

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 20 de diciembre de 2024

Al contestar Cite Este No. **2024-EE-152631**

Folios: Anexos: 7

ORIGEN: - 000000-Despacho**DESTINO:** MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - -**TIPO DE DOCUMENTO:** Comunicaciones oficiales**ASUNTO:** Entrega Análisis de Situación de Salud de Bogotá, vigencia 2024

000000

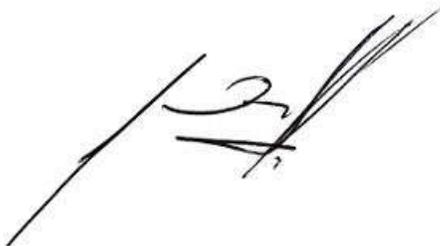
Señor
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
 correo@minsalud.gov.co

Asunto: Entrega Análisis de Situación de Salud de Bogotá, vigencia 2024

De manera atenta envío documento de Análisis de Situación de Salud para la Ciudad de Bogota actualizado para la vigencia 2024, de acuerdo con las orientaciones para su elaboración contenidas en la Resolución 100 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social y las recomendaciones para su elaboración realizadas por el equipo técnico de dicha entidad.

Se incluyen: Documento de Análisis de Situación de Salud, Infografía, Archivos con matrices en Excel de anexos a los capítulos 4 (respuesta de los actores a las problemáticas); 5 (Matriz de priorización de problemáticas) y 6 (Propuestas de respuesta a las problemáticas) y anexos de indicadores en salud que complementan la información descrita en el capítulo 3: Anexo Indicadores en Salud y Anexo Morbilidad Atendida.

Cordialmente,



GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
 Secretario Distrital de Salud.

Anexo: 7 archivos

Copia: 000, Clara Suarez - Directora de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social

Elaboró: Jenny Marcela Pinilla Espejo, 

Lilian Maritza Nuñez Forero 

Revisó: Luz Marina Galindo Caro *Luz Marina Galindo Caro*

Aprobó: Liliana Sofía Cepeda Amaris - Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial *Liliana Cepeda Amaris*

Julian Alfredo Fernandez Niño - Subsecretario de Salud Pública

Alejandra Taborda Restrepo - Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía

Luis Alexander Moscoso Osorio - Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento *Luis Alexander Moscoso Osorio*

Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital Año 2024

Secretaría de Salud de Bogotá

**Dirección de Planeación Sectorial
Grupo ASIS**

**Bogotá, D.C.
Colombia, 2024**

ASIS 2024 Bogotá, D. C.

| | | |
|--|--|--|
| <p>Gerson Orlando Bermont Galvis Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D. C.</p> | <p>Equipo Políticas Ana Marcela González Barrera Astrid López Barrera Patricia Villegas Rondón</p> | <p>Mariana Carvajal Kimberly Piñeros Carlos Andrés Fernández Aura Yanira Roa Angie Castañeda Andrea Roza Dary Ruiz Karen Castiblanco Diana Franco Johana Cortes Alejandra Cabrera Karen Jiménez Juan Carlos Cocomá Luz Mary Vargas Paola Gómez Victoria Carrillo Edyanni Ramos Mauricio Garzón Daniela Ceballos Diana Juanías Carlos Macana Juan Gómez Maribel Romero Santiago Valencia Nelly Janeth Rueda Jenny Alicia Mora Roza Yuly Carolina Olivares</p> |
| <p>Liliana Sofía Cepeda Amaris Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial</p> | <p>Equipos por Dependencias Subsecretaria de Salud Pública Equipo</p> | |
| <p>Alejandra Taborda Restrepo Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p> | <p>María Belén Jaimes Sanabria Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva</p> | |
| <p>Julián Alfredo Fernández Niño Subsecretario de Salud Pública</p> | <p>Patricia Eugenia Molano Builes Directora de Salud Colectiva</p> | |
| <p>Luis Alexander Moscoso Osorio Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento</p> | <p>Claudia Milena Cuellar Segura Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública</p> | |
| <p>Coordinación general del documento</p> | <p>Marcela Martínez Contreras Subdirectora de Acciones Colectivas</p> | |
| <p>Dirección de Planeación Sectorial</p> | <p>Diana Marcela Walteros Acero Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública</p> | <p>Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento Johanna Marcela Sandino Perdomo Yenny Mireya Romero Ortiz</p> |
| <p>Luz Marina Galindo Caro Directora de Planeación Sectorial</p> | <p>Diana Sofia Ríos Subdirectora de Determinantes</p> | <p>Dirección de Provisión de Servicios de Salud Fernando Peña Díaz Consuelo Peña Aponte Miryam Jiced Muñoz Cruz Edizabett, Ramírez Rodríguez Jenny Johanna Pinilla Gómez</p> |
| <p>Equipo ASIS Lilian Maritza Núñez Forero Jenny Marcela Pinilla espejo Adriana Aminta Vásquez Rojas Guerly López Palacio</p> | <p>Equipos técnicos de la Subsecretaria de Salud pública Diane Moyano Romero Lilia Catherin Rodríguez Juan Camilo Tocora Irlena Salcedo</p> | |

ASIS 2024 Bogotá, D. C.

| | | |
|--|---|--|
| <p>Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) Esther Liliana Cuevas Ortiz</p> <p>Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) Lady Johanna Torres</p> <p>Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres Laidy Stephani Quiñones Castro.</p> | <p>Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Equipo</p> <p>Ibett Cristina Manrique Forero Jesús Andrés Bravo Rojas Ingrith Paola Salamanca Blanco María Andrea Cortés Barreto Alejandro Arango Castrillón Profesionales Dirección de Participación Social. Comunidad Copacos Distritales Asociaciones de usuarios de Subredes Integradas de salud. Comunidad de Organizaciones poblacionales, diferenciales y de género. Organizaciones autónomas territoriales</p> | <p>SaluData Diana Carolina Fajardo Niño Jodie Marion Pineda Pinilla Yudy Alexandra, Segura Rodríguez</p> |
|--|---|--|

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud CIE-10, Décima Revisión (OMS)
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dpto: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
Ha: Hectáreas
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
INS: Instituto Nacional de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
Mpio: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
PIB: Producto Interno Bruto
SISBÉN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO 1 - CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO | 12 |
| 1.1 Contexto político administrativo | 12 |
| 1.2 Condiciones ecológico - ambientales | 13 |
| 1.3 Condiciones socio económicas..... | 18 |
| 1.4 Contexto poblacional y demográfico..... | 20 |
| 1.4.1 Población y Estructura demográfica..... | 21 |
| 1.4.2 Poblaciones Diferenciales | 23 |
| 1.4.3 Dinámica Migratoria | 26 |
| 1.4.4 Condiciones de vivienda..... | 26 |
| 1.5 Conclusiones | 27 |
| CAPÍTULO 2 CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES | 28 |
| 2.1 Condiciones de trabajo..... | 30 |
| 2.2 Pobreza Monetaria..... | 31 |
| 2.3 Pobreza multidimensional..... | 32 |
| 2.4 Educación | 33 |
| 2.5 Servicios Públicos..... | 34 |
| 2.6 Equipamiento | 36 |
| 2.7 Seguridad Alimentaria..... | 38 |
| 2.8 Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública | 40 |
| 2.8.1 Afiliación al Sistema de salud | 41 |
| 2.8.2 Análisis de la oferta y Demanda y acceso a los servicios de Salud..... | 43 |
| 2.8.3 Indicadores de Calidad en Salud y Talento Humano | 44 |

Pag 5 de 104

| | | |
|--|---|----|
| 2.9 | Conclusiones | 46 |
| CAPÍTULO 3 SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO | | 48 |
| 48 | | |
| 3.1 | Morbilidad General | 48 |
| 3.2 | Mortalidad General | 51 |
| 3.2.1 | Mortalidad en Grupos de edad específicos | 52 |
| 3.2.2 | Eventos priorizados por alta carga de la enfermedad persistente en la ciudad | 54 |
| 3.3 | Conclusiones | 64 |
| 3.4 | PROBLEMÁTICAS..... | 65 |
| 3.4.1 | Problemática 1: "Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)" | 65 |
| 3.4.2 | Problemática 2. "Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud" | 68 |
| 3.4.3 | Problemática 3. Inequidades poblacionales, 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 | 70 |
| 3.4.4 | Problemática 4:"Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres" | 72 |
| 3.4.5 | Problemática 5:" Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública..... | 73 |
| CAPÍTULO 4 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA | | 77 |
| 4.1 | Respuesta frente a la problemática "inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)" | 77 |
| 4.2 | Respuesta frente a la problemática: "Debilidad de la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud"?? | 77 |
| 4.3 | Respuesta frente a las inequidades poblacionales, 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
79

4.4 Respuesta frente a la problemática de emergencias y desastres81

4.5 Respuesta frente a la problemática 5: Inequidades relacionadas con la
carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública82

4.6 Conclusiones84

CAPÍTULO 5 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES
DE LA SALUD EN TERRITORIO.86

CAPÍTULO 6 PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL
TERRITORIO 87

6.1 Conclusiones90

LISTA DE MAPAS

| | |
|---|----|
| Mapa 1 División política administrativa, unidades de planeamiento zonal, rural, local PZ y subredes integradas de servicios de salud, Bogotá 2024 | 13 |
| Mapa 2 Estructura ecológica principal | 16 |
| Mapa 3 Identificación de áreas con susceptibilidad a incendios forestales..... | 17 |
| Mapa 4 Estrato socioeconómico - índice de pobreza multidimensional | 19 |
| Mapa 5 índice de envejecimiento y tasa general de fecundidad por localidad. 2023. Bogotá D.C..... | 23 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Población diferencial residente en Bogotá para el año 2024..... | 24 |
| Tabla 2 Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá 2023 – trimestre móvil junio-agosto 2024..... | 30 |
| Tabla 3. Comportamiento de indicadores priorizados en salud sexual y reproductiva 2019-2023 | 56 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribución de tasa de individuos atendidos según causa de atención y edad en quinquenios, Bogotá 2023. (Tasa por cada 100 habitantes)..... | 50 |
| Figura 2. Tasa de mortalidad general según sexo, Bogotá, 2015 a 2023 | 52 |
| Figura 3. Razón de mortalidad materna, Bogotá D.C. – Colombia, 2006 – 2023 | 59 |
| Figura 4. Número de casos de mortalidad por suicidio y tasa por 100.000 Hab, 2012 a 2023 Bogotá D.C. | 60 |
| Figura 5 Núcleos de inequidad sociosanitaria problema: Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud | 67 |
| Figura 6 Inequidades poblacionales, 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..... | 70 |
| Figura 7 Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública..... | 76 |

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Resolución 100 de 2024, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Análisis de la Situación en Salud en el territorio se define como una construcción participativa y sistemática orientada a: I Comprender integralmente la realidad territorial; II Reconocer los determinantes sociales de la salud; III Identificar las problemáticas y necesidades sociales en salud y IV Determinar las condiciones y situaciones de inequidad. Lo anterior constituye la base para la definición consensuada de prioridades en salud y el establecimiento de una agenda social compartida para la respuesta territorial en salud.

El ASIS 2024, desarrolla los siguientes contenidos:

Capítulo I Configuración del Territorio

Capítulo II Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud

Capítulo III Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.

Capítulo IV Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante la problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio

Capítulo V Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio

Capítulo VI Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud – APS (Atención Primaria en Salud).

La actualización constante del ASIS tiene como propósito brindar insumos para la planeación en salud. Esta versión está fechada en diciembre de 2024.

METODOLOGÍA

La construcción del *Análisis de la Situación de Salud* en el territorio se llevó a cabo conforme a la Guía Conceptual y Metodológica contenida en el *Lineamiento de Planeación Integral para la Salud*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. A continuación, se describe la metodología empleada, para la construcción de los diferentes capítulos.

Capítulo I y II: Se realizó una revisión de fuentes de información provenientes de diversos sectores, con el fin de contextualizar las condiciones del territorio y las condiciones de vida de los habitantes de la capital. Esta información se complementó con datos obtenidos mediante ejercicios participativos con la comunidad, consolidados por los profesionales de Participación Social y los coordinadores del Modelo de Salud, a partir de encuentros regulares en diálogos ciudadanos y mesas de salud desarrolladas durante el año 2024. Los documentos participativos utilizados como fuente de información comunitaria incluyeron las agendas sociales y las comprensiones territoriales de salud.

En cuanto a los grupos diferenciales y étnicos, se consideraron los ejercicios realizados para la elaboración o actualización de análisis específicos, basados en la aplicación de métodos y herramientas mixtas, de enfoque etnográfico y participativo. Estos ejercicios fueron destinados a la recolección de información primaria a través de espacios presenciales y comunitarios con las poblaciones étnicas, utilizando insumos, herramientas, actores y escenarios estratégicos previamente priorizados por los equipos técnicos en coordinación con las respectivas Subredes.

Capítulo III: se recopiló información relacionada con las principales causas de consulta y atenciones en salud, así como de enfermedades y defunciones. Para la construcción y actualización de las problemáticas, se contó con aportes de referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud, de los equipos ASIS locales, de los análisis de las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios) proporcionados por el Ministerio de Salud, y de los espacios de participación con la comunidad.

Los capítulos IV, V y VI, de igual forma, se desarrollaron a partir de ejercicios participativos a nivel institucional, con comunidad, de recomendaciones de EAPB y teniendo en cuenta insumos disponibles.

CAPÍTULO 1- CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 CONTEXTO POLÍTICO ADMINISTRATIVO

Al ser la capital del país, Bogotá D.C. 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 los ciudadanos. 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.

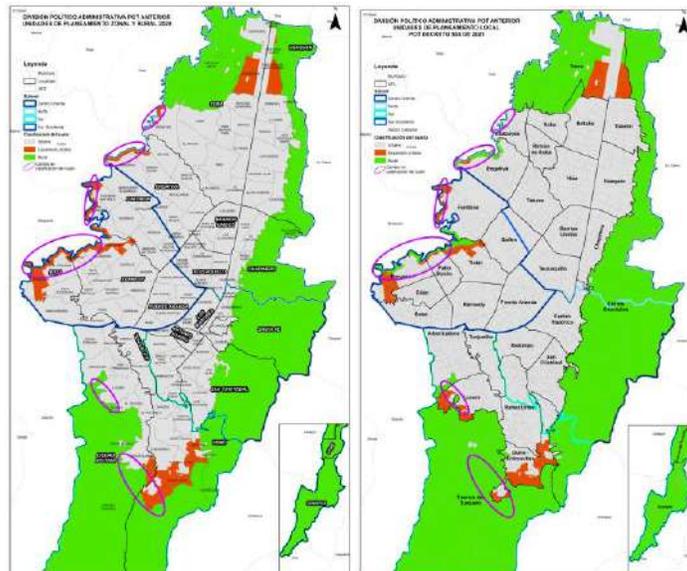
Bogotá está ubicada en el centro de Colombia y limita al norte con Chía, Sopó y La Calera; al occidente con Cota, Funza y Mosquera; al sur con Soacha y el páramo de Sumapaz; y al oriente con Ubaque y Chipaque. La mayoría de estos municipios son lugares de residencia para muchas personas que trabajan, estudian o cumplen sus funciones y obtienen servicios en Bogotá, lo cual afecta la estructura demográfica de los municipios aledaños con aumento del flujo migratorio hacia dichos municipios, y cambios en las condiciones socioeconómicas de estos asociadas a este fenómeno ¹.

Administrativamente, Bogotá se divide en 20 localidades y 112 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y 4 Unidades de Planeación Rural (UPR), que abarca el 76.5% del territorio distrital, incluye la localidad de Sumapaz y parte de las localidades de Chapinero, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Santafé, Suba, Usaquén y Usme. Sin embargo, según el Decreto 555 de 2021 ², el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) reorganiza la ciudad en 33 Unidades de Planeación Local (UPL) y 1198 sectores catastrales. Esta nueva división busca respetar las dinámicas sociales, culturales y económicas de cada área, garantizando una distribución equitativa en términos de población y extensión territorial, con el objetivo de que los desplazamientos diarios no excedan los 15-30 minutos.

Otro cambio notable mediante el Plan de Ordenamiento Territorial es el de la clasificación del suelo en zonas de las localidades Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Fontibón y Suba; donde se evidencia cómo cambia la expansión del suelo urbano y la clasificación de algunos sectores de suelo urbano a rural. ²

Desde el sector salud se organiza la oferta de servicios en salud en cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud: Sur, Sur Occidente, Centro Oriente y Norte, cuya delimitación se observa en el Mapa 1. Sur está conformada por las localidades Sumapaz, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme; Sur Occidente está conformada por Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón; Centro Oriente por las localidades Antonio Nariño, Candelaria, Mártires, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Santa Fe; y Norte por las localidades Barrios Unidos, Chapinero, Teusaquillo, Engativá, Suba y Usaquén.

Mapa 1 División política administrativa, unidades de planeamiento zonal, rural, local UPZ y subredes integradas de servicios de salud, Bogotá 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá (IDECA). Geodatabase Versión 0.6.2024 POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C. ³ Decreto 619 de 2000. Decreto 4040 de 2004.

1.2 CONDICIONES ECOLÓGICO - AMBIENTALES

Según el Sistema de Información para la Gestión del Arbolado Urbano -SIGAU- en el 2023 existían 1.450.844 árboles en toda la ciudad, que corresponde a un indicador de 0,19 árboles por habitante. Las localidades que más árboles tienen son, Suba con 322.424 árboles, le siguen Kennedy con 141.421 especies, Usaquén con 130.142, Engativá con 120.765 y Usme con 111.073 árboles ⁴. Para el 2022 se contaron 1,395,366 árboles censados en el espacio público del perímetro urbano, con un 57 % de Especies Nativa y un 42 % de Especies

Pag 13 de 104

Foráneas, Según el Reporte Técnico de Indicadores de Espacio Público del Observatorio del Espacio Público de Bogotá Defensoría del Espacio Público, en 2023 el indicador de espacio público efectivo para la ciudad fue de 4,79 m²/hab. frente al 4,5m²/hab. del 2021, el cual está conformado por parques, plazas, plazoletas y zonas verdes ⁵.

Dentro de las localidades que cuentan con mejores indicadores de espacio público efectivo son Santa Fe (30,83 m²/ hab.) y Barrios Unidos (12,23 m²/hab.). De acuerdo con la información para la vigencia 2023, el indicador de espacio público asociado a la estructura ecológica principal para la ciudad fue de 6,45 m²/hab., el cual está asociado a áreas protegidas, zonas de conservación, áreas de especial importancia ecosistémica, áreas complementarias para la conservación. Las localidades que resaltan en este indicador son Usme, Suba y Ciudad Bolívar. ⁵

La ciudad en 2023 contaba con 302,9 millones m² de área construida y un incremento de 1,2% respecto la vigencia anterior. Paralelamente, se incorporaron alrededor de 3,429 millones de m² en área construida. El uso predominante destinado a estas nuevas construcciones es el residencial, seguido de oficinas, otros usos, bodegas y comercio. Los nuevos metros cuadrados de área construida en Bogotá se encuentran principalmente en las localidades de Fontibón (615.131), Ciudad Bolívar (564.006) y Suba (518.772). Por su parte las localidades de, Fontibón, Chapinero y Usaquén, fueron las que más demoliciones presentaron. ⁶.

En el año 2023 en Bogotá, el área construida neta incorporada fue de 3.429.247 metros cuadrados (m²), aumentando 19,9% con respecto a los 2.861.247 m² registrados con respecto al periodo anterior. ⁶.

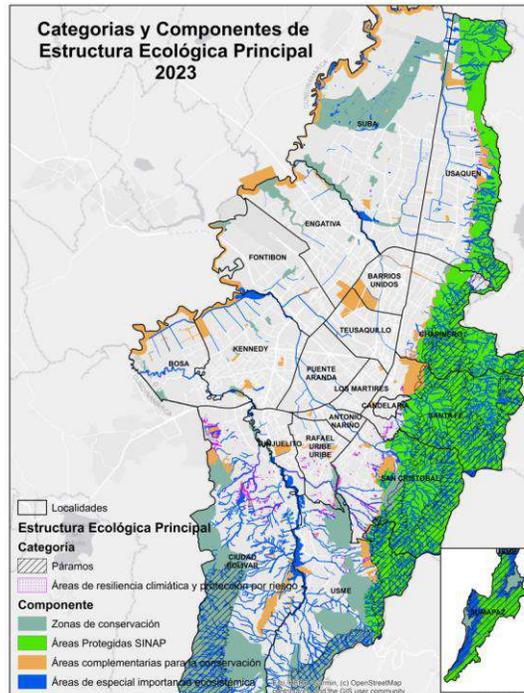
Esto implica retos y posibles conflictos en la planeación del territorio, con la estructura ecológica principal de la ciudad (Mapa 2); que implica la necesidad de seguir identificando y protegiendo las zonas de interés ecológico de la expansión urbana. La Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) ha sacado más de 55 mil toneladas de residuos de redes de alcantarillado, ríos, quebradas y otros cuerpos de agua ⁷.

Adicionalmente el manejo inadecuado de residuos sólidos en Bogotá en el 2024 ha generado problemas ambientales y de salud, particularmente en zonas urbanas como Ciudad Bolívar y Kennedy, plantea riesgos significativos para la salud pública ⁷

La contaminación resultante de estas prácticas puede provocar diversas enfermedades en la población. Aunque se han establecido sitios para la disposición y clasificación de residuos, la efectividad de estas medidas es crucial para mejorar la salud ambiental y pública en estas localidades. ⁷

El material particulado (PM) es el contaminante de mayor preocupación en Bogotá, se encuentra el PM 2.5 está en $23\mu/m^3$ y el PM 10 se encuentra en $55\mu/m^3$, actualizado en diciembre del 2024 ⁸. Las principales fuentes de emisión son los vehículos diésel, como camiones, buses, camionetas y volquetas, siendo Bogotá constituyéndose en uno de los principales factores de la enfermedades respiratorias y cardiovasculares ⁹. Las iniciativas para mejorar la calidad del aire son cruciales para reducir la morbilidad y mortalidad asociada con la contaminación.

Mapa 2 Estructura ecológica principal



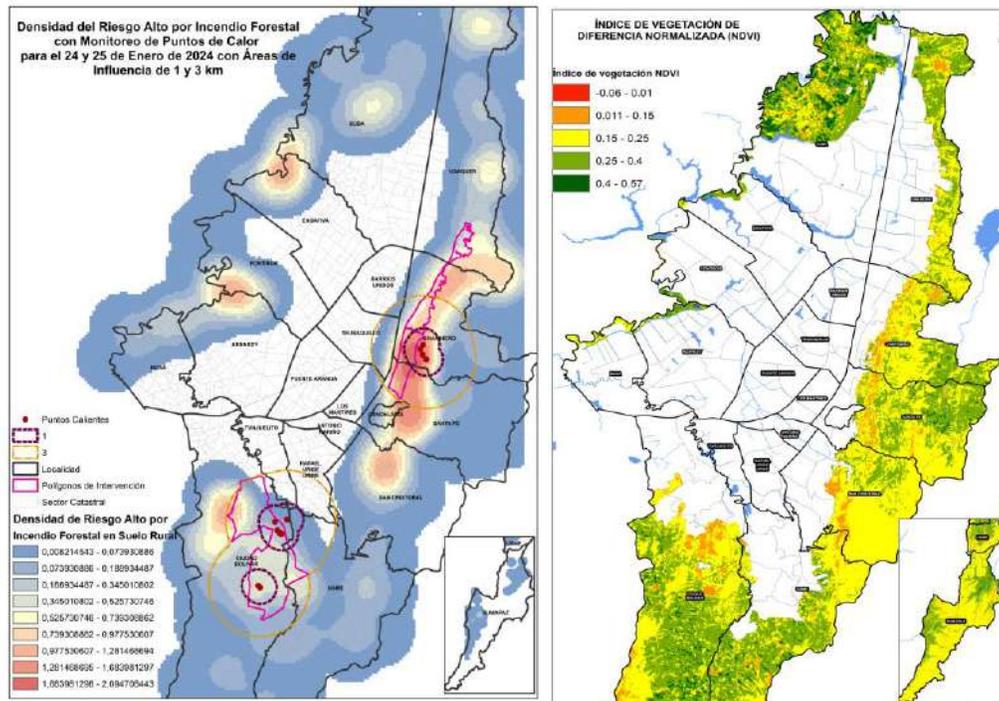
Fuente: Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C. ³

Debido al incremento de las temperaturas y la prolongación del periodo seco atribuido al fenómeno del niño, la ciudad se vio afectada por los incendios forestales que se presentaron a principios de 2024 en las zonas de los Cerros Orientales, Parque ecológico Entrenubes, que llevaron a decretar la alerta ambiental en fase 1, así como la conformación del Puesto de Mando Unificado – PMU, el cual se apoyó mediante la sala de crisis del sector salud que unificó las acciones de urgencias y emergencias, y las de vigilancia de salud ambiental identificando las áreas de intervención, emitiendo las acciones de promoción y prevención para este tipo de emergencias, debido al incremento de material particulado y sus posteriores afectaciones en salud.

Con el fin de complementar el ejercicio de identificar zonas susceptibles a incendios en la vegetación, se parte de insumos de los sensores remotos como los satélites, que son capaces de captar diferentes longitudes de ondas del espectro electromagnético que reflejan las coberturas de la tierra.

Con estos insumos se aplica la fórmula del índice Normalizado de Vegetación, el cual permite identificar entre otras variables la salud de la vegetación y la densidad de esta. El resultado es un indicador que varía entre 1 y -1, los valores que se acercan al número negativo nos permiten hacer una lectura y darnos una idea de una vegetación con poca humedad o seca y enferma, sin embargo, acá también entran otras categorías como nubes, tierras desnudas y cuerpos de agua. Por otra parte. Los valores que se acercan al número positivo nos permiten identificar áreas con vegetación densa, buenos niveles de humedad y sana (ver Mapa 3).

Mapa 3 Identificación de áreas con susceptibilidad a incendios forestales.



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá (IDECA). Mapas Bogotá. U.S. Geological Survey, elaboración propia

Los mapas permiten asociar la concentración del nivel del riesgo por la densidad de arbolado de los cerros orientales con el Índice de Vegetación de Diferencia Normalizada (NDVI). En el mapa de la derecha, hacia el occidente de la ciudad se observa una concentración media de vegetación en las localidades Kennedy, Fontibón, Engativá y Suba. Son zonas en donde la alerta por incendios forestales

no fue tan crítica como en el oriente de la ciudad, al observar los rangos del indicador NDVI se denota en general una vegetación sana y húmeda (gammas de colores verdes), y si tenemos en cuenta la estructura ecológica, encontramos que en donde se da esa concentración en estas localidades son zonas influenciadas por humedales y la ronda del río Bogotá.

En cambio, hacia los Cerros Orientales y zona rural de Ciudad Bolívar aparece fuerte la categoría clasificada con color naranja que tiende a acercarse a valores negativos, por lo cual permitiría identificar entre otras variables, la vegetación con baja humedad, seca y enferma. Al comparar con el mapa de la derecha se encuentra que son las mismas zonas relacionadas con puntos calientes y notificación de incendios forestales en periodos recientes. Todas estas observaciones permiten concluir que esas áreas podrían ser susceptibles a futuros eventos relacionados con incendios forestales.

Actualmente, la Secretaría Distrital de Ambiente, está llevando a cabo acciones de restauración ecológica en la zona afectada del Parque Entrenubes, mediante el control de especie invasoras como el retamo espinoso que facilita la propagación de los incendios, siembra y compostaje, para revitalizar las plantas afectadas, así como la instalación de perchas para ayudar a recuperar y retornar la fauna.¹⁰

1.3 CONDICIONES SOCIO ECONÓMICAS

Según el DANE la estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial por estratos los servicios públicos domiciliarios permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área ¹¹.

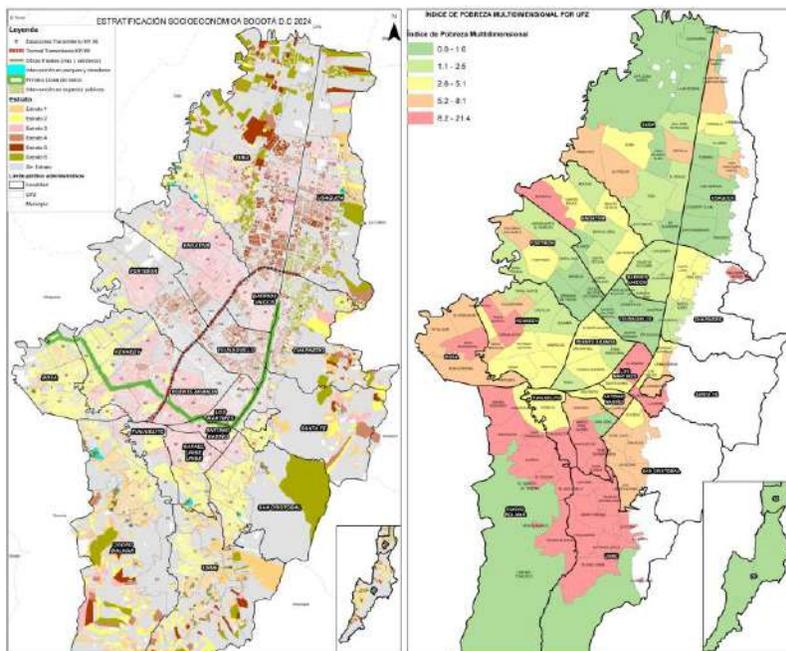
En la medida en que identifica geográficamente sectores con distintas características socioeconómicas permite también: orientar la planeación de la inversión pública; realizar programas sociales como expansión y mejoramiento de infraestructura de servicios públicos, vías, salud, saneamiento, servicios educativos y recreativos en las zonas que más lo requieran; cobrar tarifas de impuesto predial diferentes por estrato y orientar el ordenamiento territorial.

Pag 18 de 104

En el Mapa 4 se logra distinguir como está conformada la estratificación socioeconómica en el Distrito, se evidencia la predominancia del estrato 1 en las localidades Ciudad Bolívar y Usme; el estrato 2 en San Cristóbal, Rafael Uribe, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Santa Fe y Suba; el estrato 3 en las localidades Antonio Nariño, Puente Aranda, Los Mártires, Fontibón, Engativá, Barrios Unidos y Usaquén. El estrato 4 resalta en Teusaquillo. En lo relacionado con los estratos 5 y 6 se pueden encontrar con mayor frecuencia que en el resto de la ciudad en las localidades Usaquén, Suba y Chapinero.

Por otra parte, el Índice de Pobreza Multidimensional - (IPM) permite de algún modo dar una lectura en las condiciones de calidad de vida de la población, ya que contiene inmersas variables como; bajo logro educativo, barrera de acceso a cuidado en primera infancia, trabajo infantil, desempleo en larga duración, condiciones de la vivienda y hacinamiento, lo cual. Las zonas que muestran un mayor IPM están en localidades como Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe, Bosa, Kennedy, Los Mártires, Santa Fe, Engativá y Zona informal de Chapinero ¹²⁻¹⁴.

Mapa 4 Estrato socioeconómico - Índice de pobreza multidimensional



Fuente: Datos Abiertos - Mapas Bogotá¹⁵, Elaboración propia

Complementariamente, en la ciudad se ejecutan importantes obras de impacto local, lo cual podría incidir en la transición de estratificación socioeconómica en sus áreas de influencia y su desarrollo. Dentro de estas obras se identifica la primera línea del metro cuyo trazado comienza desde la localidad de Bosa, pasando por las localidades de Kennedy, Puente Aranda, los límites de Los Mártires y Antonio Nariño a través de la CL 1 y continuando por la AK 14 (La Caracas) entre los límites de las localidades Santa Fe, Teusaquillo, Chapinero y Barrios Unidos, hasta la AC 80. ^{16,17}

Otra obra que resalta es la nueva troncal de Transmilenio a través de la AK 68 desde la Autopista Sur hasta la AC 100 donde interseca con la AK 30, pasando entre los límites de las localidades de Kennedy y Puente Aranda, Fontibón y Teusaquillo, Engativá y Barrios Unidos. ¹⁸.

Adicionalmente se reflejan obras en espacios públicos, parques miradores y vías que brindan una lectura de las zonas en donde se están presentando escenarios de transformación urbanística en la ciudad.

A través de los mapas podemos ver cómo se están llevando a cabo obras para mejorar el tiempo de desplazamiento de los ciudadanos mediante la conectividad de la infraestructura vial relacionados.

1.4 CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRÁFICO

De acuerdo con las proyecciones basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, se estima que para el año 2024 Bogotá DC es la ciudad con el mayor número de habitantes en Colombia, representando el 15.25% de la población total del país. Del total de habitantes, el 99,6% reside en la cabecera municipal, con una densidad poblacional de 4.907,45 habitantes por kilómetro cuadrado. Además, Bogotá cuenta con un total de 2.904.747 viviendas ocupadas, de las cuales el 99,55% (2.894.552) están ubicadas en la cabecera municipal y el 0,35% (10.195) se encuentran en el centro poblado y en el área rural dispersa ¹⁹. Se estimaron 3.063.253 hogares, equivalente a una relación

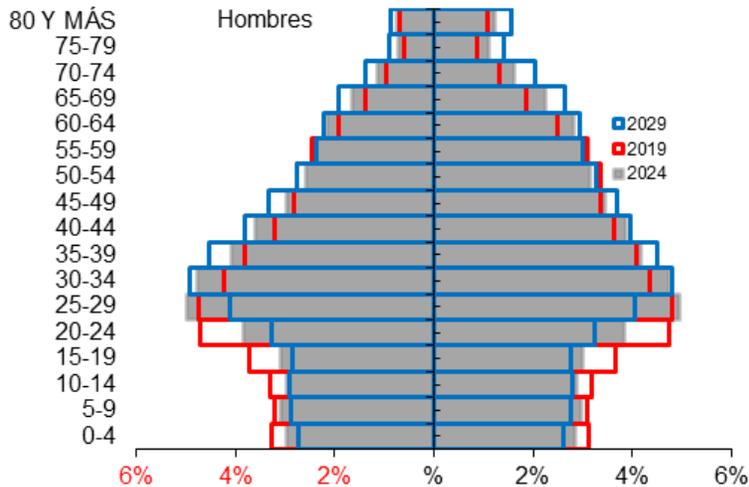
promedio de 1,05 hogares por vivienda y una relación promedio aritmético de 2,6 personas por hogar.

1.4.1 Población y Estructura demográfica

De acuerdo con las proyecciones realizadas a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, en Bogotá D.C. para el año 2024 habita un total de 7.929.539 personas, de los cuales el 52,11% son mujeres (4.131.722) y 47,89% hombres (3.797.817) ²⁰. De acuerdo con la pertenencia étnico-racial el 0,93% (73.960) es población negra(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a), el 0,27% (21.529) son indígenas, 0,015% (1.193) raizales y 680 es población gitana ROM ²¹. Así mismo se estima que con corte a junio de 2024 en Bogotá D.C. reside un total de 589.370 migrantes venezolanos. ²²

Bogotá D.C. es una de las ciudades de Colombia que está experimentando profundas transformaciones en cuanto a su estructura por edad relacionada con la transición demográfica, con una reducción sostenida de la mortalidad, de la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida al nacer (76,49 en 2019 a 79,30 en 2024) ¹⁹

Figura 1 Pirámide poblacional para Bogotá, 2019, 2024 y 2029

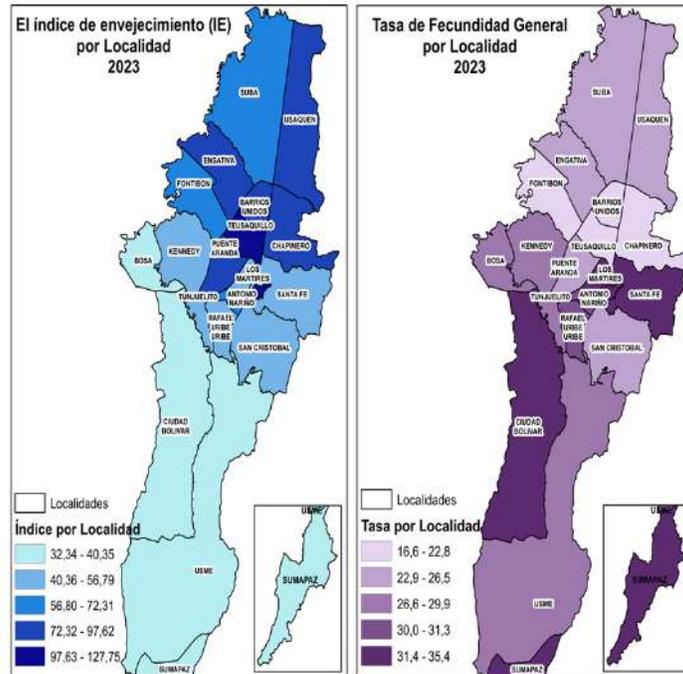


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyección de población de Bogotá periodo 2020 - 2035 (fecha de actualización 22 de marzo de 2023) y proyección Retrospectivas de población de Bogotá periodo 2005 - 2019. Actualización Post COVID-19 (Censo DANE 2018, fecha de actualización 5 de abril de 2023) ^{20,23}.

La forma de la pirámide es regresiva que se relaciona con una población madura, asociado a una disminución en el índice de infancia y de juventud, se observa un ensanchamiento en la parte central donde se identifica que la mayor proporción de población en 2024 está entre los 25 y 29 años, seguida del grupo de 30 a 34 años, y la cima representa el aumento en el índice de envejecimiento pasando de 46 en el 2019 a 59 en 2024; lo que corresponde a estructuras futuras progresivamente envejecidas. Estos cambios plantean retos económicos, sociales y de servicios de salud, atribuibles en parte a la disminución de la fecundidad y el aumento de población envejecida. Si embargo, este comportamiento no es homogéneo en todas las localidades del Distrito Capital, destacando localidades como Teusaquillo y La Candelaria con un índice de envejecimiento superior a 100 lo que corresponde a una población envejecida, seguida por Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Puente Aranda donde el índice de envejecimiento es superior a 80, a diferencia de localidades como Ciudad Bolívar, Usme y Bosa donde su estructura poblacional es aún joven.

En referente a la Tasa General de Fecundidad, en Bogotá D.C. esta se ha reducido de manera significativa pasando de 39 en el 2019 a 27,2 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil en 2023 con una variación porcentual de -30,25%, fenómeno que se asocia a un aumento en el uso de métodos anticonceptivos, mayor participación de las mujeres en la educación y el ámbito laboral ²⁴. Al igual que el empoderamiento de las mujeres en diversos aspectos como: la decisión de tener hijos o no ²⁵. No obstante, existen diferencias entre localidades dado que para 2023 Ciudad Bolívar, Santa Fe, La Candelaria y Sumapaz tuvieron la tasa de fecundidad por encima de 30 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (10) (9).

Mapa 5 Índice de envejecimiento y tasa general de fecundidad por localidad.
2023. Bogotá D.C.



Fuente: Bases de datos DANE - RUAF ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS -Finales 2014-2022. 2023 preliminar²⁶. Proyecciones de Población por Localidad Convenio interadministrativo 095 de 2020 DANE-FONDANE Y SDP con base en CNPV DANE 2018 ²⁷. Actualización Post Covid-19. Proyecciones de población a nivel departamental periodo 2020-2050. DANE 2023 ²⁰.

1.4.2 Poblaciones Diferenciales

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá esta es una ciudad multicultural, con una rica mezcla de culturas, etnias y orígenes, que representa un legado importante para el país y que adopta el patrimonio cultural a las nuevas condiciones urbanas. Según el DANE, con corte a 2024 las poblaciones diferenciales de Bogotá equivalían a un total de 1.968.901 habitantes. Esta población se caracteriza por enfrentar notables desigualdades en el acceso a servicios de sociales y de salud. Así mismo, las barreras lingüísticas y culturales, junto con la falta de programas de salud específicos, complican su atención. Además, la violencia en el espacio público subraya la necesidad urgente de mejorar su calidad de vida ²⁸

Tabla 1 Población diferencial residente en Bogotá para el año 2024.

| Poblaciones Diferenciales | Población | Proporción |
|--|------------------|------------|
| Indígena | 21.529 | 1,93 |
| Gitano(a) o Rrom | 680 | 0,034 |
| Raizal del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina | 1.193 | 0,60 |
| Palenquero(a) de San Basilio | 250 | 0,012 |
| Negro(a) mulato(a) afrodescendiente afrocolombiano(a) | 73.960 | 3,75 |
| Víctimas del Conflicto Armado | 380.760 | 19,3 |
| Víctimas de desplazamiento forzado | 378.749 | 19,23 |
| Población con Discapacidad Proyectada | 458.088 | 23,2 |
| Población con Discapacidad Certificada | 61.828 | 3,2 |
| Población Migrante Venezolana | 590.637 | 29,9 |
| Total | 1.968.901 | 100 |

Fuente: Bases de datos del DANE año 2024 Observatorio Distrital de Víctimas del conflicto Armado (ODVCA) año 2024

En Bogotá habita alrededor de 21.529 personas que pertenecen a las comunidades y pueblos indígenas, los cuales están organizados política y socialmente en resguardos y cabildos. Sin embargo, es importante precisar que en Bogotá residen otros pueblos indígenas que no hacen parte del Consejo Consultivo, pero participan de manera activa en los diferentes espacios organizativos de las localidades de Bogotá ²⁹. Con relación a la comunidad palenquera que reside en el Distrito Capital, esta se organiza a través de la Asociación Kuagro Moná Rí Palenge andi Bakatá considerada la máxima instancia para esta población. La comunidad está ubicada principalmente en las localidades de Kennedy, San Cristóbal y La Candelaria ^{20,30}. Por otro lado, la población negra y afrodescendiente en Bogotá es de 73.960 personas, quienes también enfrentan inequidades, particularmente en el acceso a la educación superior y oportunidades laborales, especialmente en el grupo de edad de 20 a 34 años, la población se concentra principalmente en las localidades de Kennedy, Suba, Bosa, Engativá y respecto, a la forma organizativa cultural del pueblo Rrom o gitano es la Kumpania, que se divide en dos organizaciones: ProRrom y Unión Romaní radicadas en las localidades de Kennedy y Puente Aranda ^{20,31}.

De acuerdo con Observatorio Distrital de Víctimas del conflicto Armado (ODVCA) con corte a marzo 31 del 2024, en la ciudad de Bogotá residían 378.749 víctimas

de desplazamiento forzado, el 9,1% se auto reconocen como negro o afro, el 4,7 como población indígena, 0,4% como Rrom o gitano y 0,1% como raizal. Así mismo, el 4,6% de la población presenta algún tipo de discapacidad. Alrededor del 41% de las víctimas de desplazamiento forzado que arribaron a Bogotá provienen de Arauca, Valle del Cauca, Chocó y Nariño. Es de resaltar que en 2023 la Localidad de Sumapaz fue reconocida como Sujeto de Reparación Colectiva, siendo la primera comunidad campesina con este logro ³².

Según la última encuesta del DANE, en Bogotá para el año 2024 hay 458.088 personas con discapacidad en 176.150 hogares, lo que representa el 6,41% del total de la población en la capital del país. Por otra parte, el observatorio de salud de Bogotá, cuenta con 63.055 personas certificadas con discapacidad, estas estadísticas dan cuenta, entre otras cosas, de las localidades con mayor número de personas con discapacidad, encontrándose Bosa, Suba, Kennedy, Engativá y Ciudad Bolívar, y el 90% de la población está agrupada en los estratos 1, 2 y 3. Se destacan también los bajos niveles de escolaridad alcanzados, y reflejan la necesidad de mayores esfuerzos para lograr la inclusión educativa. Las estadísticas también dan cuenta de la alta dependencia económica de las personas con discapacidad, que reflejan la necesidad de potenciar estrategias de generación de ingresos para la población y, así, mejorar su calidad de vida ^{33,34}.

La población migrante venezolana ha aumentado significativamente en los últimos años. Bogotá es una de las ciudades que ha recibido el mayor número de migrantes, de acuerdo con el reporte de Migración Colombia, con corte a julio de 2024 se estima un total de 590.637 migrantes internacionales procedentes de Venezuela con permanencia en la ciudad ²², lo que equivale a 21,0 % en relación con el país, las zonas con mayor número de población migrante se encuentran hacia el sur de la ciudad en zonas de Bosa Occidental, Bosa Central, Patio Bonito, La Sabana, Venecia. Hacia el occidente de la ciudad también destaca la zona de Engativá y Fontibón y en Suba, Tibabuyes y el Rincón. En el norte de la ciudad se destaca la zona de Verbenal ^{22,35}.

Según investigaciones del Observatorio de desarrollo económico de Bogotá (ODEB), en su publicación de agosto de 2023 refiere que los efectos de la migración en la composición de la oferta laboral, la población migrante tiene una

probabilidad 5,2 % menor a estar en la población fuera de la fuerza de trabajo, y 2,7 % mayor de estar en la ocupación; aunque también tiene una probabilidad 1,1 % mayor de estar en el desempleo ³⁶.

1.4.3 Dinámica Migratoria

Según el Ministerio de Salud y Protección Social el mayor porcentaje de la población se encuentra asentada en el distrito capital, por cada 92 hombres hay 100 mujeres con un 4,2 % de diferencia. Por otra parte, entre 2018 y 2024 la población aumentó un 6,5 % (516.973 personas) en relación con lo proyectado en el CNPV, 2018, entre el 2024 y 2030 se evidencia una tendencia regresiva, se proyecta una disminución significativa del 0.51% (40.701 personas) se puede inferir que Bogotá atraviesa una transición demográfica poblacional regresiva, caracterizada por una disminución en la natalidad y un aumento en la esperanza de vida ³⁷.

La ciudad alberga no solo a colombianos, sino también a comunidades de otros países, lo que enriquece la diversidad cultural y social de Bogotá. Esto incluye grupos de inmigrantes de América Latina y otras regiones.

1.4.4 Condiciones de vivienda

En las áreas rurales de Bogotá, el 96,6% de las viviendas eran casas, aunque Suba y Usaquén tenían un pequeño porcentaje de apartamentos (6,3% y 5,1%). Un 15,2% de las viviendas de la cabecera estaban cerca de fábricas o industrias, siendo Los Mártires y Tunjuelito las localidades con mayores proporciones (52,7% y 48,9%, respectivamente). Además, un alto porcentaje de viviendas en Los Mártires (41%) y Usme (40,7%) estaban cercanas a expendios de droga. La Candelaria y Tunjuelito tenían las mayores concentraciones de viviendas cercanas a plazas de mercado o mataderos, con un 53,3% y 38,6%.^{14,38}

Estos datos reflejan la diversidad de tipos de vivienda en Bogotá y la relación de estas con factores sociales y económicos, como la proximidad a industrias y expendios de drogas.

1.5 CONCLUSIONES

Bogotá, como capital de Colombia, presenta una organización político-administrativa, con 20 localidades y subdivisiones adicionales. Esta estructura refleja dinámicas socioeconómicas desiguales, tanto entre áreas urbanas como rurales; a su vez la ciudad está experimentando una rápida expansión del suelo urbano, especialmente en localidades como Ciudad Bolívar y Suba, lo que plantea retos para integrar infraestructura, servicios básicos y mantener la sostenibilidad ambiental.

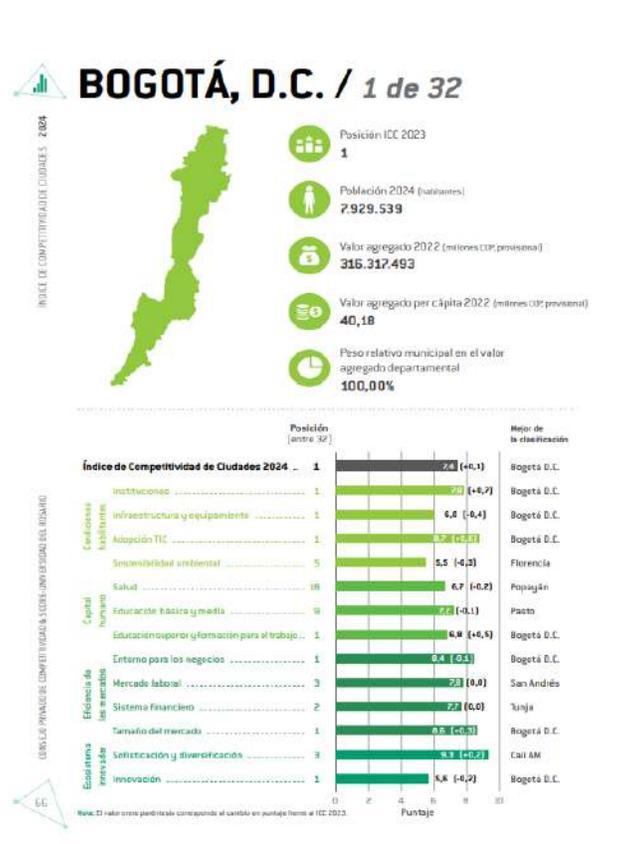
La población de Bogotá, con casi 8 millones de habitantes, enfrenta una transición demográfica significativa con una creciente proporción de personas mayores, lo que requerirá ajustes en la provisión de servicios sociales y de salud; sin embargo, por ser la capital, es objeto de migración por diferentes grupos poblacionales que presentan una gran diversidad que debe ser reconocida y atendida.

El manejo del espacio público y la conservación de áreas ecológicas son esenciales para mitigar riesgos como incendios forestales y contaminación, que afectan la salud y calidad de vida de los ciudadanos.

CAPÍTULO 2 CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

El Índice de Competitividad de Ciudades 2024 muestra que Bogotá D.C. lidera el ranking con un puntaje de de 7,40 sobre 10, seguido por Medellín A. M. (6,73); Tunja (6,40); Cali A. M. (6,27) y Manizales A. M. (6,27) ³⁹

Figura 2 Índice de Competitividad de Ciudades 2024, resultados Bogotá



Fuente: Tomado de Índice de Competitividad de Ciudades 2024, Consejo Privado de Competitividad, Universidad El Rosario ³⁹

El Distrito Capital conserva su liderazgo al ocupar el primer lugar en 7 de los 13 pilares que conforman la medición. Por su parte, el área metropolitana de Medellín continúa en el segundo lugar gracias a sus buenos resultados en la

mayoría de los pilares, especialmente en los de infraestructura y equipamiento, entorno para los negocios y tamaño del mercado, en los que ocupa el segundo lugar. ³⁹

En cuanto a los pilares específicos, el pilar de infraestructura y equipamiento se encuentra liderado por Bogotá D. C., Medellín A. M. y Tunja, con puntajes de 6,0, 5,8, y 5,6, respectivamente. ³⁹

Bogotá D. C. destaca por su primer lugar en los indicadores de pasajeros movilizados vía aérea, índice de conectividad aérea, y cobertura de energía eléctrica. Además, ocupa la segunda posición en pasajeros movilizados por transporte público, y la tercera en la cobertura de alcantarillado. ³⁹

En el pilar de adopción TIC se encuentra encabezado por Bogotá D. C., con un puntaje de 8,7, seguido de Tunja en segundo lugar con un puntaje de 7,7, y en tercer lugar Medellín A. M., con un puntaje de 6,9. Bogotá D. C. se encuentra en el top 3 en los cuatro indicadores que conforman este pilar. Destaca especialmente en hogares con computador, portátil o Tablet y matriculados en programas TIC, en los que ocupa el primer lugar. ³⁹

El pilar de salud se encuentra encabezado por Popayán (8,1 sobre 10), Tunja (8,0) y Manizales A. M. (7,6); En contraste, Pasto, Bogotá D. C. y Puerto Carreño retroceden cinco posiciones cada una. ³⁹

El pilar de educación básica y media está liderado por Pasto, Tunja y Armenia, Bogotá D.C. ocupa el noveno puesto (7,20). ³⁹

En materia de educación superior y formación para el trabajo, las tres primeras posiciones corresponden a Bogotá D. C.(6,8), Tunja (6,5) y Bucaramanga (6,4)A.M. ³⁹

Bogotá D. C. (8,4), Medellín A. M. (7,5) y Cartagena (7,1) lideran el pilar de entorno para los negocios. ³⁹

San Andrés, Manizales A. M. y Bogotá D. C. lideran el pilar de mercado laboral con puntajes de 8,4, 7,9 y 7,8 sobre 10, respectivamente ³⁹

En tamaño de mercado, Bogotá sigue en la primera posición, destacándose tanto en el mercado interno como en la apertura comercial. Finalmente, en sofisticación y diversificación, ocupa el cuarto lugar, mejorando en la diversificación de sus exportaciones. En innovación, lidera en investigación y propiedad intelectual, destacándose en indicadores como la investigación de alta calidad y la sinergia en la investigación.³⁹

2.1 CONDICIONES DE TRABAJO.

En Bogotá la tasa global de participación (TGP%, que relaciona la población económicamente activa y la población en edad de trabajar) en 2023 fue de 69.9%, ascendiendo en el trimestre móvil junio-agosto 2024 a 71.7% (en hombre 79,2% y en mujeres 64.9%), la tasa de ocupación (TO%, que relaciona la población ocupada y la población en edad de trabajar) en 2023 fue 63.5%, aumentando en el trimestre móvil junio-agosto 2024 a 64.6% (en hombres 71.8% y en mujeres 58.2%)⁴⁰.

La tasa de desempleo (TD%, que relaciona la población desocupada y la población económicamente activa) en 2023 fue 9.2%, ascendiendo en el trimestre móvil junio-agosto 2024 a 9.8% (en hombres 9.4% y en mujeres 10.3%)⁴⁰.

En el Distrito Capital en el trimestre móvil junio-agosto 2024, la población ocupada se concentró según sector económico, en orden descendente por mayor participación en Comercio y reparación de vehículos 725.600 personas (17.1%), administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana 700.700 personas (16.5%), actividades profesionales, científicas y técnicas 543.400 personas (12.8%), e industria manufacturera 503.000 personas (11.8%).⁴⁰.

Tabla 2 Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá 2023 – trimestre móvil junio-agosto 2024.

| Indicadores | 2023 | Trimestre móvil junio-agosto 2024 |
|-----------------|-----------|-----------------------------------|
| Población total | 7,907,281 | 7,929,539 |

| Indicadores | 2023 | Trimestre móvil junio-agosto 2024 |
|--|-----------|--------------------------------------|
| % Población en edad de trabajar | 82 | 82.3 |
| Población en edad de trabajar (personas) | 6,483,970 | 6,526,011 |
| Tasa global de participación | 69.9 | 71.7 |
| Tasa de ocupación | 63.5 | 64.6 |
| Tasa de desempleo | 9.2 | 9.8 |
| Tasa de subocupación | 7.4 | 7.9 |
| Fuerza de trabajo | 4,549,000 | 4,720,000 |
| Ocupados | 4,129,000 | 4,255,000 |
| Desocupados | 419 | 465 |
| Personas fuera de la fuerza laboral | 1,959,000 | 1,864,000 |
| Estudiando | 484 | 498 |
| Oficios del Hogar | 1,039,000 | 851 |
| Otros fuera de la fuerza laboral | 436 | 516 |
| Sub-ocupados | 337 | 371 |
| Fuerza de trabajo potencial | 222 | 263 |

Fuente: Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Observatorio Desarrollo Económico de Bogotá - ODEB. Informe estadístico: Mercado laboral general, boletín 168, 2024. ⁴⁰.

2.2 POBREZA MONETARIA

La pobreza monetaria evalúa la capacidad de los hogares para adquirir bienes y servicios de acuerdo con los patrones de consumo, y se define como el estado bajo un umbral de dinero necesario para que una persona pueda adquirir una canasta básica de alimentos, servicios y otros bienes mínimos para el consumo del mes. De acuerdo con los resultados publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la línea de pobreza monetaria en Bogotá en 2022 es de \$17.870,3 pesos por día por persona, equivalente a \$536.108 pesos mensuales por persona; y se estimó en 2,209,000 personas en 2022 (28.1% de la población) y 2,392,000 personas en 2021 (30.7% de la población) en pobreza monetaria, equivalente a una reducción de 2,6 puntos porcentuales (p.p.), disminución dividida entre crecimiento económico (-4,26 p.p.), redistribución (-2,31 p.p.) y variación en la línea de pobreza (+3,98 p.p.), esta última explicada fundamentalmente por los altos niveles de inflación vistos en 2022 (13,1 %); lo que representa, que 183.000 personas salieran de la

Pag 31 de 104

situación de pobreza en 2022 frente al año anterior, equivalente a una variación porcentual de -7,6%. Bogotá fue la quinta ciudad con menor incidencia de pobreza monetaria entre las 23 ciudades principales, después de Manizales (20,6 %), Cali (24,0 %), Medellín (24,8 %) y Villavicencio (27,2 %).⁴¹

Una investigación de la Universidad Nacional de Colombia estimó las zonas con menor porcentaje de ingresos; para Usme es del 23 %, en Santa Fe del 22 % y en Ciudad Bolívar del 18 %.⁴²

2.3 POBREZA MULTIDIMENSIONAL

El Índice de pobreza multidimensional (IPM) permite contar con una medida de pobreza con base en cinco dimensiones que van más allá del ingreso como: Condiciones educativas del hogar (Alfabetismo y bajo logro educativo); Condiciones de la niñez y juventud (inasistencia escolar, rezago escolar, barrera de acceso a servicios de cuidado de la primera infancia y trabajo infantil); Salud (sin aseguramiento a salud y barreras de acceso a salud); trabajo (trabajo infantil y desempleo de larga duración) y Acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda (sin acceso a fuentes de agua, inadecuada eliminación de excretas, material inadecuado de pisos, material inadecuado de paredes y hacinamiento crítico).¹³

En Bogotá 286.000 habitantes se encuentran en pobreza multidimensional y el porcentaje se ubicó en 3.6 % en 2023 (3.5% en hogares liderados por hombres y 3,6% en hogares liderados por mujeres) y en 3.8% en 2022 (4.2% en hogares liderados por hombres y 3.4% en hogares liderados por mujeres), lo que representó una reducción de 0,2 p.p. respecto a 2022; y según sexo de la persona en la jefatura del hogar, se redujo en 0,7 p.p. para los hogares liderados por hombres y aumentó en 0,2 p.p. para los que fueron liderados por mujeres entre 2022 y 2023. Es decir, 13 mil personas salieron de dicha situación en 2023, en comparación con el año anterior¹².

La privación por desempleo de larga duración en Bogotá se ubicó en 14,7 % en 2023 y en 12.1% en 2022, lo que representó un aumento de 2,6 p.p. con respecto a 2022. la privación por trabajo informal en Bogotá fue de 53,2% en 2023 y 54.1% en 2022, lo que representó una disminución de -0.9 p.p. con respecto a 2022¹².

La contribución porcentual de las dimensiones del Índice de Pobreza Multidimensional a la incidencia ajustada en Bogotá fue: en Vivienda 3.8% en 2023 y 8.7% en 2022, lo que representó una reducción de -4.9 p.p. con respecto a 2022; en Niñez y Juventud 13.3% en 2023 y 15% en 2022, lo que representó una reducción de -1.7 p.p. con respecto a 2022; en Salud 21.3% en 2023 y 21.6% en 2022, lo que representó una reducción de -0.3 p.p. con respecto a 2022; en Educación 27.8% en 2023 y 24.3% en 2022, lo que representó un aumento de 3.5 p.p. con respecto a 2022; en Trabajo 33.8% en 2023 y 30.4% en 2022, lo que representó un aumento de 3.4 p.p. con respecto a 2022 ¹³

Las localidades que más contribuyen con población vulnerable sobre el total son Suba, Kennedy, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar⁴³.

Las localidades con mayor índice de pobreza multidimensional para el año 2021; que corresponde a las ubicadas en el cuartil más alto 9, 9.4, 11.7, 12.6, 13.5 fueron Bosa, Rafael Uribe, Santa Fe, Ciudad Bolívar y Usme respectivamente ^{12,44,45}.

Se encontró que Ciudad Bolívar, Usme y Santa Fe, se identificaron en el cuartil más alto para todos estos indicadores a excepción de desempleo a largo plazo y cuidados en la primera infancia para Santa Fe. Le siguen San Cristóbal y Mártires identificados en el cuartil más alto para 5 de los 8 indicadores a excepción de Empleo informal, aseguramiento y hacinamiento para San Cristóbal y bajo logro educativo, rezago escolar y desempleo a largo plazo para Mártires.

2.4 EDUCACIÓN

Según la Secretaría de Educación Distrital en 2023; del 100% de los estudiantes que se matriculan en primaria, el 89.5% se gradúa de secundaria, un 45% ingresa a educación superior y un 25% se gradúa de la misma y de estos, apenas el 7% trabaja en su área de estudio. Según la Cámara de Comercio, en Bogotá, el 82.8 % de los graduados de educación superior se vinculan rápidamente al mercado laboral. Las mujeres (82.7 %) presentan un porcentaje de vinculación superior al de los hombres.

El Ministerio de Educación Nacional presenta la tasa de cobertura en educación superior, indicador que da cuenta del acceso de los jóvenes a este nivel de formación, se ubicó en 55,38% para el año 2023, presentando un crecimiento de 0,45 puntos porcentuales frente a la registrada en año inmediatamente anterior ⁴⁶.

Al revisar el nivel educativo más alto alcanzado en personas de 15 años y más por localidad, podemos apreciar que en referencia a la educación básica secundaria y media, las localidades Usme, Ciudad Bolívar, y Bosa, presentan las mayores proporciones de participación, alrededor de 15% en básica y 38% en media; seguidas de San Cristóbal, Rafael Uribe, Tunjuelito y Santa Fe, con alrededor de 13% para básica y entre 30 y 34% para media. Para el nivel tecnológico es similar para la mayoría de las localidades; alrededor de 14 a 16%, a excepción de Usaquén, Chapinero, Santa Fe, Usme y Teusaquillo que estuvieron por debajo de estos valores y Engativá con la mayor proporción de participación 17,5%. En relación con estudios universitarios y postgrado la participación más alta se identificó en Teusaquillo, Usaquén y Chapinero con alrededor del 41% -44% para universitario y entre 28 -29% en Teusaquillo y Chapinero, y 18.7% en Usaquén para el nivel postgrado. Los valores más bajos de participación en este nivel de estudio se presentaron en Usme, Ciudad Bolívar y Bosa, con: 8,1%, 10,8% 12,2% para estudios universitarios y 0,6%, 1,5% y 1% para postgrado, respectivamente ^{47,48}.

En 2023, la educación universitaria en la región Bogotá-Cundinamarca mostró un comportamiento variado. El Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) informó que la matrícula en programas de pregrado tuvo fluctuaciones significativas. En el segundo semestre de 2022, se observó un incremento del 8,8% en la matrícula de universidades privadas, pasando de 143 mil a 156 mil estudiantes. En contraste, las universidades públicas registraron una disminución del 3.8%, de 104 mil a 100 mil estudiantes. Además, la oferta de programas técnicos y tecnológicos ha aumentado, impulsada en parte por iniciativas anteriores como el programa "Ser Pilo Paga"

2.5 SERVICIOS PÚBLICOS

Bogotá D.C. es una ciudad que se ha caracterizado por tener una muy buena cobertura de servicios públicos básicos (sin incluir internet), durante los últimos

Pag 34 de 104

seis años el 98,9% de los predios con uso residencial registran tener servicios básicos más un complementario (teléfono, gas natural y/ o alumbrado público). En este mismo periodo el 0,3% de los predios registran tener servicios básicos incompletos (es decir que puede faltarles acueducto, alcantarillado o energía) y el 0,6% registran sin servicios⁴⁹. Por lo anterior, el análisis se enfoca en las zonas en donde los servicios básicos son incompletos o están sin servicios.

A nivel de localidades, las que reportan la mayor concentración de predios sin servicios en 2016 son Usme y Ciudad Bolívar y las de mayor participación de predios con servicios básicos incompletos en 2016 son Usme, Ciudad Bolívar y Santa Fe, no obstante, se evidencia una notable mejoría en el indicador para el año 2021. 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 Bolívar, Engativá, Suba y Usme, principalmente. Así mismo la localidad de Suba, barrios como San José de Bavaria el cual se caracteriza por ser de estrato alto y registrar 1.273 predios sin servicios de alcantarillado. Asimismo, en Ciudad Bolívar, el barrio Bella Flor Sur registra 598 predios sin servicios básicos completos o sin servicios, su problemática se concentra igualmente en acceso a acueducto y alcantarillado ³⁸

El acceso al saneamiento básico es indispensable para alcanzar buenos resultados en salud, menos hambre y pobreza, reducir la mortalidad materno – infantil y la carga de enfermedades transmisibles y, coadyuvar a la sostenibilidad del medio ambiente ⁵⁰.

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito del DANE 2021, Bogotá tiene una buena cobertura en los servicios de agua, alcantarillado, recolección de basuras, energía eléctrica. En cuanto al gas natural y el servicio de internet se puede ver que la cifra de cobertura está por debajo del 60% ⁴⁸.

Dentro de las localidades rurales, Usme fue la que tuvo la menor proporción de personas de 5 años y más que san computador (16,7%) y Usaquén en la que se observó el mayor porcentaje (48,0%). Para el uso de internet de personas de 5 años y más, la EM 2021 obtuvo que en el centro poblado y rural disperso de Suba el 83,6% sí lo usaba, mientras que en el área rural de San Cristóbal este porcentaje solo alcanzó el 39,4%. Aunque el 60,8 % de los hogares rurales en

pobreza monetaria usaban el gas propano (cilindro o pipeta) como energía principal para cocinar, el uso de leña y madera era importante al preparar sus alimentos, siendo el segundo combustible con mayor participación (18,1 %), y el gas natural (11,9 %). Santa Fe es la única localidad donde los hogares rurales en pobreza monetaria no obtenían agua por el acueducto, siendo su principal fuente los ríos, las quebradas, los manantiales o los nacimientos (95,7%) y el 92% de las familias rurales pobres de Chapinero donde, además, solo el 6% tenían acceso a agua mediante acueducto público o veredal. Aunque en porcentajes bajos, Ciudad Bolívar y Usaquén eran las dos localidades donde vivían hogares que acudían al carrotanque para conseguir agua (1,7% y 3,2%, respectivamente). En Ciudad Bolívar y Sumapaz menos del 1% de las familias rurales en pobreza usaban el agua lluvia para beber y cocinar sus alimentos. Por último, Suba y Ciudad Bolívar eran las localidades con mayor número de familias que usan el acueducto público (224 y 114 familias, respectivamente) ⁴⁸.

En cuanto a Eliminación de basuras y clasificación de residuos, de las siete (7) localidades con áreas rurales, en casi todas predominaba la eliminación de basuras a través del servicio público de recolección, aquellas que tenían mayor porcentaje de hogares con esta práctica eran Suba (97%), Chapinero (74%) y Usaquén (62,2%). En otras localidades como Usme y Sumapaz más del 36% de los hogares rurales pobres decidían quemar la basura para eliminarla. Es pertinente destacar que en la localidad de Santa Fe 4,1 de cada 10 de familias enterraba la basura ^{48,51}.

2.6 EQUIPAMIENTO

El Plan de Ordenamiento Territorial POT "Bogotá reverdece 2022-2035", responde a seis grandes desafíos: el regional; económico; solidaridad; ambiental; identitario, de gobernanza y administración local; y del hábitat sostenible, siempre involucrando los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el ordenamiento territorial ³.

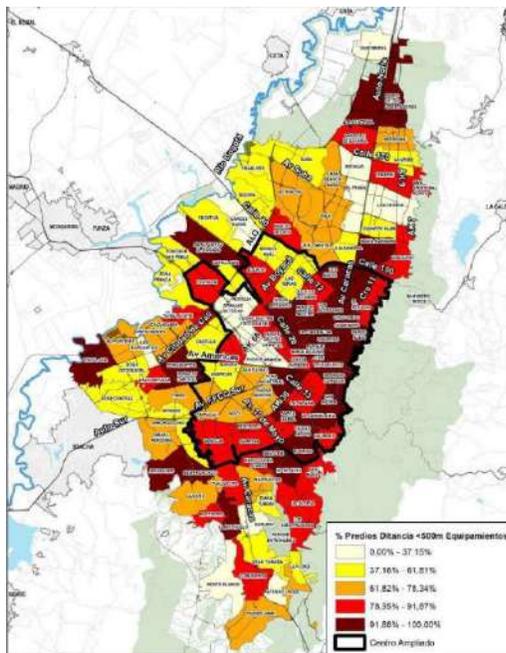
La Secretaría Distrital de Planeación (SDP) creó el Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del Plan de Ordenamiento Territorial (SEGPOT), que vincula más de 20 entidades del orden distrital y cuenta con una batería de indicadores para monitorear la concreción de los objetivos estratégicos de largo plazo, así como módulos de seguimiento a la consolidación de las Unidades de

Pag 36 de 104

Planeamiento Local y Actuaciones Estratégicas. Este plan, que tiene una inversión de 15,3 billones de pesos para la vigencia 2022-2035, contempla la construcción y reforzamiento de los siguientes equipamientos: 45 Manzanas del Cuidado, de las que ya 21 se encuentran en funcionamiento; 70 colegios, de los cuales 25 ya fueron entregados, 10 están terminando obras y los otros 35 avanzan en estudios y diseños; 100 equipamientos educativos; 24 hospitales; 41 centros de salud; 3 nuevas sedes universitarias; 21 centros culturales, recreativos y deportivos; 3 nuevas Unidades de Reacción Inmediata (URI); 33 nuevas Casas de Igualdad y Oportunidades para Mujeres, entre otros. Por su parte, el Plan de Movilidad Sostenible y Segura, con el que se consolida una movilidad multimodal, descarbonizada, sostenible, accesible y segura ⁵².

Entre otros logros se destaca que a través de este POT se dejan reglas claras para promover la generación de vivienda de interés social (VIS), para la que se define un área mínima de 36 y 42 m².

Mapa 7 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 500 m del equipamiento más próximo



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) Elaborado con base en Decreto 555 de 2021

En el mapa se presenta el estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaria de Planeación Bogotá 2022

El sistema de espacio público incluye aquellas áreas que aportan a la reducir los desequilibrios territoriales y a consolidar un mejor ambiente urbano a partir del embellecimiento y cualificación con la garantía del uso, goce y disfrute colectivo de parques y plazas, así como infraestructura peatonal para la integración regional, urbana y rural ⁴⁴.

2.7 SEGURIDAD ALIMENTARIA

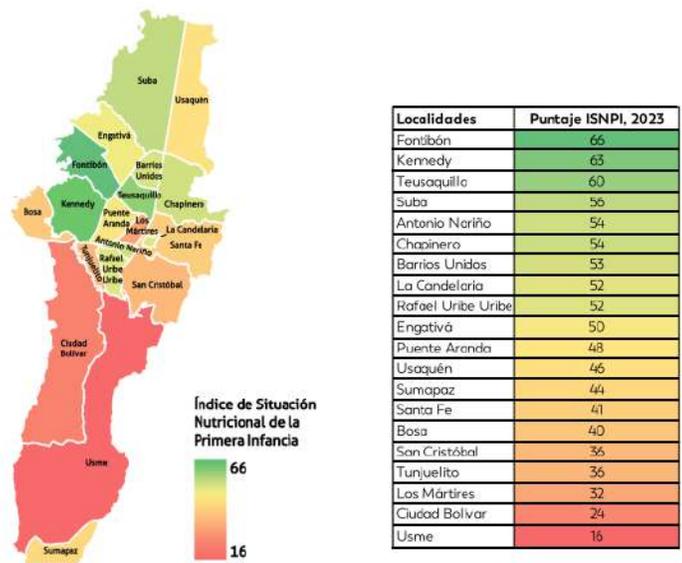
Según el informe sobre inseguridad alimentaria publicado por el DANE (2024), en 2023 hubo 375.000 personas en inseguridad alimentaria grave y 1.7 millones en inseguridad alimentaria moderada o grave. Si bien el porcentaje de hogares en inseguridad alimentaria moderada o grave se redujo de 25.4% a 21.2% entre 2022 y 2023, la inseguridad alimentaria grave aumentó de 4.2% a 5% en este mismo periodo de tiempo con mayor énfasis en las zonas rurales, donde la situación alimentaria es preocupante y merece atención. En cuanto a los determinantes de la inseguridad alimentaria en Bogotá, uno de los principales factores que contribuyen al hambre y la inseguridad alimentaria en Bogotá es la falta de ingresos suficientes en los hogares para cubrir el costo de una canasta básica de bienes, tanto alimentarios como no alimentarios, así como la inflación, el bajo crecimiento económico y la desigualdad. Sin embargo, Bogotá cuenta con un marco integral de políticas de seguridad alimentaria y nutricional que va desde el abastecimiento, la primera infancia, infancia y adolescencia, hasta el manejo de la pérdida y desperdicio de alimentos. En su conjunto, estas políticas abordan componentes de la seguridad alimentaria como lo son la disponibilidad de alimentos, el acceso, la nutrición, prevención de pérdidas y desperdicios y enfoques poblacionales.

En el Mapa 7 se presenta el panorama sobre el índice de la situación nutricional en la primera infancia en Bogotá para el año 2023, de acuerdo con su nivel de desempeño escolar. Se refleja las disparidades significativas entre las diferentes

Pag 38 de 104

localidades, Ciudad Bolívar y Usme se ubican en nivel de desempeño bajo, mientras que Puente Aranda, Usaquén, Sumapaz, Santafé, Bosa, San Cristóbal, Tunjuelito y los Mártires se encuentran en nivel de desempeño medio-bajo. El resto de las localidades se encuentran en desempeño medio-alto. Ninguna localidad se encuentra en nivel de desempeño alto. Por lo anterior es importante resaltar que el estado nutricional de la primera infancia en Bogotá está intrínsecamente ligado al desempeño escolar. La atención a la nutrición no solo es esencial para la salud física, sino también para el éxito académico de los niños. Invertir en programas de nutrición y educación alimentaria puede tener un impacto directo en la capacidad de aprendizaje y el futuro de estos niños. Es fundamental que las políticas públicas integren estrategias que aborden simultáneamente la nutrición y la educación para fomentar un desarrollo integral en la infancia.

Mapa 7 Índice de Situación Nutricional para la Primera Infancia por localidades, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de Saludata (2024)

2.8 GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA

A partir de la comprensión de la gobernanza y gobernabilidad, como la capacidad de accionar del gobierno, enmarcado en un Estado social de derecho, permitiendo establecer alianzas, articulaciones, diálogos y mediaciones con los actores sociales, políticos, económicos e institucionales; en éste sentido, incluye la capacidad para formular e implementar políticas públicas que garanticen los derechos individuales y colectivos, aseguren la estabilidad social, política y económica, establezcan acciones gubernamentales efectivas, faciliten los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, además de proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana para un desarrollo sostenible ⁵³.

La Secretaría Distrital de Salud participa en el proceso de gestión de 36 políticas públicas distritales, en las instancias y espacios distritales y locales de coordinación, mediante el trabajo conjunto con diferentes sectores y actores según el momento del ciclo en el que cada una de ellas se encuentra.

Frente a la rectoría en salud, entendida como la función de competencia característica del Gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria que permite direccionar los sistemas de salud en una forma sistemática, mediante la implementación de las decisiones y acciones públicas necesarias para garantizar la salud de la población⁵⁴. Una de las contribuciones más importantes se deriva de la vigilancia en salud pública (VSP) que permite orientar la planificación en el marco de las políticas, planes, programas, estrategias y acciones; así mismo aporta al seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud pública. Como proceso transversal en la Gestión de la Salud Pública⁵⁴, observa y analiza de forma objetiva, sistemática y constante lo relacionado con la presentación de más de 100 eventos de interés en salud pública, entendidos como el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad. Esta vigilancia se desarrolla en el Distrito Capital a través de diferentes estrategias, entre las que se encuentran la vigilancia pasiva, activa, rutinaria, intensificada y centinela. También contempla el análisis de la información demográfica referida a la estructura y dinámica poblacional, de igual forma la vigilancia epidemiológica de condiciones de salud, la vigilancia de servicios de salud referida a la respuesta a estas condiciones de salud, y la vigilancia sanitaria y ambiental relacionada con las condiciones ambientales para

Pag 40 de 104

la generación de alertas epidemiológicas desde lo sociocultural; todo lo anterior aporta a la comprensión de la realidad, así como las circunstancias que determinan las inequidades sociales y su repercusión en la salud de la población.

En el contexto del ejercicio de su función rectora la Secretaría Distrital de Salud, realiza acciones de Inspección, Vigilancia y Seguimiento - IVS para velar por el estricto cumplimiento de las obligaciones de las aseguradoras en salud que se encuentra establecido entre otras normas por las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, a través de auditorías entre otras estrategias.

Respecto de la inspección, vigilancia y control sanitaria, en cumplimiento del marco normativo, se realiza el proceso de IVC a un número estimado de 575.338 establecimientos abiertos al público tales como supermercados, restaurantes, grandes superficies, bares, farmacéuticas, peluquerías, veterinarias, etc. Este proceso es integral e incluye todo lo relacionado con la inspección y la vigilancia, así como las acciones de control que derivan en investigaciones administrativas sancionatorias, donde a partir de los conceptos desfavorables y las medidas sanitarias por incumplimiento de la normatividad sanitaria se inician los procesos sancionatorios de acuerdo con lo contemplado en el código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA).

De igual forma desarrolla acciones de Inspección, Vigilancia y Control- IVC en prestadores de servicios de salud de naturaleza pública y privada, la cual se enfoca en la verificación del cumplimiento de las condiciones de calidad, estándares y criterios contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la identificación de riesgos, mitigación de los efectos negativos en salud y la protección de los usuarios. Las acciones de IVC están dirigidas a contribuir al logro de los objetivos dispuestos en el Modelo Territorial de Salud y el cumplimiento normativo.

2.8.1 Afiliación al Sistema de salud

La ciudad de Bogotá cuenta con una alta proporción de afiliación al sistema de seguridad social en salud. Al 30 de junio de 2024, la afiliación al régimen contributivo alcanzaba el 75,6% y al régimen subsidiado el 22,3%.

La capital colombiana, enfrenta múltiples desafíos para integrar a poblaciones vulnerables y migrantes en su sistema de salud ya que persisten barreras significativas que afectan la equidad y eficiencia de los servicios.

Uno de los problemas más críticos es el acceso desigual, especialmente para migrantes irregulares y víctimas del conflicto armado, quienes enfrentan dificultades por falta de información, discriminación y trámites burocráticos. Además, la sobrecarga del sistema limita la oportunidad y calidad de la atención, particularmente en localidades con alta densidad poblacional como Suba y Kennedy.

La distribución geográfica de la cobertura también evidencia desigualdades. Mientras que localidades periféricas como Sumapaz y La Candelaria presentan la menor proporción de afiliados, áreas centrales concentran la mayor parte de la población afiliada, reflejando inequidades territoriales en el acceso a los servicios de salud.

En el caso de la población migrante venezolana se ha identificado p ej. que de 209.063 migrantes venezolanos afiliados ⁵⁵, los cuales corresponden al 34,9% de la población venezolana que se encontraba concentrada en Bogotá para el mes de febrero de 2024 ⁵⁶

Con relación a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), a junio de 2024, la concentración de afiliados en pocas EPS domina ambos regímenes de salud en Bogotá. En el Régimen Contributivo, Sanitas (25.6%), Compensar (23.6%), y Famisanar (17.1%) lideran, concentrando el 87.5% de los afiliados. En el Régimen Subsidiado, Capital Salud (48.1%), Famisanar (14.2%) y Compensar (10.8%) reúnen el 90% de los beneficiarios. Esta concentración plantea desafíos para la equidad y la eficiencia en el acceso a los servicios, generando riesgos de saturación en la infraestructura de atención y afectando la calidad de los servicios. Además, la dependencia excesiva de una única EPS, como Capital Salud en el Régimen Subsidiado, agrava los riesgos operativos y limita la capacidad de respuesta ante demandas crecientes o fallas en la prestación.

Otro problema es la insuficiencia de cobertura en áreas rurales y para poblaciones con enfoque diferencial, lo que incrementa las inequidades. También

preocupa la limitada educación en salud y participación comunitaria, que dificulta que los ciudadanos exijan sus derechos y denuncien barreras de acceso.

Es crucial fortalecer las redes de las IPS que soportan a las EPS más demandadas, garantizar procesos de auditoría efectiva y promover el cumplimiento de estándares de calidad, para mejorar la continuidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud, especialmente en el Régimen Subsidiado.

2.8.2 Análisis de la oferta y Demanda y acceso a los servicios de Salud

A junio de 2024, Bogotá contaba con 14.200 prestadores de servicios de salud, de los cuales el 99,82% son privados, el 0,16% públicos y el 0,02% mixtos. La mayoría de los prestadores son profesionales independientes (87,03%), mientras que las instituciones de salud representan el 10,88%. Estos prestadores operan en 16.614 sedes, de las cuales el 99,12% son privadas. En cuanto a los servicios, la mayoría son de baja y mediana complejidad, destacando la oferta en consulta externa (76,05%) y diagnóstico (17,98%). El 94,59% de estos servicios están habilitados por prestadores privados, lo que refleja la predominancia del sector privado en la atención. La capacidad instalada para atención en salud alcanza los 51.114 recursos, con una concentración del 87,23% en el sector privado ⁵⁷.

La distribución de servicios y recursos en Bogotá muestra una desigualdad territorial. La zona Norte concentra el 66,12% de los recursos de salud, mientras que las zonas Sur y Centro Oriente presentan una oferta significativamente menor. Esto genera desigualdades en el acceso a servicios básicos como medicina general y odontología, especialmente en localidades rurales como Sumapaz, Usme, y Ciudad Bolívar, donde los habitantes no pueden acceder a una IPS privada en menos de 30 minutos a pie⁵⁸. Además, se observan notorias disparidades en la cobertura de servicios de pediatría y ginecología, con algunas localidades como San Cristóbal y Bosa con menos del 1% de cobertura. La razón de camas también varía significativamente entre zonas, con una mayor disponibilidad en el Norte y Centro Oriente (2,82 y 3,60 camas por cada 1.000 habitantes) y una menor en el Sur y Sur Occidente (0,53 y 0,88 camas).

2.8.3 Indicadores de Calidad en Salud y Talento Humano

Los indicadores analizados en el Sistema de Información para la Calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de los Servicios de Transporte Especial de Pacientes para 2023, se enfocan en la experiencia del paciente y la seguridad en la atención. Entre los resultados destacados, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas médicas fue superior a las metas establecidas en varias especialidades, con valores de entre 3 y 17 días, dependiendo del tipo de consulta. Asimismo, la atención a pacientes clasificados con Triage 2 en urgencias superó la meta de 30 minutos, alcanzando 33,03 minutos. Sin embargo, la proporción de satisfacción global de los usuarios fue alta, con un 94,44%, y un 95,43% de los pacientes recomendarían su IPS a familiares o amigos. ⁵⁹

En cuanto a la seguridad en la atención, se reportaron tasas de caídas de pacientes en diferentes servicios, siendo la más alta en hospitalización (10.99 x 1000 días de estancia). Además, los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos fueron menores, con un 0.22% en urgencias y un 1.11% en hospitalización. La tasa de úlceras por presión fue de 6.56 x 1000 días de paciente, mientras que la proporción de cancelación de cirugías fue del 1.20%. En relación con los reingresos, la tasa de pacientes que regresaron a urgencias en menos de 72 horas fue de 0.64%, mientras que el reingreso a hospitalización en menos de 15 días fue de 13.20 por 1000 egresos. ⁵⁹

2.8.4 GESTIÓN DEL RIESGO

En el marco del Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SDGR-CC (Acuerdo 546 de 2013) tiene el propósito de generar asociaciones en los procesos de: conocimiento del riesgo, reducción del riesgo, manejo de emergencias y desastres y por último y no menos importante, la mitigación y adaptación frente al cambio climático. Los fenómenos climáticos extremos, la exposición y la vulnerabilidad están influidos por una amplia gama de factores, entre ellos el cambio climático antropogénico, la variabilidad climática natural y el desarrollo socioeconómico IPCC (2021). En Bogotá se cuenta con el Sistema de Información para la gestión del Riesgo y el cambio climático, en el cual se proyecta un aumento de la temperatura media anual aproximadamente de entre 0.0°C a 0.5°C en la parte sur de la ciudad y entre 0.5°C a 0.8°C en la parte

Pag 44 de 104

noroccidental para el escenario 2011-2040, para el escenario 2041-2070 se proyecta un cambio entre 0.8°C y 1°C en la parte sur y entre 1.0°C a 1.2°C en la parte noroccidental y para el escenario 2071-2100 se proyecta un cambio de entre 1.2°C y 1.6°C en la mayor parte de la ciudad. Además, se proyecta un cambio sectorizado del comportamiento general de las lluvias en la ciudad para los escenarios 2040, 2070 y 2100, observando una disminución (entre -20% a -10%) de las precipitaciones en la parte oriental de la ciudad y un aumento de las lluvias en la zona occidental de la ciudad (20% a 30%) ⁶⁰.

El Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático (SDGR-CC) busca generar asociaciones en procesos clave como el conocimiento del riesgo, reducción de riesgos, manejo de emergencias y desastres, y la adaptación frente al cambio climático. En Bogotá, se proyecta un aumento de la temperatura media anual entre 0.0°C y 1.6°C, dependiendo de la zona y del escenario temporal (2011-2100). También se prevé un cambio en los patrones de lluvia, con disminuciones en la zona oriental y aumentos en la zona occidental. El Distrito cuenta con el Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres y Cambio Climático 2018-2030, orientado a fortalecer la capacidad para enfrentar diversos riesgos, incluyendo los efectos del cambio climático. A través de la Secretaría Distrital de Salud, se realizan acciones de identificación, análisis y evaluación de riesgos, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), implementando herramientas de evaluación de riesgos y realizando simulaciones y capacitaciones en respuesta a emergencias y desastres ⁶⁰.

En 2023, se capacitaron más de 5.000 personas en el curso "Primer Respondiente", y se activaron 46 emergencias, de las cuales el 22% fueron de origen antrópico, el 43% socio-natural y el 35% tecnológico. Además, se gestionaron 626.134 incidentes de salud a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), con un equipo técnico que atendió emergencias las 24 horas. El CRUE emitió alertas de salud pública y gestionó despachos de ambulancias, con un porcentaje significativo de atenciones prehospitalarias. El plan incluye la atención a diversas emergencias, como accidentes de tránsito, eventos respiratorios y trastornos mentales, destacando la importancia de la coordinación interinstitucional y la respuesta efectiva ante crisis sanitarias. El 73,6% de las gestiones correspondieron a orientaciones telefónicas para los incidentes transferidos, el 23,9% a la asignación de

ambulancia y el 2,5% a la asignación de un equipo interdisciplinario de salud mental. Las principales tipologías de incidentes transferidos y gestionados por el CRUE fueron: heridos en accidentes de tránsito, otros heridos accidentalmente, personas inconscientes o en paro cardiorrespiratorio, convulsión, evento respiratorio, trastorno mental, e incidentes de otras agencias del Distrito Capital que requirieron apoyo del CRUE ⁶¹.

Para 141.553 incidentes transferidos y gestionados por el CRUE, el 81% se clasificaron con prioridad final crítica y alta y se realizaron 156.113 despachos de ambulancias, de los cuales el 54% fueron efectivos, resultando en 84.455 atenciones prehospitalarias a pacientes, por parte de los equipos de las tripulaciones de las 100 ambulancias a cargo de las cuatro Subredes Integrales de Servicios de Salud -SISS y de algunas ambulancias privadas que apoyaron las atenciones, el 46% de los despachos fueron fallidos, principalmente por la cancelación del despacho por el solicitante, durante el desplazamiento del vehículo⁶¹.

A partir de los incidentes gestionados por el CRUE se emitieron 199 alertas de eventos de interés en salud pública - EISP al equipo de respuesta inmediata - ERI de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública y 10.600 reportes de incidentes de salud mental al equipo de salud mental del área de Vigilancia en Salud Pública ⁶¹.

2.9 CONCLUSIONES

Aunque Bogotá lidera índices de competitividad y conectividad, persisten desigualdades en las condiciones de vida entre localidades. Estratos bajos en Ciudad Bolívar y Usme contrastan con las ventajas de localidades como Chapinero y Usaquén; a su vez los niveles educativos más altos se concentran en localidades con mayores recursos, mientras que localidades vulnerables presentan tasas reducidas de acceso a educación superior. Esto perpetúa brechas laborales y sociales.

Los indicadores muestran una reducción en pobreza multidimensional, pero persisten barreras significativas en educación, empleo formal y acceso a servicios básicos, afectando principalmente a hogares liderados por mujeres.

Pag 46 de 104

De otra parte, la inseguridad alimentaria sigue siendo un desafío importante, especialmente en zonas rurales y marginadas, donde la inflación y la falta de ingresos suficientes agravan las condiciones de vida.

Aunque la mayoría de la ciudad cuenta con servicios públicos, localidades como Ciudad Bolívar presentan rezagos en saneamiento y acceso a agua potable, afectando la salud pública y la calidad de vida.

Aunque Bogotá ha logrado avances significativos en términos de cobertura y servicios de salud, aún enfrenta grandes desafíos relacionados con la distribución desigual de los recursos, la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la cobertura de grupos vulnerables. La gobernabilidad y la gobernanza en salud pública en la ciudad requieren un enfoque más integrado y colaborativo, con una atención especial a las necesidades de las zonas marginadas y las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

CAPÍTULO 3 SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO

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 usualmente 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 tenerse en cuenta para la planificación y gestión en el sector salud.

3.1 MORBILIDAD GENERAL

En Bogotá se identifica un predominio importante de las condiciones no transmisibles, en morbilidad y mortalidad, encontrando que en el nivel de atención en salud aumentaron progresivamente con un pico máximo en el año 2023, cuando aportaron el 72,26% % de todas las causas de atención; seguido de las atenciones por condiciones mal clasificadas las cuales corresponden a aquellas que fueron reportadas con códigos CIE-10 inespecíficos (12,95%), aunque estas han disminuido de manera importante respecto a años previos ⁶². (Ver Anexo Morbilidad Atendida, tablas Morbilidad PG Curso de Vida y Morbilidad PG Causas).

Aunque a nivel general se identifica que las condiciones transmisibles y nutricionales ocupan el tercer lugar dentro de las grandes causas de morbilidad atendida (8,60%), estas tienen un mayor peso durante la primera infancia e infancia en donde aportaron el 30,64% y 14,62% respectivamente; especialmente, debido a las infecciones respiratorias. Este comportamiento es similar en ambos sexos ⁶².

Al comparar la distribución de las atenciones realizadas a personas pertenecientes a grupos étnicos se identifica que presentan proporciones estadísticamente similares a las encontradas en población general, excepto para las deficiencias nutricionales, en donde son mayores en población indígena (2,17% de las atenciones, respecto a 0,47% reportado para población general), en población que se reconoce como Negra, mulata, afrodescendiente o

Pag 48 de 104

Afrocolombiana: 1,98%) y en población Rrom (2.8%) ¹. (Ver Anexo Morbilidad Atendida, tabla Comparación Etnias).

Otra diferencia identificada es la mayor proporción de atenciones por lesiones no intencionales para todos los grupos étnicos respecto a la población general; así como la mayor proporción de atenciones por enfermedades cardiovasculares en población Raizal (17,53% respecto a 10,13% en población general).

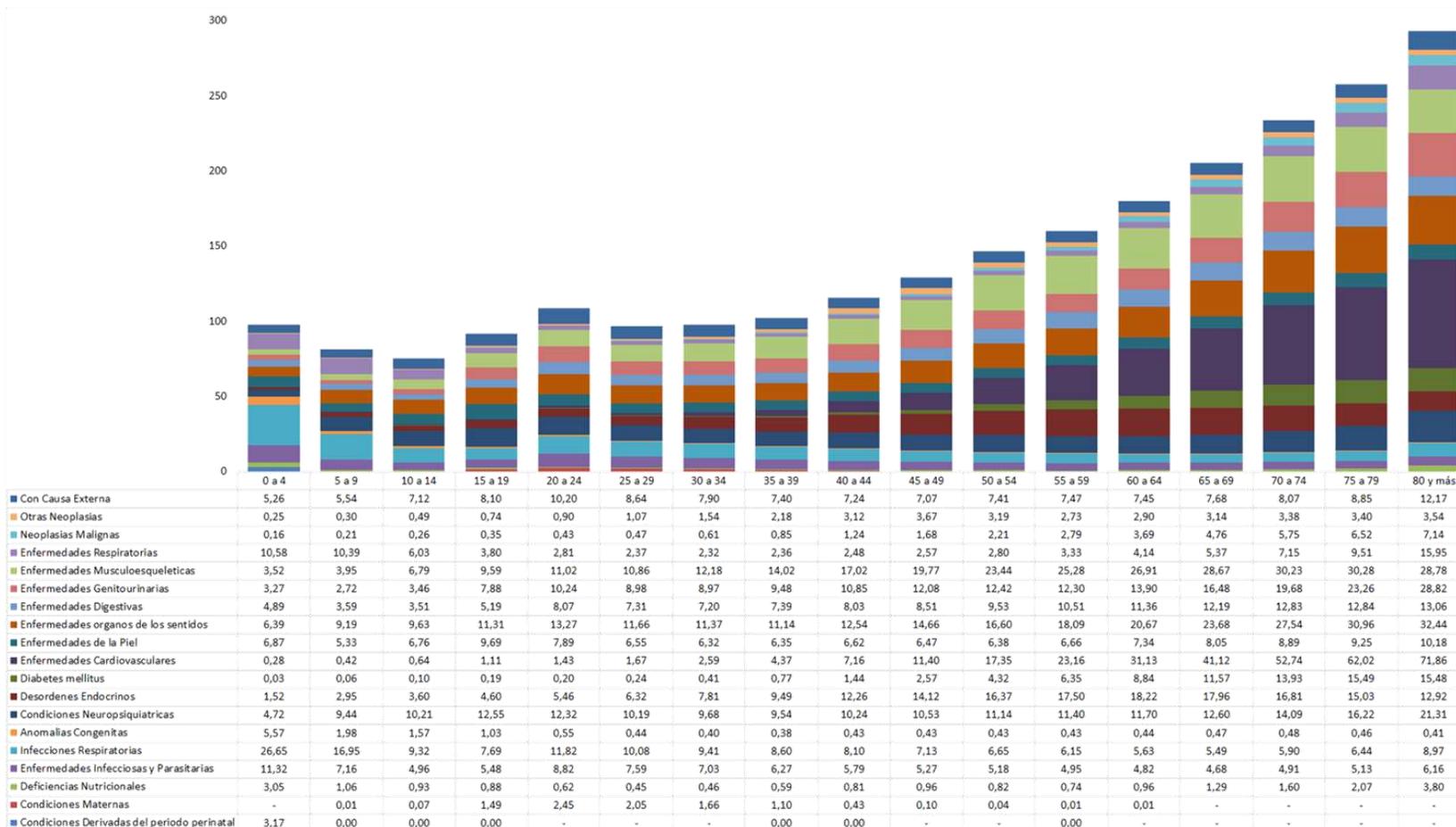
Aunque se identifica una diferencia significativa en la proporción de atenciones por enfermedades digestivas y condiciones orales en población Palenquera, es necesario realizar monitoreo posterior de este indicador dados el reducido número de atenciones reportado en esta población y la poca variedad en las causas de atención encontradas lo cual puede generar sesgos en la interpretación. (Ver Anexo Morbilidad Atendida, hoja Comparación Etnias).

Al comparar la frecuencia de los eventos según el número de individuos atendidos mediante el cálculo de tasas por cada 100 habitantes total y por quinquenios se identifica que el 82,41 % de los bogotanos hicieron uso de los servicios de salud, siendo ligeramente mayor el uso de estos servicios por parte de las mujeres (84,22) que de los hombres (80,45) ⁶⁴. (Ver Anexo Morbilidad Atendida, Hoja Morbilidad General Tasas).

En relación con las causas de atención se identifica que las enfermedades infecciosas tienen una alta ocurrencia en los grupos de niños hasta los 4 años, afectando las infecciones respiratorias a 26,65 de cada 100 niños y al 11,32 otras infecciones. Este grupo de afecciones evidencia altas frecuencias en la población joven entre los 20 y 30 años. (Ver Figura 1).

¹ Comparación de proporciones realizada mediante el 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 ⁶³

Figura 1. Distribución de tasa de individuos atendidos según causa de atención y edad en quinquenios, Bogotá 2023. (Tasa por cada 100 habitantes)



Fuente Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 noviembre). 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 2024/11/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/05/30) ⁶⁴ Fuente Denominador para cálculo de tasas: DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, Serie municipal de población por área, sexo y edad para el periodo 2020-2035. Actualización Post COVID ²⁰

Las deficiencias nutricionales y las enfermedades respiratorias crónicas presentan mayor frecuencia en edades extremas de la vida siendo más frecuentes las primeras en niños de 0 a 4 años y personas de 80 años y más. En el caso de las enfermedades respiratorias se identifica que estas son más frecuentes en las personas mayores, pero en la infancia constituyen también una causa frecuente de consulta hasta los 9 años. (Ver Figura 1).

Se identifica un predominio en las edades medias de la vida de las enfermedades endocrinas, dentro de las que se incluyen las dislipidemias y los trastornos de la tiroides como eventos más frecuentes ⁶⁴.

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 20% de la población afectada a partir de los 50 años.

Dentro de esta distribución general por principales causas de atención se identifican altas proporciones de atenciones por otras condiciones que a pesar de afectar a un gran número de individuos no tienen un aporte significativo en mortalidad tales como las alteraciones de la salud oral y que constituyeron la principal causa de atención en el 15,04% de la población de la ciudad, las enfermedades musculoesqueléticas (14,24%) y las enfermedades de los órganos de los sentidos (13,57% de la población de la ciudad).

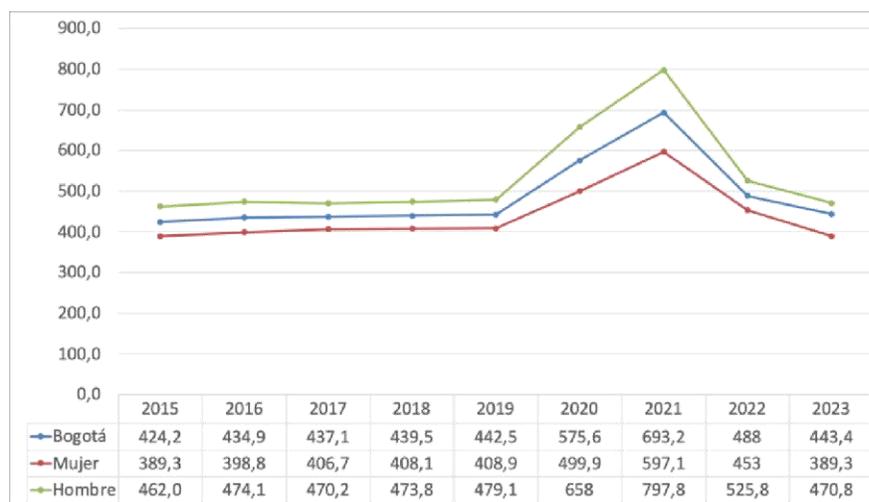
3.2 MORTALIDAD GENERAL

En 2023, la mortalidad general en Bogotá fue de 443.4 (n= 35.063) muertes por cada 100.000 habitantes, con una tasa mayor en hombres (470.8) que en mujeres (389.3). Figura 2.

Las tasas de mortalidad en mujeres mostraron que, las Enfermedades del Sistema Circulatorio presentaron un comportamiento estable entre 2015 a 2019, sin embargo, a partir del 2019 presenta un aumento con un pico en el año 2021 con 161.5 muertes por 100.000 mujeres, esto puede estar relacionado a la incidencia por COVID19, entre 2021 a 2023 retorna a tasas de mortalidad prepandémicas. En segundo lugar, las enfermedades transmisibles presentaron su mayor pico en el 2019 con 188.7 muertes por 100.000 mujeres a partir de este año volvió a bajar a momentos prepandémicos. Es importante resaltar que los signos, síntomas y afecciones mal definidas entre el 2015 a 2023 ha presentado una disminución en su

tasa. (Anexo Indicadores en Salud. Figura 1.) **iError! No se encuentra el origen de la referencia.**

Figura 2. Tasa de mortalidad general según sexo, Bogotá, 2015 a 2023



Fuente: Numerador FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 -2023, Datos preliminares 2023 ⁶⁵. Denominador: Proyecciones de Población por Localidad Convenio interadministrativo 095 de 2020 DANE- FONDANE Y SDP con base en CNPV DANE 2018 ²⁷.

Las tasas de mortalidad en hombres mostraron un comportamiento similar a las mujeres, en primer lugar, las Enfermedades del Sistema Circulatorio se presentó un pico en el 2021 y a partir de este año comienza un descenso llegando a tasa prepandémicas, cerrando en 2023 con 134.5 muertes por 100.000 hombres. En segundo lugar, las enfermedades transmisibles siendo está la causa que mayoritariamente afecto a los hombres en la pandemia por COVID19 con un pico en el 2021 de 332.7 muertes por 100.000 hombres y regresaron a niveles prepandémicos en 2023 (30.3 por 100.000). (Anexo Indicadores en Salud Figura 2).

3.2.1 Mortalidad en Grupos de edad específicos

3.2.1.1 Mortalidad neonatal

En Bogotá, la tasa de mortalidad neonatal ha sido consistentemente menor que la nacional, con una disminución sostenida desde 2013, alcanzando 5.2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2021, aunque aumentó ligeramente a 5.5 en 2023. La mortalidad posneonatal refleja deficiencias en la atención médica y los servicios, destacando áreas clave para mejorar estrategias de prevención y cuidado. (Anexo Indicadores en Salud Figura 3).

Durante el periodo 2010-2023, las tasas más altas de mortalidad neonatal se registraron en las zonas rurales dispersas y rurales, donde persisten barreras de acceso a los servicios de salud, incluidas limitaciones geográficas, económicas y de movilización, que dificultan la atención oportuna. En 2021, la tasa en las áreas urbanas mostró una disminución, pero en 2023 volvió a aumentar, alcanzando 5.5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (NV) ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud. Tabla 1).

Las desigualdades étnicas impactan el acceso y la calidad de los servicios de salud, afectando especialmente a poblaciones negras, mulatas y afrodescendientes, con tasas de mortalidad neonatal altas (14.93 por 1.000 NV en 2021). Aunque hubo una reducción del 38.3% respecto a 2020, no se observaron mejoras significativas durante la pandemia. Se requieren estrategias inclusivas y educación para mejorar el acceso y la adherencia a los servicios de salud durante el embarazo y posparto ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud. Tabla 2)

Entre 2010 y 2023, la atención perinatal presenta alta cobertura en partos institucionales y atendidos por personal calificado (alrededor del 99,7 %), pero con un aumento preocupante del bajo peso al nacer, de 12,95 % a 16,13 %. el porcentaje de NV con cuatro o más consultas prenatales muestra fluctuaciones, con un descenso marcado en 2020 (82,26 %) y una recuperación parcial a 89,73 % en 2023 ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud. Tabla 5).

3.2.1.2 Mortalidad en menores de 1 año

Entre 2006 y 2023, las tasas de mortalidad en menores de un año disminuyeron en general, salvo aumentos en enfermedades de la sangre (161%), circulatorias (93%) y digestivas (9%). Las principales causas de muerte en 2023 fueron afecciones perinatales, malformaciones congénitas y enfermedades respiratorias, todas con descensos respecto a 2006. Durante la pandemia por COVID-19, las enfermedades respiratorias disminuyeron un 70% desde 2009 ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud. Figura 4).

En población étnica, las tasas fueron mayores, especialmente en indígenas, donde aumentaron de 12.99 en el 2010 a 36.36 en 2023; en afrodescendientes bajaron de 25.1 en 2010 a 21.66 en 2023 ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud. Tabla 3).

3.2.1.3 Mortalidad en menores de 5 años

Entre 2007 y 2023, la mortalidad infantil en Bogotá disminuyó un 22,5%, pasando de 13,8 a 10,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, aunque con fluctuaciones,

destacándose un aumento en 2008 y 2022, y el valor más bajo en 2020. A nivel nacional, la reducción fue del 12,9%, pasando de 15,5 a 13,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, después de una disminución sostenida hasta 2017, las tasas aumentaron desde 2018, alcanzando su pico en 2022. La mortalidad en menores de 5 años se concentra en el primer año de vida, especialmente por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, que han aumentado recientemente ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud Figura 5).

La mortalidad infantil en poblaciones étnicas muestra un patrón similar al de la población general. En 2021, la tasa en la población indígena fue de 104,0 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, un aumento del 118,4% respecto al año anterior. En la población afrodescendiente, la tasa fue de 39,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, con un incremento del 64,5% respecto a 2020 ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud Tabla 4).

3.2.2 Eventos priorizados

3.2.2.1 Alta carga de la enfermedad persistente en la ciudad

3.2.2.2 Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbimortalidad, especialmente en adultos y mayores. La mortalidad prematura por ECNT es evitable mediante la reducción de factores de riesgo y mejoras en la atención sanitaria, lo que requiere estrategias de salud pública que fomenten estilos de vida saludables e intervenciones tempranas. ⁶⁶⁻⁶⁹.

La tasa de mortalidad prematura por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en Bogotá, para personas de 30 a 70 años, aumentó entre 2020 y 2021, con tasas de 138.3 y 143.7, debido al exceso de mortalidad causado por la pandemia, especialmente en individuos con patologías crónicas preexistentes ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud. Figura 6).

Entre 2022 y 2023, las tasas de mortalidad en Bogotá disminuyeron de 129.3 a 120.5, lo que refleja una reducción del 4,96% en el número de fallecidos (de 5.224 en 2022 a 4.952 en 2023). Esta tendencia sugiere una posible recuperación en las medidas de prevención y control tras el impacto de la pandemia de COVID-19. Las principales causas de mortalidad prematura son las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, seguidas por la Diabetes Mellitus y enfermedades respiratorias crónicas. (Anexo Indicadores en Salud. Figuras 6-7).

Enfermedades cardiovasculares y Metabólicas

En 2023, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas fueron la segunda causa más frecuente de morbilidad en Bogotá, afectando a 945.716 personas, con una prevalencia mayor en adultos mayores de 80 años, aunque el grupo con más atenciones fue el de 60 a 70 años. Las complicaciones de hipertensión y diabetes predominan en las atenciones, mientras que el hipercolesterolemia, que afecta al 4,09% de la población de 30 a 70 años, se destaca como un factor clave en el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares, especialmente en personas de 60 a 64 años ⁶⁴. Dada la mayor frecuencia de atenciones identificadas por estos eventos en edades cercanas a la ocurrencia de complicaciones como las enfermedades cerebrovasculares e isquémica cardíaca se hace necesario el fortalecimiento de estrategias que contribuyan a la mejora en la captación y adherencia de las personas menores de 60 años a los programas de control de condiciones crónicas (Ver Anexo Morbilidad Atendida – Indicadores Enfermedades Cardiovasculares).

Las enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial, la enfermedad isquémica cardíaca y a enfermedad cerebrovascular, son responsables de una gran parte de la mortalidad, morbilidad y discapacidad. En 2019, la enfermedad isquémica cardíaca contribuyó con el 6,21% de los Años de Vida Saludable Perdidos en Colombia, mientras que la enfermedad cerebrovascular aportó el 3,03% ⁷⁰. En el caso de la mortalidad, se observa una reducción leve de la mortalidad atribuible a estas causas a partir del 2022, luego de un aumento transitorio durante el periodo de pandemia por COVID-19. (Anexo Indicadores en Salud. Figura 7).

Cáncer

En la morbilidad, se observa una tendencia al aumento en el número de casos y tasas de incidencia por 100,000 habitantes tanto de cáncer de cuello uterino como de cáncer de mama entre 2016 y 2022. La tasa de cáncer de cuello uterino incrementó significativamente de 10,9 en 2016 a 65,8 en 2022. La tasa de cáncer de mama también creció de 9,4 en 2016 a 53,1 en 2022. El aumento podría estar relacionado con una mejor detección, pero factores como la percepción errónea de riesgo y los turnos laborales largos pueden retrasar el diagnóstico ^{71 72} (Anexo Indicadores en Salud Figura 8).

La mortalidad por cáncer de cuello uterino y de mama se ha mantenido relativamente estable entre 2016 y 2022, con ligeras fluctuaciones en las tasas. En el cáncer de cuello uterino, las tasas oscilaron entre 5,25 y 6,89 por 100,000 habitantes, mientras que en el cáncer de mama se mantuvieron más altas, entre 13,9 y 14,77 por 100,000. Esto muestra una carga constante de mortalidad por

ambos tipos de cáncer, siendo el de mama el que presenta una mayor tasa durante el período analizado. (Anexo Indicadores en Salud Figura 9).

La mortalidad por cáncer de próstata en Bogotá muestra una tendencia al alza en el número de casos y la tasa a lo largo del período 2005-2023. Las tasas pasaron de 9,1 en 2005 a 14,71 en 2021, con un ligero descenso en 2022 y 2023 (14,51 y 11,62, respectivamente). Esto sugiere un aumento sostenido en el impacto de la enfermedad, aunque los últimos años podrían reflejar un cambio en la tendencia o efectos de intervenciones en salud pública y acceso a diagnósticos y tratamientos. (Anexo Indicadores en Salud. Figura 10).

Al realizar el análisis combinado de indicadores de mortalidad prematura e incidencia en cáncer en menores de 18 años por UPZ se observa que estos tienden a presentarse con más frecuencia en algunas de la zona centro oriente tales como zonas cercanas al centro de la ciudad, tales como Restrepo, Quiroga, San Blas, hacia el occidente en sectores como Kennedy y apogeo; Hacia el sur se destacan Lucero y Comuneros (Ver mapas en Anexo Indicadores en Salud).

3.2.2.3 Salud Sexual y Reproductiva

Esta dimensión abarca la salud sexual y reproductiva en Bogotá, incluyendo atención materno-infantil y cuidado de la salud, con indicadores relevantes en la Tabla 3.

Tabla 3. Comportamiento de indicadores priorizados en salud sexual y reproductiva 2019-2023

| Indicador | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Variación porcentual del indicador | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|------|------|------|------|-------|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | | | 2019-2021 | 2019-2022 | 2019-2023 | 2021-2023 | 2022-2023 |
| Mortalidad materna | Casos | 21 | 25 | 46 | 25 | 17 | 119,0% | 19,0% | -19,0% | -63,0% | -32,0% |
| | Razón por 100000 NV | 24,7 | 31,5 | 68,9 | 38,6 | 27,9 | 178,9% | 56,3% | 13,0% | -59,5% | -27,7% |
| Morbilidad materna extrema | Casos | 5392 | 5108 | 4790 | 4881 | 48569 | -11,2% | -9,54% | -9,9% | 1,4% | -0,56% |
| | Razón por 100000 NV | 63,4 | 64,4 | 71,5 | 75,4 | 79,8 | 12,8% | 18,3% | 25,9% | 11,6% | 5,8% |
| Mortalidad infantil | Casos | 815 | 651 | 572 | 592 | 530 | -29,8% | -27,4% | -35,0% | -7,3% | -10,5% |
| | Tasa por 1000 NV | 9,6 | 8,2 | 8,5 | 9,1 | 8,7 | -10,9% | -4,5% | -9,1% | 1,9% | -4,8% |
| Sífilis gestacional colombianas | Casos Prevalencia | 620 | 598 | 522 | 581 | 566 | -15,8% | -6,3% | -8,7% | 8,4% | -2,6% |
| | 1000 NV+Fet | 7,3 | 7,5 | 7,7 | 8,9 | 9,2 | 5,5% | 21,9% | 26,0% | 19,5% | 3,4% |
| Sífilis congénita colombianas | Casos Incidencia 1000 | 127 | 125 | 99 | 86 | 55 | -22,0% | -32,3% | -56,7% | -44,4% | -36,0% |
| | NV+FET | 1,5 | 1,6 | 1,5 | 1,3 | 0,9 | 0,0% | -13,3% | -40,3% | -40,3% | -31,1% |
| Nacimientos (10 a 14 años) | Nacimientos | 206 | 181 | 154 | 139 | 151 | -25,2% | -32,5% | -26,7% | -1,9% | 8,6% |

| Indicador | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Variación porcentual del indicador | | | | | |
|----------------------------|-------------|------|------|------|------|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| | | | | | | 2019-2021 | 2019-2022 | 2019-2023 | 2021-2023 | 2022-2023 | |
| Nacimientos (15 a 19 años) | Nacimientos | 9618 | 8408 | 6474 | 5716 | 5140 | -2,7% | -40,6% | -46,6% | -20,2% | -10,1% |

FUENTE Bases de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EWW- Datos (finales 2019-2022) - (Preliminares 2023, Aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS (corte 10-01-2024-ajustada 15-01-2024).

Población: Departamento administrativo nacional de estadística (DANE), Actualización post COVID-19. Proyecciones de población a nivel municipal. Periodo 2020 - 2035. Secretaría Distrital de Salud ^{20,23}.

La fecundidad en mujeres de 10 a 14 y de 15 a 19 ha venido disminuyendo en el tiempo, se pasó de 0,85 nacimientos por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años en el 2019 a 0,66 en el 2023. En mujeres de 15 a 19 años pasó de una tasa de 34,33 en el 2019 a 21,06 en el 2023 ⁷³. (Anexo Indicadores en Salud Figura 11).

Han aumentado indicadores de riesgo como la morbilidad materna extrema, la prevalencia de sífilis gestacional y los nacimientos en niñas de 10 a 14 años, pese a una menor tasa de fecundidad ⁷⁴. (Anexo Indicadores en Salud Figura 12).

La mayoría de las gestantes atendidas fueron por partos sin complicaciones o complicaciones que requirieron cesáreas o atención urgente. Los trastornos hipertensivos fueron más frecuentes en mujeres de 25 a 29 años y 30 a 34 años. Aunque más del 90% de los partos son institucionalizados, ha disminuido el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, lo que resalta la necesidad de una captación temprana para reducir riesgos materno-infantiles. La atención de partos institucionalizados supera el 95% en áreas urbanas y rurales, con un aumento en el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales desde 2013. Sin embargo, la adherencia es más baja en áreas rurales dispersas y entre poblaciones indígenas y afrodescendientes. En 2021, solo el 30,4% de indígenas y el 76,12% de afrodescendientes cumplieron con este estándar ^{65,74}. Es necesario fortalecer estrategias de servicios inclusivos y programas de promoción y educación para reducir eventos fatales prevenibles y mejorar el acceso a la atención.

[Infecciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva](#)

Entre 2019 y 2023, la notificación de casos de VIH/SIDA muestra fluctuaciones, con una disminución notable en 2020 posiblemente asociada a la pandemia de COVID-19, seguida de un repunte en 2021 y una estabilización relativa en 2022 y 2023. La mortalidad asociada a SIDA disminuye entre 2019 y 2022, probablemente reflejando avances en el acceso a tratamiento y manejo clínico, pero aumenta nuevamente en 2023, alcanzando tasas similares a las de 2019 ⁷⁵. (Anexo Indicadores en Salud. Figura 13).

Entre 2018 y 2023, los casos e incidencia de sífilis congénita de hijas migrantes muestran un aumento inicial hasta 2020, seguido de una disminución constante, mientras que los casos e incidencia de hijas colombianas presentan una tendencia descendente más estable. La incidencia en la población migrante es consistentemente mayor que en los residentes de Bogotá, aunque ambas disminuyen hacia 2023, lo que podría reflejar cambios en la dinámica migratoria, la cobertura de servicios o la vigilancia epidemiológica. ⁷⁶ (Anexo Indicadores en Salud. Figura 14).

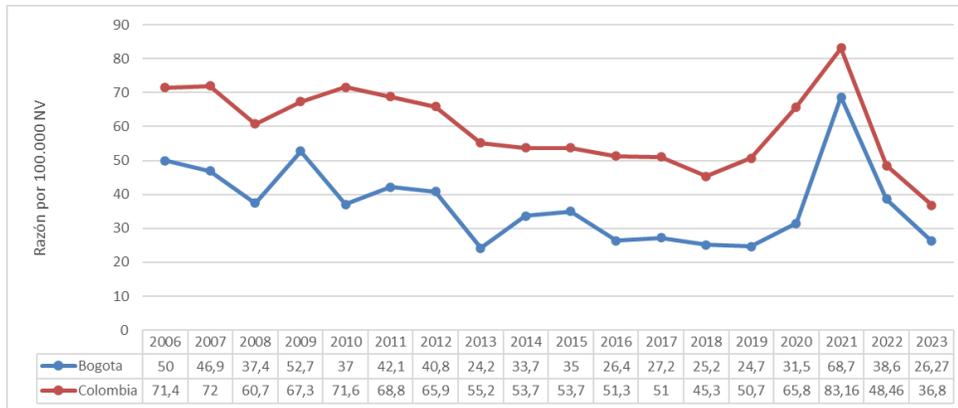
Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad materna

La mortalidad materna en Bogotá ha fluctuado entre 24.2 y 68.7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con un pico en 2021 debido a la COVID-19. En 2022, la Razón de Mortalidad Materna fue de 38,6. El aumento de muertes indirectas está vinculado a la migración y comorbilidades exacerbadas por la pandemia. La mortalidad materna aumentó en 2020-2021, alcanzando 46 muertes en 2021. Las localidades más afectadas entre 2019 y 2023 fueron Ciudad Bolívar, Puente Aranda, Mártires, Suba y Bosa. En 2023, se reportaron 17 muertes maternas ⁷⁷ (Figura 3).

De acuerdo con el área de residencia, en los últimos años las tasas de mortalidad se han presentado en el área de cabecera, desde el 2020 hasta el 2023 no se registraron mortalidades en el área rural. (Anexo Indicadores en salud Tabla 1).

Las comunidades indígenas y afrodescendientes enfrentan exclusión social y económica, lo que genera inequidades en salud, particularmente durante el embarazo y parto. Estas poblaciones tienen menor acceso a servicios de salud y personal cualificado, y las instituciones no siempre respetan sus creencias y prácticas tradicionales. La mortalidad materna fue alta en afrodescendientes entre 2014 y 2020, sin muertes en 2021. En las comunidades indígenas, hubo tasas altas en 2014 y 2016, pero no se registraron muertes desde 2017 hasta 2021, con una tasa de 800 muertes por cada 100,000 NV ⁷⁷. (Anexo Indicadores en Salud Tabla 8).

Figura 3. Razón de mortalidad materna, Bogotá D.C. – Colombia, 2006 – 2023



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2023p

La pandemia exacerbó las causas de muerte al coincidir con condiciones crónicas preexistentes y factores como la interrupción de servicios prenatales y el aumento de población migrante venezolana sin acceso adecuado a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

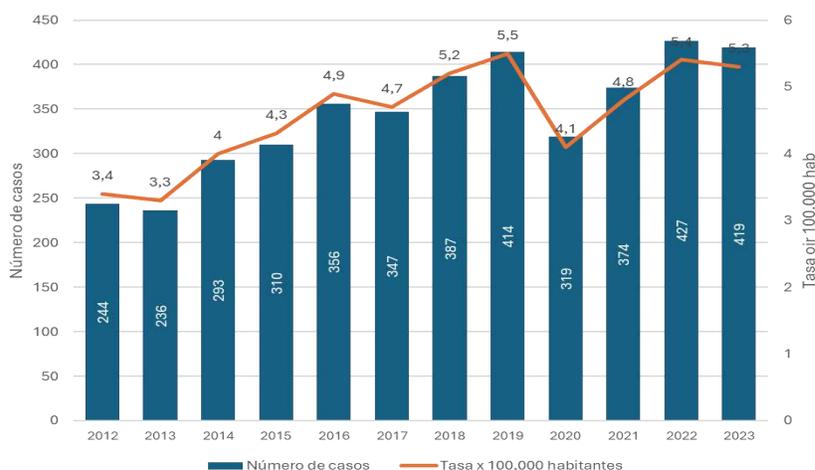
La razón de morbilidad materna extrema ha venido en aumento, pasando de 63.4 casos por 1000 nacidos vivos en el 2019 a 79.8 en el 2023 ⁷⁸. (Anexo Indicadores en Salud Figura 12)

Al realizar el análisis combinado de indicadores de mortalidad materna, morbilidad materna extrema y tasas de fecundidad en menores de 19 años prematura por UPZ se observa que estos tienden a presentarse con más frecuencia en el sur de la ciudad, en áreas del Lucero, Jerusalén, Ismael Perdomo, Gran Yomasa y Comuneros, en algunas UPZ en Suroccidente tales como Bosa central occidental, y hacia el norte en algunas UPZ de Engativá y Suba (Ver mapas en Anexo Indicadores en Salud).

3.2.2.4 Salud mental

La salud mental ha cobrado relevancia a nivel nacional y distrital debido a su relación con la conducta suicida, que ha mostrado un aumento en Bogotá. Entre 2013 y 2023, se ha registrado un incremento tanto en los intentos de suicidio fatales como no fatales, según datos del Sistema de Vigilancia SISVECOS ⁷⁹.

Figura 4. Número de casos de mortalidad por suicidio y tasa por 100.000 Hab, 2012 a 2023 Bogotá D.C.



FUENTE: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). Sujeta a cambios. Consulta base: 02 de septiembre del 2024 - fecha de corte: 31 de Agosto del 2024 ⁸⁰ FUENTE Denominador: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018 con ajuste COVID-19 ^{20,23}

En 2022, Bogotá reportó 427 muertes por suicidio, con una tasa de mortalidad de 5,4 por cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento del 1,8% respecto a 2019. De las muertes, el 10,5% correspondió a niños, niñas y adolescentes, mientras que el 75,9% ocurrió en jóvenes y adultos. La mayoría de los casos (74,5%) fueron hombres, mientras que el 25,5% fueron mujeres. (Figura 4).

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 2021 ⁷⁹. (Anexo Indicadores en Salud Figura 15).

En 2023, los trastornos depresivos y el abuso de sustancias fueron comunes en los intentos de suicidio. Además, se reportaron 45.879 casos de violencia intrafamiliar, un aumento del 11% respecto al año anterior, con un predominio de mujeres víctimas (70,1%) frente a hombres (26,7%).

En 2022, los incidentes de salud mental gestionados por la Línea 123 aumentaron un 9%. En 2023, 614.610 personas recibieron atención por trastornos mentales, siendo los más comunes la ansiedad y la depresión, especialmente en mujeres. Estos trastornos están vinculados con los casos de suicidio.

El consumo de sustancias psicoactivas es mayor en hombres y jóvenes de 12 a 24 años, especialmente en estratos altos, aunque las mujeres están aumentando su

participación. El 1,90% de los consumidores con abuso o dependencia buscó ayuda, y ya se observan casos en adolescentes de 12 a 17 años ⁸¹.

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco) Se identifican brechas en las proporciones de personas que reportan consumo actual entre las diferentes localidades, siendo la prevalencia de consumo de tabaco superior al 20% de los encuestados en localidades como Ciudad Bolívar, Candelaria, y San Cristóbal, lo cual se correlaciona parcialmente con mayores tasas de mortalidad prematura asociada a enfermedades cardiovasculares. En el caso de la prevalencia del consumo de alcohol se identifica que este es superior al 50% de los encuestados en las localidades Chapinero, Teusaquillo y Usaquén⁸² (Ver Anexo Indicadores en Salud Figura 17).

Al realizar el análisis combinado de indicadores de salud mental relacionado con Violencia Intrafamiliar y conducta suicida se identifica una distribución en diferentes UPZ de la ciudad incluyendo Timiza, Carvajal, Venecia, Muzú, Quiroga y Restrepo y otra área con UPZ varias de las localidades de Fontibón y Engativá, tales como Tibabuyes, Fontibón, Ferias, Boyacá Real, ente otras (Ver mapas en Anexo Indicadores en Salud).

Morbilidad atendida en Salud Mental

Se ha identificado un aumento progresivo de captación de personas con trastornos mentales, trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia en los años posteriores a la pandemia por COVID-19, luego de la reducción identificada en el uso de servicios de salud por estas causas durante el año 2020. Encontrando que durante el año 2023 8,4 personas en la ciudad fueron atendidas por alguno de estos trastornos, siendo ligeramente mayor esta asistencia en las mujeres (8,82 de cada 100) que en hombres (7,91). Los trastornos más frecuentemente presentados pueden variar en función de la edad de la persona atendida, pero en general hay un predominio de los trastornos de ansiedad (22,25 de cada 1000 habitantes para el año 2023) trastornos del sueño vigilia (15,82), Trastornos del ánimo, incluyendo la depresión (12,72 de cada 1000) y trastornos del neurodesarrollo, principalmente en niños hasta los 11 años y trastornos neurocognitivos, los cuales predominan en personas mayores ⁸³. (Ver anexo Morbilidad Atendida, Hoja Morb_Salud_Mental Tasas).

Mortalidad trastornos mentales y del comportamiento

Las tasas de mortalidad ajustada por trastornos mentales han aumentado en Bogotá, alcanzando 4.94 en mujeres y 4.03 en hombres en 2023. Las mujeres experimentaron un incremento más pronunciado, lo que podría reflejar el impacto

de la pandemia y factores sociales específicos. En hombres, el aumento ha sido más moderado, pero también significativo. El total general en 2023 fue de 4.63 por cada 100.000 habitantes ⁶⁵. Este aumento podría indicar un mayor reconocimiento de los trastornos mentales o un agravamiento de la situación, resaltando la importancia de mejorar la atención en salud mental. (Anexo Indicadores en Salud Figura 18)

Mortalidad por epilepsia

Entre 2005 y 2023, la tasa ajustada de mortalidad por epilepsia en Bogotá muestra fluctuaciones tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres, la tasa se mantuvo relativamente baja, con un aumento en 2020 (1,51) y 2023 (1,53). En los hombres, la tasa experimentó un incremento notable a partir de 2019, alcanzando 2,52 en 2023, la cifra más alta en el período analizado. A pesar de las variaciones, la tasa total de mortalidad por epilepsia también presenta un aumento hacia 2023 (1,98), lo que podría señalar un agravamiento de la condición o mejor reconocimiento de los casos ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud Figura 19)

3.2.2.5 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Aunque la desnutrición aguda en menores de 5 años presenta una tendencia a la disminución pasando en 2020 de 3,7% a 1,8% en 2023, el riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años aumentó pasando del 12% en el año 2020 al 12,7% en el año 2023 ⁸⁴. (Anexo Indicadores en Salud Figura 20).

La malnutrición (sumatoria de exceso y déficit según el índice de masa corporal para la edad) en población de 5 a 17 años muestra una disminución del exceso de peso del 28,8% en 2020 al 21,8% en 2023, atribuida en parte a los efectos de la pandemia, como mayor tiempo frente a pantallas y menor actividad física. Sin embargo, preocupa que 37 de cada 100 niños aún presenten alteraciones nutricionales con posibles impactos futuros en su salud y calidad de vida ⁸⁴. (Anexo Indicadores en Salud Figura 21)

Trastornos de la conducta Alimentaria

Se han identificado aumento en el número de consultas asociadas a trastornos de la conducta alimentaria en el Distrito Capital durante el periodo 2018 a 2022, tales como anorexia, bulimia, hiperfagia, vómitos asociados a alteraciones psicológicas y otros trastornos relacionados con la infancia, especialmente en mujeres y a partir de los 60 años. Los picos más altos de consultas se registran en los grupos de 10 a 14, 15 a 19 y 80 años o más, con tasas más altas en mujeres que en hombres en cada grupo ⁶⁴. Este aumento puede estar asociado tanto a un aumento en el número

de casos como al registro del diagnóstico en las consultas, por lo cual se requiere continuar con el monitoreo del indicador (Anexo Indicadores en Salud Tabla 6).

Mortalidad por Desnutrición

Entre 2009 y 2023, las tasas de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Bogotá han mostrado una tendencia general a la disminución, con fluctuaciones ocasionales. La tasa más alta fue en 2009 (3.04 muertes por cada 100.000 menores de 5 años), pero desde 2010 ha descendido, llegando a cero muertes en 2018 y 2022. Aunque hubo pequeños aumentos en algunos años, como en 2016 y 2021, la tendencia general fue a mantenerse en cero muertes por esta causa. Estos resultados reflejan los avances en la reducción de la mortalidad infantil por desnutrición, a pesar de desafíos como la pandemia de COVID-19 ⁶⁵. (Anexo Indicadores en Salud Figura 22).

Entre 2012 y 2023, las tasas de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Bogotá han sido consistentemente más bajas que en Colombia. Mientras que Bogotá alcanzó cero muertes en 2017 -2020 y 2022 a 2023, las tasas nacionales mostraron fluctuaciones más amplias, con picos en 2018 y 2022. Esto refleja un mejor control de la mortalidad por desnutrición en Bogotá en comparación con el resto del país. (Anexo Indicadores en Salud Figura 22)

Factores como bajo nivel educativo de la madre, empleo informal, desempleo prolongado, aseguramiento en salud, desconocimiento de los riesgos en salud asociados al estado nutricional en la primera infancia, hacinamiento y un acceso limitado a alimentos de alto valor nutricional, presentan grandes diferencias entre localidades. Ciudad Bolívar, Usme, Santa Fe, San Cristóbal y Mártires destacan por condiciones precarias que se relacionan con altos índices de desnutrición aguda, retraso en talla para la edad y bajo peso para la edad.

3.2.2.6 Enfermedades Transmisibles

Situación de enfermedades prevenibles por vacuna y otras transmisibles

En Bogotá, el análisis de coberturas basado en cohortes de nacidos vivos muestra cifras más altas que las calculadas con la meta del MSPS debido a una población neta menor. En 2022, la cobertura alcanzó el 96.3% con 67,011 nacidos vivos. En la última década, las coberturas han sido heterogéneas, con el grupo de cinco años mostrando los mejores resultados en nueve de los 10 años, excepto en 2023. Los menores de un año y de un año lograron coberturas del 85% o más en ocho de los 10 años ⁸⁵. (Anexo Indicadores en Salud Tabla 6)

En 2023, las enfermedades transmisibles en Bogotá mostraron un aumento en la incidencia de algunas infecciones. La Hepatitis A subió a 5.97 casos por 100.000 habitantes, mientras que la meningitis y la varicela también registraron incrementos. La incidencia de meningitis pasó de 0,9 a 1,8 casos, y la de varicela aumentó de 54.9 a 65.4 casos por 100.000 habitantes. La parotiditis se mantuvo estable en 17.8 casos por 100,000. En contraste, la tosferina disminuyó, y no se reportaron casos de parálisis flácida aguda, difteria, tétanos neonatal, rubéola congénita ni sarampión-rubéola. La mortalidad por tuberculosis se mantuvo baja, con un pico de 1.12 casos en 2021 y una tasa de 0.99 en 2022 y 2023. (Anexo Indicadores en Salud Tabla 2).

Mortalidad por IRA

En Bogotá y Colombia, la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años disminuyó notablemente en 2020, con reducciones del 71.5% y 49.3%, respectivamente, gracias a medidas como el aislamiento durante la pandemia. Sin embargo, localidades como Usme y Ciudad Bolívar concentraron las tasas más altas, reflejando desigualdades según el IPM y el NBI. En Bogotá, la tasa alcanzó su nivel más bajo en 2020 tras una reducción acumulada del 86.9% desde 2008, pero aumentó en 2021. A nivel nacional, la tasa superó a la de Bogotá desde 2013, con un comportamiento similar en la pandemia, seguido de un aumento en 2022 ⁸⁶. (Anexo Indicadores en Salud Figura 30).

Mortalidad por EDA

En Bogotá, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años ha mantenido niveles bajos desde 2020, sin casos en 2023, aunque persiste la necesidad de fortalecer medidas como el lavado de manos y acceso a agua potable. Desde 2006, cuando la tasa era de 2.9 por 100,000 niños, ha disminuido significativamente, alcanzando su nivel más bajo en 2020 (0.2), aunque con un aumento a 0.8 en 2022. A nivel nacional, la tasa también disminuyó, pero sigue siendo mayor (4.7 en 2022), reflejando problemas de saneamiento básico que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible (Anexo Indicadores en Salud Figura 31)

3.3 CONCLUSIONES

En la ciudad se ha identificado una mejora progresiva de indicadores relacionados con la ocurrencia de ciertas enfermedades infecciosas y asociadas al periodo materno o perinatal, y en la mortalidad prematura asociada a enfermedades crónicas, sin embargo, se siguen presentando amplias diferencias en aquellas zonas de la ciudad en las cuales se documenta más pobreza multidimensional o en la cual se tienden a concentrar poblaciones vulnerables lo cual implica retos para el

abordaje y gestión integral para la reducción de estas brechas, lo cual inicia con la georreferenciación y diseño de indicadores combinados que permitan evaluar los diferentes fenómenos relacionados y avanzar en los ejercicios de priorización para el abordaje.

3.4 PROBLEMÁTICAS

3.4.1 Problemática 1: "Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)"

Aunque la ciudad cuenta con una alta cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en salud (superior al 90% de la población) se identifican brechas en la afiliación de poblaciones especiales como lo migrantes venezolanos en donde esta proporción corresponde al 34,9%

Esta proporción de afiliación es desigual entre las diferentes zonas de la ciudad encontrando proporciones menores en localidades periféricas como Sumapaz y La Candelaria presentan la menor proporción de afiliados, áreas centrales concentran la mayor parte de la población afiliada, reflejando inequidades territoriales en el acceso a los servicios de salud según cifras de aseguramiento.

Se identifica también la concentración de Afiliados en unas pocas EAPB de la ciudad, tales como Sanitas, Compensar y Famisanar, las cuales en su conjunto concentran el 87,5% de los afiliados al régimen contributivo, mientras que Capital Salud, Famisanar y Compensar concentran el 90% de los beneficiarios del régimen subsidiado. Esto plantea un desafío significativo para la equidad y la eficiencia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá debido a la saturación de la infraestructura de atención y a la calidad de los servicios prestados, especialmente en un contexto donde los recursos deben garantizar la cobertura oportuna y adecuada para toda la población afiliada. Además, la limitada diversificación entre EPS podría dificultar la capacidad de respuesta frente a aumentos de demanda o problemas en la operación de alguna entidad.

Asociado a esta afiliación concentrada a determinadas EAPB se identifican limitaciones asociadas a la distribución de los prestadores de servicios de salud en la ciudad concentrados en ciertas áreas, los cuales generan inequidades en el acceso a la población, tanto por la dinámica de la contratación de servicios de las EAPB como por la distribución de la oferta de los prestadores de servicios de salud en la

ciudad. Así se evidencia una marcada desigualdad territorial, con una concentración significativa de los recursos y servicios en la zona Norte de la ciudad, donde se registra el 66,12% de la capacidad instalada y el 72,46% de la oferta en servicios de salud. Esta zona presenta una razón de camas de 2,82 por cada 1.000 habitantes lo que contrasta significativamente con las zonas Sur y Sur Occidente, que muestran un déficit marcado con 0,53 y 0,88 camas por cada 1.000 habitantes, respectivamente.

La predominancia del sector privado, que representa el 99,82% de los prestadores y el 99,12% de las sedes, resalta el papel limitado del sector público en la oferta de servicios de salud, especialmente en zonas rurales y áreas con menores niveles de desarrollo económico. A pesar de que las IPS públicas cubren ciertas zonas rurales en el sur del distrito, otras áreas rurales como Santa Fe, Suba y Chapinero carecen de acceso adecuado, dejando a la población en estas localidades sin cobertura en una distancia inferior a 30 minutos caminando.

La distribución de servicios también refleja una priorización en la oferta de baja y mediana complejidad con 59,27% del total de servicios clasificados según normatividad vigente, teniendo en cuenta que la complejidad depende de las condiciones de salud que se atiendan o se requieran, los servicios de alta complejidad representan el 2,01%, esto sugiere cierta limitación de la capacidad de respuesta para condiciones de salud críticas en las áreas más vulnerables.

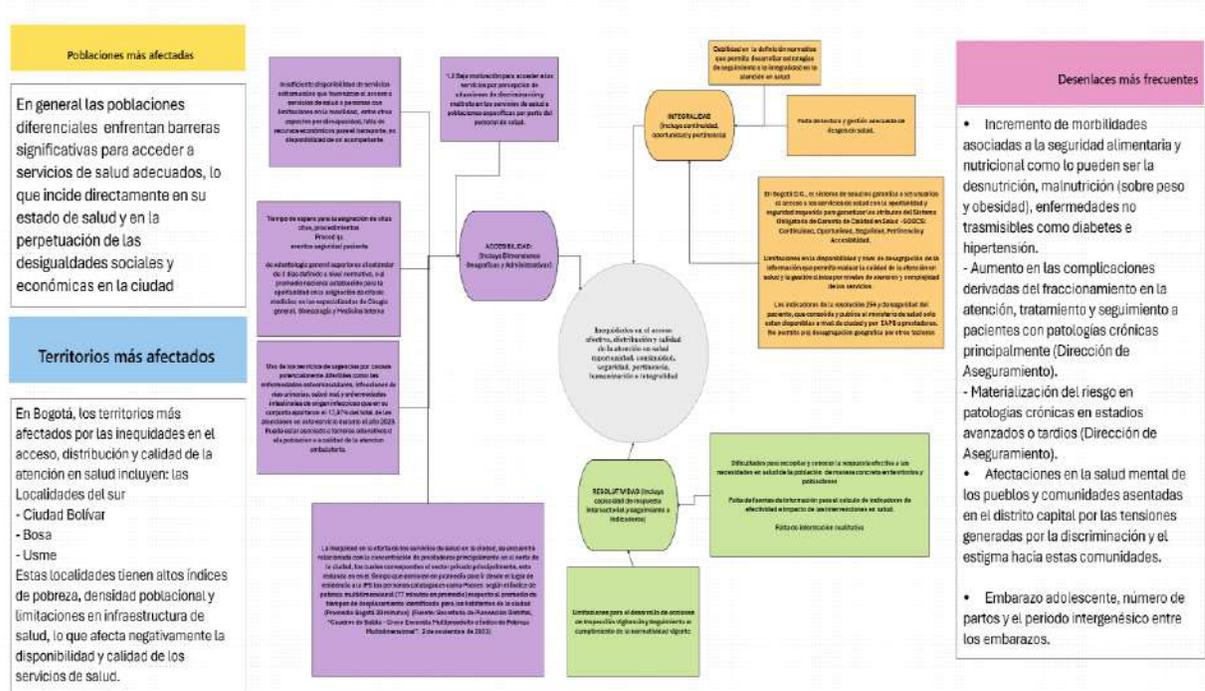
Además, la transición demográfica hacia una población más envejecida, en muchos casos en entornos desfavorables, incrementa la presión sobre el sistema de salud, al tiempo que subraya la necesidad de un enfoque más equitativo que priorice la atención integral en las zonas más desprotegidas.

Por otra parte se identificaron brechas en la prestación del servicio de bajo nivel de complejidad en localidades con mayores índices de pobreza multidimensional ⁸⁷, y a partir del análisis de la información documentada de tiempos de desplazamiento hacia los servicios de salud en localidades con baja oferta de prestadores tales como Sumapaz, Mártires, Usme, Bosa, Ciudad Bolívar y Santafé ⁴⁸; o en donde los prestadores disponibles no realizan la atención de especialidades básicas como psicología, medicina interna, pediatría, o ginecobstetricia a la población por no disponibilidad de la oferta del servicio o dinámicas en la contratación de estos por parte de las EAPB, lo cual pudo evidenciarse con el análisis comparativo de las coberturas de atención a individuos únicos según la localidad de prestación respecto a la población residente en la localidad ⁶⁴

A nivel de calidad de los servicios de salud se identificó que en la ciudad de Bogotá se cuenta con indicadores de tiempos de espera para la asignación de citas generales de medicina y odontología general superiores al estándar de 3 días definido a nivel normativo, o a los 5 días definidos para acceder a consultas especializadas, siendo más crítico el acceso a las consultas de Medicina Interna (13,71 días), Cirugía general (11.36 días) y Ginecología (9,82 días)⁵⁹, lo cual se correlaciona con las principales barreras de acceso y quejas reportadas por los usuarios en la ciudad.

En otros indicadores de calidad se identifica tiempos de atención en el servicio de urgencias a personas clasificadas como Triage II de 33 minutos, lo cual aunque es apenas ligeramente superior al estándar definido (30 minutos) puede aun optimizarse si se mejora la atención ambulatoria de las condiciones crónicas cuyas complicaciones pueden generar atenciones en este servicio (P ej. hipertensión y diabetes y enfermedades osteomusculares)⁶⁴

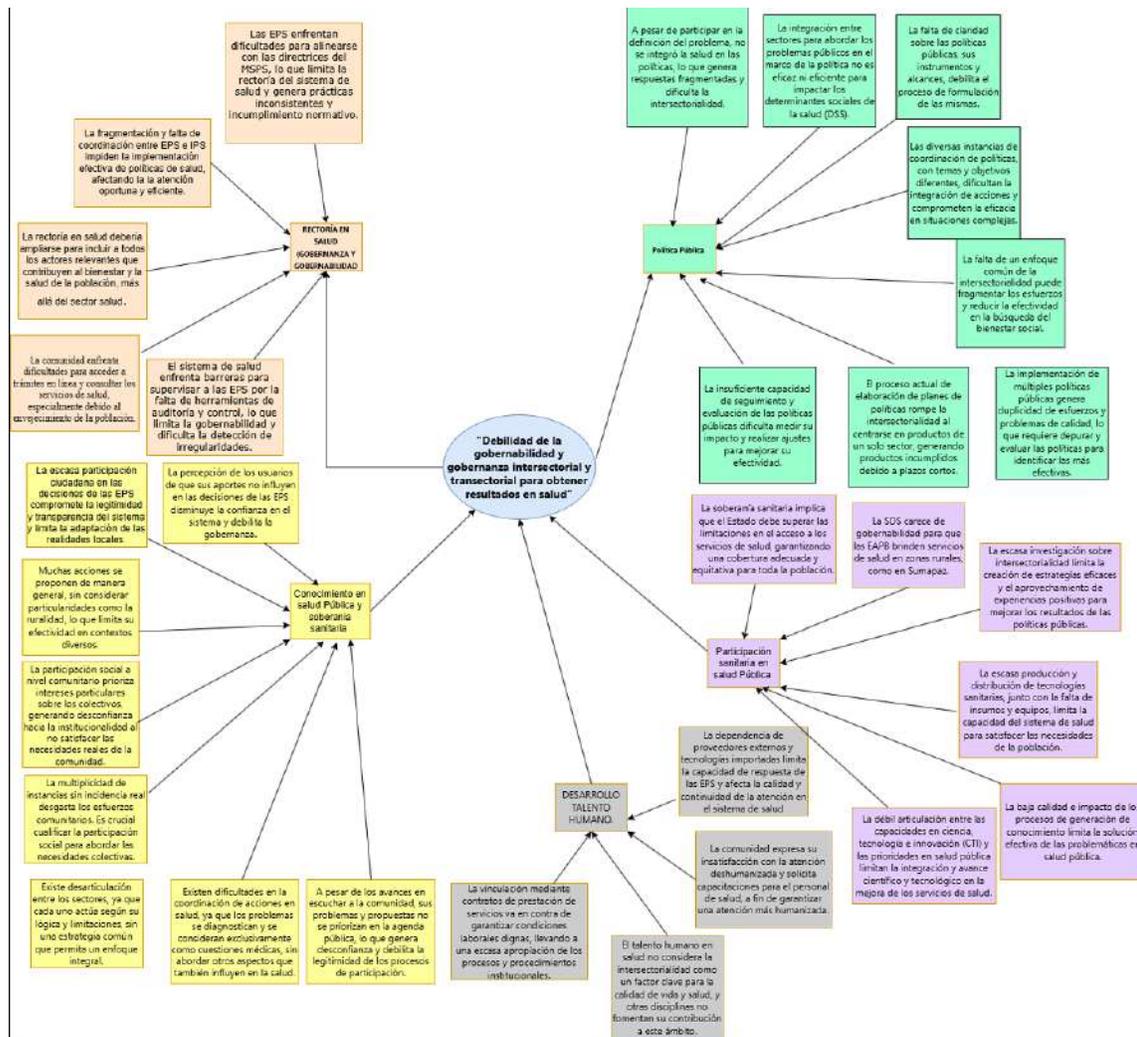
Figura 5 Núcleos de inequidad sociosanitaria problema: Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud



Fuente: Mesas para la planeación de Salud, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá 2024

3.4.2 Problemática 2. "Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud"

Figura 3 Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud



Fuente: Mesas para la planeación de Salud, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá 2024

La gobernanza y gobernabilidad en Bogotá enfrentan retos significativos, particularmente en la gestión de políticas públicas en salud. A pesar de existir guías y esfuerzos de fortalecimiento de capacidades, persiste la falta de claridad en los alcances y usos de estas políticas, lo que lleva a una multiplicidad de acciones fragmentadas. Esto dificulta la construcción de políticas coherentes y la respuesta integral de los diferentes sectores involucrados.

La creación de otros espacios (mesas, comités, comisiones) de naturaleza transitoria pero que se instauran en periodos prolongados y no se articulan con los espacios normados de políticas, lo cual genera un desgaste técnico y operativo para cumplir con los compromisos que se derivan de este, fragmentando la visión y respuesta integral de la política pública.

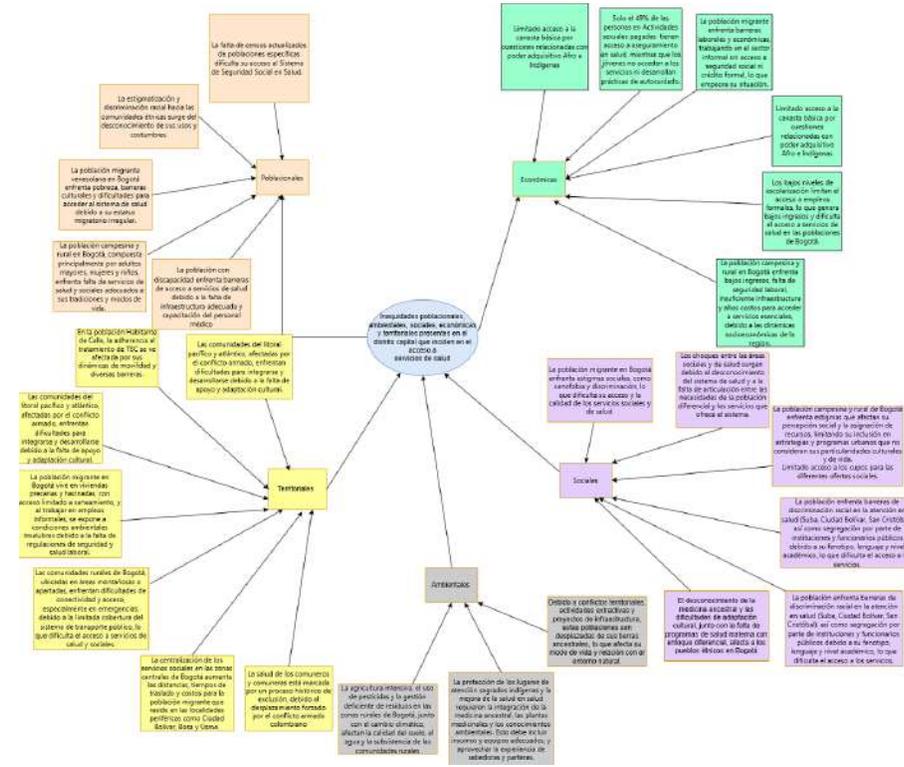
Otro de los problemas es la existencia de relaciones de poder entre los sectores al interior de las instancias y espacios de coordinación a nivel Distrital y local, que se expresa en que el sector a cargo de la instancia determina su alcance y prioridades, una manifestación de este tipo de relaciones en ese nivel es la limitada corresponsabilidad de los demás sectores participantes quienes no se involucran activa y constantemente en la gestión y el logro de resultados.

En cuanto a las situaciones relacionadas con la rectoría, la participación social y la gobernanza en Salud en la Ciudad de Bogotá enfrenta desafíos significativos debido a la diversidad poblacional y cultural de la ciudad, así como a la fragmentación del sistema de salud. La distribución desigual de los recursos, con una concentración de servicios en la zona nororiental y deficiencias en el sur, como en Ciudad Bolívar y Usme, genera desigualdades en el acceso y la calidad de la atención. Además, la falta de coordinación interinstitucional agrava estos problemas, ya que los diferentes sectores no trabajan de manera articulada, lo que dificulta la implementación de políticas públicas integrales.

En cuanto a la participación ciudadana, se identifican varias limitaciones que afectan la gobernanza en salud. La representatividad es baja, especialmente entre jóvenes y adultos, y existe desinformación sobre los procesos de participación. Muchos ciudadanos sienten que su participación no tiene impacto debido a promesas incumplidas, lo que genera desconfianza en las instituciones. Además, la falta de alineación entre las políticas del distrito y las necesidades reales de las comunidades, así como la duplicación de esfuerzos entre entidades, contribuye a la fragmentación de la respuesta. Superar estos retos requiere un compromiso conjunto entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado para construir un sistema de salud más inclusivo y equitativo.

3.4.3 Problemática 3. Inequidades poblacionales, 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

Figura 6 Inequidades poblacionales, 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



Fuente: Mesas para la planeación de Salud, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá 2024

El acceso a los servicios de salud en Bogotá está marcado por múltiples barreras que afectan principalmente a las comunidades étnicas, migrantes, rurales y vulnerables. Las comunidades étnicas, como afrocolombianos e indígenas, enfrentan obstáculos relacionados con el desconocimiento de sus prácticas de salud, la discriminación racial y la falta de integración de la medicina tradicional. Esto se ve exacerbado por la pobreza y la falta de acceso a la canasta básica, limitando su acceso a una atención adecuada. En particular, los migrantes, especialmente los venezolanos con estatus migratorio irregular enfrentan barreras que les impiden afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que restringe su acceso a atención integral.

Las comunidades rurales y campesinas, muchas de ellas con adultos mayores, mujeres y niños, también sufren dificultades para acceder a servicios de salud debido a la inaccesibilidad geográfica y la falta de infraestructura tecnológica y actualizada. Además, las condiciones socioeconómicas de estos territorios dificultan la adquisición de alimentos básicos y agravan las disparidades en salud. La discriminación en áreas como Suba, Ciudad Bolívar y San Cristóbal aumenta las barreras, especialmente hacia los migrantes y poblaciones indígenas, quienes se enfrentan a prejuicios raciales y xenofóbicos que afectan su acceso a los servicios de salud.

La discapacidad también es un factor importante, ya que muchas personas con condiciones de discapacidad no están certificadas, lo que limita su acceso a servicios de salud y recursos sociales. Además, la migración forzada, producto del conflicto armado, ha incrementado la marginalización de las personas de regiones como Cauca y Putumayo, quienes enfrentan barreras lingüísticas y culturales para acceder a atención médica. La centralización de los servicios en áreas urbanas y la falta de capacitación cultural del personal de salud agravan estas desigualdades, especialmente en las periferias de Bogotá.

Las comunidades rurales se ven aún más afectadas por el uso intensivo de pesticidas, la contaminación del agua y la falta de acceso a recursos naturales esenciales, lo que impacta negativamente su salud. El desarraigo cultural y la adaptación a entornos urbanos también conllevan a la pérdida de costumbres y el debilitamiento de sus prácticas tradicionales.

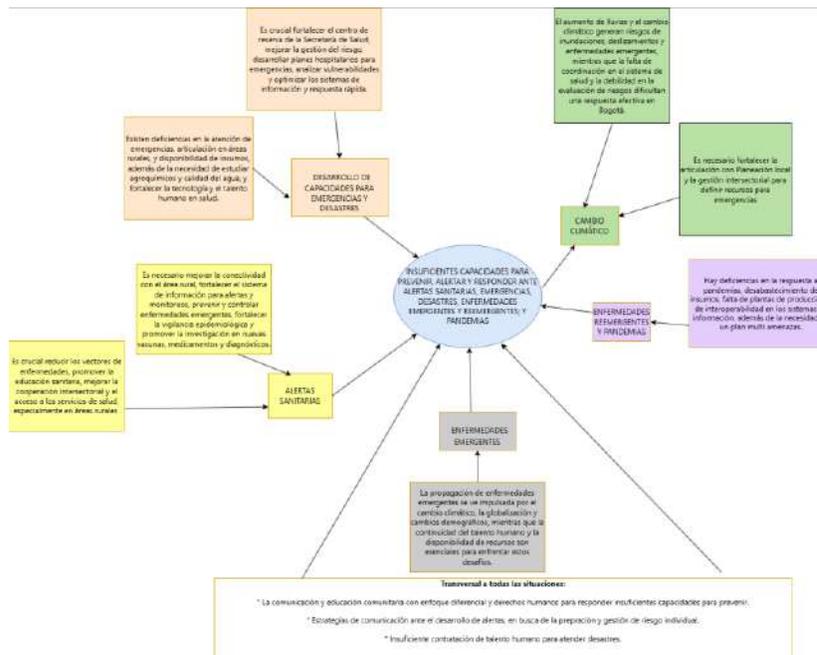
La inequidad de ingresos, producto de la discriminación y exclusión, afecta principalmente a los más vulnerables: personas sin hogar, migrantes, trabajadores informales, y grupos LGTBIQ+, quienes viven en condiciones precarias que exponen su salud a mayores riesgos. Las enfermedades crónicas e infecciosas afectan de manera desproporcionada a estas poblaciones debido a las desigualdades sociales y ambientales.

Además, las inequidades de género y territoriales también agravan las disparidades en el acceso a servicios de salud. Las desigualdades de género, asociadas con roles y expectativas sociales, afectan de manera diferente a hombres, mujeres y personas trans. Las inequidades territoriales, por su parte, resultan de la concentración de servicios de salud en ciertas áreas geográficas, dificultando el acceso a atención especializada en las zonas periféricas.

Finalmente, la inequidad documental, derivada de la falta de registros y documentación oficial, limita aún más el acceso a servicios de salud continuos,

restringiéndolo a emergencias y prevención. La falta de comprensión de las dinámicas sociales de las poblaciones vulnerables por parte de las instituciones dificulta la creación de políticas públicas efectivas para mejorar su acceso a la atención integral en salud.

3.4.4 Problemática 4: "Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres"



Fuente: Mesas para la planeación de Salud, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá 2024

Bogotá, con más de 8 millones de habitantes en 2024, enfrenta serios retos en salud pública debido a su rápido crecimiento poblacional, principalmente por migración interna e internacional. Esto aumenta la densidad poblacional y contribuye a problemas como la pobreza, desempleo y la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, lo que agrava la carga de enfermedades. Además, diversos factores como el cambio climático, el uso excesivo de antibióticos, y el crecimiento de la resistencia antimicrobiana, incrementan la vulnerabilidad frente a enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

La movilidad de personas, especialmente por el aeropuerto de Bogotá, que para el año 2023 fue de cerca de 49.459.000 de pasajeros desde y hacia los aeropuertos

en Colombia es otra amenaza, ya que facilita la propagación de enfermedades infecciosas a nivel local e internacional, si no se toman las medidas preventivas idóneas. La falta de una respuesta efectiva frente a estos brotes, junto con debilidades en la atención integral de salud, dificulta la prevención y el manejo adecuado de emergencias sanitarias.

La pandemia de COVID-19 evidenció la fragilidad del sistema de salud local, subrayando la necesidad de fortalecer capacidades en infraestructura, recursos humanos y coordinación, para enfrentar futuras emergencias. Esta crisis también mostró las limitaciones de la globalización en términos de acceso oportuno a tecnologías y medicamentos esenciales, lo que refuerza la importancia de la autosuficiencia y preparación local ante emergencias.

En cuanto a los retos específicos de salud pública, Bogotá enfrenta problemas derivados del cambio climático, como lluvias intensas, inundaciones y deslizamientos, que afectan a las comunidades más vulnerables de las periferias y zonas rurales, como Sumapaz. Estos fenómenos aumentan el riesgo de enfermedades transmitidas por aire, agua y en general relacionadas con el ambiente, así como enfermedades mentales, mientras que las zonas rurales carecen de infraestructura adecuada y acceso a servicios de salud, lo que complica la respuesta ante emergencias.⁸⁸

Otro factor crítico es la desarticulación entre los actores del sistema de salud, lo que limita la efectividad de la respuesta ante emergencias sanitarias y desastres naturales. Las zonas rurales, como Sumapaz y Usme, enfrentan barreras significativas de acceso a atención médica, lo que agrava problemas de salud como la desnutrición, enfermedades respiratorias e infecciones.

3.4.5 Problemática 5: "Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública."

A partir del análisis conjunto de indicadores y situaciones priorizadas se identifican los siguientes temas que generan vulnerabilidades e inequidades en la Ciudad.

- Enfermedades Crónicas No Transmisibles Constituyen la principal causa de morbimortalidad en la ciudad. Aunque se identificó una reducción en la tasa de mortalidad prematura por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en Bogotá, para personas de 30 a 70 años para el año 2022, este indicador es sensible a la gestión que se realice en los servicios de salud para la atención integral a esta población incluyendo la respuesta eventos de

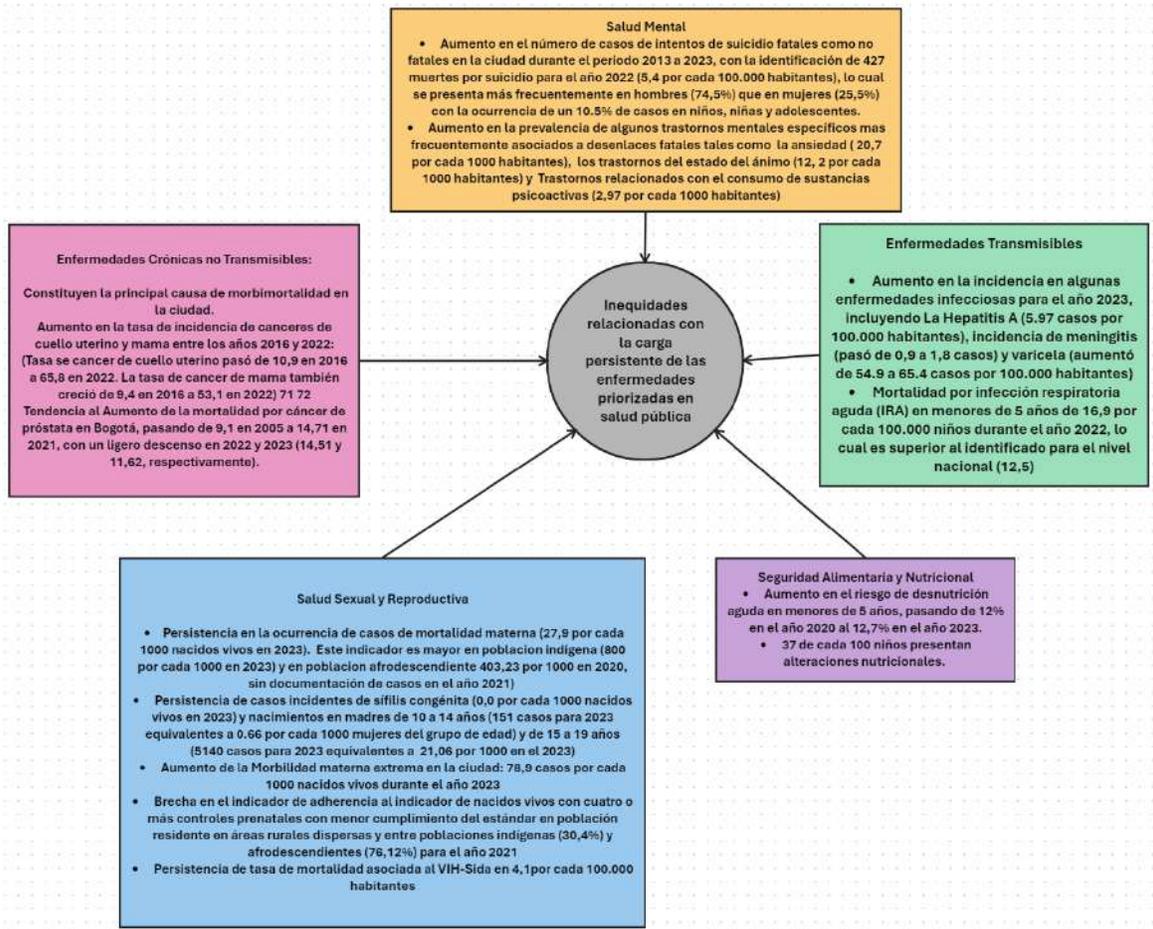
emergencias ante complicaciones específicas (como accidentes cerebrovasculares e infarto agudo de miocardio, responsables del 3,03% y 6,21% de los Años de Vida Saludable Perdidos en Colombia para el año 2019⁷⁰), y la atención integral en servicios de salud del bajo y medio nivel de complejidad, para el caso de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas y la canalización oportuna hacia servicios de mayor complejidad para el tratamiento integral de otros eventos como los cánceres con mortalidad evitable

- Aumento en la tasa de incidencia de cánceres de cuello uterino y mama entre los años 2016 y 2022: (Tasa de cáncer de cuello uterino pasó de 10,9 en 2016 a 65,8 en 2022. La tasa de cáncer de mama también creció de 9,4 en 2016 a 53,1 en 2022)^{71 72}
- Tendencia al Aumento de la mortalidad por cáncer de próstata en Bogotá, pasando de 9,1 en 2005 a 14,71 en 2021, con un ligero descenso en 2022 y 2023 (14,51 y 11,62, respectivamente).
- Persistencia en la ocurrencia de casos de mortalidad materna (27,9 por cada 1000 nacidos vivos en 2023). Este indicador es mayor en población indígena (800 por cada 1000 en 2023) y en población afrodescendiente 403,23 por 1000 en 2020, sin documentación de casos en el año 2021)⁷⁷
- Persistencia de casos incidentes de sífilis congénita (0,0 por cada 1000 nacidos vivos en 2023) y nacimientos en madres de 10 a 14 años (151 casos para 2023 equivalentes a 0.66 por cada 1000 mujeres del grupo de edad) y de 15 a 19 años (5140 casos para 2023 equivalentes a 21,06 por 1000 en el 2023)⁷³
- Aumento de la Morbilidad materna extrema en la ciudad: 78,9 casos por cada 1000 nacidos vivos durante el año 2023
- Brecha en el indicador de adherencia al indicador de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales con menor cumplimiento del estándar en población residente en áreas rurales dispersas y entre poblaciones indígenas (30,4%) y afrodescendientes (76,12%) para el año 2021^{65,74}
- Persistencia de tasa de mortalidad asociada al VIH-Sida en 4,1 por cada 100.000 habitantes⁷⁵
- Aumento en el número de casos de intentos de suicidio fatales como no fatales en la ciudad durante el periodo 2013 a 2023⁷⁹, con la identificación de 427 muertes por suicidio para el año 2022 (5,4 por cada 100.000 habitantes), lo cual se presenta más frecuentemente en hombres (74,5%) que en mujeres (25,5%) con la ocurrencia de un 10.5% de casos en niños, niñas y adolescentes.
- Este evento se ha asociado a la prevalencia de algunos trastornos mentales específicos como los trastornos del estado del ánimo (especialmente la depresión) la ansiedad y el abuso de sustancias, los cuales se han identificado

en aumento al analizar las causas de atención por salud mental en servicios de salud (Trastorno de ansiedad: 20,7 por cada 1000 habitantes para el año 2023 con mayor frecuencia en mujeres: 27,6; Trastorno del ánimo: 12, 2 por cada 1000 habitantes con mayor frecuencia en mujeres: 17,02 para el año 2023; y Trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas: 2,97 por cada 1000 con mayor frecuencia en hombres: 4,63 por 1000 para el 2023)⁸³; así como los incidentes gestionados por la línea 123

- Aumento en el riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años, pasando de 12% en el año 2020 al 12,7% en el año 2023 ⁸⁴
- 37 de cada 100 niños presentan alteraciones nutricionales con posibles impactos futuros en su salud y calidad de vida ⁸⁴.
- Aunque la Mortalidad por Desnutrición han mostrado una tendencia general a la disminución, durante los años 2009 a 2023, con 0 casos durante los años 2018 y 2022, debe continuarse con el monitoreo continuo de este indicador y de la gestión relacionada para la atención integral de las personas con este riesgo.
- Aumento en la incidencia en algunas enfermedades infecciosas para el año 2023, incluyendo La Hepatitis A (5.97 casos por 100.000 habitantes), incidencia de meningitis (pasó de 0,9 a 1,8 casos) y varicela (aumentó de 54.9 a 65.4 casos por 100.000 habitantes)
- Mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años de 16,9 por cada 100.000 niños durante el año 2022, lo cual es superior al identificado para el nivel nacional (12,5) ⁸⁶

Figura 7 Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública



Fuente: Mesas para la planeación de Salud, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá 2023-2024

CAPÍTULO 4 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

4.1 Respuesta frente a la problemática “inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)”

La respuesta institucional e intersectorial planteada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. para el período 2024-2027, orientada a superar las inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (incluyendo la oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad), incorpora las siguientes intervenciones en el Distrito Capital:

- Garantizar y mantener la cobertura del 100% de aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital. Según la línea de base de 2023, la población afiliada al SGSSS asciende a 8.017.874 personas, de las cuales 6.091.109 corresponden al Régimen Contributivo, 1.736.028 al Régimen Subsidiado (1.392.805 con SISBEN y 343.223 sin SISBEN), 190.737 a Regímenes de Excepción, y 110.593 a residentes de otros municipios.
- Implementar tres mecanismos para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud. Estos mecanismos se enfocan en la IVC (intervención en la vinculación y cobertura) de los prestadores de servicios de salud, la reducción de tutelas, y el acompañamiento y atención oportuna a los pacientes mediante la estrategia del "navegante" en el sector salud.
- Mejorar, dotar, reponer, construir y/o reforzar el 100% de las infraestructuras de las Unidades de Servicios de Salud priorizadas y viabilizadas, dentro del contexto del Modelo de Salud + Bienestar.
- Finalizar la construcción de cinco infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud, dos diseños de infraestructuras en salud, y avanzar en la ejecución y/o operación de dos infraestructuras hospitalarias con vigencia futura (APP Engativá, San Juan de Dios), así como garantizar la APP de Bosa.
- Implementar el 100% del plan de acción del Modelo de Relacionamiento Integral con la Ciudadanía, con el objetivo de promover el acceso a los servicios de salud.
- Definir y establecer el mecanismo para la articulación en todos los niveles prestacionales y programas que componen el modelo de salud de Bogotá, asegurando su integración con los regímenes de excepción, como los de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, así como con otras poblaciones que los conforman.
- Como respuesta transversal a todas las problemáticas, implementar el Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar", basado en la Atención Primaria Social, con el fin de mejorar el acceso efectivo, equitativo, resolutivo y de

calidad a los servicios de salud, contribuyendo al ejercicio pleno del derecho a la salud de la población de Bogotá D.C.

- Estas acciones, que se están llevando a cabo desde la Secretaría Distrital de Salud, forman parte de las respuestas estratégicas detalladas en el documento ASIS.

4.2 Respuesta frente a la problemática: "Debilidad de la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud"

En relación con la gobernanza y participación, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Establecer una instancia de gobernanza en salud pública y Atención Primaria Social para abordar los determinantes sociales de las inequidades en salud.
- Implementar y evaluar cuatro líneas de acción para fortalecer la gobernanza y la intersectorialidad, enfocadas en la gestión de políticas, la descentralización, la participación social y el análisis de inequidades en salud.
- Desarrollar un Plan de Acción de transformación digital, creando un sistema de información interoperable para la atención, monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social.
- Implementar una estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para mejorar las capacidades institucionales y tecnológicas de la Secretaría Distrital de Salud.
- Implementar el Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar", basado en la Atención Primaria Social, para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, garantizando el derecho a la salud de la población.

Otras acciones, que se están llevando a cabo desde la Secretaría Distrital de Salud, forman parte de las respuestas estratégicas detalladas en el documento ASIS.

- Gestión de 36 políticas públicas distritales.
- Liderazgo, en el marco del Consejo distrital de estupefacientes, alistamiento de la formulación del Instrumento de Acción Pública (IAP) para la Política Pública de Sustancias Psicoactivas de Bogotá D.C.

4.3 Respuesta frente a las inequidades poblacionales, 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

Esta respuesta Institucional, Sectorial e Intersectorial, que forma parte del Plan Territorial, contempla las siguientes intervenciones:

- Vincular al 100% de las personas identificadas por el sector salud con un enfoque poblacional, diferencial y de curso de vida, considerando aspectos como etnia, género, orientaciones e identidades diversas, y condiciones o situaciones particulares. Esto incluirá su integración en acciones individuales, colectivas y poblacionales dentro de la oferta de salud.
- Implementar una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental en cada localidad.
- Gestionar e implementar un plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil, que garantice la atención de todos los niños, niñas y adolescentes (NNA) identificados desde el sector salud.
- Garantizar el acceso de 17.280 personas víctimas del conflicto armado a las medidas de rehabilitación establecidas en la Ley 1448 de 2011, a través del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y sus estrategias diferenciales.

Como respuesta transversal a todas las problemáticas, se complementará el Modelo de Salud de Bogotá "MAS Bienestar", basado en la Atención Primaria Social, para mejorar el acceso efectivo, equitativo, resolutivo y de calidad a los servicios de salud, contribuyendo al ejercicio pleno del derecho a la salud de la población de Bogotá D.C.

Estas son otras acciones que se están realizando desde la secretaria Distrital de Salud y que están incorporadas en la anterior respuesta:

- Identificar y abordar las necesidades específicas de las poblaciones, lo cual debe traducirse en acciones pedagógicas que promuevan y protejan los derechos en salud. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, la atención integral en salud tiene mecanismos débiles y poco efectivos para abordar adecuadamente las necesidades de las poblaciones, especialmente cuando se consideran las dinámicas sociales concretas que afectan a estas comunidades.
- Existen barreras en el acceso y permanencia en servicios de salud debido a limitaciones en oportunidad, continuidad, calidad, detección temprana y rehabilitación integral, junto con recursos insuficientes y fallos en la acción

del Estado, mercado, educación en salud dentro de las familias y en la gobernanza multinivel.

- Implementar estrategias que fortalezcan la capacidad de las instituciones de salud para proporcionar servicios de calidad y accesibles. Esto incluye mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención, optimizar la asignación de recursos y fortalecer los sistemas de información y monitoreo. Además, es crucial promover la educación en salud a nivel comunitario y familiar, así como asegurar una gobernanza efectiva y transparente que permita una respuesta más ágil y eficiente a las necesidades de la población.
- En lo correspondiente a la distribución de la oferta de servicios, las respuestas y oportunidades en materia de asistencia social y económica, es crucial implementar medidas que mejoren la oportunidad, continuidad y calidad de la prestación de servicios, así como los procesos de detección temprana y rehabilitación integral. Además, es necesario aumentar y optimizar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de la población y cumplir con las políticas públicas vigentes.
- En la atención en salud es fundamental garantizar un trato digno y humanizado por parte de los prestadores de servicios, promoviendo la complementariedad en la oferta de atención y asegurando que el talento humano en salud incorpore enfoques interculturales. Asimismo, es necesario diversificar las prácticas relacionadas con la medicina ancestral y la partería, además de gestionar eficazmente los tiempos de espera para mejorar la oportunidad en la atención. La gestión integral del riesgo en la atención al paciente debe ser prioritaria, al igual que el fortalecimiento de capacidades en infraestructura y equipamiento en salud.
- Desde servicio al ciudadano y participación social en articulación con diversas instituciones se realizan actividades en beneficio de la comunidad, destacando el trabajo del IDR, la Secretaría de Integración Social, el Instituto de Bienestar Familiar y otros organismos. Estas entidades trabajan con poblaciones vulnerables, como la comunidad LGTBIQ+, personas en situación de habitabilidad en calle y aquellos de bajos recursos que no tienen acceso a atención médica. Se ofrecen programas que incluyen alimentación, atención para la tercera edad, y prevención de enfermedades crónicas como la hipertensión.

4.4 Respuesta frente a la problemática de emergencias y desastres

Como respuesta institucional sectorial e intersectorial para esta problemática se van a realizar las siguientes intervenciones:

- Se va a mantener en operación toda de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C. en sus componentes de vigilancia epidemiológica y vigilancia sanitaria para Bogotá D.C.
- Se va a implementar un plan de fortalecimiento del ecosistema de CTeI 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.
- Como respuesta transversal a todas las problemáticas, se va a complementar 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.
- Otras acciones que están incluidas en el ASIS dan respuesta institucional ante situaciones de emergencia sanitaria en Bogotá D.C. involucra una coordinación intersectorial enfocada en la calidad del aire, seguimiento de enfermedades respiratorias, y la implementación de programas preventivos. Se destaca el manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), a través de Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC), así como alertas sobre la contaminación del aire y recomendaciones de salud. En este contexto, se realizan actividades informativas y educativas, especialmente en salud pública, con el objetivo de prevenir la propagación de enfermedades y promover el autocuidado de la ciudadanía.
- A nivel interinstitucional, diferentes actores como la Secretaría de Salud, el ICBF, organizaciones no gubernamentales y entidades públicas y privadas colaboran en la respuesta ante emergencias. Además, se trabaja en la mejora de la caracterización de cohortes de riesgo y la atención de población vulnerable, especialmente en lo relacionado con enfermedades respiratorias y de salud mental.
- En términos de políticas públicas, el sector salud colabora con la implementación de la *Política Pública de Acción Climática 2023-2050*, centrada en la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero y la adaptación a los efectos del cambio climático. La implementación de estrategias como los *Hospitales Verdes* y la vigilancia epidemiológica relacionada con el cambio climático forman parte de los esfuerzos del sector salud para mitigar las consecuencias de la variabilidad climática en la salud de la población.

4.5 RESPUESTA FRENTE A LA PROBLEMÁTICA 5: INEQUIDADES RELACIONADAS CON LA CARGA PERSISTENTE DE LAS ENFERMEDADES PRIORIZADAS EN SALUD PÚBLICA

La respuesta institucional incluida en el Plan territorial y que hace parte del documento ASIS se encuentra:

- Se desarrollan estrategias para favorecer la identificación y gestión de riesgos en la población de la ciudad y la respuesta a las necesidades identificadas mediante las estrategias ya descritas para la implementación del Modelo de Salud Mas Bienestar y el fortalecimiento de la rectoría del sector salud, el acceso y la participación social. Se definen y hacen seguimiento a indicadores y metas específicas para lo cual se destinan recursos para la gestión incluyendo las relacionadas con:
- Identificar y gestionar los riesgos de personas en edad fértil antes de la gestación, lograr captación temprana de gestantes y el acceso oportuno a las diferentes atenciones de la ruta materno perinatal, disminuir gestaciones de alto riesgo en mujeres con condiciones crónicas, reducir la malnutrición en gestantes, promocionar intervenciones en salud para adultos y cuidadores, niñas, niños y adolescentes en la ciudad que busquen su protección y la garantía de su derecho al bienestar, mediante acciones de promoción de la salud integral reconocer los derechos sexuales y reproductivos como garantía de bienestar y la planeación de vidas con proyectos de jóvenes y adolescentes en la ciudad, facilitar el acceso a dispositivos médicos (condón masculino y femenino) para la contribuir a la reducción de eventos negativos en salud sexual y reproductiva, apropiación y reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos en los ciudadanos.
- 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.
- Mantener la tasa de mortalidad infantil por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.
- Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años en menos de 10,3 por mil nacidos vivos ""
- Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno- perinatal
- Mantener por debajo de 29,5 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna
- Mantener a 10 por cada 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad perinatal.
- Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer.

- Lograr la incidencia de sífilis congénita a 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales
- 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 Específica de Fecundidad en mujeres de 15 - 19 años en 18 por 1000 mujeres adolescentes de 15 - 19 años.""
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.""
- Implementar el 100% del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTeI 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.
- 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""
- Implementar el 100% del plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá
- Mantener por debajo de 5,5 por 100.000 habitantes la tasa anual de muertes por suicidio en el Distrito Capital. ""
- 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.

- 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""
- Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.
- Mantener el 100% de la operación de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C.
- Mantener el 100% de la operación de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C.""
- Reducir a menos de 130 x 100.000 habitantes, la tasa de incidencia de morbilidad por eventos inmunoprevenibles.
- Lograr coberturas de vacunación del 95% en los niños y niñas de u año de edad con Triple Viral.
- Lograr coberturas de vacunación del 95% en los menores de un año con terceras dosis de pentavalente
- Mantener en el distrito la tasa de mortalidad por Tuberculosis por debajo de la tasa de mortalidad nacional. ""
- Reducir la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años al 35,4%.
- Llevar a cabo acciones de educación y comunicación en salud alimentaria y nutricional en 1.275.000 habitantes del distrito""
- Reducir la proporción de riesgo por desnutrición aguda al 12% en menores de 5 años
- Mantener por encima del 75% la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
- Aumentar a 400 Salas Amigas de la Familia Lactante del entorno laboral (SAFL-L) con concepto satisfactorio según la normatividad vigente.
- Reducir a 15,7% la prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de 2 años

4.6 CONCLUSIONES

El enfoque en la Atención Primaria en Salud busca priorizar la prevención y la intervención temprana. Sin embargo, existen limitaciones en la implementación efectiva de este modelo debido a la fragmentación del sistema y falta de recursos. La capacidad de las instituciones de salud está comprometida por la saturación de servicios, especialmente en el régimen subsidiado, y por la insuficiencia de redes integradas de atención en áreas rurales y para poblaciones vulnerables.

La gobernanza en salud enfrenta desafíos derivados de la falta de articulación interinstitucional y limitada participación comunitaria, lo que afecta la capacidad de respuesta ante problemáticas de salud.

Las estrategias de inspección y monitoreo de establecimientos de salud y condiciones ambientales han permitido identificar áreas de mejora, pero su impacto depende de una mayor inversión y una planificación integral.



CAPÍTULO 5 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN TERRITORIO.

En las mesas realizadas para el análisis del ASIS, se definió que las problemáticas identificadas y priorizadas se mantienen, ya que la construcción de estas involucra condiciones y circunstancias que afectan de manera diferenciada a los grupos poblacionales en términos de desenlaces en enfermedad o muerte.

Dado que estas condiciones son objeto de intervención y que su transformación implica planes de trabajo que en muchos casos se abordan con diferentes sectores, y que, de igual forma, fueron insumo para la orientación de formulación de acciones definidas en políticas, planes y proyectos, estos aún se están implementando, por lo cual se mantiene el monitoreo y seguimiento de estos; así mismo guarda coherencia con los recursos definidos.

| Criterios | Magnitud | Pertinencia Social e Intercultural | Transcendencia | Factibilidad de la Intervención | Viabilidad de la Intervención |
|---|--|---|---|---------------------------------|--|
| | ¿Cuántas personas son afectadas por el problema? | ¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da? | ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo? | ¿Es posible la intervención? | ¿Las circunstancias permiten realizar la intervención? |
| Problemas | | | | | |
| Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud | Muy Alto | Medio | Muy Alto | Muy Alto | Muy Alto |
| Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública | Alto | Medio | Alto | Alto | Medio |
| Debilidad de la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud | Alto | Medio | Alto | Medio | Medio |
| Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes, y pandemias | Alto | Bajo | Alto | Medio | Medio |
| Inequidades poblacionales, 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 | Alto | Bajo | Alto | Medio | Medio |

CAPÍTULO 6 PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO

Las propuestas de respuesta y recomendaciones del documento ASIS (Análisis de Situación de Salud), están enfocadas en mantener y/o reforzar estrategias, acciones, programas o políticas que se encuentran incorporadas en el Plan Territorial de Salud, con el objetivo de lograr una visión coherente e integral que favorezca la mejora de las condiciones de salud.

Así mismo la Secretaría Distrital de Salud presenta diversas acciones, en el Pilar de Integralidad del Sector Salud, específicamente en los Ejes de Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública, y Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria. Las principales son:

- Continuar la colaboración con EAPB e IPS para mejorar cobertura, calidad de atención y promover la salud, enfocándose en prevención y mantenimiento.
- Desarrollar metas y acciones en los planes de salud, considerando a poblaciones vulnerables como pueblos y comunidades étnicas, mujeres, LGTBIQ+, entre otros.
- Implementar estrategias para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente, con un enfoque en la gestión del riesgo para los afiliados de las EPS.
- Mejorar la recolección y análisis de datos de salud para identificar brechas en el acceso y la calidad de los servicios, con el objetivo de mejorar los reportes a nivel nacional
- Incluir a diferentes grupos etarios y condiciones de salud, no solo a menores de 5 años.
- Abordar los determinantes del bienestar para promover acciones integrales en salud y calidad de vida.
- Asegurar la calidad y precisión de los datos en Vigilancia en Salud Pública (VSP).
- Adaptar las políticas a las necesidades emergentes y factores estratégicos que afectan la salud pública.
- Capacitar a la ciudadanía para prevenir la violencia y promover la convivencia a través de la resiliencia y habilidades blandas.

En el marco del pilar de Territorialización Social, Gobernanza y Gobernabilidad, la Secretaría Distrital de Salud presenta las siguientes propuestas y recomendaciones para los ejes de Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública, Pueblos y Comunidades Étnicas y Campesinas, Mujeres, Sectores LGTBIQ+ y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Climático, Emergencias, Desastres y Pandemias:

- Los bienes y servicios deben estar alineados con los factores estratégicos que afectan los problemas de salud, evitando la fragmentación y promoviendo la

Pag 87 de 104

intersectorialidad para garantizar que los productos respondan de manera coherente a las necesidades de la población.

- Es esencial identificar adecuadamente los problemas públicos para desarrollar planes y acciones coherentes y efectivos, fortaleciendo la capacidad de actores institucionales y sociales. La gestión de gobernanza debe adaptarse a los contextos políticos y territoriales.
- Se debe mejorar los sistemas de información, recursos técnicos y financieros para garantizar la implementación efectiva de políticas, optimizando las instancias de coordinación para asegurar una supervisión eficiente y fomentar la colaboración interinstitucional.
- Se deben implementar estrategias que promuevan la participación ciudadana, la transparencia y la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno, sector privado, universidades y centros de investigación, para diseñar soluciones basadas en evidencia.
- Es fundamental promover mesas de trabajo con líderes comunitarios y otros actores sociales, crear equipos para la resolución de conflictos relacionados con el acceso a servicios de salud, y mejorar la comunicación con la ciudadanía, proporcionando información clara y constante sobre las acciones de salud, para garantizar la transparencia y fomentar la participación.
- Identificar las políticas más robustas e integrales para mejorar su efectividad. Las políticas deben ser intersectoriales y evitar enfoques limitados a un solo sector.
- Implementar políticas colaborativas que beneficien a pueblos étnicos, comunidades campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones vulnerables.
- Mejorar la gobernanza a través de la comisión intersectorial de salud y fomentar la participación ciudadana para empoderar y transformar realidades territoriales.

En el pilar de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) presenta las siguientes propuestas para los ejes relacionados con pueblos y comunidades étnicas, campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones vulnerables, los determinantes sociales de la salud y la atención primaria en salud:

- Es esencial reconocer la individualidad y vulnerabilidades de las personas, y centrar las acciones en comprender sus necesidades y contextos. Se debe trascender la planeación tradicional y vincular a las poblaciones en el diseño de políticas de salud, considerando sus saberes y prácticas diferenciales.
- Poblaciones como las personas en situación de calle, trabajadores sexuales, LGBTIQ+, migrantes irregulares y campesinos enfrentan altos niveles de

discriminación. Es necesario implementar estrategias específicas para reducir inequidades y desigualdades.

- Es fundamental fortalecer la atención de salud diferencial, tanto individual como colectiva, reconociendo la medicina ancestral y tradicional. Se debe fomentar el diálogo intercultural y mejorar la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal de salud.
- Incluir intérpretes y materiales educativos en lenguas originarias para garantizar el acceso a la información sobre salud. Además, se debe promover un sistema de salud descentralizado que respete las cosmovisiones y prácticas culturales de cada comunidad, favoreciendo la participación y acuerdos con las comunidades para generar cambios efectivos.

En el pilar de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en relación con los ejes de cambio climático, emergencias, desastres y pandemias, la Secretaría Distrital de Salud propone las siguientes acciones clave:

- Asegurar la atención a las personas afectadas por emergencias, desastres, brotes y epidemias, mediante el fortalecimiento de la Dirección de Urgencias, Emergencias en Salud y el Sistema de Emergencia Médica (SEM), junto con estrategias de reducción de riesgos y manejo de desastres en salud.
- Capacitar al personal de salud del SEM y a la comunidad en temas de urgencias, emergencias y desastres, así como en la comunicación del riesgo, con el objetivo de proteger la misión médica y mitigar vulnerabilidades.
- Establecer mesas de trabajo con entidades del Sistema
- Integrar el Plan de Gestión Integral de Riesgos de Emergencia y Desastres (PGIRED) en la planificación de salud del Distrito, con acciones plurianuales.
- Contribuir en la coordinación del Sistema Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres e incorporar acciones del sector salud en los planes y estrategias de respuesta a emergencias.
- Impulsar la participación y formación de la comunidad en la gestión del riesgo de emergencias y desastres, para proteger la salud pública.

En el pilar de Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud, la Secretaría Distrital de Salud propone las siguientes acciones:

- Asegurar condiciones de trabajo dignas para el personal de salud, garantizando un ambiente seguro, saludable y con equipamiento adecuado para la atención de los pacientes.
- Promover igualdad de trato, salario y oportunidades de desarrollo profesional sin discriminación por género, orientación sexual, etnia o situación laboral.
- Implementar programas de formación continua y apoyo psicológico para fortalecer las competencias y la salud mental de los trabajadores de la salud.

- Fomentar la contratación estable y la revisión de condiciones laborales para garantizar seguridad y desarrollo profesional a largo plazo.

6.1 CONCLUSIONES

Se propone mejorar la colaboración entre diferentes sectores para garantizar políticas de salud coherentes, efectivas y basadas en evidencia.

La participación comunitaria se destaca como un elemento crucial para asegurar que las políticas y programas de salud respondan a las necesidades específicas de cada territorio.

Es fundamental garantizar la transparencia en la gestión de recursos y la implementación de programas para fortalecer la confianza y la eficiencia en el sistema de salud.

Se subraya la importancia de integrar enfoques que respeten las diferencias culturales y sociales de la población, particularmente en comunidades indígenas, afrodescendientes y migrantes.

La implementación de sistemas de información robustos y la capacitación del talento humano en salud son necesarios para mejorar la equidad y la calidad en la atención sanitaria.

REFERENCIAS

1. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística *et al.* Principales ciudades y sus conurbaciones en Colombia. *Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada* (2022).
2. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. *Decreto 555 de 2021 «Por El Cual Se Adopta La Revisión General Del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C.»*. vol. Registro Distrital 7326 (2021).
3. Secretaría Distrital de Planeación. POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C. (2023).
4. Jardín Botánico de Bogotá. SIGAU Indicadores - Arbolado Urbano de Espacio Público de Bogotá. <https://jbb.maps.arcgis.com/apps/dashboards/d4f25367cfea4b25b5c7bc64f43bb926>.
5. Observatorio del espacio Público de Bogotá.
6. Unidad Administrativa & Especial de Catastro Distrital (UAECD). *Censo Inmobiliario Bogotá 2024*. (Bogotá D.C., 2024).
7. Grandas Medina, S. Bogotá fenómeno de La Niña 2024: No arrojes basuras a las calles | Bogota.gov.co. 25/7/2024 <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/habitat/bogota-fenomeno-de-la-nina-2024-no-arrojes-basuras-las-calles>.
8. RMCAB - Red de monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá. *Informe Anual de Calidad Del Aire de Bogotá, Año 2023*.

<http://rmcab.ambientebogota.gov.co/Pagesfiles/2024IE137633%20Informe%20anual%202023.pdf> (2024).

9. Alfonso Ávila, J. V. Emisiones de contaminantes atmosféricos por el transporte terrestre por carretera en Colombia. (Universidad Nacional de Colombia, 2023).
10. Cortés, J. F. & Grandas Medina, S. Avanza restauración Parque Entrenubes de Bogotá afectado por incendios | Bogota.gov.co. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/ambiente/avanza-restauracion-parque-entrenubes-de-bogota-afectado-por-incendios> (2024).
11. DANE - Estratificación socioeconómica. <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>.
12. Ramírez Arias, C. A. & Torres Alvarado, P. *La pobreza multidimensional en Bogotá en el 2023*. <https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/mercado-laboral-general/la-pobreza-multidimensional-en-bogota-en-el-2023> (2024).
13. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE - Pobreza multidimensional. *DANE - Pobreza multidimensional* <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>.
14. Secretaría Distrital de Planeación. Visor Encuesta Multipropósito Bogotá - Cundinamarca 2021. *Visor de la Encuesta Multipropósito* <https://experience.arcgis.com/experience/dfa5a8a94d9547d1a4336e6975a13c0d/page/Inicio/?draft=true&views=Urbano-y-rural%2C1.-Municipio-urbano-y-rural> (2023).

15. Secretaría Distrital de Planeación. Estrato Socioeconómico. Bogotá D.C. Datos Abiertos Bogotá (2024).
16. Sánchez, G. Primera Línea del Metro de Bogotá tiene avances en obras del 33,35 % | Bogota.gov.co. *Bogotá.gov.co* <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/movilidad/primera-linea-del-metro-de-bogota-tiene-avances-en-obras-del-3335> (2024).
17. Primera Línea del Metro de Bogotá. <https://www.metrodebogota.gov.co/> <https://www.metrodebogota.gov.co/linea-1> (2024).
18. Instituto de Desarrollo Urbano - IDU. Proyecto Avenida-68. <https://www.idu.gov.co/page/avenida-68> (2024).
19. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. *DANE - ¿Cuántos Somos?* <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>.
20. DANE. Serie municipal de población por área, sexo y edad para el periodo 2020-2035. Actualización PostCOVID. (2023).
21. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geoportal del DANE - Geovisor de Autorreconocimiento Étnico. <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/autorreconocimiento-etnico/>.
22. Observatorio de Migraciones, Migrantes y Movilidad Humana (OM3). Migrantes venezolanos en Colombia. *Tableau Public* <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/MigrantesvenezolanosenColombia-Junio2024/MigrantesvenezolanosenColombia> (2024).

23. DANE. Proyección retrospectiva de población de Bogotá 2005-2019. Actualización PostCOVID. (2023).
24. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Chacón Rodríguez, N. & Pacheco, C. Tasa Global y General de Fecundidad por edad en Bogotá D.C. Tablero de Indicadores elaborado a partir de Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005- 2022 (final) y 2023 (preliminar). *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/tasa-global-general-fecundidad-bogota/> (2024).
25. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística, CPEM - Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, & ONU Mujeres, Entidad de las Naciones Unidas para promover la igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. *Mujeres y Hombres: Brechas de género en Colombia*. (2020).
26. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística & RUAF - Registro Único de Afiliados en Salud. Bases de datos DANE - RUAF ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS -Finales 2005-2022. 2023 Preliminar. *Sistema de Estadísticas Vitales* Sistema de Estadísticas Vitales (2024).
27. DANE & Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2018-2035 con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV-Censo DANE 2018 - Convenio Interadministrativo 095 de 2022. (2022).
28. Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público de Bogotá. Reporte Técnico de Indicadores de Espacio Público 2023.

- 29.IDPAC - Instituto Distrital de la Participación y Acción comunal & Gerencia de Etnias. Las voces de las comunidades étnicas, una mirada de sus procesos organizativos (cartilla impresa). (2022).
- 30.DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Maturana Cifuentes, L. A. & UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Condiciones de Vida y Pobreza Multidimensional de Poblaciones Indígenas y Afrodescendientes En Colombia a Partir Del CNPV 2018*.
- 31.Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá & Gómez Baos, A. D. Población Étnica de Bogotá - Pueblo Rrom o Gitano: Kumpania de Bogotá. (2020).
- 32.ODVCA - Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado. Boletín trimestral de víctimas del conflicto armado en Bogotá D.C. Enero a marzo de 2024.
- 33.Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. & Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá. Capítulo 4 - Algunos datos estadísticos de interés de la población con discapacidad en Bogotá | Secretaría Distrital de Gobierno. in *Transformación de imaginarios y paradigmas sobre la discapacidad* (2022).
- 34.Secretaría Distrital de Planeación *et al.* Barreras de Inclusión Social y Productiva para personas con discapacidad. (2024).
- 35.Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Documento Diagnóstico - Política de acogida, inclusión y desarrollo de los nuevos bogotanos y bogotanas. (2023).
- 36.Aguilar Restrepo, J., Cárdenas, Daniel, Corredor Castillo, Ivan, Muñoz, Laura Katalina, & Ramírez Arias, Camilo. *Efectos económicos de la migración internacional en el mercado laboral y el tejido empresarial de Bogotá, Colombia*. (Observatorio de Desarrollo Económico Bogotá - ODEB, 2023).

37. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia & Banco Mundial. Una mirada actual al contexto migratorio y sus determinantes sociales en Bogotá. (2024).
38. Secretaría Distrital de Hábitat & Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Batería de Indicadores de Condiciones de habitabilidad y accesibilidad en el Distrito Capital. *Observatorio de Hábitat del Distrito Capital* <https://observatoriohabitad.org/condiciones-de-habitabilidad-y-accesibilidad/> (2024).
39. Consejo Privado de Competitividad & Universidad el Rosario. *Índice de Competitividad de Ciudades 2024*. (2024).
40. Observatorio de Desarrollo Económico Bogotá - ODEB & Secretaría de Desarrollo Económico Bogotá. Boletín Mercado Laboral No. 168. (2024).
41. *Resultados de La Pobreza Monetaria En Bogotá En 2022 | Observatorio de Desarrollo Económico*. <https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/mercado-laboral-general/resultados-de-la-pobreza-monetaria-en-bogota-en-2022> (2023).
42. Usme, Santa Fe, y Ciudad Bolívar, localidades con la pobreza monetaria más preocupante de Bogotá. <https://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/usme-santa-fe-y-ciudad-bolivar-localidades-con-la-pobreza-monetaria-mas-preocupante-de-bogota> (2024).
43. Secretaría de Planeación Distrital & Gaitán, A. Población en condición de vulnerabilidad monetaria en Bogotá. *Documentos de trabajo* (2023).

44. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. & Secretaría de Planeación Distrital. *Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio.* (2023).
45. SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá. Pobreza en Bogotá D.C. Indicadores consolidados a partir de Gran Encuesta Integrada de Hogares 2012 - 2021 (DANE)» y Encuesta Multipropósito Bogotá y Cundinamarca 2011,2014, 2017 y 2021 (DANE y Secretaría de Planeación Distrital). *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/pobreza-y-desigualdad-en-bogota-d-c/> (2023).
46. Ministerio de Educación Nacional, República de Colombia. El Ministerio de Educación Nacional pone a disposición la información estadística de educación superior 2023. <https://snies.mineducacion.gov.co/portal//416243:El-Ministerio-de-Educacion-Nacional-pone-a-disposicion-la-informacion-estadistica-de-educacion-superior-2023>.
47. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital, Año 2023. (2024).
48. DANE & Secretaría Distrital de Planeación. *Encuesta Multipropósito Bogotá-Cundinamarca, 2021.* <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito> (2022).
49. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Plan Territorial de Salud Bogotá, D. C., 2024-2028.

50. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. *La Equidad En Salud Para Colombia. Brechas Internacionales y Territoriales*. (Bogotá D.C., 2015).
51. Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría Distrital de Integración Social. Radiografía de la pobreza monetaria en la ruralidad. (2023).
52. Secretaría Distrital de Planeación. Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del Plan de Ordenamiento Territorial (SEGPOT), Batería de Indicadores.
<https://experience.arcgis.com/experience/493e14b8e2e14c4d9d6fd06b7adf91a5/page/Bater%C3%ADa-de-indicadores/>.
53. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. *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, 9, 10 y 11 Del Anexo Técnico 'Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031'»*. (Bogotá, D.C., Colombia, 2024).
54. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. *Resolución No. 518 de 2015, GSP-Plan de Intervenciones Colectivas*. 26 (2015).
55. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Migrantes afiliados a Salud a partir de.
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWNGE4NzEyYzYtNDZiMi00ZWJkLTIiInZytYjc0MzcyZjY5YmVmIiwidCI6ImJmYjdIMTNhLTdmYjctNDAxNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9> (2024).
56. Migración Colombia & Observatorio de Migrantes, migraciones y movilidad humana (OM3). *Informe de migrantes venezolanos (os) en Colombia*.

- <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias-migracion-colombia/informe-de-migrantes-venezolanos-en-colombia-en-febrero> (2024).
57. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS*. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/> (2024).
58. Tiempo promedio a centro médico, a partir de Información de Encuesta Multipropósito Bogotá 1017 y 2021. *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/tiempo-promedio-a-centro-medico/>.
59. ONCAS - Observatorio Nacional de Calidad de la Atención en Salud & Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Bodega de datos SISPRO (SGD) Indicadores de Calidad de Servicios de salud resolución 256 de 2016. SISPRO Observatorio de Calidad (2024).
60. IDIGER. Cambio Climático - IDIGER. <https://www.idiger.gov.co/rcc> (2024).
61. Secretaria Distrital de Salud. Informe de gestión anual Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud. *Boletín Estadístico y Epidemiológico - Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud*. vol. 44 (2024).
62. Bodega de Datos SISPRO MSPS - Cubo Indicadores. Base de datos RIPS 2009-2023 & Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Reporte de Morbilidad atendida en servicios de salud, medida en atenciones. Consolidado departamental por causas de atención, curso de vida y etnia. BD Externas - Actualización ASIS 2024 (2024).
63. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales*

(<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>, 2014).

64. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial. Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General 2019-2023; Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2024; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/11/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2024, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/05/31). Dirección de Planeación Sectorial, Repositorio RIPS (2024).
65. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Reportes ASIS, Indicadores de Mortalidad por departamento y municipio a partir de Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2005-2022 y 2023 preliminar. *Reportes ASIS* <https://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/>.
66. Pinilla Espejo, J. M., Medina Heredia, A., Navarrete, B. & Cardozo Cruz, M. Plan estratégico y operativo para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en Bogotá (2020 -2030). (2020).
67. OECD & Eurostat. *Avoidable Mortality: OECD/Eurostat Lists of Preventable and Treatable Causes of Death (January 2022 Version)*. (2022).
68. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar> (2019).
69. World Health Organization (WHO/OMS). *Hearts - Systems for Monitoring*. (2019).

70. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME & University of Washington). GBD Compare Data Visualization. *Estimación de Indicadores de AVISA, global y con detalle por países* <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (2020).
71. Fagundo-Rivera, J. *et al.* Relationship between Night Shifts and Risk of Breast Cancer among Nurses: A Systematic Review. *Med. Kaunas Lith.* **56**, 680 (2020).
72. Rey-Vargas, L., Sanabria-Salas, M. C., Fejerman, L. & Serrano-Gómez, S. J. Risk Factors for Triple-Negative Breast Cancer among Latina Women. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* **28**, 1771–1783 (2019).
73. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Tasa de Fecundidad por edad en Bogotá D.C. A partir de Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005- 2023. Datos Abiertos Bogotá (2024).
74. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Fajardo Niño, D. C. & Franco Pulido, D. C. Razón de Morbilidad Materna Extrema en Bogota D.C. Tablero de Indicadores elaborado a partir de Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005-2022 (final) y 2023 (preliminar). Base depurada evento 549 y Estadísticas vitales (Nacimientos)-RUIAF. *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/morbilidad-materna-extrema/> (2024).
75. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Tasa de notificación VIH/SIDA y tasa de mortalidad asociada a SIDA en Bogotá D.C. Datos Abiertos Bogotá (2024).
76. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Segura Rodríguez, A. & Beltrán Beltrán, C. P. Incidencia de sífilis congénita en Bogota D.C. Tablero de Indicadores elaborado a partir de SIVIGILA Bases Finales 2018-2023. Base de

datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS y Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005- 2022 (final) y 2023 (preliminar). *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/sifilis-congenita/> (2024).

77. Secretaría de Salud de Bogotá D.C. Razón de mortalidad materna en Bogotá D.C, a partir de Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005- 2023. Datos Abiertos Bogotá (2024).

78. SIVIGILA. Razón de Morbilidad Materna Extrema en Bogotá D.C 2013 a 2024, a partir de SIVIGILA. Datos Abiertos Bogotá (2024).

79. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Conducta Suicida en Bogotá. Consolidado a partir de Subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) bases anuales 2012 - 2024 y Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCERN Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2012 -2023. Datos Abiertos Bogotá (2024).

80. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF. Cifras de lesiones de causa externa y desaparecidos en Colombia. *Observatorio de Violencia* <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa> (2024).

81. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas En Bogotá D.C. 2022.* <https://www.unodc.org/documents/colombia/2023/septiembre->

9/ESTUDIO_DE_CONSUMO_DE_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS_BOGOTA_2022.pdf (2022).

82. Secretaría Distrital de Salud. Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en poblacion de 12 a 65 años, 2016 y 2022, según encuesta sobre drogas en hogares del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) de la CICAD/OEA. *Datos Abiertos Bogotá* <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/prevalencia-consumo-actual-de-bebidas-alcoholicas-tabaco-sustancias-ilicitas-bogota> (2023).
83. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial. Reporte Consulta a RIPS 1531. Morbilidad Atendida por Afectaciones Mentales y del Comportamiento 2019-2023; Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados y atenciones particulares (Corte de recepción 2023/09/21) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/05/31). Dirección de Planeación Sectorial, Repositorio RIPS (2024).
84. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN. (2024).
85. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Plantilla de reporte mensual de coberturas programáticas de vacunación con Biológicos trazadores 2012 - julio de 2024 - Sistema de Información PAI-MSPS-SDS. Fecha de Corte: Septiembre 20 de 2024. (2024).
86. DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Registro de Estadísticas Vitales - Defunciones 2005-2022. Bodega de Datos SISPRO (SGD) (2024).

87. Secretaría de Planeación Distrital. Cuadros de Salida - Cruce Encuesta Multipropósito e Índice de Pobreza Multidimensional. (2023).
88. IDEAM *et al.* Vulnerabilidad de la región capital a los efectos del cambio climático. 24 (2014).

