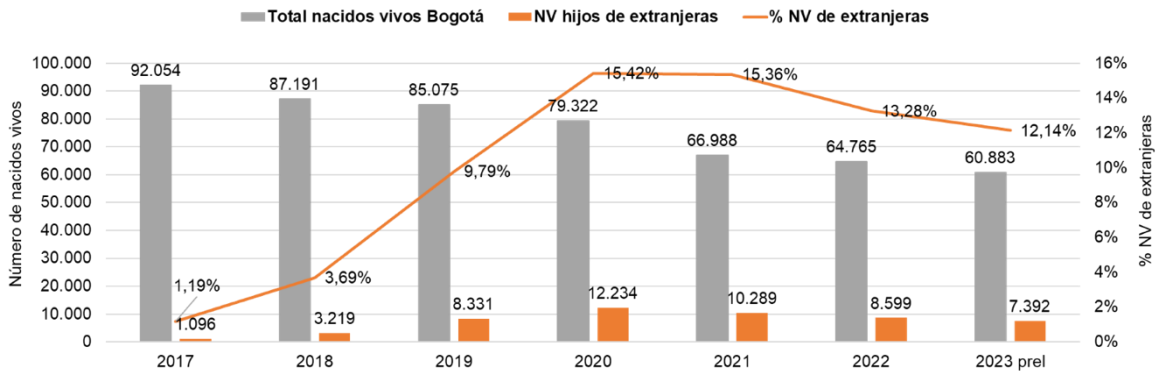


Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de Proyecciones DANE - CNPV 2018 y Caracterización demográfica de la población migrante venezolana en Colombia - Observatorio del Proyecto Migración Venezuela (2017 – 2021). Distribución de venezolanos en Colombia. Ministerio de Relaciones Exteriores (2022).

Es importante aclarar que los sistemas y subsistemas de información distritales y nacionales actualmente cuentan con limitaciones en la captación e identificación de población migrante, por lo cual, se identifica a la población extranjera por tipo y documento de identidad, según circular externa 024 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir de 2017, con el acelerado flujo migratorio hacia Bogotá, se presenta un marcado incremento en el número y porcentaje de nacidos vivos de población extranjera, para 2020 se identifica una desaceleración de este comportamiento con una disminución posterior a 2021; sin embargo, y a pesar del proceso migratorio, Bogotá sigue bajando aceleradamente el número de nacimientos.

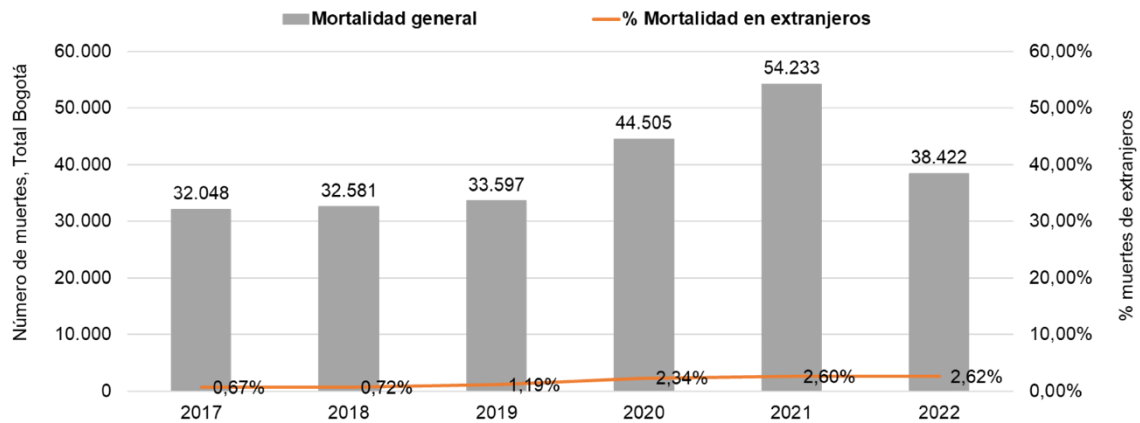
Ilustración 9 Distribución de nacimientos de población extranjera en Bogotá, 2017 – 2023



FUENTE 2017 - 2022: Base de datos DANE y aplicativo RUAUF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS -datos finales. Año 2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAUF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS, datos preliminares.

De igual manera, aumenta el porcentaje de mortalidad general en población extranjera, pasando de 0,67 % muertes del total presentado en Bogotá en 2017 a 2,6 % en 2022.

Ilustración 10 Distribución de la mortalidad de población extranjera en Bogotá, 2017 – 2022



FUENTE 2017 - 2022: Base de datos DANE y aplicativo RUAUF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS -datos finales. Año 2023: no se presenta por considerarse una base muy preliminar en proceso de depuración.

A continuación, se presentan los eventos de interés en salud pública monitoreados en población extranjera.

Tabla 2 Eventos de interés en salud pública en población extranjera, Bogotá, 2023

Eventos de interés en salud pública	Indicadores	No de casos	Indicador
VIH/SIDA	Proporción de morbilidad por VIH/SIDA en extranjeros	1.103	27,0%
Desnutrición Aguda < 5 años	Prevalencia de desnutrición aguda en población extranjera menor de 5 años	84	2,4%
	Prevalencia de desnutrición aguda en población total menor de 5 años	4.372	1,8%
Riesgo de desnutrición Aguda < 5 años	Prevalencia de riesgo de desnutrición aguda en población extranjera menor de 5 años	499	14,0%
	Prevalencia de riesgo de desnutrición aguda en población total menor de 5 años	31.108	12,7%
Bajo peso en gestantes	Prevalencia de bajo peso en gestantes extranjeras	923	15,0%
	Prevalencia de bajo peso en gestantes, población total	7.103	11,3%
Bajo peso al nacer	Proporción de bajo peso al nacer en extranjeros	1.250	16,9%
	Proporción de bajo peso al nacer en población total	9.793	16,1%
Mortalidad menor de 5 años	Tasa de mortalidad en menores de 5 años, hijos de mujeres extranjeras (por 1.000 nacidos vivos)	69	9,3
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años, población total (por 1.000 nacidos vivos)	645	10,59
Morbilidad materna extrema	Razón de morbilidad materna extrema en mujeres extranjeras (por 1.000 nacidos vivos)	782	105,8
	Razón de morbilidad materna extrema en población total (por 1.000 nacidos vivos)	4.858	79,79
Mortalidad materna	Razón de mortalidad materna en mujeres extranjeras (por 1.000 nacidos vivos)	3	40,6
	Razón de mortalidad materna en población total (por 1.000 nacidos vivos)	17	27,92
Embarazo adolescente (10 a 14 años)	Proporción de nacidos vivos, hijos de niñas de 10 a 14 años extranjeras	31	20,53%
Embarazo subsecuente en menores de 19 años	Proporción de embarazo subsecuente en adolescentes extranjeras	167	13,0%
	Proporción de embarazo subsecuente en adolescentes, población total	428	8,1%
Mortalidad perinatal	Tasa de mortalidad Perinatal en hijos de extranjeras (por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales)	93	12,5
	Tasa de mortalidad Perinatal en población total (por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales)	695	11,33
Mortalidad por enfermedades crónicas (30 a 69 años)	Proporción de mortalidad por enfermedades crónicas (ODS) en extranjeros	200	4,4%

Fuente: Bases de datos DANE-Applicativo RUAF-ND- Sistema de estadísticas Vitales SDS- EEVV. Año 2023: datos preliminares. Bases de datos SIVIGILA, SDS, Bogotá D.C. Año 2023: datos preliminares. Sistema de vigilancia, alimentaria y nutricional – SISVAN, Bogotá D.C. Año 2023 datos preliminares.

Profamilia y la Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero en su publicación “Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia” identificó que, en las seis ciudades con mayor recepción de población migrante, entre las que se encuentra Bogotá, las barreras en la atención en salud, la falta de información sobre los servicios disponibles e imposibilidad para afiliarse por parte de las migrantes, sumado a el desconocimiento

de los protocolos, xenofobia y violencia de género proveniente de los prestadores de salud, fueron secundarias a la falta de recursos económicos.

Por estas razones, la salud de la población migrante se ha convertido en una de las prioridades de abordaje con enfoque de derechos humanos, con el objeto de garantizar el acceso a los servicios sanitarios orientada hacia la búsqueda de igualdad en materia de salud y los determinantes sociales de la salud.

Población campesina²⁴

En Bogotá, 29.442 personas residen en los centros poblados o áreas rurales dispersas ubicadas en siete de las 20 localidades de la ciudad, de esta población 38,3% equivalente a 11.271 personas, se encontraba en pobreza monetaria en 2021 y 5,7% en inseguridad alimentaria severa equivalente a 1.681 personas.²⁵

La localidad de Sumapaz es la de mayor incidencia en pobreza monetaria extrema (23,56%)²⁶, con una población estimada en 2018 es de 4.077 habitantes, de los cuales el 54,11% reside en la Zona de Reserva Campesina (ZRC)²⁷. En términos de hogares y viviendas, se registran 996 hogares y 1.107 viviendas, mientras que en la ZRC Sumapaz se censaron 494 hogares y 327 viviendas.

A pesar de los beneficios ambientales que ofrece la localidad, los habitantes enfrentan dificultades para acceder a servicios esenciales y viven en condiciones materiales precarias. Enfrentan desafíos en educación, trabajo, vivienda, energía eléctrica, acueducto, recolección de basuras, seguridad alimentaria y nutricional (17,4%), salud mental (2,8%) y seguridad personal. La producción de alimentos se ve afectada por cadenas agroalimentarias inequitativas y la falta de acceso a insumos y vías de acceso, planteando un dilema entre la sustentabilidad del territorio y la necesidad de producción de alimentos con fines económicos.

En cuanto a la cobertura de afiliación al SGSSS en Sumapaz y la ZRC, esta es del 94,4% y 96,0%, respectivamente, siendo el régimen subsidiado el más común (63,2% y 65,3%). La mayoría de la población está afiliada a Capital Salud EPS (49,9%); sin embargo, la disponibilidad de servicios de salud es un desafío crítico, ya que únicamente hay IPS públicas y solo una de ellas es de primer nivel, lo que obliga a la población afiliada a otras EAPB a buscar atención fuera de la zona.

Cabe anotar que dentro de las acciones del PSPIC, se priorizaron familias basándose en criterios epidemiológicos, incluyendo: hipertensión (92.1%), diabetes (5.3%), EPOC (2.6%), conducta suicida (63.6% riesgo severo, 27.3% ideación, 9.1% suicidio consumado), salud mental-riesgo psicosocial (96.2%), gestantes con desnutrición (25%) o exceso de peso (75%), mujeres adolescentes gestantes (0.8%), personas con discapacidad (12.2%), y familias con niños menores de 5 años (64.2%).

Mujeres

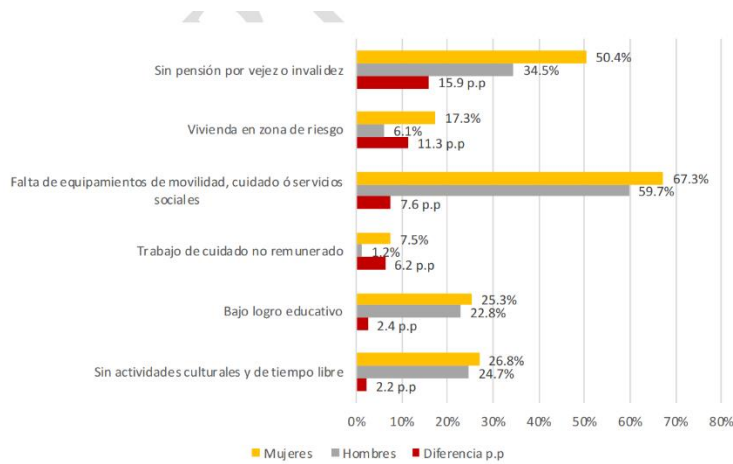
La sobrecarga familiar y comunitaria, junto con la persistencia del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, no solo contribuyen a la mayor pobreza de las mujeres, sino que también restringe su tiempo de ocio, autocuidado y trabajo remunerado. Esto, sumado a las violencias de género y la falta de servicios de cuidado estatales, genera impactos negativos en la salud y conlleva a costos para el Sistema. Además, persiste la falta de corresponsabilidad por parte de otros actores y la necesidad de un cambio cultural estructural.

Al analizar las cifras, se observa que en 2021 la pobreza en Bogotá alcanzó el 40,1%, con un crecimiento de la feminización que llegó al 45,9% en los hogares encabezados por mujeres. La tasa global de participación, con corte a julio, muestra una menor participación de las mujeres (62,1%) en comparación con los hombres (77,9%), aunque ha disminuido en 0,7%, respecto al mismo periodo del 2022. De otra parte, la tasa de desempleo fue mayor en las mujeres (10,0) que en los hombres (9.9), aunque la brecha se redujo en un 2% comparada con el mismo periodo en 2022.

Según el Observatorio de Desarrollo Económico de Bogotá (ODEB), en 2022, el 67,0% de la ocupación de las mujeres se concentró en cuatro actividades económicas: administración pública y defensa (22,5 %), comercio y reparación de vehículos (17,0%), actividades profesionales y científicas (15,8 %) y, trabajos en industrias manufactureras (11,7%).

La distribución desigual del trabajo doméstico y de cuidado no remunerados entre hombres y mujeres, es igualmente amplia. De acuerdo con el primer estudio de Línea Base sobre el Sistema de Cuidado adelantado por la SDM (2022), Bogotá cuenta con 1.342.578 persona cuidadoras: 81% mujeres y 19% hombres. Además, las mujeres cuidadoras dedican en promedio 11 horas y 45 minutos diarios al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, mientras que los hombres no cuidadores dedican en promedio 1 hora y 49 minutos diarios a actividades de cuidado y oficios del hogar.

Ilustración 11 Privaciones por indicador con enfoque de género



Fuente: IPM ampliado para Bogotá 2023.

Durante el período 2016-2022, la incidencia de cáncer de mama en Bogotá aumentó, pasando de 9,4 a 53,1 casos por cada 100.000 mujeres. Las localidades con más casos en 2023 son Antonio Nariño, Santa Fe, Los Mártires y Chapinero, con más de 81,8 casos por cada 100.000 mujeres. El 50,2% de los casos se concentra en Suba, Engativá, Kennedy y Usaquén.

Factores como la percepción errónea de riesgo y las dinámicas laborales pueden retrasar la detección del cáncer de mama en mujeres jóvenes y adultas. Además, el cáncer de mama está relacionado con factores de riesgo como el consumo de alcohol y la obesidad en mujeres mayores, y el estrés crónico y el tabaquismo en mujeres adultas.

En 2022, se notificaron 2.185 nuevos casos de cáncer de mama en Bogotá, un aumento del 17,7% respecto al año anterior. En cuanto al cáncer de cuello uterino, se observa un aumento del 46,4% en nuevos casos en 2022 comparado con 2021, con una prevalencia de 65,8 por 100.000 mujeres.

La sífilis congénita disminuyó en el primer semestre de 2023, pero la sífilis gestacional sigue siendo alta, especialmente en poblaciones vulnerables como migrantes venezolanos. Es crucial abordar la sífilis desde una perspectiva de género para promover la equidad y superar estigmas.

La salud menstrual es fundamental para el bienestar físico y emocional, pero la discriminación y la falta de acceso a productos higiénicos son obstáculos importantes. El 17,2% de las personas menstruantes en Bogotá experimentaron pobreza menstrual en 2021, resaltando la necesidad de políticas públicas al respecto.

El suicidio y la ideación suicida muestran una tendencia al aumento, especialmente en jóvenes. Las mujeres indígenas y mestizas están entre las más afectadas, y las razones incluyen enfermedades mentales, conflictos con la pareja y expareja, y la falta de educación secundaria alta.

Población LGTBIQ+

En 2021, se estimó que la población LGTBIQ+ en Bogotá ascendía a 64.786 personas, lo que representa una tasa de 8,3 por cada mil habitantes. Esto representa un incremento del 23,6% con respecto a 2017, cuando la tasa era de 6,7 por cada mil habitantes. Las localidades con mayor concentración de personas por cada mil habitantes son Chapinero (29,8), Teusaquillo (19,9), La Candelaria (15,2), Los Mártires (13,9) y Santa Fe (12,1), en contraste, en Sumapaz no se registraron personas LGTBIQ+.

Respecto a la identidad de género, se estimó que 6.675 personas no se identifican con su sexo al nacer (0,85 por cada mil habitantes). Estas personas están distribuidas principalmente en Ciudad Bolívar (11,3%), Suba (10,6%), Engativá (10,2%), Bosa (9,0%) y en Usme (8,0%).

La violencia institucional hacia la población LGTBIQ en la atención médica es reconocida como un problema importante que requiere atención y comprensión por parte de los profesionales de la salud. Este es el mayor desafío que enfrenta esta población, especialmente las mujeres transgénero y lesbianas, debido a la discriminación y agresión en la atención sanitaria y a la falta de protocolos específicos y capacitación adecuada para los profesionales de la salud. Otra de las dificultades está relacionada con las violencias y la invisibilidad y subregistro.

Personas que realizan actividades sexuales pagadas (ASP)

En 2017, el 43,8% de las personas en ASP en Bogotá carecían de aseguramiento en salud; sin embargo, en 2022, el porcentaje de afiliación aumentó al 49%, siendo más alto entre personas mayores de 60 años (84,5%) y hombres (57,6%) en comparación con mujeres (48,1%). La nacionalidad es el factor principal que influye en la afiliación (79% colombianas frente al 14% de las extranjeras). La edad también influye, siendo más alta la afiliación entre personas mayores.

Frente al cáncer de mama, se necesita mejorar la conciencia sobre el autoexamen y la mamografía; en 2017, el 45% de las personas en ASP nunca se habían realizado el autoexamen y solo el 28,4% se había hecho la mamografía (en 2023, el 22,3%), siendo más común entre mujeres mayores de 60 años. En relación con el cáncer de próstata, la realización de exámenes también es baja entre hombres en ASP.

Cabe anotar que la estigmatización dificulta que las personas en ASP busquen atención médica; aunque algunas revelan su actividad, la mayoría prefiere no hacerlo por miedo a la discriminación. Las barreras de acceso incluyen ingresos

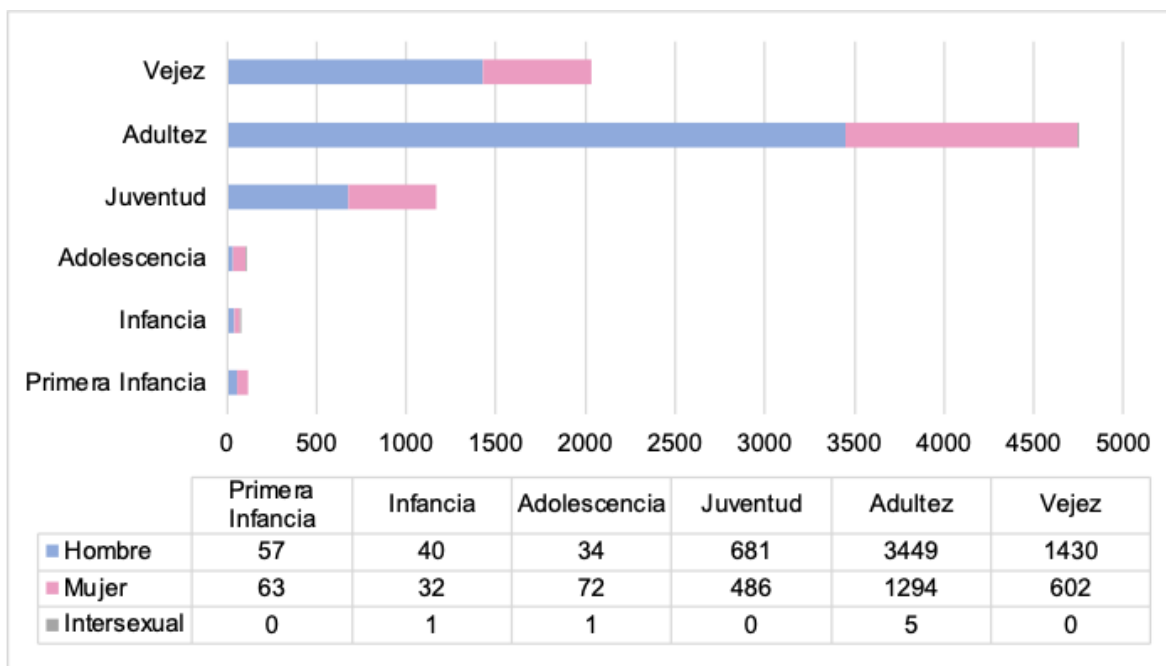
insuficientes, restricciones económicas y limitaciones de tiempo debido a las actividades remuneradas y no remuneradas. Respecto a la salud mental, el cansancio es común, especialmente entre personas mayores y no binarias, el 17,1% ha tenido pensamientos suicidas en el último mes.

Por último, una situación preocupante frente a la seguridad alimentaria y nutricional es que, en 2017, muchas personas en ASP dejaron de consumir comidas debido a la falta de dinero. Los grupos de entre 46 a 59 años y mayores de 60 son los más vulnerables, con condiciones precarias y menos acceso a una dieta completa; esta vulnerabilidad es más alta entre quienes realizan contacto en la calle para la prestación de ASP.

Habitantes de calle²⁸

En el período entre 2018 y 2023, se registraron 8.247 habitantes de calle, la mayoría de ellos hombres (69,0%). Más del 50% se encontraba en la etapa de adultez (entre 29 y 59 años), el 24,6% en la vejez (60 años o más), y el 14,2% se trataba de jóvenes (entre 14 y 28 años). La localidad con la mayor concentración de habitantes de calle es Ciudad Bolívar, con el 18,0%, seguida por Los Mártires (10,2%), Puente Aranda (9,5%) y Santafé (7,4%).

Ilustración 12 Distribución de los habitantes de calle notificados/atendidos por sexo según momento del curso de vida. Bogotá D. C., 2018 a 2023



Fuente: Sistema Integrado de Información - Observatorio de Salud de Bogotá – SaluData. 2018 a 2023, entrega enero 2024

En cuanto a la orientación sexual, el 70,8% son heterosexuales, el 1,3% es homosexual, bisexual, transgénero y otros, y el 27,9% no incluyó información sobre orientación sexual. Solo el 0,1% de los habitantes de calle en Bogotá se identificó étnicamente, mientras que el 99,9% no refirió pertenencia étnica.

Respecto al nivel educativo, aunque el 95,6% de las notificaciones/atenciones carecía de esta información, el 2,5% tenía estudios de secundaria y el 0,9% completó la primaria. Las localidades de Puente Aranda, Los Mártires y San Cristóbal presentaron el mayor número de personas con escolaridad.

Tabla 3 Distribución de notificaciones a SIVIGILA de población habitante de calle por año. Bogotá D. C., 2018 a 2023

Evento	Notificaciones						Total notificaciones	%
	Año							
	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Total general	7	38	16	25	77	120	283	
SIVIGILA 850 VIH-SIDA	0	0	0	0	55	99	154	54,4
SIVIGILA 750 Sífilis gestacional	0	23	10	19	11	13	76	26,9
SIVIGILA 549 Morbilidad Materna Extrema	6	6	4	4	10	4	34	12,0
SIVIGILA 740 Sífilis congénita	0	8	1	2	0	1	12	4,2
SIVIGILA 342 Enfermedades Huerfanos	1	1	1	0	1	0	4	1,4
SIVIGILA 340 Hepatitis B y C	0	0	0	0	0	3	3	1,1

Fuente: Sistema Integrado de Información - Observatorio de Salud de Bogotá – SaluData. 2018 a 2023, entrega enero 2024

Para el reporte a SIVIGILA, el principal evento de mortalidad fue 850 VIH -Sida con 54,4%, siendo Los Mártires registro mayor número de casos por localidad de residencia (n=43), seguida de San Cristóbal (n=18) y Antonio Nariño (n=18). En segundo lugar, se encuentra el evento 750 Sífilis gestacional con 26,9%, ubicándose principalmente en Los Mártires (n=13) y San Cristóbal (n=12). Otros eventos reportados en orden de notificación de mayor a menor se encuentran el 549 Morbilidad Materna Extrema, 740 Sífilis congénita, 342 Enfermedades Huérfanas y evento 340 Hepatitis B y C.

De acuerdo con la base suministrada por GPAISP de los casos de Tuberculosis que ingresaron al programa del 2018 al 2023, se diagnosticaron 354 pacientes, de los cuales el 77,4% (n=274) residían en Bogotá, el 17,2% (n=61) no registraron información y el ,4% (n=19) tenían residencia en otros departamentos. En cuanto a la población habitante de calle residente en Bogotá diagnosticada con tuberculosis es relevante destacar que la mayor concentración se observó en el año 2023, alcanzando un total de 57 casos.

En relación con la realización de la prueba de VIH, el 75,2% de los habitantes de calle se sometió a la prueba, y el 30,6% de ellos resultó positivo. Además, se observó un aumento del 171,4% en los casos de VIH positivos diagnosticados al ingreso al programa de tuberculosis en 2023 en comparación con 2018.

El 5,8% de los habitantes de calle son población extranjera, con un aumento significativo, de un caso en 2020 a 503 en 2023. Las localidades con mayor concentración de habitantes de calle migrantes son Barrios Unidos (26%), Usaquén (10,8%), Teusaquillo (10,3%) y Engativá (9,8%). Durante el cuatrienio, 105 personas no tenían documento de identificación. Se destaca un aumento exponencial de la migración venezolana hacia sectores marginales de la periferia, debido a la pobreza, el desempleo y la violencia política.

En los últimos 10 años, ha habido cambios significativos en la dinámica de ocupación de los habitantes de calle. Se observa una descentralización del fenómeno, que comenzó dos años antes del desmantelamiento del Bronx en 2016, con ocupaciones leves en áreas como Kennedy, Engativá y Suba, incluyendo espacios ambientales como humedales y parques. Esta tendencia se intensificó en 2017, afectando zonas cercanas a Corabastos; entre 2018 y 2019, hubo un aumento notable de la ocupación en nuevos sectores de Usaquén, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, así como una mayor concentración en Kennedy, incluyendo áreas cercanas a Corabastos. Además, una parte de la población habitante de calle se dispersó por zonas verdes, vías principales y cercanías a cuerpos de agua. Fenómeno que se intensificó en 2020 y 2021, durante la pandemia de COVID-19, y se amplió al centro de la ciudad, afectando las localidades de Antonio Nariño, Los Mártires, La Candelaria y Santa Fe.

El cierre temporal de servicios diurnos y la reducción del aforo en servicios nocturnos de hogares de paso durante la pandemia de COVID-19 podría haber contribuido al aumento de la población habitante de calle y su desplazamiento hacia la periferia del Distrito.

Personas privadas de la Libertad (PPL)

De las 21.566 PPL de Bogotá 3.392 se encuentran en régimen contributivo, 12.224 reciben servicios del operador interno (Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá) y 5.639 que se encuentran en detención domiciliaria están afiliados al régimen subsidiado, el cual es financiada con el Fondo de Salud PPL.

Tabla 4 Población privada de la libertad en Bogotá por establecimiento carcelario y afiliación a la seguridad social en salud a agosto 31 de 2023

Establecimiento/ Régimen	Modalidad	BDEX ACTIVO	CONTRIBUTIVO	FONDO SALUD PPL	SUBSIDIADO	Total general
La Picota	Total	190	1679	6987	3216	12072
	Intramural	131	671	6530		7332
	Domiciliaria	59	1008	457	3216	4740
La Modelo	Total	54	1187	3390	1596	6227
	Intramural	9	330	3119		3458
	Domiciliaria	45	857	271	1596	2769
El Buen Pastor	Total	21	512	1805	827	3165

Establecimiento/ Régimen	Modalidad	BDEX ACTIVO	CONTRIBUTIVO	FONDO SALUD PPL	SUBSIDIADO	Total general
	Intramural	7	150	1708		1865
	Domiciliaria	14	362	97	827	1300
Régimen de Excepción	Cpamsejart	26	5	29		60
	Intramural	26	5	29		60
	Cpamsejepo	18	5	4		27
	Intramural	18	5	4		27
	Arbog bogotá	2	4	9		15
	Intramural	2	4	9		15
Total general		311	3392	12224	5639	21566

Fuente: Aseguramiento en Salud INPEC a agosto 31 de 2023

El 59,15% privados de la libertad se encuentran cumpliendo sus condenas intramuros (1.865 mujeres y 10.790 hombres) y el 40,85% en detención domiciliaria (1.300 mujeres y 7.509 hombres).

En relación con las PPL a Cargo de la Entidad Territorial, en la Cárcel distrital y anexo de Mujeres - CDAM a diciembre 31 de 2023 había 1.044 internos, el 11,50% (120) mujeres y el 88,50 % (924) varones. El número de retenidos en URI y Estaciones de Policía a diciembre 31 de 2016 era de 3.016, de ellos, 34 mujeres.

Tabla 5 Número de internos en la cárcel distrital y anexo de mujeres

Régimen	F	M	Total	%
R Contributivo	17	166	183	17,5%
R Subsidiado	103	744	847	81,1%
Prpb Ibde	0	14	14	1,3%
Total	120	924	1044	100,0%

Fuente: Aseguramiento en Salud INPEC a agosto 31 de 2023

4.3 Oferta de servicios en salud en Bogotá

Para el diciembre 31 de 2023 se encontraban inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) 14.710 prestadores de servicios de salud en Bogotá, de los cuales 11.606 (78,90%) están ubicados en la zona Norte, 1.620 (11,01%) en la zona Sur Occidente, 1.060 (7,21%) en la zona Centro Oriente, 416 (2,83%) en la zona Sur, con el restante sin ubicación registrada. De acuerdo con su naturaleza jurídica, el 87,23% profesionales independientes y el 10,78% instituciones prestadoras de servicios de salud.

Tabla 6 Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica, - diciembre 31 de 2023

Tipo Prestador	Mixta	Privada	Pública	Total	%
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	1	1.577	8	1.586	10,78%
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	2	238	18	258	1,75%
Profesional Independiente	0	12.831	0	12.831	87,23%
Transporte Especial de Pacientes	0	35	0	35	0,24%
Total General	3	14.681	26	14.710	100%

Fuente: REPS (MSPS) - fecha de consulta diciembre 31 de 2023

Estos 14.710 prestadores de servicios de salud cuentan con 17.241 sedes, de las cuales el 75,73% se concentra en la zona Norte, el 12,68% en la zona Sur Occidente, el 8,12% en la zona Centro Oriente, el 3,42% en la zona Sur y el 0,05% se registra sin datos de ubicación. El 99,11% de estas sedes corresponde a la red privada, el 0,87% a la red pública y el 0,02% se clasifica como sedes mixtas.

Tabla 7 Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., por localidad, a diciembre 31 de 2023

Localidad-Zona	Instituciones – IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Total general	Porcentaje Distrital
Centro Oriente	267	66	1063	4	1.400	8,12%
Antonio Nariño	74	11	151	1	237	1,37%
Candelaria	9	15	17	0	41	0,24%
Los Mártires	29	7	90	0	126	0,73%
Rafael Uribe Uribe	57	3	315	2	377	2,19%
San Cristóbal	29	4	163	0	196	1,14%
Santa Fe	69	26	327	1	423	2,45%
Norte	2.059	255	10.731	12	13.057	75,73%
Barrios Unidos	233	30	354	3	620	3,59%
Chapinero	499	57	3546	0	4102	23,77%
Engativá	184	28	762	6	980	5,68%
Suba	300	51	975	2	1328	7,70%
Teusaquillo	254	34	914	1	1203	6,97%
Usaquén	589	55	4180	0	4824	27,96%
Sur	104	15	468	2	589	3,42%
Ciudad Bolívar	43	6	217	0	266	1,54%
Sumapaz	2	0	0	0	2	0,01%
Tunjuelito	38	9	138	2	187	1,08%
Usme	21	0	113	0	134	0,78%
Sur Occidente	476	65	1.628	17	2.186	12,68%
Bosa	44	7	340	3	394	2,29%
Fontibón	149	26	377	3	555	3,22%
Kennedy	176	27	659	6	868	5,03%
Puente Aranda	107	5	252	5	369	2,14%
Sin Ubicación	0	0	9	0	9	0,05%
Total General	2.906	401	13.899	35	17.241	100%

Fuente: Elaboración propia con información de descarga oficial del registro actual REPS (Sedes) MSPS, corte diciembre 31 de 2023.

Frente a la habilitación, según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, para diciembre 31 de 2023 la ciudad contaba con 37.174 servicios, siendo el 54,71% de instituciones prestadoras de servicios de salud y el 42,44% de profesionales

independientes. La oferta se concentra en consulta externa (76,14%), apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (18,03%), y servicios quirúrgicos (3,30%). La mayoría de los servicios (94,65%) provienen de prestadores de naturaleza privada. El 29,62% eran de baja complejidad, el 32,86% de mediana complejidad y el 2,03% de alta complejidad. Se registraron 13.216 servicios sin clasificación de complejidad (35,55%).

El 52,14% está asociado a prestadores de componente complementario (especializado), el 33,54% a prestadores primarios (primer contacto de las personas con los centros de salud), y el 14,32% no tiene clasificación. Los servicios del componente primario se concentran principalmente en consulta externa (93,93%), seguido por apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, y atención inmediata. En el componente complementario, la consulta externa representa el 84,59%, y otros servicios (apoyo diagnóstico, atención inmediata, internación quirúrgicos, y transporte asistencial) suman el 15,41%, destacándose en la zona Norte del distrito, especialmente en Usaquén, Chapinero y Suba.

En este contexto, frente a la cobertura de la población en las consultas de valoración integral por momento de vida (32 %), existen varios retos para cumplir, aunque es importante precisar que las principales dificultades identificadas para mejorar el indicador de cobertura se relacionan con los factores culturales de la población.

Una realidad similar se presenta en el marco de la salud respiratoria, dado que una de las necesidades evidenciadas es la confirmación diagnóstica de la EPOC y su severidad, que se presenta mayoritariamente por la baja oportunidad de los servicios en la toma de espirometría. En la red pública la cobertura es aproximadamente del 61%, resultado que evidencia la necesidad de mejora en la cobertura para más de 30.543 personas que reciben atención en salud ambulatoria por esta patología.

Tabla 8 Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C., según prestador y grupo de servicios y naturaleza jurídica, a diciembre 31 de 2023

Grupo de Servicios	Primario	Complementario	SC	Mixta	Privada	Pública	Total general
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	433	1.152	5.119	0	6.179	525	6.704
Atención Inmediata	146	133	0	0	202	77	279
Consulta Externa	11.710	16.395	200	7	27.186	1.112	28.305
Internación	178	478	3	0	543	116	659
Otros Servicios	0	0	1	0	1	0	1
Quirúrgicos	0	1.224	2	0	1.075	151	1.226
Total General	12.467	19.382	5.325	7	35.186	1.981	37.174
Porcentajes	33,54%	52,14%	14,32%	0,02%	94,65%	5,33%	100%

Fuente: REPS (MSPS) - fecha de consulta 31 diciembre 2023.

En cuanto a la capacidad instalada, se registran 52.018 unidades de servicios, de las cuales el 87,42% pertenece al sector privado, el 12,56% a la red pública y el 0,01% a naturaleza mixta, tal como se ilustra en la siguiente tabla. La distribución

por zonas destaca que el 65,40% se concentra en la zona Norte, seguida por el 15,78% en la zona Centro Oriente, 14,87% en la zona Sur Occidente y 3,94% en la zona Sur. La oferta incluye 28.169 consultorios (54,15%), 16.121 camas (30,99%), salas (4,67%), camillas (4,29%), sillas (4,08%), ambulancias (1,72%), y unidad móvil (010%).

Tabla 9 Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en Bogotá D.C., a diciembre 31 de 2023

Zona	Grupo capacidad	Privada	Publica	Mixta	Total	Porcentaje por zona	Porcentaje total distrito
		Diciembre 31 de 2023					
Norte	Ambulancias	394	54	0	448	1,32%	0,86%
	Camas	7.888	1.287	0	9.175	26,97%	17,64%
	Camillas	1.027	197	0	1.224	3,60%	2,35%
	Consultorios	19.368	497	4	19.869	58,40%	38,20%
	Salas	1.787	81	0	1.868	5,49%	3,59%
	Sillas	1.338	60	0	1.398	4,11%	2,69%
	Unidad móvil	38	2	0	40	0,12%	0,08%
	Total Norte	31.840	2.178	4	34.022	100%	65,40%
Centro oriente	Ambulancias	29	33	0	62	0,76%	0,12%
	Camas	2.839	1.182	0	4.021	48,97%	7,73%
	Camillas	284	228	0	512	6,24%	0,98%
	Consultorios	2.521	391	1	2.913	35,48%	5,60%
	Salas	185	87	0	272	3,31%	0,52%
	Sillas	349	80	0	429	5,22%	0,82%
	Unidad móvil	2	0	0	2	0,02%	0,00%
	Total centro Oriente	6.209	2.001	1	8.211	100%	15,78%
Sur	Ambulancias	45	42	0	87	4,25%	0,17%
	Camas	168	595	0	763	37,26%	1,47%
	Camillas	0	122	0	122	5,96%	0,23%
	Consultorios	718	250	0	968	47,27%	1,86%
	Salas	24	26	0	50	2,44%	0,10%
	Sillas	0	57	0	57	2,78%	0,11%
	Unidad móvil	1	0	0	1	0,05%	0,00%
	Total Sur	956	1.092	0	2.048	100%	3,94%
Sur occidente	Ambulancias	253	46	0	299	3,87%	0,57%
	Camas	1.503	659	0	2.162	27,96%	4,16%
	Camillas	229	142	0	371	4,80%	0,71%
	Consultorios	4.069	345	1	4.415	57,09%	8,49%
	Salas	209	29	0	238	3,08%	0,46%
	Sillas	199	40	0	239	3,09%	0,46%
	Unidad móvil	5	4	0	9	0,12%	0,02%
	Total Sur Occidente	6.467	1.265	1	7.733	100%	14,87%
Sin ubicación	Consultorios	4	0	0	4	100,0%	0,01%
	Total sin ubicación	4	0	0	4	100,0%	0,01%
Total distrito	Ambulancias	721	175	0	896	1,72%	
	Camas	12.398	3.723	0	16.121	30,99%	
	Camillas	1.540	689	0	2.229	4,29%	
	Consultorios	26.680	1.483	6	28.169	54,15%	
	Salas	2.205	223	0	2.428	4,67%	
	Sillas	1.886	237	0	2.123	4,08%	
	Unidad móvil	46	6	0	52	0,10%	
	Sin ubicación	4	0	0	4	0,01%	
Total general		45.476	6.536	6	52.018	100%	

Fuente: Elaboración propia con información de descarga oficial del registro actual REPS (Capacidad instalada) MSPS, corte diciembre 31 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, se observa que la capacidad instalada es inequitativa, pero si revisamos como referencia los indicadores de la OCDE, en América Latina

y el mundo, se observa que también es baja, lo cual afecta la cobertura del modelo de atención.

Tabla 10 Indicadores comparativos de capacidad instalada

Por 1000 habitantes	Bogotá D.C.			OCDE	Mundo	América Latina
	2021	2024	2035			
Camas	1,92	2,09	2,72	4,71	2,89	1,89
Médicos	4,65	4,50	4,77	2,92	1,56	2,28
Enfermeras	1,84	2,62	4,16	9,11	3,80	5,06

Fuente: Fuente: Elaboración propia con información de descarga oficial del registro actual REPS (Capacidad instalada) MSPS, corte diciembre 31 de 2023

Frente a las modalidades de atención, se destaca la intramural (35.174), seguida de la telemedicina (3.091), prestador referencia (2.809), telemedicina interactiva (2.480), domiciliario (2.307) y extramural (1.896). El 94,98% de los servicios son de naturaleza privada, mientras que el 5,00% son públicos. La distribución por zonas revela que la zona Norte concentra el 72,96% de los servicios, seguida por Sur Occidente (14,54%), Centro Oriente (9,60%) y Sur (2,90%).

En la zona rural en Bogotá, para el 31 de diciembre de 2023, se contaba con 19 sedes de prestadores de servicios. De estas nueve son de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, siete son de Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud y tres Profesionales Independientes. El 68,42% son privadas y el 31,58% públicas.

Por su parte, la capacidad instalada rural de la zona sur corresponde a 4 ambulancias, 3 camas de hospitalización, 4 camillas de observación, 21 consultorios para actividades de consulta externa y 2 sala para atención de partos; mientras que la zona norte registra 169 camas, 51 camillas, 53 consultorios y 12 salas. La Clínica Juan N Corpas Ltda. es la sede con mayor capacidad instalada con el 74,39%.

De otro lado, se ofrecen 130 servicios de salud (68 privados y 62 públicos), concentrando el 53,85% en consulta externa, el 24,62% en servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, el 8,46% son servicios del grupo quirúrgico, el 6,92% en internación y el 6,15% en atención inmediata.

En el marco del anterior contexto, es importante mencionar que, respecto a la capacidad física instalada y de ofertas de servicios en la Red Pública, se ha fortalecido la infraestructura de 13 centros de salud y 4 hospitales, con la construcción de nuevas obras y el reordenamiento de algunas existentes.

De lo hasta aquí expuesto, se evidencia que existe inequidad en el acceso a la salud, especialmente en los bordes al occidente y al sur de la ciudad, dado que no hay una relación equilibrada entre la demanda poblacional y la oferta existente. Predominan altos niveles de déficit tanto de cobertura como de proximidad. Afirmación que se ratifica con el estudio que se hizo para actualizar el POT, en donde se encontró que solo el 37% de las manzanas de los estratos del 1

al 6 cuentan con cobertura de servicios de salud, lo que implica un déficit significativo en términos de acceso a atención médica en ciertas áreas de la ciudad³⁴.

Al respecto, se anota que las actuaciones y decisiones urbanísticas se han concentrado en la generación y regulación de equipamientos nuevos, dando la espalda a una amplia oferta de suelo dotacional existente, que tiene bajas condiciones de desarrollo y que puede resultar estratégico si se le brindan ventajas normativas para un mayor aprovechamiento. Además, la normativa que hace complejos los instrumentos destinados a la planeación y licenciamiento del suelo y la falta de mecanismos de gestión de suelo acordados entre los sectores públicos y prestadores de servicios (educación, salud, cultura, recreación, etc.), ha llevado a que prime el interés de cada uno sobre compartir el suelo, dificultando la generación de sinergias para compartir servicios y funciones en un globo de terreno, y para avanzar hacia el concepto de la "Ciudad de los 30 minutos", el cual promueve la eficiencia y la interconexión, permitiendo a los diferentes actores y sectores acceder rápidamente a una variedad de servicios sociales, del cuidado, espacios culturales y centros de trabajo. La reducción de tiempos de desplazamiento no solo beneficia al medio ambiente al disminuir emisiones, sino que también construye redes tangibles de servicios para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

En cumplimiento al Acuerdo 641 de 2016 “por medio del cual se efectúa la reorganización del sector Salud de Bogotá, Distrito Capital...” , los prestadores de salud de naturaleza pública se organizaron en 4 subredes de atención así: Subred Norte, conformada para la atención de las localidades de Engativá, Suba, Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo; Subred Centro Oriente, conformada para la atención de las localidades de La Candelaria, Los Mártires, Santa Fe, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal; Subred Sur, conformada para la atención de las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Usme y Tunjuelito, y Subred Sur occidente, conformada para atención de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

Adicionalmente, durante el 2020 en respuesta a la emergencia del COVID-19 se implementó un proceso de intervención territorial en Bogotá, a través de los Equipos de Atención en Casa, los cuales en la actualidad tienen una cobertura del 53% de las UPZ, concentrándose en localidades con alta morbilidad y condiciones sociales y económicas desfavorables, y con inequidades en el acceso a servicios de salud. Se adscriben equipos interdisciplinarios a territorios específicos para abordar las necesidades locales con criterios de humanización e integralidad.

En relación con los grupos étnicos, desde la Secretaría Distrital de Salud se reconoce la importancia de los saberes ancestrales, especialmente en las poblaciones Negra, Afrocolombiana e Indígena, y se promueve la incorporación del enfoque poblacional diferencial étnico para comprender las realidades y necesidades en salud. Este reconocimiento se refleja en acciones concretas como la estrategia "Kilombos de abordaje diferencial" que fortalece procesos de cuidado y autocuidado, las jornadas y paneles de saberes ancestrales, la generación de un

herbolario que recoge tradiciones de la comunidad Muisca de Bosa y el apoyo de la medicina ancestral indígena, mediante la promoción de la participación de parteras.

4.4 Determinantes Sociales y Ambientales

Para mejorar el bienestar de los habitantes de Bogotá y reducir las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles en salud (Cardona, Acosta y Bertone, 2013) es importante comprender los determinantes sociales de la salud. Más allá del tratamiento de enfermedades, es fundamental crear entornos propicios que fomenten la prevención y promoción de la salud, por lo que entender los factores sociales, económicos y ambientales que impactan en la salud permite desarrollar intervenciones coordinadas y efectivas.

El mayor reto para lograr impactar los determinantes sociales y ambientales está en lograr una gobernanza que garantice la identificación, planeación y mitigación de los mismos. De ahí que la estrategia de Atención Primaria Social se enfocará como la respuesta a esta debilidad estructural histórica. A continuación, se exponen los principales determinantes identificados en el Distrito Capital.

4.4.1 Pobreza

Las condiciones socioeconómicas ejercen un impacto significativo en la salud. Aquellos que viven en situación de pobreza o pobreza extrema no solo enfrentan dificultades para acceder a los servicios de salud y recibir tratamientos oportunos y adecuados, además tienen problemas de adherencia a los tratamientos y se encuentran expuestos a mayores riesgos para la salud.

El índice de pobreza multidimensional de Bogotá en 2022 fue de 3,8%, lo que significa que 38 personas de cada 1000 tuvieron privación en al menos el 33% de los 15 indicadores que mide este Índice, el cual abarca aspectos como educación, salud, vivienda y acceso a servicios básicos. Por su parte, la pobreza monetaria extrema, que se basa en el ingreso, fue del 8,1%. Las localidades más afectadas fueron Sumapaz (23,56%), Santa Fe (21,79%) y Ciudad Bolívar (21,74%), mientras que Fontibón (5,26%), Teusaquillo (5,35%) y Usaquén (5,47%) mostraron los porcentajes más bajos.

4.4.2 Procesos económicos

Los procesos económicos no solo influyen en el empleo, los ingresos, la inversión, el consumo y la distribución de la riqueza, sino que además tienen incidencia en la salud por su impacto directo en las condiciones y calidad de vida de las personas, debido a que determinan su acceso a bienes y servicios básicos como vivienda, alimentación nutritiva, educación y atención médica, y además por las condiciones de trabajo (seguridad laboral, carga laboral, exposición a sustancias tóxicas, estrés laboral, etc.). Por lo tanto, entenderlos y gestionarlos adecuadamente es esencial para reducir las desigualdades de la salud y mejorar el bienestar de la población.

Bogotá representa en promedio el 25,9% de la producción interna bruta del país y el 17,7% de las unidades económicas. Según el Directorio Estadístico de Empresas (DEE), para el año 2023 la ciudad contaba con 423.056 empresas activas (97,8% micro y pequeñas empresas), concentradas principalmente en las localidades Suba (12%), Usaquén (10%), Kennedy (10%), Chapinero (9%) y Engativá (9%), y en un 30% operando en viviendas⁵⁰.

De acuerdo con la Encuesta de Micronegocios EMICRON para el año 2022 el 65,1% de los micronegocios en Bogotá no aportaron a salud ni pensión, y el 88,9% no realizó los aportes obligatorios a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Esto hace, entre otras, que la población trabajadora informal enfrente problemas de salud relacionados con accidentes y enfermedades laborales, sin recibir atención adecuada, y esté expuesta a riesgos ocupacionales.

En relación con la salud ocupacional, el subsistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de la Secretaría de Salud de Bogotá (SIVISTRA) abordó 3.432 trabajadores informales en 2023, principalmente en las localidades de Engativá (13,9%), Usaquén (11,2%), Suba (10,9%), Kennedy (9,5%) y Barrios Unidos (9,0%). Los accidentes laborales estuvieron asociados principalmente a riesgos de seguridad (73,1%), y las lesiones más comunes fueron heridas (48,9%), quemaduras (21,5%) y fracturas (10,5%). Además, se identificaron 12.464 niños, niñas y adolescentes trabajadores, con mayor presencia en localidades como Ciudad Bolívar (1.803), Bosa (1.485), Kennedy (1.424) y Suba.

En relación con sus condiciones sanitarias, producto de las intervenciones realizadas, se observó que del total de establecimientos intervenidos (170.074) el 23% cumplieron, el 59% está en proceso de cumplimiento y el 4% se encuentra con condiciones higiénico sanitarias inadecuadas.⁵¹

En cuanto a la ocupación, los sectores que generan mayor empleo en Bogotá son el comercio, la administración pública y defensa, la educación, la atención a la salud humana y las industrias manufactureras. En estratos socioeconómicos bajos, el comercio es una actividad significativa, mientras que, en estratos altos, las actividades administrativas y profesionales son más predominantes.

Frente al nivel de ingreso de los trabajadores informales intervenidos, en su mayoría presentaron una remuneración de un SMMLV (51,5%), seguido por menos de un SMMLV (27,8%), entre uno y dos SMMLV (20,2%) y dos o más SMMLV (0,4%). La forma de pago es, en su orden, a destajo (86,5%) y monetaria fija (13,5%), cuya periodicidad del pago varía entre diaria (62,3%) o cada 8 o 15 días (33,2%).

Se evidencian disparidades en el nivel de ingresos entre localidades, mientras el 33% de los hogares en Usaquén reportan ingresos superiores a cinco salarios mínimos, la mayoría de ellos hogares de Usme y Ciudad Bolívar reciben ingresos iguales o inferiores al salario mínimo. El coeficiente Gini es del 0,5352, es decir, moderado/alto, siendo las localidades más inequitativas Santa Fe (0,65), La Candelaria (0,60) y Suba (0,56).

4.4.3 Educación

La educación constituye un determinante de la salud en sí mismo e incide en otros determinantes; está asociada con mayor esperanza de vida, menor incidencia en enfermedades crónicas y mejores capacidades para acceder y comprender la información de salud (riesgos e indicaciones médicas), lo cual le permite tomar mejores decisiones frente a la adquisición de hábitos saludables y facilita la adherencia al tratamiento. Así mismo, brinda mayores oportunidades para acceder a mejores empleos e ingresos.

En 2021, el 54,7% de la población bogotana indicó que el nivel educativo más alto alcanzado fue el de educación media, siendo la mayor proporción en los estratos 1, 2 y 3, con el 84,5%, 75,7% y 52,1%, respectivamente. Por su parte, en los estratos 4, 5 y 6 casi la mitad de las personas terminó educación universitaria (44,5%, 45,6% y 45,9% respectivamente).

Al revisar por localidades, las disparidades también son notorias, mientras en Usme (3,8%), Ciudad Bolívar (3,8%) y San Cristóbal (3,1%) habitan personas que manifestaron no haber cursado algún nivel educativo; en Teusaquillo (41,3%), Chapinero (37,7%) y Usaquén (35,2%) se presenta la mayor proporción de habitantes que han accedido a la educación universitaria.

4.4.4 Cultura

La infraestructura cultural de la ciudad incluye más de 600 equipamientos, como auditorios, galerías, bibliotecas, centros de formación y museos; en su mayoría ubicados en Teusaquillo (79), Santa Fe (64), Chapinero (63), La Candelaria (52), Suba (45) y Ciudad Bolívar (36).

Estos espacios desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud al ofrecer oportunidades para el disfrute del tiempo libre, el aprendizaje, la socialización y la expresión artística. Por ejemplo, la participación en actividades culturales fomenta el bienestar emocional y mental, ayudando a prevenir enfermedades relacionadas con el estrés, la ansiedad y la depresión. Además, la disponibilidad de bibliotecas y espacios de lectura contribuye a mejorar la salud cognitiva y reducir el riesgo de enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer.

4.4.5 Servicios públicos

Los servicios públicos, como el suministro de agua potable, el saneamiento básico, la gestión integral de residuos sólidos y la movilidad son esenciales para garantizar condiciones de vida saludables y prevenir enfermedades; entre otras, porque promueven entornos de vida saludables y evitan la contaminación sobre los

recursos naturales aire, agua y suelo, la generación de malos olores y la proliferación de vectores.

Bogotá es una ciudad que se caracteriza por tener buena cobertura de servicios públicos básicos⁵³; durante los últimos seis años el 98,9% de los predios con uso residencial registró tener todos los servicios básicos más un complementario (teléfono, gas natural y/ o alumbrado público); el 0,3% servicios básicos incompletos (falta acueducto, alcantarillado o energía) y el 0,6% registró no tener servicios.

De acuerdo con la información suministrada por el proceso de actualización catastral, para la vigencia 2021, las localidades en donde debe focalizarse el suministro de servicios básicos son Ciudad Bolívar⁵⁴, Engativá, Suba y Usme, principalmente. Así mismo en la localidad de Suba, San José de Bavaria, barrio de estrato alto, registra 1.273 predios sin servicios de alcantarillado. (Secretaría Distrital de Hábitat & Alcaldía mayor de Bogotá D.C., 2024).

En relación con la calidad de los servicios, el agua se verifica a través del índice de riesgo de calidad del agua, el cual, para la EAAB-ESP, siempre ha estado en el rango de 0 a 5%, lo cual significa que no presenta riesgo para la salud de las personas. En relación con los sistemas de abastecimiento restantes, se evidencia que las localidades de Suba y Usaquén no presentan riesgo; Engativá, San Cristóbal, Fontibón, Santa Fe y Ciudad Bolívar tienen un riesgo bajo; Usme y Chapinero riesgo medio, y la localidad de Sumapaz riesgo alto.

De otro lado, el manejo inadecuado de residuos sólidos y la falta de mantenimiento de áreas verdes, canales y alcantarillado, obras de construcción, entre otros factores, principalmente en áreas urbanas como Ciudad Bolívar, Usme y Kennedy, es un problema que ocasiona proliferación de vectores como roedores e insectos. Se llama la atención sobre el botadero Doña Juana que, a pesar de haber tenido intervención en los últimos gobiernos, sigue siendo una prioridad.

4.4.6 Desarrollo Urbano, Vivienda y habitabilidad

El crecimiento urbanístico influye en la salud y en las disparidades en salud entre diferentes grupos socioeconómicos, debido a que está asociado con una mayor densidad de población, un acceso más limitado a los servicios y estilos de vida menos saludables, lo que aumenta no solo la exposición a la contaminación del aire, el ruido y la falta de acceso a espacios públicos, sino el riesgo a presentar enfermedades respiratorias, auditivas, mentales, crónicas y cardiovasculares.

La vivienda, por su parte, también es un determinante de la salud, dado que si esta se encuentra en mal estado no solo aumenta el riesgo de accidentes y lesiones, sino que atrae plagas, moho, humedad y otros factores que pueden generar alergias, enfermedades respiratorias y de la piel. Así mismo, el número de integrantes en los hogares genera riesgos de salud, mientras el hacinamiento hace que sean más vulnerables a la transmisión de enfermedades infecciosas, estrés,

violencias y abuso a menores; los hogares unipersonales enfrentan riesgos de depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental.

Adicionalmente, el entorno de las viviendas también influye en la salud, los habitantes que se ubican cerca de las industrias o vías con mucho tráfico se exponen a contaminación ambiental y a enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y los que están cerca a sitios en donde hay expendio de drogas están más propensos al consumo de sustancias psicoactivas y a problemas de violencias y salud mental.

En cuanto a las mascotas, si bien inciden positivamente en la salud, considerando que son apoyo, traen beneficios emocionales, fomentan el ejercicio, y reducen la soledad y el aislamiento social, entre otros; también representan un desafío para la salud pública, especialmente en localidades densamente pobladas, considerando que pueden causar lesiones, transmitir enfermedades y generar estrés por responsabilidades y costos.

El crecimiento urbanístico ha generado conflictos socioambientales, especialmente en áreas rurales cercanas a minas, humedales y zonas de extracción de materiales. Además, la gestión inadecuada de residuos sólidos afecta diversas localidades, siendo Ciudad Bolívar, Kennedy y zonas comerciales las más afectadas.

En 2022, el área construida creció en 4.34 millones de m² respecto al año anterior, alcanzando un total de 296.6 millones de m². Las localidades con más de 100 mil predios son Suba, Usaquén, Kennedy, Engativá, Chapinero, Bosa, Fontibón y Ciudad Bolívar. En cuanto al arbolado urbano, en 2022 se censaron 1.4 millones de árboles, con un 57% de especies nativas, Barrios Unidos y Teusaquillo tienen los mejores indicadores de espacio público efectivo, con 13.54 m²/hab. y 12.2 m²/habs., respectivamente.

En relación con las viviendas, en la cabecera de Bogotá, según cifras de 2021, la mayoría son apartamentos (60,7%), siendo las localidades urbanas de Chapinero, Teusaquillo y Usaquén las que tienen mayor porcentaje (80%); Usme es la única localidad donde predominan casas (61,2%), y Los Mártires es donde hay mayor proporción de hogares tipo cuarto (16,9%).

Los Mártires presenta mayor proporción de viviendas cerca de industrias y fábricas (52,7%) y de expendios de drogas (41,0%). Tunjuelito registra un porcentaje alto en proximidad a industrias y fábricas (48,9%) y a plazas de mercado y mataderos (53,3% y 38,6%, respectivamente). Estas condiciones pueden influir significativamente en la salud y el bienestar de sus habitantes.

El 19,3% de los hogares son unipersonales, según cifras de 2021, siendo Teusaquillo, Chapinero y La Candelaria las localidades con mayor proporción; Ciudad Bolívar, Bosa y Usme, por su parte, con 37,3%, 37,2% y 36,0%, respectivamente, tienen más hogares con cuatro personas o más.

El 40,2% de los hogares en la cabecera de Bogotá tienen al menos una mascota, con datos de 2021. Cabe anotar que, de acuerdo con la Secretaría Distrital de Salud, para el año 2023 la ciudad cuenta con 1.135.387 perros y 267.803 gatos, concentrados principalmente en las localidades de Kennedy (12,7%), Suba (11%), Engativá (10,9%), Ciudad Bolívar (9,4%) y Fontibón (8,7%).

Es importante mencionar que durante el año 2023 se notificaron 388 casos de enfermedades zoonóticas, dentro de estas la leptospirosis es el evento con el mayor reporte con 39,2%, seguido de brucelosis canina con una proporción de 37,1%; dentro de otros eventos se mantiene la erlichiosis dentro de los eventos de mayor notificación.⁵⁵

4.4.7 Movilidad

Desde el año 2000 entró en funcionamiento el sistema de transporte masivo Transmilenio, el cual está compuesto por vehículos articulados y servicios alimentadores, cuenta con 135 estaciones y aproximadamente 1.7 millones de usuarios diarios. Aunque inicialmente fue bien recibido, la percepción de los usuarios ha cambiado debido a problemas de servicio⁵⁶. La accesibilidad para personas con discapacidades presenta dificultades, y la malla vial, fundamental para el transporte, experimenta altos niveles de congestión y accidentes, especialmente en zonas arteriales.

La encuesta de movilidad revela que el tiempo de desplazamiento, los modos de transporte y la movilidad hacia municipios aledaños son áreas de preocupación, los mayores tiempos promedio de viaje hacia Bogotá (alrededor de 2 horas) fueron: Sibate, Sopo, Facatativá y Bojacá.

En cuanto a los modos de transporte, el tiempo promedio dentro del vehículo oscila entre los 40 y 52 minutos para transporte público y privado, siendo el auto el que mayor tiempo ostentó. Al revisar los tiempos de espera antes de acceder al vehículo, el SITP zonal fue el que mayor tiempo demandó con 21 minutos; las caminatas antes de acceder al vehículo estuvieron entre 1 y 10 minutos, siendo los mayores tiempos para el Sistema de Transporte Integrado.

Las localidades con mayores inconvenientes en términos de accesibilidad y movilidad son Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy y Usme. Además, las áreas con un mayor número de siniestros viales incluyen a Kennedy, Engativá, Suba, Ciudad Bolívar y Fontibón. Estas zonas experimentan desafíos significativos relacionados con la calidad del transporte, congestión vial y accidentes, lo que destaca la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la movilidad y seguridad en estas áreas.

4.4.8 Seguridad Alimentaria

El aumento de la pobreza y la tasa de desempleo durante la pandemia incrementaron la inseguridad alimentaria en los hogares, pasando de 19.5% a 36.2%, afectando especialmente a aquellos con jefatura femenina (18.1%), pertenencia étnica⁵⁷ y condición de migrantes (28.1%). Los datos de la Encuesta Multipropósito de 2021 muestran un aumento significativo en la proporción de hogares que no consumieron alguna comida debido a la falta de dinero⁵⁸. Además, se evidencian efectos en el estado nutricional de la población, con un aumento en el riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años y una disminución en la prevalencia de exceso de peso en la población de 5 a 17 años.

Las principales situaciones de inseguridad alimentaria en los hogares urbanos fueron: preocupación por la posible escasez de alimentos (22.4%), alimentación limitada en variedad de alimentos (21.3%), y la dificultad para mantener una dieta saludable, (17.7%). Los hogares de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 experimentaron con mayor frecuencia inseguridad alimentaria moderada y grave, siendo las localidades Rafael Uribe Uribe (44,8%), Bosa (41,1%) y Usme (40,2%) las más afectadas, en comparación con los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6, donde fue menos común.

4.4.9 Calidad del aire

La contaminación del aire es el mayor riesgo ambiental para la salud humana en Bogotá, es producida, en su orden, por industrias; vehículos (especialmente diesel); emisiones fugitivas derivadas de actividades como explotación de canteras o vías en mal estado o en construcción, y actividades propias del ser humano como cocinar con leña, quemar basura y tabaquismo, entre otras (Secretaría Distrital de Salud, 2023 – Boletín No. 23 Aire).

El informe anual de la calidad del aire de Bogotá 2021, muestra que el comportamiento de la contaminación por PM10 y PM2.5 tiene concentraciones más altas en la zona suroccidental de la ciudad, en las localidades Kennedy, Bosa, Ciudad Bolívar y Tunjuelito, con un rango entre 47 y 68 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Las concentraciones más bajas de PM10 se registraron hacia el centro, norte y oriente de la ciudad, en las localidades San Cristóbal, Santa Fe, Antonio Nariño, Los Mártires, Teusaquillo, y parte de Suba y Engativá, con concentraciones entre 20 y 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, mientras de PM2,5 se registraron en Usme, con valores entre 11 y 12 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. La desigualdad en la exposición al aire afecta principalmente a hogares de bajos ingresos y a grupos vulnerables como niños y adultos mayores, generando enfermedades respiratorias, cardiovasculares, crónicas como cáncer y problemas neurológicos y dermatológicos, entre otros.

4.4.10 Vectores (insectos y roedores)

Si bien en el Distrito Capital no se encuentran los vectores que transmiten enfermedades de interés en salud pública como dengue, malaria, fiebre chikungunya, fiebre amarilla y enfermedad por el virus de Zika⁵⁹, existe un

problema sanitario generado por enfermedades transmitidas por roedores e insectos.

En relación con los roedores, estos se concentran en localidades densamente pobladas como Ciudad Bolívar, Usme, Kennedy, Bosa, Usaquén, Engativá y Suba, las cuales albergan más del 69% de la población de humanos de la ciudad y desarrollan diferentes actividades económicas que, de no manejarse adecuadamente, se configuran en facilitadores de condiciones para su proliferación.

4.5 Morbilidad y Mortalidad

4.5.1 Morbilidad

En Bogotá, dadas ciertas condiciones de acceso y cobertura a los servicios sanitarios como la mayor disponibilidad de prestadores de servicios de salud, en primer nivel y especializados, la cobertura de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, entre otros, se documentan tradicionalmente en los Análisis de Situación de Salud elaborados en los años anteriores unos indicadores de resultados en salud mejores que los nacionales. Sin embargo, la ciudad aun presenta diferentes retos y condiciones de vida que favorecen la ocurrencia de diferentes condiciones y eventos en salud que deben ser tenidos en cuenta para la planificación y gestión en el sector salud

En general, se identifica un predominio importante de las condiciones no transmisibles, tanto en morbilidad como en mortalidad, encontrando que las atenciones en salud aumentaron progresivamente en proporción con un pico máximo en el año 2023, periodo en el que aportaron el 72,9% (2.294.686). Este comportamiento es similar en ambos sexos (Ver Tabla 1.)

Tabla 11 Grandes causas de morbilidad atendida, tendencia en proporción de atenciones por grandes causas de Morbilidad atendida, Bogotá, 2009-2023 y semaforización de diferencia de proporciones según sexo 2023

Gran Causa de Morbilidad Atendida	Tendencia Bogotá	
	% Atenciones Hombres (2023)	% Atenciones Mujeres (2023)

1. Enfermedades No Transmisibles	72,9	72,98	<p style="text-align: center;">Enfermedades no transmisibles</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2009</td><td>66,7</td></tr> <tr><td>2010</td><td>66,2</td></tr> <tr><td>2011</td><td>68,0</td></tr> <tr><td>2012</td><td>71,4</td></tr> <tr><td>2013</td><td>70,2</td></tr> <tr><td>2014</td><td>71,5</td></tr> <tr><td>2015</td><td>68,3</td></tr> <tr><td>2016</td><td>67,3</td></tr> <tr><td>2017</td><td>66,0</td></tr> <tr><td>2018</td><td>57,6</td></tr> <tr><td>2019</td><td>68,9</td></tr> <tr><td>2020</td><td>71,7</td></tr> <tr><td>2021</td><td>71,5</td></tr> <tr><td>2022</td><td>72,0</td></tr> <tr><td>2023</td><td>72,9</td></tr> </tbody> </table>	Año	Porcentaje	2009	66,7	2010	66,2	2011	68,0	2012	71,4	2013	70,2	2014	71,5	2015	68,3	2016	67,3	2017	66,0	2018	57,6	2019	68,9	2020	71,7	2021	71,5	2022	72,0	2023	72,9
Año	Porcentaje																																		
2009	66,7																																		
2010	66,2																																		
2011	68,0																																		
2012	71,4																																		
2013	70,2																																		
2014	71,5																																		
2015	68,3																																		
2016	67,3																																		
2017	66,0																																		
2018	57,6																																		
2019	68,9																																		
2020	71,7																																		
2021	71,5																																		
2022	72,0																																		
2023	72,9																																		
2. Signos y Síntomas mal Definidos	11,0	13,54	<p style="text-align: center;">Signos y Síntomas mal Definidos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2009</td><td>11,1</td></tr> <tr><td>2010</td><td>12,6</td></tr> <tr><td>2011</td><td>11,8</td></tr> <tr><td>2012</td><td>10,3</td></tr> <tr><td>2013</td><td>10,8</td></tr> <tr><td>2014</td><td>10,1</td></tr> <tr><td>2015</td><td>11,3</td></tr> <tr><td>2016</td><td>12,8</td></tr> <tr><td>2017</td><td>16,2</td></tr> <tr><td>2018</td><td>27,0</td></tr> <tr><td>2019</td><td>14,2</td></tr> <tr><td>2020</td><td>14,0</td></tr> <tr><td>2021</td><td>17,0</td></tr> <tr><td>2022</td><td>14,3</td></tr> <tr><td>2023</td><td>12,4</td></tr> </tbody> </table>	Año	Porcentaje	2009	11,1	2010	12,6	2011	11,8	2012	10,3	2013	10,8	2014	10,1	2015	11,3	2016	12,8	2017	16,2	2018	27,0	2019	14,2	2020	14,0	2021	17,0	2022	14,3	2023	12,4
Año	Porcentaje																																		
2009	11,1																																		
2010	12,6																																		
2011	11,8																																		
2012	10,3																																		
2013	10,8																																		
2014	10,1																																		
2015	11,3																																		
2016	12,8																																		
2017	16,2																																		
2018	27,0																																		
2019	14,2																																		
2020	14,0																																		
2021	17,0																																		
2022	14,3																																		
2023	12,4																																		
3. Condiciones transmisibles y Nutricionales	10,0	8,32	<p style="text-align: center;">Condiciones transmisibles y nutricionales</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2009</td><td>15,6</td></tr> <tr><td>2010</td><td>14,7</td></tr> <tr><td>2011</td><td>13,6</td></tr> <tr><td>2012</td><td>12,3</td></tr> <tr><td>2013</td><td>12,0</td></tr> <tr><td>2014</td><td>11,3</td></tr> <tr><td>2015</td><td>12,2</td></tr> <tr><td>2016</td><td>12,0</td></tr> <tr><td>2017</td><td>11,0</td></tr> <tr><td>2018</td><td>9,5</td></tr> <tr><td>2019</td><td>10,1</td></tr> <tr><td>2020</td><td>8,0</td></tr> <tr><td>2021</td><td>5,9</td></tr> <tr><td>2022</td><td>8,2</td></tr> <tr><td>2023</td><td>9,1</td></tr> </tbody> </table>	Año	Porcentaje	2009	15,6	2010	14,7	2011	13,6	2012	12,3	2013	12,0	2014	11,3	2015	12,2	2016	12,0	2017	11,0	2018	9,5	2019	10,1	2020	8,0	2021	5,9	2022	8,2	2023	9,1
Año	Porcentaje																																		
2009	15,6																																		
2010	14,7																																		
2011	13,6																																		
2012	12,3																																		
2013	12,0																																		
2014	11,3																																		
2015	12,2																																		
2016	12,0																																		
2017	11,0																																		
2018	9,5																																		
2019	10,1																																		
2020	8,0																																		
2021	5,9																																		
2022	8,2																																		
2023	9,1																																		

4. Lesiones	5,9	3,61	<p style="text-align: center;">Lesiones</p>
5. Condiciones Maternas perinatales	0,3	1,55	<p style="text-align: center;">Condiciones maternas</p>

Fuente Bogotá: 2009-2018 Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO. Fecha de actualización: 29 de julio de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)

Fuente Bogotá: 2019-2023 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 abril). Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/04/21) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/01/31) (Secretaria Distrital de Salud & Dirección de Planeación Sectorial, 2024)

Nota: El sombreado de las celdas representa la significancia estadística de la diferencia en las proporciones encontradas en los datos a nivel nacional y en la ciudad de Bogotá, a partir del cálculo de diferencias relativas y de los intervalos de confianza al 95% de las razones de tasas de acuerdo con el método de Rothman KJ y Greenland S, según lo descrito en la guía metodológica para la elaboración del ASIS y los anexos técnicos correspondientes Ministerio de Salud y Protección Social

*Amarillo: No hay diferencias estadísticamente significativa entre las dos proporciones

*Rojo: El indicador es significativamente más alto en la ciudad de Bogotá

*Verde: El indicador es significativamente más bajo en la ciudad de Bogotá

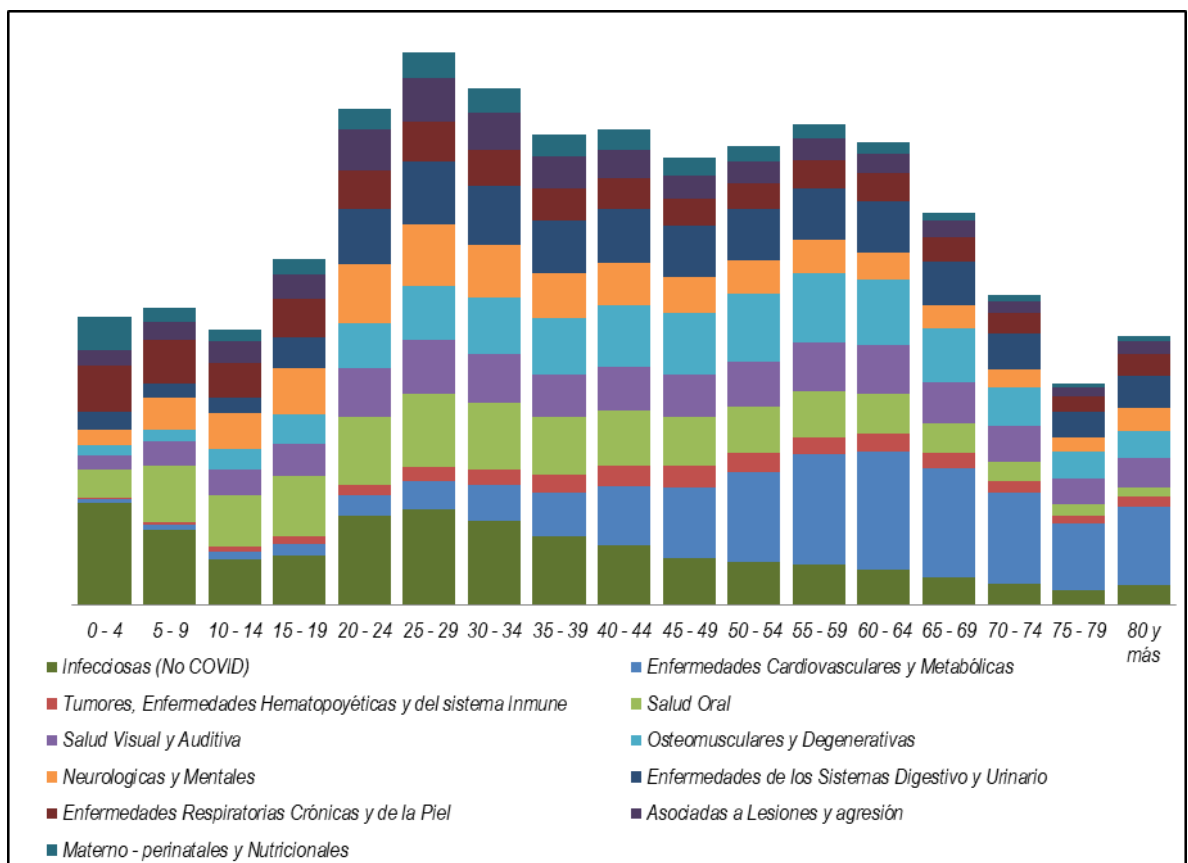
Teniendo en cuenta la amplia diferencia en la proporción de las causas de atención según los grupos propuestos en la metodología de análisis que se venía utilizando para la elaboración de los documentos de Análisis de Situación de Salud de vigencias previas, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), con las limitaciones para su utilización en toma de decisiones e interpretación, por no ser coherentes con los grupos de riesgo y prioridades que se definen tanto en los documentos de análisis del nivel nacional, rutas de atención y para la gestión por parte de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y prestadores de

Servicios de Salud se realiza un análisis específico de la morbilidad atendida en la ciudad de Bogotá para el año 2023, que permite comparar grupos más específicos y variaciones de las diferentes causas de atención por edad.

Se puede identificar que las enfermedades infecciosas tienen una alta ocurrencia en los grupos de niños hasta los 4 años, afectando al 34,43 de la población proyectada para la ciudad en dicho grupo de edad y en el Censo 2018 (DANE, 2023)

Por el contrario, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas se presentan hacia el final de la vida, encontrándose una prevalencia máxima en el grupo de 80 años y más, pero con documentación de valores superiores al 30% de la población total de la ciudad a partir de los 50 años; momento en el cual se considera que aún puede ser evitable su ocurrencia

Ilustración 13 Distribución de individuos atendidos según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023



Fuente Bogotá: 2023 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 abril). Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/04/21) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/01/31)

Tabla 12 Tasa de Individuos atendidos según causa y grupo de edad

Tasa de Individuos atendidos según causa y grupo de edad												
Edad	Enfermedades Cardiovasculares y Metabólicas	Tumores, Enfermedades Hematopoyéticas y del sistema Inmune	Salud Oral	Salud Visual y Auditiva	Osteomusculares y Degenerativas	Neurológicas y Mentales	Enfermedades de los Sistemas Digestivo y Urinario	Enfermedades Respiratorias Crónicas y de la Piel	Infecciosas (No COVID)	Asociadas a Lesiones y agresión	Materno - perinatales y Nutricionales	TOTAL
0 - 4	1,08	0,64	9,35	4,95	3,49	5,13	5,99	15,54	34,43	5,33	11,03	1,08
5 - 9	1,85	0,84	18,41	7,90	3,90	10,55	4,78	14,36	24,53	5,75	4,43	1,85
10 - 14	2,61	1,41	17,67	8,61	6,71	12,27	5,35	11,72	15,68	7,15	3,97	2,61
15 - 19	4,07	2,22	19,29	10,44	9,50	14,77	9,74	12,26	15,74	8,12	4,75	4,07
20 - 24	4,95	2,57	17,07	12,28	10,92	14,99	13,76	9,42	22,34	10,13	5,40	4,95
25 - 29	5,62	2,62	14,61	10,72	10,76	12,24	12,44	7,86	19,15	8,62	5,20	5,62
30 - 34	7,58	3,32	14,33	10,37	12,07	11,36	12,43	7,71	18,05	7,97	5,36	7,58
35 - 39	10,75	4,23	14,33	10,13	13,90	10,89	13,06	7,92	16,79	7,56	5,44	10,75
40 - 44	16,02	5,68	15,00	11,52	16,88	11,32	14,72	8,46	16,16	7,46	5,65	16,02
45 - 49	22,52	6,69	15,33	13,62	19,62	11,32	16,29	8,56	15,04	7,36	5,51	22,52
50 - 54	31,28	6,50	16,28	15,56	23,27	11,66	17,72	8,94	14,77	7,74	5,32	31,28
55 - 59	39,20	6,32	16,37	17,04	25,10	11,56	18,55	9,82	14,50	7,87	4,85	39,20
60 - 64	48,51	7,14	16,41	19,58	26,72	11,46	20,79	11,27	14,43	8,02	4,81	48,51
65 - 69	58,58	8,19	15,64	22,62	28,45	12,17	23,84	13,00	14,65	8,49	4,68	58,58
70 - 74	69,07	9,15	14,91	26,48	30,00	13,67	27,21	15,13	15,99	9,16	4,43	69,07
75 - 79	76,36	9,80	13,19	29,93	30,04	16,14	30,35	17,56	17,16	10,12	4,43	76,36
80 y más	82,67	10,19	9,95	31,41	28,50	23,21	34,43	23,24	21,91	13,56	5,42	82,67
Total	16,70	3,94	14,75	12,56	14,12	11,23	13,38	10,14	17,71	7,70	5,26	16,70

Fuente Bogotá: 2023 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 abril). Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/04/21) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/01/31)

4.5.2 Mortalidad

En el análisis de las tasas ajustadas de mortalidad en grandes causas por edad para el distrito capital correspondió en primer lugar a las Enfermedades del Sistema Circulatorio con una tendencia a la disminución en la serie de tiempo de 2015 a 2019, sin embargo, se observó un aumento en el 2020, cerrando este último año 2022 con 119,12 defunciones por 100.000 habitantes; en segundo lugar se encontraron Las Demás Causas con una tendencia a la disminución en la serie de tiempo de 2015 a 2018, presentado un aumento en el 2019 y volviendo a disminuir en el 2020 con 101,93 defunciones por 100.000 habitantes, para el año 2022 se observan 104, 83 x 100.000 habitantes; en tercer lugar se ubicaron las mortalidades por Neoplasias con una tendencia a la disminución en la serie de tiempo de 2015 a 2018, no obstante se observó un aumento en el 2019, volviendo a disminuir para el 2020, cerrando el 2022 último año con 87,92 defunciones por 100.000 habitantes.

El análisis de las tasas de mortalidad por grandes causas ajustadas por edad en el grupo de mujeres mostró en primer lugar las Enfermedades del Sistema Circulatorio con una tendencia a la disminución en la serie de 2015 a 2019, sin embargo, para 2022 se presentó un descenso a valores previos a 2019, cerrando este último año con 103,34 defunciones por 100.000 mujeres; en segundo lugar se encontraron Las Demás Causas con una tendencia a la disminución en la serie de 2015 a 2018,

presentando un aumento en 2019 y volviendo a disminuir en 2020, con un ligero aumento en 2022 con 92,85 defunciones por 100.000 mujeres; en tercer lugar se ubicaron las mortalidades por Neoplasias con una tendencia a la disminución en la serie de 2015 a 2022, cerrando este último año con 81,77 defunciones por 100.000 mujeres.

El análisis de las tasas de mortalidad por grandes causas ajustadas por edad en el grupo de hombres, correspondió en primer lugar a las Enfermedades del Sistema Circulatorio con una tendencia a la disminución en la serie de 2015 a 2019, sin embargo se presentó un aumento para el 2020, cerrando el año 2022 último año con 139,92 defunciones por 100.000 hombres; en segundo lugar se encontraron Las Demás Causas, con una tendencia estacionaria en la serie de 2015 a 2019, presentando una disminución en el 2020, retornando a los valores pre pandémicos con 121,30 defunciones por 100.000 hombres; en tercer lugar se ubicaron las mortalidades por Neoplasias con una tendencia estable en la serie de 2015 a 2019, presentando una disminución en el 2020, cerrando año 2022 con 97,54 defunciones por 100.000 hombres.

4.5.2.1 *Mortalidad en menores de 1 año*

La tasa de mortalidad específica en menores de 1 año para los años 2005 a 2022 descendió en todas las causas excepto para las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, la cual aumentó un 161%, enfermedades del sistema circulatorio que aumentó un 93% y las enfermedades del sistema digestivo que aumentó un 9%.

Para el año 2022 las causas con mayor aporte a la tasa de mortalidad en menores de 1 año de la ciudad son: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 4,77 por 1.000 nacidos vivos y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 2,09 por 1.000 nacidos vivos y las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 0,71 por 1.000 nacidos vivos, si bien son las causas con mayor aporte presentaron una disminución comparadas con el año 2005 de (-36%), (-39%) y (-46%) respectivamente.

Dada la particularidad del año 2020 por la pandemia de COVID 19 se observa que las enfermedades del sistema respiratorio en la mortalidad en menores de 1 año presentaron una tasa de 0,23 por 1.000 nacidos vivos, no se observa un aumento en esta causa, por el contrario, se evidencia una tendencia histórica al descenso y con respecto al 2009 se redujo en un (-70%).

De acuerdo con el NBI este cuenta con un índice de concentración de desigualdad en salud es de 0,5% estando muy cerca de la línea de equidad, donde el 50% de la población menos aventajada concentra el 49,6% de las muertes infantiles. Es así como las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, San Cristóbal, Kennedy y Rafael Uribe Uribe) registraron una tasa de 8.5 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos en contraste con las localidades más aventajadas (Los Mártires, La Candelaria, Barrio Unidos, Antonio Nariño, Chapinero y

Teusaquillo) con 9.5 muertes infantiles por cada 1.000 NV y con un exceso de muertes de 1.0 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos en las localidades más aventajadas frente a las menos aventajadas, la desigualdad en salud es evidente, destacando la urgencia de estrategias inclusivas.

De acuerdo con la desagregación por sexo de la tasa, para el año 2022 en los hombres las principales causas de muerte siguen siendo las afecciones originadas en el período perinatal (5,32 por 1.000 nacidos vivos), las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías congénitas (1,96 por 1.000 nacidos vivos) y las enfermedades del sistema respiratorio (0,97 por 1.000 nacidos vivos), adicionalmente los hombres en el periodo observado tienden a presentar mayores tasas de mortalidad, evidenciando una mayor afectación que las mujeres.

En la comparación del año 2005 con el 2022 de la tasa de mortalidad en menores de 1 año para hombres se observó que las causas con mayor disminución son: todas las demás enfermedades con una disminución del (-100%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con una reducción de (-82%) y signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio con una disminución de (-78%).

En las mujeres, las principales causas de muerte para el año 2022 continúan siendo en primer lugar las afecciones originadas en el período perinatal (4,20 por 1.000 nacidos vivos) y en segundo lugar las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (2,18 por 1.000 nacidos vivos), al comparar el año 2005 con el 2022 la primera causa presenta una disminución en la tasa del (-38%) y la segunda una disminución del (-33%).

En la comparación del año 2019 y 2022 para las mujeres se observa un aumento en la causa “enfermedades del sistema digestivo” la cual paso de 0,02 por 1.000 nacidos vivos en 2019 a 0,16 por 1.000 nacidos vivos en 2022, de forma similar sucede con la causa “enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos”, que aumentó un 160% y en la tasa reportada del año 2019 al año 2022.

4.5.2.2 *Mortalidad en menores de 5 años*

En el año 2022 en la ciudad de Bogotá las principales causas de muerte para la tasa de mortalidad en menores de 5 años son: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (65,53 por 1.000 nacidos vivos), seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (34,21 por 1.000 nacidos vivos) y las enfermedades del sistema respiratorio (17,72 por 1.000 nacidos vivos).

En la comparación del año 2005 al 2022 se observó una disminución en la tasa de la mayoría de las causas de muerte en menores de 5 años, principalmente en enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (-78%) y signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (-75%), sin embargo, todas las demás

enfermedades y enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos aumentaron la tasa en un 268% y 94% respectivamente.

En el análisis con respecto al año 2021 se observa que las únicas causas de muerte que presentaron una disminución de las tasas fueron tumores (neoplasias) con un (-29%), causas externas de morbilidad y mortalidad (-17%) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (-2%).

En la desagregación por sexo se observa que los hombres tienden a presentar mayor afectación que las mujeres, sin embargo, las causas que presentaron las tasas más altas son: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (73,12 por 1.000 nacidos vivos), seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (32,32 por 1.000 nacidos vivos) y las enfermedades del sistema respiratorio (21,01 por 1.000 nacidos vivos).

Al comparar el año 2005 con el 2022 se observó una disminución en la tasa de la mayoría de las causas de muerte en hombres menores de 5 años, principalmente signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (-81%) y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (-80%), sin embargo, “todas las demás enfermedades” y “enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos” aumentaron la tasa en un 146% y 125% respectivamente.

Con respecto a la mortalidad en mujeres menores de 5 años, presentan tasas inferiores con respecto a los hombres, para el año 2022 la causas que presentaron tasas más altas son: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (57,62 por 1.000 nacidos vivos), seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (35,75 por 1.000 nacidos vivos) y enfermedades del sistema respiratorio (14,30 por 1.000 nacidos vivos). En la comparación del año 2005 y 2022, la mayoría de las causas de muerte tienden a la disminución exceptuando las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos que tuvo un aumento del 63%.

4.5.2.3 *Mortalidad relacionada con Salud Mental*

En el periodo observado de 2005 a 2022, el número de muertes relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento en la ciudad ha tenido una tendencia marcada al aumento, sin embargo, en el año 2020, se cuenta con una disminución del 16% para Bogotá con respecto al 2019, situación que puede estar relacionada con las medidas implementadas para la contención de la pandemia por COVID 19 y el foco de atención sanitaria a esta situación. Para el 2022 se observa un aumento de 24% con respecto al 2021.

Al desagregar por sexo la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas, se observa un cambio en el patrón de muerte, siendo los hombres los que representan mayor mortalidad (74% en el 2022). Es importante mencionar que hay 4 años (2007,2012, 2017 y 2018) en los que no se registran datos, lo cual puede estar relacionado con la fuente de información.

4.5.2.4 *Mortalidad Materna*

La mortalidad materna es uno de los eventos más sensibles debido al impacto familiar y social, repercute en la medición de la calidad de los servicios de salud en temas de salud sexual y reproductiva preconcepcional y atención a las gestantes siendo una prioridad en la garantía de los derechos de la mujer y la infancia.

se ha presentado en los últimos años, una tendencia al aumento de las muertes maternas con causas indirectas, guardando relación con la contingencia que vive la ciudad en cuanto al fenómeno migratorio (principalmente de población venezolana) ha sido un tema que ha impactado en el comportamiento del indicador en los últimos años, así como, a la emergencia sanitaria por la COVID-19 lo que hace cambios fisiológicos de la gestación y comorbilidades maternas que aumentan los factores de riesgo para el binomio madre-hijo. Adicionalmente, el indicador (RMM) se ve afectado directamente por las variaciones en el denominador que corresponde al número de nacidos vivos; este con una tendencia importante al descenso en los últimos años en el Distrito Capital. Por lo tanto, aun cuando se evidencia una disminución en el número de casos, no ocurre proporcionalmente con la razón de muerte materna.

De acuerdo con ello se hace necesario fortalecer y crear estrategias que impiden en la reducción de la mortalidad materna con un enfoque poblacional diferencial principalmente en población migrante, así como acciones de educación a las mujeres la preconcepción, concepción y posparto en condiciones de vida saludables para la reducción de condiciones crónicas.

4.5.2.5 *Mortalidad Neonatal*

La tasa de mortalidad neonatal en el periodo analizado ha sido inferior a la nacional durante los últimos años; no obstante, para los años 2011 y 2012 la tasa de mortalidad registradas a nivel Distrital fueron iguales a las registradas a nivel Nacional, sin embargo a partir de este año Bogotá registró un descenso en la tasa del 14,8% presentando una tendencia estable llegando a 5.2 muertes neonatales por cada 1000 NV para el 2021; siendo este mayor comparado con el comportamiento que presenta el país llegando en el 2021 a 7.1 muertes neonatales por 1000 NV con una reducción del 3,0%. Es importante resaltar que en el 2021, la tasa de mortalidad neonatal continuo con el descenso mientras que a Nivel Nacional aumento.

La mortalidad post neonatal identifica retrasos o ausencias en la atención, calidad de la atención en la etapa gestacional y perinatal, disponibilidad de la oferta, información útil para mejorar la atención individual y colectiva, así como las acciones de información, educación y comunicación.

4.5.2.6 *Mortalidad en la niñez*

En el periodo de 2006 a 2021 en Bogotá, se ha presentado una disminución de la mortalidad en la niñez con una reducción del 35,1% pasando de 15.9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 10.3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A nivel Nacional se contaba con tasas menores con respecto a Bogotá a partir del año 2015 en donde se registra una disminución de las tasas volviendo a registrar tasas similares al año 2012 (12.1 muertes x 1000 NV) y para el 2021 nuevamente se registró un aumento en las tasas a nivel nacional de 13.2 muertes por 1.000 NV y Bogotá con el 10.3 muertes por 1000 NV. La mortalidad en menores de 5 años se concentra de acuerdo con la tendencia, durante el primer año de vida, esto puede estar relacionado a enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos causas que ha presentado aumento en el último periodo.

El índice de concentración de la desigualdad en la mortalidad en la niñez tanto para IPM es de 0,041 observándose muy escasa desigualdad acercándose a la línea de equidad. Según el IPM el 50% de la población concentra el 53,1% con un exceso de muertes de 1.4 muertes en la niñez por cada 1.000 NV en las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Santa fe, Bosa, San Cristóbal, Sumapaz, Los Mártires y Rafael Uribe Uribe) frente a las más aventajadas (Puente Aranda, Fontibón, Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo).

Para NBI es de 0,02 observándose muy escasa desigualdad acercándose a la línea de equidad. Según NBI el 50% de la población concentra el 48,1% de las muertes en la niñez por 1.000 nacidos vivos con un exceso de muertes de 2.9 muertes en la niñez por cada 1.000 NV nacidos vivos en las localidades más aventajadas (Los Mártires, La Candelaria, Barrio Unidos, Antonio Nariño, Chapinero y Teusaquillo) frente a las menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, San Cristóbal, Kennedy y Rafael Uribe Uribe).

4.5.2.7 *Mortalidad por IRA*

La tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años ha registrado un leve pico en el año 2008 posterior a ello la tasa ha presentado un descenso llegando a 2020 a 3.7 muertes por IRA en menores de 5 años con una disminución en la tasa de 86,9% con respecto a 2020, a 2021 se registra un aumento con el 6.5 muertes por IRA en menores de 5 años. A nivel nacional la tasa de mortalidad ha estado por debajo del nivel distrital hasta el año 2012, a partir del año 2013 presenta tasas más altas a Bogotá sin embargo para el año 2020 también presenta un descenso a 6.8 muertes por IRA en menores de 5 años con una reducción del 49,3%, con respecto al año anterior, para el año 2021 también registra un aumento del 8.4 muertes por IRA en menores de 5 años. Las acciones que han estado dirigidas al cumplimiento de las diferentes medidas básicas y de aislamiento de acuerdo con la contención por la pandemia SARS-Cov2 COVID19 contribuyeron en la reducción de las defunciones.

En el año 2021 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años se concentra en la población de las localidades menos aventajadas, de acuerdo con el IPM se cuenta con un índice de concentración negativa de -0,003, el 50% de la población menos aventajada de acuerdo con el IPM concentra el 59,8% de las muertes por IRA en menores de 5 años. Es así, como las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Santa fe, Bosa, San Cristóbal, Tunjuelito, Kennedy y Rafael Uribe Uribe) registraron una tasa de 0.4 muertes por IRA por 100.000 menores de 5 años en contraste con las localidades más aventajadas (Puente Aranda, Fontibón, Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo) con un exceso de muertes de 1.4 muertes por IRA en menores de 5 años en las localidades menos aventajadas frente a las más aventajadas.

De acuerdo NBI cuenta con un índice de concentración de desigualdad en salud es de 17,3% estando muy cerca de la línea de equidad, donde el 50% de la población menos aventajada concentra el 59,8% de las muertes por IRA en menores de 5 años. Es así como las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, San Cristóbal, Kennedy y Rafael Uribe Uribe) registraron una tasa de 2.1 muertes por IRA en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años en contraste con las localidades más aventajadas (Los Mártires, La Candelaria, Barrio Unidos, Antonio Nariño, Chapinero y Teusaquillo) en donde no se registró tasa de muertes por IRA en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años y con un exceso de muertes de 2.1 muertes por IRA en menores de 5 años en las localidades más aventajadas frente a las menos aventajadas.

La ejecución de medidas básicas y de aislamiento durante la pandemia de COVID-19 contribuyó a la reducción de las defunciones por IRA. La desigualdad en la tasa de mortalidad, medida por el IPM y NBI, muestra una cercanía a la equidad, pero las áreas menos aventajadas siguen enfrentando desafíos significativos en la atención de la IRA en menores de 5 años.

4.5.2.8 *Mortalidad por EDA*

La mortalidad por Enfermedad diarreica aguda en Bogotá ha contado con bajas desde el año 2006 con 2.9 muertes por EDA en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años, a partir del año 2010 estas tasas desciende a 1.3 muertes por EDA en menores de 5 años, y a partir del 2016 Bogotá conto con tasas menores de 1 por cada 100.000 menores de 5 años registrando un pico en el 2019 llegando a 2.1 muertes por EDA en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años ya para el año 2020 se registró un descenso del 90,5% llegando nuevamente 0.2 muertes por EDA en menores de 5 años, a 2021 aumento a 0.6 muertes por EDA por cada 100.000 menores de 5 años, se debe continuar e intensificar las acciones implementadas en el marco de la atención a la niñez y la infancia en el Distrito desde el sector y otros sectores intersectoriales, así como la práctica de autocuidado como el lavado de manos y consumo de agua potable.

A nivel nacional se presenta un comportamiento similar contando con una tasa en el 2021 de 4.4 muertes por EDA por cada 100.000 menores de 5 años, sin embargo, aun continua siendo tasas altas, de acuerdo a los objetivos de desarrollo sostenible se deben erradicar las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles, aun en Colombia se continua en algunos territorios problemas de saneamiento básico que acrecienta la mortalidad por este evento en los menores de 5 años y viendo aún más lejano la posibilidad de cumplir con esta meta.

4.5.2.9 *Mortalidad por Desnutrición*

La mortalidad de menores de 5 años a causa de la desnutrición ha tenido un descenso importante en el periodo analizado (2006-2021) pasando de 4.4 muertes por desnutrición a 0,2 muertes por desnutrición por cada 100.000 menores de 53, se debe tener en cuenta que se tenía el estado de emergencia por la COVID-19 y esto trajo altos niveles de inseguridad alimentaria, carencia en la adquisición de alimentos de primera necesidad, afectando el estado nutricional de la población, los niños y niñas menores de 1 año quienes son los más afectados.

A nivel nacional igualmente se ha registrado un descenso en la mortalidad por desnutrición, pasando de 11.7 muertes en el año 2008 a 6.8 muertes por desnutrición en el 2015 (-42%); a partir de este año se las tasas de mortalidad por desnutrición ha tenido un comportamiento fluctuante registrando a 2021 una tasa de 7.8 muertes por desnutrición por cada 100.000 menores de 5 años, por cada 39 menores que mueren por desnutrición en Colombia, en Bogotá tan solo aporta una muerte por desnutrición, sin embargo es un evento que debe ser intervenido, desde la etapa gestacional para prevenir recién nacidos con bajo peso al nacer y menores con riesgo desnutrición aguda y desnutrición aguda.

4.5.2.10 *Otros indicadores por residencia y etnia*

La atención de partos institucionalizados y con personal calificado en Bogotá supera el 90% en áreas urbanas y rurales; sin embargo, el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal ha disminuido, siendo crucial mejorar la captación temprana de gestantes para reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

La atención de los partos institucionalizados y atendidos por personal calificado se encuentra superior al 95% tanto en área urbana como en el área rural; el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal ha estado al aumento a partir de 2013 y las proporciones más bajas de adherencia a los controles prenatales se ubican en el área rural dispersa y rural. es necesario generar captación temprana de las gestantes lo que conlleva a reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil.

Indicadores como porcentaje de bajo peso al nacer se presenta la población étnica Indígena y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente en cada uno de los años del periodo analizados; por otro lado en estos mismo grupos poblacionales el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal en la etnia Indígena no supera el 50% y en el 2021 se registró una proporción de 30,40%, en la población negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente a pesar de contar con una proporción baja no supera el 80% presentando en el 2021 el 76,12%.

Para los indicadores de partos atendidos por personal calificado y partos institucionales en todas las etnias se registran proporciones altas entre el 95% al 100%. Es importante contar con servicios humanizados, incluyentes que permitan que estas poblaciones se adhieran más fácilmente a los servicios de salud, generar prevención, promoción y educación preconcepcional, gestacional y posparto propiciando ambientes saludables para la madre y el hijo y reducir los eventos fatales que se pueden prevenir.

En general, todas las mortalidades por grandes causas presentaron una tendencia a la disminución para el periodo de 2005 a 2020, sin embargo, se observa un aumento en la tasa de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio en el 2020, en población general, este grupo cuenta con la mayor tasa de mortalidad, y dentro del cual se identifica el subgrupo de las enfermedades isquémicas del corazón como primera causa de mortalidad, siendo, la única del subgrupo que presenta aumento (5%) durante todo el periodo, siendo mayor en hombres con 88,17 casos por 100.000 habitantes que en las mujeres con 55,68 casos por 100.000 habitantes.

El grupo de mortalidad por las demás causas ocupa el segundo lugar, dentro del cual se identifica como primera causa durante todo el periodo al subgrupo de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, también con la mayor disminución para el 2020 (33%), lo que podría explicarse por el arrastre que hace el diagnóstico de COVID 19 de estas patologías durante el año pandémico. Por otro lado, causa preocupación el comportamiento del subgrupo de trastornos mentales y del comportamiento, el cual presenta durante el periodo 2005 a 2020 un aumento en la tasa de mortalidad, del 2.828%, pasando de 0,10 casos por 100.000 habitantes en 2005 a 2,89 casos por 100.000 habitantes a 2020.

Dentro del grupo de mortalidad por las demás causas, se encuentra en el tercer puesto en población general al subgrupo de enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, con un aumento a 2020, del 113% en la tasa de mortalidad (13,46 casos por 100.000 habitantes), y en las mujeres como segunda causa, con aumento del 118% (12,04 casos por 100.000 habitantes).

Aunque en general, las tasas de mortalidad disminuyeron tanto en el grupo de hombres como en mujeres, se identifican mayores cifras en todas las tasas de mortalidad en los hombres.

Con respecto a la pérdida de años de vida por muerte prematura, las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio, presentaron un mayor impacto en el 2020, con incremento de los valores para neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio, y disminución en el resto de las causas.

Las mortalidades materno, neonatales, infantiles y en la niñez han presentado descensos a lo largo del tiempo en Colombia y a nivel distrital, sin embargo, aún sigue evidenciando las problemáticas con las que cuentan las poblaciones de acceso a servicios de salud, calidad en el servicio, acceso al agua potable, saneamiento básico y al acceso a alimentación de primera necesidad.

Las mortalidades materno han presentado descensos a lo largo del tiempo en Colombia y a nivel distrital, sin embargo, la desigualdad para el 2021 con mejores IPM están presentando las mayores razones de mortalidad y el exceso de mortalidad en los más aventajados.

La mortalidad neonatal, infantil y de la niñez se está concentrando ligeramente en las poblaciones con mejores IPM (Los Mártires, La Candelaria, Barrio Unidos, Antonio Nariño, Chapinero y Teusaquillo), es importante analizar las desigualdades por unidades geográficas más pequeñas como las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), puesto que la composición social de la población es heterogénea y puede ocultar la situación real de la población en Bogotá D.C.

Las desigualdades en salud, así como el comportamiento de los indicadores tiene algún comportamiento diferencial debido a la presencia de la declaratoria de Pandemia por SARSCoV2 parte de la organización mundial de la salud, así como las estrategias de aislamiento y cuarentenas, en las diferentes áreas de Bogotá.

Los resultados aquí expuestos reflejan que, aunque a nivel nacional y distrital, los programas de salud sexual y reproductiva, así como la atención a la primera infancia están disponibles a través del sistema de salud, estos deben adaptarse a la culturalidad en la población étnica evitando discriminación y resultados inadecuados en salud, principalmente en la población indígena y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente.

4.5.3 Indicadores priorizados

A continuación, se presentan algunos de los indicadores trazadores en salud, para evidenciar los cambios ocurridos en el último quinquenio, en el cual la pandemia afecto directa o indirectamente la salud de la población y en algunos casos para 2023 se retorna a la tendencia pre-pandémica.

Tabla 13 Comportamiento de indicadores priorizados*

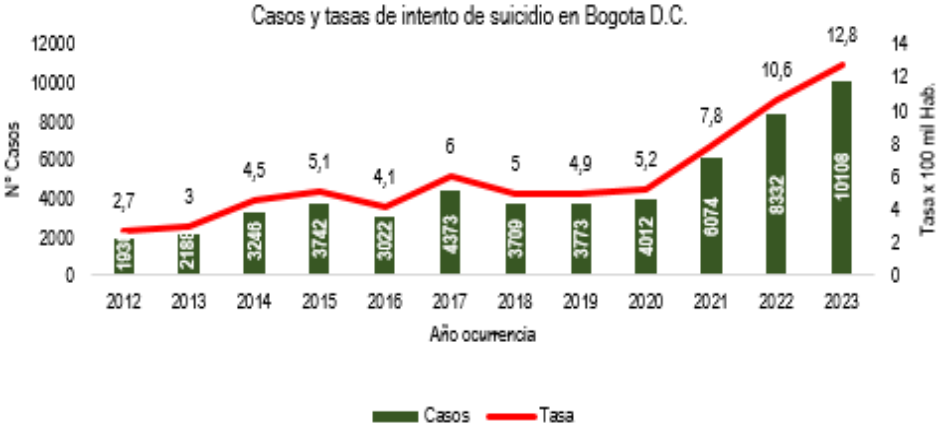
Indicador	2019	2020	2021	2022	2023	Variación porcentual del indicador				
					Dic*	2019 - 2021	2019 - 2022	2019 - 2023	2021 - 2023	2022 - 2023
Casos	21	25	46	25	17	119,0%	19,0%	-19,0%	-63,0%	-32,0%

Indicador		2019	2020	2021	2022	2023	Variación porcentual del indicador				
						Dic*	2019-2021	2019 - 2022	2019 - 2023	2021 - 2023	2022 - 2023
Mortalidad materna	Razón por 100000 NV	24,7	31,5	68,9	38,6	27,9	178,9%	56,3%	13,0%	-59,5%	-27,7%
	Casos	5392	5108	4790	4881	4856	-11,2%	-9,5%	-9,9%	1,4%	-0,5%
Morbilidad materna extrema	Razón por 100000 NV	63,4	64,4	71,5	75,4	79,8	12,8%	18,3%	25,9%	11,6%	5,8%
	Casos	815	651	572	592	530	-29,8%	-27,4%	-35,0%	-7,3%	-10,5%
Mortalidad infantil	Tasa por 1000 NV	9,6	8,2	8,5	9,1	8,7	-10,9%	-4,5%	-9,1%	1,9%	-4,8%
	Casos	620	598	522	581	566	-15,8%	-6,3%	-8,7%	8,4%	-2,6%
Sífilis gestacional colombianas	Prevalencia 1000 NV+Fet	7,3	7,5	7,7	8,9	9,2	5,5%	21,9%	26,0%	19,5%	3,4%
	Casos	127	125	99	86	55	-22,0%	-32,3%	-56,7%	-44,4%	-36,0%
Sífilis congénita colombianas	Incidencia 1000 NV+FET	1,5	1,6	1,5	1,3	0,9	0,0%	-13,3%	-40,3%	-40,3%	-31,1%
	Casos	206	181	154	139	151	-25,2%	-32,5%	-26,7%	-1,9%	8,6%
Nacimientos (10 a 14 años)	Casos	9618	8408	6474	5716	5140	-32,7%	-40,6%	-46,6%	-20,2%	-10,1%
Nacimientos (15 a 19 años)	Casos	3,4%	3,7%	2,8%	2,3%	1,8%	-17,6%	-32,4%	-47,1%	-35,7%	-21,7%
Dnt aguda en menores de 5 años	Prevalencia	12,3%	12,0%	13,5%	13,1%	12,7%	10,1%	6,5%	3,3%	-6,2%	-3,1%
Riesgo de DNT aguda menores de 5 años	Prevalencia	36,7%	40,6%	42,5%	38,5%	37,4%	15,8%	4,9%	1,9%	-13,8%	-3%
Malnutrición en edades de 5 a 17 años	Prevalencia	414	319	374	427	384	-9,7%	-3,1%	-7,2%	2,7%	-10,1%
Mortalidad por suicidio	Casos	5,5	4,1	4,8	5,4	4,9	-12,7%	-1,8%	-10,9%	2,1%	-9,3%
	Tasa por 100.000 Hab.	3773	4012	6074	8332	10108	61,0%	120,8%	167,9%	66,4%	21,3%
Intento suicida	Casos	4,9	5,2	7,8	10,6	12,8	59,2%	116,3%	161,2%	64,1%	20,8%
	Tasa por 10.000 Hab.	5121	5340	5685	5198	4940*	11,01%	1,50-4%	-3,53-%	-13,10%	-4,9%
Mortalidad prematura por condiciones crónicas	Casos	<u>136.47</u>	<u>138.02</u>	<u>143.37</u>	<u>128.63</u>	<u>120.23*</u>	5,0%	-5,74%	-11,90-%	-16,1%	-6,53-%
	Tasa por 100.00 personas entre 30 y 69 años										
Cobertura tercera dosis pentavalente*	Porcentaje	89,3	81,6	73,7	70,9	87,3					
Cobertura triple viral en menor de un año*	Porcentaje	92,6	84,7	78,0	69,4	87,6					

Coberturas administrativas dadas por las metas establecidas por el Ministerio de salud y la protección social/FUENTE Bases de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EVVV- Datos (finales 2019-2022) -(Preliminares 2023, Aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS(corte 10-01-2024-ajustada 15-01-2024). Población: el Departamento administrativo nacional de estadística (DANE), ACTUALIZACIÓN POST COVID-19. Proyecciones de población a nivel municipal. Periodo 2020 - 2035.Secretaría Distrital de Salud. Bases SIVIGILA: Morbilidad materna extrema, sífilis gestacional, sífilis congénita, 2019 - 2022 finales, 2023 datos preliminares SE 52. Bases SISVAN 2019 - 2023* preliminar. Bases SISVECO 2019 - 2023* Preliminar, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC, 2023 p*: Información preliminar sujeta a cambios por actualización, Grupo: Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia - GCERN. Datos disponibles en Observatorio de salud de Bogotá-SaluData <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Es importante mencionar que el proceso migratorio, motivado principalmente por personas provenientes de Venezuela, ha tenido impacto que algunos de los indicadores trazadores de salud descritos previamente. Lo que es explicado en parte por la vulnerabilidad social y económica presentes en la mayoría de estas personas; ejemplo de ello donde se ha visto mayores impactos, es en los indicadores de sífilis y VIH.

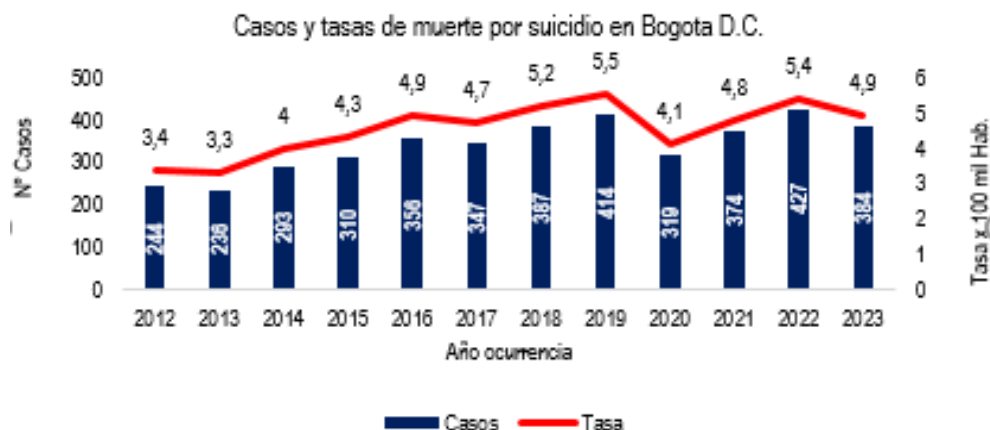
Ilustración 14 Casos y tasa de intento de suicidio 2012-2023* en Bogotá



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). 2012 – 2023* Preliminar

Con respecto, a la muerte por suicidio en Bogotá para el año 2022 se presentaron 427 casos, con una tasa de mortalidad de 5,4 por cada 100.000 habitantes mostrando un incremento del 1,8% con respecto al año 201960. Para el 2022 se presentaron 427 muertes por suicidio donde el 10,5% (n=45) de los casos se registraron en niños, niñas y adolescentes. Por su parte, el 75,9% (n=324) de las muertes por suicidio se presentaron en el curso de vida de juventud y adultez. Con respecto, al sexo del total de casos registrados en el año 2022 (n=427), el 74,5% (n=318) de los casos se presentan en hombres y el 25,5% (n=109) en mujeres el año 2022⁶¹.

Ilustración 15 Casos y tasas de muerte por suicidio 2012-2023* en Bogotá, D.C.

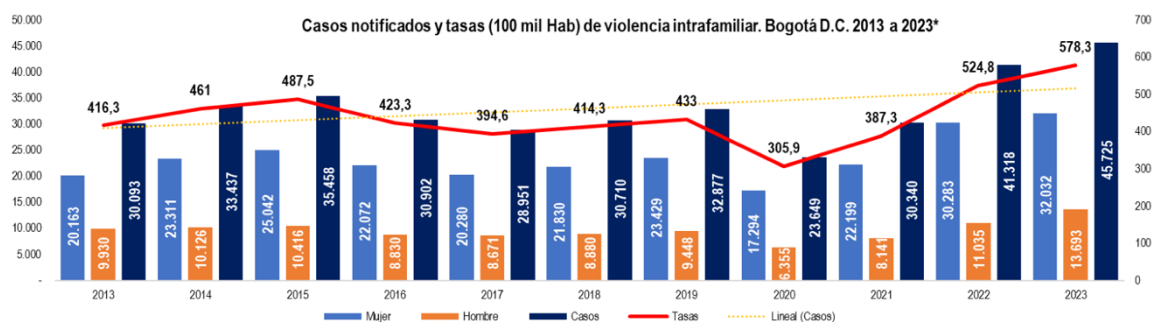


Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC, 2012-2022, 2023 p*

Respecto a la conducta suicida no fatal, que incluye la ideación, la amenaza y el intento suicida, para el año 2022 se registran 34.727 eventos, mostrando un incremento del 55,6% (n=12.411) frente a la notificación en el año 2021⁶².

Con relación a la violencia intrafamiliar, para 2022 se tuvo una notificación de 41.318 casos de violencia intrafamiliar, con un incremento del 36,2% (n=10.978) con respecto a 2021 (n=30.340) y el incremento de la tasa entre los periodos señalados fue de 135,6 casos por cada 100.000 habitantes⁶³. Frente a la violencia sexual, la tasa para el año 2022 se situó en 211,5 casos por cada 100.000 habitantes, presentando un aumento de 84,3 casos con respecto al año 2021 que se encuentra en 127,2⁶⁴.

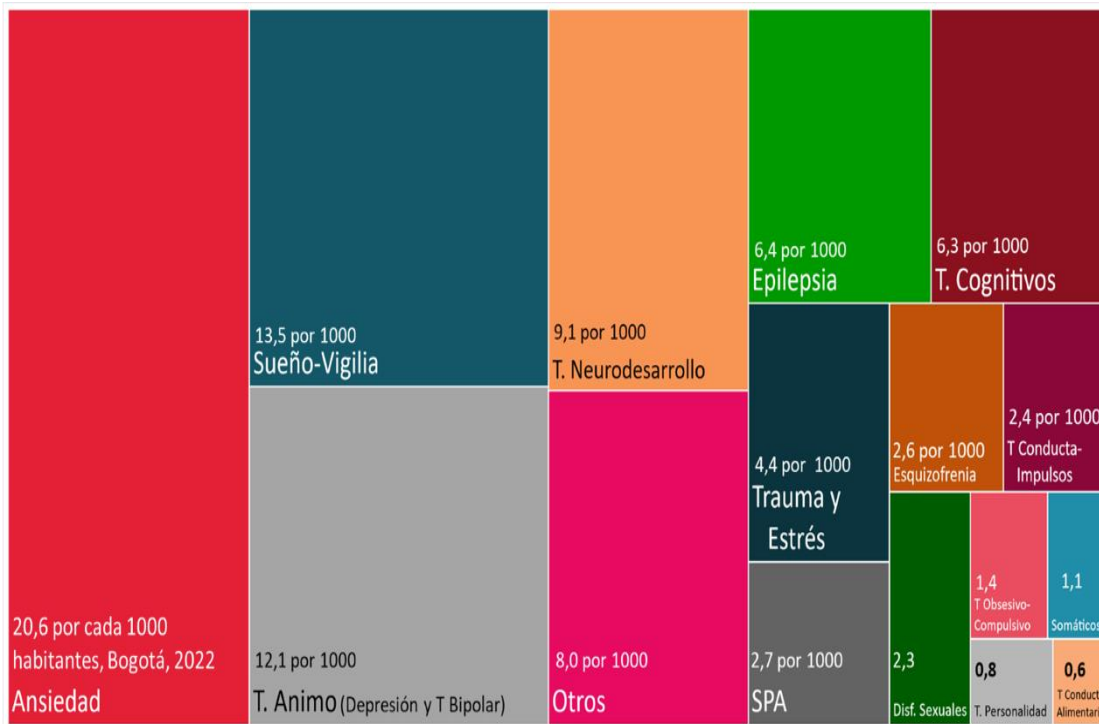
Ilustración 16 Casos notificados y tasa por 100 mil habitantes de violencia familiar, 2013-2023 Privaciones por indicador con enfoque de género



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el maltrato Infantil, la Violencia Sexual y de Género (SIVIM). 2013-2023*preliminar

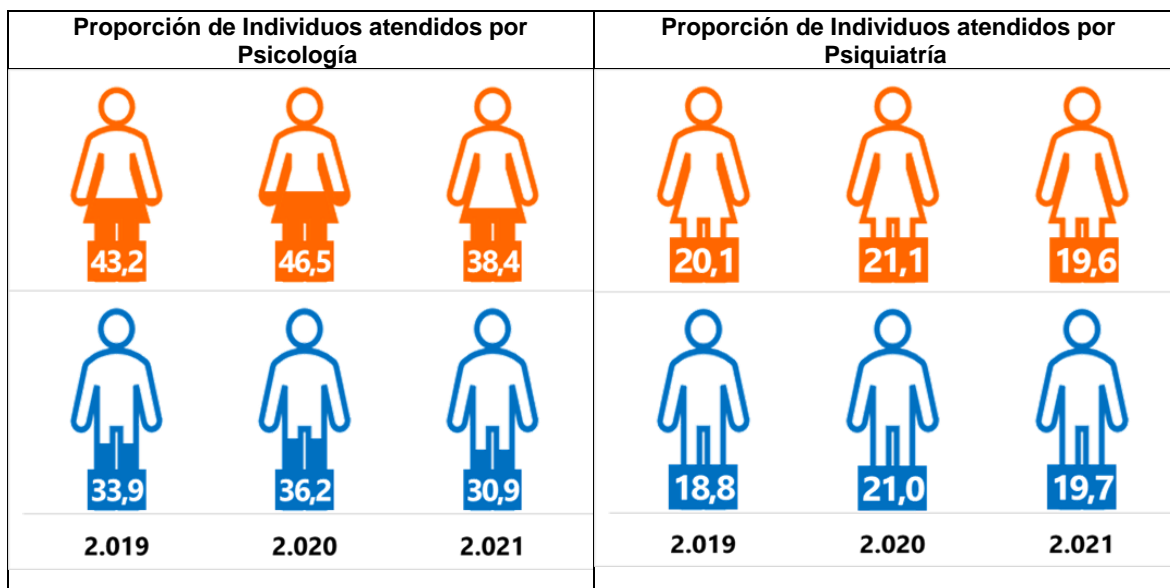
Adicionalmente, en 2022 se presentó un aumento del 9% de los incidentes en salud mental ingresados y gestionados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (Línea 123), pasando de 79.616 a 86.732 incidentes. (SDS,2022). A nivel de atenciones en servicios de salud se identifica un aumento tanto en el número de personas como de atenciones realizadas por estas causas, siendo las más frecuentes las asociadas a Ansiedad y trastornos del estado del ánimo como la depresión. Sin embargo, se identifica que existen aún limitaciones para brindar acceso a atención especializada en salud mental a esta población.

Ilustración 17 Frecuencia de individuos con Afectaciones en la Salud Mental según Tipo, Bogotá, 2022



Fuente: SDS, Dirección de Planeación Sectorial. Estadísticas de Atenciones por Afectaciones en la Salud Mental, Bogotá 2019-Primer semestre de 2023. Elaborado a partir de Reporte Consulta a RIPS 1389. Morbilidad Atendida por Enfermedades no Transmisibles con Mortalidad Temprana Evitable [Conjunto de datos] a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2023/10/11) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2023/06/30). – Tasas por 1000 habitantes.

Ilustración 18 Cobertura de servicios especializados en salud mental a personas con diagnósticos establecidos de trastornos en la salud mental



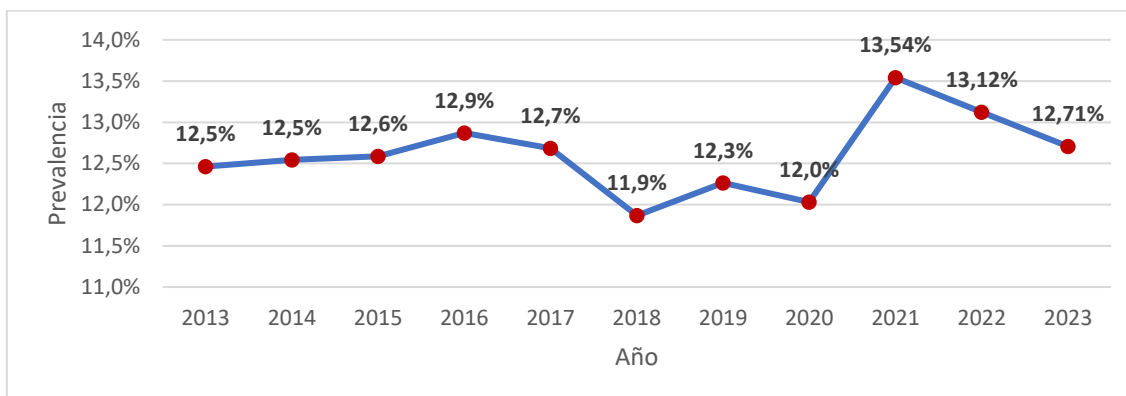
Fuente: SDS, Dirección de Planeación Sectorial. Estadísticas de Atenciones por Afectaciones en la Salud Mental, Bogotá 2019-Primer semestre de 2023. Elaborado a partir del reporte consulta a RIPS 1389. Morbilidad Atendida por Enfermedades no Transmisibles con Mortalidad Temprana Evitable [Conjunto de datos] a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2023/10/11) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2023/06/30).

El consumo de sustancias psicoactivas en general es mayor en los hombres que en las mujeres; en los jóvenes entre los 12 y 24 años y en los estratos 4, 5 y 6, aunque el abuso o dependencia se incrementa en los estratos 1 y 2. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas las mujeres vienen aumentando y cerrando la distancia frente a los hombres. Por cada tres hombres que acceden a tratamiento, lo hace una mujer. En este sentido, el 1,90% de los consumidores con abuso o dependencia, refirió que alguna vez en los últimos 12 meses buscó ayuda especializada para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas. Es importante señalar, que entre los adolescentes de 12 a 17 años ya se presentan tasas de abuso y dependencia. (SDS, 2022).

4.5.3.1 *Situación de malnutrición*

Si bien la desnutrición aguda en menores de 5 años presenta un comportamiento con tendencia a la disminución pasando en 2020 de 3,7% a 1,8% en el año 2023, el riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años incrementó pasando de 12% en el año 2020 a 12,7% en el 2023.

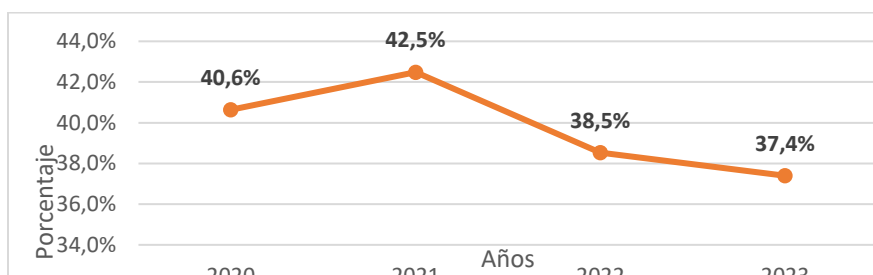
Ilustración 19 Riesgo de Desnutrición Aguda en Menores de 5 años, P/IT SISVAN, 2013- 2023



Fuente: SDS, Base de datos SISVAN de menores de 5 años, 2020-2023.

Respecto a la malnutrición en población de 5 a 17 años, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad), pasó del 28,8% en 2020 a 21,8% en 2023, lo cual puede estar relacionado con los posibles efectos de la pandemia, teniendo en cuenta el aumento de tiempo de los escolares frente a las pantallas, y la disminución de la actividad física producto del aislamiento social. Aunque el indicador ahora tiende a disminuir, es preocupante que 37 de cada 100 niños cursen con alteraciones nutricionales que puedan repercutir en su salud y calidad de vida en su juventud y adultez.

Ilustración 20 Malnutrición en población entre 5 y 17 años, IMC/E SISVAN DC. 2020 - 2023



Fuente: SDS, Base de datos SISVAN de 5 a 17 años, 2020-2023.

4.5.3.2 *Situación de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)*

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) representan a nivel mundial, nacional y distrital las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población, con una afectación predominante en el transcurrir vital de la vejez y la adultez. La observación de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la

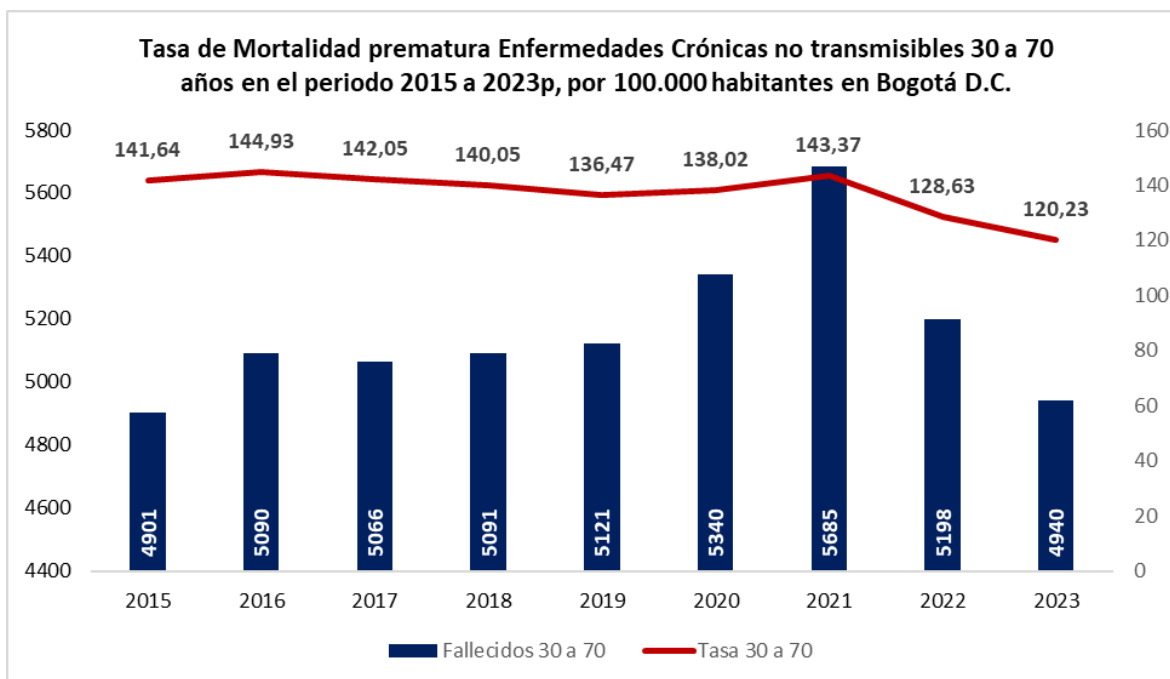
población de 30 a 70 años cobra una relevancia significativa, ya que se considera un indicador clave de mortalidad prematura. Estas muertes son catalogadas como intervenibles y evitables mediante el actuar frente a factores de riesgo (tabaco, alcohol, sedentarismo, consumo de productos ultra procesados), junto con mejorar la atención sanitaria en este grupo demográfico específico. En síntesis, la atención a la mortalidad prematura por ECNT se vuelve crucial en la formulación de estrategias de salud pública destinadas a promover estilos de vida saludables y proporcionar intervenciones tempranas para reducir la carga de enfermedades crónicas en la población⁷.

La tasa de mortalidad prematura por enfermedades cónicas no transmisibles (ECNT) en Bogotá D.C., para la población de 30 a 70 años, experimenta una evolución particular durante el periodo 2020 a 2023*. Entre los años 2020 y 2021, se observa un incremento marcado, evidenciado por tasas de mortalidad de 138,03 y 143,37 según datos oficiales del DANE. Este aumento se vincula directamente al exceso de mortalidad provocado por la pandemia, concentrándose principalmente en individuos con patologías crónicas preexistentes.

A pesar de las divergentes tendencias entre los años 2022, cifra oficial, y 2023, datos preliminares, que muestran una reducción en las tasas de mortalidad de 128,63 a 120,23 respectivamente, los resultados revelan una evolución alentadora en términos generales. La comparación de estos datos arroja luz sobre una disminución tanto en el número absoluto de fallecidos como en las tasas de mortalidad. Durante este período, se ha registrado una reducción del 4,96% en el número de fallecidos, pasando de 5198 en 2022 a 4940 en 2023 (datos preliminares). Esta disminución se ve complementada por un descenso del 6,53% en las tasas de mortalidad, que descendieron de 128.63 en 2022 a 120.23 en 2023. Esta tendencia a la baja en los años 2022 y 2023 sugiere una posible recuperación en las medidas de prevención y control posterior al impacto de la pandemia por la COVID-19.

Es importante destacar que las principales causas de mortalidad prematura relacionadas con enfermedades crónicas son las patologías cardiovasculares y las neoplasias. En menor medida, la Diabetes Mellitus y las enfermedades respiratorias crónicas inferiores también contribuyen a este panorama a lo largo de los últimos 5 años⁶⁵.

Ilustración 21 Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en Bogotá D.C. (30 a 70 años). Serie años 2015 a 2023 *



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EVVV- Datos (finales 2014-2022) - (Preliminares 2023) Población: el Departamento administrativo nacional de estadística (DANE), ACTUALIZACIÓN POST COVID-19. Proyecciones de población a nivel municipal. Periodo 2020 - 2035.

Estas condiciones, se incrementan por condicionantes como el envejecimiento, factores genéticos y hereditarios, los inadecuados hábitos, modos y estilos de vida como el sedentarismo, obesidad, consumos nocivos y la exposición a contaminantes ambientales, entre otros.

Según la anterior ilustración, las tasas de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (30 a 70 años) por cada 100.000 habitantes en Bogotá D.C. han mantenido una estabilidad en su comportamiento desde el año 2015, evidenciando una tendencia a la disminución a partir del año 2019. Sin embargo, es crucial considerar que los años 2020 y 2021 se caracterizan como períodos atípicos, influidos por las condiciones de la pandemia y el consecuente exceso de mortalidad registrado.

En relación con los datos preliminares del año 2023, se observa que la principal causa de muerte son las neoplasias (tumores malignos), representando un 48,36% del total. Le siguen las enfermedades cardio cerebrovasculares con un 40,18%, la Diabetes Mellitus con un 7,06% y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con un 4,39%.

Acorde al contexto epidemiológico citado, las ECNT representan en la ciudad un desafío para su prevención y control; dada la incidencia de múltiples determinantes sociales, estructurales, intermedios y proximales, que marcan diferenciales en el estado salud- enfermedad en la población. Estas condiciones, se incrementan por

condicionantes como el envejecimiento, factores genéticos y hereditarios, los inadecuados hábitos, modos y estilos de vida como el sedentarismo, obesidad, consumos nocivos y la exposición a contaminantes ambientales, entre otros. Es así como, dentro del marco estratégico y programático, se resalta la prioridad en el abordaje integral de las ECNT, tomando como referencia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en su eje “Salud y bienestar” el cual orienta para el 2030, “reducir en un tercio la mortalidad prematura por CCNT, mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (1).

A nivel nacional el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, planteó la reducción de la mortalidad temprana atribuible a las ENT, así como la reducción de años de vida potencialmente perdidos por la discapacidad. En la ciudad, en los últimos años, se han hecho grandes esfuerzos para intervenir los condicionantes de las CCNT, adoptando las políticas internacionales y nacionales, en 2020 se formuló el “Plan Estratégico y Operativo para la Atención integral de la Población Expuesta y/o Afectada por las Condiciones Crónicas en Bogotá 2020-2030”¹⁰ bajo cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud. Este plan es un hito orientador, para reducir la morbimortalidad causada por las CCNT, con el desarrollo de las líneas estratégicas de gestión territorial y gobernanza, transformación de los entornos de vida cotidiana, respuesta de los sistemas de salud y gestión del conocimiento e innovación. El plan tiene siete nodos de desarrollo para las acciones sectoriales e intersectoriales los cuales son: seguridad alimentaria y nutricional, promoción de la actividad física, disminución de la exposición ambiental, salud visual auditiva y comunicativa, salud bucal, reducción de los consumos nocivos, atención a condiciones precursoras (obesidad, hipertensión) y los eventos desenlace (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas).

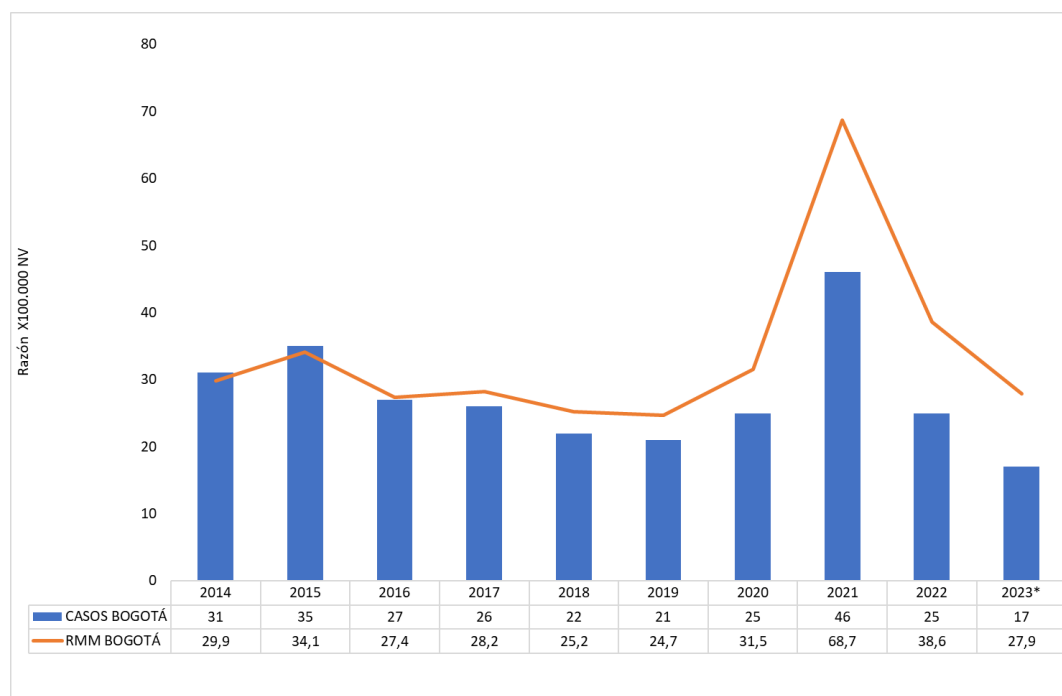
Las Condiciones Crónicas No Transmisibles se proyectan como prioridad de intervención y acción en la gestión de la salud pública en el marco del nuevo Plan Territorial de Salud; para reducir muertes evitables, carga de enfermedad, discapacidad y mitigar el impacto social y económico en el sistema de salud, que causan estas afecciones de alta externalidad.

4.5.3.3 *Salud materno infantil*

En Bogotá, durante la última década se ha presentado un comportamiento fluctuante con una tendencia a la reducción hasta el año 2019. Para los años 2020 y 2021, se observó un comportamiento inusual provocado por la pandemia, registrándose en 2021 el mayor número de muertes maternas en la ciudad, llegando a 46 casos, lo que representa una razón de muertes maternas de 68,9 por 100.000 nacidos vivos. Se destaca que el 68% fueron muertes indirectas, el 39% de las muertes se dieron por COVID-19 y 19,5% ocurrió en población migrante. Sumado al cambio en el comportamiento etiológico en las causas de muerte, se presentó una concurrencia de la pandemia con condiciones crónicas preexistencias a la gestación y según el Ministerio de Salud y Protección Social, han mediado dos factores en razón de la pandemia: 1) la disrupción de la continuidad de los servicios

de control prenatal, específicamente para ese mismo año entre los meses de marzo y diciembre; 2) aumento de población de migrante provenientes de Venezuela en condición de irregularidad, que no acceden a los beneficios de protección específica y temprana de la Ruta Integral de atención en salud materno perinatal. (Social, 2021)

Ilustración 22 Comparativa Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023*



Fuente: 2014- 2020: Base de datos DANE y aplicativo RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitas SDS -datos FINALES. Fuente: 2021: Base de datos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES (publicado el 22-12-2022).

Fuente: Aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS (corte 12-01-2024-ajustada 15-01-2024). FUENTE 2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 11-01-2023-ajustada 15-01-2024)

Durante el periodo de enero a diciembre de 2023, se registraron 17 casos de muertes maternas tempranas (dato preliminar con corte al 31 de diciembre de 2023), lo que equivale a una RMM de 27,9 por cada 100.000 nacidos vivos (NV). Cabe destacar que, aunque el número de casos es inferior al registrado en años anteriores, el indicador RMM se ve influenciado directamente por las variaciones en el denominador, correspondiente al número de nacidos vivos, evidenciado una tendencia a la disminución de nacimientos en los últimos años. Por lo tanto, a pesar de presentar una reducción en el número absoluto de casos de muerte materna, no ocurre lo mismo con el indicador.

Ilustración 23 Comparativa Tendencia de la Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023*



Fuente: 2014- 2020: Base de datos DANE y aplicativo RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS -datos FINALES.
 Fuente: 2021: Base de datos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES (publicado el 22-12-2022).
 Fuente: Aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS (corte 12-01-2024-ajustada 15-01-2024). FUENTE 2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 11-01-2023-ajustada 15-01-2024)

En Bogotá, la mortalidad infantil evidencia una tendencia a la disminución, en el número de casos pasando de 1037 casos en el 2014 a 530 en el 2023*, sin embargo este efecto no ocurre proporcionalmente con la tasa, que puede verse afectado por variables como la caída en el denominador que corresponde al número de nacidos vivos; ya que este, ha presentado durante los últimos años una velocidad de descenso mayor a la disminución en el número muertes, lo que hipotéticamente podría presentar un comportamiento lineal en el indicador en comparación a las mediciones iniciales.

Para el año 2023 con datos preliminares, se registraron un total de 530 casos de mortalidad infantil con una tasa acumulada de 8,7 casos por 1.000 NV (nacidos vivos), este comportamiento muestra una reducción en comparación con el número de casos en el mismo periodo de 2019 (línea base), mostrando una reducción en el número de casos del 35% y en un 9,4% en cuanto a la tasa; sin embargo, es importante resaltar que la mortalidad infantil presenta una tendencia para los años 2020 y 2021, al descenso tanto en el número de casos como en la tasa, en comparación con el año 2019, siendo éstos dos años atípicos para la vigilancia en salud pública del evento, por la emergencia sanitaria por COVID-19, puesto que la intensificación en las medidas de aislamiento social y medidas extremas de bioseguridad tomadas durante pandemia, sirvieron como medidas de protección en la propagación de enfermedades transmisibles y protección a aquellos niños en condiciones de vulnerabilidad, por ende los desenlaces fatales en esta población; sin embargo, a partir del año 2022 se evidenció una tendencia de la tasa hacia el alza de la mortalidad lo que puede estar relacionado con la recuperación post

pandemia donde se reduce la intensificación de las medidas de bioseguridad, se reactiva la vida escolar presencial en los jardines y/o colegios, por otra parte, existe una deuda inmunológica y cambios ambientales que tienen un impacto directo en el aumento de la morbi – mortalidad.

Aproximadamente el 67% de la mortalidad infantil en la ciudad ocurre entre el nacimiento y los veintiocho días de vida (mortalidad neonatal), como principales causas agrupadas de mortalidad infantil encontramos: el 28% (n=150) corresponde a Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, el 14% (n=73) el resto a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y el 13% (n=71) a sepsis bacteriana del recién nacido. Frente a sífilis gestacional, la cual se encuentra ligada a la salud materno infantil, ha sido un indicador que ha sido marcado por el fenómeno migratorio que actualmente se presenta en la ciudad. Así, para el año 2023* (datos preliminares) el 38,4% de los casos se presentaron en población extranjera, registrando 74 casos menos que en el 2022. La población colombiana en 2023* aportó el 61,5% de los casos, 15 casos menos que en el 2022. En cuanto a sífilis congénita el comportamiento a partir del año 2021 ha sido hacia la disminución logrando en hijos de mujeres colombianas pasar de 127 casos en el año 2019 a 55 casos para el año 2023; de igual manera en la población migrante esta ha sido la tendencia, siendo en los últimos 5 años el año 2020 con mayor número de casos (190), con una disminución del 70% (58 casos dato preliminar) para el año 2023

4.5.3.4 *Situación Salud Sexual y Reproductiva*

De acuerdo con el análisis del evento, en los últimos años, se observa un comportamiento estacionario y con baja reducción en las Tasas Específicas de Fecundidad (10 – 14 y 15 -19 años), lo cual, se deba posiblemente a situaciones tales como: el proceso de transición demográfica de la ciudad, acceso a niveles superiores de educación por parte de las mujeres, definición de proyectos de vida por parte de los adolescentes, y mayor conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos modernos, entre otros. Es relevante señalar que la educación es un factor determinante en la salud sexual y salud reproductiva de la población, principalmente en adolescentes y jóvenes, fortaleciendo el conocimiento y apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, mitigando situaciones externas que impactan sobre los indicadores de fecundidad en adolescentes, morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal e infantil, así como, el matrimonio y uniones tempranas y la eliminación de todas las formas de violencia.

Desde otro punto de vista, las infecciones de transmisión sexual y de transmisión vertical (sífilis, hepatitis y VIH) son de gran interés para la salud materna e infantil. Los determinantes proximales se relacionan con las características individuales, dentro de los que se incluyen los factores biológicos, como el desarrollo puberal, factores de comportamiento como el uso de métodos de barrera para protección de ITS, el inicio de relaciones sexuales, el nivel educativo y el acceso a servicios de

salud, específicamente a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Así como, las creencias, las prácticas de género y su comportamiento con respecto a la sexualidad

En cuanto a la razón de sífilis gestacional, en el año 2021 se registra en 7.7 por 1.000N.V. pasando en el año 2022 a 8,9 por 1.000 NV, las localidades menos aventajadas (La Candelaria, Los Mártires, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Usme y Rafael Uribe) frente a las más aventajadas (Usaquén, Puente Aranda, Engativá, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo).

4.5.3.5 *Situación de enfermedades inmunoprevenibles y otras transmisibles*

Las enfermedades infecciosas emergentes son aquellas que aparecen por primera vez o que, habiendo existido previamente, aumentan su incidencia, virulencia, resistencia o distribución geográfica (Morens, et al 2004)⁶⁶. A nivel mundial se identifican riesgos en Salud Pública de enfermedades nuevas o reemergentes debido a las nuevas dinámicas poblacionales, que facilitan movilizarse de un lugar a otro en cortos periodos de tiempo, la invasión a espacios selváticos por el hombre, la resistencia antimicrobiana, el impacto del cambio climático, entre otros que permean la salud pública en la ciudad y ponen en riesgo a los habitantes de las 20 localidades del distrito capital. Los aspectos demográficos, como el crecimiento de la población global, especialmente en el segmento de la población adulta mayor, que puede ser más susceptible frente a las infecciones, incluyendo las oportunistas. La vacunación ha demostrado ser una de las medidas más costo-efectivas para prevención de enfermedades, por tanto, garantizar y mantener la prestación del servicio de vacunación, con seguridad para él o la vacunada, acompañante y talento humano de la salud en las modalidades intramural y extramural, es fundamental. Para ello son prioritarias las acciones de la demanda espontánea del mismo, coordinación de citas y la vacunación domiciliaria, entre otras.

Las coberturas de vacunación no fueron ajenas a la afectación con la pandemia. Factores sociales expresados en el temor de las personas en acceder a los servicios de salud por miedo al contagio, dificultad para los desplazamientos a los centros de salud, desconocimiento y barreras de accesibilidad de canales virtuales para la atención en salud, así como la disminución de percepción del riesgo, incidieron en los índices de coberturas en vacunación

Los niños que no son vacunados sin que haya contraindicación médica están en riesgo de adquirir y transmitir enfermedades inmunoprevenibles, por lo que se pone en peligro la salud de toda la población por eso la importancia de mantener las coberturas de vacunación. En contexto se subraya la importancia de mantener coberturas de vacunación contra la polio altas y homogéneas para minimizar el riesgo de circulación del poliovirus y la aparición de casos de poliomieltis, también se resalta la necesidad de contar con sistemas de vigilancia sensibles para la

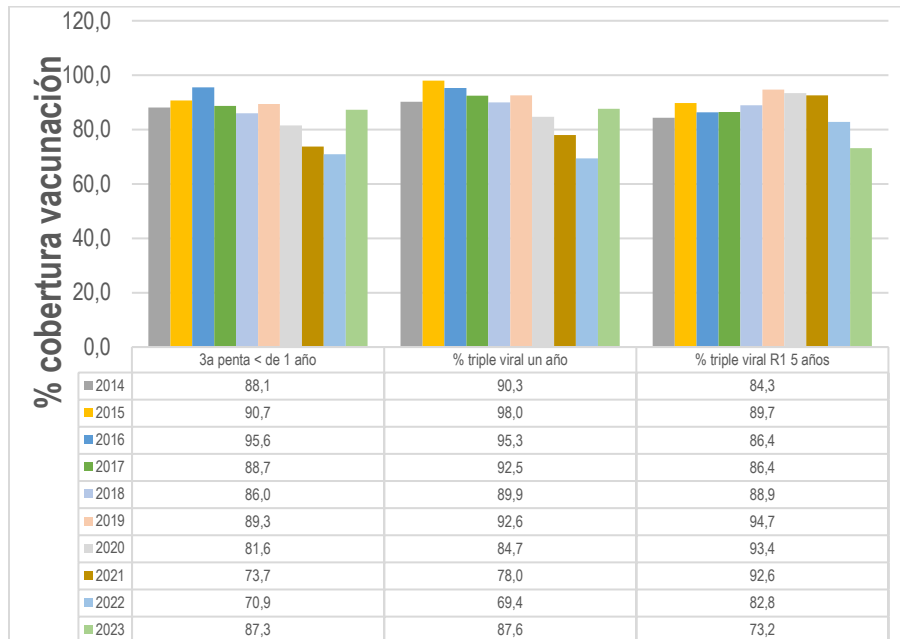
detección oportuna de una importación de VDPV (poliovirus derivado de vacuna) o emergencia de un VDPV.

Para la eliminación de la circulación del virus de sarampión y la rubéola y el mantenimiento de la sostenibilidad de la eliminación se han realizado varias campañas de vacunación, puesta al día, seguimiento e intensificación dirigidos a grupos específicos para reducir el número de población susceptible acumulada; de acuerdo a las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor de las Américas (GTA), Colombia lleva realizando la CVS con SR a la población de 1 a 13 años ofertando vacunación intramural y extramural en todo el territorio nacional. Por esto reviste especial interés que aquellas enfermedades infecciosas que se creía que ya estaban controladas o aún eliminadas, se vuelvan a presentar entre la población (enfermedades reemergentes), o que aparezcan nuevos microorganismos o variedades de los ya existentes, con capacidad de impactar la salud de los individuos (enfermedades emergentes), especialmente si tienen la capacidad de llegar a producir epidemias o pandemias, como la que vivimos recientemente con la COVID-19.

Respecto a las coberturas, es debido mencionar que la meta (denominador del indicador de cobertura) que es asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social, presenta diferencias en la lectura ya que tiene en cuenta en los registros a los nacimientos y fallecimientos que ocurren en la ciudad, así como a la población nacida que es residente y migra a otra ciudad y la que ingresa a residir proveniente de otros municipios. Al realizar el análisis de las coberturas con la asignación del denominador de las cohortes de nacidos vivos, la cobertura registrada es mayor a la presentada con la meta asignada por el MSPS, dado que la población meta es menor. En ese contexto, la ciudad de Bogotá, para el año 2022 obtuvo coberturas del 96,3%, con un número de 67.011 nacidos vivos.

El comportamiento de las coberturas de vacunación de Bogotá en los últimos 10 años ha sido heterogéneo en todos los grupos de población, siendo el de cinco años el que presenta mejores resultados, en nueve de los 10 años evaluados, excepto en 2023. Los grupos de niños y niñas menores de un año y de un año presentan coberturas iguales o superiores al 85% en ocho de los 10 años.

Ilustración 24 Coberturas de vacunación en niños y niñas menores de 6 años. Bogotá. 2014 a 2023



Fuente. Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. 2014-2024

Los eventos transmisibles se caracterizan por requerir en forma rápida aplicar medidas de contención y control tales como bloqueos, identificación de la fuente de infección y contactos, acciones de profilaxis y/o vacunación, con un énfasis especial para los eventos inmunoprevenibles. El comportamiento de la incidencia de los principales eventos ha sido el siguiente (se aclara que los datos año 2023 son preliminares): Hepatitis A se evidencia un incremento significativo para el año 2023 con un resultado de 5.97 casos por 100.000 habitantes con respecto a los años anteriores (año 2022 1,80; año 2021 0,27) se resalta que los menores de 10 años el aporte al total de casos en los últimos 5 años está por debajo del 1%. En cuanto a meningitis la tendencia ha sido hacia el incremento pasando de una incidencia 0,9 casos por 100 mil habitantes en el 2020 a 1,8 por 100 mil habitantes en el año 2023. La tasa de notificación de varicela para el año 2023 fue de 65,2 casos por 100 mil habitantes en el D.C., con una tendencia hacia el aumento (año 2022 es de 54,9, año 2021 es de 30,9). Para el año 2023 se presentó una incidencia de parotiditis de 17,7 casos con un comportamiento estable en el último cuatrienio. El comportamiento de la Tosferina ha venido en una disminución significativa durante los últimos 5 años, pasando del año 2020 0,09 casos por 100 mil habitantes a el año 2023 de 0,025.

Para los eventos de eliminación y erradicación Parálisis Flácida Aguda, difteria, tétanos neonatal, Síndrome de Rubeola congénita y Sarampión - Rubeola en los últimos 4 años no se han presentado casos.

En cuanto a la mortalidad como causa básica Tuberculosis en Bogotá D. C, de acuerdo los datos reportados por estadísticas vitales (RUAF), se observa que

durante el año 2020 la tasa se mantiene en menos de un caso por 100 mil habitantes; para 2021 se presenta una tasa de 1,12 casos por 100 mil habitantes, siendo esta la tasa más alta de los últimos 4 años; y para los años 2022 y 2023 como dato preliminar se reporta una tasa de 0,99 casos por 100 mil habitantes que al comparativo con el año anterior se observa una disminución porcentual de 11,6%.

Tabla 14 Comportamiento tasa de incidencia (casos por 100.000 habitantes) principales eventos transmisibles 2015-2023. Bogotá

Evento	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hepatitis A	1,29	2,64	2,53	2,48	3,96	1,05	0,27	1,8	5,97
Tosferina	1,46	0,99	0,67	1,31	1,04	0,09	0,01	0,05	0,025
Meningitis	0,9	0,8	0,8	0,9	1,1	0,3	0,3	1	1,2
Varicela	441,5	379,5	210,3	168,5	164,9	41,7	30,9	54,9	65,2
Sarampión-rubéola	0	0	0	0,001	0,13	0	0	0	0
PFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SRC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	32,8	61,3	72,5	87,3	79,0	23,0	11,1	15,5	17,7
Mortalidad por Tuberculosis	1,03	1	0,74	0,78	0,9	0,78	1,12	0,99	0,99

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Bases SIVIGILA, 2015 a 2022 datos finales y 2023 datos preliminares.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías.

En niños menores de 5 años, la causa de la infección en el 95% de los casos son los virus siendo de buen pronóstico, pero un pequeño porcentaje puede padecer complicaciones como otitis, sinusitis y neumonía.

Según la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para el año 2023, el número de casos de mortalidad de niños menores de cinco años por causa de neumonía en la ciudad ha registrado una considerable reducción de 48% con respecto al 2016.

Mientras que el año anterior, entre enero y agosto, se produjeron 48 muertes, este año la cifra es de 25. De estos casos, 19 (76%) corresponden a menores afiliados al régimen contributivo en EPS privadas. Solo tres casos se presentaron entre los

usuarios de la red pública distrital. Los tres restantes pertenecían al régimen subsidiado a través de Compensar y de la EPS Indígena Mallamas.

Hasta septiembre, entre los 20 millones de consultas médicas atendidas en las diferentes Unidades de Servicios de Salud de la ciudad, 1'415.607 personas acudieron por casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA). El 95% obedeció a diferentes cuadros virales y solo 5% requirió hospitalización por complicaciones de neumonía, bronquitis o bronquiolitis.

Entre las consultas por IRA, 32% (437.294 casos) corresponde a menores de cinco años; 24% (342.099) son personas entre 20 y 39 años; 18% (260.280) entre 5 y 19 años; 15% (213.372) entre 40 y 59 años, y 11% (162.562) mayores de 60 años. De los menores de cinco años 9% (39.449 casos) han tenido que acudir a las salas IRA del Distrito.

En la mayoría de los casos las afecciones son debidas a los cambios en las condiciones climáticas y el aumento de las lluvias.

La neumonía es un tipo de Infección Respiratoria Aguda (IRA) que afecta a los pulmones, se desarrolla principalmente por virus y bacterias que son transmitidas por vía aérea. Cuando un niño presenta una gripa leve y no es bien manejada, estos virus y bacterias bajan a los pulmones, los cuales se inflaman y se llenan de secreciones (moco), que generan dificultad para respirar.

Ante el incremento de las lluvias y el segundo pico de infecciones respiratorias en el año, el Ministerio de Salud y Protección Social recomienda a la ciudadanía y en especial a los padres, madres, cuidadores de niños menores de cinco años y a los adultos mayores de 60 años, hacer énfasis en las medidas de prevención. Aunque se ha evidenciado una disminución significativa en las muertes por esta causa, la tasa de mortalidad por neumonía por 100.000 menores de 5 años para el año 2013 fue de 8,4 por 100.000 menores de 5 años y para el año 2021 fue de 4,1.

4.6 Gobierno y gobernanza de la salud pública

El mayor problema para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la conferencia internacional sobre Atención Primaria en Alma Ata de 1.978 y que no ha permitido mejores resultados en salud, ha sido precisamente la gobernanza de la atención primaria; al dejarla en cabeza del sector salud, su capacidad de liderar la intersectorialidad necesaria para la intervención de los determinantes sociales se ha visto disminuida. Es por ello que en el nuevo plan de desarrollo se consolida una estrategia de Atención Primaria Social, al más alto nivel del gobierno distrital, para garantizar la coordinación estratégica, y presupuestal para la intervención intersectorial de los determinantes que afectan la salud.

Así mismo se debe establecer una gobernanza clara sobre todos los actores del sistema de salud a través de la secretaria de salud distrital, para que el PTS

establezca estrategias que den cubrimiento a toda la ciudad y toda su población con atenciones diferenciales de acuerdo al riesgo social y de salud.

Mejorar la salud pública implica contar con una autoridad sanitaria que trascienda la mirada de gobierno, que establezca alianzas y diálogos con diversos actores sociales e institucionales; formule, promueva e implemente políticas públicas que garanticen los derechos individuales, familiares y colectivos³⁵, y propenda por la efectividad de las innovaciones en la salud. Lo anterior, considerando que la construcción de sociedades saludables y equitativas requiere del trabajo intersectorial, transectorial y de la participación comunitaria³⁶, y de políticas públicas que promuevan tanto el bienestar de la población como el control social y la rendición de cuentas³⁷.

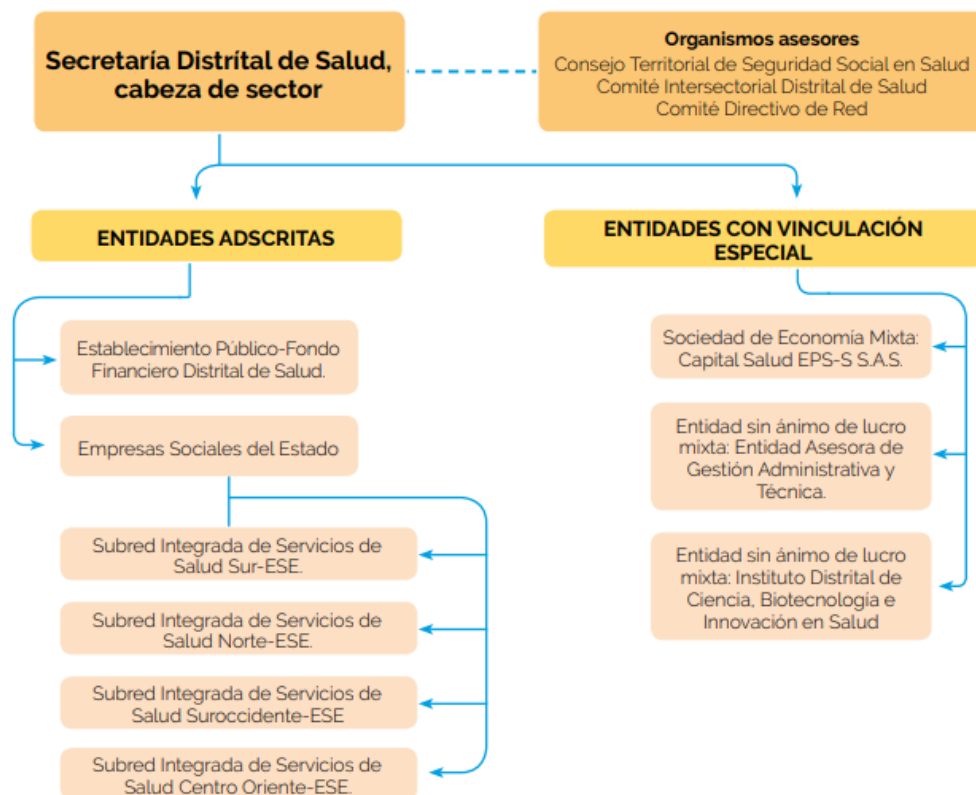
4.6.1 Autoridad sanitaria

La Secretaría Distrital de Salud como autoridad sanitaria de Bogotá ejerce funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud, y adopta medidas de promoción, prevención y seguimiento para la protección de la salud pública.³⁸

En relación con la capacidad para realizar su función de rectoría en lo que se refiere a la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, planes, programas y estrategias; si bien la Secretaría Distrital de Salud participa en instancias y espacios distritales y locales de coordinación con diferentes sectores y actores, y se involucra más activamente en la formulación de políticas públicas orientadas al bienestar y calidad de vida de la población³⁹; se presentan desafíos importantes en su incidencia sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, dado que cada uno de los quince⁴⁰ sectores administrativos que integran el gobierno distrital, y cuyas intervenciones afectan la salud de los habitantes de Bogotá, tiene sus agendas, dinámicas, espacios de participación y prioridades propias.

Lo anterior se complejiza si se considera que el sector público de salud en el Distrito Capital también está fragmentado (ver ilustración) y, además, ha delegado funciones esenciales en las subredes integradas de servicios de salud, lo cual no solo hace que se desdibuje la función de rectoría, sino que se pierda el reconocimiento por parte de los actores y sectores en lo local.

Ilustración 25 Integración del sector público de salud en el Distrito Capital (Acuerdo 641 de 2016)



Fuente: SDS (2018). Documento técnico. Participación social y servicio a la ciudadanía en salud en el Distrito Capital. Bogotá, 2018.

La fragmentación, la débil articulación intersectorial y transectorial, unida a la ausencia de un sistema de información que le permita al sector disponer de datos relevantes, actualizados y desagregados para caracterizar la salud de la población, dadas sus condiciones y situaciones; hacen que las respuestas a las problemáticas y necesidades de salud no sean integrales y se centren en la enfermedad; por lo cual se requiere de una instancia con un esquema de operación, cuya agenda esté orientada a la en torno a la gestión de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Sobre la atención de los asuntos públicos sobre los cuales se fundamentan las políticas públicas gestionadas desde la Secretaría Distrital de Salud, esta se adelanta mediante la orientación y desarrollo de acciones de apoyo a la Gestión de la Salud Pública (GSP) y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas para Bogotá D.C. (PSPIC), en donde se integran todas las acciones colectivas e individuales de alta externalidad a fin de afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, en reconocimiento de las condiciones y situaciones poblacionales y territoriales.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá toma e incorpora en sus lineamientos para el desarrollo de las acciones de GSP e intervenciones de PSPIC, entre otros, los siguientes elementos: acciones intersectoriales, desarrollo de mecanismos de participación (participación social incidente), atención integrada y continua, énfasis en promoción y prevención, recursos humanos adecuados y primer contacto del usuario con el sistema de salud. Esto, teniendo en cuenta los enfoques, pilares y fines de la salud pública establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública. Las acciones se desarrollan en los territorios y localidades de Bogotá, a través de equipos interdisciplinarios de salud pública, en el marco de las líneas operativas del Modelo Territorial de Salud (MTS)⁴¹, con el objetivo de identificar los procesos de determinación social de la salud que condicionan el proceso de salud-enfermedad-muerte en los territorios y, a partir de ello, planear y ejecutar acciones, para el cuidado de la salud.

A pesar de estos avances, se requiere potenciar el Modelo para avanzar hacia la protección de todos los habitantes de Bogotá y no únicamente de aquellos que presentan vulnerabilidad o que hacen parte del régimen subsidiado, lo cual implica, entre otras, fortalecer el trabajo con el sector privado y reestructurar las Redes Integradas de Servicios de Salud, con un enfoque orientado a resultados. Así mismo, sigue siendo un reto disponer de información territorializada para planificar.

En cuanto a la función de Vigilancia en Salud Pública (VSP), esta se desarrolla a través de diferentes estrategias, entre las cuales se encuentran la vigilancia pasiva, activa, rutinaria, intensificada y centinela e Inspección, Vigilancia y Seguimiento (IVS). Esto contempla la vigilancia epidemiológica de las condiciones de salud, la vigilancia de servicios de salud y la vigilancia sanitaria y ambiental, para la generación de alertas epidemiológicas desde lo sociocultural.

Todo lo anterior aporta a la comprensión de la realidad y de las circunstancias que determinan las inequidades sociales y su repercusión en la salud de la población; lo cual no solo permite orientar la planificación, en el marco de las políticas, planes, programas, estrategias y acciones, sino que contribuye al seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud pública y a la toma de decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo; propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.⁴²

En Bogotá, la Red Distrital de Vigilancia en Salud Pública cuenta con 2.218 instituciones responsables de la captación y notificación de eventos de interés en salud pública. Durante el periodo de enero 2020 a septiembre 2023, se realizaron acciones de acompañamiento y fortalecimiento a las cuatro subredes de salud, así como actualizaciones del software SIVIGILA 4.0 para mejorar la gestión y análisis de la información. Este mantenimiento continuo de la red permite monitorear y responder a los diferentes eventos de interés en salud pública en la ciudad.

Las acciones de inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud se vienen realizando de manera rigurosa; sin embargo, resultan insuficientes para cumplir con el plan anual de visitas de verificación establecido en la Resolución 3100

de 2019 para la certificación del Sistema Único de Habilitación a los prestadores: se deben realizar mínimo cuatro visitas anuales por prestador de servicios, y la ciudad dispone de más de 17 mil sedes, para lo cual se cuenta tan solo con ocho comisiones, conformadas por un coordinador y un equipo multidisciplinario.

Esta situación se complejiza si se tiene en cuenta que, además, es necesario i) gestionar los requerimientos ciudadanos y de organismos de control sobre las posibles inobservancias de las normas y las presuntas fallas en la calidad de la prestación de los servicios de salud (entre 2020 y julio de 2023: 11.572 requerimientos, generando la realización de 4.625 visitas), y ii) realizar visitas de verificación previas para la inscripción de las nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la habilitación de los servicios de salud de urgencias, atención del parto, transporte asistencial, servicios de salud de alta complejidad y servicios de oncología. De allí que se requeriría de por lo menos 16 comisiones para realizar seguimiento y se deberían incluir, nuevas estrategias de autocontrol y reporte tecnológico en el marco de la IVC.

Producto de gestionar los requerimientos de los ciudadanos e identificar sus malas experiencias durante el proceso de atención en salud, prevalecen las siguientes las barreras de acceso:

- **Inoportunidad en la prestación de los servicios:** incluye demora en el agendamiento de citas⁴³ en medicina especializada, la programación de cirugías, y otros servicios y corresponde al 67,7% (9.542). Los inconvenientes se tipifican, así:

Tabla 15 Seguimiento de transacciones NO asignadas

Tipología	Consolidado OC 104363 (16 feb – 31 dic 2023)	Porcentaje
Agenda en Actualización (No Hay Agenda)	1.527.852	50%
Motivos inherentes al usuario	735.391	25%
No se oferta servicio vía Call Center.	278.457	9%
Otros	510.268	16%
Total	3.051.968	100%

Fuente: Contact Center- DAEDPSS 31 diciembre de 2023.

- **No suministro de medicamentos:** se refiere a la falta de entrega oportuna o parcial de medicamentos, incumpliendo el plazo de 48 horas establecido por el artículo 131 del Decreto ley 019 de 2012 y la Resolución 1604 de 2013, hace referencia al 7.9% de los casos (1.117).
- **Dificultad en la accesibilidad administrativa:** dificultad en el acceso a trámites y procesos administrativos relacionados con los servicios de salud, 5.1% de los casos (722).

- **Sistema de Referencia y contrarreferencia:** dificultades con trámites y demoras en los procesos de referencia de pacientes, 2.8% de los casos (396).
- **Otros:** Con el 16.5% de los casos (2.324), corresponden a situaciones como negación de servicios, Inspección Vigilancia y Control, atención deshumanizada, inconvenientes con las tutelas, dificultades de alto costo, presunto evento adverso e incumplimiento portabilidad nacional.

Otras barreras de acceso identificadas están relacionadas con el debilitamiento de las redes comunitarias que sustentan la vida y con factores culturales que se reflejan en altos indicadores de inasistencia a consultas y en la preferencia de la población por atender síntomas en lugar de acudir a consultas preventivas. Así mismo, existen desafíos financieros para las subredes integradas de servicios de salud (E.S.E). En el caso de la EPS Capital Salud, hasta noviembre de 2023, presentaba un déficit 92.275 millones para el cumplimiento de sus indicadores financieros, por lo cual requiere de capitalización para garantizar su sostenibilidad financiera y técnica en 2024.

Respecto al fortalecimiento de capacidades para la atención integral en Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud realiza procesos de formación en la red hospitalaria pública, y hace seguimiento al cumplimiento de la normatividad para formar talento humano en salud, buscando garantizar el bienestar y la calidad para la rotación de los estudiantes de diferentes programas de salud que realizan sus prácticas en las unidades prestadoras de servicios de salud de la red pública de la ciudad.⁴⁴

Adicionalmente se desarrolla asesoría, orientación, acompañamiento técnico y capacitación al talento humano de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que operan en la ciudad, con el fin de contribuir al logro de la gestión territorial y a alcanzar los resultados en salud esperados. Esta se centra en las necesidades y prioridades de los actores institucionales, reconociendo sus fortalezas y competencias.

Frente a las funciones de aseguramiento en salud, puerta de entrada al SGSSS, la Secretaría Distrital de Salud realiza actividades de identificación de beneficiarios al régimen subsidiado, a través de instrumentos como la encuesta SISBEN, el seguimiento a la población susceptible de afiliación y la actualización de listados censales de poblaciones especiales. Así mismo, promociona la afiliación al sistema, con el fin de lograr la cobertura del aseguramiento de la población de Bogotá.

De esta manera, la cobertura de afiliación a la seguridad social a diciembre de 2023 fue de 8.017.874 personas, lo que equivale al 101,4%, conforme a lo descrito en la siguiente tabla:

Tabla 16 Estado de la afiliación a la seguridad social en salud en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023

Afiliados por Régimen	Cantidad	% de Población Proyección DANE
Activos en Régimen Contributivo	5.978.107	75,6%
Suspendidos en Régimen Contributivo	113.002	1,4%
Afiliados en Régimen Contributivo	6.091.109	77,0%
Afiliados en Régimen Subsidiado	1.736.028	22,0%
Regímenes de Excepción (estimado)	190.737	2,4%
Total afiliados	8.017.874	101,4%
CENSO 2018		
Proyección DANE población 2023	7.907.281	
Estimado de personas residentes en otros municipios pero que están afiliados al SGSSS en Bogotá y de migrantes no incluidos en la proyección del censo.	110.593	

Fuentes: * Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2023.

* Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2023.

* Base de datos SISBÉN certificada DNP, vigente a 31 de diciembre de 2023.

* Proyección censo DANE, actualización post Covid-19.

* DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2021.

Esto refleja una alta formalización del empleo en la ciudad, considerando que la participación del régimen contributivo alcanza el 77%. En términos de movilidad entre los regímenes, hasta diciembre de 2023, un total de 832,968 usuarios cambiaron del régimen contributivo al subsidiado, mientras que 75,496 usuarios hicieron la transición del régimen subsidiado al contributivo. Esto suma un total de 908,464 usuarios que actualmente se encuentran en esta condición en el Sistema de Salud.

La Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) con el mayor número de afiliados en la ciudad es Sanitas EPS, representando el 21,4% de la población asegurada en general. Dentro de esta cifra, la mayoría de los afiliados se encuentran en el régimen contributivo (92,6%), mientras que el 7,4% pertenece al régimen subsidiado. En cuanto a los asegurados en el régimen subsidiado, la EPS Capital Salud destaca con el 11,2%, contando con la mayor proporción de beneficiarios en este régimen.⁴⁵

Las localidades con la mayor proporción de afiliados al régimen subsidiado son Sumapaz (36.3%), seguido por La Candelaria (32.4%) y Ciudad Bolívar (32.1%). En contraste, aquellas con la mayor proporción de afiliados al régimen contributivo son Teusaquillo (98.3%), Chapinero (92.3%) y Usaquén (91.1%).

La mayor preocupación en términos de afiliación se presenta con la población venezolana, debido a que a enero de 2024 solo el 42,3% ha aplicado la encuesta Sisben IV, generando problemas en el acceso a los servicios de salud y protección social, aunque la atención de urgencias está contemplada para migrantes en situación migratoria irregular. Lo anterior, es una situación que representa un riesgo para las finanzas del distrito y para la salud pública de la ciudad, dado que la concurrencia del gobierno nacional es mínima, por lo cual se deben buscar soluciones estructurales de la mano del gobierno nacional para incluir a todas las personas en un sistema de aseguramiento.

Tabla 17 Afiliados a la Seguridad social en salud por procedencia en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023

Procedencia	R. Contributivo	R. Subsidiado	Total general
a. Nacionales (CC, TI, RC)	5.967.281	1.595.958	7.563.239
b. Extranjeros (CE, PA, SC)	39.256	4.998	44.254
c. Venezolanos (PPT)	84.572	135.072	219.644
Total general	6.091.109	1.736.028	7.827.137

NOTA: "Extranjeros" incluye tanto venezolanos como los procedentes de otros países.

CE: Cedula extranjera, PA: Pasaporte, SC: Salvo Conducto, PPT: Permiso por Protección Temporal

Fuentes: * Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2023.

* Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2023.

El fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud, generando estrategias para mejorar el acceso y la resolutivez de la prestación de los servicios de salud de la población, así como las acciones que faciliten la articulación entre las EAPB y su Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud en búsqueda de una mejor prestación de servicios, constituyen un pilar fundamental en este cuatrienio; al igual que garantizar el acceso a los servicios de salud a la población vulnerable y sin capacidad de pago, simultáneamente desplegando acciones de información sobre los mecanismos de acceso al aseguramiento.

4.6.2 Participación en Salud

La participación social es un derecho fundamental que implica constantes transformaciones institucionales y comunitarias. En Bogotá han sido abordadas mediante estrategias territoriales, que han permitido que la ciudad avance en: i) el reconocimiento de nuevas ciudadanía, así como de diferentes dinámicas de participación que existen en los territorios, profundizando en sus prácticas de organización y movilización; ii) la generación y legitimización de mecanismos y espacios de diálogo permanente y sostenidos entre la institucionalidad y los diferentes actores comunitarios y sociales en los niveles distritales y locales; iii) el desarrollo y fortalecimiento de capacidades de líderes y lideresas pertenecientes a espacios normados en salud (Copacos, Asociaciones de usuarios, Veedurías ciudadanas y Juntas asesoras comunitarias), así como de organizaciones sociales y autónomas, enfatizando en pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+, y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud; iv) la gestión de proyectos de inversión local centrados en siete temas prioritarios para la salud⁴⁶; v) el acompañamiento a procesos de elección de delegados ante espacios distritales e institucionales como el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, los Comités de Ética Hospitalaria, las Juntas Asesoras Comunitarias y las Juntas Directivas de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, y vi) la formulación de planes de acción en el marco de la Política de Participación Social en Salud, y la rendición de cuentas, entre más de 50 veedurías ciudadanas, en temas como proyectos comunitarios, políticas públicas sobre cannabis, infraestructura hospitalaria y el plan distrital de vacunación.

No obstante, aún se continúan presentando debilidades para la incidencia real de la ciudadanía en la toma de decisiones; lo cual se atribuye, entre otras, a la rigidez institucional que dificulta la adaptación de los servicios de salud a las necesidades concebidas individual y colectivamente por la ciudadanía; la débil difusión del sector de los espacios y mecanismos de participación, y desconocimiento de los mismos por parte de la comunidad; la falta de tiempo y bajo interés de la comunidad; la incredulidad y desconfianza en los procesos institucionales, por su poca capacidad para atender necesidades de los territorios y la baja disposición a apoyar iniciativas comunitarias; los liderazgos de actores comunitarios que no se renuevan; la politización de algunos escenarios de participación; la insuficiencia de condiciones materiales (recursos financieros, logísticos, humanos y tecnológicos) para la gestión y toma de decisiones en ejercicio de la participación, y la sobre oferta de espacios institucionales, sectoriales, intersectoriales y de participación comunitaria, que unida a las fallas en su gestión y articulación fraccionan la respuesta distrital.

Para fortalecer la participación social es necesaria la transparencia en la gestión y la accesibilidad a información comprensible para todos los actores, para la participación con conocimiento en la toma de decisiones.

4.6.3 Gestión del Conocimiento para la salud y soberanía sanitaria

El principal desafío del ecosistema de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) es su baja contribución en la resolución de las problemáticas más importantes de salud de Bogotá. Esta situación se debe especialmente a que no existe un ecosistema articulado de CTI en el sector salud que haga frente a un reto común de ciudad y articule a los actores estratégicos para el fomento de investigaciones, desarrollos e innovaciones acorde a las tendencias mundiales.

A pesar de los esfuerzos tanto del gobierno nacional como de la administración distrital por consolidar un Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, persisten brechas entre los actores de la cuádruple hélice (Academia, Empresa, Estado y Sociedad). Estas brechas se reflejan principalmente en la falta de identificación de oportunidades de interacción y en la generación de estrategias conjuntas que podrían resolver los desafíos en salud, generando así nuevos conocimientos y servicios que a largo plazo podrían impactar positivamente la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, la efectividad y costos de tratamiento, pronóstico y rehabilitación, y el acceso a tratamientos altamente especializados y a productos y servicios biotecnológicos. Los datos respaldan esta afirmación, el Índice Global de Innovación muestra un deterioro en las redes de colaboración entre el sector productivo y la academia del país, con un descenso promedio del 2,1% anual, entre 2014 y 2019. Además, se observa una disminución del porcentaje de empresas del sector manufacturero que indican tener relacionamiento con universidades, pasando del 5,7% en 2009-2010 al 3,8% en 2017-2018, según datos del DNP y DANE respectivamente.

Adicional, a la desarticulación del ecosistema, por la ausencia de un marco de gobernanza claro que permita identificar y aprovechar sinergias entre diferentes proyectos e iniciativas de CTI; otras causas de la baja contribución de la CTI a la salud son: i) la falta de correspondencia entre las capacidades de CTI y las necesidades de salud de la población⁴⁷; ii) la corta duración y la falta de alineación de las políticas de CTI en salud con otras políticas de la ciudad; iii) la baja generación y reconocimiento de Centros de Desarrollo científicos y tecnológicos como referentes en diversas temáticas en salud que impulsen la CTI; iv) las insuficientes capacidades técnicas, físicas y tecnológicas para el desarrollo de actividades en CTI; v) la falta de visión y enfoque claro en las acciones para fortalecer las capacidades del ecosistema de CTI; vi) la débil cultura de innovación, vii) la insuficiencia de recursos destinados a la investigación científica tanto dentro del ecosistema de ciencia, tecnología e innovación como dentro de la Secretaría de Salud, viii) la falta de apropiación social del conocimiento, desarrollo tecnológico, innovación e investigación; ix) el desaprovechamiento desde la ciencia, la tecnología y la innovación para desarrollar acciones que mejoren la prestación de servicios de salud en todos los niveles de atención, que puedan dar respuesta a las necesidades específicas de las diferentes comunidades, principalmente a la población más vulnerable, y x) la falta de integración y uso adecuado de tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud.

En relación con el punto décimo, es fundamental destacar que este obedece a que existen barreras tecnológicas y falta de interoperabilidad entre sistemas, debido a la ausencia de estándares claros para el intercambio de información, las dificultades para integrar los sistemas de información utilizados en diferentes niveles de atención y por diferentes proveedores de servicios de salud, y la carencia de infraestructura tecnológica que facilite una comunicación eficaz y segura entre estos sistemas.

De otro lado, la complejidad en la estructura de las historias clínicas electrónicas también contribuye a esta falta de integración. Esta complejidad surge de deficiencias en la formación y capacitación del personal para el uso de sistemas de información, la falta de políticas y procedimientos claros para el intercambio de información, la resistencia al cambio por parte del personal de salud y la escasez de incentivos o sanciones para promover el cumplimiento de políticas relacionadas con el intercambio de información.

Como resultado de lo anterior, la atención de la enfermedad es menos eficaz, se limita la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, el uso de los recursos es ineficiente debido a la duplicidad de esfuerzos y a la falta de coordinación y se pierden oportunidades para el desarrollo de nuevos productos y servicios, se materializa el riesgo de fuga capital intelectual, se pierde memoria institucional y se presentan limitaciones identificar las necesidades, problemáticas y diagnósticos en salud para la toma de decisiones.

Por último, es importante destacar el papel de la Secretaría Distrital de Salud en impulsar la toma de decisiones basada en diversos saberes, incluyendo científicos, ancestrales y populares, utilizando estrategias como repositorio institucional,

publicaciones, laboratorio de innovación, comités éticos, el Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData para fortalecer la toma de decisiones; así como señalar que el Distrito cuenta con el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), creado por el Acuerdo 641 de 2016⁴⁸, el cual constituye una alternativa para pacientes que requieren servicios y productos biológicos para el tratamiento de enfermedades, procesados con altos estándares de calidad; así mismo, es una plataforma tecnológica para generar investigación, desarrollo tecnológico, transferencia de conocimiento e innovación en pro de la salud. De igual forma, el IDCBIS se identifica como uno de los actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI); es tal su enfoque investigativo que su Grupo de investigación en Medicina Transfusional, Tisular y Celular-GIMTTYC (único en su tipo), obtuvo la clasificación A1, la más alta categoría obtenida por los grupos de investigación en Colombia y la más alta de la Red Distrital (Convocatoria 894 de 2021 de Minciencias). Igualmente ha sido considerado como una experiencia exitosa en Colombia en la consolidación de sus bancos de sangre, tejidos y principalmente por la implementación del Primer Banco Público de Cordón Umbilical y una Unidad de Terapias Avanzadas.

4.6.4 Personal de salud

El personal de salud juega un papel crucial en el funcionamiento óptimo del sistema de salud del Distrito Capital, pero enfrenta diversos desafíos. Por un lado, una gran parte de este está vinculado mediante contratos de prestación de servicios, lo que va en contravía de garantizar las condiciones mínimas de la dignificación laboral y conlleva a la escasa apropiación de los procesos y procedimientos institucionales, una cultura organizacional poco desarrollada, interrupciones en los procesos, generación de reprocesos, demoras en la ejecución de actividades, pérdida de conocimiento institucional del sector de la salud y tiempos prolongados para responder a las solicitudes de los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así las cosas, es un reto para el Distrito proponer mecanismos que en el marco del cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, permitan la ejecución de planes de formalización laboral en las diferentes entidades del sector adscritas, que den respuesta a unas necesidades priorizadas y que permita dar cumplimiento al objetivo de este plan, esto es, que de manera gradual las actividades permanentes y misionales en las entidades pasen a ser desarrolladas por servidoras y servidores públicos y no por contratistas, para garantizar una mejor prestación del servicio. en coherencia con los procesos de sostenibilidad financiera que se requieren desarrollar en cada una de las entidades, dado que el plan de formalización laboral debe estar orientado de acuerdo con las condiciones técnico administrativas y financieras de cada entidad en particular y que permitan implementar un proceso de formalización del talento humano sostenible en el tiempo.

5 Priorización de Problemas y Necesidades Sociales y en Salud

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados previamente en el capítulo de análisis de situación en el territorio, se definen los siguientes aspectos que determinaran las necesidades macro del Plan Territorial de Salud, así como los grupos de condiciones de salud priorizados, los cuales se materializan en su ejecución a través del Modelo de Salud de Bogotá +MAS Bienestar.

El análisis de la situación de salud de la calidad en la prestación de los servicios plantea diferentes aspectos tales como la transición demográfica derivando en una población en proceso de envejecimiento, eventos de interés en salud pública concentrados en grupos poblacionales y territorios asociados a marginalización social de grupos de mayor vulnerabilidad, barreras de acceso a servicios de salud de calidad derivados tanto del aseguramiento como de la actual distribución geográfica y planteamiento operativo del sistema de salud de la ciudad. Todo lo anterior, plantea la necesidad de ajustes para garantizar el goce pleno del derecho a la salud.

Hoy, el modelo transfiere la responsabilidad del autocuidado a la personas, sumando los problemas de suficiencia de recursos del sistema de salud, lo que amerita una ajuste del modelo prestacional de la ciudad, partiendo de un modelo predictivo y de intervención de riesgo, generando co-responsabilidad con las personas frente al proceso de salud, fortaleciendo la resolutiveidad de la prestación y motivando el uso eficiente de los recursos en toda la cadena de atención, con modelos resolutivos e innovadores, que propendan por un sistema de contratación preferente de riesgos compartidos, organizados en redes integrales e integradas que vincule a los prestadores tanto públicos como privados, basado en la mejor evidencia disponible, articulando al aseguramiento, la participación social y las tecnologías, todo esto agrupado en el modelo de atención en salud para Bogotá, +MAS Bienestar.

En el Distrito el proceso de atención se ve afectado por el estado de sostenibilidad de las entidades públicas del sector, lo que amerita un proceso de reorganización funcional, acompañadas de medidas de eficiencia y efectividad, que busque su cumplimiento misional, favoreciendo y buscando la calidad y la mejora de la salud de los ciudadanos.

En este sentido, derivado de los ASIS, los análisis complementarios geoespaciales y las diferentes herramientas epidemiológicas y sociales, para el PTS y el modelo de atención de salud de Bogotá, se identifican las siguientes necesidades a gestionar:

1. Mejorar la prestación de los servicios de salud en términos de accesibilidad, equidad, resolutiveidad, disponibilidad y calidad.
1. Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para elevar el nivel de bienestar, calidad de vida y salud de la población.

2. Reducir las desigualdades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios sociales diferenciales y determinan el estado de salud de la población.
3. Desarrollar acciones para mitigar la persistencia de eventos priorizados en salud pública, asociados a determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad.
4. Generar capacidades para prevenir, alertar y dar una respuesta institucional y social oportuna ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes.

El Modelo de Salud de Bogotá debe dar respuesta a la priorización de las problemáticas en salud identificadas en el Plan de Desarrollo “Bogotá camina segura”; así las cosas, la priorización de problemáticas en salud nace del ejercicio realizado por los diferentes actores del sector salud, tales como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Secretaria Distrital de Salud y las Subredes Integradas de Servicios de Salud a través de sus equipos locales ASIS, dando como resultado la priorización de cinco problemáticas relacionadas con la Salud mental, las condiciones crónicas no transmisibles, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud sexual y reproductiva y las enfermedades transmisibles.

5.1 Problemáticas relacionadas con la salud mental

Bogotá ha intensificado la vigilancia en salud pública de eventos de salud mental, lo que ha permitido registrar y abordar un mayor número de casos en estos eventos, tales como el aumento del intento de suicidio y del suicidio consumado, así como la violencia intrafamiliar y sexual y el consumo de sustancias psicoactivas; lo cual se ha presentado de manera concomitante con el aumento de los incidentes en salud mental que se gestionan desde las líneas de ayuda a la población, el centro regulador de urgencias y en el número de personas e individuos que hacen uso de los servicios de salud por trastornos de la salud mental, en especial por trastornos del estado del ánimo.

Sin embargo, a pesar del posicionamiento que este tema ha tenido a nivel distrital, persisten brechas y dificultades asociadas al acceso a servicios y medicamentos en salud mental para los diferentes grupos poblacionales.

5.2 Problemáticas relacionadas con las condiciones crónicas no transmisibles

Las enfermedades cardiovasculares y metabólicas constituyen la segunda causa más frecuente de morbilidad atendida en el Distrito Capital, afectando a 1.320.188 personas que hicieron uso de servicios de salud por esta causa. Con relación a la mortalidad, aunque se ha identificado una ligera disminución por estas causas en personas de 30 a 69 años; continúa siendo la principal causa de defunciones en el distrito capital.

En los ejercicios realizados por Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, se identificó que la prevalencia de Hipertensión Arterial, la diabetes mellitus en personas de 18 a 69 y la mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares hicieron parte de las 5 primeras condiciones en salud asociadas al alto costo de la atención.

5.3 Problemáticas relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional

Según la Encuesta Multipropósito de 2021, el aumento del nivel de pobreza y la tasa de desempleo e informalidad, afectó el acceso económico a los alimentos de las personas y por tanto, aumentó la prevalencia de los hogares con algún tipo de inseguridad alimentaria 16.6 veces, pasando de 19.5% a 36.2%, lo que corresponde a 2.830.718 hogares sin garantía de su derecho a la alimentación. La pandemia por COVID-19, agudizó esta afectación con incrementos considerables de la inseguridad alimentaria en los hogares con jefatura femenina (18.1%), hogares con pertenencia étnica (indígena 22.4%, Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros 30.9%), y hogares en condición de migrantes (28.1%).

Según la misma encuesta, en el 2021 la proporción de hogares que, por falta de dinero, alguno de sus integrantes no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana anterior pasó de 2.5% a 7.5%. Los hogares en 2021 que, en los últimos 30 días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos? pasó de 4.2% a 10.5%.

En este contexto de inseguridad alimentaria de los últimos años, se evidencian efectos el estado nutricional de la población, y en grupos de interés como lo es la primera infancia, si bien la desnutrición aguda en menores de 5 años presenta un comportamiento con tendencia a la disminución pasando en el año 2020 de 3,7% a 1.8% en el año 2023, el riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años incrementó pasando de 12% en el año 2020 a 12.7% en el año 2023.

Respecto a la malnutrición en población de 5 a 17 años, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad), pasó del 28.8% en 2020 a 21.8% en 2023, lo anterior, se relaciona con los efectos relacionados con la pandemia, teniendo en cuenta el aumento de tiempo de los escolares frente a las pantallas, y la disminución de la actividad física producto del aislamiento social. Esto demuestra que, aunque se ha avanzado, aún se requiere fortalecer acciones para estimular la adopción de hábitos y entornos alimentarios saludables ya que el exceso de peso es 1.4 veces más alto que el déficit nutricional. El Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional – SISVAN, monitorea el comportamiento del estado nutricional en población de este grupo de edad mediante la metodología de reporte de consultas por parte de los prestadores de salud desde el año 2020.

5.4 Problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Las infecciones de transmisión sexual y de transmisión vertical (sífilis, hepatitis y VIH) son de gran interés para la población. Los determinantes proximales se relacionan con las características individuales, dentro de los que se incluyen los factores biológicos, como el desarrollo puberal, factores de comportamiento como el uso de métodos de barrera para protección de ITS, el inicio de relaciones sexuales, el nivel educativo y el acceso a servicios de salud, específicamente a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Así como, las creencias, las prácticas de género y su comportamiento con respecto a la sexualidad.

En el caso de la sífilis gestacional se identifica en la ciudad un aumento progresivo de casos notificados en relación con el número de nacidos vivos y defunciones fetales presentados, pasando de 5,4 casos por cada 1.000 nacimientos + defunciones fetales a 9,2 por cada 1.000 en el año 2023, lo cual constituye un reto que indica la necesidad de fortalecer la identificación y tratamiento oportuno de casos durante el control prenatal. Por el contrario, se ha identificado reducción de la incidencia de sífilis congénita en la ciudad pasando de 1,5 casos por cada 1.000 nacimientos + defunciones fetales presentados en el año 2019 a 1,1 por cada 1.000 en el año 2023.

La tasa de incidencia por VIH/Sida en Bogotá D.C ha presentado una disminución pasando de 56,5 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en la ciudad en el año 2021 a 51,3 por 100.000 en el año 2023¹⁷. La mortalidad por este evento ha disminuido levemente pasando de 3,4 por 100.000 habitantes en el año 2021 a 2,2 por cada 100.000 en el año 2023.

Ahora bien, a pesar de que la tasa de natalidad ha venido disminuyendo, se identifica que el perfil de la gestante tiene mayor riesgo; se observa una disminución de 11,8 en 2018 a 8,2 nacimientos por 1000 habitantes en 2022 en Bogotá; algunas localidades tienen una tasa por encima del nivel de la ciudad, tales como Ciudad Bolívar, Candelaria, Mártires y Santa Fe (11 a 12). En relación con las afectaciones durante el periodo gestacional; la morbilidad materna extrema, para el año 2022, fue de 75,4 por cada 100.000 nacidos vivos; incrementándose en un 19% respecto al 2019. La mortalidad materna ha tenido un comportamiento variable para los años 2013 a 2022, oscilando entre 25 y 68,7 * 1.000 nacidos vivos, identificando 5 localidades (Ciudad Bolívar, Puente Aranda, Mártires, Suba y Bosa) que han estado más veces en el cuartil superior para el periodo 2019-2022.

La mortalidad perinatal, ha oscilado entre el 11 y 16 * 1000 nacidos vivos +muertes fetales entre los años 2013 a 2022. Santa Fe, Usme, Kennedy, Los Mártires y

¹⁷ Secretaria Distrital de Salud. Datos Abiertos Bogotá. 2024 [citado el 11 de abril de 2024]. Tasa de notificación VIH/SIDA y tasa de mortalidad asociada a SIDA en Bogotá D.C. Disponible en: <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/tasa-de-notificacion-vih-sida-y-tasa-de-mortalidad-asociada-a-sida-en-bogota-d-c>

Ciudad Bolívar, son las localidades ubicadas más veces en los mayores cuartiles para el periodo 2019-2022.

La mortalidad infantil ha oscilado entre 9 y 10 * 1000 nacidos vivos, San Cristóbal, Usme, Ciudad Bolívar y Puente Aranda son las localidades ubicadas más veces en los mayores cuartiles para el periodo 2019-2022.

5.5 Priorización de enfermedades Transmisibles.

A pesar de la reducción progresiva de la morbilidad asociada a las enfermedades infecciosas estas siguen siendo causa frecuente de mortalidad y morbilidad en grupos tales como los menores de 5 años, quienes presentan un motivo importante de consulta por infecciones intestinales y respiratorias. Su desarrollo puede tener relación con: contaminación del aire por material particulado u otros contaminantes, la exposición al consumo de tabaco, así como antecedentes o condiciones propias del individuo tales como el estado nutricional y el lavado de manos.

Dentro de los diferentes grupos la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad corresponde a las enfermedades respiratorias agudas, especialmente en menores de 5 años en donde se identificaron como principal causa de atención en el 22,04% de los residentes en la ciudad para el año 2023 y en el 15,28% de los niños de 5 a 9 años. En otros grupos de edad suele afectar alrededor del 5% de la población correspondiente a cada quinquenio. En relación con la neumonía y las infecciones de vías respiratorias inferiores se identifica que estas afectaron al 7,86% de los niños menores de 5 años¹⁸. A partir de la información de vigilancia que se realiza a la circulación viral en Bogotá D.C. por laboratorio se identifica que el mayor número de casos a infecciones es por rinovirus (34,6%), seguido de las infecciones por A_H1N1_PDM09 (15,99%) y Virus Sincitial respiratorio (13,48%)¹⁹

Las enfermedades infecciosas intestinales son también más frecuentes en los menores de 5 años, siendo la causa principal de atención en el 6,9% de los niños de este grupo. Si bien su frecuencia disminuye progresivamente con la edad, sigue encontrándose como causa hasta en el 5% de la población de 20 a 24 años.

Finalmente, es importante precisar que si bien, se realiza una priorización de condiciones de salud, con el fin de generar sinergia para dar garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, el PTS en su estructuración aborda las demás situaciones en salud pública sobre las cuales el sector debe dar respuesta.

¹⁸ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 abril). Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/04/21) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/01/31)

¹⁹ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Circulación viral en Bogotá D. C para el año 2023. a partir de vigilancia de infección respiratoria aguda grave inusitada, la vigilancia centinela de ESI-IRAG y la vigilancia de Covid-19. Fecha de corte: 09/04/2024. <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/circulacion-viral-en-bogota-d-c>

6. Componente Estratégico y de Inversión Plurianual

Este capítulo contiene la propuesta para la ciudad en materia de salud y los compromisos del gobierno para gestionarla durante el período 2023 a 2026. Se fundamenta en los resultados del Análisis de la Situación de Salud de Bogotá y las prioridades en salud definidas con base en el Programa de Gobierno “BOGOTÁ CAMINA SEGURA” y el ejercicio participativo realizado.

El componente estratégico y de inversión propuesto se encuentra acorde con las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 100 de 2024. Utiliza los lineamientos del gobierno Nacional, considerando que del PTS se despliega en armonía con los pilares y componentes del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo y el PDSP, con sus respectivos ejes en los territorios. En consecuencia, en este apartado se describe el Modelo de Salud de Bogotá -MAS Bienestar-, que organiza y orienta la gestión del sistema de salud bogotano en el marco de la Atención Primaria Social.

También hace referencia al marco estratégico, presenta los problemas y necesidades sociales en salud priorizados, las transformaciones esperadas, la visión de salud, la cadena de valor y la respuesta en términos estratégicos. Al final presenta la inversión plurianual, desagregada por programa, subprograma y proyectos estratégicos, señalando la respectiva fuente de financiamiento.

De esta forma, Bogotá, se organiza estratégicamente teniendo en cuenta referentes nacionales como el Modelo de Salud Predictivo y Preventivo y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los cuales sirvieron de ordenadores para la construcción de los resultados en salud esperados para la ciudad.

A continuación, se describe el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo de Colombia como marco de referencia y posteriormente el Modelo de Salud de Bogotá -Más Bienestar-, que organiza y orienta la gestión territorial en el marco de la Atención Primaria Social; y a partir de ello, se presentan las transformaciones esperadas de los problemas y necesidades sociales, así como la visión compartida de ciudad, los objetivos estratégicos, los resultados esperados con sus respectivas estrategias y metas, vinculadas a los siete ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 y en armonía con los pilares y componentes del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud.

6.1 Plataforma Estratégica

6.1.1 Misión

Mejorar la situación de la salud de la población de Bogotá D.C., a través de un Modelo de Salud basado en la Atención Primaria Social, que optimice la toma de decisiones para la gobernanza, la gestión integral del riesgo en salud, la participación social y la acción intersectorial y transectorial, afectando positivamente

los determinantes sociales, el bienestar y la calidad de vida y salud de los habitantes, y su entorno.

6.1.2 Visión

Para el 2028, Bogotá se consolidará como la ciudad del bienestar, con un modelo de salud basado en la Atención Primaria Social que responde a las necesidades y prioridades en salud de la población de manera equitativa y resolutiva, incide positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales del territorio y genera confianza en la gobernabilidad y gobernanza de la salud pública elevándola al más alto nivel posible.

6.1.3 Objetivos Estratégicos (Desafíos Priorizados)

- Implementar el Modelo de Salud de Bogotá -MAS Bienestar-fundamentado en la Atención Primaria Social que mejore el acceso efectivo, equitativo, resolutivo y de calidad a los servicios de salud para contribuir al goce del derecho a la salud de la población de Bogotá D.C.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial afectando positivamente los determinantes de las desigualdades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital a través de la participación social transformadora, la optimización de la toma de decisiones y la ciencia, tecnología e innovación.
- Desarrollar acciones para mitigar la persistencia de eventos priorizados en salud pública, asociados a determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad a través de la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en el marco del Modelo de Salud de Bogotá D.C.
- Generar capacidades para prevenir, alertar y dar una respuesta institucional y social oportuna ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes en coordinación con el Sistema Nacional y Distrital de Gestión de Riesgo de Desastres.

6.2 Atención Primaria Social

Para la gestión de las necesidades antes mencionadas, el gobierno local apuesta por el paso de una estrategia de Atención Primaria en Salud a una Atención Primaria Social. Este cambio busca en primer lugar comprender la necesidad de descentrar el papel exclusivo del sector salud en su direccionamiento al facilitar que otros sectores apropien la Atención Primaria Social como una estrategia que permite apalancar acciones intersectoriales y transectoriales para el logro de los objetivos de desarrollo social y el cumplimiento de las metas estratégicas trazadas en el Plan de Desarrollo Distrital.

En segundo lugar, exaltar la dimensión social y política de la salud al reconocer que los determinantes sociales definen las condiciones de vida y salud de las personas

y que la entidad territorial, en cabeza del alcalde, tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de sus habitantes. En ese sentido, es la entidad territorial y no solo el sector salud quien tiene la competencia de propiciar una adecuada coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial para el abordaje integral de los determinantes de las desigualdades sociales. De otro lado, reconocer que dicha articulación implica la construcción de acuerdos de confianza entre los distintos actores del sistema de salud a saber: la Secretaría Distrital de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Redes prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, la academia y los usuarios con el fin de trabajar conjuntamente en la construcción e implementación de un Modelo de Salud mediante la participación sectorial, intersectorial y ciudadana, que responda a las necesidades diferenciales poblacionales y territoriales de la ciudad de Bogotá.

En síntesis, la Atención Primaria Social se comprende como una estrategia de gestión integral e integrada para la organización del sistema de salud bogotano, que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados para incidir positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales y en el logro efectivo del derecho a la salud buscando garantizar las aspiraciones de equidad y bienestar para sus habitantes. La estrategia de Atención Primaria Social propende por la garantía de un acceso oportuno y de calidad a los procesos de atención integral, integrada y continua a lo largo del curso de la vida, que requieren de la articulación de acciones de promoción y protección social con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo, salud familiar y comunitaria según diferenciales territoriales y poblacionales brindando una respuesta satisfactoria y sostenible a las necesidades de las personas, familias, comunidades y colectivos de la ciudad.

6.3 Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar

Aproximar el Bienestar para la ciudad de Bogotá, implica adelantar arreglos institucionales de acción sinérgica entre el gobierno distrital y demás actores sociales, institucionales y territoriales para la materialización de acciones sectoriales e intersectoriales que incidan positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales y que aporten al logro efectivo del derecho a la salud y de las metas de desarrollo trazadas para el Distrito capital. Cumplir con la aspiración de elevar la salud pública y la atención primaria social de Bogotá al más alto nivel posible requiere de una acción coordinada y articulada de interés público, que se gesta entre todos los actores que conforman el sistema de salud y se concreta en un Modelo de Salud acorde a las características y necesidades de la ciudad.

Teniendo como base el marco técnico y normativo nacional, regional e internacional la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en cumplimiento de su misionalidad y funciones asignadas, plantea el Modelo de Salud de Bogotá -MAS Bienestar- como un componente estratégico que contempla la visión prospectiva de la salud para la ciudad en el marco de la implementación del Plan Territorial de Salud, el cual se soportará en la estrategia de Atención Primaria Social, la cual propende por un

enfoque de prestación de servicios cada día más resolutivo en los niveles de baja complejidad de la atención, iniciando por los hogares, la comunidad y los centros de media y alta complejidad hospitalarios.

A continuación, se describen: i) las necesidades a intervenir con el modelo; ii) la Atención Primaria Social como fundamento; iii) los enfoques que lo orientan; iv) los pilares que estructuran su operación y iv) los atributos esenciales a cumplir para el logro de objetivos.

6.3.1 *Enfoques del Modelo*

El Modelo de salud de Bogotá acoge conceptualmente los siguientes enfoques para orientar la comprensión de la situación de salud de la ciudad de Bogotá y dirigir la acción para contribuir al logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y del Plan de Desarrollo Distrital 2024-2028.

6.3.1.1 Enfoque Territorial:

Implica reconocer que es en el territorio donde transcurre la vida de personas y colectivos, por tanto, requiere un abordaje situacional y diferencial anclado a formas particulares de comprender y apropiar el territorio según contextos históricos, políticos, económicos, ambientales, sociales y culturales determinados, en donde se tejen relaciones de poder jerarquizadas, dinámicas de vulneración social y ambiental que demandan su superación a través de formas de agencia territorializadas que potencian la coproducción de la vida.

En este sentido, el Modelo de Salud de Bogotá debe considerar, que las poblaciones no son homogéneas a nivel distrital y que las desigualdades en salud que han generado discriminación, exclusión, vulneración y despojo de derechos se configuran diferencialmente en los territorios de la ciudad, en una relación intrínseca entre los enfoques diferenciales poblacionales y el territorial.

6.3.1.2 Enfoque de Determinantes Sociales:

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) hacen referencia a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Estas condiciones se configuran a partir de un conjunto más amplio de fuerzas que incluyen las políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos (WHO, 2024).

Avanzar hacia la superación de inequidades y generar oportunidades de bienestar requiere comprender la forma en que se producen y reproducen las desigualdades sociales. Desde un enfoque de equidad, integrar modelos explicativos de las desigualdades sociales, como el de los determinantes sociales, permite comprender las condiciones en que se produce y reproduce la vida identificando determinantes estructurales e intermedios que producen la desigualdad social. Garantizar la

igualdad de oportunidades y reducir las brechas de desigualdad es un fundamento ético y político para la garantía del derecho a la salud en interdependencia con los demás derechos.

En este sentido, el Modelo de Salud de Bogotá apuesta por identificar e intervenir los procesos dañinos o malsanos que golpean con mayor fuerza a ciertos grupos humanos en diversos territorios de la ciudad y por potenciar aquellos procesos de cuidado colectivo, impulsados principalmente por las comunidades, que resultan benéficos para la salud y que no han sido suficientemente reconocidos por la institucionalidad.

Para lograr los objetivos de desarrollo, el Modelo de Salud de Bogotá reafirma que la salud debe estar en todas las políticas, asunto que involucra a todos los actores sociales y los sectores institucionales (OPS, 2024). Lo anterior, implica la puesta en marcha de acciones intersectoriales que van más allá de la prestación de servicios y que deben contar con una amplia participación ciudadana. Todos los sectores deben considerar, de manera sistemática, las consecuencias de sus decisiones sobre la salud de las poblaciones, para evitar efectos negativos sobre esta y procurar su cuidado integral a partir de sinergias que permitan avanzar hacia sociedades con mayor equidad sanitaria (OPS, 2024).

6.3.1.3 Enfoque de Derechos:

Colombia incorpora en su bloque de constitucionalidad[1] la garantía de los derechos humanos y del Derecho Internacional Humanitario con la obligación de salvaguardar los derechos humanos en términos de protección, respeto, promoción y en caso de vulneración, asegurar su restablecimiento, reparación y no repetición. Los derechos humanos son inherentes a la naturaleza humana y centran su garantía en el reconocimiento de los sujetos titulares de derechos.

[1] Artículo 93 de la Constitución Política, según el cual los tratados y convenios internacionales que han sido ratificados por Colombia y que reconocen los DDHH y prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen sobre el orden interno y además exige, que los derechos y deberes consagrados en la Constitución deben ser interpretados de conformidad con estos instrumentos internacionales.

6.3.1.4 Enfoque Poblacional Diferencial:

Este enfoque reconoce, en el marco de los derechos, la diversidad constitutiva de la condición humana. El derecho a ser diferentes es una expresión de la dignidad humana que no debe estar sujeta a discriminaciones por causas de género, etnicidad, curso de vida, clase social, condición de salud, movilidad humana, situación de víctima, entre otras. Lo anterior conlleva a la realización de acciones afirmativas que prevengan, superen, corrijan y reparen cualquier condición o situación que genere brechas de inequidad entre grupos o segmentos poblacionales. En Colombia, este enfoque está asociado a los sujetos de especial protección constitucional, quienes requieren de acciones positivas y afirmativas por

parte del Estado, en la búsqueda de la igualdad real y efectiva (Sentencia T-167/11).

Dicho enfoque reconoce la coexistencia de múltiples discriminaciones construidas socio históricamente, acumuladas y agravadas en personas, familias, comunidades y colectivos. En ese sentido, la Corte Constitucional ha señalado la necesidad de comprender la vulnerabilidad, como el resultado de la desprotección histórica y la carencia de posibilidades reales y materiales para el ejercicio de derechos. En consonancia, no hay grupos vulnerables, sino que existen grupos poblacionales a los que sistemáticamente se les han vulnerado sus derechos siendo sometidos históricamente a dinámicas acentuadas de vulnerabilidad económica, política, social y ambiental.

Sin embargo, a pesar de la adversidad dichos grupos también construyen formas propias de cuidar la vida y proteger el territorio, configurando identidades colectivas que se manifiestan en formas específicas de usar, apropiarse y dotar de significado el territorio como lugar privilegiado donde reside la posibilidad real o no de materializar acciones afirmativas y garantizar la restitución de derechos. De la diversidad constitutiva de lo humano, y en términos de salvaguardar los principios de igualdad y no discriminación se desprende la necesidad de reconocer y afirmar al interior del enfoque poblacional diferencial, los siguientes:

Curso de vida. Una mejor salud, y en general el desarrollo integral, depende de los factores, capacidades, exposiciones y afectaciones que las personas hayan tenido a lo largo de su vida; es decir, es producto de un proceso continuo y multidimensional que inicia con la gestación y termina con la muerte. Esto significa que el modelo adoptará estrategias diferenciales que, además de considerar las necesidades y riesgos en salud por grupo etario, garanticen el cuidado de la salud durante todas las fases de la vida (niñez, juventud, adultez, persona mayor y familia), especialmente en los momentos clave de esta. Así mismo, debe tener en cuenta la interconexión entre generaciones, dado que las afectaciones en la vida de una persona inciden tanto en sus relaciones, como en la de sus descendientes.

- **Género:** Consiste en una perspectiva de análisis y una herramienta para la acción que pone en evidencia desigualdades, discriminaciones y violencias basadas en el sexo, la identidad de género y la orientación sexual de las personas. Reconoce las diferencias en el ejercicio del poder y los roles asignados entre mujeres y hombres en la vida familiar, la sociedad, el trabajo, la política, entre otros ámbitos de interacción humana, que normalizan la violencia contra niñas, niños, adolescentes y mujeres. Exige del Estado el desarrollo de acciones que modifiquen patrones culturales fundados en roles, estereotipos, prácticas e imaginarios proclives a la violencia por razones de sexo o género, así como intervenir las relaciones asimétricas de poder que naturalizan dichas violencias (Resolución 1035 de 2022; Decreto 762 de 2018).

- **Étnico-racial:** Los grupos étnicos cuentan con usos, prácticas y costumbres particulares, así como reconocimientos específicos de derechos colectivos que no se comparten con la sociedad en general. En ese sentido, el enfoque étnico reconoce dinámicas propias de los pueblos y comunidades que obedecen a cosmovisiones identitarias que dan sustento a lógicas y conocimientos diversos, y que posibilitan y potencian formas autónomas y propias de desarrollo (Resolución 1035 de 2022). Sin embargo, más allá de la identificación colectiva cultural, el enfoque étnico-racial invita a reconocer la discriminación sociohistórica impuesta a los grupos étnicos. En ese sentido, el enfoque étnico-racial propicia respuestas afirmativas e integrales frente a la vulneración sistemática de la dignidad, igualdad e integridad humanas de los grupos étnicos como consecuencia del racismo estructural persistente en el país.
- **Condición y situación:** La adopción de este enfoque busca que el abordaje del Modelo contemple desafíos relacionados con el estado de salud y el contexto de las personas, priorizando las víctimas del conflicto armado, los migrantes, internacionales, la población campesina, las actividades sexuales pagas, la habitabilidad de calle, las personas con discapacidad, las personas en privación de la libertad y las personas con enfermedades huérfanas.

En términos de gestión, el Modelo de Salud de Bogotá tendrá en cuenta que existen políticas vigentes, a las cuales se les debe garantizar continuidad, considerando que, además de ser compromisos adquiridos con los capitalinos, son producto de ejercicios participativos incidentes.

6.3.1.5 Enfoque de Cuidado Integral:

El enfoque de cuidado se entiende como un compromiso práctico consigo, con otros/as y con el entorno que constituye un requerimiento para el sustento vital y reconoce la vulnerabilidad humana, social y ambiental en vínculo con nuestra naturaleza interdependiente. Constituye un enfoque fundamental para la garantía de derechos y la protección social. El cuidado en tanto esfuerzo sostenido por reparar, conservar y perpetuar la vida, implica reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado no remunerado en los hogares, especialmente de las mujeres, como aporte esencial para la reproducción de la vida y el funcionamiento social. Por tanto, las potencialidades colectivas del cuidado trascienden la institucionalidad del sector salud y aportan a la democratización del derecho a la salud.

El Modelo de Salud de Bogotá reconoce la vida como valor supremo y como realidad vulnerable que requiere una red protectora y colaborativa en donde todas las personas asuman la responsabilidad innata de cuidar a otras, a sí mismas, a otras formas de vida y a los ecosistemas haciendo posible el bienestar. Por lo que el cuidado integral para el bienestar es una apuesta por potencializar las relaciones empáticas, cordiales, amigables, armoniosas, protectoras y respetuosas entre las personas y con la naturaleza (Documento OPS_10082023).

En este sentido, el enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social (Secretaría Distrital de Salud, 2021, pág. 37).

Por su parte, el cuidado, desde el componente prestacional de los servicios implica gestionar integralmente las condiciones en salud que representan riesgos para la salud individual y colectiva por medio de una atención integral, integrada y continua a lo largo de la vida a través de acciones sustentadas en la identificación y priorización de riesgos, la evidencia y costo-efectividad de las intervenciones, la ponderación de beneficios en escenarios de incertidumbre y la acción sin daño, lo que demandan esfuerzos concertados entre actores del sector salud y demás sectores para incidir en la disminución de la carga de enfermedad y las desigualdades sociales, así como en la mejora de los resultados en salud para los habitantes de la ciudad.

6.3.2 Pilares del Modelo

El Modelo de Salud de Bogotá fundamenta su estructura y orientación operativa en cuatro pilares:

6.3.2.1 Toma de decisiones para la gobernanza:

El Modelo de Salud de Bogotá reconoce la información como un elemento transversal y de gerencia estratégica, que permite la focalización y priorización de los habitantes y familias de Bogotá de acuerdo con situaciones de vulnerabilidad, riesgos y eventos en salud, haciendo llegar de manera adecuada y equitativa, la oferta social y de salud del distrito a quienes más lo necesitan con el fin de mejorar su bienestar.

A través de un sistema de información sectorial e intersectorial interoperable, que integre la mayor cantidad de información disponible, se busca fortalecer y articular los demás pilares del Modelo de Salud: participación social transformadora, intersectorialidad y gestión integral del riesgo.

Aplicando inteligencia artificial, a través de métodos de clasificación, se le asignará a las personas un nivel de riesgo o prioridad y de ahí se decidirá el abordaje a recibir, el cual se dará principalmente por medio de la respuesta articulada entre el Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan de Beneficios; adicionalmente, la información será complementaria en la prestación de servicios de salud en todos sus niveles (capas de atención).

La gestión de la información para el Modelo de Salud de Bogotá debe dar cuenta de toda la cadena de valor de las acciones estratégicas, permitiendo así implementar una adecuada gerencia del modelo mediante estrategias de monitoreo y evaluación.

6.3.2.2 Participación social transformadora:

La participación social transformadora como idea fuerza y horizonte de sentido, está unida a la práctica y vivencia de la democracia, precisamente para generar cambios en condiciones situacionales y estructurales que afectan negativamente la vida y el bienestar. La idea fuerza como participación social transformadora tiene como referencia central la acción social de personas, organizaciones y la gestión intersectorial de las instituciones en la realización de la Atención Primaria Social.

Así, definimos la participación como una acción ligada a procesos de transformación de realidades que afecten positivamente el bienestar tanto individual como colectivo, por tanto, se convierte en un medio ya que a través de ella se logran transformaciones; y en un fin ya que quien participa se transforma, transforma y empodera.

La fundamentación de la participación como un derecho humano está dado por su carácter determinante del vínculo de las personas con los diferentes grupos humanos como familia, comunidad, organizaciones e instituciones, para la materialización de su dignidad. La participación parte del reconocimiento de sí mismo, del otro y de lo Otro, lo diferente y lo diverso.

Este planteamiento también implica un abordaje desde lo individual, que busca fortalecer el relacionamiento con la ciudadanía para lograr una mayor satisfacción en la experiencia del servicio, buscando la dignificación de los ciudadanos y las poblaciones para fortalecer la confianza y mejorar la relación Estado - Ciudadanía.

En términos de la gobernanza territorial y en el marco de la Atención Primaria Social, se profundizará en la articulación intersectorial y transectorial en los territorios, a través de escenarios e instancias locales de participación y gestión de políticas públicas, para responder efectivamente a las necesidades particulares en salud y afectar positivamente los determinantes sociales. Esto permitirá una participación más activa, dinámica, renovada y transformadora de realidades territoriales que impacten positivamente el bien-estar en lo local y lo distrital.

6.3.2.3 Intersectorialidad-Transectorialidad

La Intersectorialidad para el Modelo de Salud de Bogotá comprende la coordinación, articulación e integración de actores del sector público y privado, gubernamentales, institucionales y sociales para la formulación e implementación de políticas públicas participativas y colaborativas con el propósito de incidir positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales y mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población. Comprende un proceso de relaciones no jerárquicas ni contractuales que va más allá del quehacer sectorial y que acerca la construcción

de una narrativa común que propicie la acción social conjunta en respuesta a las necesidades de la población.

Reconoce que las acciones de intersectorialidad responden a situaciones o eventos sociales de naturaleza compleja, diversa y multicausal, lo que pone de manifiesto la dimensión social de la salud y el grado de aplicabilidad de las políticas o acciones a nivel territorial, al entender que la salud está mediada por procesos sociales a partir de los cuales se reproduce la vida de las poblaciones, y por tanto, dichos procesos y relaciones no pueden ser vistos como factores aislados de las relaciones de producción y reproducción social.

Por tanto, la intersectorialidad promueve acciones de gobernanza y gobernabilidad a favor del relacionamiento de las poblaciones, que debe partir del diálogo y la construcción de acuerdos y no, de un ejercicio de imposición de autoridad. Teniendo en cuenta esto, se comprende que las acciones de salud deben centrarse en el incremento de las capacidades del Estado y del gobierno en la formulación de políticas públicas que cuenten con consensos y acciones sinérgicas entre sectores, en los gobiernos, y entre los gobiernos (Bogotá región – acción local), el sector privado y la sociedad civil en donde la academia cuenta con un rol determinante.

Por su parte, la transectorialidad se comprende como un proceso de co-gestión integral que permite acciones vinculantes entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales frente a los problemas o necesidades identificados. Implica, avanzar en la creación de nuevos paradigmas en donde los actores sociales, institucionales y territoriales se complementan y hacen sinergias en favor del bienestar, logrando crear una narrativa común, resultado del diálogo colaborativo y participativo entre los diferentes actores y sectores.

La transectorialidad, para el modelo de salud de Bogotá es un pilar que reconoce que debe ampliarse el marco epistémico – metodológico que permita que las instituciones no se vean como silos, sino que se cohesionen las acciones en favor de la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales. Además, pone de manifiesto que los sectores en sus diferentes niveles de gestión deben reconocerse como garantes del derecho a la salud e interdependencia con los demás derechos. Este tipo de accionar transectorial en el marco de la estrategia de Atención Primaria Social permitirá generar los mecanismos de gobernanza necesarios para alcanzar el bienestar de la población.

6.3.2.4 Gestión integral del riesgo:

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece la gestión integral del riesgo en salud -GIRS como una de las estrategias para la garantía del derecho a la salud del eje de Atención Primaria en Salud, el cual no solo se centra en el proceso salud y enfermedad, sino que reconoce la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores el fundamento para identificar, evaluar, medir, intervenir y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de

las personas, familias y comunidades orientada al logro de los resultados de salud y bienestar de la población.

En este sentido, la Gestión Integral del Riesgo en Salud, tiene como propósito la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2022), visibiliza los modos, estilos y condiciones de vida de las personas y la interacción con su entorno inmediato, como parte de la información base que permite gestionar el cuidado para el bienestar de las comunidades.

Complementariamente, se requiere el ajuste del modelo prestacional en lo público y privado, adecuando la red pública y a los diferentes actores a condiciones competitivas de alta calidad, eficiencia y resultado social; y en conjunto con los privados, establecer modelos altamente resolutivos, cercanos a los ciudadanos, dando mayor prioridad al acceso y la cercanía a los sectores donde la movilidad y el gasto de bolsillo afecta no solo el acceso en salud si no también el tema social y económico de las familias.

Por tanto, y entendiendo que es una obligación del Ente Territorial reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los prestadores públicos, privados y mixtos, promoviendo la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, reorganizando la red pública y atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en materia del control de integraciones empresariales y además las normas especiales que aplican al sector salud sobre tales materias.

En consonancia con lo anterior, en el desarrollo de la Red Integrada e Integral de Salud, las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) tienen un rol protagónico pues prestarán servicios que, con tecnología de punta y talento humano capacitado para prestar servicios con altos estándares de calidad, lo cual les permitirá ampliar su oferta de servicios y convertirse en prestadores tanto del régimen subsidiado, como del contributivo y el especial.

Con este escenario, es vital considerar un conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas aplicados en la organización de la prestación del servicio para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, resolutividad y eficiencia de la atención en salud, con una visión centrada en la persona, en los resultados en salud y en la gestión integral del riesgo para la garantía del derecho fundamental a la salud.

La Red Integrada e Integral de Servicios de Salud estará constituida por prestadores públicos y privados que articulen los procesos de gestión para la atención extramural y la atención intramural en unidades básicas resolutivas que ofertarán servicios de alta calidad, los prestadores complementarios, los centros de referencia

en salud y los servicios de urgencias territorializados y especializados, que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud y mejores resultados en salud.

Un modelo de urgencias, de regulación por llamado, que organice la prestación en la ciudad y permita el acceso a sitios cercanos según la patología de los usuarios, incluyendo modernizaciones tecnológicas y de equipamiento en la red pública que promuevan la inversión privada, apoyados con la telesalud en todos sus ítems, que permita la atención oportuna y de calidad.

Así mismo, se realizará el reforzamiento de modelos de hospitalización domiciliaria para las condiciones de salud que lo permitan, acompañado de telesalud para aumentar la capacidad resolutoria de servicios de mediana y baja complejidad, que permita que las unidades especializadas atiendan de forma suficiente esta necesidad. Lo anterior articulado, con la oferta público/privada especializada y organizada, que mejore la calidad y minimizar o superar las dificultades de oferta y demanda de los servicios hospitalarios en toda la ciudad.

Dicho lo anterior, la GIRS debe partir de una caracterización construida con una minería de datos de múltiples fuentes sectoriales e intersectoriales que confluyan en un Sistema de Información interoperable y accesible que permita prever el riesgo y sea fuente de una analítica predictiva individual, familiar, colectiva y territorial. Así, se pueden generar planes de intervención concertados y monitoreados desde la prestación del servicio con seguimiento y ajuste de acuerdo con su ejecución, planes de cuidado dinámicos que obedezcan realmente a los riesgos para obtener resultados óptimos en la salud de la población. Esta gestión implica la integración de actores públicos y privados, y la disposición de recursos para iniciar una amplia oferta de planes, programas, proyectos y servicios que respondan a riesgos colectivos e individuales, con el objeto de lograr condiciones de bienestar para las poblaciones que reciben atenciones integrales, mejoramiento de la oferta de servicios y un impacto positivo en indicadores trazadores.

Es importante mencionar que para el sector salud en el Modelo de Salud de Bogotá, los aseguradores son la columna vertebral y quienes tienen el rol protagónico en la gestión del riesgo en salud. El aseguramiento es la principal puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que cumple con funciones de administrar el riesgo financiero, gestionar el riesgo en salud y articular los servicios de tal forma que se garantice el acceso efectivo y la calidad en la prestación de los servicios de salud, así como la representación de los afiliados ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de su autonomía. Particularmente, el Distrito Capital cuenta con el 100% de población asegurada (según población DANE); de los cuales un 76% se encuentra en régimen contributivo, un 22% en régimen subsidiado y un 2.4% estimado en régimen de excepción. Asimismo, cuenta con la operación de 18 EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) en el territorio.

En conclusión, este pilar se desarrollará un enfoque territorial, especializado, integrado y organizado que plantee respuestas según las condiciones particulares

de riesgo de la población, las necesidades y expectativas de las comunidades, familias y personas, siempre en articulación entre las modalidades de prestación de servicios extramural e intramural, así como la vinculación de todos los sectores tanto públicos, privados o mixtos, con preferencia de modelos de contratación de riesgos compartidos y con estímulos por resultado.

Esto se hará mediante modalidades acorde a la identificación de los aspectos antes mencionados que conforman una única red integrada e integral de salud que vincule los prestadores públicos y privados, de forma exclusiva o combinada; articulando las acciones extramurales en los entornos de vida (hogar, laboral, institucional, educativo y comunitario), las interacciones individuales y jornadas intersectoriales extra o intramurales, así como en la atención en salud en servicios primarios, complementarios de referencia o en urgencias, estos en diálogo constante para un continuo de atención cumpliendo los atributos de calidad para la prestación de servicios sociales y de salud.

Todo lo anterior, construido de forma concertada y colaborativa, de los diferentes actores públicos y privados, del aseguramiento, la prestación, la academia, los profesionales y personal del sector sido y sus agremiaciones, la participación ciudadana, bajo el liderazgo y gobernanza del ente territorial en cabeza de la secretaría de salud.

6.3.3 Atributos del Modelo

A continuación, se definen los atributos del modelo en el marco de la Atención Primaria Social, los cuales se comprenden como las características esenciales requeridas para el logro de los objetivos propuestos y que servirán para el seguimiento y evaluación de su implementación.

- **Resolutividad:** Es la capacidad de brindar servicios sociales y en salud a los ciudadanos que respondan sus demandas y necesidades, que sea acorde con las normas y el conocimiento científico y tecnológico vigente, buscando lograr la transformación positiva de la calidad de vida y salud de las personas, familias y comunidades, así como la obtención de resultados en salud.
- **Oportunidad:** Se refiere a la organización de la oferta de servicios sociales y en salud, así como la coordinación requerida para que las personas, familias y comunidades reciban dichos servicios en el momento que se requiera, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud y la vida de las personas, la ciudadanía o afecten las dinámicas sociales de las comunidades.
- **Accesibilidad:** Es la posibilidad de personas, familias y comunidades para hacer uso de los servicios sociales o de salud, así gozar de las acciones que propendan por mantenerse en las mejores condiciones posibles de salud y calidad de vida, o que disminuyan los riesgos para la salud individual o colectiva, sin que factores geográficos, de estructura física o digital, económicos, organizacionales, asociados a la

edad, pertenencia étnica o a grupos sociales de mayor vulnerabilidad, se lo impidan.

- **Integralidad:** Es la capacidad de articular los servicios sociales y de salud para responder a las necesidades en salud de la población en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a lo largo de un continuo del cuidado. Estos servicios o atenciones deben brindarse con igualdad de trato y oportunidades, con la debida coordinación interinstitucional, intersectorial y transectorial requerida, incluyendo todos los elementos esenciales para lograr el objetivo de mantener o mejorar la salud y calidad de vida. Incluye la promoción y protección social; la promoción de la salud; la prevención el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad; la rehabilitación y la paliación.
- **Integración:** Se refiere a la coordinación a través de los diferentes niveles de atención en salud, con los distintos entornos donde ocurre la vida y entre los actores del sector salud y los actores de otros sectores para garantizar una respuesta adecuada y sinérgica a las necesidades en salud de la población.
- **Continuidad:** Implica el seguimiento al proceso del continuo del cuidado de la salud a lo largo del curso de la vida, según necesidades, sin interrupciones y hasta su completa recuperación o máximo desarrollo.

6.4 Articulación del PTS con los lineamientos emitidos por el MSPS

6.4.1 Modelo de Salud Preventivo y Predictivo

A continuación, se describen los aspectos principales de la propuesta de Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS), planteada por el Ministerio de Salud y Protección Social para Colombia.

Se define el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo como la política en salud del Estado para la población del territorio colombiano. Comprende el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud que permita la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas cuyo centro son las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante redes integradas e integrales territoriales de salud, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del sistema de salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud - APS a través de estrategias orientadas a recuperar la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad, y los sectores sociales. En el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS y los Equipos de salud territoriales.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva (ministerio de Salud).

Ministerio de Salud y Protección Social, (2024). Proyecto de Ley Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Senado de la república.

El PTS debe contribuir con el cumplimiento del objetivo de este modelo; es decir, garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, sin barreras, desde un enfoque preventivo y predictivo mediante la implementación efectiva de la estrategia de APS. Para ello, debe considerar los siguiente pilares y componentes:

Tabla 18 Pilares y componentes de Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud

Integridad del sector salud	Gobernanza, gobernalidad y territorialización	Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Redes integrales e integradas de servicios de salud
Sistema único público de información en salud. Soberanía sanitaria. Ciencia, tecnología e innovación. Calidad e inspección, vigilancia y control, financiamiento	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria, transectorialidad. Participación social en salud. Vigilancia en salud pública.	Distribución del talento humano en salud. Redistribución de competencias y trabajo decente.	Redes integrales e integradas de servicios de salud. Equipos de salud territorial

Fuente: MSPS 2024

6.4.2 Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

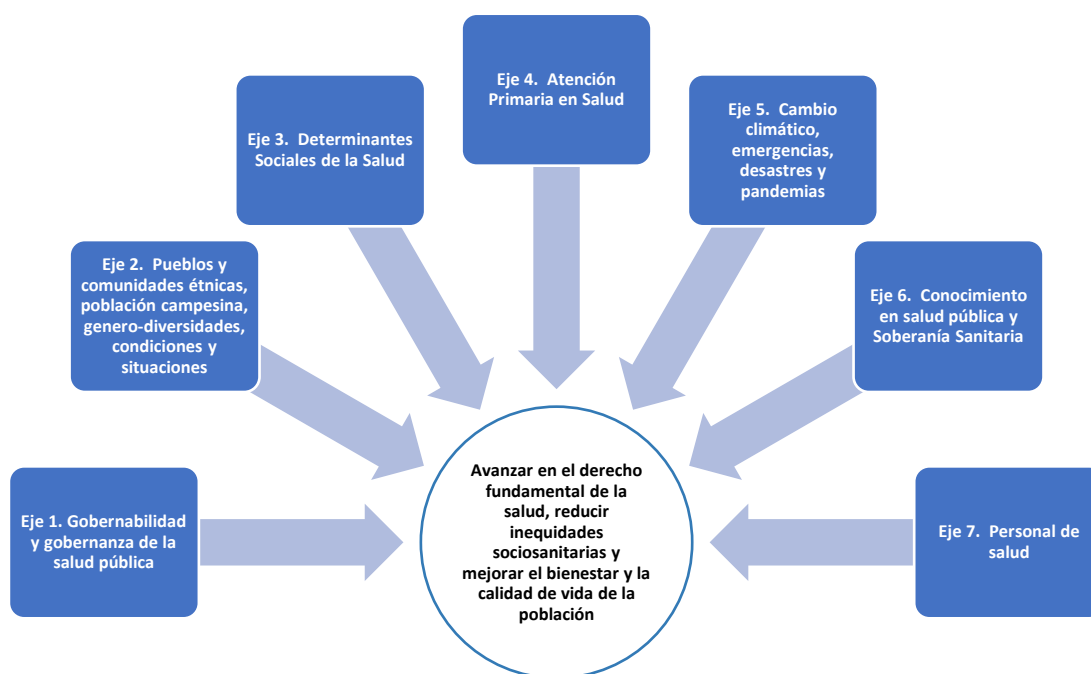
Teniendo en cuenta que cada municipio, distrito y departamento deben adoptar y adaptar el PDSP 2022-2031, con base en las características, particularidades y

problemáticas de su territorio; el MSPS establece que para verificar la coherencia y armonización del PTS y el PDSP, el primero debe definir las problemáticas en función de los ejes establecidos en el segundo y visibilizar la articulación entre las metas y estrategias definidas en ambos instrumentos.

De esta manera, y con el fin de entender dicha armonización, resulta importante señalar el objetivo del PDSP, así como sus ejes, metas y estrategias. En relación con el objetivo, este es "avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, mediante la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud a través de la acción territorial, institucional y social de forma articulada, diferencial y sostenible".

El anterior objetivo se materializa a través de los siguientes siete ejes estratégicos, los cuales están articulados entre sí:

Ilustración 26 Propósitos y Ejes Estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031



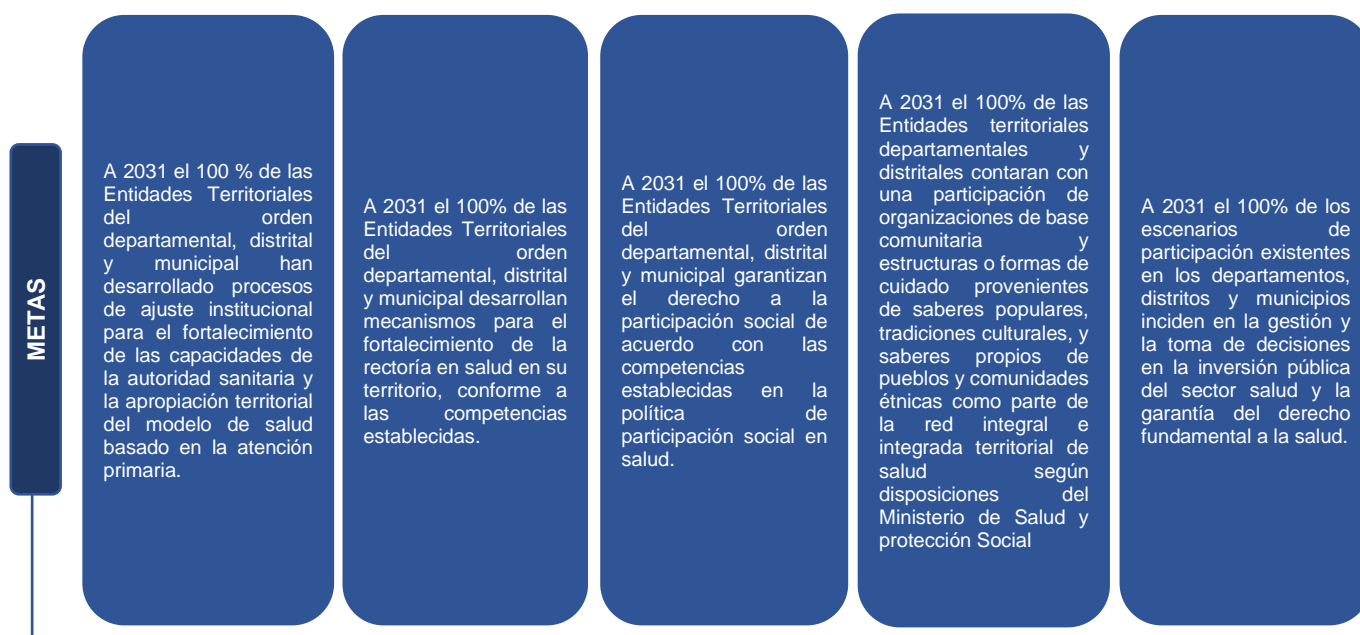
A continuación, se presentan los resultados y metas esperadas para cada uno de estos ejes, así como las estrategias previstas para alcanzarlas:

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública. El objetivo de este eje es Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas

para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.

Los resultados esperados son capacidades territoriales y sectoriales fortalecidas para la gobernanza en salud pública; entidades territoriales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la rectoría en salud, y tener pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+, y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.

Lo anterior se materializa con las siguientes metas estratégicas, las cuales se espera alcanzar con las estrategias relacionadas en el anexo 3.



Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, género-diversidades, condiciones y situaciones. El objetivo de este eje es contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias.

El resultado esperado es contar con políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento.

Lo anterior se materializa con las siguientes metas estratégicas, las cuales se espera alcanzar con las estrategias relacionadas en el en el anexo 3.



Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud. El objetivo de este eje es transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias

Los resultados esperados son: entornos económicos favorables para la salud; transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud; territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia; e integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.

Lo anterior se materializa con las siguientes metas estratégicas, las cuales se espera alcanzar con las estrategias relacionadas en el en el anexo 3.

A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.

A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

Eje 4. Atención Primaria en Salud. El objetivo de este eje es desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.

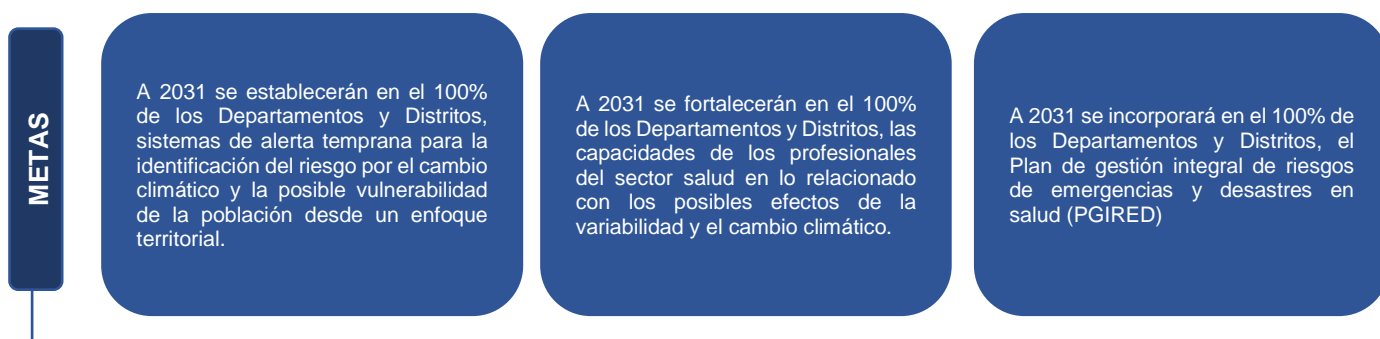
Los resultados esperados son entidades territoriales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud; entidades territoriales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad; agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud – APS; nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio; e instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.

Lo anterior se materializa con las siguientes metas estratégicas, las cuales se espera alcanzar con las estrategias relacionadas en el en el anexo 3.

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias. El objetivo de este eje es reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortalecido la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.

De acuerdo con lo anterior, los resultados esperados son políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático; nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública"

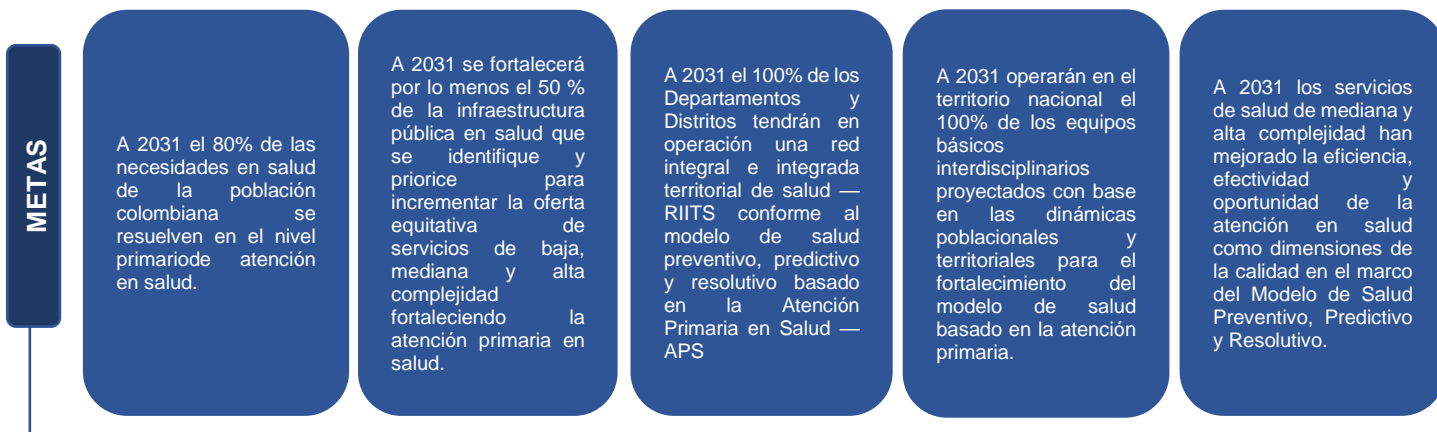
Lo anterior se materializa con las siguientes metas estratégicas, las cuales se espera alcanzar con las estrategias relacionadas en el en el anexo 3.



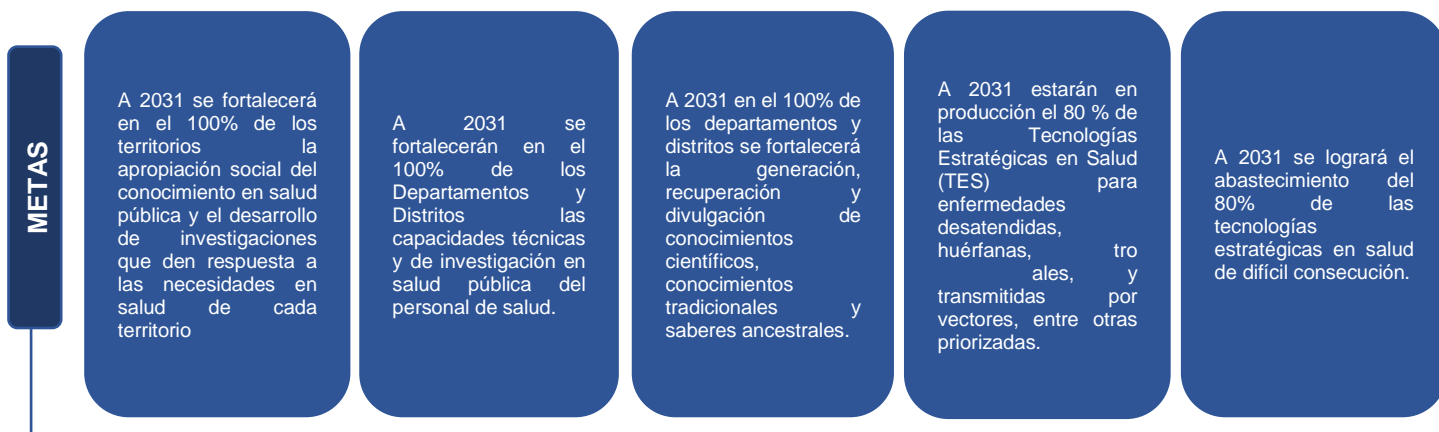
Eje 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria. Los objetivos de es

te eje son avanzar en la producción, uso y acceso a la información en salud pública, la construcción colectiva de conocimientos y saberes en salud propia e intercultural y el desarrollo de capacidades a nivel nacional y territorial, con el fin de fortalecer el sistema único de información en salud; y establecer la soberanía sanitaria como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías Estratégicas en Salud (TES).

Los resultados esperados son decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades; capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública; soberanía sanitaria fortalecida con la aplicación de tecnologías estratégicas en salud (TES)



Lo anterior se materializa con las siguientes metas estratégicas, las cuales se espera alcanzar con las estrategias relacionadas en el en el anexo 3.

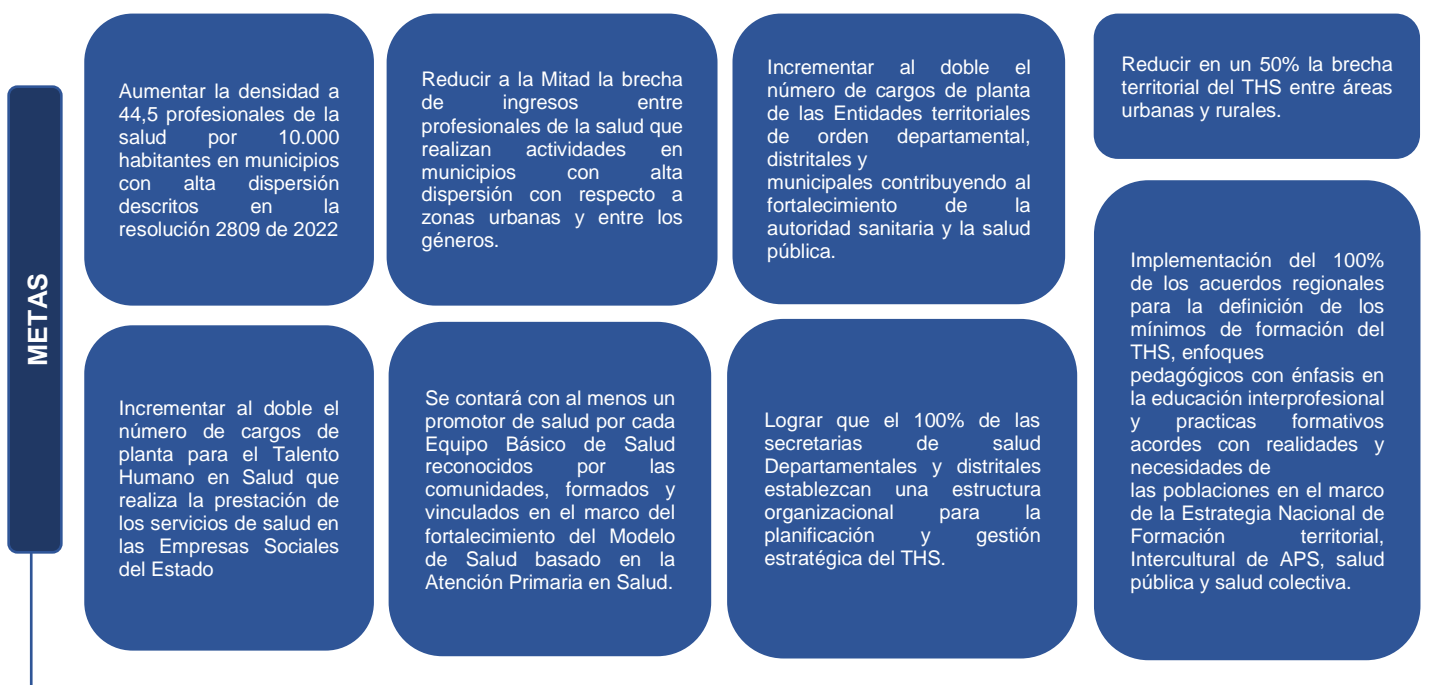


Eje 7. Personal de salud. El objetivo de este eje es crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua y las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del THS, así como el reconocimiento y fortalecimiento de las funciones y roles de equipos básicos de salud en torno a la gestión de la salud pública y el desarrollo de intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección temprana y la protección específica, el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación desde el marco de los determinantes sociales, la atención primaria en salud, la salud pública, la salud colectiva, la interculturalidad, el territorio y la territorialidad.

Los resultados esperados son capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública; talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública; sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios; y talento

humano en salud pública disponible y sostenible para la garantía del trabajo digno y decente.

Lo anterior se materializa con las siguientes metas estratégicas, las cuales se espera alcanzar con las estrategias relacionadas en el anexo 3.



6.5 Resultados esperados del PTS por eje estratégico del PDSP

De acuerdo con la priorización participativa realizada a partir del ASIS y armonizada con el diagnóstico del PDD, los problemas que se intervendrán durante los próximos cuatro años son: debilidad de la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud; inequidades poblacionales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud; inequidades ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población; carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública; inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud; insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes, y pandemias; baja contribución de la Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) en la resolución de las problemáticas más importantes de salud de Bogotá, y ausencia de mecanismos de dignificación del talento humano del Sector Salud en el D.C que dificulta la consolidación de acciones y cumplimiento de los procesos con eficiencia y eficacia delegadas a la Secretaría Distrital de Salud.

Conforme a lo anterior, se describe cada eje del PDSP, describiendo la problemática, la cadena de valor, objetivos, indicadores, metas y estrategias por eje del PDSP 2022-2031. Las metas trazadoras a las cuales se espera contribuir son las siguientes:

Tabla 19 Metas trazadoras del PTS

META	INDICADOR
Mejorar en un 2% la experiencia del usuario durante el proceso de atención en salud	Experiencia del usuario durante el proceso de atención en salud
Mantener por debajo de 125 por 100.000 personas, la tasa de mortalidad evitable por enfermedades crónicas no transmisibles en edades de 30 a 70 años	Tasa de mortalidad por condiciones crónicas no transmisibles en población entre 30 a 70 años por 100.000 habitantes.
Mantener en el Distrito una tasa anual inferior a 5,5 x 100.000 hab, de muertes por suicidio.	Tasa de muertes por suicidio en el Distrito.
Mantener la razón de mortalidad materna a menos de 29,5 x 100mil nacidos vivos.	Razón de mortalidad materna en el Distrito
Mantener la tasa de mortalidad infantil a menos de 9 x 1.000 NV	Tasa de mortalidad infantil en el Distrito
El 92% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 92% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por UNUSIDA.	Porcentaje de personas que se estima viven con VIH y conocen su diagnóstico

6.5.1 Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Problemática

Debilidad de la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud

Alcanzar una gobernabilidad sólida y una gobernanza intersectorial y transectorial efectiva representa un desafío significativo en materia de rectoría en salud y participación ciudadana.

Tal como se evidenció en el capítulo de ASIS, la estructura fragmentada de la autoridad sanitaria, la delegación de responsabilidades importantes en las subredes integradas de servicios, y la insuficiencia de personal humano para atender la magnitud de responsabilidades que establece la norma en materia de IVC, son las principales problemáticas relacionadas con la rectoría en salud.

Adicionalmente, se presentan deficiencias en relación con la falta de reconocimiento de las múltiples territorialidades que existen en la ciudad; la sobreoferta de espacios institucionales, sectoriales e intersectoriales; las limitaciones de planificar y ejecutar políticas, programas y acciones articuladas en los diferentes ámbitos de gobierno (local, distrital, regional y nacional), y la inexistencia de un sistema de información que proporcione los datos relevantes, actualizados y desagregados sobre los determinantes de la salud.

Frente a las dificultades de contar con un sistema de información efectivo, se destacan la infraestructura y barreras tecnológicas, los problemas de interoperabilidad por falta de estándares claros para el intercambio de información, la complejidad en la estructura de las historias clínicas electrónicas, las deficiencias en la formación y capacitación del personal para el uso de tecnologías, la falta de políticas y procedimientos claros para el intercambio de información, la resistencia al cambio en el personal de salud y los escasos incentivos o sanciones para fomentar el cumplimiento de políticas relacionadas con el intercambio de información.

En relación con la participación ciudadana con incidencia en la toma de decisiones, las limitaciones están asociadas a la rigidez institucional, la escasa difusión de los espacios y mecanismos de participación, la politización de algunos escenarios de participación, la falta de renovación de los liderazgos comunitarios, la incredulidad en los procesos institucionales y el escaso tiempo e interés por parte de la comunidad para participar activamente. Factores que hacen que la respuesta a los desafíos de salud se centre en la enfermedad en lugar de abordar los factores que la determinan.

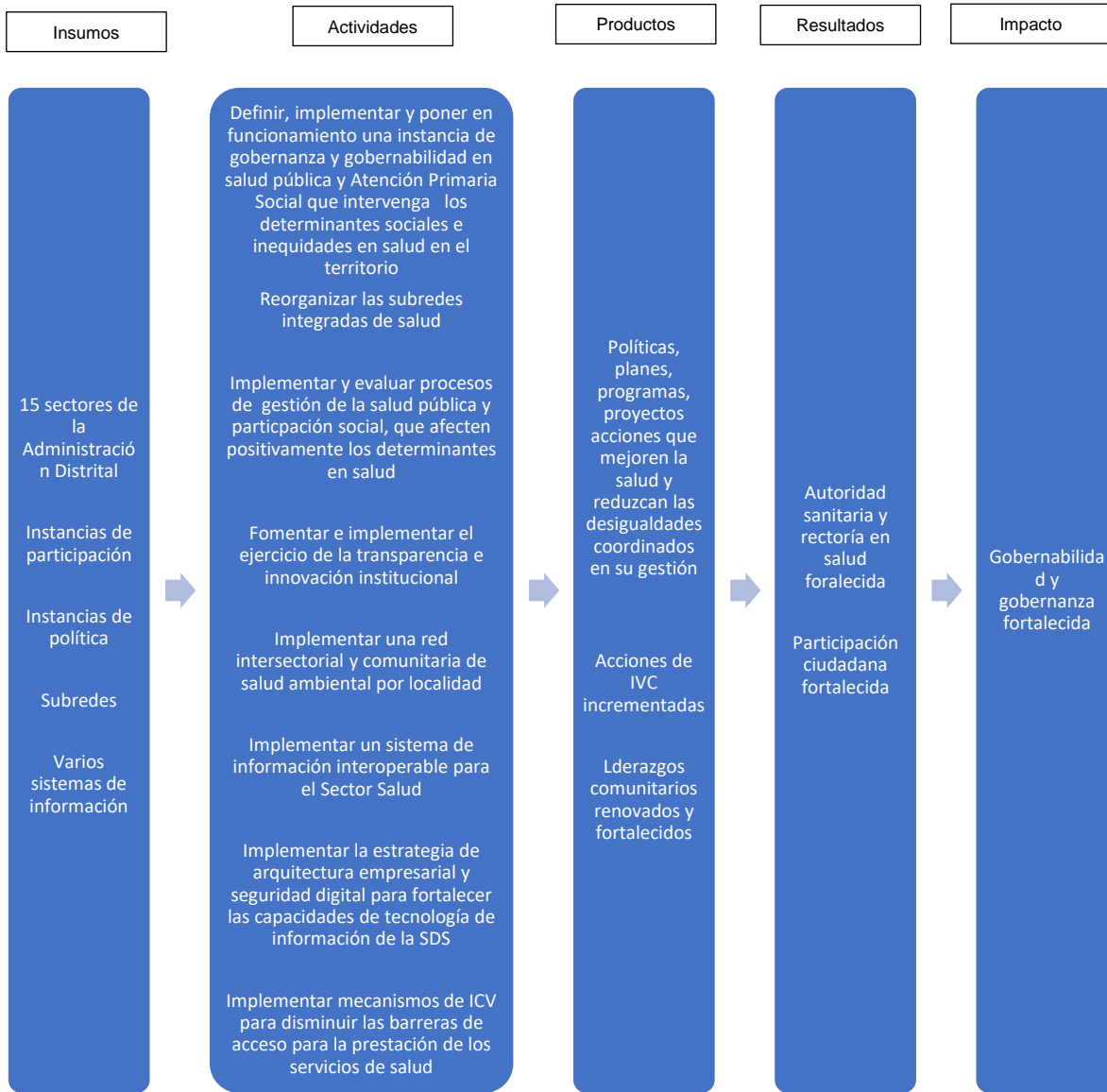
Cadena de valor²⁰

Teniendo en cuenta la situación identificada en Bogotá D.C. en relación con el Eje 1 del PDSP, esta administración, a partir de los insumos relacionados en la siguiente ilustración, avanzará durante los próximos cuatro años en fortalecer la gobernabilidad y la gobernanza, a través del empoderamiento de la autoridad sanitaria y la participación ciudadana, mediante acciones orientadas a lograr una gestión coordinada de políticas, planes, programas, proyectos, acciones que mejoren la salud y reduzcan las desigualdades; aumentar el número de acciones de Inspección, Vigilancia y Control, y promover la renovación de liderazgos comunitarios. Para ello, se adelantarán las siguientes estrategias:

- Implementación de una instancia de gobernanza y gobernabilidad.
- Consolidación de un sistema de información intersectorial para la salud.
- Transparencia e innovación institucional
- Arquitectura empresarial y seguridad digital
- Implementación de una red intersectorial comunitaria de salud ambiental.
- Actividades regulatorias, investigativas y de prevención de tutelas en el ámbito de la salud
- Fortalecimiento de la red de vigilancia y gestión del riesgo en salud.
- Líneas de acción de gobernanza y gobernabilidad para el fortalecimiento de la intersectorialidad, la gestión de las políticas, planes y/o programas y la

²⁰ La cadena de valor es la relación secuencial y lógica entre insumos, actividades, productos y resultados en la que se añade valor a lo largo del proceso de transformación, para alcanzar un impacto deseado, en este caso, el fortalecimiento de gobernabilidad y gobernanza de la salud pública.

participación social, que afecten positivamente los determinantes en salud en clave de Atención Primaria Social.



A continuación, se desarrollan las acciones que se adelantarán en el marco de las estrategias definidas, para alcanzar la transformación esperada. Se indica el objetivo de la línea de acción, los responsables de su ejecución, los indicadores que darán cuenta de su avance y la articulación con los diferentes referentes estratégicos.

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Transformación esperada

Gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial fortalecida para obtener resultados en salud

Objetivo



Definir, implementar y poner en funcionamiento una instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública y Atención Primaria Social que intervenga los determinantes sociales de inequidades en salud en el territorio

Responsables



- **Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.**
- Secretaría Distrital de Salud
- Secretaría Distrital de Planeación

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de avance de la definición e implementación de una instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública y Atención Primaria Social

0

Definir implementar y poner en funcionamiento una instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública y Atención Primaria Social que intervenga los determinantes sociales de inequidades en salud en el territorio.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS. 16 Paz, Justicia e Instituciones Sólidas
 Estrategia PDSP. Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial.

Estrategias (Suprogramas y líneas de acción)

- Las instancias de coordinación intersectorial en el Distrito Capital son un instrumento de política valioso para direccionar las acciones para reducir las inequidades en los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar. Con el objetivo de reducir las inequidades en salud, se creará una comisión intersectorial en la cual se vincularán todos los sectores y actores, desde el liderazgo por el Alcalde Distrital. Desde esta Comisión se integrarán las acciones individuales y colectivas, así como la participación social y comunitaria incidente, que propenderán por garantizar el acceso a los servicios sociales, incluidos los de salud.
- A partir del análisis de inequidades que se va a proponer desde la Comisión Intersectorial de Salud Pública, se deberá migrar a que estos espacios de política se reorienten en términos de la reducción de las brechas. Como cada instancia puede estar dirigida a un tema específico, es imperante que se establezca dentro de los planes de acción, cómo las Unidades Técnicas de Apoyo deberán ejercer de manera articulada el aporte en la reorientación de las instancias. La reorientación de las instancias se completará en el cuatrienio y deberá contar con el monitoreo establecido desde la Comisión Intersectorial con el fin de evaluar la gestión.

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Transformación esperada

Gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial fortalecida para obtener resultados en salud

Objetivo



Responsables



Implementar en 100% el Plan de Acción de transformación digital del sector salud que permitan desarrollar la puesta en marcha de un sistema de información interoperable sectorial e intersectorial para la operación, monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social en pro del bienestar de la población de Bogotá D.C.

- **Secretaría Distrital de Salud**
- Secretarías asociadas a los sectores de los procesos seleccionados

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de avance del Plan de Transformación Digital del Sector Salud para la puesta en marcha de un sistema de información interoperable sectorial e intersectorial para la operación monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social en pro del bienestar de la población de Bogotá D.C. .

0

Implementar en 100% el Plan de Acción de transformación digital del sector salud que permitan desarrollar la puesta en marcha de un sistema de información interoperable sectorial e intersectorial para la operación monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social en pro del bienestar de la población de Bogotá D.C.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS. 3. Salud y bienestar
 Estrategia PDSP. Posicionamiento del sistema único de información en salud parametrizado y estandarizado acorde con la normatividad vigente, que tenga la capacidad de articular los sistemas propios de información en salud de los pueblos y comunidades existentes.

Estrategias (líneas de acción)

Consolidación de un sistema de información intersectorial para la salud

- Observatorio de Salud de Bogotá D.C. SaluData como fuente oficial de los datos en salud para el Distrito (**Despacho**)
- Trámites y servicios en la Carpeta Ciudadana (**Corporativa**)
- Mecanismos de autenticación digital para los trámites y servicios (**Corporativa**)
- Interoperabilidad para facilitar y agilizar los trámites y servicios de salud a la ciudadanía (**Corporativa**)
- Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica con las IPS públicas y privadas a través del nodo territorial de Bogotá (**Corporativa**)
- Interoperabilidad sectorial (SUBREDES - IPS - SECTOR SALUD) e intersectorial, con alcance de Ciudad (**Corporativa**)

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Transformación esperada

Gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial fortalecida para obtener resultados en salud

Objetivo



Responsables



Contribuir al 100% en el ejercicio de la transparencia e innovación institucional

• **Secretaría Distrital de Salud**

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje del ejercicio de la transparencia e innovación institucional contribuido

No aplica

Contribuir al 100% en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 5. Bogotá confía en su gobierno
ODS. 16 Paz, Justicia e Instituciones Sólidas
Estrategia PDSP.

Estrategias (líneas de acción)

Transparencia e innovación institucional

- Gestión documental (**Corporativa**)
- Vigilancia judicial (**Corporativa**)
- Calidad (**Corporativa**)
- Comunicaciones (**Corporativa**)
- Bienestar y clima organizacional (**Corporativa**)
- Fortalecimiento infraestructura autoridad sanitaria (Estudio patológico y vulnerabilidad sísmica CDS) (**Corporativa**)
- Modernización infraestructura (Edificio Administrativo, Edificio Laboratorio y Hemocentro y CDS) (**Corporativa**)
- Dotación infraestructura autoridad sanitaria (**Corporativa**)
- Fortalecimiento MIPG (**Corporativa**)
- Sistema de riego y cosecha de aguas e infraestructura vegetada (SDS y CDS, incluye estudios y consultorías) (**Corporativa**)
- Mantenimiento (**Corporativa**)

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Transformación esperada

- Gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial fortalecida para obtener resultados en salud

Objetivo



Responsables



Implementar la estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer y mejorar las capacidades de tecnología de información de la SDS.

- Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de la estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer las capacidades de tecnología de información de la SDS implementada.

Cero

Implementar la estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer las capacidades institucionales y tecnológicas de información de la SDS

2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 5. Bogotá confía en su gobierno
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia del PDSP. Posicionamiento del sistema único de información en salud parametrizado y estandarizado acorde con la normatividad vigente, que tenga la capacidad de articular los sistemas propios de información en salud de los pueblos y comunidades existentes.

Estrategias (líneas de acción)

Arquitectura empresarial y seguridad digital

- Fortalecimiento de capacidades de TI y soluciones que integran procesos estratégicos, técnicos y operativos de la Secretaría Distrital de Salud **(Corporativa)**
- Monitoreo integral de los sistemas de información de la entidad y fortalecimiento de la seguridad perimetral distribuida **(Corporativa)**
- Adquisición de infraestructura moderna para optimizar los servicios TI **(Corporativa)**
- Implementación y parametrización de un sistema de información empresarial ERP **(Corporativa)**
- Mejoramiento de trámites y servicios digitales **(Corporativa)**
- Talento humano interno Arquitectura empresarial y seguridad digital **(Corporativa)**
- Tecnologías de la información **(Corporativa)**

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Transformación esperada

- Gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial fortalecida para obtener resultados en salud

Objetivo



Responsables



Implementar 3 mecanismos para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Número de mecanismos implementados en Bogotá D.C. para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.

0

Implementar 3 mecanismos para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.

2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bienestar
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia PDSP. Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.

Estrategias (líneas de acción)

Actividades regulatorias, investigativas y de prevención de tutelas en el ámbito de la salud

- Plan de Visitas de Inspección, Vigilancia y Control (**Servicios de salud y aseguramiento**)
- Investigaciones Administrativas (**Servicios de salud y aseguramiento**)
- Transporte de comisiones (**Servicios de salud y aseguramiento**)
- Prevención de tutelas y estrategia de navegación del paciente al interior del sector salud (cáncer) (**Servicios de salud y aseguramiento**)

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Transformación esperada

- Gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial fortalecida para obtener resultados en salud

Objetivo



Sectores responsables



Mantener el 100% de la operación de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de operación de la red de vigilancia en salud pública operando en Bogotá. D.C.	100%	Mantener el 100% de la operación de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C.	2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.

Estrategias (líneas de acción)

Fortalecimiento de la red de vigilancia y gestión del riesgo en salud

- Control de Infecciones y Programa de Uso Racional de Antimicrobianos (**Salud Pública**)
- Mantenimiento de la red de vigilancia en salud pública para el Distrito (**Salud Pública**)

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

Transformación esperada

- Gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial fortalecida para obtener resultados en salud

Objetivo



Sectores responsables



Implementar y evaluar líneas de acción de gobernanza y gobernabilidad para el fortalecimiento de la intersectorialidad, la gestión de las políticas, planes y/o programas y la participación social, que afecten positivamente los determinantes en salud en clave de Atención Primaria Social

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Número de procesos de gestión de la salud pública y participación social implementados y evaluados.

0

Implementar y evaluar 4 líneas de acción de gobernanza y gobernabilidad para el fortalecimiento de la intersectorialidad la gestión de las políticas planes y/o programas y la participación social que afecten positivamente los determinantes en salud en clave de Atención Primaria Social.

2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.

Estrategias (líneas de acción)

líneas de acción de gobernanza y gobernabilidad para el fortalecimiento de la intersectorialidad, la gestión de las políticas, planes y/o programas y la participación social, que afecten positivamente los determinantes en salud en clave de Atención Primaria Social.

- Fortalecimiento de la gestión, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas, planes y programas a nivel distrital y territorial (**Salud Pública**)
- Diseño e implementación del laboratorio social de políticas para fortalecer la gobernanza y la gobernabilidad en clave de la Atención Primaria Social (**Salud Pública**)
- Fortalecimiento de estrategias de Participación Social aumentando la incidencia de la ciudadanía en los escenarios de toma de decisiones a nivel distrital y territorial desde un enfoque poblacional, diferencial y de género fortaleciendo la gobernabilidad y gobernanza en salud (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**).
- Fortalecer el ejercicio de la descentralización en salud, a través de la gestión en las instancias locales con la participación de actores sociales, comunitarios e institucionales para mejorar la gobernabilidad y gobernanza en salud pública en el marco de la Atención Primaria Social (falta incluir esta, puesto que es la línea de acción de las Coordinaciones Locales del modelo de APS).
- Análisis de desigualdades ambientales, sociales y económicas presentes en el distrito capital para orientar la acción de las instancias de coordinación y participación (**Salud Pública**)

6.5.2 Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones

Problemática

Inequidades poblacionales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud

La Organización Mundial de la Salud - OMS ha definido las inequidades sanitarias como “las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de las desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades” (OMS 2008).

En este contexto, los principales desafíos que comparten los diversos grupos poblacionales del Distrito Capital son la discriminación y la estigmatización, los cuales marginan y limitan sus oportunidades, perpetuando así la desigualdad; lo cual se agrava si se tiene en cuenta que las políticas públicas, aunque ha avanzado en la planeación con enfoque poblacional, tienen retos importantes frente a su implementación integral y articulada. Además, esta población enfrenta vulnerabilidad socioeconómica, violencia y dificultades en el acceso a los servicios, lo que afecta su bienestar físico y mental, así como su calidad de vida.

Al respecto, es importante reconocer que, si bien lo mencionado anteriormente es común a estos grupos, cada uno de ellos tiene experiencias culturales y sociales únicas, problemas de salud específicos y necesidades de atención médica especializada, por lo cual se requiere enfoques de intervención adaptados a sus particularidades; a continuación, se presentan algunos aspectos diferenciales:

La **población indígena** presenta altas tasas de embarazos en menores de edad; prevalencia a enfermedades transmisibles y respiratorias y riesgos de mortalidad materno infantil. La principal causa de morbilidad atendida es la salud oral, las patologías que se destacan son caries dental y enfermedades periodontales.

Por otro lado, **la población negra y afrodescendiente** enfrenta el desarraigo y la pérdida de su territorio. Además, tienen una alta incidencia de discapacidad. La mortalidad infantil y en menores afro también es preocupante, con tasas significativamente superiores a la media distrital, relacionadas principalmente con afecciones perinatales; los estilos de vida y las prácticas culturales de las madres afro contribuyen al desconocimiento de prácticas saludables durante el embarazo.

La **población raizal** enfrenta dificultades de acceso a servicios de salud, especialmente en áreas como Kennedy, Bosa, Engativá y Barrios Unidos, lo que limita su acceso a la atención médica adecuada. La principal causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles, las cuales pueden causar muertes prematuras y discapacidades. Existe prevalencia de enfermedades orales,

musculoesqueléticas y genitourinarias, especialmente entre los jóvenes y adultos; así mismo, se presentan impactos negativos de salud mental como consecuencia de la migración, la pobreza oculta, el entorno urbano, la discriminación y la falta de acceso a servicios de salud mental.

La **población con discapacidad** se encuentra ante la escasez de servicios de salud, rehabilitación y asistencia social de calidad, así como ante la falta de información sobre oportunidades para su desarrollo, lo cual puede empeorar la discapacidad, aumentar la dependencia y las condiciones crónicas de salud, afectando su proyecto de vida y el de los cuidadores.

La **población víctima** se ve afectada por la débil respuesta institucional para su reparación integral. Las condiciones socioeconómicas aumentan su vulnerabilidad, incidiendo en el aumento de enfermedades respiratorias, diarrea, problemas de piel y parasitosis intestinal en niños, así como en el incremento de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión en adultos. Además, las afectaciones psicosociales que genera el conflicto armado impactan su bienestar emocional y social de las víctimas. En el ámbito laboral, los trabajadores informales enfrentan riesgos ocupacionales sin acceso adecuado a seguridad social, lo que agrava su situación económica y de salud.

La **población migrante** presenta problemas por la carencia de regulación del estatus migratorio, la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, y la escasa preparación de las instituciones para su atención.

Las **mujeres** enfrentan una sobrecarga familiar y comunitaria ocasionada por la persistencia de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, lo cual se deriva en restricciones del tiempo para el ocio, autocuidado y trabajo remunerado. El suicidio y la ideación suicida muestran una tendencia al aumento, especialmente en jóvenes, así como en indígenas y mestizas las razones incluyen enfermedades mentales, conflictos con la pareja y expareja, y la falta de educación secundaria alta.

Se presenta incidencia de cáncer de mama y cuello uterino, asociados a factores de riesgo como el consumo de alcohol y la obesidad en mujeres mayores, y el estrés crónico y el tabaquismo en mujeres adultas, lo cual es más preocupante si se tiene en cuenta que las dinámicas laborales retrasan su detección. La sífilis gestacional también sigue siendo alta, especialmente en poblaciones vulnerables como los migrantes venezolanos. La salud menstrual es fundamental para el bienestar físico y emocional, pero la discriminación y la falta de acceso a productos higiénicos son obstáculos importantes.

La **población LGTBIQ+** enfrenta dificultades para acceder a atención médica adecuada por falta de protocolos específicos y capacitación idónea a profesionales de la salud, e invisibilidad y subregistro. Esto genera mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de transmisión sexual.

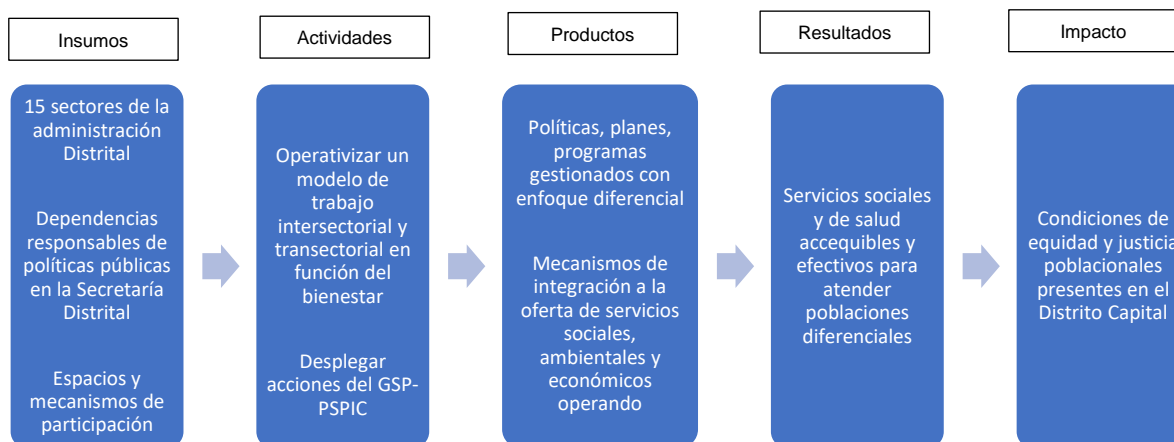
La **población campesina** enfrenta dificultades para acceder a atención médica adecuada por falta de protocolos específicos y capacitación idónea a profesionales de la salud, e invisibilidad y subregistro. Esto genera mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Enfrentan desafíos en educación, trabajo, vivienda, energía eléctrica, acueducto, recolección de basuras, seguridad alimentaria y nutricional (17,4%), salud mental (2,8%) y seguridad personal.

Las **personas con actividades sexuales pagas** presenta problemas de aseguramiento en salud, siendo más alto entre personas mayores de 60 años. La nacionalidad es el factor principal que influye en la afiliación. Respecto a la salud mental, el cansancio es común, especialmente entre personas mayores y no binarias, el 17,1% ha tenido pensamientos suicidas en el último mes. Además, se requiere mejorar la conciencia sobre el autoexamen, la mamografía y los exámenes para la próstata.

El principal evento de mortalidad de los **habitantes de calle** es VIH-Sida, seguida de sífilis gestacional, morbilidad materna extrema, sífilis congénita, enfermedades huérfanas y hepatitis B y C; así mismo, se presentan casos de Tuberculosis.

Por último, en relación con las **personas privadas de la libertad**, sus principales problemas están asociados con el hacinamiento y el acceso a la salud.

Cadena de valor



Frente a la situación identificada en relación con el Eje 2 del PDSP, se avanzará en el mejoramiento de condiciones de equidad y justicia poblacionales, mediante acciones dirigidas a contar con servicios sociales y de salud accesibles y efectivos en su atención a poblaciones diferenciales; lo cual implica gestionar políticas, planes, programas y proyectos con enfoque diferencial, y promover y operar mecanismos para integrar la oferta de servicios sociales, ambientales y económicos. Lo anterior, a su vez, requiere de un modelo de trabajo intersectorial

y transectorial en función del bienestar, y del despliegue de acciones del GSP y PSPIC.

De acuerdo con lo anterior, en el marco del Plan Distrital de Desarrollo, se adelantarán estrategias dirigidas a garantizar el derecho de los siguientes grupos poblacionales:

- Niños, niñas y adolescentes
- La primera infancia
- Víctimas del conflicto armado
- Mujeres
- Personas con discapacidad
- Poblaciones por momento de curso de vida, género y orientaciones sexuales diversas y/o condición y situación
- Población migrante
- Víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual.

A continuación, se hará referencia a las líneas de acción que serán lideradas por la Secretaría Distrital de Salud. Cabe anotar que las acciones relacionadas con el Modelo serán desarrolladas en el Eje de Atención Primaria en Salud.

Objetivos estratégicos, resultados esperados, indicadores, metas y estrategias

Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones

Transformación esperada

- Condiciones de igualdad y justicia poblacionales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población mejoradas (Nota: Problemática de corresponsabilidad de todos los sectores del Distrito bajo el liderazgo de la Alcaldía mayor y la secretaría de Planeación)

Objetivo



Sectores responsables



Garantizar el acceso a personas víctimas del conflicto armado a las medidas de rehabilitación establecidas en la Ley 1448 de 2011

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Población víctima del conflicto armado con procesos de atención psicosocial finalizados por cumplimiento de objetivos

14.400

Garantizar el acceso a 17.280 personas víctimas del conflicto armado a las medidas de rehabilitación establecidas en la Ley 1448 de 2011 a través del desarrollo del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y de sus estrategias diferenciales.

2024

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Avance en la superación de barreras de acceso para la atención primaria en salud con énfasis en la rehabilitación integral en salud de las poblaciones víctimas del conflicto armado interno y de las personas en procesos de reincorporación y dejación de armas.

Estrategias (líneas de acción)

Víctimas del conflicto armado

- Atención psicosocial para personas víctimas de conflicto armado en el marco del PAPSIVI (**Salud Pública**)

Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones

Transformación esperada

- Condiciones de igualdad y justicia poblacionales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población. Problemática de corresponsabilidad de todos los sectores del Distrito bajo el liderazgo de la Alcaldía mayor y la secretaría de Planeación)

Objetivo



Sectores

Vincular el 100% de las personas identificadas por el sector salud, con enfoque diferencial y por momentos de curso de vida, genero, orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones, a las acciones individuales, colectivas y poblacionales de la oferta de salud.

Indicador



Línea de base



Meta

Porcentaje de personas vinculadas por el sector salud con enfoque diferencial y por momentos de curso de vida genero orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones a las acciones individuales colectivas y poblacionales de la oferta de salud.

No aplica

Vincular el 100% de las personas identificadas por el sector salud con enfoque diferencial y por momentos de curso de vida genero orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones a las acciones individuales colectivas y poblacionales de la oferta de salud.

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 1. Bogotá se siente segura
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la transformación de la ciudad en un espacio de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los saberes y comunidades étnicas y campesinas en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias fundamentales a la salud.

Estrategias (líneas de acción)

- Acciones individuales y colectivas y Servicios amigables en salud para las mujeres.
- Acciones individuales y colectivas para la población con discapacidad
- Acciones individuales y colectivas dirigidas a las poblaciones por momento de curso de vida (jóvenes, adultos, personas mayores), género y orientaciones sexuales y/o condición y situación (habitanza de calle, personas que ejercen actividades sexuales pagadas, indígenas, palenqueros, Rrom, Afro, Raizal, recuperados y rural)
- Vincular el 100% de la población de pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueros y pueblo Rrom disponibles, a las acciones individuales y colectivas del sector salud.
- Vincular el 100% de la población rural y campesina del DC identificada en fuentes de información disponibles, a las acciones colectivas e individuales y/o situaciones de vulnerabilidad.
- Vincular a las acciones colectivas e individuales del sector salud el 100% de la población migrante internacional identificada a través de los entornos de vulnerabilidad.

6.5.3 Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud

Problemáticas

**Inequidades ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población.
 Carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública**

Como se evidenció en el capítulo de ASIS, la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables son causadas, además de factores específicos al sector salud, por factores sociales y ambientales. En el contexto de Bogotá, la pobreza, los procesos económicos, la educación, la movilidad, la calidad del aire y los vectores, son determinantes clave del bienestar de la población.

En relación con la pobreza esta perpetúa las desigualdades en salud, no solo porque tiene impacto directo en la calidad de vida de las personas, debido a que determinan su acceso a bienes y servicios básicos; sino porque los grupos más vulnerables enfrentan dificultades para acceder a la atención médica y recibir tratamientos adecuados, además, muestran menor adherencia a los tratamientos. Esta situación se agrava si se tienen en cuenta los altos índices de desempleo y subempleo, así como la alta prevalencia de economía popular y comunitaria en el sector de la economía informal que también afectan la cobertura en seguridad social.

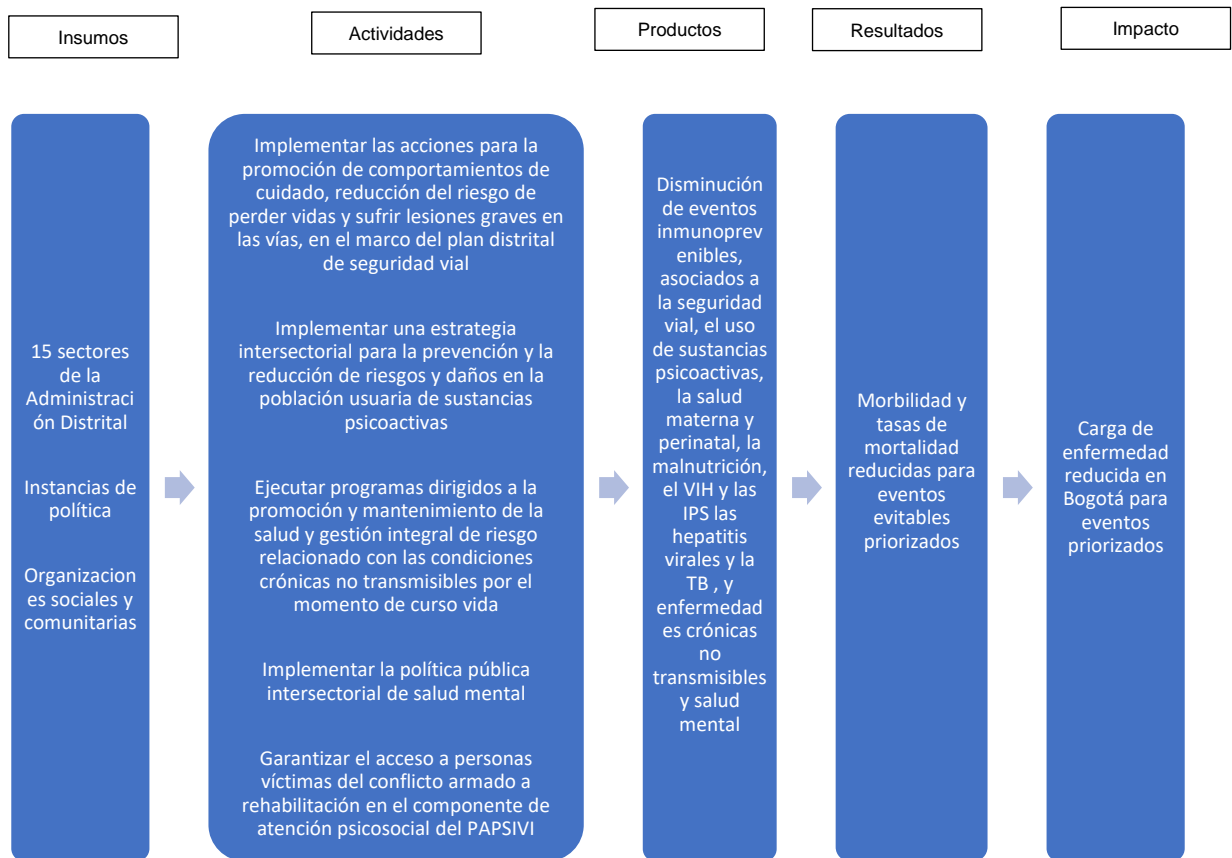
Las disparidades en educación y cultura, en calidad y cobertura, profundizan la brecha de oportunidades para mejorar el empleo y el nivel de ingresos, y están asociadas con una mayor esperanza de vida, menor incidencia en enfermedades crónicas y mejores capacidades para acceder y comprender la información de salud.

Por su parte, las inadecuadas condiciones de vivienda y habitabilidad, y la falta de planificación urbana, así como problemas de calidad del agua y cobertura de alcantarillado que enfrentan algunos barrios, aumentan la exposición a la contaminación del aire, el ruido y la falta de acceso a espacios públicos; el riesgo a presentar enfermedades respiratorias, auditivas, crónicas, cardiovasculares, infecciosas y de salud mental. Así mismo, las limitaciones en el transporte público eficiente, particularmente para personas con discapacidad, dificulta la movilidad y el acceso a servicios de salud.

En relación con la nutrición esta se ve comprometida por la inseguridad alimentaria, especialmente entre grupos vulnerables, debido a la crisis económica y el desempleo exacerbados por la pandemia.

La calidad del aire es otra preocupación, dado que la contaminación ambiental afecta principalmente a áreas densamente pobladas y desfavorecidas, generando enfermedades respiratorias, cardiovasculares, crónicas como cáncer y problemas neurológicos y dermatológicos, entre otros. Además, la proliferación de vectores como roedores e insectos en áreas marginales y periféricas plantea riesgos adicionales para la salud pública.





Cadena de valor



De acuerdo con la problemática identificada, las estrategias que se desarrollarán están orientadas a disminuir los eventos inmunoprevenibles y aquellos asociados a la seguridad vial, el uso de sustancias psicoactivas, la salud materna y perinatal, la malnutrición, las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud mental, y el VIH y las IPS, las hepatitis virales y la TB; con el fin de reducir la morbilidad y las tasas de mortalidad evitables priorizadas, y la correspondiente carga de la enfermedad.

A continuación, se desarrolla cada una de ellas, no sin antes advertir que el cumplimiento de las respectivas metas requiere del concurso de los diferentes sectores de la Administración Distrital y del autocuidado por parte de la población.

Objetivos estratégicos, resultados esperados, indicadores, metas y estrategias

Eje 3. Determinantes Sociales			
Transformación esperada			
<ul style="list-style-type: none"> Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida 			
Objetivo 			Sectores responsables 
Implementar acciones del sector salud para la promoción de comportamientos de cuidado, para reducir el riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías.			Secretaría Distrital de Salud Secretaría Distrital de Movilidad
Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de implementación de acciones del plan distrital de seguridad vial a cargo del sector salud para la promoción de comportamientos de cuidado para reducir el riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías.	Cero	Implementar 100% de acciones del plan distrital de seguridad vial a cargo del sector salud para la promoción de comportamientos de cuidado reducción del riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías.	No aplica
Asociación del indicador con referentes estratégicos	Objetivo PDD 1. Bogotá se siente segura ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos Estrategia PDSP. Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.		
Estrategias (líneas de acción)			
<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con El Plan Distrital de Seguridad Vial 2023–2032 que contempla acciones específicas para promover hábitos y comportamientos seguros en la vía y el espacio público desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se implementarán acciones de información educación y comunicación para promover comportamientos de cuidado en los diferentes entornos de vida cotidiana (comunitario educativo hogar laboral e institucional). 			

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.

Secretaría Distrital de Salud
Secretaría Distrital de Movilidad

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de implementación de acciones a cargo del sector del Plan Intersectorial para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.

No aplica

Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 1. Bogotá se siente segura
ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
Estrategia PDSP. Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.

Estrategias (líneas de acción)

- Conforme a lo establecido por los Acuerdos Distritales : 152 de 2005 (Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar Violencia y Explotación Sexual); 329 de 2008 (Conmemoración Semana Distrital del Buen Trato) y Acuerdo 828 del 2021 (Plan Distrital en Prevención de Violencia por Razones de Sexo y Género con Énfasis en Violencia Intrafamiliar y Sexual) desde el sector salud se proyecta ejecutar el 100% de las acciones planeadas en el marco del plan de acción intersectorial para la prevención y atención a las violencias.

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Gestionar e implementar el plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil, del 100% de los NNA identificados desde el sector salud.

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de NNA identificados desde el sector salud que cuenten con un plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil.

27,74%

Gestionar e implementar el plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil del 100% de los niños niñas y adolescentes (NNA) identificados desde el sector salud.

2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

- Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
- ODS 3 salud y bienestar
- ODS 10 reducción de desigualdad
- Estrategia PDSP. Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la transversalización del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud.

Estrategias (líneas de acción)

- Identificación de niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil que a través de las acciones colectivas y de la gestión intersectorial, que avanza en el desarrollo de un plan integral para su desvinculación del trabajo infantil.
- Abordaje de la familia trabajadora informal, para el desarrollo de acciones de prevención del trabajo infantil y su desvinculación (caracterización, asesorías y asistencias técnicas, acciones colectivas, identificación del riesgo y seguimiento)
- Articulación intersectorial (Secretaría de Integración, ICBF regional Bogotá, Secretaría de educación, IDR) para la respuesta de las necesidades de los trabajadores informales intervenidos, incluidos los NNA. (acceso a cupos de educación, subsidios, oferta social, entre otros, así como la restitución de derechos),
- Desarrollo de acciones promocionales, preventivas y gestión del riesgo con trabajadores informales (domiciliarios, mototoxistas, recicladores carreteros), entre otros, que favorezcan el bienestar y cuidado de las familias trabajadoras. Informales), realizando asesorías para la desvinculación y prevención del trabajo infantil, identificación de condiciones de salud que pueden afectarse por el trabajo, fortalecimiento de redes sociales y de apoyo, fortalecimiento y revisión de roles., entre otros.

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia, para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.

Indicador	Línea de base	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de ejecución de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia.	No aplica	Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.	No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

- Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
- ODS 3 salud y bienestar
- ODS 10 reducción de desigualdad
- Estrategia PDSP. Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la transversalización del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud.

Estrategias (líneas de acción)

Atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia

- Detección precoz y atención integral de niños y niñas con defectos congénitos (**Salud Pública**)
- Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral IAMII (**Salud Pública**)
- Salud infantil (**Salud Pública**)
- Información, educación y comunicación línea materno infantil (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo





Sectores responsables



Reducir a menos de 130 x 100mil habitantes, la tasa de incidencia de morbilidad por eventos inmunoprevenibles.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Tasa de Incidencia de eventos inmunoprevenibles en Bogotá DC.	250 x 100.000 habitantes	Reducir a menos de 130 x 100 mil habitantes la tasa de incidencia de morbilidad por eventos inmunoprevenibles.	2019

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.

Estrategias (líneas de acción)

Prevención y control de eventos inmunoprevenibles

- Inmunoprevenibles (Encuestas, monitoreo, EPV) y otras transmisibles (**Salud Pública**)
- Operación del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en Distrito Capital (**Salud Pública**)
- Operación y ejecución del Programa Distrital de Control de Tuberculosis y Eliminación de la Lepra (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Implementar el 100% de las acciones del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños en la población usuaria.

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de avance del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños en la población usuaria.

No aplica

Implementar el 100% de las acciones del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños en la población usuaria.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.

Estrategias (líneas de acción)

Prevención y reducción de riesgos y daños en la población usuaria de sustancias psicoactivas

- Plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención y la reducción de riesgos y daños en la población usuaria de sustancias psicoactivas (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Reducir la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años al 35,4%.

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años según IMC/E

374%

Reducir al 35.4% la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.

Estrategias (líneas de acción)

Promoción de prácticas saludables de alimentación y prevención y manejo de la malnutrición

- Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional (**Salud Pública**)
- Promoción de las prácticas saludables de alimentación y nutrición, prevención y manejo del exceso de peso en la población (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Reducir la proporción de riesgo por desnutrición aguda al 12% en menores de 5 años

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Proporción del riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años según indicador Peso/Talla

12,70%

Reducir al 12% la proporción de riesgo por desnutrición aguda en menores de 5 años.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.

Estrategias (líneas de acción)

Promoción de prácticas saludables de alimentación y prevención y manejo de la malnutrición

- Plan de acción para la prevención y manejo del déficit nutricional desde la gestación hasta los 5 años (**Salud Pública**)
- Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Derecho a la Alimentación (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal

Indicador	Línea de base	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de avance de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal.	No aplica	Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal.	No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.

Estrategias (líneas de acción)

Salud materna y perinatal

- Salud Materno - perinatal y prevención de bajo peso al nacer (**Salud Pública**)
- Prevención de maternidades y paternidades tempranas, embarazo subsiguiente (**Salud Pública**)
- Prevención de la Sífilis gestacional y transmisión materno Infantil de la sífilis, la hepatitis B, la enfermedad de Chagas y el VIH. Prevención VIH (**Salud Pública**)
- Salud Materna y perinatal y prevención de bajo peso al nacer (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales



Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida



Objetivo



Sectores responsables



Implementación del 75% del plan estratégico y operativo distrital en los nodos y actividades priorizadas a cargo del sector en el Plan estratégico y operativo distrital para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en los 7 nodos sectoriales e intersectoriales para la promoción mantenimiento de la salud y gestión integral de riesgo relacionado con las condiciones crónicas no transmisibles por el momento de curso vida.

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de avance de ejecución del Plan Estratégico y Operativo en los 7 nodos dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud y gestión integral de riesgo relacionado con las condiciones crónicas no transmisibles por el momento de curso vida.	23,3%	Implementación del 75% del plan estratégico y operativo distrital en los nodos y actividades priorizadas a cargo del sector en el Plan estratégico y operativo distrital para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en los 7 nodos sectoriales e intersectoriales para la promoción mantenimiento de la salud y gestión integral de riesgo relacionado con las condiciones crónicas no transmisibles por el momento de curso vida.	2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.

Estrategias (líneas de acción)

Promoción, mantenimiento de la salud y gestión integral de riesgo relacionado con las condiciones crónicas no transmisibles por el momento de curso vida

- Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (**Salud Pública**)
- Plan Estratégico y Operativo de las CCNT (**Salud Pública**)
- Gestión integral del riesgo Colectivo para la intervención en cáncer (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Implementar el 100% del plan de acción del comité de Fast Track Cities, que permita cumplir los compromisos de la declaración de Sevilla suscrita por Bogotá.

Indicador



Línea de base



Valor esperado para el cuatrienio Del objetivo estratégico

Año inicial Serie

Porcentaje de implementación de plan de acción del comité de Fast Track Cities

Cero

Implementar el 100% del plan de acción del comité de Fast Track Cities que permita cumplir los compromisos de la declaración de Sevilla suscrita por Bogotá. D.C.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos Meta PDSP. A 2031, se logra mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH al 2% o menos, en niños y niñas menores de 2 años.

Estrategias (líneas de acción)

Fast Track Cities

- Plan de trabajo para cumplir los compromisos de la declaración de Sevilla suscrita por Bogotá potenciando la respuesta distrital ante el VIH y las IPS las hepatitis virales y la TB - co infección (**Salud Pública**)

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Sectores responsables



Implementar el 100% el plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá

Indicador



Línea de base



Valor esperado para el cuatrienio Del objetivo estratégico

Año inicial Serie

Porcentaje de implementación del plan para la prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C.

Cero

Implementar el 100% el plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos
 Estrategia PDSP. Fortalecer e implementar en los PTS la prestación de servicios en salud mental
 Meta PDSP. A 2031, mantener la tasa de mortalidad de suicidio por debajo de 5

Estrategias (líneas de acción)

Salud mental

- Plan de acción de la Política Distrital de Salud Mental que incluye dentro de sus productos la implementación del plan de prevención y atención de la conducta suicida

Eje 3. Determinantes Sociales

Transformación esperada

- Carga de la enfermedad en Bogotá D.C. disminuida

Objetivo



Responsables



Implementar una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad.

- **Secretaría Distrital de Salud**

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Red intersectorial y comunitaria de salud ambiental implementada por localidad

No aplica

Implementar una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS. 16 Paz, Justicia e Instituciones Sólidas
 Estrategia PDSP. Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas.

Estrategias (líneas de acción)

Implementación de una red intersectorial comunitaria de salud ambiental

- Implementación de una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad (**Salud Pública**)
- Gestión integral de zoonosis y vacunación anual contra la rabia (**Salud Pública**)
- Mejoramiento o definición sanitaria de los establecimientos objeto de vigilancia (**Salud Pública**)
- Ambiente (**Salud Pública**)

6.5.4 Eje 4. Atención Primaria en Salud

Problemática

Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud
--

El problema asociado al Eje 4 del PDSP surge por la concentración de prestadores, equipamientos y servicios de salud en la zona Norte de la ciudad, la cual está distante de los territorios con la mayor densidad de población por hogar. Situación que se agrava debido a la insuficiente capacidad instalada en salud, así como a la presencia de infraestructuras antiguas u obsoletas, con deficiente mantenimiento, que no cumplen con estándares de calidad, ni con la normatividad vigente en gestión del riesgo y desastres. Además, hay debilidades en el modelo de atención.

En relación con la concentración de la infraestructura en el Norte de la ciudad, esta se debe en parte a las actuaciones y decisiones urbanísticas y a la falta de mecanismos de gestión del suelo. Además, la normativa hace complejos los instrumentos destinados a la planeación y licenciamiento del suelo.

En cuanto a las debilidades en el modelo de atención, estas son el resultado de que este no se centra en las necesidades y expectativas de las personas frente al acceso a la prestación de los servicios, sumado a la dificultad de abordar la salud desde una perspectiva territorial y la desarticulación en la implementación de acciones intersectoriales y transectoriales, públicas y privadas, en el marco de la Atención Primaria en Salud. Además, existen problemas con el agendamiento de consultas preventivas por parte de los usuarios, la alta inasistencia a las consultas programadas y las limitaciones en la gestión de citas por la falta de claridad en los roles y responsabilidades de los actores involucrados en el proceso en el Contact Center, y debido a que las subredes no proporcionan disponibilidades con suficiente anticipación ni el número adecuado de cupos²¹.

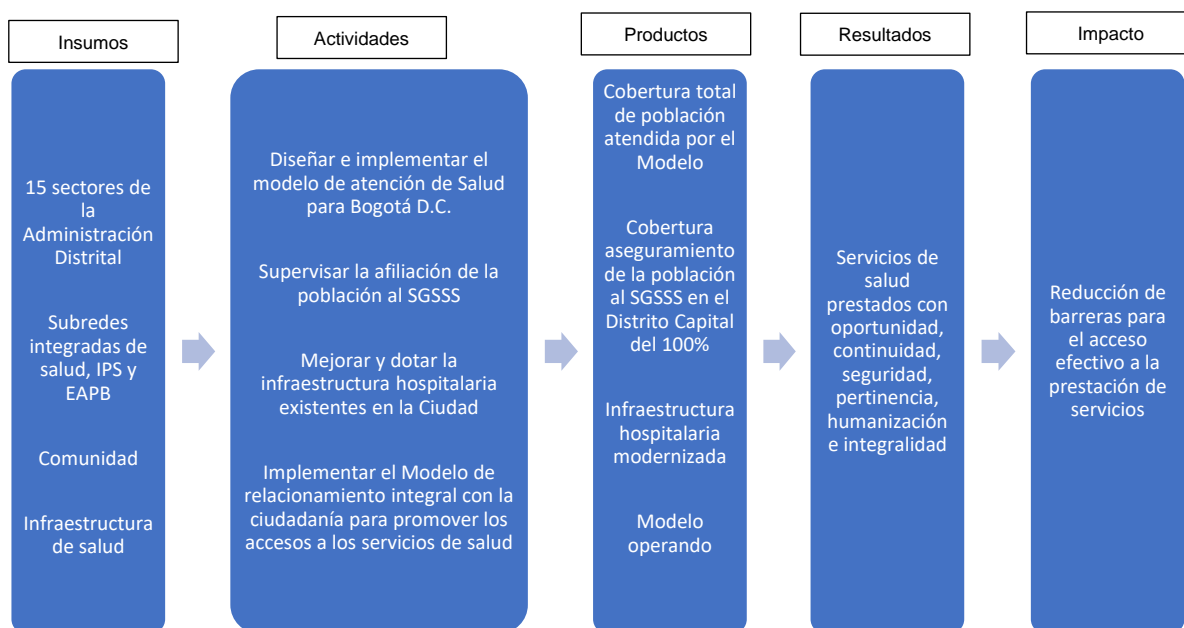
Estas deficiencias tienen como consecuencias el acceso inoportuno a los servicios de salud; demoras en diagnósticos por falta de acceso a tecnologías de punta y procesos de referencia de pacientes; falta de suministro de medicamentos; congestión en servicios de salud y aumento en riesgos asociados a la atención en salud; dificultades de alto costo; falta de garantía en la continuidad y calidad de los servicios de salud; atención deshumanizada, aumento en gastos de bolsillo y desplazamientos extensos, y, en general, malas experiencias de los usuarios durante el proceso de atención en salud. Así mismo, se observan efectos en el aumento de tutelas, incumplimientos normativos, y aumento de las investigaciones administrativas y quejas por presuntas fallas en la prestación de los servicios. En última instancia esto impacta en la cobertura de servicios de salud; la morbilidad,

²¹ Se atribuye al insuficiente número de especialistas, falta de planificación a medio plazo y los desequilibrios financieros.

mortalidad y discapacidad evitables y en la huella de carbono debido a la infraestructura obsoleta.

De igual manera, existen limitaciones para garantizar el aseguramiento, las cuales están asociadas a la falta de capacidad de pago de la población vulnerable para acceder a los servicios de salud (copago), y al incumplimiento de requisitos, especialmente por parte de la población migrante venezolana, para ingresar a alguno de los regímenes del sistema, situación que se atribuye al desconocimiento de los mecanismos de afiliación y al exceso de normatividad del SGSSS.

Cadena de valor



Con el fin de reducir las barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud, se velará porque su prestación sea oportuna, continua, segura, pertinente, humanizada y e integral; lo cual implica implementar un modelo de atención de salud que tenga cobertura total de la población, supervisar la afiliación de la población al SGSSS para mantener la cobertura en un 100%, mejorar y dotar la infraestructura hospitalaria para modernizarla e implementar un modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía. De acuerdo con lo anterior, las estrategias serán las siguientes:

- Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.
- Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía.
- Aseguramiento de la población al SGSSS.
- Reposición, reordenamiento, reforzamiento, mejoramiento integral, ampliación, obras de Unidades de Servicios de Salud y actualización y/o adquisición Biomédica y/ Mobiliario.
- Construcción y dotación de infraestructura.

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Transformación esperada

Barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud disminuidas.

Objetivo



Responsables



Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Modelo de Salud implementado en los sectores catastrales así: Tipología alta y rural 100% Tipología media 50%

Cero

Diseñar implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bienestar

ODS 3. Salud y Bienestar

Estrategia PDSP. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.

Estrategias (líneas de acción)

Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.

- Creación de la Atención Primaria Social y Fortalecer la Atención Primaria en Salud en el Distrito de manera resolutiva (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**)
- Acciones y divulgación en comunicaciones (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**)
- Fortalecimiento de capital salud y subredes (**Planeación y Gestión Sectorial**)
- Fortalecimiento, posicionamiento y liderazgo de la SDS en la optimización de las Redes integradas e integrales, así como de las RIAS (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)
- Estrategias para mejorar el acceso, oportunidad e integralidad a los servicios de salud en la red pública (**Planeación y Gestión Sectorial**)
- Certificado de Discapacidad (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)
- Estrategias de fortalecimiento de modelo a través de las actividades de PYM, MP y atención de enfermedades priorizadas (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)
- Red de Donación y Trasplantes y Bancos de Sangre (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Transformación esperada

Barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud disminuidas.

Objetivo



Responsables



Implementar el Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para promover los accesos a los servicios de salud.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de implementación del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para promover los accesos a los servicios de salud implementado.

Cero

Implementar el 100% del plan de acción del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para promover los accesos a los servicios de salud.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 5. Bogotá confía en su gobierno

ODS 3. Salud y Bienestar

Estrategia PDSP. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.

Estrategias (líneas de acción)

Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía

- Canales de dialogo e información al ciudadano, con enfoque diferencial a nivel territorial y distrital (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**)
- Encuestas de percepción de satisfacción de usuarios acerca de los servicios de salud recibidos en el Distrito, con alcance a la prestación pública y privada (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**)
- Nuevas acciones PDD 2024-2028 (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**)
- Campañas corresponsabilidad (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**)
- Semana relacionamiento con la ciudadanía (**Gestión Territorial, Participación y Servicios a la Ciudadanía**)

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Transformación esperada

Barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud disminuidas.

Objetivo



Responsables



Mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de cobertura en el aseguramiento de la población en el SGSSS.

100%

Mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bienestar
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia PDSP. Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

Estrategias (líneas de acción)

Aseguramiento de la población al SGSSS

- Liquidación mensual de afiliados
- PPNA y Población Migrante
- Supersalud
- Interventoría

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Transformación esperada

Barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud disminuidas.

Objetivo



Responsables



Mejorar dotar o reponer 100% de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud viabilizadas.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud mejoradas dotadas o repuestas.

No aplica

Mejorar dotar o reponer 100% de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud viabilizadas.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 4. Bogotá confía en el desarrollo de su territorio

ODS 3. Salud y Bienestar

Estrategia PDSP. Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.

Estrategias (líneas de acción)

Reposición, reordenamiento, reforzamiento, mejoramiento integral, ampliación, obras de Unidades de Servicios de Salud y actualización y/o adquisición Biomédica y/ Mobiliario

Se incluye la construcción dotación y puesta en marcha de nuevas infraestructuras hospitalarias; así como el mejoramiento de la infraestructura existente en el marco de los proyectos viabilizados.

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Transformación esperada

Barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud disminuidas.

Objetivo





Responsables



Culminación de la construcción y Dotación de 10 infraestructuras hospitalarias en curso y avance en diseño y/o obra de 7 infraestructuras hospitalarias viabilizadas en Bogotá D.C.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Número de infraestructuras mejoradas	Cero	Culminar la construcción y dotar 10 infraestructuras hospitalarias en curso y avanzar en el diseño y/o obra de 7 infraestructuras hospitalarias viabilizadas en Bogotá D.C.	2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 4. Bogotá confía en el desarrollo de su territorio
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia PDSP. Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.

Estrategias (líneas de acción)

Construcción y dotación de infraestructura

- La magnitud de la meta se compromete conforme a los recursos que se cuentan actualmente en la meta correspondientes a las Vigencia Futuras de Bosa, San Juan de Dios y Engativá
- 4 Obras entregadas y dos estudios y diseños realizado.

6.5.5 Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Problemática

Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes, y pandemias
--

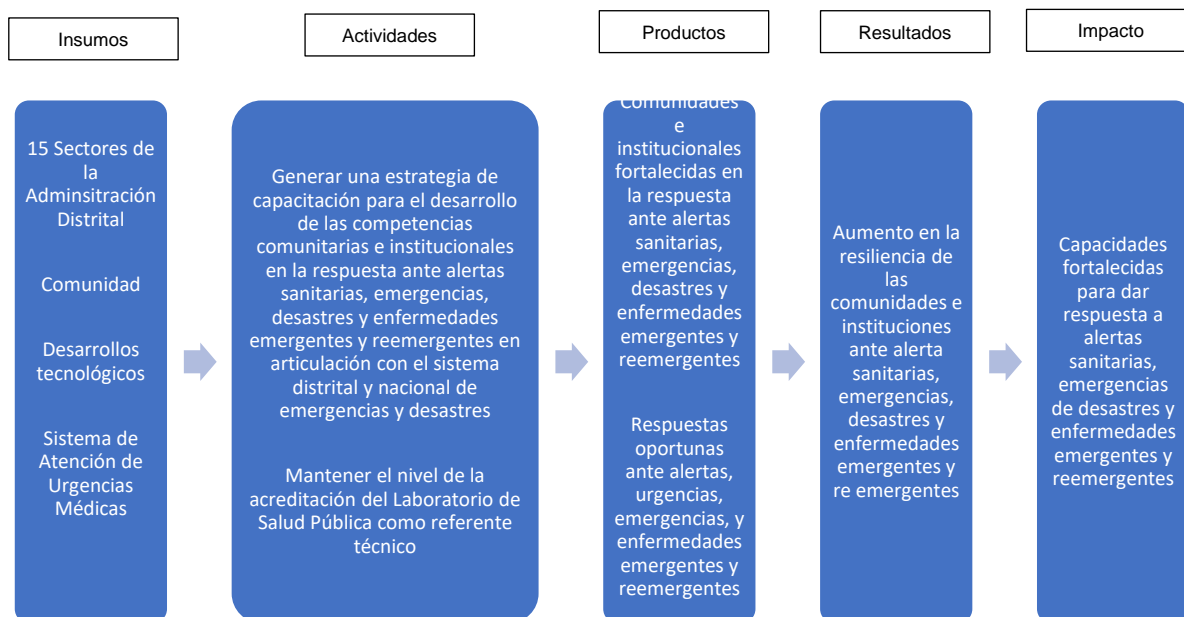
Bogotá está expuesta a multiplicidad de riesgos, de un lado, las condiciones climáticas extremas como la radiación solar ultravioleta alta y el aumento de la temperatura, junto con fenómenos como La Niña y El Niño generan desde inundaciones por desbordamiento de cauces naturales hasta vulnerabilidad sísmica. De otro lado, los riesgos tecnológicos y químicos, y movimientos en masa en zonas de ladera tienen efectos en la salud, como lesiones físicas, traumas, intoxicaciones por sustancias químicas, problemas respiratorios, afecciones alimentarias y nutricionales, enfermedades infecciosas relacionadas con el agua contaminada, trastornos mentales debido al estrés postraumático e incluso pérdidas de vidas humanas.

De otro lado, las capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes, así como pandemias, se ven condicionadas por diversos factores, además de los riesgos mencionados, por las deficiencias y obsolescencias que presentan algunos servicios de urgencia, el uso inadecuado de las infraestructuras destinadas a la atención de pacientes en riesgo vital, la falta de adherencia al tratamiento ambulatorio y la inoportunidad en la respuesta por parte de algunas EAPB externas al Distrito que obligan a los pacientes a desplazarse y utilizar la red de servicios de Bogotá, sobrecargando los servicios de salud. Así mismo, la demora en las respuestas de algunas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), el uso excesivo de unidades de urgencias de alta complejidad por parte de usuarios para recibir tratamientos médicos, la falta de acceso a servicios ambulatorios y la deficiente coordinación entre los diferentes servicios de salud, son reflejo del uso inadecuado de infraestructuras y servicios.

Lo anterior se traduce en un aumento del índice ocupacional de los servicios de urgencias, prolongación de estancias, retrasos en la atención, incidentes de seguridad, eventos adversos y quejas por parte de los usuarios.

Cabe anotar que la falta de adherencia al tratamiento ambulatorio se atribuye a la escasa corresponsabilidad, la débil cultura de autocuidado y el insuficiente apoyo familiar, especialmente en pacientes con diagnósticos de salud mental. Situación que no solo puede empeorar la condición médica de los pacientes, sino que aumenta la resistencia a los medicamentos.

Cadena de valor



De la cadena de valor se visualiza que, para fortalecer las capacidades para dar respuesta a alertas sanitarias, emergencias de desastres y enfermedades emergentes y reemergentes, se trabajará en la resiliencia de las comunidades e instituciones, a través de actividades como el mantenimiento de la acreditación del laboratorio de salud pública y la capacitación para el desarrollo de competencias frente al tema. De esta manera, las estrategias que se desarrollarán son:

- Acreditación Laboratorio.
- Oportunidad de atención de alertas, emergencias, y enfermedades emergentes y reemergentes.
- Desarrollo de las competencias comunitarias e institucionales en la respuesta ante alertas sanitarias, emergencias, desastres y enfermedades emergentes.
- Gestión a los incidentes relacionados con las urgencias, emergencias y desastres

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Transformación esperada

Capacidades mejoradas para dar respuesta a alertas sanitarias, emergencias de desastres y enfermedades emergentes y reemergentes

Objetivo



Responsables



Mantener el 100% de la acreditación del Laboratorio de Salud Pública como referente técnico a nivel distrital y nacional junto con la operación del laboratorio de alta contención biológica BSL3

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de mantenimiento de la acreditación del LSP"

100%

Mantener el 100% de la acreditación del Laboratorio de Salud Pública como referente técnico a nivel distrital y nacional junto con la operación del laboratorio de alta contención biológica BSL3

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bienestar
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Objetivo PDSP. Fortalecimiento de la red Nacional de Laboratorios

Estrategias (líneas de acción)

Acreditación Laboratorio

- Adquisición de equipos (**Salud Pública**)
- Mantenimiento, calibración y calificación (**Salud Pública**)
- Materiales de laboratorio (**Salud Pública**)
- Reactivos (**Salud Pública**)

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Transformación esperada

Capacidades mejoradas para dar respuesta a alertas sanitarias, emergencias de desastres y enfermedades emergentes y reemergentes

Objetivo



Responsables



Dar respuesta oportuna como mínimo al 90% de las alertas, emergencias, enfermedades emergentes y reemergentes notificadas, dentro de las primeras 24 horas.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador



Línea de base



Meta

Año inicial Serie

Porcentaje de respuesta oportuna (dentro de las primeras 24 horas) de atención de alertas emergencias y enfermedades emergentes y reemergentes y Emergencia en Salud pública de importancia internacional.- ESPII notificados al sistema de salud.

90%

Dar respuesta oportuna como mínimo al 90% de las alertas emergencias enfermedades emergentes y reemergentes notificadas con impacto en salud pública. dentro de las primeras 24 horas.

No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bienestar
ODS 3. Salud y Bienestar
Estrategia PDSP. Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta.

Estrategias (líneas de acción)

Oportunidad de atención de alertas, emergencias, y enfermedades emergentes y reemergentes

- Conocimiento, reducción y atención del riesgo frente a eventos emergentes, reemergentes y Emergencias en Salud Pública de Importancia Internacional (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)
- Fortalecimiento de las capacidades técnicas y operativas de los 17 Equipos de Respuesta Inmediata ERI y el equipo de vigilancia epidemiológica de sanidad portuaria, para la atención de brotes, conglomerados y eventos emergentes, reemergentes y ESPII (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)
- Construcción del sistema de información para Urgencias y Emergencias en Salud Pública (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)
- Construcción e implementación de sistemas de inteligencia epidemiológica (sistemas de alerta temprana) para la detección temprana de eventos emergentes, reemergentes y emergencias en Salud Pública de Importancia Internacional – ESPII (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)
- Adquisición y Mantenimiento de insumos, Elementos de protección individual, biológicos y logísticos para la atención y control de eventos emergentes, reemergentes y Emergencias en Salud Pública de Importancia Internacional - ESPII y brotes. (**Servicios de Salud y Aseguramiento**)

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Transformación esperada

Capacidades mejoradas para dar respuesta a alertas sanitarias, emergencias de desastres y enfermedades emergentes y reemergentes

Objetivo





Responsables



Mantener la respuesta al 100% en la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes a través del fortalecimiento de capacidades en lo relacionado con el conocimiento, reducción y respuesta en el Distrito Capital en articulación

Secretaría Distrital de Salud

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de respuesta ante emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes gestionadas a través del SEM	100%	Mantener la respuesta al 100% en la gestión del riesgo frente a emergencias, desastres y enfermedades emergentes y reemergentes a través del fortalecimiento de capacidades en lo relacionado con el conocimiento, reducción y respuesta en el Distrito Capital en articulación con el Sistema Distrital y Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres.	No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bienestar
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia PDSP. Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta.
 MPP. Pilar 4

Estrategias (líneas de acción)

Desarrollo de las competencias comunitarias e institucionales en la respuesta ante alertas sanitarias, emergencias, desastres y enfermedades emergentes

- Fortalecimiento de capacidades de la comunidad y talento humano en salud para la respuesta ante alertas sanitarias, urgencias, emergencias en salud pública, enfermedades emergentes y reemergentes con énfasis en eventos de salud pública (**Servicios en Salud y Aseguramiento**)
- Fortalecimiento de capacidades de los actores del Sistema de Emergencias Médicas -SEM para la respuesta ante las urgencias, emergencias y desastres o las alertas de posibles riesgos (**Servicios en Salud y Aseguramiento**)

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Transformación esperada

Capacidades mejoradas para dar respuesta a alertas sanitarias, emergencias de desastres y enfermedades emergentes y reemergentes

Objetivo





Responsables



Mantener la respuesta en el 100% del Centro Regulador de Urgencias ante la gestión a los incidentes relacionados con las urgencias, emergencias y desastres en salud en Bogotá D.C.

Secretaría Distrital de Salud

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de incidentes en salud gestionados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	100%	Mantener la respuesta en el 100% del Centro Regulador de Urgencias ante la gestión a los incidentes relacionados con las urgencias emergencias y desastres en salud en Bogotá D.C.	2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bienestar
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia PDSP. Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta.
 MPP. Pilar 4

Estrategias (líneas de acción)

Gestión a los incidentes relacionados con las urgencias, emergencias y desastres

- Implementación y la sostenibilidad del Centro Logístico y de Reserva (**Servicios en Salud y Aseguramiento**)
- Equipos de respuesta en urgencias, emergencias y desastres para la fase prehospitalaria de la atención en salud (**Servicios en Salud y Aseguramiento**)
- Fortalecimiento del equipo de coordinación operativo del sistema de emergencias médicas (**Servicios en Salud y Aseguramiento**)

6.5.6 Eje 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria

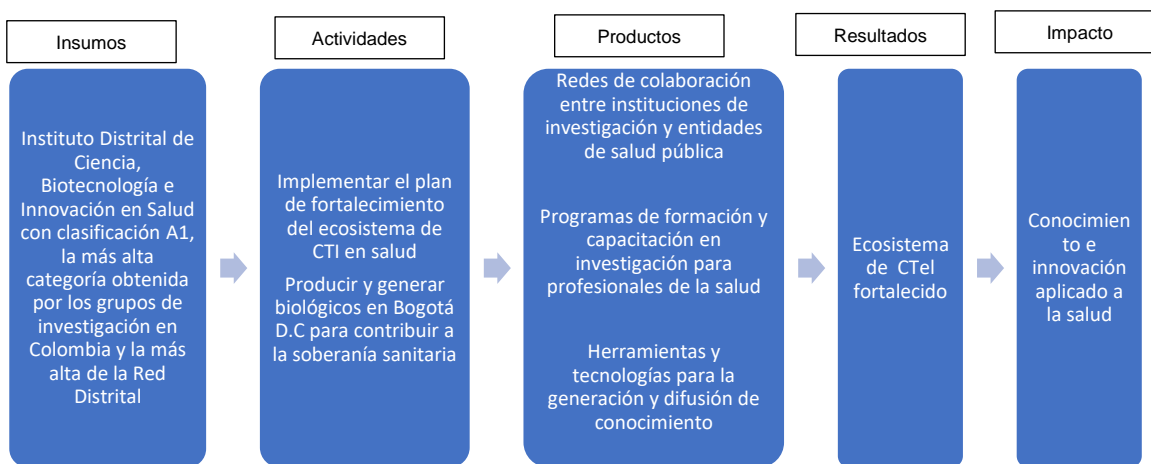
Problemática

Baja contribución de la Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) en la resolución de las problemáticas más importantes de salud de Bogotá

La Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) desempeñan un papel fundamental al proporcionar las herramientas y los conocimientos necesarios para abordar los desafíos en salud y promover el desarrollo de políticas y estrategias efectivas; sin embargo, en el caso de Bogotá, no se han logrado estos objetivos debido a la desarticulación del ecosistema de CTI; la falta de alineación de las políticas de CTI en salud con otras políticas de la ciudad, la ausencia de un marco de gobernanza claro para identificar y aprovechar sinergias entre proyectos e iniciativas de CTI; baja generación y reconocimiento de Centros de Desarrollo científicos y tecnológicos en salud, las insuficientes capacidades técnicas, físicas y tecnológicas para el desarrollo de actividades en CTI; la débil cultura de innovación, y la insuficiencia de recursos destinados a la investigación científica en el ecosistema de CTI y la Secretaría de Salud; la falta de apropiación social del conocimiento, desarrollo tecnológico, innovación e investigación, y la falta de integración y uso adecuado de tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud.

Lo anterior impacta a la salud, dado que la atención de la enfermedad es menos eficaz, se limita la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, y la utilización de los recursos no se utilizan de manera eficiente, debido a la duplicidad de esfuerzos y la falta de coordinación, se pierden oportunidades para el desarrollo de nuevos productos y servicios, se fuga capital intelectual, se pierde memoria institucional y se presentan limitaciones identificar las necesidades, problemáticas y diagnósticos en salud para la toma de decisiones.

Cadena de valor



Con el fin de promover la aplicación del conocimiento y la innovación en la salud, se fortalecerá el ecosistema CTel, a través de redes de colaboración entre instituciones de investigación y entidades de salud pública, programas de formación y capacitación en investigación para profesionales de la salud y herramientas y tecnologías para la generación y difusión de conocimiento; las cuales se derivarán de implementar el plan de fortalecimiento del ecosistema de CTI en salud y Producir y generar biológicos en Bogotá D.C para contribuir a la soberanía sanitaria. Para ello, se cuenta con el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud con clasificación A1, la más alta categoría obtenida por los grupos de investigación en Colombia y la más alta de la Red Distrital.

Las estrategias que se adelantarán son las siguientes:

- Ecosistema Ctel para la salud
- Bogotá Bio

En las siguientes tablas se relaciona mayor información de ellas.

Objetivos estratégicos, resultados esperados, indicadores, metas y estrategias

Eje 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria

Transformación esperada

- Ecosistema de CTel fortalecido

Objetivo



Sectores responsables



Implementar el 100% del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTel para la salud a fin de contribuir a la generación y la apropiación social de nuevo conocimiento para la toma de decisiones relacionadas con las problemáticas relevantes en salud pública de Bogotá.

Indicador	Línea de base	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de avance en la implementación del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTI para la salud pública del Distrito Capital.	15%	Implementar el 100% del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTel para la salud a fin de contribuir a la generación y la apropiación social de nuevo conocimiento para la toma de decisiones relacionadas con las problemáticas relevantes en salud pública de Bogotá.	2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 3. Bogotá confía en su potencial
ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos

Estrategias (líneas de acción)

Ecosistema Ctel para la salud

- Mecanismos de gobernanza con actores públicos y privados del ecosistema Distrital de CTI (**CDEIS**)
- Educación virtual (**CDEIS**)
- Investigaciones de Ciudad y Red Pública (**CDEIS**)
- Plan de divulgación científica y académica (**CDEIS**)
- Gestión del Conocimiento – Tecnología (**Planeación y Gestión Sectorial**)
- Gestión del Conocimiento - Desarrollo de proyectos de investigaciones y fortalecimiento de capacidades de los grupos de la red pública distrital de investigación (**Planeación y Gestión Sectorial**)
- Gestión del Conocimiento - Paquete de servicios editoriales para las Revista de Investigaciones, Boletín de Investigaciones y publicaciones científicas de la red pública distrital de investigación e innovación (**Planeación y Gestión Sectorial**)
- Desarrollar la gestión del Laboratorio de alta Contención biológica y la generación de conocimiento en el LDSP como un centro de investigación en Salud Pública regional (**Salud Pública**)
- Desarrollar las líneas de investigación del grupo de Investigación en Salud Ambiental (Investigaciones que realiza el Grupo de Investigación de Ambiente de Salud Pública). (**Salud Pública**)
- Desarrollo de capacidades en CTI y gestión del conocimiento (**Salud Pública**)
- Materiales (**IDCBIS**)
- Servicios (**IDCBIS**)
- Equipos (**IDCBIS**)
- Fortalecimiento de capacidades en CTI, y estrategias de docencia servicio en la red pública distrital de prestación de servicios de salud (**Salud Pública**)

Eje 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria

Transformación esperada

- Ecosistema de CTel fortalecido

Objetivo





Responsables



Avanzar en el 100% del cronograma establecido para la producción y generación de biológicos (envasado y llenado) en Bogotá D.C para contribuir a la soberanía sanitaria.

- Secretaría Distrital de Salud

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de avance en la capacidad de envasado y terminado de vacunas	10%	Avanzar en el 100% del cronograma establecido para la producción y generación de biológicos (envasado y llenado) en Bogotá D.C para contribuir a la soberanía sanitaria.	2023

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia PDSP. Fomentar la inversión en investigación, desarrollo, innovación (I+D+i) y producción local de TES.

Estrategias (líneas de acción)

Bogotá Bio

- Operación Bogotá Bio (Despacho Secretaría Distrital de Salud)

6.5.7 Eje 7. Personal en salud

Problemática

Ausencia de mecanismos de dignificación del talento humano del Sector Salud en el D.C que dificulta la consolidación de acciones y cumplimiento de los procesos con eficiencia y eficacia delegadas a la Secretaría Distrital de Salud

El personal de salud desempeña un papel fundamental en el funcionamiento efectivo del sistema de salud del Distrito Capital; sin embargo, se enfrenta a varios desafíos. En primer lugar, gran parte del personal de la Dirección Territorial de Salud se encuentra vinculado por contratos de prestación de servicios, lo cual dificulta la continuidad en la política educativa, hay baja apropiación de los procesos y procedimientos institucionales, y altos retos frente a los índices de cultura y clima organizacional. Esto se traduce en el incremento de los costos directos e indirectos de contratación, la interrupción de procesos y generación de reprocesos, retrasos en la ejecución de actividades, pérdida de memoria institucional en el sector salud y mayores tiempos para dar respuesta a las solicitudes de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Eje 7. Personal en Salud

Transformación esperada



- Talento humano fortalecido

Objetivo

Responsables

Fortalecer el talento humano para avanzar con las estrategias definidas en el PTS

- Secretaría Distrital de Salud

Indicador 	Línea de base 	Meta	Año inicial Serie
Porcentaje de personas vinculadas por el sector salud con enfoque diferencial y por momentos de curso de vida género orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones a las acciones individuales colectivas y poblacionales de la oferta de salud.	No aplica	Vincular el 100% de las personas identificadas por el sector salud con enfoque diferencial y por momentos de curso de vida género orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones a las acciones individuales colectivas y poblacionales de la oferta de salud.	No aplica

Asociación del indicador con referentes estratégicos

Objetivo PDD 2. Bogotá confía en su bien-estar
 ODS 3. Salud y Bienestar
 Estrategia PDSP.

Estrategias (líneas de acción)

Fortalecimiento del Talento Humano

- Gestión operativa del aseguramiento de la población en salud
- Construcción y dotación de infraestructura
- Plan de acción con enfoque diferencial para el desarrollo de la Política Pública Distrital de Servicio a la Ciudadanía, a nivel distrital y territorial.
- Plan de fortalecimiento de la capacidad de la ciudadanía para hacer efectivo el goce de sus derechos, de las competencias de los servidores públicos que atienden a la ciudadanía y de transparencia.
- Canales (presenciales, virtuales y telefónicos) de diálogo e información al ciudadano, con enfoque diferencial a nivel territorial y distrital
- Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía
- Fortalecimiento de la gestión, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas, planes y programas a nivel distrital y territorial y la orientación del desarrollo de las acciones de Salud Pública para fortalecer la gobernanza y la gobernabilidad en clave de la Atención Primaria Social
- Fortalecimiento del ejercicio de la descentralización en salud
- Fortalecimiento de estrategias de Participación Social aumentando la incidencia de la ciudadanía en los escenarios de toma de decisiones a nivel distrital y territorial desde un enfoque poblacional, diferencial y de género fortaleciendo la gobernabilidad y gobernanza en salud.
- Transparencia e innovación institucional
- Interoperabilidad sectorial e intersectorial
- Arquitectura empresarial y seguridad digital
- SGRED y CRUE
- Generación de biológicos
- Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria
- Acreditación laboratorio
- Gestión del Conocimiento - Laboratorio de Innovación
- IDCBIS

6.6 Articulación del Plan Distrital de Desarrollo con el Plan Territorial de Salud

6.6.1 Objetivo 1. Bogotá se siente segura

El objetivo busca que los habitantes se sientan seguros en sus barrios, puedan desplazarse y disfrutar del espacio público sin temor, permitiéndoles vivir, trabajar y soñar sin restricciones, generando la construcción de entornos seguros en Bogotá para permitirle a la ciudadanía interactuar con los demás, sin temor a ser víctima de delitos contra la vida y el patrimonio. Igualmente garantizar tanto los derechos fundamentales como la oportuna respuesta por parte de los organismos de seguridad, justicia y atención de emergencias ante la existencia de cualquier tipo de amenaza. Así mismo, este objetivo busca promover:

- La convivencia pacífica
- La cultura ciudadana y
- El espacio público como un lugar de encuentro seguro, limpio y accesible para la ciudadanía.

Programa – Cero tolerancia a las violencias contra las mujeres y basadas en género

La Administración Distrital garantizará el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias y a gozar de una ciudad segura. Para ello se desarrollarán, implementarán y fortalecerán estrategias y acciones destinadas a la prevención, atención, protección y sanción de las violencias contra las mujeres, tanto en el ámbito privado como en el público (incluyendo los sistemas de transporte y los espacios públicos), así como las acciones reforzadas para la prevención del feminicidio. La Administración Distrital liderará el fortalecimiento de la articulación de los sectores y todas las entidades competentes, para que, en el marco del principio de la corresponsabilidad, concurren en la garantía del derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias.

Así las cosas, Bogotá D.C. promoverá entornos seguros de no violencia para las mujeres desde sus diferencias y diversidades y personas LGBTI para tener una red de apoyo frente a posibles situaciones de violencia. Además del fortalecimiento de las Rutas Integrales de prevención, protección, atención y reparación integral, oportuna y pertinente, tanto a nivel local como de forma articulada con el entorno supradistrital. Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 3. Determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.

Programa - Movilidad segura e inclusiva

La Administración Distrital trabajará de forma conjunta en la formulación e implementación de un Plan Interinstitucional para la Seguridad Integral del Sistema de Transporte Público que, en el marco del concepto de seguridad integral de la Administración Distrital, aborde de manera preventiva los fenómenos que afectan la seguridad, convivencia e integridad del SITP para atenderlos anticipadamente o intervenir de manera rápida y oportuna.

Adicionalmente, la Administración Distrital intervendrá en el espacio público mediante acciones orientadas a la seguridad vial, para lo cual se ampliarán los operativos de control a cargo de la MEBOG y las entidades competentes, así como se garantizará la operación adecuada de los semáforos y los sistemas de video vigilancia utilizados en la fotodetección para velar por la integridad de todos los actores viales. Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 3. Determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Implementar 100% de acciones del sector salud en el marco del plan distrital de seguridad vial, para la promoción de comportamientos de cuidado, reducción del riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías.

6.6.2 Objetivo 2. Bogotá confía en su bien-estar

Con este objetivo se busca impulsar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de: (i). Salud, (ii). Sociales; (iii). Cuidado, (iv). Cultura, (v). Recreación y deporte, y (v). Soluciones habitacionales. Lo anterior con el objeto de poder avanzar en la reducción de la pobreza, la inseguridad alimentaria y la desigualdad, la protección y el bienestar de todas las formas de vida dentro de la ciudad.

Programa: Salud Pública Integrada e Integral

Con el desarrollo de este programa, se convoca a los sectores a promover los mecanismos de articulación, coordinación y cooperación para favorecer el desarrollo de alianzas y potenciar acciones para la afectación positiva de los determinantes sociales de las inequidades en salud (condiciones socioeconómicas y ambientales; acceso a servicios básicos y características personales: hábitos aprendidos y estilos de vida).

En este sentido, mediante procesos de participación incidente, se definirán las necesidades del territorio y/o la población, la construcción y ejecución de planes o proyectos de los sectores para la identificación e intervención positiva de aquellos determinantes en salud que generen mayor carga de morbilidad y mortalidad en la ciudad.

El programa incorpora los enfoques de derechos, equidad, poblacional diferencial, de género y territorial en el modelo de salud y sus programas, para incidir en la reducción de las inequidades, vulnerabilidades y riesgo en salud; en especial, buscará atender y abordar integralmente la salud mental y consumo problemático a sustancias psicoactivas, la salud nutricional, la salud materno infantil y las condiciones crónicas no transmisibles.

En lo relacionado con la Salud Mental desde el programa se promoverá la garantía efectiva del derecho a la salud mental, el bienestar emocional y la convivencia social y se implementarán servicios sociosanitarios en el campo de la salud mental, llevando a cabo el fortalecimiento de las capacidades técnicas del talento humano de diversos sectores para mejorar las intervenciones frente a las necesidades de las personas.

Así mismo, se desarrollarán estrategias intersectoriales de promoción, prevención y atención entre las que se incluyen: salud mental comunitaria; la prevención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual; la prevención y reducción de riesgos y daños del consumo de sustancias psicoactivas y la prevención y atención a la conducta suicida. También se fortalecerá la adopción de prácticas de auto cuidado y cuidado mutuo para la seguridad vial.

En la prioridad de seguridad alimentaria y nutricional es necesario continuar con el trabajo articulado e intersectorial para la prevención, identificación y atención de las alteraciones nutricionales de la población del Distrito, principalmente en los cursos de vida de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, por lo que se ha propuesto un enfoque innovador que permita abordar desde etapas tempranas unas problemáticas que no han sido debidamente reconocidas en las orientaciones estratégicas para la gestión del riesgo en salud y nutrición desde el ente rector del orden nacional. Para esto se plantea la continuidad y fortalecimiento en acciones colectivas que permitan abordar la alimentación saludable desde la gestación, la lactancia materna, alimentación complementaria y hábitos saludables en mayores de 2 años en adelante. Además de articular y diseñar alianzas estratégicas con la Secretaría Distrital de Integración social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, con el fin de incidir positivamente en el acceso a los alimentos y disminuir las inequidades que generan la inseguridad alimentaria y nutricional.

Con respecto a Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), estas condiciones se abordarán desde la Atención Primaria Social dirigiendo hacia los múltiples determinantes sociales, estructurales, intermedios y proximales, que marcan diferenciales entre poblaciones, a partir de lo propuesto en el "Plan Estratégico y Operativo para la Atención integral de la Población Expuesta y/o Afectada por las Condiciones Crónicas en Bogotá 2020-2030", que incluye las líneas estratégicas de gestión territorial y gobernanza, transformación de los entornos de vida cotidiana, respuesta de los sistemas de salud y gestión del conocimiento e innovación.

La reducción de maternidades y paternidades tempranas sigue siendo un reto por los múltiples determinantes sociales que se deben abordar, de manera intersectorial y desde la Atención Primaria Social.

Las acciones poblacionales y colectivas incluyen la caracterización de la población, identificación del riesgo, canalización a los servicios de salud, activación de rutas, gestión y asistencia técnica a IPS priorizadas en cada subred con énfasis en ampliación de la cobertura en necesidades insatisfechas en anticoncepción, fortalecimiento del suministro efectivo de métodos de regulación de la fecundidad y seguimiento periódico a mujeres en edad fértil, con énfasis en anticoncepción post evento obstétrico. De manera simultánea, la implementación de acciones de Información Educación y Comunicación (IEC) con énfasis en la educación sexual integral para la prevención de violencia sexual, la promoción del autocuidado desde el respeto, reconocimiento y valoración de la diversidad, el fortalecimiento del proyecto de vida, la autonomía y la toma de decisiones con énfasis en la prevención de maternidad y paternidad no planeadas en el marco de la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a través del abordaje a personas, familias y comunidades en los entornos en los que transcurre la vida.

Adicionalmente, se garantizarán las acciones de salud ambiental orientadas a reducir los impactos en salud posiblemente asociados a factores ambientales como la contaminación del aire, exposición a sustancias químicas, sistemas de abastecimiento marginales de agua o el cambio climático. Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la salud pública del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Definir, implementar y poner en funcionamiento una instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública y Atención Primaria Social que intervenga los determinantes sociales de inequidades en salud en el territorio.
- Implementar y evaluar cuatro líneas de acción de gobernanza y gobernabilidad para el fortalecimiento de la intersectorialidad, la gestión de las políticas, planes y/o programas y la participación social, que afecten positivamente los determinantes en salud en clave de Atención Primaria Social.
- Desarrollar, implementar y poner en funcionamiento un sistema de información interoperable sectorial e intersectorial para la operación, monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social en pro del bienestar de la población de Bogotá D.C.
- Implementar el 100% de los planes de acción participativos anuales de la Política de Participación Social en Salud para el fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias que garantizan el derecho a la participación ciudadana, la transparencia, la lucha contra la corrupción, el control social y la rendición de cuentas del sector salud con procesos comunitarios e intersectoriales en las 20 localidades.

- Implementar y evaluar la línea de gestión de políticas y planes de interés en salud pública para el fortalecimiento de la gobernanza y la gobernabilidad.
- Implementar las acciones del Plan de Gobierno Digital en la SDS que permita facilitar y agilizar los trámites y servicios de salud a la ciudadanía.
- Divulgar al menos 200 tableros de información a través del Observatorio de Salud de Bogotá D.C. - SaluData que integre información sectorial e intersectorial que dé cuenta de la situación de salud de Bogotá y la implementación de la Atención Primaria Social
- Lograr la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica con las IPS públicas y privadas a través del nodo territorial de Bogotá en el marco de la Ley 2015 de 2020 y todas las resoluciones que emita el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento a la misma.
- Implementar el 100% de los planes de acción participativos anuales de la Política de Participación Social en Salud para el fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias que garantizan el derecho a la participación ciudadana, la transparencia, la lucha contra la corrupción, el control social y la rendición de cuentas del sector salud con procesos comunitarios e intersectoriales en las 20 localidades.
- Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.
- Al 2028 se fortalecerá la intersectorialidad y transectorialidad en los territorios a través de la operación del 100% de los 20 equipos locales que contribuyan a la gobernanza y la gobernabilidad y la interrelación institucional con otros sectores de la administración distrital en el marco de la APS- Atención Primaria Social.

En el Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGTBIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Vincular el 100% de las personas identificadas por el sector salud, con enfoque diferencial y por momentos de curso de vida, genero, orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones, a las acciones individuales, colectivas y poblacionales de la oferta de salud.
- Garantizar el acceso a 17.280 personas víctimas del conflicto armado, a las medidas de rehabilitación establecida en la Ley 1448 de 2011, a través del desarrollo del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y de sus estrategias diferenciales.
- Vincular a las acciones colectivas e individuales del sector salud el 100% de la población migrante internacional identificada a través de los entornos cuidadores.

- Mantener en funcionamiento los 20 Servicios amigables en salud para las mujeres en sus diversidades
- Mantener la Implementación de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC- para la salud y el cuidado colectivo en los 20 territorios del D.C vinculando al menos 48.000 personas con discapacidad, sus familias y 32.000 personas cuidadoras de personas con discapacidad con enfoque diferencial y territorial.
- Vincular el 100% de la población de los sectores sociales LGBTI identificadas en fuentes de información disponibles, a las acciones individuales y colectivas del sector salud.
- Vincular el 100% de la población de pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueros y pueblo Rrom identificadas en fuentes de información disponibles, a las acciones individuales y colectivas del sector salud.
- Vincular el 100% de la población rural y campesina del DC identificada en fuentes de información disponibles, a las acciones colectivas e individuales del sector salud.
- Vincular el 100% de personas que realizan y están vinculadas con las actividades sexuales pagadas identificadas en fuentes de información disponibles, a las acciones individuales y colectivas del sector salud.
- Vincular el 100% de población identificada en fuentes de información disponibles, en situación de habitanza de y en calle o en riesgo de estarlo, a las acciones individuales y colectivas del sector salud.
- Vincular el 100% de las personas mayores identificadas en fuentes de información disponibles, a las acciones individuales y colectivas del sector salud.

En el Eje 3. Determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Implementar el 100% del plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil.
- Implementar el 100% del plan de acción del comité de Fast Track Cities, que permita cumplir los compromisos de la declaración de Sevilla suscrita por Bogotá.
- Implementar el 75% de las acciones priorizadas a cargo del sector en el Plan estratégico y operativo distrital para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en los 7 nodos sectoriales e intersectoriales, para la promoción, mantenimiento de la salud y gestión integral de riesgo relacionado con las condiciones crónicas no transmisibles por el momento de curso vida.
- Implementar el 100% el plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá.

- Implementar el 100% de las acciones del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños en la población usuaria.
- Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno- perinatal.
- Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia, para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.
- Reducir la proporción de riesgo por desnutrición aguda al 12% en niños y niñas menores de 5 años
- Reducir la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años al 35,4%.
- Reducir a menos de 130 x 100mil habitantes, la tasa de incidencia de morbilidad por eventos inmunoprevenibles.
- Mantener el 100% de la operación de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C.
- Mantener por encima del 75% la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
- Reducir a 15,7% la prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de 2 años
- Aumentar a 400 Salas Amigas de la Familia Lactante del entorno laboral (SAFL-L) con concepto satisfactorio según la normatividad vigente.
- El 60% de los trabajadores de la economía popular en actividades de auto subsistencia y comunitaria, promueven la promoción del cuidado y el bienestar de la salud en el trabajo
- Llevar a cabo acciones de Información, comunicación y educación alimentaria y nutricional en 1´275.000 habitantes del distrito
- El sector salud vacunará anualmente contra la rabia mínimo el 40% de la población canina y felina en Bogotá, D.C
- Implementar el 100% de la estrategia para la gestión integral de zoonosis en el Distrito Capital
- Implementar el 60% del Plan de respuesta sectorial de gestión integral de riesgo en salud por calidad del aire en Bogotá
- Incrementar en un 7% el número de los establecimientos vigilados y controlados en el D.C
- Se habrá implementado una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad
- Lograr la incidencia de sífilis congénita a 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales
- Mantener a 10 por cada 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad perinatal.
- Mantener por debajo de 29,5 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna
- Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer.

- Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 - 19 años en 18 por 1000 mujeres adolescentes de 15 - 19 años.
- Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en un 0,6 por 1000 mujeres de 10 a 14 años.
- Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años en menos de 10,3 por mil nacidos vivos
- Mantener la tasa de mortalidad infantil por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.
- Mantener por debajo de 125 por 100.000 habitantes la tasa anual de mortalidad evitable por enfermedades crónicas no transmisibles en población con edades de 30 a 70 años.
- Mantener en el distrito la tasa de mortalidad por Tuberculosis por debajo de la tasa de mortalidad nacional.
- Lograr coberturas de vacunación del 95% en los menores de un año con terceras dosis de pentavalente
- Lograr coberturas de vacunación del 95% en los niños y niñas de un año de edad con Triple Viral.
- El 92% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 92% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por ONUSIDA.
- Mantener por debajo de 2 casos por 100 egresos la tasa global de IAAS en las IPS de Bogotá

En el Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemia del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Implementar una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad.

En el Eje 6. Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Mantener el 100% de la acreditación del Laboratorio de Salud Pública como referente técnico a nivel distrital y nacional junto con la operación del laboratorio de alta contención biológica BSL3.
- Avanzar en el 100% del cronograma establecido para la producción y generación de biológicos (envasado y llenado) en Bogotá D.C para contribuir a la soberanía sanitaria.

Programa: Salud con calidad y en el territorio

Mediante este programa la Administración Distrital reconocerá la necesidad de trabajo articulado entre todos los sectores, en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes de la ciudad. La intersectorialidad permitirá aunar grandes esfuerzos y trabajar bajo un solo objetivo logrando llevar a la salud pública a su más alto nivel.

Igualmente, este programa incluirá los mecanismos de articulación entre la oferta pública y privada para garantizar la gestión de conocimiento, la gestión integral del riesgo en salud pública, la definición de un modelo de urgencias territorializado, así como la gestión y desarrollo del talento humano en salud y la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de forma oportuna, continua, pertinente, humanizada, especializada, resolutive e integral para las y los habitantes y comunidad de Bogotá D.C.. Adicionalmente contará con las condiciones y los requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, con el fin de mantener una adecuada y oportuna regulación de las urgencias y coordinación para la atención de emergencias o desastres. Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la salud pública del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Implementar 3 mecanismos para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.

En el Eje 4. Atención primaria en salud del Plan Decenal de Salud Pública(PDSP):

- Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.
- Mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital.
- Fortalecer la atención del prestador primario con la conformación de equipos básicos de salud extramurales con enfoque territorial y de identificación del riesgo a nivel individual y familiar, realizando atenciones resolutive en salud con continuidad a través del monitoreo de la familia
- Fortalecer los recursos humanos, tecnológicos y económicos para el acompañamiento en el mejoramiento de la calidad y de la accesibilidad, ante todo con modificación de modelos operativos, especialmente en servicios especializados.
- Mantener el fortalecimiento administrativo, financiero y asistencial de capital salud y las cuatro subredes a través de estrategias de articulación, complementariedad y sostenibilidad
- Mantener la rectoría y gobernanza de la atención en salud de la población de Bogotá D.C afiliada y no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco del Modelo de Salud basado en la APS Social.

- Orientar la implementación del Modelo de Salud de Bogotá basado en la APS social en la Red Pública Distrital con énfasis en el despliegue de acciones efectivas de promoción y mantenimiento de la salud, la atención oportuna de la población materno perinatal y la atención integral de las enfermedades priorizadas en Bogotá mejorando el acceso, la oportunidad e integralidad con altos estándares de calidad.
- Realizar el seguimiento a la implementación del Modelo de Salud basado en la APS Social, fortaleciendo la red integral de prestación de servicios de salud público - privada, territorializada y especializada que gestione el riesgo de toda la población del Distrito.
- Mejorar en un 2% la experiencia del usuario durante el proceso de atención en salud en Bogotá D.C.

En el Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemia del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Dar respuesta oportuna como mínimo al 90% de las alertas, emergencias, enfermedades emergentes y reemergentes notificadas, dentro de las primeras 24 horas.
- Mantener la respuesta al 100% en la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes a través del fortalecimiento de capacidades en lo relacionado con el conocimiento, reducción y respuesta en el Distrito Capital en articulación con el Sistema Distrital y Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Mantener la respuesta en el 100% del Centro Regulador de Urgencias ante la gestión a los incidentes relacionados con las urgencias, emergencias y desastres en salud en Bogotá D.C.

6.6.3 Objetivo 3. Bogotá confía en su potencial

Con este objetivo se busca:

- Fortalecer el entorno productivo de la ciudad, estableciendo un ambiente propicio para:
 - El desarrollo empresarial
 - El fomento de las capacidades
 - La generación de valor
 - La generación de riqueza,
 - Promoción del emprendimiento y el empleo.

Igualmente se busca que Bogotá sea un escenario propicio para la educación, en donde se garantice el acceso en todas las etapas.

Programa: Ciencia, tecnología e innovación

Este programa busca asegurar la existencia de una infraestructura física y virtual sólida, que incluye el Campus de Ciencia, Tecnología e Innovación de la ciudad. Estas instalaciones facilitarán, entre otras cosas, la articulación y financiación de grupos de investigación reconocidos por el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación.

Bogotá contará con un Hub de Innovación Tecnológica que promoverá la financiación y la articulación de las capacidades de universidades y centros de investigación. Se formarán semilleros de emprendimientos y profesionales en áreas como inteligencia artificial, realidad aumentada, aprendizaje automático, biotecnología y ciberseguridad.

A través de acciones en ciencia, tecnología e innovación, se impulsará la consolidación de la fabricación de biológicos, así como avances en medicina personalizada y telemedicina en la ciudad. Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 6. Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Implementar el 100% del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTel para la salud a fin de contribuir a la generación y la apropiación social de nuevo conocimiento para la toma de decisiones relacionadas con las problemáticas relevantes en salud pública de Bogotá.
- Fomentar el cumplimiento de los estándares de calidad de la relación docencia servicio e investigación de las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- Fortalecer el programa de educación, toma de decisiones, producción y apropiación social de conocimiento para la vida y la salud por y para los ciudadanos, que incluya un enfoque territorial.
- Implementar la línea de análisis de desigualdades ambientales, sociales y económicas presentes en el distrito capital para el fortalecimiento de la gobernanza y la gobernabilidad.
- Ejecutar el 100% del Plan de gestión, investigación y desarrollo institucional del IDCBIS, como actor líder del ecosistema de CTI en salud para consolidar y potencializar la investigación, la innovación y el desarrollo científico del Distrito Capital.
- Contribuir a la apropiación social del conocimiento tales como generación de capacidades, estrategias de comunicación y divulgación en el marco de las prioridades de salud pública

6.6.4 Objetivo 4. Bogotá ordena su territorio y avanza en su acción climática

Con este objetivo se busca:

- Avanzar en la acción climática, la conservación de la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos
- La movilidad sostenible y multimodal
- La revitalización y renovación urbana
- La construcción de un hábitat digno
- El acceso a vivienda y servicios públicos, para consolidar el modelo de ocupación territorial y el proyecto de desarrollo sostenible con enfoques regional, distrital y local

Programa: Atención del déficit social para un hábitat digno

El programa busca garantizar el acceso de los ciudadanos en las zonas rurales y urbanas a los servicios sociales del cuidado y demás servicios básicos en educación, salud, cultura, que le permitan ejercer mejor, y de manera más próxima, sus derechos. Igualmente aumentar la oferta educativa, cultural, de integración social y de salud, desarrollando intervenciones en materia de infraestructura de calidad y proximidad que contribuyan a la reducción de los déficits existentes en la oferta de servicios sociales.

Por otra parte, se construirán infraestructuras de salud en donde el déficit lo requiera, de acuerdo con la red de salud existente en la ciudad, de manera que las personas puedan tener acceso a una oferta de servicios sanitarios de manera más ágil y de acuerdo con la complejidad de sus necesidades. Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 4. Atención primaria en salud del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Culminar la construcción de 4 infraestructuras hospitalarias en curso y avanzar en el diseño de 2 infraestructuras en Salud viabilizadas en Bogotá D.C.
- Mejorar, dotar o reponer 100% de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud Viabilizadas
- A 2028 Contribuir con el fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud realizando los diagnósticos técnicos de las Unidades de Servicios de Salud del Distrito Viabilizadas.
- A 2028 Contribuir con el fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector, estudios, diseños y obras de adecuación, reordenamiento, mejoramiento o ampliación de las Unidades de Servicios de Salud del Distrito Viabilizadas.
- A 2028 contribuir con el fortalecimiento de la dotación las unidades de servicios de salud de las Subredes Integradas de Salud del Distrito en los servicios priorizados
- A 2028 contribuir con el fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud realizando la estructuración de una (1) instalación hospitalaria

- A 2028 contribuir con el fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud realizando la construcción y dotación de Infraestructuras en Salud Viabilizadas (4 obras entregadas y 2 estudios y diseños entregados)
- A 2028 contribuir con el Fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud realizando la construcción y dotación de una (1) instalación hospitalaria.

6.6.5 Objetivo 5. Bogotá confía en su gobierno

Este objetivo busca establecer espacios de confianza y diálogo entre el gobierno y la ciudadanía, a fin de garantizar que las personas se sientan respaldadas por la administración pública y de esta forma promover:

- La integridad
- La transparencia
- La eficiencia
- La atención oportuna de las necesidades de la gente

Programa: Gobernanza pública moderna, íntegra y transparente

Este programa transformará la relación con la ciudadanía, mediante un nuevo esquema de gobernanza pública más descentralizado, articulado, cercano y moderno, que facilite a las personas un acceso fácil y ágil a los servicios institucionales, una atención sintonizada con sus necesidades, una rendición de cuentas sobre su gestión y la consulta, co-creación y toma de decisiones basada en evidencias resultado del seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos bajo un marco de colaboración, confianza en lo público y la prevención de hechos de corrupción.

Para lo cual, se pondrán en marcha procesos de fortalecimiento de capacidades, transparencia, integridad pública y gobierno abierto, acompañados de acciones de modernización, reestructuración y esquemas de seguimiento y evaluación de la gestión pública que conduzcan un cambio cultural del servicio público y su talento humano, haciendo uso de la tecnología, los datos, la información y el conocimiento.

Así mismo, se implementarán estrategias que fortalezcan la gestión integral del talento humano distrital, fomentando la adquisición de competencias y habilidades que faciliten y mejoren el relacionamiento con la ciudadanía; así acciones que promuevan la cultura de integridad, el sentido de pertenencia con la ciudad y la vocación de servicio público Distrital y local. Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la salud pública del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

- Implementar el Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para promover los accesos a los servicios de salud.

- Implementar la estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer y mejorar las capacidades de tecnología de información de la SDS.
- Mejorar en un 2% la experiencia del usuario durante el proceso de atención en salud en Bogotá D.C.
- Contribuir al 100% en el ejercicio de la transparencia e innovación institucional

6.7 Plan Plurianual de Inversiones (2024-2027)

Para el período 2024-2027 la Administración Distrital de Bogotá D.C. dispone de recursos para atender el sector público de la salud por valor de \$17.860.450 (cifras en millones de pesos), de los cuales se incluyen \$18.334 millones correspondientes al valor de las transferencias recibidas.

Respecto a la financiación de la inversión directa se cuenta con un cupo aprobado por valor de \$117.842.117 millones, de los cuales el 3.31% corresponde con los recursos recaudados por el advalorem de cigarrillos destinado específicamente a cubrir la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado; el 26.92% corresponde con los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones destinado para la Salud Pública y el Régimen Subsidiado. El 19.60% se atribuye a los recursos ordinarios del distrito capital dentro de los cuales se asignan \$927.234 millones para cubrir las vigencias futuras ejecutadas por la entidad.

Así mismo, el 0.82% representa el cupo de crédito aprobado en el Marco del Acuerdo 840 de 2022 el cual es destinado para la infraestructura hospitalaria en cumplimiento a las condiciones MIGA (\$139.000 millones) y lo correspondiente a las inversiones en investigación científica. (\$8.000 millones), el 0.02% corresponde a la asignación de recursos para el pago de pasivos exigibles y rendimientos financieros del SGD de salud pública proyectados para la vigencia 2024.

Adicionalmente, del total de la cuota asignada para el PDD el 0.10% corresponde con los recursos administrados por la entidad territorial, derivados del recaudo mensual de rentas cedidas, Otras transferencias de la nación, los recursos financiados por la ADRES que son especialmente para la financiación del esfuerzo propio de la LMA del Régimen subsidiado, así como la destinación autorizada para la financiación de las vigencias futuras que ascienden a \$317.948 millones de pesos y por último la participación que se debe transferir para Colciencias.

Estas cifras se encuentran distribuidas de forma anual para tener claridad respecto a los techos proyectados para cada una de las vigencias, como se muestra a continuación:

Tabla 20 Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2024-2027

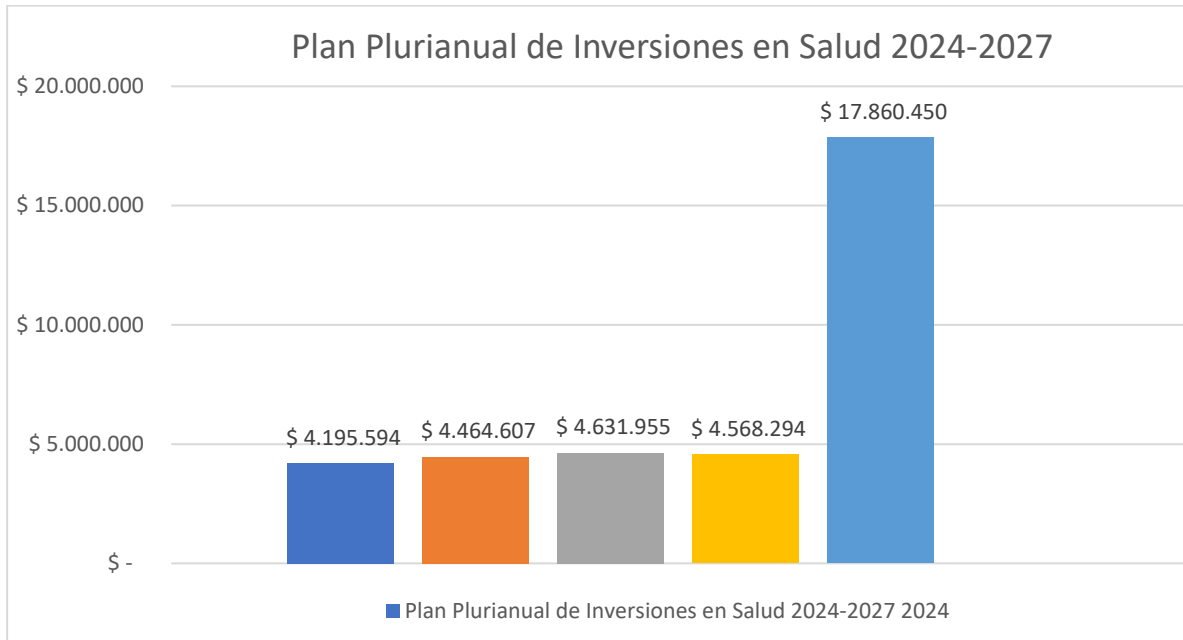
Valores en \$ millones

Fuente	2024	2025	2026	2027	Total 2024-2027	% Participación
Distrito Específicas	\$136.642	\$146.054	\$151.831	\$155.961	\$590.488	3,31%
SGP	\$1.016.440	\$1.172.976	\$1.279.460	\$1.338.480	\$4.807.356	26,92%
Recurso Ordinario *Incluye Vigencias Futuras	\$636.180	\$1.026.631	\$1.069.091	\$767.898	\$3.499.799	19,60%
Cupo de endeudamiento	\$147.000	-	-	-	\$147.000	0,82%
Administrados *Incluye Vigencias Futuras	\$2.251.644	\$2.114.433	\$2.126.924	\$2.301.166	\$8.794.167	49,24%
Procesos de contratación en curso y Pasivos Exigibles 2024	\$3.306	-	-	-	\$3.306	0,02%
Subtotal Inversión Directa	\$4.191.211	\$4.460.093	\$4.627.306	\$4.563.506	\$17.842.116	99,90%
Administrados - Transferencias Colciencias - Fondo de Investigaciones en Salud	\$4.382	\$4.514	\$4.649	\$4.789	\$18.334	0,10%
Subtotal Transferencias	\$4.382	\$4.514	\$4.649	\$4.789	\$18.334	0,10%
Total	\$4.195.594	\$4.464.607	\$4.631.955	\$4.568.294	\$17.860.450	100,00%

5 *Las Vigencias Futuras para el total del periodo equivalen a \$1.299.182 millones.

6 Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. - Dirección de Planeación Sectorial

Ilustración 27 Plan plurianual de inversiones en salud, 2024 – 2027.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. - Dirección de Planeación Sectorial

Por concepto del gasto se establece la asignación de las apropiaciones acorde con la información para el periodo, establecido en el Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP). Estas asignaciones se distribuyen en los cinco Objetivos Estratégicos, los siete programas y 33 metas del Plan de Desarrollo “Bogotá Camina Segura”.

En la distribución del gasto, la mayor participación la tiene el objetivo No. 2 (Bogotá confía en su bien-estar) con el 90,69%; seguido del objetivo No. 4 (Bogotá ordena su territorio y avanza en su acción climática) con una participación del 7,38%; el objetivo No. 5 (Bogotá confía en su gobierno) representa el 1,44%; el objetivo 3 (Bogotá confía en su potencial) el 0,46% y el objetivo No. (Bogotá se siente segura) participa en el 0,02%.

Tabla 21 Marco de Gasto de Mediano Plazo – Anualizado

Valores en \$ millones

Objetivo PDD 2024-2028		Programa	Metas	2024	2025	2026	2027	Total
1.	Bogotá se siente segura	1.2. Cero tolerancia a las violencias contra las mujeres y basadas en género.	1	\$50	\$915	\$915	\$915	\$2.795
		1.8. Movilidad segura e inclusiva	1	\$20	\$500	\$500	\$500	\$1.520
2.	Bogotá confía en su bienestar	2.12. Salud Pública Integrada e Integral.	19	\$326.828	\$503.563	\$585.629	\$396.261	\$1.812.282
		2.13. Salud con calidad y en el territorio.	6	\$3.482.457	\$3.559.091	\$3.584.000	\$3.743.238	\$14.368.785
3.	Bogotá confía en su potencial	3.23. Ciencia, tecnología e innovación	1	\$10.497	\$21.024	\$26.790	\$24.596	\$82.907
4.	Bogotá ordena su territorio y avanza en su acción climática.	4.31. Atención del déficit social para un hábitat digno	2	\$332.582	\$296.329	\$345.933	\$342.695	\$1.317.539
5.	Bogotá confía en su gobierno	5.33. Gobernanza pública moderna, íntegra y transparente.	3	\$38.777	\$78.672	\$83.539	\$55.301	\$256.289
Total			33	\$4.191.211	\$4.460.093	\$4.627.306	\$4.563.506	\$17.842.116

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. - Dirección de Planeación Sectorial

7 Bibliografía

1. Abellán Antonio, Pérez Julio. (2018). Demografía y problemas sociales, disponible en: <https://revistatiempodepaz.org/wp-content/uploads/2019/04/TP-130-Demograf%C3%ADa-y-Problemas-Sociales.pdf#page=247>. Alcaldía mayor de Bogotá. CONPES 34. Política Pública Distrital de Salud Mental 2023–2032. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=150858>
2. Bonet Morón, J., Guzmán Finol, K., & Hahn-De-Castro, L. W. (Eds.). (2017). La salud en Colombia: Una perspectiva regional. Banco de la República.
3. Bustillos-Villavicencio, J., & Giacomini-Carmioli, L. (2004). [Http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0253-29482004000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0253-29482004000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es). Revista Costarricense de Ciencias Médicas, 25(1-2), 59-66.
4. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gac Sanit. julio de 2013;27(4):292-7.
5. Cardona, Doris, Laura Débora Acosta, y Carola Leticia Bertone. 2013. «Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010)». Gaceta Sanitaria 27(4): 292-97.
6. Centro de estudios económicos ANIF. 2022. «Desempleo e informalidad en Bogotá». Desempleo e informalidad en Bogotá. <https://www.anif.com.co/comentarios-economicos-del-dia/desempleo-e-informalidad-en-bogota/>.
7. Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. 2023. «Política pública de ruralidad 2023 - 2038. CONPES D.C 41».
8. DANE. 2022. «Comunicado de prensa incidencia de pobreza monetaria». <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/cp-PM-Departamental-2022.pdf>.
9. DANE. (2021). Colombia—Gran Encuesta Integrada de Hogares—GEIH - 2021. (s. f.). Recuperado 21 de septiembre de 2023, de <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/701/study-description>
10. Díaz, Yadira et al. 2023. «Las dimensiones faltantes de la pobreza: Propuesta de un Índice de Pobreza Multidimensional Ampliado para Bogotá». Secretaría de Planeación Distrital.
11. DNP. (2023). Colombia está retrasada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y debe fortalecer su implementación, revela informe del DNP. (s. f.). Recuperado 21 de septiembre de 2023, de https://www.dnp.gov.co:443/Prensa_/Noticias/Paginas/colombia-esta-retrasada-en-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-ods-y-debe-fortalecer-su-implementacion-revela-informe.aspx
12. Econometría-Tecnopolis. (2022). Propuesta de Política de CTI en salud 2022-2032

13. Ferrelli, Rita María. 2015. «Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales»: 1-88. «Mercado laboral GEIH». 2023. Mercado laboral.
14. INS. (2021). Informe de evento. Intento de suicidio. Periodo epidemiológico VIII Colombia 2021.
15. 10. Ministerio de Salud y protección Social. Observatorio Nacional de Salud Mental. Disponible en: <https://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>
16. Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia [Internet]. VI Ed. Instituto Nacional de Salud, editor. Bogotá D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. 366 p. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to informe ONS.pdf>
17. Observatorio de Salud de Bogotá - Saludata. 2021, Datos de Salud, Enfermedades transmisibles, Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>
18. OMS. 2008. «Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud». : 31-31.
19. Organización Panamericana de la Salud. «Determinantes sociales de la salud». Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
20. Organización Panamericana de la Salud, 2023. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5
21. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
22. Organización Panamericana de la Salud (2021). Reporte Situación COVID 19 Colombia, Disponible en: <https://www.paho.org/en/covid-19-weekly-updates-region-americas>
23. Palencia, N. E. (s. f.). Personería de Bogotá—Guardianes de tus Derechos— Más de 11 mil peticiones, por deficiencias en la atención en salud, por parte de EPS en Bogotá, recibió la Personería. Recuperado 1 de febrero de 2024, de <https://www.personeriabogota.gov.co/sala-de-prensa/notas-de-prensa/item/1051-mas-de-11-mil-peticiones-por-deficiencias-en-la-atencion-en-salud-por-parte-de-eps-en-bogota-recibio-la-personeria>
24. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (2019). Documento CONPES D.C 04. Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. Política Pública De Ciencia, Tecnología E Innovación 2019-2038”.
25. Secretaría Distrital de Planeación. 2017 – 2021. «Generalidades Encuesta Multipropósito | Recuperado 21 de septiembre de 2023 (<https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estudios-macro/encuesta-multiproposito>).
26. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. Bogotá:

2023. Disponible en:
https://storage.googleapis.com/saludata_descargas/Salud_Mental/Estudio_salud_mental_final.pdf
27. Whitehead, Margaret. 1992. «The Concepts and Principles of Equity and Health». *International Journal of Health Services* 22(3): 429-45.

8 Anexos

Anexo 1. Principales normas consideradas para la formulación del PTS

Norma	Temas de interés del PTS abordados por la norma
Normativa relacionada con los derechos humanos	
ACUERDOS Y TRATADOS INTERNACIONALES	
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Protección y asistencia a la familia, disfrute de la salud física y mental, reducción de mortinatalidad y mortalidad infantil; higiene del trabajo y del medio ambiente; prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades, y condiciones para asegurar asistencia y servicios médicos.
Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)	Normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos.
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales, protocolo de San Salvador	Trabajo, seguridad social, salud, educación, protección de la familia, la niñez, ancianos y personas con discapacidad, atención primaria de la salud, erradicación de la desnutrición y el aseguramiento de una nutrición adecuada como derecho a la alimentación, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades, educación sobre salud y satisfacción de necesidades de salud de grupos vulnerables.
NORMATIVA NACIONAL	
Constitución Política	Derecho a la vida, salud como servicio.
Ley estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones	Derecho a la salud (independiente de la condición de la persona, el origen de la enfermedad, o el sistema de provisión, cubrimiento o financiación)
NORMATIVA RELACIONADA CON LA GOBERNABILIDAD Y LA GOBERNANZA EN LA SALUD PÚBLICA	
NORMATIVA NACIONAL	
Ley 100 de 1993	Sistema de acreditación, control y evaluación de la calidad del servicio de salud.
Ley 715 de 2001	Organización para la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 1122 de 2007	Prestación de servicios con calidad, acceso oportuno y eficiencia (red, roles, Plan Obligatorio de Salud, medicamentos, funciones de inspección, vigilancia y control, y participación).
Ley 1257 de 2008	Plan Territorial de Salud (Obligación de incluir un apartado de prevención e intervención integral en violencia contra las mujeres con recursos para su ejecución).
Ley 1438 de 2011	Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modelo de prestación de servicio enmarcado en la estrategia Atención Primaria en Salud (intersectorial, transectorial y participativa, bajo un enfoque territorial y con una orientación individual, familiar y comunitaria que fomenta la cultura del autocuidado, y la prestación de un servicio de calidad.
Ley 1474 de 2011	Mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. En salud: inhabilidades para contratar suministro de medicamentos
Ley 712 de 2014	Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
Ley 1751 de 2015	Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
Decreto 3518 de 2006	Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
Decreto 780 de 2016	Reglamentación del sector salud y la protección social.
Decreto 441 de 2022	Requisitos mínimos para contratación entre EPS e IPS. Herramientas para contrarrestar y mitigar las acciones dilatorias en el flujo de recursos entre ellas.
Decreto 1599 de 2022	Política de Atención Integral en Salud -PAIS. Atención diferencial para reducir las brechas de inequidad frente al acceso a los servicios.
Resoluciones 518 de 2015 y 295 de 2023	Gestión de la salud pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC ²² .
Resolución 1441 de 2016	Habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud
Resolución 3202 de 2016	Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud, Atención en Salud de Grupos de Riesgo y la Atención en Salud para Eventos Específicos.
Resolución 926 de 2017	Desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas.
Resolución 3280 de 2018	Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y establece directrices para su operación

²² Es el plan de beneficios compuesto por intervenciones, procedimientos, actividades e insumos de promoción de la salud y gestión del riesgo. Busca articular recursos para impactar positivamente los determinantes sociales de la salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Resolución 1344 de 2019	Procedimiento transitorio para la habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud
Resolución 2626 de 2019	Política de Atención Integral en Salud – PAIS y Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.
Resolución 3100 de 2019	Inscripción de prestadores de servicios de salud. Habilitación de servicios de salud. Registro en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.
Resolución 497 de 2021	Autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud
Resolución 2292 de 2021	Financiación de servicios y tecnologías de salud con la Unidad de Pago por Capitación.
Resolución 1035 de 2022	Por el cual se adopta el PDSP 2022-2031 con sus capítulos diferenciales.
Resoluciones 2206 y 2519 de 2022	Programa de Equipos Básicos de Salud en zonas, poblaciones o grupos sociales donde no haya o sean pocas las actividades del PIC.
Resolución 2788 de 2022	Lineamientos para la organización y operación de los Equipos Básicos de Salud
Resolución 100 del 2023	Planeación Integral en Salud
Resolución 544 de 2023	Inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud
Resolución 2364 de 2023	Valor de la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Destinación del 5% de la UPC-C y UPCS para la operación de equipos básicos de salud de tal manera que se mejore el acceso en salud de la población.
Resolución 2367 de 2023	Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031"
Resolución 087 de 2024	Vigencia de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
Circular Externa 202315000000007-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud	Ejecución de la Guía de Auditoría – GAUDI. Se verifica el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que operan en el distrito capital.
Circular 030 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud	Procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros.
NORMATIVA DISTRITAL	
Acuerdo 434 de 2010	Observatorio de convivencia escolar y diseño de estrategias para prevenir situaciones de violencia escolar.
Acuerdo 828 de 2021	Plan distrital en prevención de violencia por razones de sexo y género con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual.
Acuerdo 893 de 2023	Sistema distrital de cuidado de Bogotá D.C
Decreto 507 de 2013 y Decreto 182 de 2020, Acuerdo 641 de 2016.	Estructura y organización del Sector
Decreto Distrital 327 de 2007, Decreto Distrital 527, Decreto Distrital 546 de 2007, Decreto Distrital 575 de 2011, Acuerdo 152 de 2005, Acuerdo 800 de 2021	Comisiones intersectoriales: Comité Intersectorial de Desarrollo Rural, participación de la Secretaría Distrital de la Mujer en las instancias de coordinación existentes en el Distrito Capital, Comisiones Intersectoriales como instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital; Comisiones Ambientales Locales, Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intra familiar y Violencia y Explotación Sexual, y Mesa Permanente por la Calidad del Aire, respectivamente.
Decreto 815 de 2017	Instrumentos operativos de Planeación Ambiental.
Resolución 1479 de 2006	Fondo Rotatorio de Estupeficientes de la Secretaría Distrital de Salud. Procesos de recibo, custodia, almacenamiento y distribución de las materias primas, estándares de referencia y medicamentos monopolio del Estado.
Resolución 3042 de 2007	Fondos de Salud de las Entidades Territoriales (Uso, destinación y manejo de recursos de Salud).
Resolución 3496 de 2019	Gestión de la salud ambiental (diagnóstico, formulación, implementación, autoevaluación, evaluación y seguimiento de planes sectoriales de fortalecimiento de capacidades).
Circular conjunta externa 013 de 2023	Planes de contingencia para controlar la morbilidad y evitar la mortalidad por dengue. Red de vigilancia epidemiológica.
NORMATIVA RELACIONADA CON LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS, POBLACIÓN CAMPESINA, GENERO-DIVERSIDADES, CONDICIONES Y SITUACIONES	
ACUERDOS Y TRATADOS INTERNACIONALES	
Pacto Global para la Migración Segura, Ordenada y Regular	Información; explotación, vulnerabilidad y trata de personas; atención y asistencia; acceso a servicios básicos; portabilidad de seguridad social y prestaciones adquiridas, y condiciones con inclusión y cohesión social.
Conferencia internacional sobre población y desarrollo de 1994.	Salud sexual reproductiva; igualdad de género; crecimiento poblacional y derechos de niños, jóvenes, adolescentes, personas mayores y migrantes; enfoque de derechos en la planeación; población y el desarrollo sostenible. Atención integral de la salud mental.

Conferencia mundial sobre mujeres, llevada a cabo en Beijing en 1995	Progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género.
Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas de las personas mayores.	Reducción de inequidades personas mayores.
Convención de los derechos de las personas con discapacidad (Ley 1346 de 2009, Ley Estatutaria 1618 de 2013 y Decreto 089 de 2023).	Reducción de inequidades personas con discapacidad.
Convención Americana sobre derechos humanos, Pacto de San José de Costa Rica	Énfasis en protección de familia y niñez.
NORMATIVA NACIONAL	
Ley 1719 de 2014	Acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado.
Decreto 216 de 2021	Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos bajo régimen de protección temporal.
NORMATIVA DISTRITAL	
Acuerdo 152 de 2005	Víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual.
NORMATIVA RELACIONADA CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	
ACUERDOS Y TRATADOS INTERNACIONALES	
Pacto Política Alimentaria Urbana de Milán	Sistemas alimentarios sostenibles (acceso y distribución de alimentos nutritivos, protección de biodiversidad, lucha contra el desperdicio de alimentos).
Convenio 187 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo	Seguridad y salud en el trabajo.
Convenio Marco de Control del Tabaco	Consumo de tabaco y exposición al humo. Protección a generaciones presentes y futuras de consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas.
Reglamento Sanitario Internacional	Prevención de la propagación internacional de enfermedades (control y respuestas proporcionadas y restringidas a riesgos, evitando afectar el tráfico y el comercio internacionales)
Convenio de Estocolmo	Medidas para reducir la producción, uso, liberación y almacenamiento de contaminantes orgánicos persistentes y potenciales.
Convenio Basilea	Eliminación y control a la transferencia transfronteriza de desechos peligrosos
Convenio 162 sobre utilización del asbesto en condiciones de seguridad	Protección a los trabajadores expuestos al asbesto a riesgos para la salud. Incluye medidas informativas de difusión y prevención, educativas, y de vigilancia y control.
Resolución WHA63.12 del 21 de mayo de 2010 Ítem 11.17 Asamblea Mundial de la Salud.	Disponibilidad, seguridad y calidad de productos sanguíneos
Documento de Información Normativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	Establece la necesidad urgente de poner en práctica el Programa de "Patient Blood Mangement" (Gestión de la Sangre del Paciente) y en el numeral 9 (página 13), menciona en negrilla: "La responsabilidad principal de la puesta en práctica de un sistema de GSP recae en los ministerios y departamentos de salud", es decir la Secretaría Distrital de Salud.
Convenio de Rotterdam	Comercio internacional de productos químicos peligrosos (Ley 1159 de 2007)
NORMATIVA NACIONAL	
Ley 9 de 1979, por la cual se dictan Medidas Sanitarias.	Normas y procesos para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias (agua, residuos sólidos, disposición de excretas, emisiones atmosféricas, áreas de captación, salud ocupacional, agentes químicos y biológicos, seguridad industrial, medicina preventiva, saneamiento básico, alimentos, farmacéuticos y cosméticos y desastres).
Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia	Protección y restablecimiento del derecho de la niñez y adolescencia a tener una salud integral (Involucra a familia y sociedad, acciones intersectoriales y recursos para población no beneficiada por el régimen contributivo o subsidiado)
Ley 1335 de 2009	Prevención de daños a la salud de los menores de edad y la población no fumadora. Promoción del abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados.
Ley 1355 de 2009	Control, atención y prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas (promoción de ambientes sanos, actividad física, educación y producción, y acciones para la integración modal de transporte activo con sistemas de transporte público y estrategias de seguridad vial).
Ley 1384 de 2010 Ley Sandra Ceballos	Atención integral del cáncer en Colombia.
Ley 1448 de 2011	Víctimas del conflicto armado (Restablecimiento de condiciones y acompañamiento en la reparación con enfoque diferenciado).

Ley 1616 de 2013	Derecho a la salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la estrategia de atención primaria. En consonancia con las estrategias contempladas en la Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental
Ley 2026 de 2020 Ley Jacobo	Medidas para garantizar el apoyo social y los servicios de salud oncopediátrica. Declara prioritaria la atención integral a menores de 18 años con diagnóstico o presunción de cáncer.
Ley 2120 de 2021	Medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles. Resoluciones 810 de 2021 y 2492 de 2022 (Establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados o empacados para consumo humano). Resolución 2350 de 2020 (Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad) y la Ley 2277 de 2022 (Artículo 54. Impuestos saludables).
Decreto Ley 4633 de 2011	Atención, protección, reparación y restitución de derechos de pueblos y comunidades indígenas
Decreto Ley 4635 de 2011	Atención, protección, reparación y restitución de derechos población negra, afro, raizal y palenquera.
Decreto 1571 de 1993	Sangre, hemoderivados y red nacional de bancos de sangre
Decreto 1751 de 1993	Funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre
Decreto 4463 de 2011	Eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer.
Decretos 681 y 1285 de 2022	Políticas públicas de envejecimiento y vejez, y de habitantes de la calle, con vigencia hasta 2031.
Resolución 1796 de 2018	Actividades peligrosas que por su naturaleza o condiciones de trabajo son nocivas para la salud e integridad física o psicológica de los menores de 18 años.
Resolución 89 de 2019	Atención integral de las personas, familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas.
Resolución 227 de 2020. Guía de práctica clínica para VIH	Lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Guía de práctica clínica para VIH. Seguimientos que el Ministerio de Salud y Protección Social considera deben realizarse a las personas que viven con VIH. Atención
NORMATIVA DISTRITAL	
Acuerdo 152 de 2005	Víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual.
Acuerdo 383 de 2009	Ampliación del horario de atención de la Línea 106, "al alcance de los niños, niñas y adolescentes" y del servicio "Chatea con la 106", a veinticuatro horas, los siete días de la semana (Estrategias de difusión y promoción de su buen uso en lugares de asistencia masiva de niños, niñas y adolescentes, campañas de promoción de salud mental y el buen trato entre niños y niñas, en los planteles educativos.
Acuerdo 437 de 2010	Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud, para obligatorio cumplimiento de las Instituciones Prestadoras de Salud en el Distrito.
Acuerdo 545 de 2013	Modelo articulado de detección temprana, diagnóstico, atención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos y condiciones prioritarias (niños, niñas y adolescentes).
Acuerdo 590 de 2015	Dispensadores de condones dotados con información en lugares de alta afluencia. Alianzas para la gestión y generación de conocimientos sobre salud y enfermedades zoonóticas.
Acuerdo 795 de 2021	Atención en salud mental (valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; intervenciones colectivas; inspección y vigilancia).
Acuerdo 802 de 2021	Lineamientos para formular la metodología del Índice Bogotano de Calidad de Aire – IBOCA. Resolución 868 de 2021. Define que el índice define y orienta la activación de alertas y emergencias, así como la articulación de medidas ciudadanas e institucionales para proteger el ambiente, la salud y la calidad de vida de la población
Acuerdo 807 de 2021	Promueve estrategias de comunicación, información y educación integral de alimentación saludable para desincentivar el consumo de sal y azúcar, con énfasis en bebidas azucaradas.
Acuerdo 817 de 2021	Prevención y protección de niñez, adolescencia, adulto mayor y población no fumadora.
Acuerdo 825 de 2021	Asbesto (sustitución, manejo, control y gestión integral) de asbesto.
Acuerdo 829 de 2021	Alimentación saludable tiendas escolares oficiales del distrito capital.
Acuerdo 854 de 2022	Actualización y fortalecimiento de la política distrital de salud mental
Acuerdo 872 de 2023	Uso de herbicidas

Acuerdo 905 de 2023	Declara la primera semana de octubre de cada año como la "Semana Distrital de la Salud Oral".
Decreto 575 de 2011	Promoción, prevención y control local de problemas de salud, con énfasis ambiental
Decreto 507 de 2013 artículos 15 y 25	La Secretaría Distrital de Salud tiene la responsabilidad de Coordinar la Red Distrital de Bancos de Sangre, servicios de transfusión sanguínea y terapia celular en la ciudad de Bogotá
NORMATIVA RELACIONADA CON ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)	
NORMATIVA NACIONAL	
Ley 1438 de 2011	Principios, indicadores (prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil, incidencia de enfermedades de interés en salud pública, incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo, incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles, y acceso efectivo a los servicios de salud), elementos para la implementación de la APS, equipos básicos de salud y fortalecimiento de los servicios de salud, de las redes integradas y del aseguramiento. Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
Decreto 1011 de 2006	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 429 de 2016	Enfoques de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.
Decreto 780 de 2016	Atención primaria y Modelo de Salud
Resolución 518 de 2015	Disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PIC
Resolución 1441 de 2016	Redes integrales de servicios de salud
Resolución 2063 de 2017	Líneas de acción
Resolución 3280 de 2018	Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
Resolución 295 de 2022	Concurrir, subsidiar y complementar a los municipios para el desarrollo de intervenciones colectivas en el marco de la Atención Primaria en Salud mediante las estructuras funcionales y organizativas de los Equipos Básicos en Salud y el desarrollo de capacidades para la implementación, monitoreo y evaluación de los procesos de gestión de la salud pública, a través de la coordinación y concertación del uso y priorización de los recursos de salud pública destinados para tal fin
Resolución 1599 de 2022	Enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial. Estos enfoques permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.
NORMATIVA RELACIONADA CON CAMBIO CLIMÁTICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS	
ACUERDOS Y TRATADOS INTERNACIONALES	
Acuerdo de París bajo la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático	Financiamiento para la respuesta y la adaptación mundial frente al cambio climático. Limitar el calentamiento global a niveles seguros (preservar ecosistemas esenciales para la sostenibilidad, promover tecnologías limpias y proteger la seguridad alimentaria)
NORMATIVA NACIONAL	
Ley 1523 de 2012	Política nacional de gestión del riesgo de desastres. Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre.
NORMATIVA DISTRITAL	
Acuerdo 790 de 2020	Lineamientos para la adaptación, mitigación y resiliencia frente al cambio climático.

NORMATIVA RELACIONADA CON CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA	
ACUERDOS Y TRATADOS INTERNACIONALES	
ISO 56000:2020	Gestión de la innovación — Fundamentos y vocabulario
ISO 56002:2019	Gestión de la innovación — Sistema de gestión de la innovación — Orientación, proporciona una orientación a las organizaciones para establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la innovación.
ISO 56003:2019	Gestión de la innovación — Herramientas y métodos para la alianza en innovación — Orientación, proporciona una orientación para que las organizaciones trabajen juntas para innovar.
ISO/TR 56004:2019	Evaluación de la gestión de la innovación — Orientación, proporciona una orientación a las organizaciones para planificar, implementar y dar seguimiento a la evaluación de la gestión de la innovación.
ISO 56005: 2020	Gestión de la innovación – Herramientas y métodos para la gestión de la propiedad intelectual – Orientación
ISO 56006:2021	Gestión de la innovación – Herramientas y métodos para la gestión de la inteligencia estratégica – Orientación
ISO 56007:2023	Gestión de la innovación. Herramientas y métodos para la gestión de ideas.
ISO 56010:2023	Gestión de la innovación: ejemplos ilustrativos de ISO 56000
NetCofd-FACT	Estándares Internacionales para la recolección, almacenamiento y liberación de sangre de cordón umbilical
NTC ISO 20387:2020	Biotecnología. Biobanco. Requisitos generales para actividades de biobanco.
Decisión 351 de 1993	Régimen Común Sobre Derecho de Autor y derechos conexos
Decisión 486 de 2000	Decisión Andina Sobre Régimen Común Sobre Propiedad Industrial
Decisión 689 de 2008	Decisión Andina sobre adecuación de determinados artículos de la Decisión 486 – Régimen Común sobre Propiedad Industrial, para permitir el desarrollo y profundización de Derechos de Propiedad Industrial a través de la normativa interna de los Países Miembros
NORMATIVA NACIONAL	
Ley 23 de 1982	Sobre derechos de autor
Ley 1266 de 2008	Habeas Data
Ley 1286 de 2009	Objetivos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación SNTCI del cual hace parte el IDBIS. Recursos destinados Fondo Nacional de Financiamiento para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación para actividades de ciencia, tecnología e innovación.
Ley 1581 de 2012	Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
Ley 1915 de 2018	Por la cual se modifica La ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de Autor y derechos conexos.
Ley 1923 de 2018	Por la cual se regula lo previsto en el párrafo 5° del artículo 361 de la Constitución Política relativo a los programas y proyectos de inversión que se financiarán con recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías.
Ley 2253 del 2022 "Ley Jerónimo"	Registro Nacional Público Oficial de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas-RNDCPH
Ley 2277 de 2022	Por medio del cual se modifica el artículo 256 del estatuto tributario sobre descuento para inversiones realizadas en investigación, desarrollo tecnológico o innovación.
Ley 2287 de 2023	Por medio de la cual se crea el sistema nacional de biobancos y se regula el funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica biotecnológica y epidemiológica y se dictan otras disposiciones"
Decreto 393 de 1991	Modalidades de asociación para adelantar actividades científicas y tecnológicas proyectos de investigación y creación de tecnologías, la Nación y sus entidades descentralizadas podrán asociarse con los particulares bajo dos modalidades.
Decreto 1571 de 1993	Reglamenta parcialmente el Título IX de la ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados.
Decreto 2493 de 2004	Por la cual se regula la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de estos en seres humanos.
Decreto 1782 de 2014	Define los requisitos para el registro sanitario de medicamentos biológicos nuevos y conocidos.
Decreto 1066 de 2015	Reglamentación de la Dirección Nacional de Derecho de Autor sobre el derecho de autor
Decreto 335 de 2022	Procedimiento para la obtención de los certificados de cumplimiento de las buenas prácticas de elaboración, laboratorio y manufactura ante el INVIMA
Resolución 8340 de 1993	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
Resolución 901 de 1996	Unificar criterios, procedimientos y técnicas que permitan la adecuada estructura, organización y funcionamiento de los Bancos de Sangre y Servicios de transfusión

Resolución 5108 de 2005	Por la cual se establece el Manual de Buenas Prácticas para Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y se dictan otras disposiciones.
Resolución 21447 de 2012	Por la cual se modifican los Títulos X y XI de la Circular Única de la reglamentación de la Superintendencia de Industria y Comercio en materia de Propiedad Industrial
Resolución 3619 de 2013	Manual de buenas prácticas de Laboratorio, control de calidad de productos farmacéuticos, evaluación de buenas prácticas de laboratorio
Resolución 5402 de 2015	Expide el manual y el instrumento de verificación de las BPM de medicamentos biológicos.
Resolución 3690 de 2016	Estudios de estabilidad para medicamentos biológicos
Resolución 4490 de 2016	Evaluación de inmunogenicidad para medicamentos biológicos.
Resolución 553 de 2017	Guía de Estabilidad de Medicamentos Biológicos y Guía de Evaluación de la Inmunogenicidad para los Medicamentos Biológicos.
Resolución 0314 de 2018	Política de ética de la Investigación, bioética e integridad científica
Resolución 2950 de 2019	Evaluación de la Comparabilidad de Medicamentos Biológicos.
Resolución 957 de 2021	Reconocimiento de los Actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación
Resolución 100 2024	Dicta disposiciones para la planeación integral para la salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015
Circular Externa 10 de 2001 SIC	Reglamentación de la Superintendencia de Industria y Comercio sobre la Propiedad Industrial
Documento No. 1501 de 2017 Colciencias	Documento de Política de Ética de la Investigación, Bioética e Integridad Científica
Documento No. 2101 de 2021 Minciencias	Documento de Política Pública de Apropiación Social del Conocimiento en el marco de la CTel
Decreto 4725 de 2005	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.
NORMATIVA DISTRITAL	
Acuerdo 831 de 2022	Lineamientos para la sensibilización, promoción e investigación del sector del cannabis medicinal, cosmético e industrial en Bogotá, a partir de estrategias de gestión del conocimiento, gestión del riesgo y reducción del daño, especialmente en adolescentes
Decreto 034 de 2023 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.	Adopta la Política Pública de Lectura, Escritura y Oralidad, 2022-2040
Directiva 26 de 2018	Política de Propiedad Intelectual del Distrito Capital
NORMATIVA RELACIONADA CON PERSONAL EN SALUD	
NORMATIVA NACIONAL	
Decreto 2376 de 2010	Relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.
Resolución 3409 de 2012	Documentación para efectos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como "Hospitales Universitarios".

Fuente: SDS

Anexo 2. Procesos determinantes identificados

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
Usaquén	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación de zonas verdes y espacio público debido a la disposición inadecuada de residuos. - Acompañamiento desde el sector salud y la comunidad para mitigar problemas respiratorios y dermatológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asentamientos informales en la ladera de los cerros orientales, generando riesgos de remoción en masa e inundaciones. - Acompañamiento desde el sector salud y el IDIGER para definir la necesidad de reubicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Barreras de acceso geográficas a los servicios de salud y sociales en zonas con asentamientos informales. - Afecta la aparición de condiciones crónicas no transmisibles y alteraciones en la salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia basada en género y violencia intrafamiliar, generando percepción de inseguridad y alteraciones en la salud mental. - Acompañamiento desde el sector salud y otras instituciones para abordar estas problemáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doble carga nutricional en áreas con informalidad laboral, generando malnutrición por déficit y exceso. - Acompañamiento limitado por parte de la institucionalidad, afectando la seguridad alimentaria y nutricional de la población. 	
Engativá	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de áreas protegidas y parques urbanos debido a la urbanización acelerada y construcciones sobre humedales. - Problemas ambientales como la contaminación de ríos y humedales por inadecuada disposición de residuos sólidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflictos violentos por la destinación de terrenos para viviendas, industria y comercio, generando sobrepoblación y deterioro del espacio público. - Transformación de áreas residenciales en bodegas, fábricas y sitios de oferta de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la demanda de servicios e infraestructura superando la capacidad institucional, generando pobreza oculta y limitando el acceso a la salud y educación. - Crecimiento del trabajo informal, invasión del espacio público y aparición de economías clandestinas 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en los modos de vida afectando el cuidado de niños, adolescentes y adultos mayores, generando soledad no deseada y dificultades en las relaciones interpersonales. - Aumento de consultas por problemas de salud mental, tabaquismo, consumo de alcohol y violencia contra las mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidencia de pobreza en diferentes territorios, con habitantes de estratos bajos sin recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas. - Alta afluencia de población migrante en busca de vivienda y oportunidades laborales, formales e informales. 	
Teusaquillo	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuada disposición de aceites y grasas de desecho en gastrobares, causando deterioro del entorno y aumento de roedores. - Actividades de veeduría ciudadana y sensibilización comunitaria para promover el manejo adecuado de residuos y la protección del entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamiento del componente residencial por la actividad comercial en la UPZ Galerías, generando afectaciones en la salud mental y disminución de espacios de tránsito. - Operativos policiales para controlar la ocupación del espacio público por vendedores informales, aunque con limitado éxito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predominio de población asegurada al régimen contributivo, dejando al 2% afiliado al régimen subsidiado con dificultades para acceder a servicios de salud. - Realización de jornadas de salud comunitaria para enfrentar la falta de disponibilidad de servicios médicos para la población subsidiada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas asociados a tres poblaciones diferentes: adultos mayores, personas que consumen SPA y trabajadores informales, generando conflictos y afectaciones en la salud mental y física. - Fortalecimiento de redes de apoyo social, implementación de servicios de acogida comunitaria y campañas de formalización para mejorar las condiciones de vida y acceso a servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la pobreza oculta debido a la situación socioeconómica del país y falta de industria en el sector, afectando el acceso a alimentos saludables y aumentando el riesgo de malnutrición y enfermedades crónicas. - Trabajo de organizaciones sociales y comunitarias para promover la soberanía alimentaria y mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente de adultos mayores. 	

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
Chapinero	<ul style="list-style-type: none"> - Invasión del espacio público por trabajadores informales y mal estacionamiento de vehículos, dificultando el tránsito seguro. - Aumento de migrantes internos debido a la oferta educativa, generando mayor demanda de parqueaderos y disputas por el espacio público. - Actividades informales ligadas al comercio que compiten por el espacio público, pudiendo desencadenar violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de acceso a servicios básicos en zonas rurales, con escasa oferta de IPS y barreras para obtener citas con especialistas. - Limitaciones en la oferta de servicios de salud complementarios, generando largos desplazamientos y afectando la adherencia a los controles médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, pobreza oculta, habitantes de la calle y actividades sexuales pagadas, especialmente en el territorio diverso. - Impacto en la salud mental, física y social de los habitantes, con manifestaciones como ansiedad, depresión, violencia, malnutrición y enfermedades crónicas. 	<p>Estos procesos afectan a diversas poblaciones vulnerables y requieren acciones coordinadas para mejorar las condiciones de vida y salud en la localidad.</p>		
Suba	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de establecer canales de comunicación claros para definir roles y responsabilidades en la gestión del territorio y garantizar respuestas rápidas en situaciones de emergencia. - Importancia de proyectar jornadas y brigadas de salud para promover el bienestar y mejorar las condiciones de salud de la comunidad, con especial atención a la gestión y coordinación intersectorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prioridad de proyectar una dinámica de trabajo y agenda conforme con los nuevos lineamientos de planeación relacionados con la implementación de las Unidades de Planeamiento Local, considerando el Plan de Ordenamiento Territorial y las modificaciones en comparación con el POT anterior. - Necesidad de investigar y comprender los detalles del nuevo POT, programar reuniones con actores clave y diseñar una dinámica de trabajo que se adapte a posibles cambios en los lineamientos gubernamentales o las necesidades de la comunidad. 				<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de conflictos socioambientales que afectan la relación sociedad-naturaleza en lo local, contribuyendo a la vulneración de comunidades y sus condiciones de salud. - Relación entre las dinámicas migratorias nacionales y extranjeras en la localidad con problemáticas socioeconómicas de migrantes en búsqueda de oportunidades laborales y mejores condiciones de vida.

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
Barrios Unidos	<ul style="list-style-type: none"> - Comerciantes y residentes en zonas comerciales e industriales afectan el ambiente y otras formas de vida con contaminación del aire, agua y espacio público. - Normas existentes para proteger el ambiente y la salud no son aplicadas con rigurosidad por falta de impacto y sanciones efectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de respeto a los derechos de los peatones, especialmente grupos vulnerables, debido a la invasión del espacio público por parte del comercio formal e informal. - Conflictos por el uso del suelo, como el consumo de sustancias psicoactivas, limitan el disfrute del espacio público y aumentan la vulnerabilidad de grupos como niños, adolescentes y adultos mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> - La población de Barrios Unidos enfrenta condiciones económicas adversas, como desempleo y pobreza oculta, que no están determinadas por su estratificación social, sino por realidades particulares. 			
Rafael Uribe Uribe	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuado manejo de residuos sólidos domésticos y quemas prohibidas en áreas cercanas a fuentes hídricas. - Utilización de fuentes hídricas como puntos sanitarios por Ciudadanos Habitantes de Calle debido a la falta de acceso a baños públicos. - Compromiso institucional para implementar acciones de cuidado del medio ambiente, como jornadas de siembra de árboles y educación ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades económicas como la cadena de cuero y calzado, producción alimenticia y venta informal generan conflictos territoriales. - Baja productividad, informalidad y dificultades de acceso al crédito en unidades empresariales locales. - Riesgos sanitarios en establecimientos de venta de alimentos debido a condiciones higiénicas deficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de acceso y movilidad por diseño arquitectónico en barrios periféricos, afectando especialmente a personas con discapacidad y adultos mayores. - Escasa cobertura de servicios de salud públicos y privados, ocasionando largos desplazamientos para acceder a servicios sociales y de salud. - Importancia de organizaciones comunitarias para acercar diversos servicios a la población y reivindicar la salud de grupos específicos como afrodescendientes e indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concentración de población mayor, aumento de violencia intrafamiliar y viviendas en condiciones precarias, generando cambios en los modos de vida familiares. - Territorialidades marcadas por fronteras invisibles, expresadas en procesos de violencia y microtráfico. - Reivindicación de derechos a la salud por parte de grupos étnicos como indígenas y afrodescendientes. 		

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
Santa Fe		<ul style="list-style-type: none"> - La violencia urbana, especialmente contra las mujeres, se agudiza debido a la segregación espacial provocada por procesos de gentrificación. - La ocupación del suelo y el espacio público por parte de la población vulnerable genera disputas por el control del territorio densamente poblado de la localidad. - La violencia intrafamiliar, sexual y de género son las principales expresiones de salud en este territorio, exacerbadas por la falta de intervención estatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - La escasa oferta de servicios sociales y de salud en el territorio especial para el cuidado y en el territorio rural se debe a la falta de comprensión y expansión de la localidad hacia estos territorios. - La distribución inequitativa de la oferta pública y privada de salud no atiende las necesidades de la población, especialmente aquellos pertenecientes al régimen subsidiado. - La presencia limitada de la red privada de salud y la fragmentación de la oferta social dificultan el acceso a servicios básicos para grupos poblacionales específicos como habitantes de calle, migrantes, personas con discapacidad y trabajadores sexuales. 			
Antonio Nariño	<ul style="list-style-type: none"> - En zonas como el Canal del Río Seco y el Parque Ciudad Jardín, la falta de prácticas ambientalmente saludables y la inadecuada gestión de residuos contribuyen al deterioro ambiental. - Tanto la comunidad local como las empresas y comercios locales son responsables de esta situación, al no adoptar prácticas ambientales responsables. 	<ul style="list-style-type: none"> - En áreas como Restrepo, Luna Park, y Policarpa, las condiciones laborales para trabajadores informales son precarias, afectando su salud y la de sus familias. - La inestabilidad laboral, el hacinamiento y la exposición a sustancias químicas industriales contribuyen a problemas de salud física y mental en la comunidad. - La presencia histórica de industrias textiles, de cuero y calzado en estos barrios aumenta los riesgos de salud asociados con la exposición a productos industriales. 		<ul style="list-style-type: none"> - Cambios económicos y migratorios han llevado a transformaciones en la estructura familiar y social en áreas como Restrepo, Luna Park y Restrepo Occidental. - Estas transformaciones han generado tensiones emocionales y conflictos intrafamiliares, exacerbando el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia intrafamiliar. - La percepción negativa hacia los habitantes de calle y los cambios en el uso del suelo también afectan el tejido social y la salud mental de la comunidad. 		

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
La Candelaria		<ul style="list-style-type: none"> - La disputa por el espacio público refleja conflictos en el uso del suelo, con presencia de ventas informales, actividades comerciales y consumo de sustancias psicoactivas. - Aunque existen iniciativas comunitarias cuidadoras, como la producción artesanal de bebidas, la falta de regulación contribuye a problemas como la ocupación indebida del espacio público y la violencia intrafamiliar. - La complejidad del panorama social involucra a trabajadores formales e informales, adultos mayores, jóvenes, mujeres artesanas y migrantes, impactando negativamente en la salud mental y el deterioro del espacio público. 	<ul style="list-style-type: none"> - La distribución inequitativa de servicios revela una priorización del desarrollo cultural y educativo sobre servicios esenciales, afectando a residentes y grupos vulnerables como adultos mayores, migrantes y personas con discapacidad. - La falta de atención a la salud mental, baja oferta de servicios generales y ausencia de aseguramiento para trabajadores informales y migrantes son algunos de los desafíos que enfrenta la localidad. - Esto se traduce en un aumento de situaciones de salud, desde mortalidad perinatal hasta enfermedades cardiovasculares, destacando la urgencia de fortalecer la oferta de servicios y promover una distribución justa de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La afluencia de población flotante limita los procesos organizativos principalmente a habitantes tradicionales, mientras que la gentrificación desplaza a estos y atrae a nuevos residentes, generando una falta de cohesión social y redes comunitarias. - A pesar de albergar institucionalidad, la ausencia de presencia y controles ante situaciones como la trata de personas y el turismo sexual evidencia una pobre organización social y falta de intervención en el territorio. 		
Los Mártires	<ul style="list-style-type: none"> - La disposición inadecuada de residuos genera puntos críticos de acumulación, afectando el ambiente y la salud pública con la proliferación de vectores como roedores, especialmente en sectores con desarrollo comercial. 	<ul style="list-style-type: none"> - El desarrollo económico ha transformado el uso del suelo, con edificaciones residenciales convertidas en comerciales sin adecuación de infraestructura. - Organizaciones delictivas controlan parques y zonas verdes para el consumo de sustancias psicoactivas, generando tensiones con residentes y aprovechando la vulnerabilidad de personas desempleadas, habitantes de calle 				

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
Kennedy					<p>Kennedy recibe el 18% de la población migrante en Bogotá, siendo la localidad que más migrantes acoge.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 75% de la población migrante se concentra en 3 UPZ: Gran Britalia, Corabastos y Patio Bonito, que están conectadas entre sí, facilitando la movilidad. - Esta concentración se debe a la historia migratoria de la zona, su fácil acceso a la central de abastos de Corabastos y a importantes vías de transporte. - La falta de regularización dificulta el acceso a servicios de salud y empleo formal para los migrantes, llevándolos a trabajos informales y mal remunerados. - La situación de irregularidad limita el acceso a servicios de salud, lo que aumenta los riesgos para la salud materna e infantil, incluyendo gestaciones no deseadas, falta de controles prenatales y baja adherencia a esquemas de vacunación. 	
Bosa	La disposición inadecuada de residuos afecta la salud y el paisaje. Aunque algunas familias se dedican al reciclaje, muchos materiales terminan en lugares inapropiados.	La alta densidad poblacional lleva a ocupar el espacio público con ventas ambulantes, generando tensiones y prácticas inseguras, especialmente en áreas con presencia de migrantes venezolanos.	La violencia sexual infantil es un problema especialmente en zonas con vulnerabilidades, como migrantes y trabajadores informales. Los casos son normalizados y hay barreras de acceso a servicios de salud.			
Fontibón	La coexistencia de usos residenciales e industriales causa contaminación ambiental en ríos y humedales, afectando la salud y el					

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
	tejido social, especialmente en áreas con alto tráfico comercial y de transporte.					
Puente Aranda		Aumento de conflictos violentos por la apropiación del suelo, deteriorando el espacio público y afectando la salud mental de residentes y trabajadores. La presencia industrial contribuye a la contaminación del aire y al aumento del microtráfico.				
Usme	Se identifica un deterioro en la conservación de áreas protegidas debido a prácticas agrícolas intensivas y ganadería extensiva. - Esto ha llevado a problemas de salud como afectaciones cognitivas en niños por el uso de agrotóxicos, enfermedades osteomusculares y articulares, malnutrición y precarización laboral.		- Se observa una limitada oferta de servicios de salud en la localidad, particularmente en áreas rurales. - La concentración de servicios en zonas urbanas más desarrolladas deja desatendidas a comunidades vulnerables.	- Se evidencia violencia de género y consumo de sustancias psicoactivas, exacerbadas por condiciones de hacinamiento y pobreza. - La ocupación informal de viviendas asignadas a poblaciones vulnerables contribuye a estos problemas. Estos procesos afectan principalmente a poblaciones históricamente discriminadas, como mujeres, niños, personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado. Las expresiones en salud incluyen problemas mentales, embarazo adolescente, violencia y consumo de drogas.		

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
<p>Ciudad Bolívar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación ambiental debido a la explotación minera y al relleno sanitario de Doña Juana. - Consecuencias en la salud como infecciones respiratorias, enfermedades de la piel y gastrointestinales, especialmente en niños y personas mayores.+999 	<ul style="list-style-type: none"> - Invasión del espacio público por vendedores informales y parqueo de vehículos en vías, generando riesgos y conflictos. - Necesidad de mejorar la planificación del territorio y generar alternativas para mejorar las condiciones de los vendedores informales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para acceder a servicios sociales y de salud debido a la centralización de estos en otras áreas de la ciudad y la deficiente calidad de las vías. - Intereses económicos de las EAPB que dificultan el acceso a la salud, especialmente para poblaciones vulnerables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de asentamientos informales con altos índices de violencia, intentos de suicidio, desnutrición y enfermedades respiratorias. - Recomendaciones incluyen legalización de algunos asentamientos, oferta de formación laboral y programas para reducir la violencia y la inseguridad. <p>Estos procesos afectan especialmente a poblaciones vulnerables como víctimas del conflicto armado, población étnica y mujeres, niños y personas mayores. Las recomendaciones incluyen acciones para mitigar los efectos negativos en la salud y mejorar las condiciones de vida en la localidad.</p>		

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
Sumapaz	<ul style="list-style-type: none"> - Uso inadecuado de agroquímicos para aumentar la producción de alimentos, generando contaminación ambiental y problemas de salud como dermatitis, enfermedades respiratorias y cáncer. - La exposición a agroquímicos en espacios educativos ha afectado los procesos cognitivos de niños y niñas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliación de la frontera agrícola y uso de agroquímicos que generan contaminación de suelos y fuentes hídricas. - El corrimiento hacia la ganadería agota las fuentes hídricas y biodiversidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado acceso a servicios de salud, especialmente para el régimen contributivo y especial, obligando a la población a recorrer largas distancias para recibir atención. - Necesidad de una intervención institucional más integral y con enfoque diferencial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia intrafamiliar, especialmente hacia mujeres, niños y personas mayores, con altas tasas en comparación con el distrito capital. - Estigmatización y victimización debido al conflicto armado, generando problemas de salud mental. - Limitado acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, con alta morbilidad materna y barreras de acceso a anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en los modelos productivos con aumento de monocultivos de papa, generando problemas de autoabastecimiento y limitaciones en la variedad de alimentos. - Clima frío y suelos ácidos limitan la producción de otros alimentos. - Dificultad en el acceso a alimentos como frutas, verduras y proteínas, impactando en la seguridad alimentaria y nutricional. <p>Estos procesos afectan principalmente a la salud física y mental de la población sumapaceña, especialmente a niños, mujeres y personas mayores. Las medidas para abordar estos determinantes incluyen regulaciones en el uso de agroquímicos, mejoras en el acceso a servicios de salud, intervenciones integrales para enfrentar la violencia intrafamiliar y acciones para promover una soberanía alimentaria más sostenible.</p>	

Municipio	Relación humana con la naturaleza y otras formas de vida	Uso y apropiación del suelo	Disponibilidad y acceso a servicios	Cuidado de la vida y tejido social	Soberanía alimentaria	Sobrevivencia y migración
Tunjuelito	se identifica un proceso social determinante de la salud relacionado con la contaminación de la cuenca baja del Río Tunjuelo, causada por el vertimiento de químicos utilizados en el proceso de curtiembre del cuero. Esta actividad económica tradicional persiste en barrios como Isla del Sol, Rincón de Venecia, Nuevo Muzú, entre otros, donde las familias de curtidores son responsables y afectadas por la contaminación. Se evidencian problemas dermatológicos, respiratorios, gastrointestinales y de salud mental en la población cercana al río, afectando su calidad de vida.					

Anexo 3. Estrategias PDSP 2022-2031

ESTRATEGIAS Eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS
	Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial.
	Establecimiento de mecanismos de participación basada en atención primaria en salud — APS para la gobernanza propia en salud de los pueblos y comunidades.
	Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.
	Mecanismos de coordinación, dialogo y concertación con estructuras propias de los pueblos y comunidades indígenas para la gobernanza en salud pública.
	Mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom y Campesinas para la gobernanza en salud pública.
	Diseño e implementación de estrategias para la transversalización de los enfoques diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria y psicosocial para pueblos y comunidades.
	Posicionamiento del sistema único de información en salud parametrizado y estandarizado acorde con la normatividad vigente, que tenga la capacidad de articular los sistemas propios de información en salud de los pueblos y comunidades existentes.
	Generación y adecuación de estrategias que promuevan capacidades institucionales para la garantía del derecho a la salud de la población de la economía popular y comunitaria en el territorio.
	Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas para la participación de la población de economía popular y comunitaria, pueblos indígenas y otros grupos de protección especial.
	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.
	Alineación y armonización del ordenamiento jurídico en materia de salud pública de cada entidad territorial de acuerdo con cada categoría administrativa y fiscal en el marco de las competencias fijadas por la ley.
	Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas.
	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.

ESTRATEGIAS Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, género-diversidades, condiciones y situaciones	Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades en la planeación y la respuesta en salud.
	Fortalecer capacidades de las organizaciones y colectivos en la planeación y participación como ejercicio del derecho a la salud.
	Socialización consulta y concertación con los pueblos indígenas los mecanismos para la expedición de la normativa desde los diferentes sectores de acuerdo con el contexto territorial, teniendo en cuenta la gobernanza.
	Fortalecer capacidades del talento humano para que las acciones de prevención, atención e intervención en salud se desarrollen con enfoques diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicas considerando además el determinante social relacionado con la ocupación.
	Identificar, reconocer, fortalecer, promocionar y garantizar la participación e incidencia de personas y colectivos en procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud considerando el determinante social relacionado con la ocupación propia, la dinámica y la particularidad de cada pueblo indígena.
	Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la transversalización del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud.
	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.
	Adopción e implementación de la estrategia de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual.
	Fortalecimiento de capacidades del talento humano para el desarrollo de acciones de cuidado de la salud desde la promoción hasta los cuidados paliativos con enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas considerando además el determinante social relacionado con la ocupación.
Identificación, reconocimiento, fortalecimiento, promoción y garantía de la participación como derecho e incidencia de personas y colectivos en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud.	

ESTRATEGIAS Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud

Mejorar condiciones de vida y trabajo precario de poblaciones sujeto, con énfasis en municipios PDET y Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícitos y territorios con presencia de pueblos y comunidades indígenas, o con altos índices de nivel de pobreza y desempleo.
Gestionar mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir barreras de acceso en salud frente a la atención a niños y adolescentes con vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar (incluye pueblos y comunidades de acuerdo con planes de vida).
Gestionar los mecanismos técnicos, administrativos y políticos para mejorar de las condiciones de trabajo u ocupación que deterioran la salud, en el marco de la política de trabajo decente y para la generación de ingresos a las comunidades con atención particular en las mujeres rurales y de pueblos y comunidades étnicas, población LGBTIQ+, personas con discapacidad y personas de 60 y más años, independiente de la nacionalidad.
Caracterizar y gestionar opciones de intervención respecto de las condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación que se relacionan con peores resultados en salud y vulneración de población, en particular procesos de salud mental, enfermedades transmisibles y enfermedades no trasmisibles.
Caracterizar y gestionar para mejorar las opciones de intervención respecto a las condiciones de salud de la población que hace parte de la economía popular y de actividades de auto subsistencia y comunitaria de acuerdo con el contexto territorial.
Gestión de acuerdos con instituciones del cuidado no sanitario para ampliar mecanismos de protección de cuidadoras en el marco del sistema nacional de cuidado.
Establecer acuerdos y gestionar mecanismos de acuerdo con el marco normativo Gestionar acuerdos con los sectores relacionados con la protección de la inseguridad física, en salud mental y económica de las personas mayores.
Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.
Aporte en generar competencias sociales para la resolución no violenta de conflictividades comunitarias y la construcción de paz que conlleve a mejores resultados de salud.
Creación de mecanismos de acceso a la educación y permanecía escolar de niños, niñas y jóvenes en contextos de prevalencia de grupos armados ilegales y bandas criminales.
Establecimiento de acuerdos y gestión de mecanismos para la creación de entornos seguros y saludables respecto de la presencia de trabajo sexual forzado de niños, niñas, mujeres y población LGBTIQ+.
Generación de condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación seguras y saludables para jóvenes y mujeres, independiente de su nacionalidad o pertenencia a pueblos o comunidades, en el marco de la Política de Primer Empleo.
Fortalecimiento de acciones dirigidas a la prevención y atención de problemas y trastornos mentales de la población en todos los entornos y momentos del curso de vida (familia, escuela, trabajo y otros escenarios de protección social).

	Avance en la superación de barreras de acceso para la atención primaria en salud con énfasis en la rehabilitación integral en salud de las poblaciones víctimas del conflicto armado interno y de las personas en procesos de reincorporación y dejación de armas.
	Generación de procesos de formación intersectorial y territorial en DDHH con énfasis en el respeto a la Misión Médica.
	Fortalecimiento de procesos de movilización y organización social y popular en salud en los territorios de salud.
	Creación de mecanismos de acceso a la educación y permanencia escolar de niños, niñas y jóvenes en contextos de prevalencia de grupos armados ilegales y bandas criminales.
	Aporte en la generación de competencias sociales para la resolución no violenta de conflictividades comunitarias y la construcción de paz territorial que conlleve a mejores resultados en salud.
	Generación de procesos de formación intersectorial y territorial en DDHH con énfasis en el respeto a la Misión Médica.
	Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz.
	Caracterización de modos, condiciones de vida, trabajo y salud en contextos de minería ilegal y otros procesos productivos ilegales establecer las medidas institucionales y socioculturales de cuidado respecto al factor negativo de que dañan y contaminan fuentes hídricas, suelos y subsuelos, cultivos de pan coger y genera impacto negativo sobre la salud de las poblaciones, pueblos y comunidades.
	Gestión de los mecanismos para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicos y la movilidad segura, saludable y sostenible, teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio.
	Gestionar los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para el desarrollo de estrategias Gestión del acceso a saneamiento básico y agua apta para consumo humano a través de procesos intersectoriales.
	Gestión de los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para dar alcance e incidencia de manera positiva en la transformación de condiciones de vida, movilidad, trabajo y vivienda para disminuir la producción de gases ambientales y materiales particulados.
	Gestión mecanismos técnicos, políticos y administrativos para desarrollar estrategias entornos saludables integrales en contextos rurales, urbanos y periurbanos.
	Caracterizar y gestionar el estado de los procesos del sector salud que afectan socio ambientales y amplifican efectos de variabilidad el cambio climático.
	Fortalecimiento infraestructura, adaptación cultural e incorporación de tecnologías y energías alternativas y cambio de procesos de salud que generan impacto negativo socio ambiental y amplifican los efectos del cambio climático por medio de estrategias de adaptación, considerando practicas propias de los pueblos y comunidades étnicas para el cuidado y preservación del ambiente.

ESTRATEGIAS Eje 4. Atención Primaria en Salud en Salud	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.
	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.
	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales Y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.
	Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.

ESTRATEGIAS Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

Formulación de políticas, planes, estrategias, lineamientos y guías que permitan establecer y orientar las acciones de adaptación y mitigación al cambio climático que deben implementarse en los diferentes territorios del país.
Establecer un sistema de mecanismos de comunicación del riesgo climático y la posible vulnerabilidad de la población, desde un enfoque territorial, que logre actuar a manera de sistemas de alerta temprana.
Fortalecer capacidades de profesionales y técnicos del sector salud en todo lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático.
Formular políticas que permitan la planeación de la gestión integral del riesgo de desastres en salud y el fortalecimiento de la capacidad sectorial y comunitaria para responder a eventos de crisis, emergencias y desastres de importancia nacional e internacional.
Socialización e Implementación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres en salud (PGIRED) en las Entidades Territoriales.
Incorporación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres (PGIRED) en los planes Territoriales de Salud y de Acción plurianuales.
Participación en las instancias de orientación y coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, e incorporar las acciones del sector salud en los instrumentos de planificación, tales como, Planes de Gestión del Riesgo y Estrategias de Respuesta a Emergencias.
Promoción de la atención en Salud mental al personal que hace parte de la Misión Médica en situación de riesgo.
Implementación de estrategias de comunicación y divulgación sobre la Misión Médica con comunidades, personal sanitario y autoridades territoriales que mitiguen la vulnerabilidad de la misión médica.
Garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas que han sido o pueden ser potencialmente afectadas por situaciones de urgencia, emergencias, desastres, brotes y epidemias, comprende la operación y fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE, los Sistemas de Emergencias Médicas y las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres en salud.
Fortalecimiento de capacidades comunitarias en la gestión del riesgo de emergencias y desastres que afecten la salud de la población.
Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta.
Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos inusuales en salud pública que afecten la salud de la población.
Fortalecimiento de la red Nacional de Laboratorios
Fortalecimiento de la red Nacional de Toxicología
Fortalecimiento de la red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales.
Fortalecimiento del Programa Hospitales Seguros.
Incorporación de la información compilada y analizada en una red integrada de fuentes de información en la planificación estratégica del territorio frente a los riesgos de emergencias y desastres que afecten la salud pública.
Promoción de la investigación y las estrategias de información, educación y comunicación - IEC para el fortalecimiento del proceso de gestión integral de riesgos de la urgencia, emergencia y desastres.
Análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento del riesgo de incidentes e infracciones a la misión médica con enfoque de género.
Fortalecimiento de la cooperación internacional frente a la transferencia de tecnología y capacitación en la preparación y respuesta a pandemias.
Fortalecimiento de los Sistemas de Información de vigilancia a nivel nacional, departamental y municipal.
Gestión intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas a nivel departamental frente a la preparación y respuesta necesarias con respecto al Reglamento Sanitario internacional-RSI 2005, incluyendo el enfoque de "Una Salud".
Generación de programas de formación continua de personal en los niveles departamentales y municipales en las acciones de preparación y respuesta ante pandemias.
Actualización y prueba de los planes de preparación frente a futuras pandemias en todos los niveles.

ESTRATEGIAS Eje 6: conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria	Producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública.
	Disposición de la información como bien público mediante el acceso a través de bibliotecas virtuales, repositorios virtuales y demás servicios e información.
	Análisis de la información que permita la comprensión de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial.
	Desarrollo e implementación de otras estrategias para generar conocimiento acerca de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, evaluaciones de riesgo ambientales de la salud, entre otras.
	Construcción de forma colectiva e intercultural los saberes que aporten a la producción y análisis de la información en salud pública.
	Uso de la información para la formulación de la planeación territorial y la toma de decisiones en salud pública (estudios y evaluaciones).
	Desarrollo de estrategias de comunicación para la difusión y el uso adecuado de la información en salud pública.
	Desarrollo de estrategias de comunicación, educación para el cambio de comportamiento y de acción colectiva que favorezcan la transformación de la cultura de seguridad social en salud y promover los entornos saludables y protectores.
	Desarrollo de otras estrategias de divulgación para la transferencia y apropiación del conocimiento en salud pública a nivel territorial tales como charlas, talleres, seminarios, entre otros.
	Desarrollo de estrategias de articulación sectorial e intersectorial para la divulgación, traducción social, uso y apropiación de información en salud pública.
	Fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para la gestión de la información en salud pública, incluyendo alertas tempranas.
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para un adecuado proceso de producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública.
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en el acceso y uso de la oferta actual de información pública de salud y de otros sectores.
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento a través de herramientas estadísticas y cualitativas de análisis de la información.
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento con enfoques diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicas.
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en la implementación de estrategias para la generación de conocimiento de las condiciones de salud de la población y sus determinantes tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, entre otras.
Fortalecer el papel de la Comisión Intersectorial para el Desarrollo y Producción de Tecnologías Estratégicas en Salud (CIDPTES) como ente de gobernanza que guíe las acciones que lleven a Colombia a convertirse en un centro de desarrollo y producción de TES, a través de la articulación de las propuestas que, desde los diferentes sectores (gobierno, industria, academia y sociedad), puedan aportar para este fin.	
Fomentar la inversión en investigación, desarrollo, innovación (I+D+i) y producción local de TES.	

ESTRATEGIAS Eje 7. Personal en salud

Caracterización del talento humano en salud pública.
Fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión territorial de la salud pública, en el marco de la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva.
Fortalecimiento de gobernanza sanitaria, mediante acompañamiento y consolidación de alianzas académicas en los territorios formadores del THS.
Desarrollo de capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.
Concertación de los mínimos de formación del TI-IS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológico, universitaria, posgradual y formación de formadores con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva.
Planificación con enfoque territorial la educación continua del THS con énfasis en territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva
Desarrollo de metodologías pedagógicas específicas para la salud pública
Fortalecimiento del desarrollo de capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.
Definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del THS con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública.
Implementación de acciones intersectoriales con enfoque territorial para la integración de incentivos y mecanismos de retención del THS en el marco del trabajo digno y decente, incluyendo el TH de salud ambiental.
Avance en la protección del talento humano en contexto de crisis humanitaria.
Gestión de la apertura territorial de las Instituciones de Educación del THS con los actores de la región para ser parte de la transformación requerida a escala mayor: con prácticas académicas y participación de las comunidades