

ORIGEN: GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS -
000000-Despacho

DESTINO: CLARA MERCEDES SUAREZ RODRIGUEZ
Ministerio de Salud y Protección social - -
Comunicaciones oficiales

TIPO DE

DOCUMENTO:

ASUNTO: Entrega Análisis de Situación de Salud de Bogotá,
2023

000000

Doctora

CLARA MERCEDES SUAREZ RODRIGUEZ

Directora de epidemiología y Prestación de servicios

Ministerio de Salud y Protección social

CRA 13 32 76

envios@minsalud.gov.co

BOGOTÁ D.C. - Bogotá D.C.

Respetada Doctora

Asunto: Entrega Análisis de Situación de Salud de Bogotá, 2023

De manera atenta remito actualización del documento de Análisis de Situación de Salud para Bogotá, Distrito Capital, el cual fue elaborado de acuerdo con las directrices enviadas y las orientaciones específicas acorde a la Resolución 100 del 17 de enero de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo, autorizo su disposición en el Repositorio Institucional Digital – RID, definido por el Ministerio para su difusión.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada y quedo atento a su respuesta.

Cordialmente,





GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS


Secretario Distrital de Salud.

Anexo: [296 hojas, Análisis de Situación de Salud de Bogotá 2023 y Anexo 4 Priorización ASIS Bogotá 2023]

Elaboró: Jenny Marcela Pinilla Espejo, Lilian Maritza Nuñez – Dirección de Planeación Sectorial

Revisó: Lucia Azucena Forero - Directora de Planeación Sectorial 
Maria Belen Jaimes - Directora de Epidemiología AGPSC
Diane Moyano Profesional Especializado
Consuelo Peña Aponte – Profesional Especializado Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Martha Moreno Ovalle Profesional Universitario Dirección de Participación y Servicio a la Ciudadanía

Aprobó: Liliana Sofía Cepeda Amaris - Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial 
Yolanda Sepúlveda Medina - Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía (e)

Julián Alfredo Fernández Niño - Subsecretario de Salud Pública 

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

Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital Año 2023

Secretaría de Salud de Bogotá

**Dirección de Planeación Sectorial
Grupo ASIS**

Bogotá, D.C.

Colombia, 2024

ASIS 2023 Bogotá, D. C.		
<p>Gerson Orlando Bermont Galvis Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D. C.</p> <p>Liliana Sofía Cepeda Amaris Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial</p> <p>Alejandra Taborda Restrepo Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Julián Alfredo Fernández Niño Subsecretario de Salud Pública</p> <p>Luis Alexander Moscoso Osorio Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento</p> <p>Coordinación general</p> <p>Dirección de Planeación Sectorial</p> <p>Luis Ernesto Ruíz Cuevas Director Planeación Sectorial</p> <p>Equipo ASIS</p> <p>Lilian Maritza Núñez Forero Jenny Marcela Pinilla Espejo Adriana Aminta Vásquez Rojas</p>	<p>Subsecretaria de Salud Pública Equipo</p> <p>María Belén Jaimes Sanabria Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva</p> <p>Patricia Eugenia Molano Builes Directora de Salud Colectiva</p> <p>Andrea Yiset López Hernández Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública</p> <p>Marcela Martínez Contreras Subdirectora de Acciones Colectivas</p> <p>Sol Yiber Beltrán Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública</p> <p>Diana Sofía Ríos Subdirectora de Determinantes</p> <p>Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento</p> <p>Dirección de Provisión de Servicios de Salud Fernando Peña Díaz Consuelo Peña Aponte Miryam Jiced Muñoz Cruz</p>	<p>Equipo de Análisis Salud Pública</p> <p>Diane Moyano Romero Angie Mabel Castañeda Lilia Catherin Rodríguez Juan Camilo Tocora Lely del Pilar Espitia Lina María Triana Irlena Salcedo Mariana Carvajal Daniel Mateus Arciniegas Carlos Macana Kimberly Piñeros Juliana Damelines</p> <p>Equipos técnicos de la Subsecretaria de Salud pública</p> <p>Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Equipo</p> <p>Olga Lucía Mancera Leguizamón, Directora de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad</p> <p>Martha Johanna Moreno O. Profesional 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>

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

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 Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

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	18
1.1 Contexto territorial	18
1.2 Localización.....	18
1.2.1 Accesibilidad geográfica	18
1.2.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	27
1.3 Contexto poblacional y demográfico.	30
1.3.1 Población y Estructura demográfica	30
1.3.2 Distribución según Área Geográfica y Territorios.....	33
1.3.3 Poblaciones Diferenciales.....	36
1.3.4 Poblaciones en condición de Vulnerabilidad.....	51
1.4 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	64
1.5 Gobernabilidad.....	64
1.5.1 Rectoría en Salud	65
1.6 Gobernanza.....	72
1.6.1 Instancias de participación Institucional.....	73
1.6.2 Organizaciones sociales	75
1.6.3 Agendas sociales del cuidado:.....	76
1.6.4 Rendición de cuentas.....	78
1.6.5 Apoyo, acompañamiento y fortalecimiento a prácticas comunitarias y fenómenos sociales.	78
1.6.6 Proyectos de Iniciativa Comunitaria como forma de corresponsabilidad	78
1.6.7 Empoderamiento comunitario a través del conocimiento y la información.....	79
1.6.8 Las TIC como herramienta para la intersectorialidad en salud	79
1.6.9 Dificultades en la gobernanza.....	81
1.7 Análisis de la oferta de frente al ciudadano.....	81
1.7.1 Cobertura de la afiliación en salud.....	81
1.7.2 Caracterización población a cargo de las EAPB.....	82
1.7.3 Barreras de Acceso.....	83
1.8 Análisis de la oferta en servicios de salud.....	84
1.8.1 Caracterización de la oferta de servicios de salud.....	84
1.8.2 Distribución de la oferta: Naturaleza jurídica, zona geográfica y servicios.	86

1.8.3	Oferta Rural	88
1.8.4	Déficit por equipamiento	88
1.8.5	Déficit por proximidad	89
1.9	Análisis de la oferta de acuerdo con la calidad de servicios	93
1.9.1	Acceso a los servicios de salud.	93
1.9.2	Análisis del Contexto de las inequidades en la prestación de servicios de salud	97
1.10	Gestión del Riesgo	99
1.10.1	Gestión del riesgo Colectivo	99
1.10.2	Gestión del Riesgo Individual	99
1.10.3	Peticiones, quejas, reclamos y denuncias	100
1.11	Información financiera relevante para la Salud de Bogotá D.C.	103
1.11.1	Cumplimiento financiero por parte de las EAPB.	104
1.11.2	Retos de la sostenibilidad	104
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		107
2.1	Procesos Económicos	108
2.1.1	Dinámica empresarial	108
2.1.2	Aglomeración –Corazones productivos	110
2.2	Condiciones de trabajo	113
2.2.1	Mercado laboral general	113
2.3	Pobreza e Ingresos	113
2.3.1	Pobreza multidimensional	113
2.3.2	Educación	117
2.3.3	Servicios Públicos	123
2.3.4	Equipamiento	127
2.3.5	Condiciones de vivienda	129
2.3.6	Hogares por número de personas	130
2.3.7	Hogares con jefe mujer	130
2.3.8	Hogares con mascota	131
2.3.9	Seguridad Alimentaria	131
CAPÍTULO 3 - 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.		132
3.1	Morbilidad General	132

3.1.1	Atenciones por Consulta Ambulatoria.....	135
3.1.2	Atenciones por Urgencias.....	138
3.2	Mortalidad General.....	143
3.2.1	Mortalidad en Grupos de edad específicos.....	146
3.3	Eventos priorizados por alta carga de la enfermedad persistente en la ciudad	160
3.3.1	Enfermedades Crónicas No Transmisibles.....	160
3.3.2	Salud Sexual y Reproductiva	169
3.3.3	Salud mental	180
3.3.4	Seguridad Alimentaria y Nutricional	189
3.3.5	Enfermedades Transmisibles.....	196
3.4	Construcción de Núcleos de inequidad socio sanitaria a nivel territorial.....	203
3.4.1	Problemática: “Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)”	203
3.4.2	Problemática: “Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud”	204
3.4.3	Problemática: “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”	205
3.4.4	Problemática: Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública	207
3.4.5	Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias.....	208
3.5	Conclusiones del capítulo.....	209
CAPÍTULO 4	- Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio	210
CAPÍTULO 5	- Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en territorio.	217
CAPÍTULO 6	- Propuestas de respuestas 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 219	
6.1	Propuestas de la Secretaría de Salud.....	231
CAPÍTULO 7	- BIBLIOGRAFÍA.....	240
CAPÍTULO 8	- ANEXOS	252
8.1	Anexo 1 Categorías de la relación de la sociedad y el ambiente en Bogotá.....	252
8.2	Anexo 2 Riesgos Identificados para Bogotá.....	253
8.3	Anexo 3 Características del cambio climático	261

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 División política administrativa * UPL, Bogotá 2021	19
Mapa 2 Estrato socioeconómico Decreto 551 de 2019 * UPL	21
Mapa 3 Valor de Referencia del suelo, Bogotá, 2021	22
Mapa 4 Tiempo de desplazamiento al trabajo año 2021 Bogotá	24
Mapa 5 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 500m a las estaciones de Transmilenio	26
Mapa 6 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 200 m a la ciclo infraestructura existente.....	26
Mapa 7 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 200 m a la Malla Vial Arterial.....	27
Mapa 8 Conflictos de uso del suelo-Decreto 555 de 2021 Bogotá	28
Mapa 9 Grado de susceptibilidad o de incapacidad de un sistema para afrontar los efectos adversos del cambio climático	30
Mapa 10 Densidad poblacional por localidad de residencia (habitantes por Km ²). Bogotá. 2023 población por UPZ frente al total de viviendas 2021	33
Mapa 11 Densidad poblacional por UPZ.....	34
Mapa 12 Población por UPZ frente al total de viviendas 2021, Bogotá	35
Mapa 13. Distribución espacial de los pueblos Ambika Pijao, Inga, Kichwa, Muisca Suba y Bosa, Eperārā, Kamëntsá en Bogotá (2022).....	39
Mapa 14. Distribución espacial de los pueblos Misak, Pastos, Tubú, Uitoto, Wounaan, Yanacona, en Bogotá (2022)	40
Mapa 15 Elementos sociales (estrato socioeconómico) y territoriales (red adscrita y kilombos) con relación al número de habitantes con pertenencia étnica negra y afro por UPZ y localidad, Bogotá. Año 2021	46
Mapa 16. Concentración por Localidad de la Población Raizal en Bogotá (2023).....	49
Mapa 17. Distribución Por Localidad y Curso de vida de la población Raizal en Bogotá (2023).....	51
Mapa 18 Localización de Centros de Salud por UPL	92
Mapa 19 Corazones Productivos Bogotá	111
Mapa 20 UPZ según proporción de predios a distancia menor a 500 m a núcleos económicos o corazones productivos	112
Mapa 21 Pobreza Monetaria Bogotá 2021	114
Mapa 22 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 500 m del equipamiento más próximo	128
Mapa 23 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 200 m al espacio público más próximo	129

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Número y Proporción de la población por grupo de edad en Bogotá, 2010, 2015, 2020 Y 2023	31
Tabla 2. Índices demográficos de Bogotá, 2018, 2020 y 2023.	32
Tabla 3. Hogares en Centros Poblados y Rural Disperso por localidad 2018-2021.....	35
Tabla 4. Población centro poblado y rural disperso 2017 a 2021	36
Tabla 5 Pueblos indígenas en Bogotá, 2022.....	36
Tabla 6 Distribución poblacional por momentos de curso de vida y sexo, Comunidades Negras y Afrocolombianas Bogotá. Año 2018.....	41
Tabla 7 Índices demográficos. Comunidades Negras y Afrocolombianas residentes en Bogotá, años 2005 y 2018.	43
Tabla 8 Distribución por MCV y sexo de personas con Discapacidad, población Negra Afrodescendiente. 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2022, Bogotá.	47
Tabla 9 División político-administrativa de la ZRC Sumapaz, 2023.....	52
Tabla 10. Viviendas, Hogares y Personas (VIHOPE) a partir del Censo de 2018, Zona Reserva Campesina Sumapaz	53
Tabla 11. Distribución de la población caracterizada por PSPIC-Entorno hogar, por Veredas y Sexo, año 2022.....	53
Tabla 13. Población en condición de víctima. Bogotá, 2022	55
Tabla 14. Población víctimas de desplazamiento forzado. Bogotá, 2022	55
Tabla 15 Distribución de notificaciones a SIVIGILA de población habitante de calle por año. Bogotá D. C., 2018 a 2023	62
Tabla 16 Población privada de la libertad en Bogotá por establecimiento carcelario y afiliación a la seguridad social en salud a agosto 31 de 2023.....	63
Tabla 17. Número de internos en la cárcel distrital y anexo de mujeres.....	64
Tabla 18 Tipo de participación de la SDS en las instancias intersectoriales	67
Tabla 19 Personal de salud en el sector privado.....	69
Tabla 20 Formas e instancias ciudadanas de acuerdo con la norma	73
Tabla 21 Resultado de los diálogos sociales	77
Tabla 22. Estado de la afiliación a la seguridad social en salud en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023.....	81
Tabla 23. Afiliados a la Seguridad social en salud por procedencia en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023	82
Tabla 24 Distribución de afiliados por régimen y EAPB 31/12/2023.....	82
Tabla 25 Seguimiento de transacciones NO asignadas	83
Tabla 26 Total servicios según su clasificación de complejidad, baja, mediana o alta en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023	84
Tabla 27. Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en Bogotá D.C., a diciembre 31 de 2023	85
Tabla 28 Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica, - diciembre 31 de 2023	86
Tabla 29. Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., por localidad, a diciembre 31 de 2023	86

Tabla 30 Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C., según prestador y grupo de servicios y naturaleza jurídica, a diciembre 31 de 2023	87
Tabla 31 Indicadores de disponibilidad según camas, médicos y enfermeros	90
Tabla 32 Proyección de Camas por zonas.....	91
Tabla 33 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina y odontología general. Año 2021, 3 trimestres de 2022 y primer semestre de 2023. Días	93
Tabla 34 Tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage 2 en el servicio de urgencias. Minutos	94
Tabla 35 Comportamiento del tiempo promedio de asignación de cita cirugía general, medicina interna, ginecología, obstetricia y pediatría. Días.....	94
Tabla 36 Comportamiento de los indicadores de Satisfacción del usuario de IPS	95
Tabla 37 Atención a servicios de salud grupos Registro Especial de Prestadores.....	95
Tabla 38 Atención a servicios de salud grupos Registro Especial de Prestadores.....	96
Tabla 39 Cobertura de vacunación BCG en recién nacidos, triple viral en niños y niñas de un año de edad, tercera dosis de pentavalente en menores de un año y tercera dosis de polio en menores de un año.....	99
Tabla 40 Porcentajes de pacientes controlados por año * Valor Nacional.....	100
Tabla 41 Número de PQRD categorizadas por macro motivos. Colombia 2021-2022 ...	101
Tabla 42 Tasa de peticiones, quejas, reclamos y denuncias por Territorio	101
Tabla 43 Tasa de peticiones, quejas, reclamos y denuncias por EPS de régimen contributivo y subsidiado. Colombia * 1000 afiliados.....	101
Tabla 44 Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T-760 de 2008.....	102
Tabla 45 Clasificación del nivel de vulnerabilidad diferenciada por criterio. Preliminar Vigencia 2022.....	102
Tabla 46 Indicadores de cumplimiento financiero a 30/09/2023 según EAPB.....	104
Tabla 47 Empresas con matrícula activa y vigente en Bogotá, según localidad, febrero 2024	109
Tabla 48 Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá trimestre móvil noviembre 203-enero 2024.....	113
Tabla 49 Índice de pobreza multidimensional por localidades e indicador, Bogotá, 2021	115
Tabla 50 Información de población cautiva en establecimientos educativos hasta 11 grado. Fuente: Secretaría Distrital de Educación Caracterización del Sector educativo DC 2022	117
Tabla 51 Personas de 15 años y más según nivel educativo más alto alcanzado (participación %) Bogotá Urbana 2021	118
Tabla 52 Territorios con cobertura de servicios públicos menor a 100% Bogotá, 2021..	124
Tabla 53 Hogares con mayor proporción sin acceso a internet, Bogotá, 2021	125
Tabla 54. Grandes causas de morbilidad atendida, tendencia en proporción de atenciones por grandes causas de Morbilidad atendida, Bogotá, 2009-2023 y semaforización de diferencia de proporciones según sexo 2023.....	132
Tabla 55. Comparación de cobertura de individuos atendidos por localidad en servicios de consulta ambulatoria de medicina y odontología general, psicología y medicina Interna o Familiar, respecto a la proporción de población residente	136

Tabla 56. Comparación de cobertura de individuos atendidos por localidad en servicios de consulta ambulatoria de Ginecología u Obstetricia y pediatría, respecto a la proporción de población residente.....	137
Tabla 57 Tipos de Incidentes atendidos mediante el Sistema de Emergencias Médicas, Bogotá, 2023	142
Tabla 58. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y la niñez. Bogotá D.C. – Colombia 2006 - 2021.....	148
Tabla 59. Razón de mortalidad materna según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021.....	149
Tabla 60. Razón de mortalidad materna según etnia, Bogotá 2010 - 2021	150
Tabla 61. Tasa de mortalidad neonatal según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021	152
Tabla 62. Tasa de mortalidad neonatal según etnia. Bogotá D.C. 2010 - 2021	153
Tabla 63. Tasa de mortalidad infantil según etnia, Bogotá D.C. 2010 - 2021	156
Tabla 64. Tasa de mortalidad en la niñez según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021	158
Tabla 65. Tasa de mortalidad en la niñez según etnia. Bogotá D.C. 2010 - 2021	159
Tabla 66 Comportamiento de indicadores priorizados en Salud Sexual y reproductiva..	169
Tabla 67. Otros indicadores según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021	176
Tabla 68. Otros indicadores según etnia. Bogotá D.C. 2010 - 2021.....	177
Tabla 69 Atenciones e individuos atendidos por condiciones relacionadas con trastornos primarios de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos según sexo, Bogotá, 2018-2022.	190
Tabla 70. Comportamiento tasa de incidencia (casos por 100.000 habitantes) principales eventos transmisibles 2015-2023. Bogotá	198
Tabla 71 Matriz de priorización de los problemas y necesidades sociales en el territorio	217

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pirámide poblacional para Bogotá, 2018, 2020 y 2023	31
Figura 2 Distribución de población Indígena (13 pueblos) según localidad de residencia, Bogotá (2022).....	38
Figura 3 Pirámide poblacional, comunidades Negras y Afrodescendiente residentes en Bogotá (2005 y 2018)	42
Figura 4 Comparación tasas brutas de natalidad población Negra y Afrodescendiente y Bogotá, (2017-2022).....	43
Figura 5 Distribución porcentual de la población negra y afrodescendiente residente en la ciudad de Bogotá D.C. según localidad, año 2021.....	44
Figura 6. Distribución Población Raizal en Bogotá por Localidad y Sexo (2023).....	48
Figura 7 Distribución de la población caracterizada por PSPIC-Entorno hogar, por Momento de curso de vida y veredas, año 2022	54
Figura 8 Privaciones para personas en condición de discapacidad	57
Figura 9 Distribución de la población migrante venezolana en Bogotá	58
Figura 10 Distribución de nacimientos en población extranjera en Bogotá.....	59
Figura 11 Mortalidad general en población extranjera.....	59
Figura 12 Privaciones para personas migrantes	60
Figura 13 Distribución de los habitantes de calle notificados/atendidos por sexo según momento del curso de vida. Bogotá D. C., 2018 a 2023	62
Figura 14 Integración del sector público de salud en el Distrito Capital (Acuerdo 641 de 2016)	66
Figura 15 Ejes de la Gestión de conocimiento y la innovación MIPG	70
Figura 16 Comportamiento de los integrantes de las instancias y espacios de participación social en salud 2020 - 2023	74
Figura 17 Organizaciones locales, Bogotá, 2021-2023	75
Figura 18 Tiempo de desplazamiento desde el lugar de residencia a la IPS (minutos), cruzando según localidad y pobreza en el hogar, zona urbana.....	97
Figura 19 Tiempo de desplazamiento desde el lugar de residencia a la IPS (minutos), cruzando según localidad y pobreza en el hogar, zona rural.....	98
Figura 20 Retos de política para la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia	106
Figura 21 Índice de Competitividad de Ciudades 2022, resultados Bogotá.....	108
Figura 22 Empresas con matrícula mercantil activa y vigente feb 2023-2024, Bogotá... ..	110
Figura 23. Distribución de individuos atendidos según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023	134
Figura 24 Numero de Atenciones realizadas en el servicio de urgencias, según año y sexo, Bogotá 2019 a 2023	138
Figura 25 Tasa de Atenciones en el Servicio de Urgencias por cada 100 habitantes, según año y sexo, Bogotá 2019 a 2023	138
Figura 26 Numero de Atenciones en el Servicio de Urgencias y proporción* según tipo de atención realizada, Bogotá 2019 a 2023	139

Figura 27. Distribución de individuos atendidos en el servicio de urgencias según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023	140
Figura 28 Número de atenciones de prioridad crítica o alta por localidad de ocurrencia	143
Figura 29 Tasa de Número de atenciones de prioridad crítica o alta por localidad de ocurrencia	143
Figura 30 Tasa de mortalidad ajustada por edad para Bogotá D.C., 2005 – 2022.	144
Figura 31 Tasa de mortalidad ajustada por edad en mujeres para Bogotá D.C., 2005 – 2022.	145
Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres para Bogotá D.C., 2005 – 2022.	145
Figura 33 Razón de mortalidad materna, Bogotá D.C. – Colombia, 2006 - 2022	149
Figura 34 Curva de concentración de población para la mortalidad materna según IPM y NBI, Bogotá, 2021	151
Figura 35 Tasa de mortalidad neonatal. Bogotá D.C. – Colombia, 2006 - 2022	152
Figura 36 Curva de concentración de población para la mortalidad neonatal según IPM y NBI, Bogotá, 2021	154
Figura 37 Tasa de mortalidad infantil. Bogotá D. C. – Colombia. 2006-2022	155
Figura 38 Curva de concentración de población para la mortalidad infantil según IPM y NBI, Bogotá, 2021	157
Figura 39 Tasa de mortalidad en la niñez. Bogotá D.C. – Colombia. 2006-2021	158
Figura 40 Curva de concentración de población para la mortalidad en la niñez según IPM y NBI, Bogotá, 2021	159
Figura 41 Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en Bogotá D.C. (30 a 70 años). Serie años 2015 a 2023 *	161
Figura 42. Distribución de individuos atendidos por enfermedades cardiovasculares y metabólicas según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023	162
Figura 43 Tasas crudas de mortalidad por enfermedades Cardiovasculares y metabólicas en personas de 39 a 69 años por localidad. (Tasas por cada 100.000 habitantes)	163
Figura 44. Distribución de individuos atendidos por cáncer según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100.000 habitantes, Bogotá 2023	166
Figura 45 Incidencia de Cánceres de Mama y Cuello Uterino por localidad, Bogotá, 2022. Tasas por 100.000 mujeres	167
Figura 46 Tasa de Mortalidad por Cánceres de Mama y Cuello Uterino por localidad, Bogotá, 2022. Tasas por 100.000 mujeres.....	167
Figura 47 Tasas crudas de mortalidad evitable por cáncer en personas de 39 a 69 años por localidad. (Tasas por cada 100.000 habitantes).....	168
Figura 48 Tasas específicas de Fecundidad en Bogotá en grupos de madres de 10 a 14 y 15 a 19 años	170
Figura 49. Distribución de gestantes atendidas según causa de atención relacionada con la gestación o el puerperio. Tasas calculadas por cada 1000 Nacidos Vivos durante el año, Bogotá 2022	171
Figura 50 Comparativa Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023*	174

Figura 51. Razón de Morbilidad Materna Extrema, Bogotá, 2022 (Casos por cada 1000 Nacidos Vivos	175
Figura 52 Comparativa Tendencia de la Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023*	178
Figura 53 Casos y tasas de muerte por suicidio 2012-2023* en Bogotá, D.C.	180
Figura 54 Casos y tasa de intento de suicidio 2012-2023* en Bogotá.....	181
Figura 55 Casos notificados y tasa por 100 mil habitantes de violencia familiar, 2013-2023 Privaciones por indicador con enfoque de género	182
Figura 56 Frecuencia de Atenciones en servicios de salud por trastornos específicos de la Salud Mental, según sexo y año de atención. Tasas por 1000 habitantes	183
Figura 57 porcentaje de personas de 12 a 69 años con consumo actual* de tabaco y alcohol según localidad de residencia, Bogotá, 2022.....	184
Figura 58 Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, Bogotá 2005 – 2022. (preliminar)	185
Figura 59 Mortalidad por sexo, trastornos mentales y del comportamiento, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).....	185
Figura 60 Muertes por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).....	186
Figura 61 Muertes por sexo, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).....	187
Figura 62 Mortalidad por epilepsia, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).	187
Figura 63 Mortalidad por epilepsia por sexo, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).....	188
Figura 64 Riesgo de Desnutrición Aguda en Menores de 5 años, P//T SISVAN, 2013- 2023	189
Figura 65 Malnutrición en población entre 5 y 17 años, IMC//E SISVAN DC. 2020 - 2023	189
Figura 66 Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Bogotá D.C – Colombia. 2006 - 2022.....	191
Figura 67 Proporción de Desnutrición Aguda Global y Retraso en Talla, Bogotá 2019 a 2022	193
Figura 68 Proporción de Retraso en Talla por localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022	193
Figura 69 Proporción de Desnutrición Global según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022	194
Figura 70 Proporción de Desnutrición Aguda (Moderada o Severa) según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022	194
Figura 71 Proporción de Exceso de peso según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022	195
Figura 72 Proporción de Bajo peso para la edad gestacional según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022	195
Figura 73 Coberturas de vacunación en niños y niñas menores de 6 años. Bogotá. 2014 a 2023	197
Figura 74 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Bogotá D.C. – Colombia. 2006-2022	199

Figura 75 Curva de concentración de población para la mortalidad por IRA en menores de 5 años según IPM y NBI, Bogotá, 2021	200
Figura 76 Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Bogotá D.C. – Colombia. 2006 – 2022.....	201
Figura 77 Núcleos de inequidad sociosanitaria problema: Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	204
Figura 78 Núcleos de inequidad socio sanitaria, problema debilidad gobernabilidad y gobernanza.....	205
Figura 79 Núcleos de inequidad socio sanitaria problema inequidades poblacionales...	206
Figura 80 Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública.....	208
Figura 81 Núcleos de Inequidades relacionados con capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias.....	209

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 las formas de producción y reproducción de 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.

Para el ASIS 2023, la información contenida dentro del documento participativo contendrá mínimo 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).

Sin perjuicio que el Análisis de Situación de Salud ASIS territorial se materialice mediante el siguiente documento, su desarrollo debe entenderse como proceso que permite la actualización constante según las necesidades del territorio esta versión está fechada en abril de 2024.

METODOLOGÍA

La construcción del Análisis de la Situación de Salud en el territorio se realizó con fundamento en la Guía Conceptual y Metodológica que hace parte del Lineamiento de Planeación Integral para la Salud, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. A continuación, se describe según los capítulos definidos la metodología empleada

Capítulo I y II: Se realizó una revisión de fuentes de información de otros sectores que permitiera contextualizar las condiciones del territorio, las condiciones de vida de los habitantes de la capital; así como información a partir de ejercicios participativos con la comunidad tales como: información recopilada por los profesionales de Participación Social y los coordinadores del Modelo de Salud, durante el período 2021 -2023; a partir de consultas frecuentes con la comunidad en diálogos ciudadanos y mesas de salud. Los documentos participativos tenidos en cuenta como fuente de información comunitaria fueron las agendas sociales y las comprensiones territoriales de salud.

La información de grupos diferenciales y étnicos tuvo en cuenta los ejercicios desarrollados para la elaboración o actualización de análisis específicos que se basaron en la aplicación de instrumentos y métodos mixtos, de corte etnográfico y participativo, destinados a la recolección de información primaria en espacios presenciales y comunitarios con las poblaciones étnicas; teniendo en cuenta insumos, herramientas, actores y escenarios estratégicos previamente priorizados por los equipos técnicos en coordinación con las respectivas Subredes.

Capítulo III: Se tuvo en cuenta información que diera cuenta de las principales causas de consulta y atenciones en salud, así como sus desenlaces de enfermedad y muerte. Para la construcción de problemáticas participaron los equipos ASIS locales, aportando información por localidad a partir del conocimiento e información disponible y se tuvo en cuenta adicionalmente; información de los análisis de las EAPB compartido por el Ministerio de Salud, así como lo identificado en mesas de trabajo al interior de la Secretaría de Salud como insumo para la elaboración del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2028

Capítulo IV: Para el análisis de las respuestas, se registró por parte de los referentes técnicos de la Secretaría de Salud, las actividades realizadas según el tipo de respuesta y las problemáticas identificadas.

Capítulo V: Para este capítulo que corresponde a la priorización de los problemas y necesidades, se aplicó la metodología definida por el Ministerio de Salud y se realizó un ejercicio por localidad, a partir de las problemáticas identificadas, lo cual fue tenido en cuenta para definir las prioridades del Distrito, así como la priorización definida a ser incluida en el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2028 y lo definido por las EAPB.

Capítulo VI: En este capítulo a partir de la problemática y la respuesta identificada; los referentes técnicos de la Secretaría de Salud, describieron sus propuestas y recomendaciones, de igual forma se tuvo en cuenta las recomendaciones de la comunidad y de algunas EAPB que las sugirieron en sus análisis.

CAPÍTULO 1 - CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 CONTEXTO TERRITORIAL

Al ser la capital del país, Bogotá cuenta con una serie de procesos políticos-administrativos, económicos, socio ambientales y socio culturales que pueden diferir en el territorio o micro territorio donde se ubiquen 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.

1.2 LOCALIZACIÓN

Bogotá está ubicada en el centro del país, limita por el Norte con Chía*, Sopó*, La Calera por el Nororiente, con Cota*, Funza*; por el Occidente con Mosquera*; por el Sur con Soacha*, el páramo de Sumapaz (780 km²) y por el oriente con Ubaque y Chipaque.

Los municipios identificados con * funcionan como lugares de vivienda de muchos ciudadanos que ejercen actividades de trabajo y/o estudio en la capital del país.

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

1.2.1 Accesibilidad geográfica

La accesibilidad geográfica está representada por la distancia y tiempo que recorren las personas de un lugar a otro en busca de satisfacer alguna necesidad o demanda social y humana. Esta accesibilidad depende del número y de la ubicación de los servicios e infraestructura institucionales presentes tanto en lo urbano como en lo rural.

En Bogotá, una ciudad con casi 8 millones de personas, la administración distrital desarrolló una nueva metodología para el Plan de Ordenamiento Territorial y la estratificación socioeconómica de los predios del Distrito. De acuerdo con el documento “Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio” (SPD octubre 2023) esta nueva metodología tiene como soporte las características físicas de la vivienda y su entorno o contexto urbanístico y las relaciones que parten de estos aspectos.

Mapa 1 División política administrativa * UPL, Bogotá 2021

Desde el punto de vista de la vivienda, el análisis del ordenamiento territorial enfatiza en los tratamientos urbanísticos, con especial atención en desarrollo, mejoramiento integral, consolidación urbanística y renovación urbana, por las posibles relaciones entre el surgimiento de nuevos tejidos, la transformación de los tejidos correspondientes y



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital, Sectorial. <https://www.sdp.gov.co/micrositios/pot/upl>.

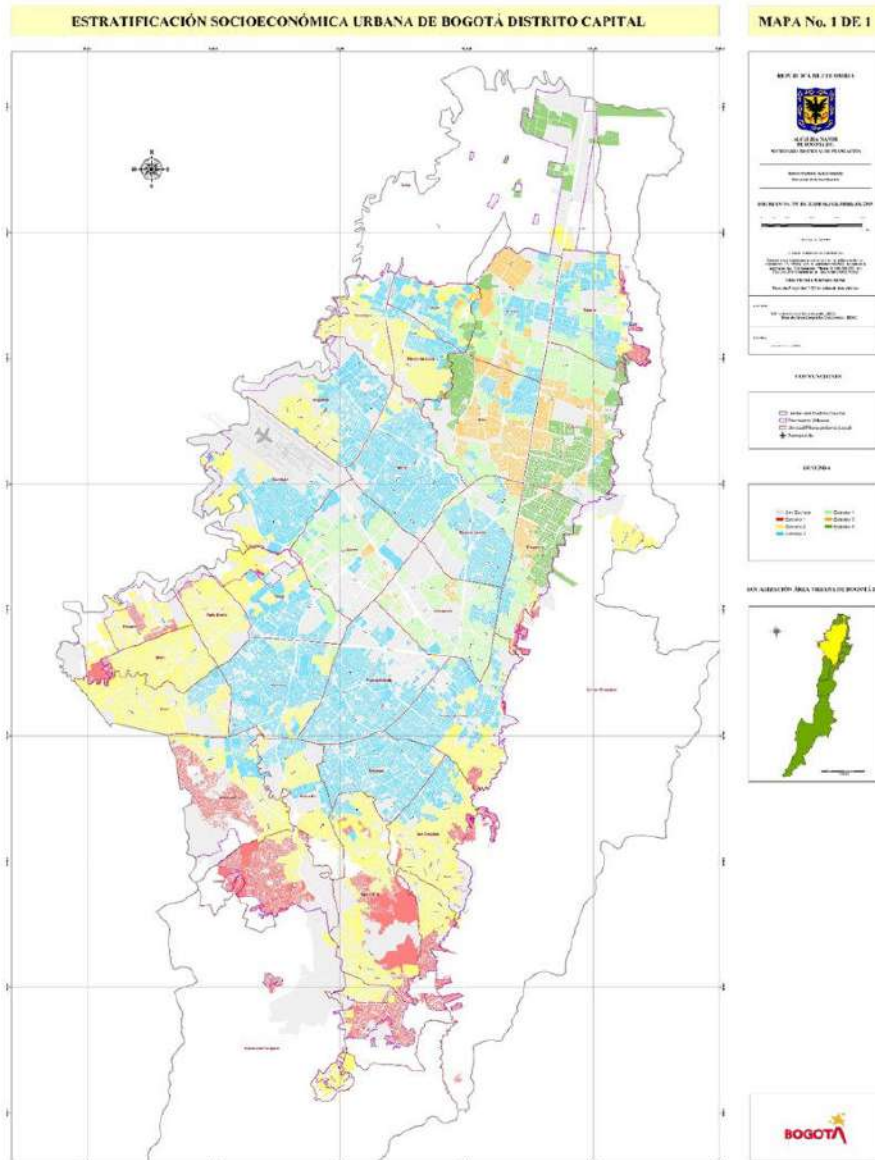
el mejoramiento de las características físicas de la vivienda. En relación con los usos del suelo, se analiza fundamentalmente la mezcla de otros usos con el espacio residencial, o la exclusividad de este y su posible relación o efecto sobre la estratificación. (Estudio estratificación, SPD, pág. 195)

Desde el punto de vista del entorno urbanístico, los aspectos directamente relacionados con el mejoramiento del hábitat hacen referencia a las determinaciones para los sistemas generales o soportes infraestructurales. En consecuencia, se lleva a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo para los siguientes componentes del ordenamiento territorial: a) vías y transporte; b) espacio público; c) Equipamientos sociales urbanos; d) Servicio de acueducto y e) Servicio de alcantarillado.

Considerando lo anterior, la inequidad en los determinantes que afectan la salud en los territorios puede verse holísticamente en el mapa de estratificación dispuesto por la Secretaría de Planeación Distrital. El mapa evidencia los territorios donde las inequidades socioeconómicas pueden ser mayores, aunque las Secretarías del Distrito (Educación, cultura y deporte, Integración Social, justicia, etc.) tienen equipamiento y oferta de

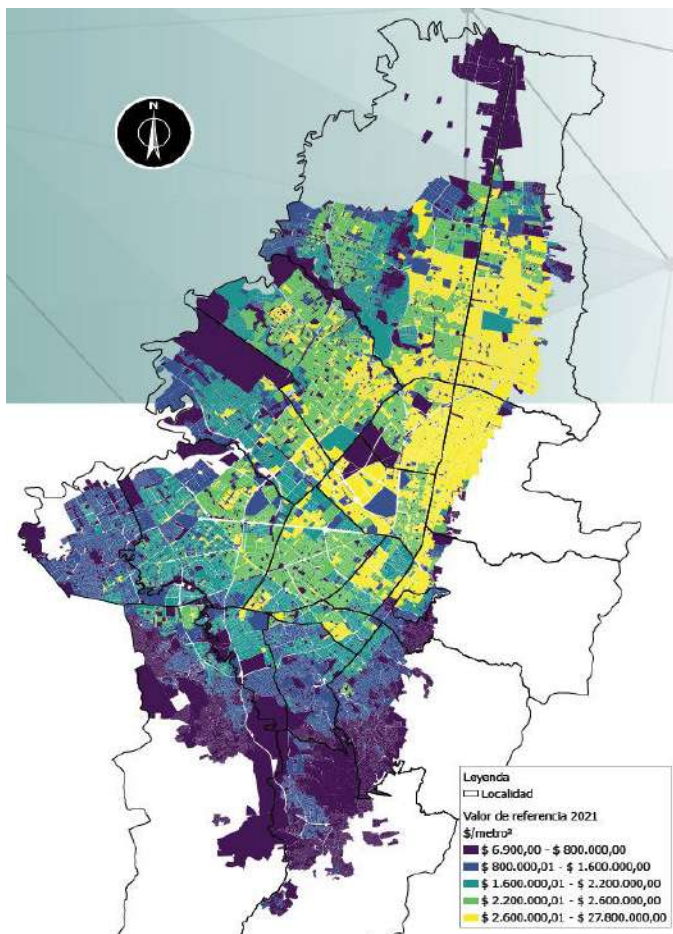
servicios en todas las localidades, a lo largo del documento se harán evidentes las problemáticas y/o dificultades de acceso de cada una.

Mapa 2 Estrato socioeconómico Decreto 551 de 2019 * UPL



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital

Mapa 3 Valor de Referencia del suelo, Bogotá, 2021



Valor de referencia del suelo, Bogotá, 2021

Se puede apreciar en el mapa, las zonas con menor valor del suelo, coloreadas en lila y morado, las cuales se ubican principalmente hacia el Suroccidente y Suroriente, parte de Occidente más hacia los límites de la ciudad, la zona del Centro ampliado y norte concentran la mayoría de los predios con mayor valor del suelo.

Tomado de: Atlas Económico de Bogotá, 2022 Fuente: Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital (UAECD). Base Cartográfica: Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital IDECA 2021.

Transporte y Movilidad

En la Región Metropolitana se identifican seis corredores principales, estructurados alrededor de la red vial nacional, que soportan la estructura productiva de Bogotá-Cundinamarca:

- Eje calle 13-Albán: Conecta el centro de Bogotá hacia el occidente, Mosquera, Funza, Madrid, Facatativá y Albán. En 2017, 42.131 vehículos ingresaron diariamente a Bogotá por este eje vial (Secretaría Distrital de Movilidad, 2017).
- Eje calle 80-Villeta-Guaduas: Conecta el nororiente de Bogotá, con los municipios de Funza, Cota, Tenjo, El Rosal, San Francisco, La Vega, Nocaima, Villeta y Guaduas, y la conexión con la Ruta del Sol. En 2017, 37.641 vehículos ingresaron diariamente a Bogotá por este eje vial (Secretaría Distrital de Movilidad, 2017).

- Autopista sur-Fusagasugá: Eje de articulación de Bogotá con Soacha, Sibaté, Granada, Silvania y Fusagasugá y de conexión hacia el suroccidente del país y el puerto de Buenaventura, en el Pacífico. En el 2017, 26.993 vehículos ingresaron diariamente a Bogotá por este eje vial (Secretaría Distrital de Movilidad, 2017).
- Autopista norte-Tunja: Conexión entre Bogotá, Chía, Cajicá, Tocancipá, Gachancipá, Sesquilé, Chocontá y Villapinzón, así como con Tunja y otros municipios de Boyacá. En el 2017, 54.974 vehículos ingresaron diariamente a Bogotá por este eje vial (Autopista norte-Tunja y Chiquinquirá) (Secretaría Distrital de Movilidad, 2017).
- Autopista norte-Chiquinquirá: Conecta al norte de Bogotá, con Chía, Cajicá, Tabio, Zipaquirá, Cogua, Tausa, Sutatausa, Ubaté, Fúquene, Susa y Simijaca. En el 2017, 54.974 vehículos ingresaron diariamente a Bogotá por este eje vial (Autopista norte-Tunja y Chiquinquirá) (Secretaría Distrital de Movilidad, 2017).
- Eje de la vía al Llano: Conecta la ciudad con el departamento del Meta, y también ofrece soporte con el suroriente del departamento de Cundinamarca, en especial con los municipios de Cáqueza, Quetame, y Guayabetal. En el 2017, 12.798 vehículos ingresaron diariamente a Bogotá por este eje vial (Secretaría Distrital de Movilidad, 2017). Cuaderno No. 65 Flujos, interdependencias y complementariedades económicas en la Región Metropolitana de Bogotá – Cundinamarca diciembre de 2023

Se presentan embotellamientos en zonas como Calle 13 desde la Variante de Fontibón hasta la Avenida Boyacá; Avenida las Américas desde abastos hasta puente Aranda; La Boyacá – La Sevillana hasta Calle 13; Avenida 68 desde la autopista Sur hasta la Calle 63; Autopista Sur desde Soacha hasta NQS Centro Comercial Centro Mayor; Calle 19 desde puente Aranda hasta Centro de la ciudad; Avenida Calle 80 desde el puente de Guadua hasta la carrera 30.

De acuerdo con la ciudadanía Bogotá tiene micro territorios donde hay poca afluencia de servicios de transporte o dificultad para acceder al mismo son los que están ubicados en los cerros orientales como San Isidro Patios en Chapinero y Las Cruces en Santa fe.

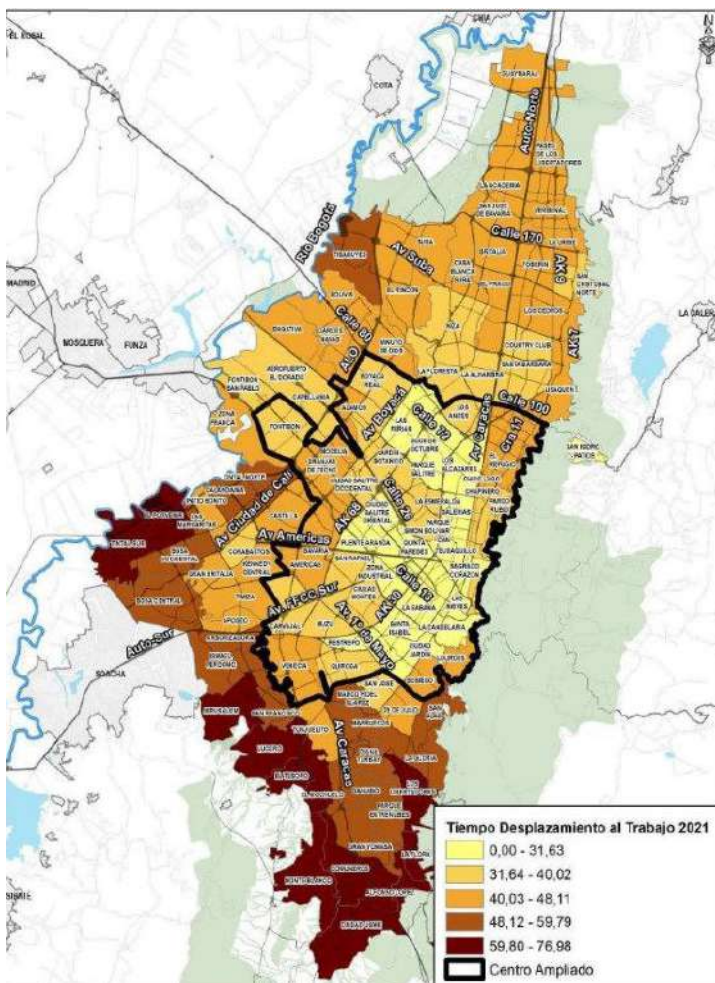
Según la encuesta de Movilidad 2023 Bogotá - Región

- **Diariamente**, se producen **800 mil viajes diarios** relacionados con el **cuidado de personas** (acompañar a alguien con y sin remuneración)
- El **70%** de los **viajes** asociados al **cuidado de personas vulnerables** son realizados por **mujeres**. Donde el **80%** de la **población objeto del cuidado** pertenece a hogares de estratos **1,2 y 3**.
- En la zona de estudio, hay cerca de **1.2 millones de personas (15%)** que son objeto del cuidado por sus condiciones de vulnerabilidad.
- Cerca de **470.074 viajes diarios de cuidado** se realizan a pie.
- La mayor concentración de viajes de cuidado se presenta en **Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar y Usme**.
- Los modos alternativos se integran con el **Sistema de Movilidad Sostenible** generando un *bajo impacto ambiental*, con una **reducción** de más del **32%** en la tenencia de vehículos convencionales entre **2019 y 2023**.
- Los viajes diarios de las personas *mayores de 65 años* se dan principalmente a las **10:00 a.m.**
- El **90%** de los viajes de las *niñas y los niños* son por motivo de estudio.
- Las personas mayores y los niños realizan **4 millones** de viajes al día
- **40%** de los **hombres** utilizan para movilizarse **bicicleta y moto**

Pag 23 de 262

- 500 mil viajes diarios son realizados por personas que se reconocen de algún **grupo étnico**.
- 600 mil viajes diarios son realizados por personas con *discapacidad* por asuntos **médicos, compras, trabajo y trámites**

Mapa 4 Tiempo de desplazamiento al trabajo año 2021 Bogotá



Según los tiempos de viaje promedio; el tiempo promedio dentro del vehículo, osciló entre los 40 y 52 minutos para transporte público y privado, siendo el auto el que mayor tiempo ostentó, sin embargo; al revisar los tiempos de espera antes de acceder al vehículo, el SITP zonal fue el que mayor tiempo demandó con 21 minutos. Los tiempos de caminata antes de acceder al vehículo, estuvieron entre 1 y 10 minutos, siendo los mayores tiempos para el Sistema de Transporte Integrado.

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

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

- Para una ciudad de menos de 30 minutos el metro llegará para complementar el sistema masivo de transporte e integrarse con otros modos de transporte, la primera línea del Metro se espera inaugurar en el año 2028.

Malla Vial:

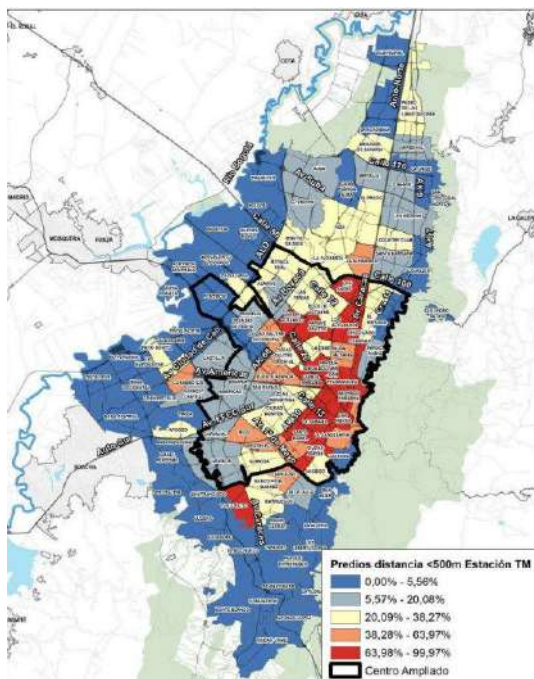
- Bogotá cuenta con 461.6 km de vías de la malla vial arterial urbana construida, 21.6 km en construcción, 202.9 km sin construir y 195.3 km de vías parcialmente construidas, según el documento de diagnóstico elaborado por la Secretaría Distrital de Movilidad -SDM para la actualización del Plan de Movilidad Sostenible y Segura de Bogotá 2022.
- La ciudad tiene identificada y caracterizada la malla vial donde se puede identificar vías como: trocales de Transmilenio, cable aéreo, Red férrea, ciclorrutas y ciclovías, helipuertos, corredores de carga, y el complejo aeroportuario el Dorado.
- Se encuentran en proceso de construcción obras que planean desembotellar la ciudad en las siguientes ubicaciones:
 - Corredor vial Tintal¹¹ distribuido **Grupo 1** – Entre la Av. Tintal (AK 89) desde la Av. Bosa hasta la Av. Manuel Cepeda Vargas. **Grupo 2** Av. Tintal (AK 89) desde la Av. Manuel Cepeda Vargas hasta la Av. Alsacia y la Av. Alsacia entre la Av. Tintal y la Av. Ciudad de Cali. **Grupo 3:** Av. Alsacia entre Av. Ciudad de Cali hasta la Transversal 71B
 - Aló Sur: que espera conectar Chusacá, en Soacha con la Calle 13.
 - Avenida 68 para la ampliación del servicio de Transmilenio
 - Avenida Calle 72 por adecuaciones para la primera línea del metro.

Cercanía a infraestructuras que soportan tránsito

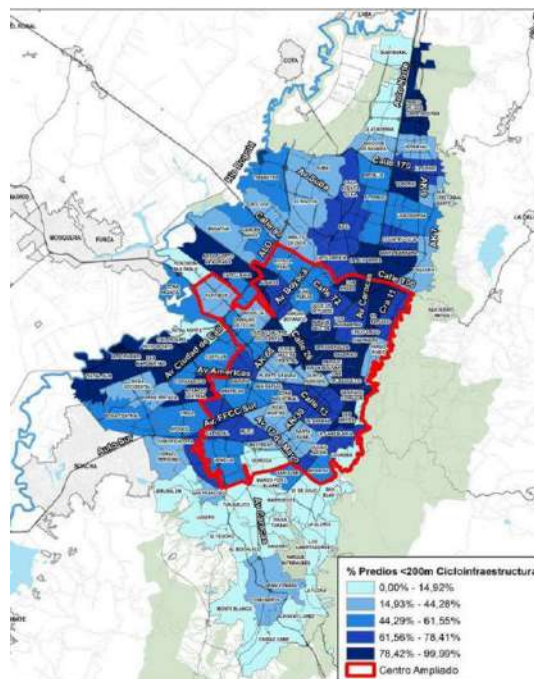
Se aprecia una concentración de predios a una distancia caminable de la estación más cercana, en el centro ampliado, dado la presencia de estaciones troncales del **Sistema Integrado de Transporte Transmilenio** en su interior. Las UPZ ubicadas en esta zona son: Los Andes, Los Alcázares, Chapinero, Parque Salitre, Jardín Botánico, Parque Simón Bolívar - CAN, Quinta Paredes, Sagrado Corazón, La Sabana, Las Nieves, Santa Isabel, Las Cruces, Ciudad Jardín; cuya proporción de predios a menos de 500m de una estación de Transmilenio es mayor al 63,98%. Por el contrario; las UPZ ubicadas en los bordes de la ciudad presentan los menores porcentajes por debajo del 5.56%.; es el caso de las UPZ al sur de las localidades San Cristóbal, Usme, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar, en el sur de la ciudad; las UPZ al costado occidental de la Avenida ALO en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá y Suba, al occidente; y las UPZ de Casablanca Suba, Usaqué, San Cristóbal Norte, La Uribe, La Academia y Guaymaral, en el norte de Bogotá.

Con relación a la cercanía a un Bicicarril o ciclorruta; los predios con proporciones mayores a 78,42% se identifican al occidente de la Avenida El Tintal y de la Avenida Ciudad de Cali, en las localidades de Bosa y Kennedy; en las UPZ Aeropuerto El Dorado, Capellanía en el occidente de la ciudad; en las UPZ de La Alhambra, Santa Bárbara, Toberín y Paseo de Los Libertadores en el norte. Al interior del centro ampliado esta situación se da en las UPZ de las Localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo, así como las UPZ de Ciudad Salitre Occidental, Álamos, Sagrado Corazón, Las Nieves, Chapinero y Chico Lago. Por el contrario, las UPZ con los menores porcentajes (menores a 14.92%) se apreciaron al sur del límite del centro ampliado, en el sector sur de las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe, Tunjuelito, Usme y Ciudad Bolívar; así como en las UPZ de Tintal Norte, Fontibón San Pablo, La Academia y Guaymaral. Al interior del centro ampliado cumplen esta similar situación, las UPZ Jardín Botánico, Quiroga, Lourdes y La Macarena.

Mapa 5 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 500m a las estaciones de Transmilenio



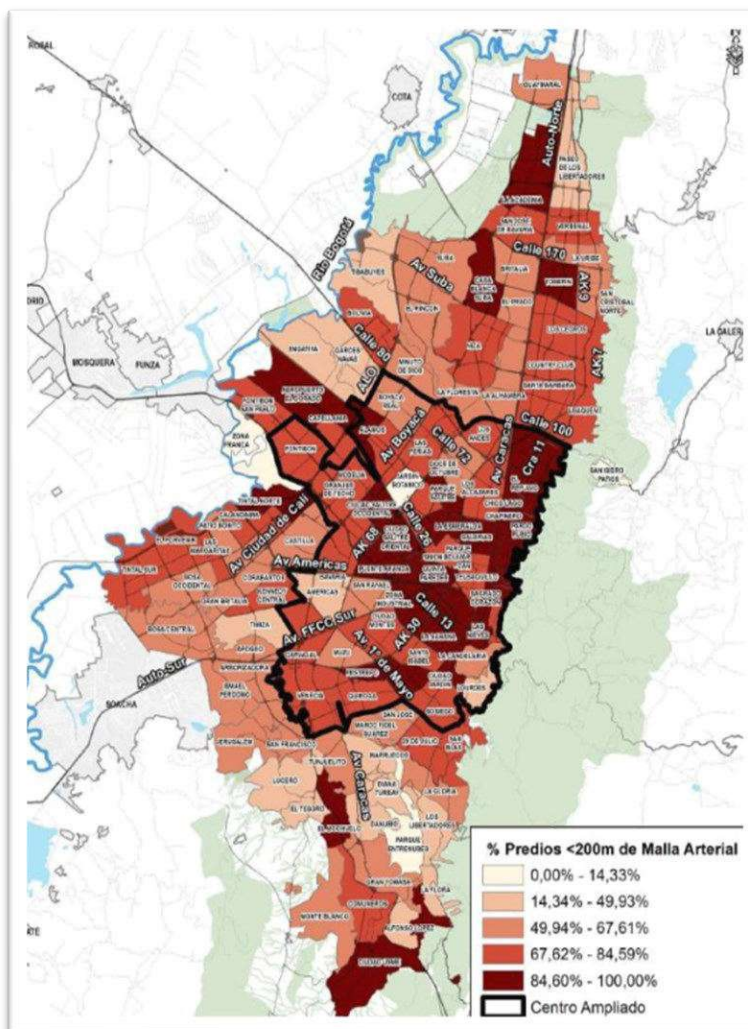
Mapa 6 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 200 m a la ciclo infraestructura existente



Tomado de: (Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaría de Planeación Bogotá 2022) Fuente: Información de distancias a estaciones de Transmilenio calculada por la SDP y cartografía digital Decreto 555 de 2021

En cuanto a la cercanía de las residencias a la **mallla vial arterial** que es la infraestructura asociada a las vías principales y base de la movilidad de media y larga distancia al interior de la ciudad, se aprecia un promedio de lotes cercanos por UPZ, del 61%.

Mapa 7 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 200 m a la Malla Vial Arterial.



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

1.2.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

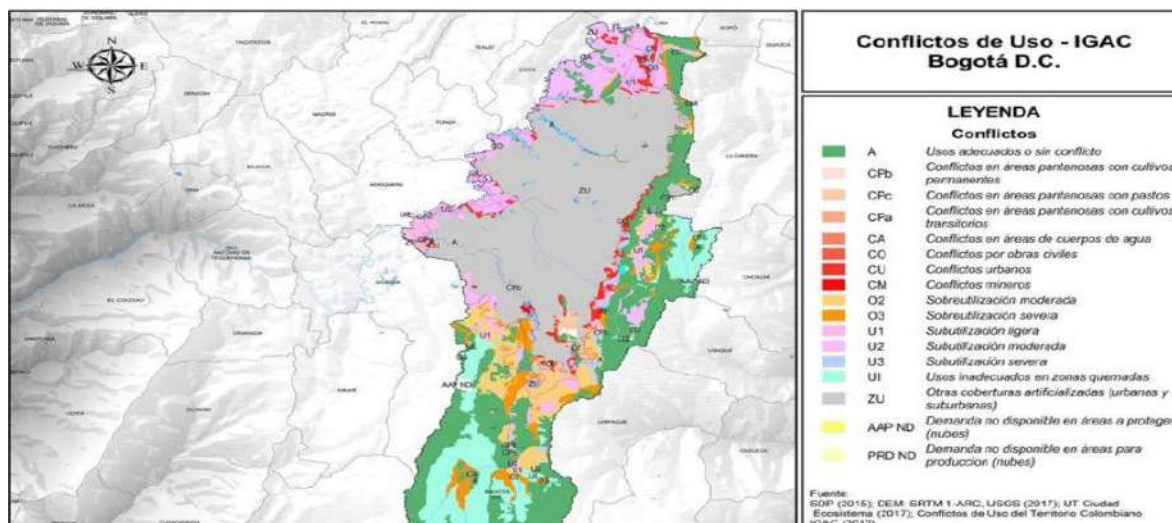
La geografía del Distrito tiene ríos, humedales, ecosistemas de alta montaña, páramos, los Cerros orientales y reservar forestales que están integrados al paisaje de la ciudad, además, cuenta con el páramo de Sumapaz con más de 333 hectáreas de extensión, que por sus características los conflictos se muestran de manera diferencial en este territorio. Ahora bien, al ser la capital del país, la ciudad está en constante crecimiento urbanístico lo cual genera conflictos socioambientales que pueden afectar la calidad de vida y la salud.

Para este documento se mostrará la relación de la sociedad con el ambiente en cuatro categorías: La estructura ecológica principal, la ruralidad, los conflictos ecológicos y la disposición de residuos. El detalle de las situaciones, la magnitud, los territorios y demás información se puede revisar en el Anexo 1 Categorías de la relación de la sociedad y el ambiente en Bogotá.

En cuanto a la estructura ecológica principal, las problemáticas son la contaminación de los humedales; de las fuentes hídricas y canales; las aguas negras de industrias y el deterioro de la estructura ecológica. En la mayoría del suelo rural se presentan conflictos por la cercanía a áreas mineras, estructuras de conservación para la conservación de los Humedales la Isla en Bosa y Tibanica en Ciudad Bolívar limitando con el municipio vecino de Soacha, conflicto por material de extracción de arenas y grava del Río Tunjuelo para industrias.

Las áreas con mayores conflictos corresponden a las más próximas al perímetro urbano, dadas las determinantes señaladas anteriormente, destaca el rojo -CU- relacionado con el conflicto urbano de casi todo el perímetro urbano de Bogotá, mientras que en la franja norte y occidental se presenta conflicto por la sobreutilización ligera y moderada del suelo rural.

Mapa 8 Conflictos de uso del suelo-Decreto 555 de 2021 Bogotá



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

Y finalmente, el manejo inadecuado de residuos sólidos en su mayoría ubicada en la zona urbana, presenta grandes concentraciones en localidades como Ciudad Bolívar debido a actividades minera, industriales, En Kennedy en la UPZ Corabastos, zonas comerciales como lo son las áreas de Barrios Unidos, Los Mártires y Candelaria, también afecta cursos de agua, para lo cual se han dispuestos cuatro sitios para la disposición de materiales de demolición, cuatro sitios para el aprovechamiento de residuos y 9 estaciones para la clasificación y aprovechamiento.

1.2.2.1 Riesgos a los que está expuesto Bogotá

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

- Amenaza por desbordamiento
- Riesgo sísmico
- Riesgo tecnológico
- Riesgo químico
- Riesgo por aglomeraciones
- Riesgo por movimientos en masa
- Predios con reasentamiento
- Amenaza por inundación
- Incendio Forestal
- Calidad de aire
- Pandemias

El detalle de a los que se expone la ciudad se puede consultar en el Anexo 2 Riesgos Identificados para Bogotá.

Para atender lo anterior, la ciudad viene estableciendo el Plan Estratégico para la Gestión Integral de la Calidad del Aire de Bogotá 2030, una hoja de ruta que propone herramientas sólidas para mejorar las condiciones atmosféricas y proteger la salud de los ciudadanos, y cuyos compromisos son:

- Gobernanza del aire (participación, empoderamiento ciudadano y transparencia de la información, socialización).
- Fomento de movilidad sostenible, teletrabajo y ascenso tecnológico.
- Medición, control y reducción de emisiones por calidad del aire y gases efecto invernadero.
- Eficiencia y sustitución energética.
- Cobertura vegetal (en espacios abiertos)
- Residuos sólidos y recurso hídrico.

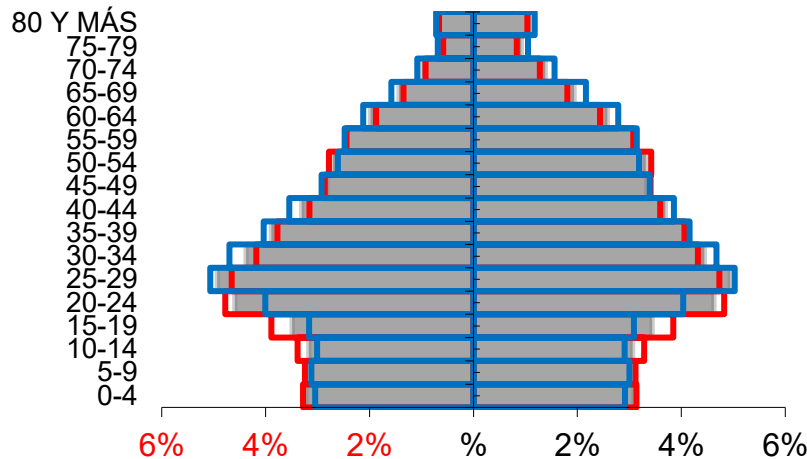
1.2.2.2 Cambio climático

El cambio Climático se considera como la mayor amenaza del planeta (Min ambiente, 2022). Desde el año 1998 los expertos han venido mostrando importantes evidencias científicas, que demuestran que las altas emisiones de Gases Efecto Invernadero GEI, generan un cambio en el clima, lo que aumenta la vulnerabilidad, entendida como el grado de susceptibilidad o de incapacidad de un sistema de afrontar los efectos adversos del cambio climático, en particular la variabilidad del clima y los fenómenos externos.

Para el seguimiento de los indicadores del Cambio Climático, Bogotá cuenta con el Observatorio Ambiental de Bogotá, un espacio de la Secretaría Distrital de Ambiente. Anexo 3 Características del cambio climático se amplía información sobre la temperatura, las emisiones de gases de efecto invernadero, el ozono promedio, modernización de luminarias LED y la precipitación en el Distrito.

Además de esta información, IDECA mide para Bogotá el nivel la Vulnerabilidad Integral que identifica el grado de susceptibilidad o incapacidad de un sistema para afrontar los efectos adversos del cambio climático, y la variabilidad del clima y los fenómenos extremos. En su página web publican.

Figura 1 Pirámide poblacional para Bogotá, 2018, 2020 y 2023



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

En 2023 se identifica que la mayor proporción de población es de edad adulta de 29 a 59 años, seguida del grupo de 18 a 28 años.

El análisis de la proyección de población 2010 a 2023 en función del ciclo vital, los cambios de los grupos de edad, en el periodo analizado 2010 a 2023, se observó disminución en todos los grupos de edad hasta los 17 años, especialmente para la adolescencia (reducción de 28,87 puntos porcentuales), aspecto que está relacionado con la disminución de la fecundidad y natalidad. Mientras que en las poblaciones de personas a partir de los 18 años se evidencia una tendencia al aumento, siendo mayor en el grupo vejez de 60 y más años 81,87% .

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

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

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

En otros indicadores demográficos se confirma esta tendencia progresiva al envejecimiento de la población de la ciudad, lo cual puede evidenciarse con la reducción del índice de Friz y el aumento de los índices de vejez,

envejecimiento y dependencia de personas mayores; así como una reducción en aquellos indicadores relacionados con la población joven, tales como la razón niños mujer, los índices de Infancia y juventud y índices de dependencia infantil; lo cual impone retos tanto a nivel económico y social como en servicios de salud. Este cambio puede estar asociado, entre otros fenómenos a la disminución de la natalidad y fecundidad documentados y a pesar del aumento evidenciado para la mortalidad general en el periodo.

Por lo anterior se observa este comportamiento en localidades como La Candelaria, Teusaquillo, Barrios Unidos y Usaquén, los que se encuentran por encima del indicador de vejez del Distrito Capital, mientras que localidades como Ciudad Bolívar, Sumapaz, Bosa, Usme son localidades que cuentan con población joven. Como variable de crecimiento poblacional, durante la última década se observa disminución de los menores de 5 años por Mujer en Edad Fértil – MEF al pasar de 22 a 21 por cien MEF, de la proporción de menores de 15 años (19 a 18 por cien personas) y, en consecuencia, de la dependencia infantil (26 a 25 por cien personas de 15 a 64 años) para todo el territorio capital; disminución que se acentúa en las Localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Teusaquillo, Los Mártires, La Candelaria y Sumapaz, en contraste con el incremento observado en la Localidades Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Barrios Unidos, Antonio Nariño y Puente Aranda.

El grupo poblacional que reporta incremento ostensible para toda la ciudad es el de personas mayores; es así como en los últimos 5 años el índice de envejecimiento pasó de 66 a 83 personas de 60 años y más del total de la población; valores que, en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba y Sumapaz, presentan un aumento mayor al 35pp,

Por tanto, se observa incremento de la dependencia de personas mayores, que para Bogotá asciende de 12 a 14 personas mayores de 65 años por cada 100 personas entre los 15 y 64 años, del año 2018 al 2023; siendo las localidades de Santa Fe, Barrios Unidos, Teusaquillo, Antonio Nariño y La Candelaria, la que presentan una proporción inferiores a 10 en contraste con lo observado en las localidades Usme, Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar y Sumapaz, que reportan proporciones estimadas superiores a 25 por 100 personas de 15 a 64 años.

Tabla 2. Índices demográficos de Bogotá, 2018, 2020 y 2023.

Índice Demográfico	Año			Variación % 2018-2023
	2018	2020	2023	
Población total	7,412,566	7,732,161	7,907,281	6,67
Población Masculina	3,544,078	3,703,072	3,786,692	6,85
Población femenina	3,868,488	4,029,089	4,120,589	6,52
Relación hombres: mujer ¹	91.61	91.91	92	0,31
Razón niños: mujer ²	22	22	21	-4,55
Índice de infancia ³	19	19	18	-5,26
Índice de juventud ⁴	27	26	24	-11,11
Índice de vejez ⁵	13	14	15	15,38

¹ Relación Hombres Mujer, Se refiere al número de hombres por cada 100 Mujeres en un mismo periodo y población.

² Razón Niños: Mujer: Es el número de niños menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) durante un año determinado

³ Índice de infancia: Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total

⁴ Índice de Juventud: Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. Se multiplica por 100

⁵ Índice de vejez: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total,

Mapa 10 Densidad poblacional por localidad de residencia (habitantes por Km²). Bogotá. 2023 población por UPZ frente al total de viviendas 2021

Índice Demográfico	Año			Variación % 2018-2023
	2018	2020	2023	
Índice de envejecimiento ⁶	66	73	83	25,76
Índice demográfico de dependencia ⁷	38.71	38.59	38.91	0,52
Índice de dependencia infantil ⁸	26.97	25.97	24.99	-7,34
Índice de dependencia mayores ⁹	11.74	12.63	13.92	18,57
Índice de Friz ¹⁰	92.59	85.70	77.49	-16,31
Tasa Bruta de Natalidad ¹¹	11,8	10,3	8,2**	-30,51
Tasa General de Fecundidad ¹²	40,7	35,8	28,9	-28,99
Tasa de Mortalidad ¹³	4,40	5,75	5,58	26,91
Esperanza de Vida al nacer ¹⁴	79,43	76,91	79,14	-0,37

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyección de población de Bogotá Post COVID-19, periodo 2020 – 2035 ((DANE, 2023b) y proyección Retrospectivas de población de Bogotá periodo 2005 – 2019. Actualización Post COVID-19 (DANE, 2023a)

** La información corresponde a Dato preliminar de Nacidos vivos para el año 2022. Lo anterior, debido al tiempo que toma la consolidación y revisión de estadísticas Vitales desde el Nivel Nacional.

1.3.2 Distribución según Área Geográfica y Territorios

Del total de la población, el 99,6% de la población (7.875.957 hab.) viven en la cabecera municipal y el 0,40% restante (31. 324 hab.) en centros poblados y rural disperso.

Esta población se encuentra distribuida en 20 localidades y 112 Unidades de Planificación Zonal (UPZ) con un área aproximada de 1628,4 kilómetros cuadrados que conforman el Distrito Capital; lo que representa una densidad poblacional aproximada de 4855,8 habitantes por kilómetro cuadrado¹⁵.

El área rural de Bogotá abarca el 82.7% del territorio distrital, incluye la localidad de Sumapaz y parte de las localidades de Chapinero, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Santafé, Suba, Usaquén y Usme. Se estima que en el centro poblado y rural disperso residían en 2023 un total de 31.563 personas, el 33,7% (N=10.625) en Ciudad

⁶ Índice de Envejecimiento: Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes (menores de 15 años) * 100

⁷ Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años por 100

⁸ Índice de dependencia infantil: Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años

⁹ Índice de dependencia mayor: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años.

¹⁰ Índice de Friz: Representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años) con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

¹¹ Numero de Nacidos vivos en el periodo dividido entre la población de la ciudad para el año

¹² La tasa general de fecundidad (denominada también la tasa de fecundidad) es el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 durante un año determinado.

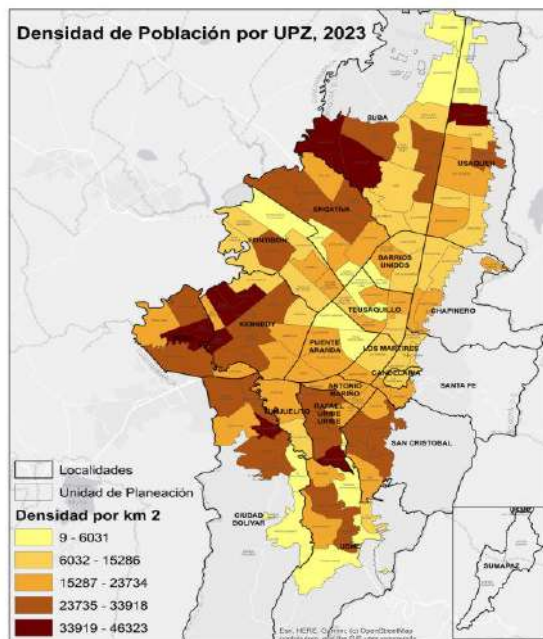
¹³ La Tasa de mortalidad se define como la proporción de defunciones que se producen en un área concreta (país, comunidad, provincia, municipio, etc.) respecto a su población total a lo largo de un año. Normalmente se expresa en valores por cada 1000 habitantes

¹⁴ La Esperanza de Vida al nacer representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad

¹⁵ Se aclara que la información de las proyecciones de población PostCovid no contienen información desagregada por localidades, UPZ ni UPL por lo cual los datos presentados fueron obtenidos a partir de las proyecciones de población para la ciudad con detalle de localidades y UPZ documentadas en el marco del Convenio 095 suscrito entre el DANE y la Secretaría de Planeación Distrital, el cual fue realizado con datos sin tener en cuenta la afectación pandémica en las estadísticas de Población, y para el cual se estimaban para el 2023 un total de 7.936.532. Es decir 29.251 personas más de las estimadas luego del ajuste posterior a la pandemia

Bolívar, el 31,8% (N=10.042) en Usme, el 13,4% (N=4.214) en Suba, y el 12,1% (N=3.825) en Sumapaz principalmente

Mapa 11 Densidad poblacional por UPZ

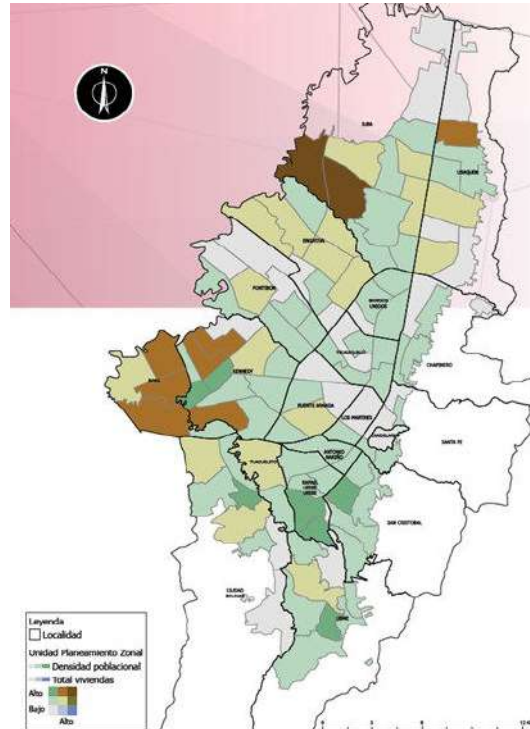


Fuente: DANE - CNPV 2018. Proyecciones de Población 2023. Proyecciones de población con Detalle por UPZ, Convenio interadministrativo 095 (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022b).

En el mapa, se evidencia la mayor concentración de población respecto a los kilómetros cuadrados para Las siguientes UPZ, Bosa Occidental, Patio Bonito, Calandaima, Tibabuyes, El Rincón, San Francisco, Verbenal, Diana Turbay, Gran Britalia y Marruecos con el color ocre oscuro.

Con relación al comparativo entre la densidad de población por cada hectárea en una UPZ y la disposición de viviendas en el mismo espacio, Tibabuyes y Rincón de Suba son las que concentran mayor densidad de población y viviendas, seguido de Verbenal en Usaquén; Patio Bonito, Calandaima, Timiza en Kennedy; Bosa Central, Bosa Occidental y el Porvenir en Bosa.

Mapa 12 Población por UPZ frente al total de viviendas 2021, Bogotá



Mapa: DANE y Secretaría Distrital de Planeación - Encuesta Multipropósito 2021 / DANE - CENSO 2018. Base Cartográfica: Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital IDECA 12/2021. Tomado de Atlas Económico de Bogotá 2022

Tabla 3. Hogares en Centros Poblados y Rural Disperso por localidad 2018-2021

Localidad	2016	2017	2018	2019	2020	2021
01 Usaquén	463	483	488	516	546	574
02 Chapinero	790	841	860	916	973	1.014
03 Santa Fe	818	870	885	922	977	1.027
04 San Cristóbal	55	56	56	61	62	65
05 Usme	7.275	7.588	7.933	8.451	8.935	9.364
11 Suba	3.058	3.192	3.347	3.558	3.761	3.937
19 Ciudad Bolívar	7.750	8.038	8.459	8.964	9.474	9.942
20 Sumapaz	3.166	3.137	3.138	3.298	3.449	3.584
Total	23.375	24.205	25.166	26.686	28.177	29.507

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

En el centro poblado y área rural del Distrito hay 9069 hogares según proyecciones DANE del censo 2018, lo que representa un incremento del 6% (N=531) respecto al año anterior (2020) y 3,2 individuos por hogar.

Tabla 4. Población centro poblado y rural disperso 2017 a 2021

Localidad	2018	2019	2020	2021
01 Usaquén	142	153	164	174
02 Chapinero	251	270	289	307
03 Santa Fe	258	278	297	316
04 San Cristóbal	16	18	19	20
05 Usme	2.312	2.488	2.665	2.833
11 Suba	975	1.050	1.124	1.195
19 Ciudad Bolívar	2.466	2.651	2.842	3.022
20 Sumapaz	996	1.069	1.138	1.202
Total	7.416	7.977	8.538	9.069

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

1.3.3 Poblaciones Diferenciales

1.3.3.1 Población indígena

El DANE en el 2018 proyectó una población de 7.412.566 habitantes en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 0,34% (N=25.320) se identificó como indígena, representados en 21 Pueblos Indígenas, de los cuales, cinco (5) representan el 83,57% de la población indígena censada internamente en la ciudad de Bogotá Muisca Suba, Muisca Bosa, Emberá Chami/Katio/Dobida, Ambika Pijao y Kichwa.

Los pueblos indígenas cuentan con procesos colectivos y Organizativos; incluyendo

- Seis (6) cabildos Indígenas con registro ante el Ministerio del interior: Muisca Suba, Muisca Bosa, Inga, Ambika Pijao, Kichwa y Pasto.
- Cuatro (4) instancias de dialogo y reconocimiento de la población Indígena: a) Consejo Consultivo y de concertación (14 pueblos), b) Otras Formas Organizativas- Autoridades Indígenas Bakata (AIB), c) Mesa Distrital de pueblos Indígenas Víctimas del Conflicto Armado, d) Mesas de Salud Población Indígena Emberá.

Tabla 5 Pueblos indígenas en Bogotá, 2022

N°	PUEBLOS INDÍGENAS	POBLACIÓN	N°	PUEBLOS INDÍGENAS	POBLACIÓN
1	Nasa*	-	11	Wounaan	311
2	Muisca Suba	10.014	12	Cametsa	276
3	Muisca Bosa	4.334	13	Yanacona	239
4	Embera Chami/katio/Dobida	2.403	14	Tubu	106
5	Ambika Pijao	2.275	15	Koreguaje	94
6	Kichwa	2.135	16	Kubeo	74
7	Pasto	1.007	17	Eperara Siapidara	58

N°	PUEBLOS INDÍGENAS	POBLACIÓN	N°	PUEBLOS INDÍGENAS	POBLACIÓN
8	Inga	994	18	Wayuu	57
9	Misak	467	20	Kokonuco	56
10	Uitoto	364	21	Zenu	56
TOTAL					25.320

Fuente: Listados censales 2022 Consejo consultivo, autoridades indígenas Bakatá (AIB) y Base de datos Emberá 2024. *No se cuenta con listado censal que proporcione datos de la población Nasa en Bogotá a 2022.

De acuerdo con la información reportada en los listados censales para 13¹⁶ de los 14¹⁷ pueblos pertenecientes al Consejo Consultivo en Bogotá, para la construcción del documento de *Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad de los pueblos indígenas en Bogotá 2023*, se estimó a 2022 una población de 21.609 personas con autorreconocimiento indígena a nivel distrital, distribuidos de manera dispersa en 19 de las 20 localidades de la ciudad¹⁸. La población se concentra en las localidades de Suba (n=22,1%) y Bosa (n=15,9%); territorios donde se ubican actualmente los pueblos Muisca de Suba y Bosa, dado que son sus territorios originarios y ancestrales. Cabe resaltar que el 32,8% (n=7.096) de indígenas censados no registró datos de residencia.

Los territorios propios del interior de la ciudad son los donde históricamente se han asentado las comunidades indígenas y, en especial, los lugares sagrados o de importancia espiritual. En este sentido, entre las principales localidades habitadas por los pueblos se encuentran Engativá, Usme, los Mártires, Rafael Uribe y San Cristóbal, y en menor número se ubican en las localidades como Barrios Unidos, Chapinero y La Candelaria (ver Mapa 13 y mapa 13)

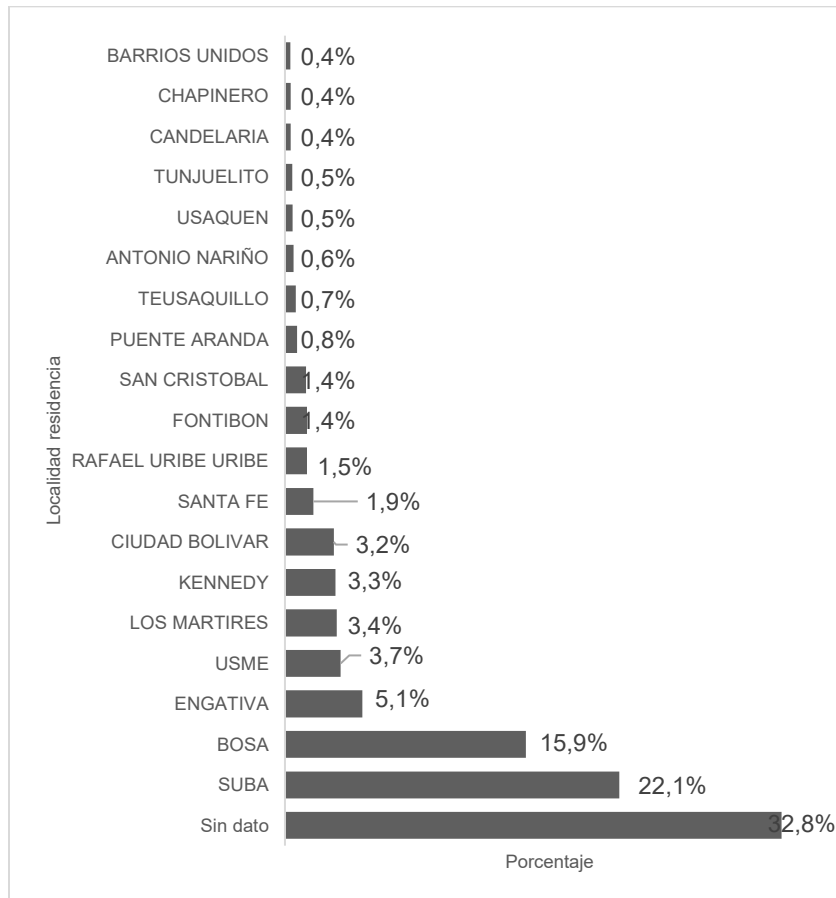
Igualmente, es posible establecer que las UPZ con mayor concentración de población indígena son: UPZ El Rincón en la localidad de Suba, con el 18,1%; UPZ Bosa Occidental en localidad de Bosa, con el 14,1%; UPZ La Sabana en la localidad de los Mártires, con el 4,8%; y la UPZ Comuneros en la localidad de Usme, con el 2,0%.

¹⁶ Los pueblos con datos en el listado censal a 2022 corresponden a Muisca Bosa, Muisca Suba, Kichwa, Inga, Ambika Pijao, Yanacona, Uitoto, Pasto, Eperara Siapidara, Cametsa, Misak, Wounaan, Tubu.

¹⁷ A causa de la demora en la entrega de la información, por parte del Cabildo Nasa CCI, no fue posible incluir en este análisis los datos censales correspondiente al Pueblo Indígena Nasa de Bogotá.

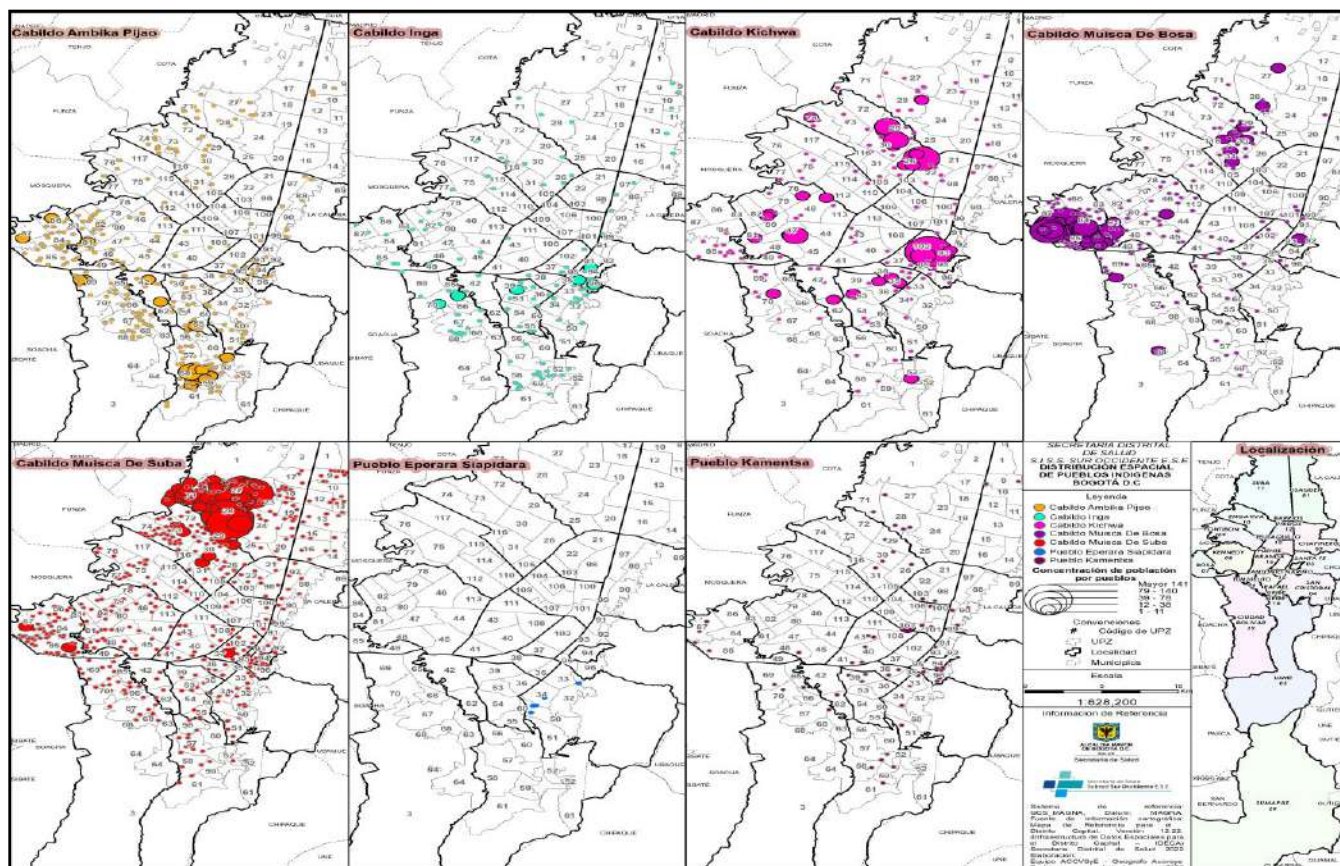
¹⁸ A partir de los listados censales remitidos por el Consejo Consultivo Indígena de Bogotá, al mes de junio de 2022.

Figura 2 Distribución de población Indígena (13 pueblos) según localidad de residencia, Bogotá (2022)



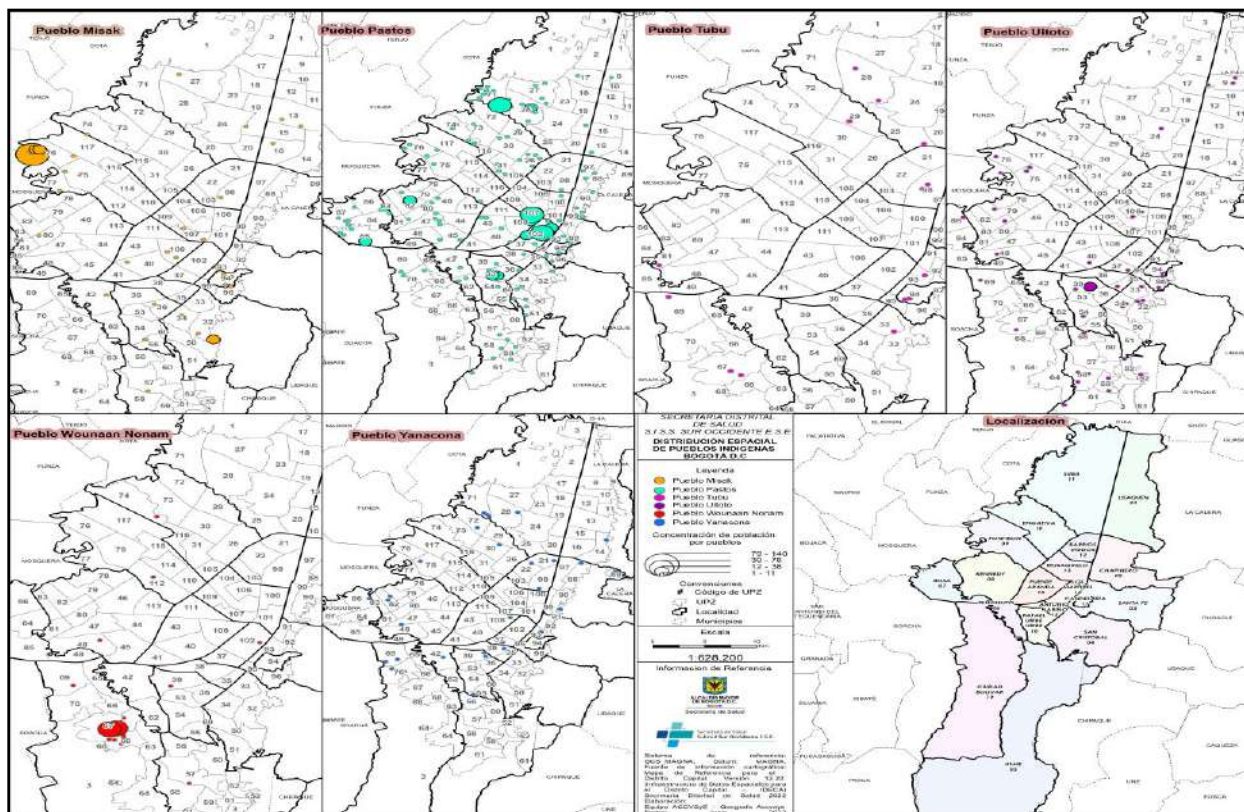
Fuente: Listado Censal del Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas que habitan en la ciudad de Bogotá (2022)

Mapa 13. Distribución espacial de los pueblos Ambika Pijao, Inga, Kichwa, Muisca Suba y Bosa, Eperārā, Kamēntsá en Bogotá (2022)



Fuente: Listado Censal del Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas que habitan en la ciudad de Bogotá (2022)

Mapa 14. Distribución espacial de los pueblos Misak, Pastos, Tubú, Uitoto, Wounaan, Yanacona, en Bogotá (2022)



Fuente: Listado Censal del Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas que habitan en la ciudad de Bogotá (2022).

Además, los listados censales del Consejo Consultivo indican que, en cuanto a distribución por sexo, el 51.1% (n=11.043) de la población indígena en Bogotá son mujeres y el 48.9% (n= 10.566) son hombres. En los pueblos Misak, Ambika Pijao y Eperārā Siapidaara el grupo femenino tiene mayor representatividad con pesos porcentuales superiores al 53%; mientras que, en el Pueblo Uitoto y Tubú es el grupo masculino quien tiene mayores pesos porcentuales por encima del 54%.

1.3.3.2 Población negra y afrodescendiente

Para el Censo de 2018, el número de personas afrocolombianas disminuyó significativamente respecto al Censo de 2005, pasando de 4311.757 en 2005 a 2.982.224 en 2018, a nivel nacional, sin que se registraran causas externas que pudieran causar esta reducción, como la muerte generalizada de esta población o procesos de migración masiva al exterior, entre otros. Durante el año 2019, en la ciudad de Bogotá habitaban 7.412.566 personas, de las cuales se auto reconocían como población negra y afrocolombiana el 0,88%, lo que corresponde a 65.656 personas. Al contrastar estos datos con los publicados en el Censo DANE del año 2005 se observa una diferencia poblacional marcada con 28.622 personas menos. Por otra parte, según EMP 2021 se estimó un total de 52.232 personas con autorreconocimiento, datos que mantienen la tendencia decreciente de la población negra y afro residente en el Distrito.

Estas personas provienen principalmente de 15 departamentos del país, entre los que se destacan: Bogotá, Chocó, Valle del Cauca, Nariño y Bolívar.

En cuanto a su distribución por sexo según el DANE 2018, el 50,5% (n=33.131) de la población negra afrocolombiana en Bogotá corresponde al sexo femenino, mientras que, el 49,5% (n=32.525) corresponde al sexo Masculino. Comparado con la EMP 2021 se observa que el 52% (n=28.319) de la población es de sexo femenino y el 48% (n=25.723) restante de sexo masculino. El análisis demográfico se basa en estas únicas fuentes disponibles, que limitan la visibilidad estadística demandada por esta población.

La siguiente tabla muestra la distribución poblacional por momento de curso de vida, en la que destacan las personas adultas con un 46,6% (n=30.610) y jóvenes con un 23,0% (n= 15.130). El momento de curso de vida de menor proporción corresponde a la primera infancia con un porcentaje de 6,9% (n= 4.505).

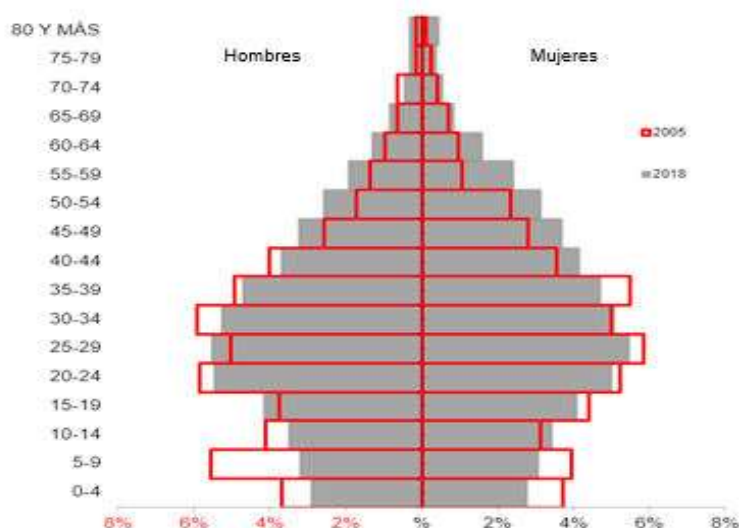
Tabla 6 Distribución poblacional por momentos de curso de vida y sexo, Comunidades Negras y Afrocolombianas Bogotá. Año 2018

Momento del Curso de vida	Mujer	%	Hombre	%	Total	%
Primera Infancia	2.202	3,4	2.303	3,5	4.505	6,9
Infancia	2.453	3,7	2.609	4,0	5.062	7,7
Adolescencia	2.867	4,4	2.853	4,3	5.720	8,7
Juventud	7.327	11,2	7.803	11,9	15.130	23,0
Adultez	15.829	24,1	14.781	22,5	30.610	46,6
Vejez	2.453	3,7	2.176	3,3	4.629	7,1
Total	33.131	50,5	32.525	49,5	65.656	100,0

Fuente de información: Bases de datos del DANE año 2018.

La estructura demográfica de los afro y negros residentes en Bogotá se representa en su pirámide poblacional, que muestra en los años 2005 y 2018 la mayor proporción de la población en el rango de edades entre los 20 y 34 años (porción central de la pirámide), población joven y adulta económicamente activa y que representa el mayor flujo migratorio, considerando sus motivaciones para mejorar condiciones de vida para ellos y sus familias, en términos laborales o académicos.

Figura 3 Pirámide poblacional, comunidades Negras y Afrodescendiente residentes en Bogotá (2005 y 2018)



Fuente de información: Bases de datos del DANE año 2005 y 2018.

Al analizar la base de la pirámide, que representa a la población de 0 a 14 años (primera infancia, infancia y adolescencia), se observa una tendencia al estrechamiento poblacional, lo cual supone que las personas jóvenes y adultas que migran a la ciudad, en su mayoría, lo hacen dejando a sus hijos en sus territorios ancestrales con el objetivo de trabajar o estudiar; o han dejado a un lado el interés de concebir un embarazo, incidiendo así en la transición epidemiológica de la población. En el caso de los territorios de origen, las redes familiares, sociales y comunitarias, fungen labores de cuidado conjunto, que difícilmente pueden ser subsanadas en el contexto urbano de Bogotá, predominantemente atravesado por la individualidad y la producción.

Con respecto al grupo de 80 años y más, representado en la cúspide piramidal, se observa una proporción menor, lo cual indica que este grupo poblacional posee un flujo migratorio bajo hacia la ciudad. Debido a su edad, prefieren mayoritariamente residir en sus tierras de origen, evitando así enfrentarse a las dinámicas urbanas, y priorizando tranquilidad y goce de una mejor salud mental. Tal como lo refieren miembros de la comunidad negra y afrocolombiana residente en Bogotá: “preferimos envejecer en nuestros territorios. Allá vivimos más tranquilos, somos más felices, sin pensar en los Transmilenio y las distancias de la ciudad”.

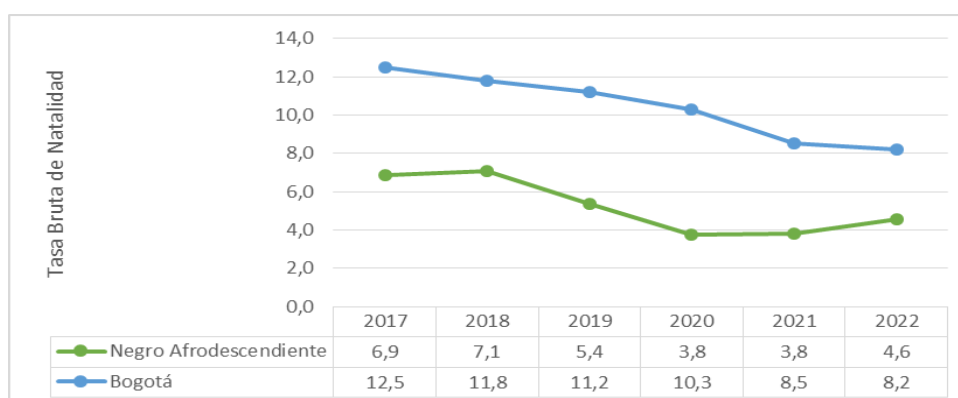
Tabla 7 Índices demográficos. Comunidades Negras y Afrocolombianas residentes en Bogotá, años 2005 y 2018.

ÍNDICE	Año 2005	Año 2018
Población total	94.278	65.656
Población Femenina	48.322	32.525
Población Masculina	45.956	33.131
Relación hombres: mujer	105,15	98,17
Razón niños: mujer	23	18
Índice de infancia	24	19
Índice de juventud	30	30
Índice de vejez	5	7
Índice de envejecimiento	21	37
Índice demográfico de dependencia	37,37	29,85
Índice de dependencia infantil	33,19	24,44
Índice de dependencia mayores	4,18	5,41
Índice de Friz	94,23	78,55
Tasa de Natalidad	-	7,1
Tasa de Fecundidad	-	18,4

Fuente de información: Bases de datos del DANE año 2005 y 2018.

La tasa de natalidad de la población negra afrodescendiente residente en Bogotá se construyó a partir de la base RUAF entre el año 2017 a 2022 de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y los datos del CNPV 2018 y EMP 2021. De acuerdo con la Gráfica abajo, se observa que para el período analizado, la tasa de natalidad de la población no étnica es mayor respecto a la tasa de natalidad de la población negra y afrodescendiente. Sin embargo, la tendencia de la tasa de natalidad de la población no étnica es descendente, mientras que, la tasa para la población negra y afro presenta una tendencia descendente hasta el año 2020, estable hasta el año 2021 y ascendente para el 2022.

Figura 4 Comparación tasas brutas de natalidad población Negra y Afrodescendiente y Bogotá, (2017-2022)

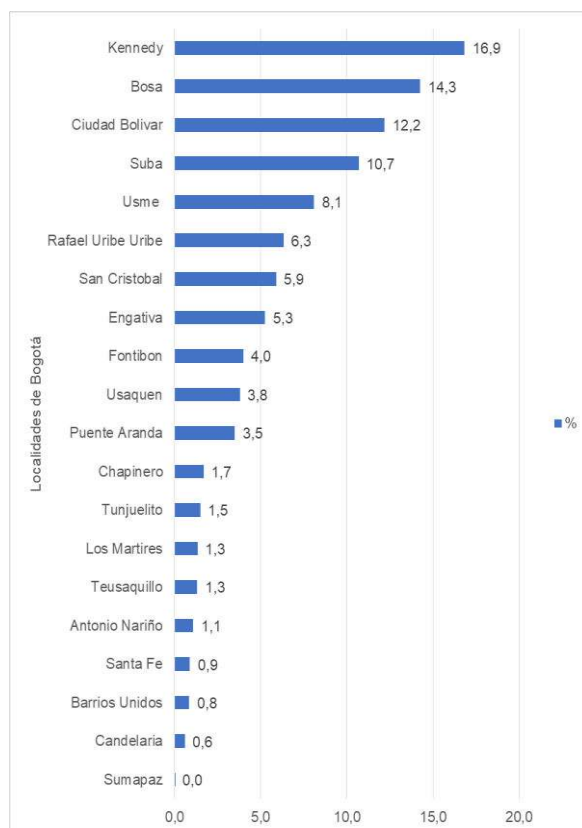


Fuente de información: Indicador población negra y afro: Bases RUAF Nacimientos años 2017-2022 y proyecciones poblacionales CNPV 2018 y EMP 2021; indicador Bogotá: SaluData, disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osbl/>, datos finales años 2017-2021, año 2022 preliminar

El aumento de la tasa de natalidad de esta población en el año 2022 puede estar relacionado con el flujo migratorio de la población negra y afrodescendiente en los últimos años hacia la ciudad de Bogotá. El MCV que prevalece en la migración de la población afro hacia Bogotá corresponde a las etapas de juventud y adultez.

Frente a las poblaciones negras Víctimas del Conflicto Armado (VCA) de acuerdo con datos publicados en el Boletín Trimestral de Víctimas, a diciembre de 2022, Bogotá alberga 348.884 Víctimas del Conflicto Armado (VCA) y de estas el 8,7% (n=30.618) se autorreconocen con pertenencia negra y afrodescendiente. En la distribución por sexo, se encuentra un 52% (n=15.836) de mujeres y 48% (n=14.710) de hombres. Respecto a su distribución por momento de vida, la población VCA se concentra en el grupo adultez, con el 61,0%; juventud, con el 10%, y adolescencia, con 9%. En contraste, la menor proporción la representan los adultos mayores (5%) y los infantes (7%).

Figura 5 Distribución porcentual de la población negra y afrodescendiente residente en la ciudad de Bogotá D.C. según localidad, año 2021



Fuente: Elaboración propia Equipo ASIS Diferencial poblaciones Negras y Afrocolombianas. Subred Centro oriente a partir de las bases de datos de la EMP año 2021.

De acuerdo con los resultados de la EMP 2021, 52.320 personas se autorreconocen como población negra y afro residente en la ciudad de Bogotá, quienes habitan principalmente en las localidades de Kennedy, con el 16,9% (n= 8.817), Bosa con el 14,3%, (n= 7.468), Ciudad Bolívar con el 12,2% (n=6.379), Suba con el 10,7%

(n=5.601) y Usme con 8,1% (n= 4242), localidades que en conjunto agrupan el 62,1% (32.506) de la población en mención.

De otra parte, los territorios donde reside la población negra y afro en el Distrito, en su gran mayoría están hacia el Noroccidente de la localidad de Suba, Occidente de las localidades de Engativá y Fontibón, gran parte de la localidad de Kennedy y Bosa, hacia el norte de la localidad de Ciudad Bolívar, y gran parte del territorio de localidades como Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, y Oriente de la localidad de Chapinero, predominando en los estratos 1 y 2, distribuidas mayormente en las siguientes UPZ:

Localidad de Kennedy: UPZ Patio Bonito 5,7% (n= 2972), Castilla + Bavaria 2,8% (n=1460), Gran Britalia 1,7% (n= 898) y Calandaima 1,3% (n= 656).

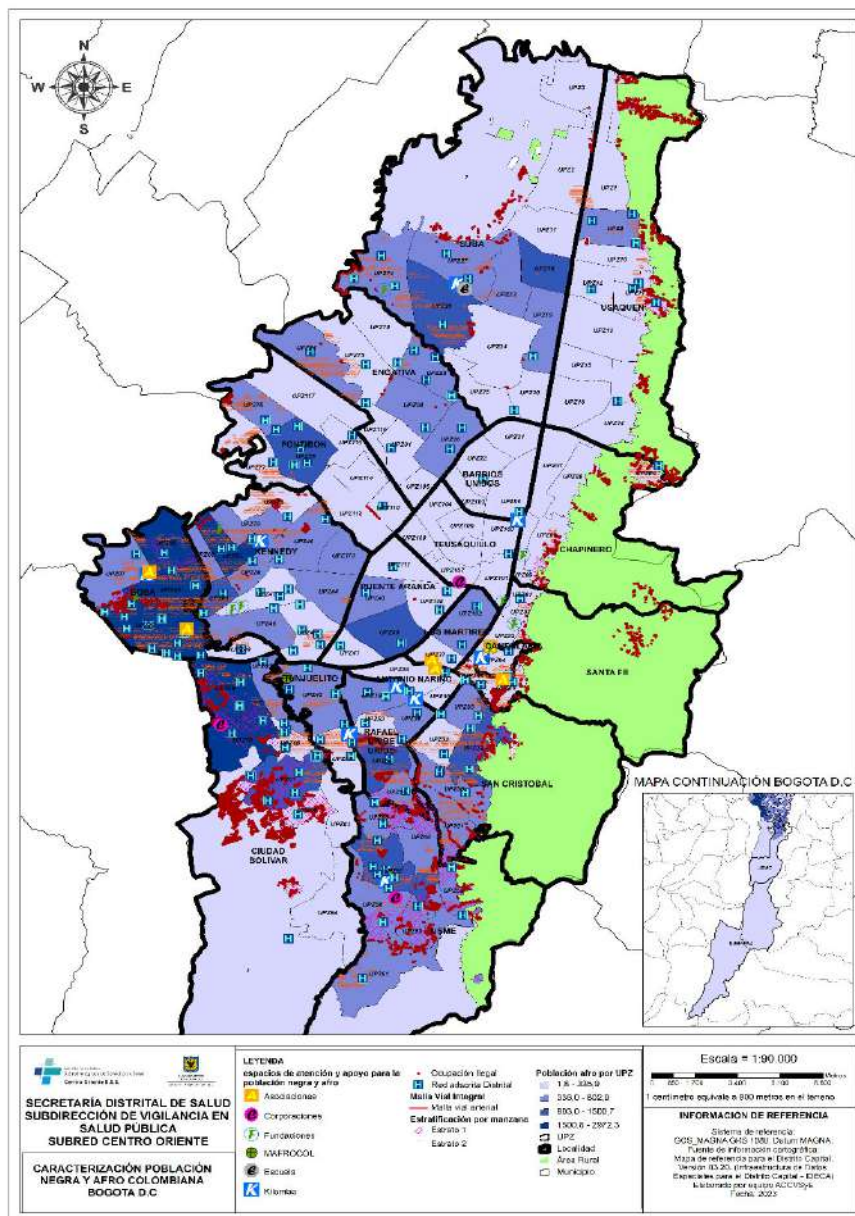
Localidad de Bosa: UPZ Bosa Occidental 4,4% (n= 2312), El Porvenir 3,9% (n= 2037), Bosa Central 3,9% (n= 2014) y Tintál Sur 1,5%(n= 769).

Localidad de Ciudad Bolívar: UPZ Jerusalén 4,6% (n= 2381), Ismael Perdomo 3,6% (n= 1862) y Lucero 1,8% (n= 959)

Localidad de Suba: UPZ El Rincón 2,9% (n= 1501), Britalia 2,5% (n= 1331), Tibabuyes 1,5% (n= 803) y Suba 1,1% (n= 561)

Localidad de Usme: UPZ Gran Yomasa 2,6% (n= 1359), Alfonso López + Ciudad Usme 1,9% (n= 976), UPZ Comuneros 1,5% (n= 801) y Parque Entrenubes + Danubio 1,4% (n= 739)

Mapa 15 Elementos sociales (estrato socioeconómico) y territoriales (red adscrita y kilombos) con relación al número de habitantes con pertenencia étnica negra y afro por UPZ y localidad, Bogotá. Año 2021



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSYE Afro, a partir de EMP 2021 y sitios de interés georreferenciados.

Discapacidad en población negra y afrodescendiente

De acuerdo con el nuevo procedimiento de Certificación y Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) en la ciudad de Bogotá, del 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2022 se encuentran 420 personas de pertenencia afrocolombiana con discapacidad, de las cuales, el 53,6% (n=225) son hombres el 31,4% (n=132) son mujeres y el 15,0% no responde. En cuanto a los momentos de curso de vida (MCV), las personas con alteraciones permanentes se ubican principalmente en los MCV de adultez (47,6%) y vejez (25,5%), lo cual representa el 73,1% de la población afro registrada.

Tabla 8 Distribución por MCV y sexo de personas con Discapacidad, población Negra Afrodescendiente. 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2022, Bogotá.

MCV	Femenino	Masculino	No responde	Total	%
Infancia	1	1	32	34	8,1%
Adolescencia	2	6	12	20	4,8%
Juventud	19	30	6	55	13,1%
Adultez	81	114	5	200	47,6%
Vejez	27	72	8	107	25,5%
Sin dato	2	2	0	4	1,0%
Total	132	225	63	420	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) corte junio del 2022, SaluData disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

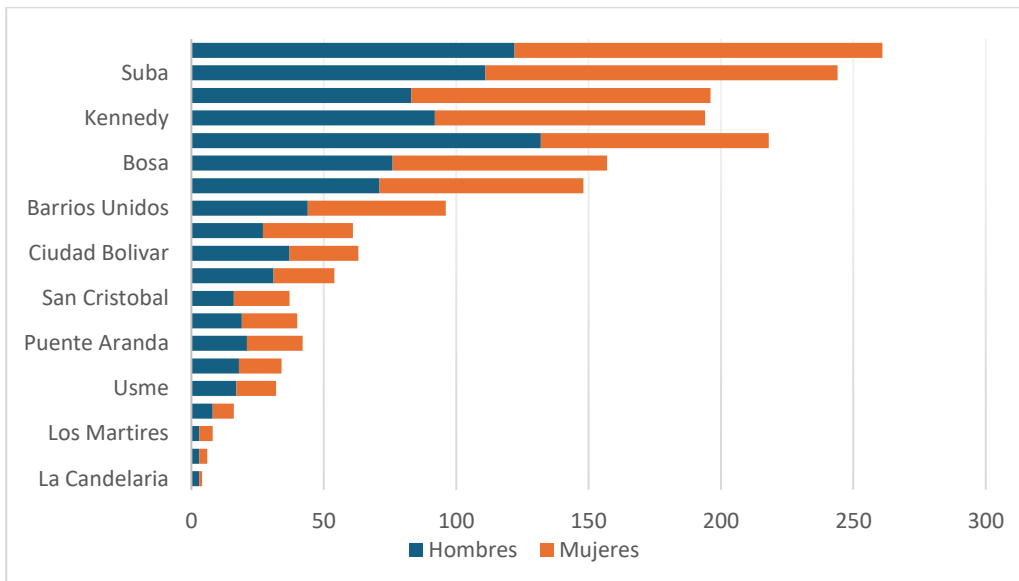
Por otro lado, las personas con Discapacidad se ubican principalmente en la localidad de Bosa 18,8% (n= 79), Kennedy 16,7%, (n=70), Suba 8,8% (n=37), San Cristóbal 8,6% (n=36), Engativá 8,3% (n= 35) y Usme 5,7% (n= 24), localidades que concentran el 66,9% de la población afro con discapacidad. En el caso de los tipos de discapacidad, la mayor proporción es la física con el 63,6%, la múltiple con el 35,2% y la intelectual con el 31,4%.

1.3.3.3 Pueblo Raizal

Según el listado censal de ORFA de mayo de 2023, se estima que 1.911 personas se reconocen Raizales en Bogotá. Su distribución en la ciudad es amplia, pues se identifican en todas las localidades distritales, exceptuando Sumapaz. La mayor concentración se da en Engativá, Suba, Usaquén y Kennedy, que representan un poco menos de la mitad de la comunidad en Bogotá, el 46,7 %. Cabe anotar que, de los registros obtenidos, el 11,4% (n=218) de los individuos no aportaron información relacionada con su lugar de residencia, por lo que no se puede georreferenciarlos o determinar su posición exacta en la ciudad, situación que revela la necesidad de fortalecer la captura de información y actualización de la base censal de la comunidad.

A nivel general, se identifica una mayor proporción de mujeres Raizales que de hombres dentro las localidades, comportamiento similar al observado a nivel distrital. Sin embargo, la proporción de hombres es mayor en las localidades de Ciudad Bolívar, Chapinero, Rafael Uribe Uribe, Usme y La Candelaria.).

Figura 6. Distribución Población Raizal en Bogotá por Localidad y Sexo (2023)



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

Así mismo, la base censal de ORFA en 2023 registra que 51,1% (n= 977) de su población son mujeres y 48,9% (n=934) son hombres, con una relación de 0,95 hombres por cada mujer Raizal. Esta distribución se mantiene, al contrastarla con la base censal del año 2020, donde 52,4% (n=141) eran mujeres y 47,6% (n=377) hombres. El comportamiento espacial de la población Raizal muestra concentraciones importantes en seis (6) territorios del norte y occidente del Distrito Capital, distribuidos de la siguiente manera por localidad y UPZ:

- Localidad Engativá 13,6% (n=261) en las UPZ Garcés Navas 25% (n=64) y Santa Cecilia 15% (n=39). Localidad Suba 12,7% (n=244) con las UPZ El Rincón 21% (n=51) y Suba Centro 13% (n=32).
- Localidad Usaquén 10,2% (n=196) con las UPZ Los Cedros 23% (n=45) y Santa Bárbara 19% (n=37).
- Localidad Kennedy 10,1% (n=194) con las UPZ Castilla 26% (n=50) y Kennedy Central 19% (n=37).
- Localidad Bosa 8,2% (n=157) con las UPZ Bosa Central 59% (n=93) y Bosa Occidental 23% (n=36).
- Localidad Teusaquillo 7,7% (n=148) con las UPZ Galerías 28% (n=42) y Teusaquillo 26% (n=39).

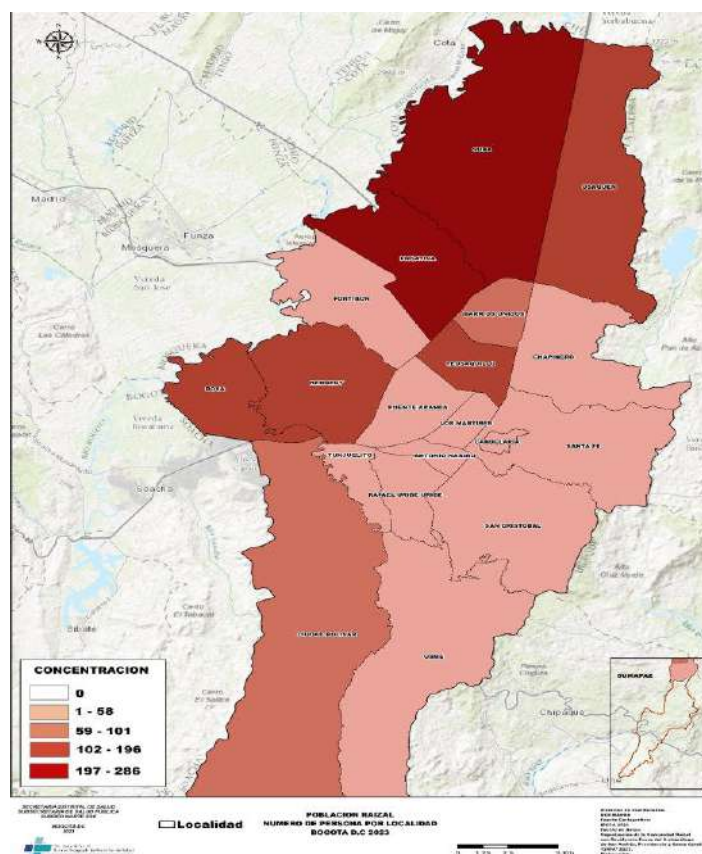
En las localidades de Usaquén y Teusaquillo, particularmente en las UPZ más pobladas por Raizales, predominan los estratos 3 y 4. Entretanto, en las demás localidades, las respectivas UPZ de mayor presencia Raizal corresponden a estratos 2 y 3.

En lo registrado antes en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) para Raizal del 2020, las localidades con mayor población eran: Suba, Engativá, Teusaquillo, Usaquén y Chapinero, ya que allí se concentran las principales instituciones educativas, sitios de residencia estudiantil y lugares de esparcimiento social y deportivo frecuentados por Raizales; ahora, para el 2023, se evidencia un aumento de la población en localidades del sector occidental, como Kennedy y Bosa.

Por otra parte, el aumento de la población Raizal en los últimos tres años puede ser explicado debido a dos factores principales: primero, el aumento en la migración motivada por factores socioeconómicos y, segundo, el aumento en el registro y captación activa de individuos Raizales por parte de ORFA.

La mayor parte de la población Raizal está conformada por personas adultas 43,7% (n= 836), seguido por jóvenes 22,9% (n=439) y adultos mayores 12,5% (n=239). Los adolescentes, infantes e individuos Raizales pertenecientes a la primera infancia constituyen los grupos con menores proporciones dentro de la comunidad, concentrando solo el 20,7% (n=383).

Mapa 16. Concentración por Localidad de la Población Raizal en Bogotá (2023)



Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

Tabla 9 Distribución de la Población Raizal por Momento curso de vida, Bogotá (2023)

Momento curso de vida	Mujeres		Hombres		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primera Infancia (0 - 5 Años)	45	4,6%	39	4,2%	84	4,4%
Infancia (6 a 11 años)	66	6,8%	102	10,9%	168	8,8%

Momento curso de vida	Mujeres		Hombres		Total	
	No	%	No	%	No	%
Adolescencia (12-17 años)	66	6,8%	79	8,5%	145	7,6%
Juventud (18 a 28 años)	232	23,7%	207	22,2%	439	23,0%
Adultez (29 a 59 años)	433	44,3%	403	43,1%	836	43,7%
Vejez (60 años y más)	135	13,8%	104	11,1%	239	12,5%
Total	977	100,0%	934	100,0%	1.911	100,0%

Fuente: Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad para la población Raizal en Bogotá a partir de base de datos Organización ORFA, corte mayo 2023.

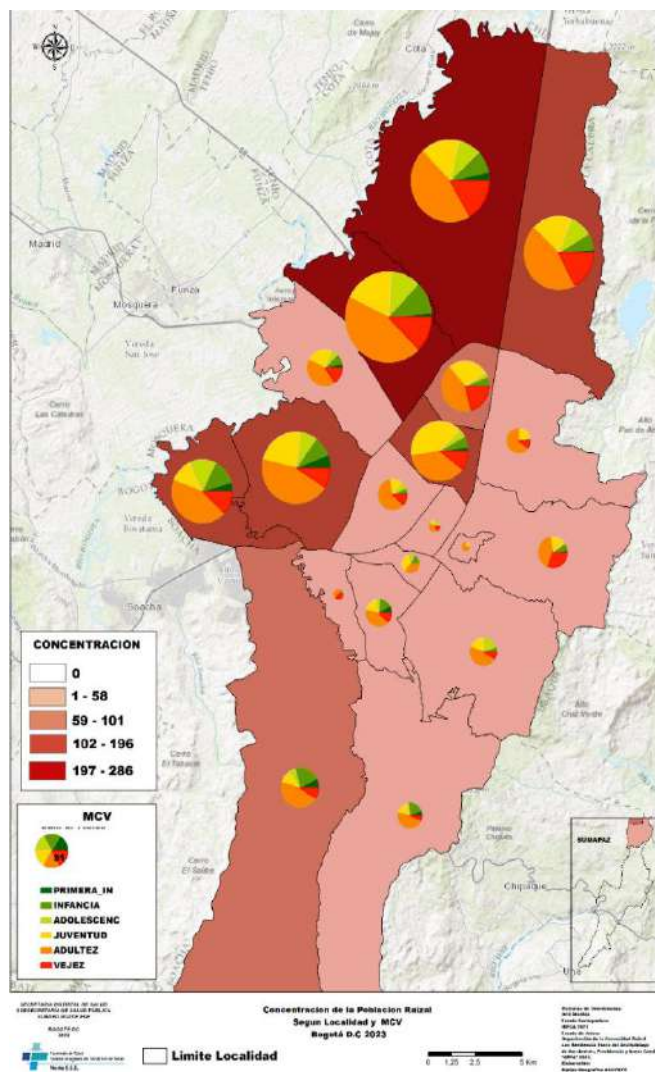
Las localidades con mayor concentración de población adulta son Engativá 5,9% (n=113), Suba 5,7% (n=111), Usaquén 4,6% (n=89) y Kennedy 4,4% (n=86). En localidades como Teusaquillo, Antonio Nariño y Candelaria, no hay población predominante según su época de vida, pues se observan valores similares entre adultos y jóvenes.

La concentración poblacional de la comunidad Raizal ha aumentado de manera dispersa en las diferentes localidades de Bogotá. Sin embargo, existe una preponderancia por localidades como Engativá, Suba, Usaquén y Kennedy, territorios donde los Raizales resuelven necesidades de atención médica, trabajo, educación y redes familiares de apoyo.

La población Raizal muestra TEF¹⁹ bajas al inicio del período reproductivo de las mujeres (10 a 19 años), pero aumentan rápidamente entre los 20 y 34 años, siendo mayores entre los 25 a 29 años. Posterior a estos grupos de edad, las tasas descienden de manera inversamente proporcional a la edad. Este comportamiento se mantiene a nivel general en todos los años analizados, sin embargo, se observa que para el año 2020, las mayores tasas se ubicaron entre los 30 y 34 años, mientras que, en el año 2021, se ubicaron entre los 35 y 39 años.

¹⁹ Las tasas específicas de fecundidad se calcularon tomando como base la población Raizal censada para el año 2023, pues no se cuenta con proyecciones poblacionales por año.

Mapa 17. Distribución Por Localidad y Curso de vida de la población Raizal en Bogotá (2023)



1.3.4 Poblaciones en condición de Vulnerabilidad

Diferente a las poblaciones étnicas se consideran poblaciones en condiciones de vulnerabilidad a los campesinos, población con discapacidad, población migrante, población LGTBIQ+, personas que realizan actividades sexuales pagas (ASP), habitantes de calle, personas privadas de la libertad. A continuación, se detalla la información disponible para cada tipo de población.

1.3.4.1 Población Campesina y zona de reserva campesina

La información relacionada en este apartado corresponde al documento denominado “Caracterización en salud y modos de vida en la Zona de Reserva Campesina de Sumapaz: oportunidades y retos para la atención integral en salud tras su constitución” el cual ha sido el resultado de una investigación adelantada bajo el liderazgo de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública y la Subred Suroccidente en el 2023, destacando algunos contenidos claves para la planeación en salud.

La constitución de la ZRC representa condiciones de posibilidad para la mejora de la calidad de vida de sus habitantes, pues protege los ecosistemas locales y el páramo más grande del mundo, fortalece su capacidad para la gestión eficiente y autónoma del desarrollo de la zona y resguarda su identidad cultural y soberanía alimentaria. Además, la protección de los ecosistemas representa un impacto positivo en la salud de la comunidad al preservar un ambiente limpio y sostenible. A su vez, la mejora de la calidad de vida de los habitantes depende de la accesibilidad efectiva a los servicios de salud apropiados a las particularidades campesinas locales, hecho que debiese fortalecerse en virtud de las nuevas responsabilidades estatales y distritales tras su reconocimiento.

La ZRC Sumapaz, se ubica dentro la localidad 20 de Sumapaz, en la zona sur del distrito capital, abarcando aproximadamente el 50% del territorio total de la localidad. Sumapaz; es el único territorio en Bogotá que clasifica la totalidad del suelo como rural, ya que, hace parte de zonas de reserva nacional y regional, ofreciendo a la ciudad amplios beneficios ambientales. El polígono de la ZRC de Sumapaz, político-administrativamente, comprende las catorce veredas, de la UPR Rio Sumapaz, que corresponden al Corregimiento de San Juan ubicado al sur de la localidad, adicionalmente incluye dos veredas del Corregimiento de Nazareth posicionada hacia el norte de la localidad y configuran una parte de la UPR Rio Blanco.

Tabla 9 División político-administrativa de la ZRC Sumapaz, 2023

UPR	Corregimiento	Veredas
Rio Sumapaz	San Juan	San José; Nueva Granada; Concepción; Tunal Alto; Tunal Bajo; Lagunitas; Chorreras; La Unión; Santo Domingo; San Juan; Las Vegas; Capitolio; El Toldo; San Antonio.
Rio Blanco	Nazareth	Las Sopas; Las Animas

Fuente: PDS ZRC Sumapaz, año 2016-2030

En la ZRC Sumapaz se encuentran tres de los cinco centros poblados más importantes de la localidad: San Juan, La Unión y Nueva Granada, todos en el corregimiento San Juan de la UPR Rio Sumapaz. Las demás veredas, son altamente dispersas, pues se distribuyen en pequeños caseríos y agrupaciones de viviendas, entre las que cabe mencionar Tunal Alto, Tunal Bajo y Concepción.

De acuerdo con datos publicados por el Censo Nacional de Población y Vivienda -CNPV- de 2018 realizado por el DANE, para ese año se estimó²⁰ un total de 4.077 habitantes en la localidad de Sumapaz, de los cuales 2.206

²⁰ Población con ajuste por omisión, hace referencia a las personas omitidas en el censo. Situación que ocurrió cuando el censista no registró dentro del cuestionario censal a una o más personas del hogar, en algunos casos porque los miembros del hogar no lo reportaron o porque el censista no identificó a todos los ocupantes de la vivienda. Se generó cuando el operativo censal no cubrió un área geográfica determinada.

habitantes residen en el polígono de la Zona de reserva campesina, lo que indica que el 54,11% de la comunidad de la localidad reside en esta zona. La mayor parte de la población de la ZRC Sumapaz, se concentra en las veredas Tunal Alto (n=16,3%), Capitolio (n=10,6%), Santo Domingo (n=10,1%), Lagunitas (n=9,6%) y La Unión (n=9,4%).

En cuanto a hogares y viviendas, a nivel local se estimaron un total de 996 hogares con 1.107 viviendas, mientras que en la ZRC Sumapaz se censaron 494 hogares con 327 viviendas, datos que indican que en el polígono se concentra el 49,60% de los hogares y 29,54% de las viviendas de Sumapaz.

Tabla 10. Viviendas, Hogares y Personas (VIHOPE) a partir del Censo de 2018, Zona Reserva Campesina Sumapaz

UPR	Nombre sector catastral	Población con ajuste por omisión	Población censada en hogares particulares	Hogares censados	Viviendas censadas	Área en hectáreas
UPR RÍO SUMAPAZ	El Toldo	109	35	11	16	4.492,1
	San Antonio	76	30	11	14	3.204,1
	Las Vegas	163	69	21	31	4.865,5
	San Juan	174	98	40	66	692,0
	Santo Domingo	223	58	21	57	1.029,5
	Chorreras	146	59	19	22	2.110,7
	Tunal Alto	360	153	47	72	3.901,8
	Concepción	0	0	0	7	1.779,4
	San José	53	18	7	8	10.613,8
	Capitolio	233	25	9	14	1.416,1
	Lagunitas	211	109	37	58	4.521,6
	Tunal Bajo	104	56	19	21	619,2
	Nueva Granada	56	23	11	15	2.512,5
	La Unión	207	174	61	69	2.403,0
UPR RÍO BLANCO	Las Animas	91	57	13	20	1.239,7
	Las Sopas	0,0		0	4	10.201,7
ZRC SUMAPAZ	TOTAL	2.206	964	327	494	55.602,8

Fuente: CNPV DANE 2018

En lo referente a desagregación de la población por sexo y edad, no se cuenta con datos del CNPV 2018 para su presentación, sin embargo, se tomará como punto de partida, la caracterización que realizaron los equipos de intervenciones colectivas del entorno hogar en la localidad para el año 2022. En este periodo, se realizaron 164 caracterizaciones familiares, donde se identificaron 447 integrantes, de los que las mujeres fueron el grupo de mayor peso porcentual con el 64,0% (n=286), y los hombres el 36,0% (n=161), comportamiento mantenido en las veredas de la ZRC Sumapaz.

Tabla 11. Distribución de la población caracterizada por PSPIC-Entorno hogar, por Veredas y Sexo, año 2022

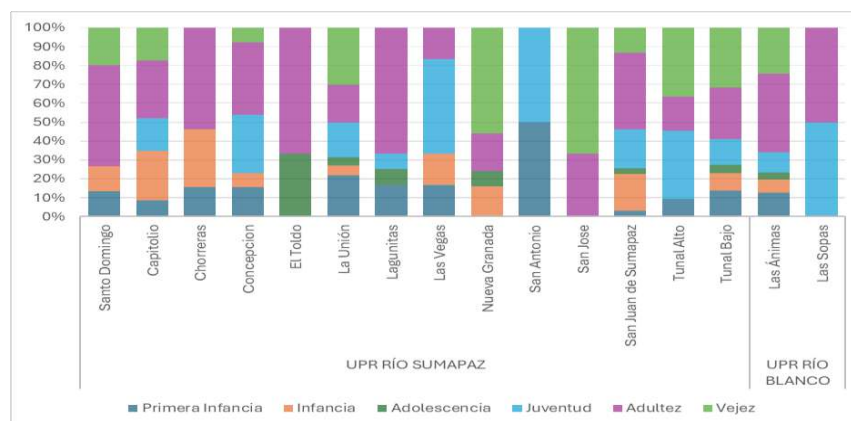
Corregimiento	Vereda	Hombre	%	Mujer	%	Total General	%
San Juan	San Antonio	0	0,0	2	100,0	2	0,4
	El Toldo	2	33,3	4	66,7	6	1,3
	Lagunitas	5	41,7	7	58,3	12	2,7

Corregimiento	Vereda	Hombre	%	Mujer	%	Total General	%
	Las Vegas	4	33,3	8	66,7	12	2,7
	San José	4	33,3	8	66,7	12	2,7
	Chorreras	1	7,7	12	92,3	13	2,9
	Concepción	3	23,1	10	76,9	13	2,9
	Santo Domingo	5	33,3	10	66,7	15	3,4
	Tunal Alto	8	36,4	14	63,6	22	4,9
	Tunal Bajo	8	36,4	14	63,6	22	4,9
	Capitolio	11	47,8	12	52,2	23	5,1
	Nueva Granada	8	32,0	17	68,0	25	5,6
	San Juan	28	41,8	39	58,2	67	15,0
	La Unión	26	27,1	70	72,9	96	21,5
Nazareth	Las Sopas	2	50,0	2	50,0	4	0,9
	Las Ánimas	46	44,7	57	55,3	103	23,0
Total General		161	36,0	286	64,0	447	100,0

Fuente: Base Aplicativo GESI-SDS Entorno Hogar, año 2022

El MCV adultez es la etapa con mayor representatividad de la población caracterizada en la ZRC Sumapaz, con el 33,8% (n=151), seguido por vejez con el 24,2% (n=108), en tercer lugar, juventud con el 16,1% (n=72) y el 26,0% restante se distribuye en los MCV primera infancia (n=12,1%), infancia (n=10,3%) y adolescencia (n=3,6%). En algunas veredas el MCV vejez concentra el mayor número de pobladores (La Unión, Nueva Granada, San José, Tunal Alto, y Tunal Bajo), y en otras se concentra en el MCV Juventud (Las Vegas y Tunal Alto).

Figura 7 Distribución de la población caracterizada por PSPIC-Entorno hogar, por Momento de curso de vida y veredas, año 2022



Fuente: Base Aplicativo GESI-SDS Entorno Hogar, año 2022

1.3.4.2 Movilidad forzada

Según datos disponibles por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 8 de septiembre de 2022, se encuentran registradas un total de 440.660 personas en condición de víctimas en Bogotá, de acuerdo con la distribución, son personas de género masculino el 50,4% (n=222.488 hombres) y de género femenino 49,2% (217.219 mujeres). Según edad, el 12.86% de las víctimas de esta población se encuentra entre los 25 y 29 años (n=56.669 personas), seguido de 30 a 34 años con (n=50.296 personas) el 11.41%.

Tabla 12. Población en condición de víctima. Bogotá, 2022

EDAD (años)	Femenino	Masculino	No Definido	No reportado	TOTAL
De 0 a 04 años	2.379	2.502			4.881
De 05 a 09 años	12.141	12.593	326	5	25.065
De 10 a 14 años	16.310	17.323	29	30	33.692
De 15 a 19 años	17.684	18.515	10	111	36.320
De 20 a 24 años	21.821	23.204	1	96	45.122
De 25 a 29 años	26.455	30.194	2	18	56.669
De 30 a 34 años	24.680	25.611	1	4	50.296
De 35 a 39 años	20.139	19.500			39.639
De 40 a 44 años	17.275	15.995	1		33.271
De 45 a 49 años	14.295	12.992			27.287
De 50 a 54 años	12.394	11.557			23.951
De 55 a 59 años	9.829	9.736			19.565
De 60 a 64 años	7.126	7.108			14.234
De 65 a 69 años	5.082	5.083			10.165
De 70 a 74 años	3.377	3.477			6.854
De 75 a 79 años	2.205	2.412			4.617
De 80 años o más	3.878	4.384		1	8.263
No Definido	133	153	9	2	297
No Reportado	16	149	188	119	472
TOTAL	217.219	222.488	567	386	440.660

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RUV- SISPRO- MINSALUD Fecha de corte: 8 de septiembre 2022

De acuerdo con la información del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran registradas un total de 393.694 personas víctimas de desplazamiento forzado en Bogotá, de acuerdo con la distribución por sexo y grupos de edad, son personas de género femenino el 50.4% (n=198.520 mujeres) las que más reporte presentan en comparación al género masculino con el 49.3% (n=194.240 hombres). Según grupos de edad, el 13.89% de las víctimas de desplazamiento forzado se encuentra entre los 25 a 29 años (n= 54.665 personas), seguido de las personas entre los 30 a 34 años con el 11.96% (n=47.087 personas).

Tabla 13. Población víctimas de desplazamiento forzado. Bogotá, 2022

EDAD (años)	Femenino	Masculino	No Definido	No Reportado	TOTAL
De 0 a 04 años	2.364	2.489			4.853
De 05 a 09 años	12.110	12.564	326	5	25.005

Pag 55 de 262

EDAD (años)	Femenino	Masculino	No Definido	No Reportado	TOTAL
De 10 a 14 años	16.242	17.275	28	30	33.575
De 15 a 19 años	17.525	18.351	9	107	35.992
De 20 a 24 años	21.378	22.733	1	91	44.203
De 25 a 29 años	25.548	29.097	2	18	54.665
De 30 a 34 años	23.279	23.804	1	3	47.087
De 35 a 39 años	18.278	16.729			35.007
De 40 a 44 años	15.161	12.455	1		27.617
De 45 a 49 años	12.191	9.289			21.480
De 50 a 54 años	10.266	7.713			17.979
De 55 a 59 años	7.831	6.264			14.095
De 60 a 64 años	5.417	4.659			10.076
De 65 a 69 años	3.803	3.413			7.216
De 70 a 74 años	2.508	2.414			4.922
De 75 a 79 años	1.631	1.720			3.351
De 80 años o más	2.852	3.101		1	5.954
No Definido	133	153	6	1	293
No Reportado	3	17	188	116	324
TOTAL	198.520	194.240	562	372	393.694

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RUV- SISPRO- MINSALUD Fecha de corte: 8 de septiembre 2022

1.3.4.3 Población con discapacidad

Esta población incluye a las personas con discapacidad, sus familias, personas cuidadoras y líderes comunitarios. Entre el 2004 y el 31 de agosto del 2021, Bogotá contaba con 242.858 personas en Bogotá identificadas y caracterizadas con discapacidad, siendo 56,6% mujeres y 43,4% hombres²¹; en su mayoría se concentran en las localidades de Kennedy (13,5%), Bosa (10,2%), Rafael Uribe (9,0%), Ciudad Bolívar (8,0%) y Suba (7,8%).

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

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

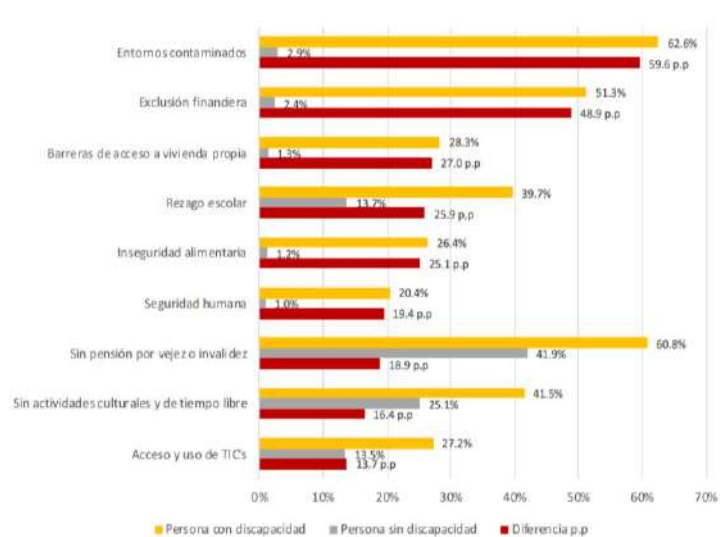
Con la actual resolución 1239 de 2022, al 31 de diciembre de 2023, 57.052 personas han sido certificadas y registradas en el sistema integrado de información de la protección. Con base en las categorías o tipos de

²¹ La pirámide poblacional muestra una mayoría de hombres en la niñez y juventud, pero a partir de la adultez, hay más mujeres.

discapacidad, estas se distribuyen en 29% discapacidad física, 5% discapacidad auditiva, 5% discapacidad visual, 11% discapacidad intelectual, 6% discapacidad psicosocial, 42% discapacidad múltiple y 9 casos de personas sordociegas que corresponden al 0.01%.

La población con discapacidad enfrenta múltiples inequidades que afectan su salud, participación social y calidad de vida; entre ellas, la escasez y la baja calidad de los servicios de salud, rehabilitación y asistencia social, lo que agrava la discapacidad y la dependencia; la falta de educación sobre las oportunidades disponibles para el desarrollo de capacidades y autonomía; la persistencia de patrones culturales y actitudes que limitan el ejercicio pleno de sus derechos; las barreras de accesibilidad en diferentes ámbitos de la vida, y las restricciones de los cuidadores en su proyecto de autocuidado. Además, esta población se enfrenta a otras privaciones como entornos contaminados, exclusión financiera, barreras de acceso a la vivienda propia, rezago escolar, inseguridad alimentaria, inseguridad humana, falta de pensiones por vejez o invalidez, y limitado acceso a las tecnologías de la información, tal como se muestra en la siguiente ilustración:

Figura 8 Privaciones para personas en condición de discapacidad



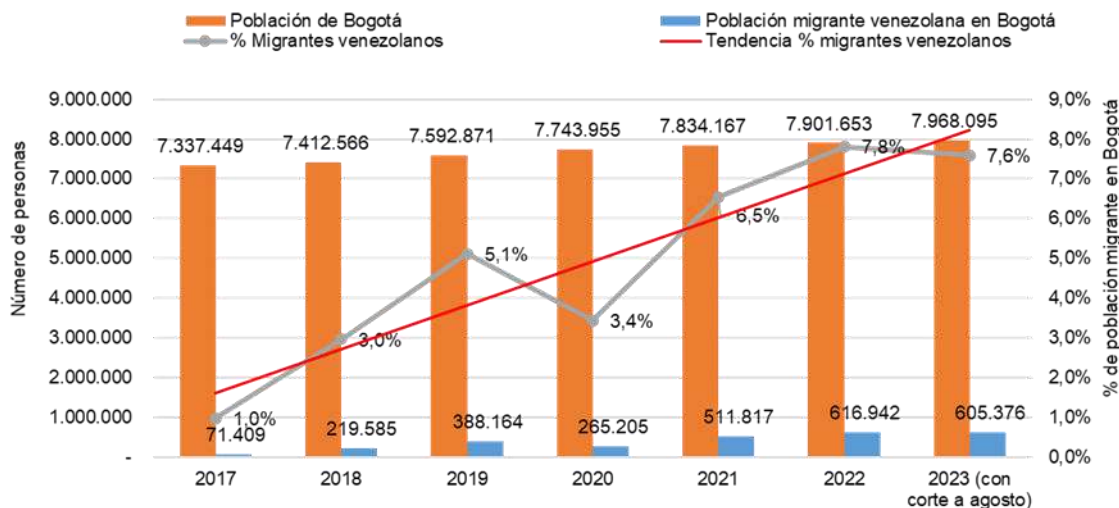
Fuente: IPM ampliado para Bogotá 2023.

1.3.4.4 Población migrante

Según datos del Observatorio Proyecto Migración Venezuela sobre caracterización demográfica de la población migrante venezolana en Colombia, se identificó en Bogotá de 2017 a 2019 un incremento acelerado de población proveniente de Venezuela al registrarse un ingreso de 388.164 personas lo que equivale al 5,1% de la población bogotana; en 2020 disminuyó el ingreso debido al confinamiento y restricción de movilidad nacional e internacional ocasionados por la emergencia sanitaria derivada de la COVID-19. Para el 2021, se aceleró nuevamente esta situación al reportarse 511.817 ingresos a la ciudad, el 6,5% de la población proyectada ese año para Bogotá. En el informe de Migración Colombia sobre Distribución de migrantes venezolanos en

Colombia, a diciembre de 2022, Bogotá contaba con 616.942 migrantes venezolanos y en el mismo informe con corte a agosto de 2023, con 605.376, correspondiente al 21 % del total estimado en el país y al 7,6 % de la población bogotana.

Figura 9 Distribución de la población migrante venezolana en Bogotá

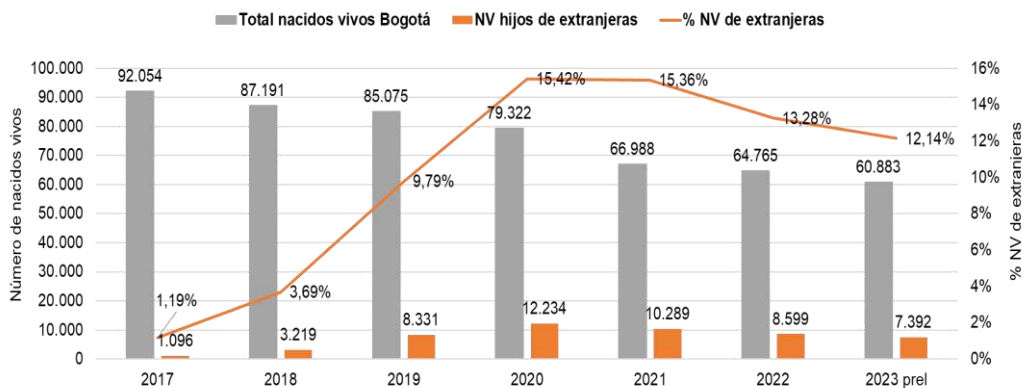


Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de Proyecciones DANE - CNPV 2018 y Caracterización demográfica de la población migrante venezolana en Colombia - Observatorio del Proyecto Migración Venezuela (2017 – 2021). Informes de Migración Colombia sobre Distribución de migrantes venezolanos en Colombia, 2022 y 2023 con corte a agosto de 2023.

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

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

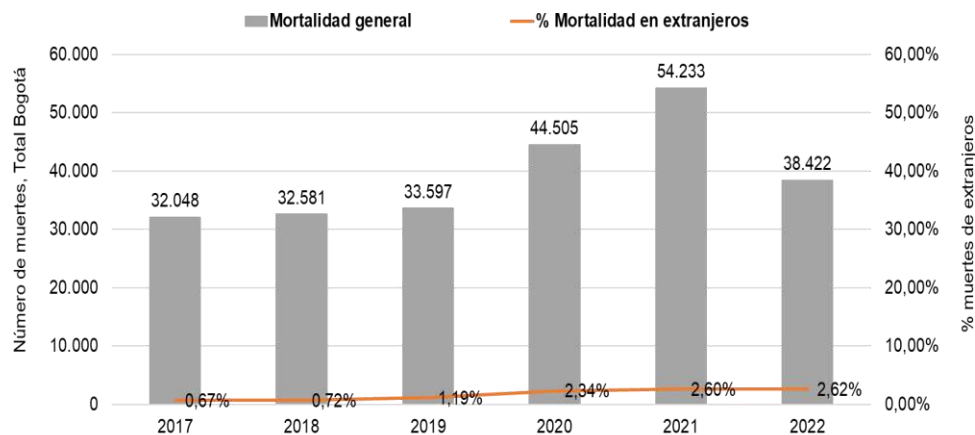
Figura 10 Distribución de nacimientos en población extranjera en Bogotá



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

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

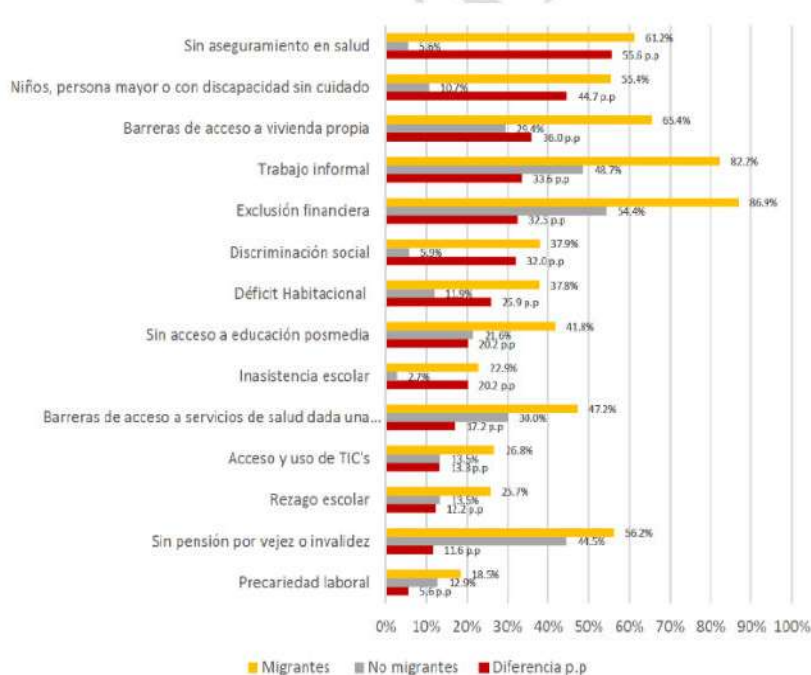
Figura 11 Mortalidad general en población extranjera



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

La situación económica y política de los países fronterizos genera migración de población extranjera al Distrito, que enfrenta desafíos en salud como la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (60%), la escasa preparación de las instituciones para atender a los migrantes, la carencia de regulación del estatus migratorio, la xenofobia, la aporofobia y los altos niveles de informalidad laboral, que alcanzan el 80%. Además, un porcentaje significativo carece de acceso a la educación pos-media (41.8%).

Figura 12 Privaciones para personas migrantes



Fuente: IPM ampliado para Bogotá fuente EMP 2021.

1.3.4.5 Población LGTBIQ+

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

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

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

1.3.4.6 *Personas que realizan actividades sexuales pagadas (ASP)*

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

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

Cabe anotar que la estigmatización dificulta que las personas en ASP busquen atención médica; aunque algunas revelan su actividad, la mayoría prefiere no hacerlo por miedo a la discriminación. Las barreras de acceso incluyen ingresos insuficientes, restricciones económicas y limitaciones de tiempo debido a las actividades remuneradas y no remuneradas. Respecto a la salud mental, el cansancio es común, especialmente entre personas mayores y no binarias, el 17,1% ha tenido pensamientos suicidas en el último mes.

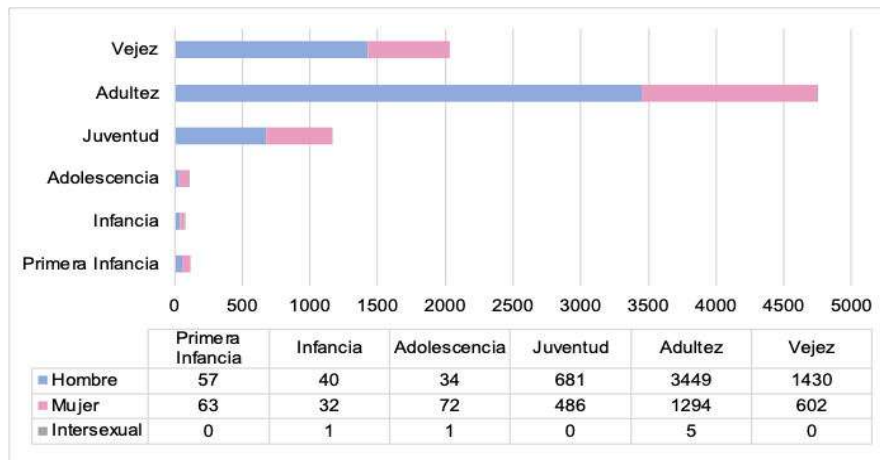
Por último, una situación preocupante frente a la seguridad alimentaria y nutricional es que, en 2017, muchas personas en ASP dejaron de consumir comidas debido a la falta de dinero. Los grupos de entre 46 a 59 años y mayores de 60 son los más vulnerables, con condiciones precarias y menos acceso a una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

1.3.4.7 *Habitantes de calle*²²

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

²² Para este apartado, se tomó información de base de datos de atenciones a población habitante de calle suministrada por el Observatorio de Salud de Bogotá (SaluData), plataforma digital de datos abiertos de la SDS que recopila, analiza y difunde información sobre la situación de salud de la ciudad y sus determinantes. Cabe destacar que los registros corresponden a las notificaciones de ciudadanos habitantes de calle a los aplicativos SIVIGILA, SIVIM y SISVECOS, y adicionalmente, algunas estrategias para la atención a la población como Salud a Mi Barrio, Salud a Mi Vereda y reportes al sistema de información Cuéntanos Bogotá, con un total de 8.247 registros de atenciones y notificaciones y de las cuales se profundizará más adelante.

Figura 13 Distribución de los habitantes de calle notificados/atendidos por sexo según momento del curso de vida. Bogotá D. C., 2018 a 2023



Fuente: Sistema Integrado de Información - Observatorio Distrital de Salud 2018 a 2023, entrega enero 2024

En cuanto a la orientación sexual, el 70,8% son heterosexuales, el 1,3% es homosexual, bisexual, transgénero y otros, y el 27,9% no incluyó información sobre orientación sexual. Solo el 0,1% de los habitantes de calle en Bogotá se identificó étnicamente, mientras que el 99,9% no refirió pertenencia étnica. Respecto al nivel educativo, aunque el 95,6% de las notificaciones/atenciones carecía de esta información, el 2,5% tenía estudios de secundaria y el 0,9% completó la primaria. Las localidades de Puente Aranda, Los Mártires y San Cristóbal presentaron el mayor número de personas con escolaridad.

Tabla 14 Distribución de notificaciones a SIVIGILA de población habitante de calle por año. Bogotá D. C., 2018 a 2023

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

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

Según la base suministrada por GPAISP de los casos de Tuberculosis que ingresaron al programa del 2018 al 2023, se diagnosticaron 354 pacientes; el 77,4% (n=274) residían en Bogotá, el 17,2% (n=61) no registraron

información y el 4% (n=19) residían en otros departamentos. En la población en habitación de calle en Bogotá se destaca que la mayor concentración se observó en el año 2023 (57 casos).

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

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

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

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

1.3.4.8 Personas privadas de la Libertad (PPL)

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

Tabla 15 Población privada de la libertad en Bogotá por establecimiento carcelario y afiliación a la seguridad social en salud a agosto 31 de 2023

Establecimiento/ Régimen	Modalidad	BDEX ACTIVO	CONTRIBUTIVO	FONDO SALUD PPL	SUBSIDIADO	Total general
La Picota	Total	190	1679	6987	3216	12072
	INTRAMURAL	131	671	6530		7332
	DOMICILIARIA	59	1008	457	3216	4740
La Modelo	Total	54	1187	3390	1596	6227
	INTRAMURAL	9	330	3119		3458
	DOMICILIARIA	45	857	271	1596	2769
El Buen Pastor	Total	21	512	1805	827	3165
	INTRAMURAL	7	150	1708		1865
	DOMICILIARIA	14	362	97	827	1300

Establecimiento/ Régimen	Modalidad	BDEX ACTIVO	CONTRIBUTIVO	FONDO SALUD PPL	SUBSIDIADO	Total general
Régimen de Excepción	CPAMSEJART	26	5	29		60
	INTRAMURAL	26	5	29		60
	CPAMSEJEPO	18	5	4		27
	INTRAMURAL	18	5	4		27
	ARBOG BOGOTÁ	2	4	9		15
	INTRAMURAL	2	4	9		15
Total general		311	3392	12224	5639	21566

Fuente: Aseguramiento en Salud INPEC a agosto 31 de 2023

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

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

Tabla 16. Número de internos en la cárcel distrital y anexo de mujeres

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

1.4 CONTEXTO INSTITUCIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SECTORIAL EN SALUD.

La salud pública y su complejidad requiere múltiples capacidades para responder a las necesidades, aspiraciones y demandas crecientes de la población, no solo desde la perspectiva de eventos de enfermedad prevalente, emergente y reemergente, sino desde las posibilidades de mantener la salud y prevenir condiciones que la afecten negativamente. (Resolución 1035 de 2022)

A continuación, aclarando los conceptos (gobernabilidad y gobernanza) se clasifican los recursos y acciones que muestran como la Secretaría Distrital de Salud está ejerciendo la gobernabilidad y gobernanza en el Distrito Capital

1.5 GOBERNABILIDAD.

De acuerdo con la Resolución 1035 de 2022 se define como la capacidad para la ejecución de políticas públicas que permitan garantizar los derechos individuales y colectivos, asegurar la estabilidad social, política y económica, establecer acciones gubernamentales efectivas, facilitar los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana. Tiene que ver con la responsabilidad ante el ciudadano y la percepción de la eficacia de la acción gubernamental.

Para ejercer la gobernabilidad la SDS contempla lo siguiente:

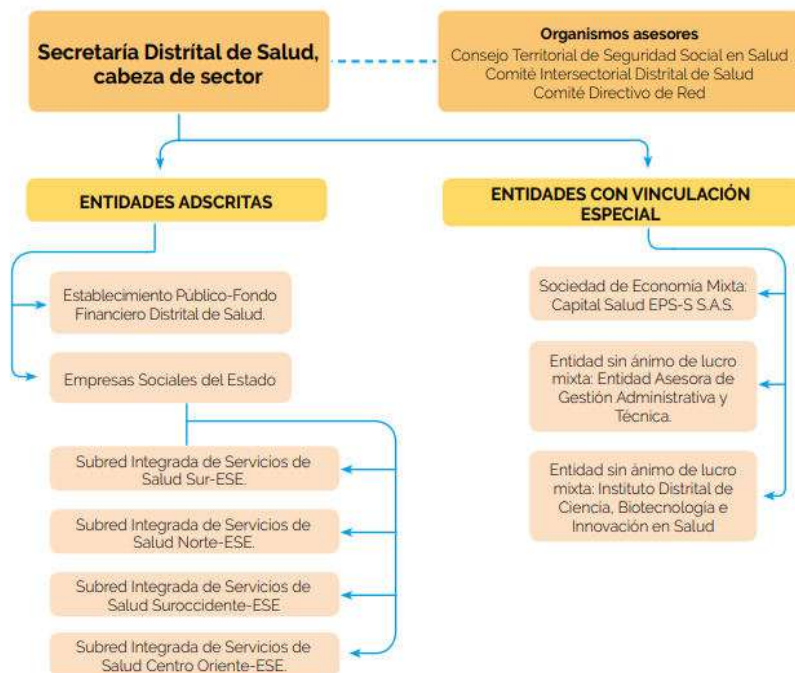
1.5.1 Rectoría en Salud

Entendida como la función de competencia característica del Gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria, que permite direccionar los sistemas de salud en forma sistemática, mediante la implementación de las decisiones y acciones públicas necesarias para garantizar la salud de la población (Resolución 518 de 2015), para ello y de acuerdo al Decreto 507 de 2013 - modifica la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Bogotá- la SDS cuenta con 5 subsecretarías con direcciones y subdirecciones, las cuales tienen responsabilidades asignadas que implican ejercer la rectoría en áreas específicas de la salud. En resumen:

- Subsecretaría de Salud Pública (2 direcciones, 5 subdirecciones): Gestionar la salud pública, compuesta por políticas, acciones, vigilancia epidemiológica y sanitaria, investigaciones en salud pública, evaluación de impacto de las políticas y acciones de Intervenciones colectivas
- Subsecretaría de servicios de salud y aseguramiento (4 direcciones, 6 subdirecciones): Dirigir y coordinar los proyectos de Urgencias y Emergencias en salud, dar línea y vigilar lo pertinente a la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios, ejercer la inspección, vigilancia y control a los prestadores de salud públicos y privados del Distrito; garantizar el aseguramiento y el Derecho a la salud, coordinar la Red de Sangre, analizar la oferta y demanda de los servicios de salud en el Distrito.
- *Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano (2 direcciones, 4 subdirecciones): Representa a la SDS en los gobiernos locales, dirige la implementación de las políticas públicas de participación y servicio al ciudadano, coordina el Sistema de Quejas y soluciones, adelanta acciones para disminuir barreras de acceso a los servicios de salud; impulsa y genera condiciones que faciliten el ejercicio de la participación ciudadana y comunitaria en la construcción de agendas sociales y de acciones políticas para avanzar en la garantía del derecho.
- Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial (3 direcciones): Dirige y coordina la Planeación Sectorial; dirige y coordina lo relacionado con el análisis de Entidades Públicas Distritales del sector y la infraestructura y tecnología de las mismas; administra, regula e instrumentaliza el sistema de información y estadística del sector público de la salud en Bogotá; administra el banco de programas y proyectos de las ESE y los propios de la SDS; Da línea a las ESE y entidades adscritas, con el fin de optimizar la gestión de los procesos; coordina y lidera conjuntamente con organismos competentes, el proceso de planificación del sector salud; ejerce rectoría en el proceso de la gestión conocimiento de la salud pública.
- *Subsecretaría Corporativa (5 direcciones, 2 subdirecciones, almacén): Dirige y orienta la gestión administrativa de los recursos de la SDS.

Adicional a lo anterior, el sector salud en lo público, tiene entidades adscritas y vinculadas así:

Figura 14 Integración del sector público de salud en el Distrito Capital (Acuerdo 641 de 2016)



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

1.5.1.1 Políticas Públicas:

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

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

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

Pag 66 de 262

siendo así la primera política liderada por el sector salud en el marco de la metodología Conpes, en la que se definieron 26 productos intersectoriales.

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

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

1.5.1.2 Espacios e instancias distritales y locales de coordinación

El distrito cuenta con el Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital y su objeto es garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial, a 2023 cuentan con 15 comisiones

Se han identificado 4 tipos de intersectorialidad (Ley 1438 de 2011, art 7)

- Informativa: consiste en el intercambio de información con otros sectores con base en resultados de estudio y análisis realizados o en situaciones de salud, eventos, necesidades o problemas identificados.
- Cooperativa: es la interacción entre los sectores para alcanzar una mayor eficiencia en las acciones de cada uno.
- Coordinación: El esfuerzo de trabajo conjunto implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia.
- Integración: Implica definir una nueva política o programa junto con otros sectores.

Es así como para atender los asuntos públicos sobre los cuales se fundamentan las políticas, los equipos de la SDS, integran, lideran o ejercen secretaría técnica en 81 espacios e instancias distritales, en las cuales se generan estrategias distritales y se coordinan acciones para implementar las políticas públicas, a continuación, se muestra un resumen:

Tabla 17 Tipo de participación de la SDS en las instancias intersectoriales

Etiquetas de fila	Asiste	Integrante	Lidera	Secretaría Técnica	TOTAL
Integración Social	2	17			19
Salud	2		9	3	14
Mujer	2	9			11
Ambiente		10			10
Gobierno	1	7			8
Alta Consejería de Paz, Víctimas y Reconciliación		6			6
Educación		3			3

Etiquetas de fila	Asiste	Integrante	Lidera	Secretaría Técnica	TOTAL
Planeación		3			3
Hábitat	1	1			2
Trabajo		1		1	2
Cultura		1			1
Justicia				1	1
Movilidad	1				1
Total general	9	58	9	5	81

Fuente: Elaboración propia SDS-DPS

1.5.1.3 Modelo Territorial de Salud

Para el periodo 2020- 2024 se implementó el Modelo Territorial “Salud a mi Barrio, Salud a mi Vereda” un modelo de APS que se sustenta en tres pilares²³ la determinación territorial de salud, el reconocimiento del cuidado como paradigma de una sociedad en bienestar y la democracia como imperativo ético de respeto por la diversidad y la diferencia. El modelo se implementó a través de cuatro (4) líneas operativas, de accionar interdependiente como lo son: los equipos de atención en casa; el aseguramiento y prestación de servicios; entornos cuidadores y la participación social y gestión de políticas públicas.

1.5.1.4 Personal en Salud

Bogotá cuenta con el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – ReTHUS, sin embargo, dicho registro contiene la información del personal que se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud, no registra los profesionales que están trabajando en el área de salud.

Ahora bien, lo más cercano a la información del personal efectivamente trabajando para el área de la salud se puede encontrar con la información del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital quienes de acuerdo con el Sistema de información Distrital del Empleo y la Administración Pública – SIDEAP, informan que el sector salud en lo público, cuenta a corte de 30 de septiembre de 2023, con 27.812 servidores públicos, 4.550 vinculados como trabajadores oficiales o empleos permanentes y 23.262 vinculados con contrato por prestación de servicio. A continuación, se discrimina el tipo de cargos ocupados:

²³ Documento Marco Modelo Territorial de Salud, SDS, GSS-MN-006 V1

Tabla 18 Personal de salud en el sector privado

SECTOR / ENTIDAD / NIVEL JERÁRQUICO	Tipo de empleo		Trabajadores Oficiales		Total Cargos	Total Provistos	Contratos
	Empleo Permanente		Cargos	Provistos			
Salud	6.345	4.264	679	286	7.024	4.550	23.262
Secretaría Distrital De Salud	648	582			648	582	2.005
Asesor	16	16			16	16	-
Asistencial	117	104			117	104	-
Directivo	41	41			41	41	-
Profesional	361	322			361	322	-
Técnico	113	99			113	99	-
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	1.631	1.083	125	83	1.756	1.166	4.234
Asesor	6	4			6	4	-
Asistencial	864	613	125	83	989	696	-
Directivo	18	18			18	18	-
Profesional	648	392			648	392	-
Técnico	95	56			95	56	-
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	1.586	995	222	92	1.808	1.087	6.186
Asesor	5	5			5	5	-
Asistencial	716	464	222	92	938	556	-
Directivo	18	17			18	17	-
Profesional	725	449			725	449	-
Técnico	122	60			122	60	-
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	954	631	168	59	1.122	690	5.288
Asesor	5	4			5	4	-
Asistencial	425	283	168	59	593	342	-
Directivo	19	19			19	19	-
Profesional	444	294			444	294	-
Técnico	61	31			61	31	-
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	1.526	973	164	52	1.690	1.025	5.549
Asesor	5	5			5	5	-
Asistencial	720	455	164	52	884	507	-
Directivo	19	19			19	19	-
Profesional	661	429			661	429	-
Técnico	121	65			121	65	-
Total general	6.345	4.264	679	286	7.024	4.550	23.262

Fuente Sistema de información Distrital del Empleo y la Administración Pública- SIDEAP

Fecha de consulta datos de planta: 25 de octubre de 2023

Fecha de consulta datos contratación: 25 de octubre de 2023

Fecha de corte 30 de septiembre de 2023

Información relevante del personal de salud:

- Una caracterización más amplia con información del sector privado, con diferenciación de género, profesiones y/o especializaciones, es difícil de consolidar debido a las múltiples fuentes de información.
- Las fuentes de información disponible no permiten identificar las características de los profesionales que del personal que se encuentra laborando.
- Durante el 2023 las cuatro (4) Subredes reportan 27.701 estudiantes en prácticas profesionales de diferentes áreas del conocimiento.
- La capacitación y/o desarrollo de capacidades del personal de salud se da mediante:
 - Planes institucionales de capacitación
 - Asistencias técnicas orientadas al desarrollo de capacidades: Se centra en las necesidades y prioridades de los actores institucionales, reconociendo sus fortalezas y competencias en su contexto particular y promueve el empoderamiento para generar transformaciones sostenibles en la prestación de servicios de salud. La realizan profesionales de las dependencias de la Secretaría de Salud.
 - Aprender Salud: Cursos de Ruta de la promoción y mantenimiento de la salud; ruta integral de atención en salud materno perinatal. Año 2023: 875 profesionales certificados

Dificultades con el personal de salud

- Múltiples fuentes de información para una oportuna y completa caracterización
- Excesiva vinculación laboral por contrato de prestación de servicios
- Reprocesos por baja apropiación de los procesos y procedimientos institucionales

1.5.1.5 Conocimiento en salud pública

La Secretaría Distrital de Salud, como una institución certificada en calidad, sigue los lineamientos del MIPG, por tanto, el ordenador para este apartado es la información relacionada en la dimensión 6 – Gestión de conocimiento y la innovación.

Figura 15 Ejes de la Gestión de conocimiento y la innovación MIPG



Fuente: Dimensión 6 MIPG. Web www.funcionpublica.gov.co

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

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

Adicional, a la desarticulación del ecosistema, por la ausencia de un marco de gobernanza claro que permita identificar y aprovechar sinergias entre diferentes proyectos e iniciativas de CTI; otras causas de la baja contribución de la CTI a la salud son: i) la falta de correspondencia entre las capacidades de CTI y las

Pag 70 de 262

necesidades de salud de la población²⁴; ii) la corta duración y la falta de alineación de las políticas de CTI en salud con otras políticas de la ciudad; iii) la baja generación y reconocimiento de Centros de Desarrollo científicos y tecnológicos como referentes en diversas temáticas en salud que impulsen la CTI; iv) las insuficientes capacidades técnicas, físicas y tecnológicas para el desarrollo de actividades en CTI; v) la falta de visión y enfoque claro en las acciones para fortalecer las capacidades del ecosistema de CTI; vi) la débil cultura de innovación, vii) la insuficiencia de recursos destinados a la investigación científica tanto dentro del ecosistema de ciencia, tecnología e innovación como dentro de la Secretaría de Salud, viii) la falta de apropiación social del conocimiento, desarrollo tecnológico, innovación e investigación; ix) el desaprovechamiento desde la ciencia, la tecnología y la innovación para desarrollar acciones que mejoren la prestación de servicios de salud en todos los niveles de atención, que puedan dar respuesta a las necesidades específicas de las diferentes comunidades, principalmente a la población más vulnerable, y x) la falta de integración y uso adecuado de tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud.

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

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

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

Por último, es importante destacar el papel de la Secretaría Distrital de Salud en impulsar la toma de decisiones basada en diversos saberes, incluyendo científicos, ancestrales y populares, utilizando estrategias como repositorio institucional, publicaciones, laboratorio de innovación y comités éticos para fortalecer la toma de decisiones; así como señalar que el Distrito cuenta con el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), creado por el Acuerdo 641 de 2016²⁵, el cual constituye una alternativa para pacientes que requieren servicios y productos biológicos para el tratamiento de enfermedades, procesados con altos estándares de calidad; así mismo, es una plataforma tecnológica para generar investigación, desarrollo tecnológico, transferencia de conocimiento e innovación en pro de la salud. De igual forma, el IDCBIS se identifica como uno de los actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI); es tal su enfoque investigativo que su Grupo de investigación en Medicina Transfusional, Tisular y Celular-GIMTTyC

²⁴ Entre el periodo de 2015-2021, los tres grandes ejes de investigación fueron genéticos e inmunología, enfermedades crónicas no transmisibles, salud pública y atención primaria en salud, dejando por fuera temas como salud materno perinatal, salud nutricional, salud mental, enfermedades infecciosas y enfermedades reemergentes (Econometría-Tecnopolis, 2022).

²⁵ El cual fue validado nuevamente mediante la Resolución 1763 del 9 de septiembre de 2021 por un periodo de 5 años,

(único en su tipo), obtuvo la clasificación A1, la más alta categoría obtenida por los grupos de investigación en Colombia y la más alta de la Red Distrital (Convocatoria 894 de 2021 de Minciencias).

Igualmente, el IDCBS ha sido considerado como una experiencia exitosa en Colombia en la consolidación de sus bancos de sangre, tejidos y principalmente por la implementación del Primer Banco Público de Cordon Umbilical y una Unidad de Terapias Avanzadas.

1.5.1.6 *Dificultades en la gobernabilidad:*

- Los procesos de planeación requieren una adecuada comprensión de la situación territorial, que generalmente no superan la división político-administrativa de la ciudad-región. Del mismo modo, los sistemas de información no incorporan variables que permitan caracterizar las poblaciones dadas sus condiciones y situaciones. Además de la existencia de múltiples fuentes de datos cuya estructura y alcance no permiten ser usadas para la toma de decisiones.
- La gestión de las políticas en sus diferentes etapas del ciclo se ve debilitada por la fragmentación entre los sectores, entidades y demás actores del distrito expresándose en acciones de intercambio de información y de cooperación que no necesariamente se fundamentan en propósitos comunes que se reflejen en transformaciones en la calidad de vida en el territorio. Esta situación se manifiesta de manera diferente en las instancias y espacios de coordinación y participación de las políticas.
- De igual forma se requiere mayor incidencia comunitaria en los procesos de formulación y seguimiento de políticas, planes, programas y proyectos de salud, predominando escenarios de consulta de actores sociales sin trascender, generalmente, a la toma de decisiones en salud. Existen espacios y escenarios en la ciudad que buscando la inclusión de comunidades diferenciales generan inequidades en la participación. De igual modo pese a los desarrollos en la comprensión en los enfoques enfoque diferencial, poblacional y de género persiste debilidades en el relacionamiento de los servicios ofertados por el sector.
- Así como, la falta de recursos, que es una barrera para la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud. Las organizaciones intersectoriales y transectoriales a menudo carecen de los recursos necesarios para implementar sus programas y actividades, lo que puede incluir recursos financieros, humanos y técnicos. Sumado a esto, la desigualdad social en Colombia es un desafío importante para la salud pública. Las personas de bajos ingresos tienen un mayor riesgo de enfermedades y tienen menos acceso a los servicios de salud. Esto hace que sea más difícil abordar los determinantes sociales de la salud de manera intersectorial y transectorial.
- Evitar la creación de productos fragmentados o limitados a la acción de un solo sector, lo cual restringe la acción pública y no permite avanzar en la intersectorialidad.

1.6 Gobernanza

Definida como una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan, articulan y operan en contextos diversos para adelantar una acción colaborativa de interés público orientada al mejor nivel de salud posible. No se trata solo de las estructuras formales que guían la acción pública, sino del establecimiento de interacciones democráticas, corresponsables, en las que los diferentes

actores incluidos el gobierno, se involucran en moldear conjuntamente las mejores relaciones para sustentar y adelantar la acción colectiva en salud pública.

La SDS ejerce gobernanza en salud así:

1.6.1 Instancias de participación Institucional

La participación social es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La Secretaría atiende la política de participación social en salud, Resolución 2063 de 2017, desarrollando los 5 ejes con la comunidad, para esto se realiza asistencia para la conformación, actualización y desarrollo de capacidades de los espacios e instancias normativamente establecidos.

Tabla 19 Formas e instancias ciudadanas de acuerdo con la norma

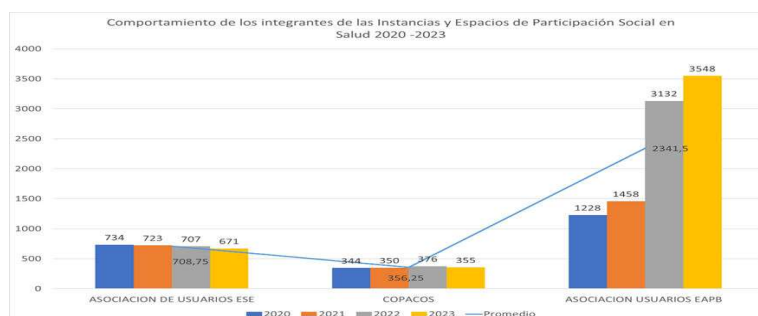
Forma e Instancia	Definición	Cantidad Distrito	2020	2021	2021	2023
COPACOS - Comités de Participación Comunitaria en Salud	Es un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales locales y el Estado, de naturaleza mixta, conformado por el Alcalde Local o su delegado, el Director Científico de la Unidad de Servicios de Salud o quien haga sus veces y el Subdirector Territorial de la DPSGTT de la Secretaría Distrital de Salud, de la respectiva subred y representantes de todas las formas organizativas sociales y comunitarias legalmente constituidas o reconocidas socialmente, así como aquellas promovidas alrededor de programas de salud que desarrollen su gestión en la Localidad y que acrediten formalmente su designación a este espacio de concertación por la respectiva organización. Cabe señalar que cada integrante del Comité no representa intereses individuales sino los de la respectiva organización que lo ha delegado	20	334	350	376	355
Asociaciones de Usuarios Red Pública	Es una agrupación de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud que velaran por la calidad del servicio y la defensa del usuario	25	734	723	707	671
Asociaciones de Usuarios - Instituciones Prestadores de Servicios de Salud - IPS		3				
Asociaciones de Usuarios - EAPB		8	1228	1458	3132	3548
Juntas Asesoras Comunitarias	Es el espacio de participación comunitaria que tiene como objetivo fortalecer la Participación Comunitaria en Salud en las Unidades de prestación de Servicios de Salud con el fin de asesorar, apoyar y mejorar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios.	22				
Representantes de la comunidad ante las Juntas Directivas de las ESE	Es el órgano superior de dirección y administración, que ejerce la orientación de la actividad que le es propia al respectivo ente dentro de la autonomía con que cuenta según la ley y de acuerdo con las disposiciones de su estatuto orgánico y con las de los estatutos internos o reglamentos administrativos dictados por el gobierno o por el mismo órgano directivo.	8				
Veedurías Ciudadanas	Es el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública,	55				515

Forma e Instancia	Definición	Cantidad Distrito	2020	2021	2021	2023
	respecto a las autoridades administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público.					

Fuente: Elaboración propia SDS

En promedio durante los años 2020 – 2023 se contó con unas 3.400 personas que hacen parte de las 25 Asociaciones de Usuarios de la Red Pública, 3 Asociaciones de Usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, 8 Asociaciones de Usuarios de las EAPBS, y 20 Comités de Participación Comunitaria en Salud COPACOS.

Figura 16 Comportamiento de los integrantes de las instancias y espacios de participación social en salud 2020 - 2023



Fuente: Bases sociales equipo de Gestión Institucional 2020 – 2023

En la anterior gráfica se puede observar la tendencia de promedio central que estas 3 instancias tuvieron durante los años 2020 – 2023, en la cual se evidencia que las Asociaciones de Usuarios de la red pública ha bajado el número de integrantes, manteniendo un promedio de 708 personas, mientras que las Asociaciones de Usuarios de las EAPB e IPS ha aumentado dado que en promedio 2.341 personas participan posiblemente por el acompañamiento técnico a estas entidades. El comportamiento de los COPACOS locales se ha mantenido durante estos años en un promedio 356 personas, siendo el año 2022 en el que más personas participaron y el 2020 en el que menos.

Las asistencias técnicas realizadas están enmarcadas en el fortalecimiento de la Participación Social en Salud, fortaleciendo el funcionamiento y la gestión de estas instancias y espacios. Además, se acompaña en todos los procesos de elección de delegados de estas organizaciones ante los espacios distritales e institucionales como lo son el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, los Comités de Ética Hospitalaria, las Juntas Asesoras Comunitarias, las Juntas Directivas de las Subredes Integradas de Servicios de Salud; y se brinda asistencia técnica para la formulación de los planes de acción de estas organizaciones en el marco de la Política de Participación Social en Salud. Sin embargo, es preciso fortalecer el proceso de monitoreo y evaluación para medir el impacto real de la incidencia de la ciudadanía en el sector y de la institucional en la generación de capacidades.

1.6.2 Organizaciones sociales

La estrategia de participación social implementa acciones desde diferentes componentes, donde los grupos comunitarios y poblacionales son esenciales, pues permiten tener en cuenta las condiciones, necesidades, identidades, y razones de la población que habita los territorios urbanos y rurales de la capital. Parte del capital social con que se implementa TIPS Bogotá son organizaciones sociales y comunitarias, que alrededor de las 20 localidades del Distrito, impulsan y desarrollan procesos con sus comunidades, en torno a temas de salud (entendida en el marco de los determinantes sociales y ambientales). Las organizaciones vinculadas a la estrategia son identificadas, caracterizadas y vinculadas a diferentes procesos para el desarrollo de sus capacidades de gestión y participación en salud.

Figura 17 Organizaciones locales, Bogotá, 2021-2023



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Entre 2021 y junio del 2023 se identificaron y caracterizaron 450 organizaciones sociales en las 20 localidades del Distrito, 184 en 2021, 194 en 2022 y 72 durante el I semestre del 2023. Con un promedio general de 22 organizaciones, destacan con mayor número las localidades de Suba con 39 organizaciones, Rafael Uribe Uribe con 38 organizaciones, Bosa con 32 y Ciudad Bolívar con 29. Entre las localidades con menor identificación se encuentran Tunjuelito (11), Barrios Unidos (10), Chapinero (9) y Sumapaz (7).

Estas organizaciones trabajan con sus comunidades generando procesos de cuidado alrededor de promoción de prácticas saludables, recuperación de entornos, temas prioritarios en salud, abordaje de poblaciones diferenciales, construcción de redes de apoyo social y comunitario, entre otros. Es preciso fortalecer la permanencia, adherencia de las organizaciones sociales a los procesos de participación social en el sector, al igual que es preciso llegar a organizaciones diversas tanto en sus características, intereses y objeto. Igualmente, se debe fortalecer la articulación y gestión intersectorial y transectorial para tener mayor impacto en las organizaciones que están en el territorio.

1.6.3 *Agendas sociales del cuidado:*

Construidas mediante diálogos ciudadanos por cada localidad donde confluyeron múltiples actores comunitarios, sectoriales e intersectoriales con el objetivo de identificar y reconocer colectivamente situaciones y retos que afectan la salud en los territorios, se concertaron planes de acción para dar respuesta efectiva de las necesidades en salud y a través del tiempo se hicieron seguimientos (Documento Marco modelo territorial de salud – MN-006 V1)

En 2020 se repensó la estrategia de abordaje territorial para relacionarse de manera diferente con nuevas ciudadanías, impulsando una comunicación horizontal con las comunidades, por lo que se diseñaron e implementaron los Diálogos Ciudadanos del Cuidado, que se configuraron como escenarios que facilitaron el diálogo social con las comunidades, instituciones y demás actores, presentes en los territorios, avanzando en el análisis y actualización de las problemáticas existentes en él y profundizando en las particularidades y realidades que las acompañaban.

Los diálogos ciudadanos del cuidado contaron entre 2021 –2022 con la participación de cerca de 6.000 personas en las diferentes localidades a través del desarrollo de 120 diálogos locales e interlocales. Permitieron reunir diferentes voces de procesos organizativos, poblacionales y étnicos que posicionaron temas claves en cada territorio, de esta manera se encontraron temas en común en el distrito, los cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 20 Resultado de los diálogos sociales

NIVELES DE GESTIÓN - Primer Momento	No.	PROBLEMÁTICAS	LOCALIDAD																				TOTAL LOCALIDADES
			1. USAQUEN	2. CHAPINERO	3. SANTA FE	4. SAN CRISTOBAL	5. USME	6. TUNJUELITO	7. BOSA	8. KENNEDY	9. FONTIBON	10. ENGATIVA	11. SUBA	12. BARRIOS UNIDOS	13. TEUSAQUILLO	14. MARTIRES	15. ANTONIO NARIÑO	16. PUENTE ARANDA	17. CANDELARIA	18. RAFAEL URIBE URIBE	19. CIUDAD BOLIVAR	20. SUMAPAZ	
INTRASECTORIAL	1	Barreras de acceso a los servicios de salud/Accesibilidad a los servicios de salud (Red pública y privada)	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18
	2	Bajo nivel en la participación comunitaria e incipiente incidencia		X	X	X		X	X	X			X		X		X		X	X	X		12
	3	Desconocimiento de la oferta Institucional	X	X								X		X		X						X	5
	4	Contaminación ambiental e inadecuada disposición de residuos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		17
	5	Salud mental	X					X					X		X			X					5
	6	Migración Irregular			X						X					X							3
	7	Violencia Intrafamiliar y de género.	X	X				X	X									X	X				6
	8	Seguridad alimentaria de las familias y falta de programas de alimentación saludable para la población (adultos mayores, niños y niñas)															X		X			X	3
	9	Dificultad para recibir una atención integral e intercultural en salud (comunidades indígenas y afro)							X			X	X										3
	10	Hábitos poco saludables por parte de la población / Eventos en salud					X				X							X					3
	11	La maternidad y paternidad temprana					X	X		X													3
	12	Salud integral de las mujeres				X																	1
INTERSECTORIAL	13	Inseguridad / SPA	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18
	14	Desempleo, dificultad para la generación de ingresos, pobreza oculta			X	X					X				X	X	X		X	X	X		9
	15	Invasión del espacio público		X		X								X									3
	16	La falta de atención y control al fenómeno de asentamientos ilegales		X																X			2
	17	Víctimas de desplazamiento																			X		
	18	Malla vial local en deterioro y deficiencia en las redes sanitarias		X																			1
	19	Insuficiente cobertura de servicios públicos, mala infraestructura vial, pobreza oculta. En zona Rural falta infraestructura y medios para comercialización de productos																				X	1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Consolidado problemáticas priorizadas en el distrito identificadas por líderes y lideresas las organizaciones sociales y comunitarias

De acuerdo con la relación anterior, se puede observar que las cinco (5) problemáticas identificadas por líderes y lideresas de las organizaciones sociales y comunitarias que se presentan en la mayoría de las localidades (nueve o más), cuyo análisis producto de los diálogos con la ciudadanía, corresponden a:

1. Barreras de acceso
2. Inseguridad asociada consumo de Sustancias Psicoactivas – SPA
3. Contaminación ambiental e inadecuada disposición de residuos
4. Bajo nivel en la participación comunitaria e incipiente incidencia
5. Desempleo, dificultad para la generación de ingresos, pobreza oculta

Las mesas comunitarias se instalaron en el último trimestre de 2022, pero su plan de acción lo ejecuta de manera continua. En las 20 localidades se han realizado alrededor 269 acciones enmarcadas en las mesas comunitarias, con la participación de 5.672 personas. Los contenidos de las mesas comunitarias de cuidado de la salud retroalimentan las mesas locales del cuidado y se espera incidan en la definición de los planes locales del cuidado.

1.6.4 Rendición de cuentas

La rendición de cuentas contempla las fases de publicación, información y explicación a la ciudadanía sobre cómo se ha intervenido los recursos públicos y qué políticas se ha implementado para responder a las necesidades en salud tanto individuales como colectivas. Para desarrollar este punto en 2023 la SDS desarrollo las siguientes acciones

- Publicación constante de información y eventos en página web y redes sociales.
- Encuentros de rendición de cuentas con interacción ciudadana.
- Publicación de información en el Observatorios de Salud de Bogotá D.C. – SALUDTA
- Publicación de información en Datosabiertos.bogotá.gov.co
- Respuesta oportuna a PQRS recibidos por medios físicos y virtuales.

1.6.5 Apoyo, acompañamiento y fortalecimiento a prácticas comunitarias y fenómenos sociales.

En el distrito se desarrollan diferentes prácticas comunitarias identificadas por la Secretaría Distrital de Salud y a las que ha acompañado, apoyado técnica y financieramente, mediante proyectos de iniciativa comunitaria, asistencia técnica para la construcción de cursos para la escuela de participación social y para fortalecer capacidades de sus integrantes en temas relacionados con el sector salud.

1.6.6 Proyectos de Iniciativa Comunitaria como forma de corresponsabilidad

Son iniciativas innovadoras por parte de las comunidades, para aportar soluciones a las principales problemáticas en salud en sus territorios y fortalecer la capacidad de gestión de las organizaciones sociales. (Documento Marco modelo territorial de salud – MN-006 V1).

La Secretaría Distrital de Salud junto con la Organización de Estados Iberoamericanos – OEI- durante la vigencia 2020-2023 crearon una alianza para apoyar financieramente y técnicamente iniciativas comunitarias que plantearon y pusieron en marcha alternativas innovadores, de impacto, bajo costo y rápida ejecución, en la

Pag 78 de 262

búsqueda de enfrentar o superar desafíos, problemáticas o necesidades en temas relacionados con la participación social en salud y la cultura de la salud vistas a la luz de la comunidad.

La metodología para la elegibilidad de los proyectos contó con varias fases, establecer los criterios; difusión de la información; recepción de propuestas; revisión y evaluación de las propuestas; preselección; elección de las propuestas; ejecución y acompañamiento; ejecución y socialización de los resultados.

1.6.7 Empoderamiento comunitario a través del conocimiento y la información

La SDS desarrolla acciones encaminadas al acceso y comprensión de la información en salud a través de herramientas pedagógicas, análogas y digitales, que permiten fortalecer las capacidades de la ciudadanía en el acceso a la atención y la corresponsabilidad de la salud individual y comunitaria. Estas acciones se clasifican en:

- **Promotores del cuidado:** Una estrategia que fomenta los hábitos de autocuidado y cuidado colectivo para la promoción de nuevas formas de relacionamiento. Surgió en el marco del COVID-19 para disminuir el contagio a partir del fomento de hábitos de cuidado individual y colectivo. Cuenta con varios cursos: Promotores del cuidado – COVID-19; Bienestar Emocional.
- **Asistencias Técnicas:** De acuerdo con la necesidad de las organizaciones y/o grupo de ciudadanos, los profesionales de la SDS preparan y aclaran inquietudes, presentadas previamente.
- **Laboratorios de innovación:** Dentro de este espacio se realizan con la comunidad talleres lúdicos para desarrollar capacidades en diferentes temas de acuerdo con la población asistente.
- **Escuela de innovación y participación en salud:** es un escenario de formación y capacitación permanente, es un espacio educativo, reflexivo y propositivo en el que confluyen y dialogan múltiples saberes que impulsan los procesos de transformación

1.6.8 Las TIC como herramienta para la intersectorialidad en salud

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se han convertido en un factor fundamental para el desarrollo de la sociedad actual, y su impacto en el sector salud no es una excepción. Las TIC pueden ser una herramienta poderosa para fortalecer la intersectorialidad en salud, entendida como la colaboración entre diferentes sectores para abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar la salud de la población.

¿Cómo las TIC pueden apoyar la intersectorialidad en salud?:

Intercambio de información y datos:

- **Interoperabilidad:** Las plataformas digitales permiten a los diferentes sectores compartir información y datos relevantes para la salud, como estadísticas, indicadores, investigaciones y mejores prácticas. Esto facilita la identificación de problemas comunes y la elaboración de soluciones conjuntas.
- **Sistemas de vigilancia en salud:** Los sistemas de vigilancia en salud basados en TIC permiten la detección temprana de brotes de enfermedades, la identificación de riesgos y la coordinación de acciones entre diferentes sectores.
- **Telemedicina:** facilita la atención médica a distancia, lo que permite a los profesionales de la salud de diferentes sectores trabajar juntos para atender a los pacientes.

Comunicación y coordinación:

- **Redes de comunicación:** Las redes de comunicación en línea permiten a los diferentes sectores compartir información y experiencias, así como coordinar acciones y proyectos de manera más eficiente.
- **Herramientas de colaboración:** Las herramientas de colaboración en línea, como videoconferencias, plataformas de gestión de proyectos entre otras, permiten a los diferentes sectores trabajar juntos de manera más efectiva.
- **Redes sociales:** Las redes sociales pueden ser utilizadas para difundir información sobre salud, promover la participación comunitaria y movilizar a los diferentes sectores en torno a temas de salud pública.

Fortalecimiento de la capacidad institucional:

- **Herramientas de capacitación:** Las TIC pueden ser utilizadas para desarrollar e impartir cursos en línea, seminarios virtuales y otras actividades de capacitación para fortalecer las capacidades de los diferentes sectores en materia de intersectorialidad en salud.
- **Sistemas de gestión de información:** Los sistemas de gestión de información basados en TIC pueden ayudar a los diferentes sectores a mejorar la gestión de sus recursos y a tomar decisiones más informadas.
- **Herramientas de evaluación:** Las TIC pueden ser utilizadas para evaluar la efectividad de las intervenciones intersectoriales y para identificar áreas de mejora.

Movilización social y participación comunitaria:

- **Campañas de información y sensibilización:** Las TIC pueden ser utilizadas para realizar campañas de información y sensibilización sobre temas de salud, así como para promover la participación de la comunidad en la toma de decisiones.
- **Herramientas de participación ciudadana en línea,** como plataformas de consulta pública y presupuestos participativos, permiten a la comunidad participar en la definición de políticas públicas y programas de salud.

Las TIC tienen un gran potencial para fortalecer la intersectorialidad en salud al facilitar el intercambio de información, la comunicación, la coordinación, la capacitación, la gestión de información y la participación comunitaria. Sin embargo, su uso para la intersectorialidad en salud requiere de las siguientes condiciones:

- **Voluntad política:** Los gobiernos y las instituciones deben comprometerse con el uso de las TIC para la intersectorialidad en salud.
- **Capacidades técnicas:** Es necesario desarrollar las capacidades técnicas de los diferentes sectores para utilizar las TIC de manera efectiva.
- **Financiamiento:** Se requiere financiamiento para invertir en infraestructura tecnológica, desarrollo de software y capacitación.
- **Marco regulatorio:** Es necesario un marco regulatorio que garantice la seguridad, la privacidad y la confidencialidad de la información.

1.6.9 Dificultades en la gobernanza

Debilitamiento de las instancias y espacios de participación social por la falta de tiempo o de recursos para participar, la presencia de líderes tradicionales que dificulta la democratización de espacios y la ampliación de su base social, así como la politización de algunos escenarios de participación y su desconocimiento. No hay suficientes condiciones materiales (recursos financieros, logísticos, humanos y tecnológicos) para la gestión y toma de decisiones en ejercicio de la participación.

Fallas en la gestión y articulación de los procesos participativos en salud que fraccionan la respuesta distrital en una sobre oferta de espacios institucionales, sectoriales, intersectoriales y de participación comunitaria.

1.7 ANÁLISIS DE LA OFERTA DE FRENTE AL CIUDADANO

La oferta frente al ciudadano se informa en tres puntos, la cobertura de la afiliación en el distrito, información sobre la población a cargo de cada EAPB y las principales barreras de acceso a los servicios de salud.

1.7.1 Cobertura de la afiliación en salud

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

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

Tabla 21. Estado de la afiliación a la seguridad social en salud en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023

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

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

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

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

* Proyección censo DANE, actualización post Covid-19.

* DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2021.

Esto refleja una alta formalización del empleo en la ciudad, considerando que la participación del régimen contributivo alcanza el 77%. En cuanto a movilidad entre los regímenes, hasta diciembre de 2023, 832.968

Pag 81 de 262

usuarios cambiaron del régimen contributivo al subsidiado, y 75,496 usuarios pasaron del régimen subsidiado al contributivo. Esto suma 908,464 usuarios que están en esta condición en el Sistema de Salud.

La Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) con el mayor número de afiliados en la ciudad es Sanitas EPS, representando el 21,4% de la población asegurada en general. Dentro de esta cifra, la mayoría de los afiliados se encuentran en el régimen contributivo (92,6%), mientras que el 7,4% pertenece al régimen subsidiado. En cuanto a los asegurados en el régimen subsidiado, la EPS Capital Salud destaca con el 11,2%, contando con la mayor proporción de beneficiarios en este régimen.²⁶

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

La mayor preocupación en cuanto a afiliación es la población venezolana, ya que en enero de 2024 solo el 42,3% ha aplicado la encuesta Sisbén IV, generando problemas en el acceso a los servicios de salud y protección social, aunque la atención de urgencias se contempla para migrantes irregulares.

Tabla 22. Afiliados a la Seguridad social en salud por procedencia en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023

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

NOTA: "Extranjeros" incluye tanto venezolanos como los procedentes de otros países.
 CE: Cedula extranjería, PA: Pasaporte, SC: Salvo Conducto. PPT: Permiso por Protección Temporal
 Fuentes: * Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2023.
 * Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2023.

Otros desafíos están relacionados con la articulación de acciones de las EAPB y prestadores de la población afiliada al régimen contributivo, en la búsqueda de promover una mejor prestación de servicio para la totalidad de habitantes de la ciudad; la falta de capacidad de pago de la población vulnerable para acceder a los servicios de salud (copago), y al incumplimiento de los requisitos por parte de la población para ingresar a alguno de los regímenes del sistema, lo cual se atribuye al desconocimiento de la población sobre los mecanismos de acceso al aseguramiento, y al exceso de normatividad del SGSSS.

1.7.2 Caracterización población a cargo de las EAPB

Tabla 23 Distribución de afiliados por régimen y EAPB 31/12/2023

EAPB	R. CONTRIBUTIVO	% Contributivo	R. SUBSIDIADO	% Subsidiado	Total general	% Total
------	-----------------	----------------	---------------	--------------	---------------	---------

²⁶ Cabe anotar que esta concentración no refleja necesariamente la cobertura específica por localidad, ya que en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) se registra según el lugar de residencia proporcionado por el afiliado, lo cual no siempre corresponde a información precisa.

COMPENSAR	1.499.419	24,54	175.756	10,12	1.675.175	21,35
SANITAS	1.541.783	25,24	124.450	7,17	1.666.233	21,24
FAMISANAR	1.104.763	18,08	237.681	13,69	1.342.444	17,11
CAPITAL SALUD	57.442	0,94	884.113	50,91	941.555	12,00
SALUD TOTAL	754.668	12,35	153.090	8,82	907.758	11,57
NUEVA EPS	478.909	7,84	72.163	4,16	551.072	7,02
SURA	423.654	6,94	56.064	3,23	479.718	6,11
ALIANSA SALUD	235.705	3,86	9.720	0,56	245.425	3,13
COOSALUD	7.505	0,12	23.565	1,36	31.070	0,40
FERROCARRILES N.	3.038	0,05		0,00	3.038	0,04
SALUD BOLÍVAR	2.014	0,03	23	0,00	2.037	0,03
MALLAMAS	16	0,00026	53	0,00305	69	0,00088
SOS	7	0,00011	1	0,00006	8	0,00010
Total general	6.108.923	100	1.736.679	100	7.845.602	100

Fuente: Elaboración propia con base de datos Aseguramiento.

1.7.3 Barreras de Acceso

Inoportunidad en la prestación de los servicios: incluye demora en el agendamiento de citas²⁷ en medicina especializada, la programación de cirugías, y otros servicios y corresponde al 67,7% (9.542). Los inconvenientes se tipifican, así:

Tabla 24 Seguimiento de transacciones NO asignadas

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

Fuente: Contact Center- DAEDPSS 31 diciembre de 2023.

²⁷ La falta de claridad de roles y responsabilidades en el Contact Center y la limitada capacidad instalada de las subredes, que resulta en una agenda insuficiente para satisfacer la demanda del servicio. Factores como la dificultad para contratar especialistas contribuyen a esta problemática, generando insatisfacción entre los usuarios que necesitan atención médica. Además, las subredes deben proporcionar disponibilidades con suficiente anticipación y un número adecuado de cupos, considerando el flujo de usuarios que se comunican con la línea única distrital para solicitar citas.

- **No suministro de medicamentos:** se refiere a la falta de entrega oportuna o parcial de medicamentos, incumpliendo el plazo de 48 horas establecido por el artículo 131 del Decreto ley 019 de 2012 y la Resolución 1604 de 2013, hace referencia al 7.9% de los casos (1.117).
- **Dificultad en la accesibilidad administrativa:** dificultad en el acceso a trámites y procesos administrativos relacionados con los servicios de salud, 5.1% de los casos (722).
- **Sistema de Referencia y contrarreferencia:** dificultades con trámites y demoras en los procesos de referencia de pacientes, 2.8% de los casos (396).
- **Otros:** Con el 16.5% de los casos (2.324), corresponden a situaciones como negación de servicios, Inspección Vigilancia y Control, atención deshumanizada, inconvenientes con las tutelas, dificultades de alto costo, presunto evento adverso e incumplimiento portabilidad nacional.

Otras barreras de acceso identificadas están relacionadas con el debilitamiento de las redes comunitarias que sustentan la vida y con factores culturales que se reflejan en altos indicadores de inasistencia a consultas y en la preferencia de la población por atender síntomas en lugar de acudir a consultas preventivas. Así mismo, existen desafíos financieros para las subredes integradas de servicios de salud (E.S.E). En el caso de la EPS Capital Salud, hasta noviembre de 2023, presentaba un déficit de \$100.000 millones, por lo cual requiere de capitalización para garantizar su sostenibilidad financiera y técnica en 2024.

1.8 ANÁLISIS DE LA OFERTA EN SERVICIOS DE SALUD

Para analizar la oferta de servicios de salud desde el punto de vista de la entidad se presenta información sobre: caracterización de la oferta; distribución de la oferta; la oferta rural; el déficit de equipamiento y el déficit por proximidad.

1.8.1 Caracterización de la oferta de servicios de salud

A diciembre 31 de 2023 Bogotá, según descarga del REPS disponía de 37.174 servicios, con un porcentaje de servicios clasificados como complejidad baja del 29,62% (N=11.011) de estos el 0,17% están clasificados también como complejidad media (Anestesia, Cuidado intermedio adultos, Laboratorio clínico, Medicina familiar, Odontología general, Optometría, Ortodoncia, Otras consultas de especialidad, Psicología, Rehabilitación oral, Toma de muestras de laboratorio clínico) y el 0,01% como complejidad alta (Cuidado Intensivo Neonatal). El 32,86% (N=12.216) corresponde a servicios de mediana complejidad de estos el 0,02% está clasificado también como complejidad alta (Cirugía Oftalmológica, Cirugía Vascular y Angiológica) y el 2,03% (N=753) a servicios en alta complejidad, se registran 13.216 servicios sin clasificación de complejidad, lo que corresponde al 35,55% a nivel distrital.

Tabla 25 Total servicios según su clasificación de complejidad, baja, mediana o alta en Bogotá D.C. a diciembre 31 de 2023

COMPLEJIDADES	BAJA	MEDIANA	ALTA
BAJA	11.011	19	1
MEDIANA	19	12.216	2
ALTA	1	2	753

Pag 84 de 262

Fuente: DPSS - Equipo de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Elaboración propia con información de descarga oficial del registro actual REPS - Servicios (MSPS), corte diciembre 31 de 2023.

Con relación a la capacidad instalada de la oferta de servicios para este corte, se cuenta con un total de 52.018 para el Distrito Capital; el 87,42% del registro en REPS corresponde a la oferta de servicios de capacidad instalada del sector privado (n=45.476); el 12,56% (n=6.536) fueron registrados como capacidad instalada de la red pública y el 0,01% (N=6) como naturaleza mixta.

Tabla 26. Capacidad instalada de la oferta de servicios de salud en Bogotá D.C., a diciembre 31 de 2023

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

Zona	Grupo capacidad	Privada	Pública	Mixta	Total	Porcentaje por zona	Porcentaje total distrito
		Diciembre 31 de 2023					
	Unidad móvil	46	6	0	52	0,10%	
	Sin ubicación	4	0	0	4	0,01%	
	Total general	45.476	6.536	6	52.018	100%	

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

1.8.2 Distribución de la oferta: Naturaleza jurídica, zona geográfica y servicios.

A diciembre 31 de 2023, se encontraban inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) 14.710 prestadores de servicios de salud en Bogotá, de los cuales 11.606 (78,90%) están ubicados en la zona Norte, 1.620 (11,01%) en la zona Sur Occidente, 1.061 (7,21%) en la zona Centro Oriente, 416 (2,83%) en la zona Sur, y el restante no cuentan con ubicación registrada. De acuerdo con su naturaleza jurídica, el 87,23% profesionales independientes y el 10,78% instituciones prestadoras de servicios de salud, principalmente.

Tabla 27 Prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., según naturaleza jurídica, - diciembre 31 de 2023

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

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

En estos 14.710 prestadores de servicios de salud hay 17.241 sedes, de las cuales el 75,73% se concentran en la zona Norte, el 12,68 % en la zona Sur Occidente, el 8,12 % en la zona Centro Oriente, el 3,42 % en la zona Sur y el 0,05 % no se dan datos de ubicación. El 99,11% de estas sedes corresponde a la red privada; el 0,87% a la red pública y el 0,02% se clasifica como sedes mixtas.

Tabla 28. Distribución de las sedes de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C., por localidad, a diciembre 31 de 2023

Localidad-Zona	Instituciones - IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Total general	Porcentaje Distrital
Centro Oriente	267	66	1063	4	1.400	8,12%
Antonio Nariño	74	11	151	1	237	1,37%
Candelaria	9	15	17	0	41	0,24%
Los Mártires	29	7	90	0	126	0,73%
Rafael Uribe Uribe	57	3	315	2	377	2,19%
San Cristóbal	29	4	163	0	196	1,14%
Santa Fe	69	26	327	1	423	2,45%
Norte	2.059	255	10.731	12	13.057	75,73%
Barrios Unidos	233	30	354	3	620	3,59%
Chapinero	499	57	3546	0	4102	23,77%
Engativá	184	28	762	6	980	5,68%
Suba	300	51	975	2	1328	7,70%

Localidad-Zona	Instituciones - IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Total general	Porcentaje Distrital
Teusaquillo	254	34	914	1	1203	6,97%
Usaquén	589	55	4180	0	4824	27,96%
Sur	104	15	468	2	589	3,42%
Ciudad Bolívar	43	6	217	0	266	1,54%
Sumapaz	2	0	0	0	2	0,01%
Tunjuelito	38	9	138	2	187	1,08%
Usme	21	0	113	0	134	0,78%
Sur Occidente	476	65	1.628	17	2.186	12,68%
Bosa	44	7	340	3	394	2,29%
Fontibón	149	26	377	3	555	3,22%
Kennedy	176	27	659	6	868	5,03%
Puente Aranda	107	5	252	5	369	2,14%
Sin Ubicación	0	0	9	0	9	0,05%
Total General	2.906	401	13.899	35	17.241	100%

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

Frente a los servicios habilitados, según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, a diciembre 31 de 2023, la ciudad contaba con 37.174 servicios, siendo el 54,71% de instituciones prestadoras de servicios de salud y el 42,44% de profesionales independientes. La oferta se concentra en consulta externa (76,14%), apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (18,03%), y servicios quirúrgicos (3,30%). La mayoría de los servicios (94,65%) provienen de prestadores de naturaleza privada. El 29,62% eran de baja complejidad, el 32,86% de mediana complejidad y el 2,03% de alta complejidad. Se registraron 13.216 servicios sin clasificación de complejidad (35,55%).²⁹ Cabe anotar que el 72,06% están ubicados en la zona Norte, el 14,45% en Sur Occidente, el 10,04% en Centro Oriente, el 3,42% en el Sur y sin ubicación el 0,02%.

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

Tabla 29 Distribución de servicios de salud de Bogotá D.C., según prestador y grupo de servicios y naturaleza jurídica, a diciembre 31 de 2023

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

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

En cuanto a la capacidad instalada, se registran 52.018 unidades de servicios, de las cuales el 87,42% pertenece al sector privado, el 12,56% a la red pública y el 0,01% a naturaleza mixta, tal como se ilustra en la siguiente tabla. La distribución por zonas destaca que el 65,40% se concentra en la zona Norte, seguida por el 15,78% en la zona Centro Oriente, 14,87% en la zona Sur Occidente y 3,94% en la zona Sur. La oferta incluye 28.169 consultorios (54,15%), 16.121 camas (30,99%), salas (4,67%), camillas (4,29%), sillas (4,08%), ambulancias (1,72%), y unidad móvil (0,10%).

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

1.8.3 Oferta Rural

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

La capacidad instalada rural de la zona sur es de 4 ambulancias, 3 camas de hospitalización, 4 de observación, 21 consultorios para actividades de consulta externa y 2 salas para atención de partos; mientras que la zona norte registra 169 camas, 51 camillas, 53 consultorios y 12 salas.

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

1.8.4 Déficit por equipamiento

Para los análisis de proximidad para los equipamientos de salud seleccionados, solo el 37 % de las manzanas de los estratos del 1 al 6 cuentan con cobertura, lo que implica que es mayor déficit territorial y mayor desplazamientos. Al seleccionar las manzanas de los estratos 1 al 3 no cubiertas se encontró que estas corresponden al 59% del área fuera de cobertura. Lo cual hace evidente que hay un déficit mayor en cuanto a localización de estos servicios sociales básicos para los estratos 1, 2 y 3.

Para el caso general, se han identificado una serie de problemáticas que limitan la oferta de servicios sociales de forma equitativa y accesible, de acuerdo con las demandas presentes y futuras, situación que impide generar calidad de vida urbana en las zonas deficitarias y consolidadas de la ciudad, las cuales se sintetizan así:

- Existe inequidad en el acceso a equipamientos, dado que no hay una relación equilibrada entre la demanda poblacional y la oferta existente. Esto se evidencia en los bordes al occidente y al sur de la ciudad, donde predominan altos niveles de déficit tanto de cobertura como de proximidad.
- Las actuaciones y decisiones urbanísticas se han concentrado en la generación y regulación de equipamientos nuevos, dando la espalda a una amplia oferta de suelo dotacional existente, que tiene bajas condiciones de desarrollo y que puede resultar estratégico si se le brindan ventajas normativas para un mayor aprovechamiento.
- La falta de mecanismos de gestión de suelo acordados entre los sectores públicos prestadores de servicios (educación, salud, cultura, recreación, etc.), ha llevado a que prime el interés de cada uno sobre compartir el suelo y generar sinergias para compartir servicios y funciones en un globo de terreno. Esto ha llevado a que cada sector haga una búsqueda de suelo de manera independiente, lo que desdibujó el modelo de ocupación del POT vigente.
- Se requieren cambios y simplificación normativa en procura de que sean más expeditos los instrumentos destinados a la planeación y licenciamiento del suelo.

Para solventar parte de estas dificultades, el sistema se ve diverso en diferentes elementos y condiciones en sus dos niveles (estructurante y proximidad), así como de la localización de servicios en las áreas de los sistemas de las estructuras territoriales y de las condiciones de gestión y normas urbanísticas que facilitan su implementación, pero en esencia, lograr su fin principal se asocia a la medición de tres (3) grandes atributos:

- **Accesibilidad:** se entiende como la posibilidad de desplazarse, de obtener una adecuada localización con respecto a los sistemas urbanos, para reducir los tiempos y distancias de desplazamiento a los servicios prestados. Para el sistema de equipamientos este atributo se mide en distancia manhattan entre la población objeto y el lugar donde se presta el servicio.
- **Disponibilidad:** en función de tener la suficiente “cantidad” de servicios de acuerdo con la necesidad. Para el sistema de equipamientos la evaluación del déficit de disponibilidad es calculado por estándar, el cual constituye en parámetro que indica la cantidad de equipamientos necesarios para llegar a un valor óptimo en la relación entre la oferta y la demanda, que, en el Distrito Capital se estima en una relación de 3.17 m² por habitante.
- **Diversidad:** entendida como la “variedad” de servicios sociales en un ámbito geográfico. Se mide de forma diferenciada considerando la proximidad (verificando la presencia de servicios sociales asociados al cuidado) y en términos de la presencia de equipamientos estructurantes verificando la variedad de servicios especializados mínimos. Dicha diversidad se compone de los siguientes tipos:
 - a. Inclusión universal. Entendido como un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción, enfocado principalmente en elevar la calidad de vida de la población.
 - b. Seguridad. El desarrollo y localización de servicios sociales considerará que las personas puedan acceder y hacer uso de las instalaciones de forma segura.

1.8.5 Déficit por proximidad

En función de la territorialización del sistema de cuidado, se toma como principio rector la “proximidad” entendida como la facilidad de acceso a través del recorrido preferiblemente peatonal, desde la vivienda y los

lugares de empleo. De forma consecuente, el análisis de proximidad respecto a los servicios sociales se considera necesario incluir en el análisis de movilidad aspectos que permitan medir con mayor certeza una movilidad próxima teniendo en cuenta aspectos tales como las barreras geográficas (cuerpos hídricos, pendientes) y el tiempo de desplazamiento de personas objeto del cuidado como lo son los menores de 5 años, los mayores de 65 años o las personas con discapacidad física o movilidad reducida.

Se evidencian Unidades de Planeamiento Local que en la actualidad se encuentran por encima de las metas fijadas ya que concentran la oferta de salud, como Centro Histórico, Chapinero, Teusaquillo y Usaquén; mientras que en otras UPL se requiere estrategias en disminuir las brechas de en relación con la atención en salud a esas poblaciones, por lo cual, se toma la decisión de mantener constante el número de camas, médicos y enfermeras en las UPL con tasas superiores a las fijas.

Parte de este ejercicio toma indicadores de la OCDE²⁸, América Latina y el mundo, como parte del análisis comparativo en relación con el ejercicio. Así:

Tabla 30 Indicadores de disponibilidad según camas, médicos y enfermeros

Por 1000 Habitantes	2021	2024	2035	OCDE	MUNDO	AMERICA LATINA
Camas	1,92	2,09	2,72*	4,71	2,89	1,89
Médicos	4,65	4,50	4,77**	2,92	1,56	2,28
Enfermeras	1,84	2,62	4,16***	9,11	3,80	5,06

Fuente. OCDE_OPS_OMS

Se busca lograr el equilibrio territorial a todas las ZONAS a alcanzar las siguientes tasas:

*2,3 camas x 1.000 habitantes

**2,3 médicos x 1.000 habitantes

***3,8 enfermeras x 1.000 habitantes

Se observa una alta concentración de los servicios de salud en unas ZONAS (Norte y Centro Oriente), con razones para los tres indicadores por 1000 habitantes por encima de la tasa global para Bogotá, por tanto, la meta global para Bogotá se ubica por encima de la meta por zona, resultado del esfuerzo de desconcentrar la atención para mejorar la accesibilidad de tal manera que en cada ZONA se alcance una tasa promedio de 2,3 médicos por mil habitantes. La zona Centro Oriente y Norte, con la infraestructura hospitalaria que hay en la actualidad, tendrán 3,4 y 2,6 camas por mil habitantes, mientras que en las localidades de Sur y Sur Occidente se estimaron déficits de camas, con 0,4 y 0,8 camas por mil habitantes a 2035. Por lo anterior se proyecta ampliar la infraestructura hospitalaria solo en Sur y Sur Occidente, a partir del crecimiento de la población. La estimación de centros de salud, se estimaron teniendo en cuenta la meta de 2,3 médicos por cada 1.000 habitantes en cada zona de la ciudad, donde también se identificaron déficits a 2035 en las zonas Sur y Sur Occidente de la ciudad.

Se estima que el número de camas faltantes a 2035, se localiza en las siguientes zonas:

²⁸ La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

Tabla 31 Proyección de Camas por zonas

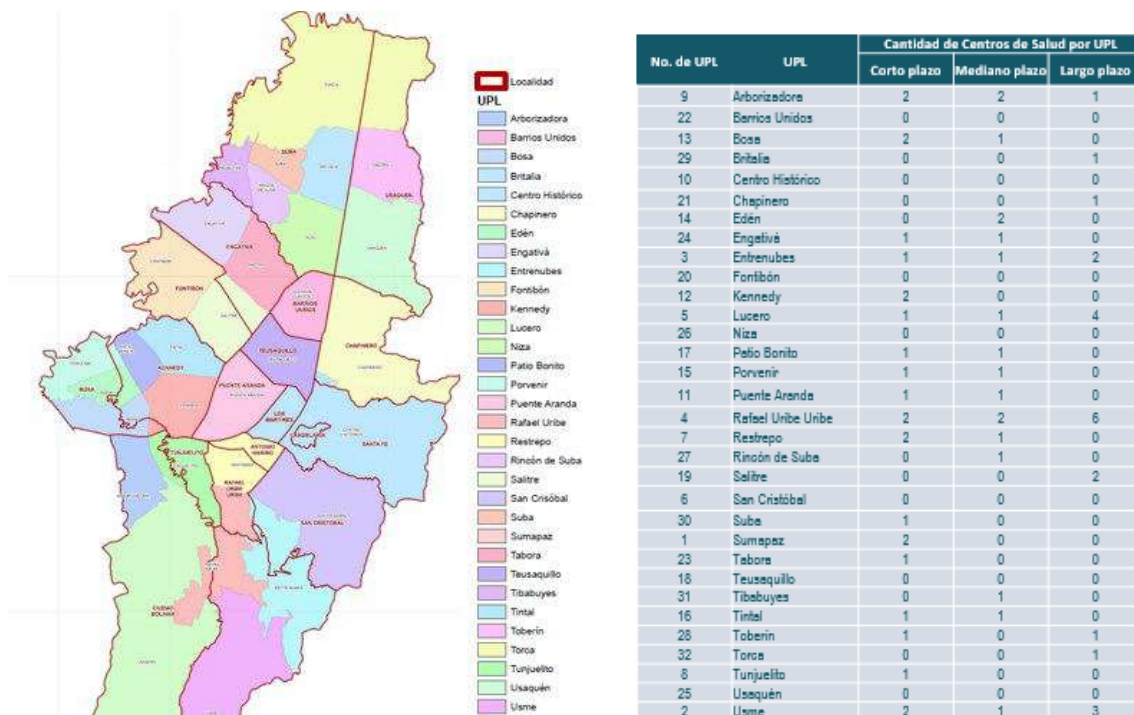
PROYECCION DE CAMAS						
Camas por cada 1000 Hab	2021	2024	2027	2028	2031	2035
Centro oriente	3.682	3.682	3.682	3.682	3.682	3.682
Norte	8.154	8.154	8.154	8.154	8.154	8.154
Sur	541	1.066	1.623	1.818	2.431	3.294
Sur Occidente	1.832	2.661	3.518	3.810	4.695	5.888
Total General	14.210	15.564	16.977	17.464	18.962	21.018

Fuente. Elaboración propia SDS

Componente programático al Mediano y Largo plazo

Proyectos nuevos sector salud. Las estimaciones realizadas a nivel zona (número de hospitales y centros de salud público y privados), arrojaron que las zonas Centros Oriente y Norte, no requieren nuevos Centros de Salud y hospitales, dado que en esas zonas se encuentran las UPL que concentran mayor volumen de equipamientos de salud cubriendo así la demanda estimada al 2035 en las mencionadas zonas. Por su parte, la zona Sur y Sur occidente, arroja déficit, como lo demuestran los resultados de oferta proyectada a 2035, ejercicio desarrollado por el sector salud a partir de perfil epidemiológico y población definida por el DANE para la Bogotá D.C; los cuales se relaciona a continuación:

Mapa 18 Localización de Centros de Salud por UPL



Fuente. Elaboración propia SDS

Se busca que el Componente programático aporte al programa y a los objetivos del Plan de Ordenamiento Territorial Revitalizar la ciudad y a reducir los desequilibrios y desigualdades para un territorio más solidario y cuidador a través de intervenciones y proyectos de calidad orientados a garantizar el sistema de servicios sociales del cuidado y servicios básicos, de modo que se genere un mayor equilibrio territorial y se garantice un mayor acceso de los ciudadanos a los servicios que le permitan ejercer mejor, y de manera más próxima, sus derechos. Además, se soporta en la prestación efectiva de los servicios públicos en el marco de la sostenibilidad, la eficiencia energética, el soporte territorial y la regulación para formar ecosistemas digitales en el marco de la sostenibilidad territorial y de calidad en el acceso a las TIC. Contribuye a concretar los propósitos de la Estructura Funcional y del Cuidado y la Estructura Integradora de Patrimonios.

1.9 ANÁLISIS DE LA OFERTA DE ACUERDO CON LA CALIDAD DE SERVICIOS

La ley 1438 de 2011 busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante acciones coordinadas entre el Estado y los actores del sistema para mejorar la salud de la población, brindar servicios de calidad de forma equitativa para toda la población.

La evaluación y calificación de actores 2023, expedida por el Ministerio de Salud, permite ver los resultados en salud relacionados con: número de quejas, gestión del riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedad de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo.

La información, base para la evaluación de 2023, se obtuvo de fuentes secundarias como: Sistema de Información para la Calidad, Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales, Censo poblacional proyección 2020 del DANE, Superintendencia Nacional de Salud, Informe de Tutelas de la Defensoría del Pueblo, la Encuesta de Calidad de Vida y reporte de PQRD impuestas a IPS por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

1.9.1 Acceso a los servicios de salud.

Mide el Goce Efectivo del Derecho a la Salud. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua, lo cual, significa que una vez se inicia la prestación de un servicio determinado, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas y económicas. (Ley 1751 de 2015)

Uno de los aspectos evaluados es la calidad de la atención en salud, tiene que ver con la oportunidad de que se ofrecen los servicios de salud y la satisfacción del usuario. De esta manera, parte de los servicios de consulta externa, atención por especialidades, realización de procedimientos y toma de imágenes diagnósticas son puerta de entrada para el Sistema de Salud.

La evaluación de la Experiencia de la atención se evalúa en el Sistema de Información para la Calidad (Resolución 256 de 2016) a partir de los siguientes indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad de los aspectos mencionados.

1.9.1.1 Tiempo de espera

De acuerdo con la Resolución 1552 de 2013 son tres días para la asignación de citas medicina y odontología general.

Tabla 32 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina y odontología general. Año 2021, 3 trimestres de 2022 y primer semestre de 2023. Días

Tipo	Bogotá			Prom Colombia			Menor		Mayor	
	2021	3 trim 2022	1 Sem 2023	2021	3 trim 2022	1 Sem 2023	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022
Medicina General	6,61	3,66	3,61	4,1	3,34	3,33	0,71	0,84	9,54	6,98

Tipo	Bogotá			Prom Colombia			Menor		Mayor	
	2021	3 trim 2022	1 Sem 2023	2021	3 trim 2022	1 Sem 2023	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022
Odontología General	11,8	5,73	4,39	5,42	3,86	3,72	0,73	0,8	9,7	6,38

Fuente: Elaboración propia según el "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023 y 2024, (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023, 2024)

1.9.1.2 Atención en urgencias de paciente clasificado como Triage 2

Según la Resolución 5596 de 2015. El tiempo de espera máximo para la atención de paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias deber ser de 30 minutos.

Tabla 33 Tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage 2 en el servicio de urgencias. Minutos

Urgencias	Bogotá		Prom Colombia		Menor		Mayor	
	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022
Triage 2	36,15	40,75	25,45	26,36	14,7	5,58	48,08	67,39

Fuente: Elaboración propia según el "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023 y 2024, (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023, 2024)

1.9.1.3 Especialidades

El comportamiento para los años 2021 y 3 trimestres de 2022 se promedia así:

Tabla 34 Comportamiento del tiempo promedio de asignación de cita cirugía general, medicina interna, ginecología, obstetricia y pediatría. Días

Especialidad	Bogotá		Prom Colombia		Menor		Mayor	
	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022
Cirugía general	15,51	14,97	10,82	13,16	2,00	3,92	16,75	20,96
Ginecología	13,07	13,77	9,97	11,15	2,8	2,55	13,14	14,37
Medicina Interna	15,44	15,46	11,48	13,71	3,19	2,04	16,8	19,73
Obstetricia	8,04	8,61	7,61	9,00	3,07	2,26	14,99	21,19
Pediatría	5,60	7,92	6,64	8,51	2,42	3,10	11,6	15,27

Fuente: Elaboración propia según el "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023 y 2024, (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023, 2024)

1.9.1.4 Satisfacción del usuario

Es el reflejo de la experiencia vivida durante el acceso a los diferentes servicios de salud, por lo tanto, el Sistema de Información para la Calidad establece dos indicadores trazadores como: proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS y proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.

Tabla 35 Comportamiento de los indicadores de Satisfacción del usuario de IPS

Indicadores	Bogotá		Prom Colombia		Menor		Mayor	
	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022	2021	3 trim 2022
Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	95,90%	94,00%	96,20%	96,10%	90,30%	81,20%	98,80%	98,80%
Usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	96,20%	94,80%	95,40%	97,30%	83,50%	93,40%	98,90%	99,70%

Fuente: Elaboración propia según el "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023 y 2024, (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023, 2024)

1.9.1.5 Atención en servicios de salud

Según el Registro Especial de Prestadores, los servicios de salud se clasifican por grupos, entre ellos consulta externa, urgencia e internación.

Entre los servicios que hace parte de Consulta externa se encuentran medicina general, enfermería, psicología, odontología general, nutrición y dietética, medicina interna, ginecobstetricia, pediatría, cirugía general, entre otros.

Para internación están los servicios de hospitalización de adultos, pediátrica, cuidado intermedio e intensivo de adultos, pediátrico y neonatal; y finalmente el servicio de urgencias.

Tabla 36 Atención a servicios de salud grupos Registro Especial de Prestadores

Categoría	Bogotá		Prom Colombia		Menor		Mayor	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Consulta Externa * Prom Atenciones	5,16	4,55	5,60	5,20	3,25	2,32	6,33	6,02
Internación * Prom días	8,63	5,84	8,82	7,86	4,29	2,62	16,31	12,47
Urgencias - tasa *100 atenciones	2,24	1,14	3,00	2,96	0,22	0,25	10,14	16,08

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023)

1.9.1.6 Promoción Mantenimiento de la Salud

Desde la Organización Mundial de la Salud se han hecho llamados a los actores para crear entornos saludables que permitan fortalecer la capacidad de abordar determinantes sociales promoviendo la salud.

Por lo tanto, para que la población goce de un bienestar completo se deben construir procesos políticos y sociales que permitan modificar las condiciones de vida y salud de cada colectivo e individuo.

Parte de la respuesta está en buscar acciones de promoción en salud que reconozcan la salud desde un concepto positivo y que contribuyan a las necesidades de la población. Por esta razón se seleccionaron los siguientes indicadores trazadores de promoción y mantenimiento de la salud.

Tabla 37 Atención a servicios de salud grupos Registro Especial de Prestadores

Categoría	Bogotá		Prom Colombia		Menor		Mayor	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Proporción de gestantes con captación temprana (<12 sem) al control prenatal	52,40		64,80		40,00		82,20	
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	92,07		91,70		71,98		97,19	
Proporción de mujeres con toma de mamografía	32,78		26,60		19,91		44,41	
Proporción personas con control de placa bacteriana	13,78		12,40		1,21		27,54	

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023)

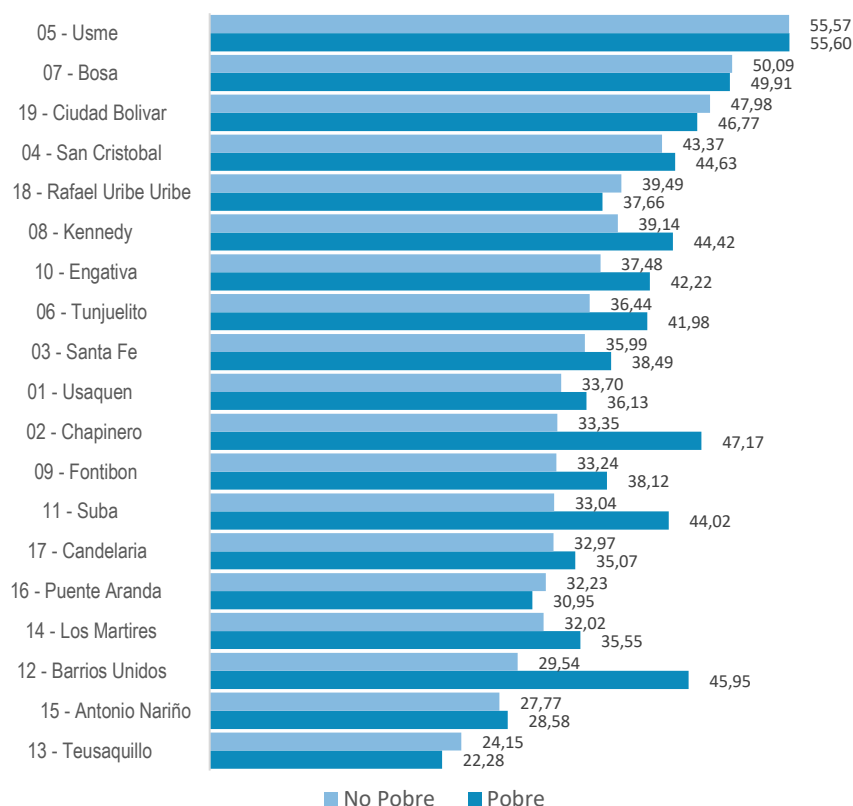
Esta problemática ha sido percibida y expresada por la comunidad, quienes reportan que, a pesar de contar con afiliación al sistema de salud presentan dificultades para acceder de manera oportuna a los servicios de atención especializada y a medicamentos.

“Aunque las personas cuentan con un seguro de salud no tienen acceso oportuno a los servicios que necesitan, en especial a atención por parte de especialistas y a tener los medicamentos que requieren para sus tratamientos médicos. Para las citas a especialistas las personas contaron experiencias en que no había disponibilidad de citas sino hasta dos o tres meses después o que insistían en llamar al seguro, pero la respuesta era que no había agenda disponible en ese momento. En el caso de los medicamentos, lo que las personas narran es que tienen dificultades para poder reclamarlos en los sitios de entrega porque, por sus limitaciones de salud, no pueden asistir o porque al ir, los medicamentos que requieren no están disponibles. La alternativa que les queda es comprar ellos mismos los medicamentos de manera particular y en la mayoría de los casos no cuentan con los recursos para hacerlo” (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022a)

1.9.2 Análisis del Contexto de las inequidades en la prestación de servicios de salud

Si bien en la actualidad no se cuenta con un estudio que analice las inequidades en salud entre las localidades, UPZ y territorios en el Distrito, la Encuesta Multipropósito de Bogotá (2021) da una idea de las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud de los habitantes de Bogotá. Por ejemplo, mientras una persona habitante de la UPZ Ciudad Salitre Oriental de la localidad de Teusaquillo, refiere demorarse 22 minutos para desplazarse desde su lugar de residencia a la IPS en donde es atendido para sus consultas de medicina general, una persona que habite en la UPZ Tintal sur en la Localidad de Bosa, cuyos barrios son en su mayoría estrato 1 y 2, se demora en promedio 71 minutos desde el lugar de residencia a la IPS, dato que al cruzarlo con el Índice de Pobreza Multidimensional, aumenta a 77 minutos para las personas catalogadas como pobres. (Promedio Bogotá 39 minutos)²⁹. (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022a). Esa diferencia es mayor para aquellos hogares ubicados en el área rural

Figura 18 Tiempo de desplazamiento desde el lugar de residencia a la IPS (minutos), cruzando según localidad y pobreza en el hogar, zona urbana

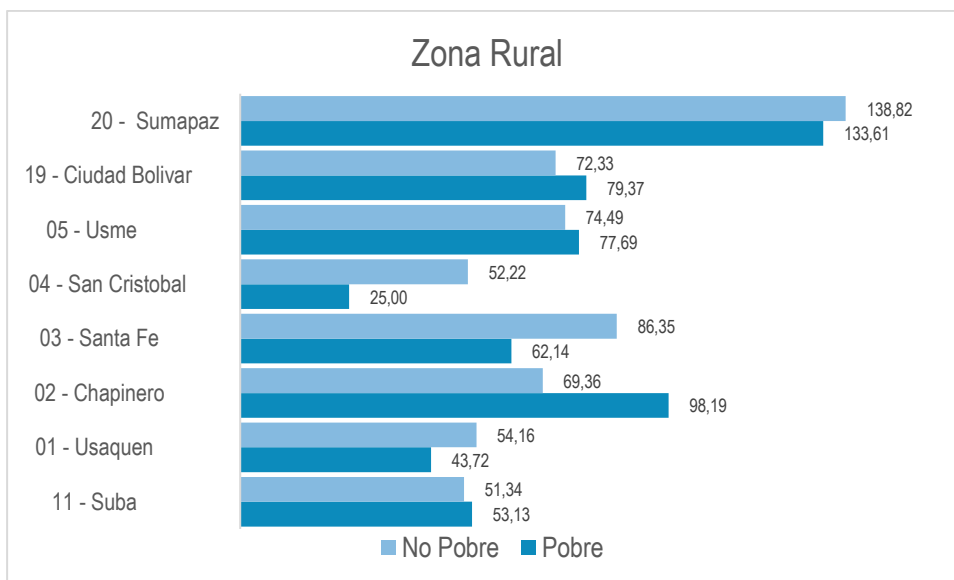


Fuente: DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021.

²⁹ Capítulo y pregunta principal: F-10. En promedio, ¿cuánto tiempo se demora en llegar... desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas de medicina general?

Así mismo, la encuesta muestra que para la población que habita en la ruralidad de Bogotá y además es pobre, le toma 84 minutos llegar, desde su lugar de residencia, a la IPS para sus consultas de medicina.

Figura 19 Tiempo de desplazamiento desde el lugar de residencia a la IPS (minutos), cruzando según localidad y pobreza en el hogar, zona rural



Fuente: DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021.

Cálculos: SDP-Dirección de Estudios Macro. Fecha de cálculo 2022-09-05

En lo referente al acceso a servicios de salud, es pertinente analizar la siguiente pregunta de la encuesta multipropósito 2021: *¿Qué hizo principalmente ... para tratar ese problema de salud?*³⁰ en cuyas respuestas se puede ver que, para la Bogotá urbana y rural pobre, solo un 10% o menos de las personas, acudieron a los servicios de salud de una ESE o de la IPS a la que tienen derecho por su afiliación al sistema de salud y más del 80% prefiere acudir directamente a una farmacia, usar remedios caseros, auto recetarse o no hacer nada. Esta pregunta, evidencia diferencias en la toma de decisiones en salud en las que probablemente medien el acceso y disponibilidad de servicios, los tiempos de desplazamiento y los recursos disponibles, entre otras

³⁰ Secretaría Distrital de Planeación. (2021) Encuesta Multipropósito de Bogotá <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estudios-macro/encuesta-multiproposito/resultados> - fecha de publicación octubre 7 de 2022

1.10 GESTIÓN DEL RIESGO

La gestión de riesgo individual y colectivo en salud es un proceso esencial para la prevención y manejo de enfermedades y afecciones en la población. El riesgo en salud se refiere a la probabilidad de sufrir daños o efectos negativos en la salud, ya sea a nivel individual o colectivo.

La gestión de riesgo individual en salud se enfoca en la identificación, evaluación y control de los factores de riesgo para la salud de un individuo. Esto implica que se deben tomar medidas preventivas para reducir la probabilidad de que el individuo sufra daños a su salud. Mientras que la gestión de riesgo colectivo en salud se enfoca en la prevención y control de riesgos en una población en su conjunto.

La gestión de riesgo individual y colectivo en salud se basa en el principio de prevención, que implica tomar medidas anticipadas para prevenir o reducir la probabilidad de que ocurran eventos no deseados. Para lograr esto, es necesario realizar una evaluación de riesgo adecuada, lo que implica identificar los posibles riesgos y su magnitud, y evaluar las medidas que se pueden tomar para reducir el riesgo.

La gestión de riesgo en salud es una tarea que requiere la participación de todos los actores involucrados, desde los proveedores de atención médica y los responsables de políticas públicas, hasta los propios individuos. La educación y la concienciación son fundamentales para que cada persona comprenda su propio riesgo en salud y las medidas que puede tomar para reducirlo.

1.10.1 Gestión del riesgo Colectivo

El Sistema de Información para la Calidad establece en el dominio Gestión del Riesgo cuatro indicadores trazadores

Tabla 38 Cobertura de vacunación BCG en recién nacidos, triple viral en niños y niñas de un año de edad, tercera dosis de pentavalente en menores de un año y tercera dosis de polio en menores de un año.

Categoría	Bogotá		Prom Colombia		Menor		Mayor	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
BCG en recién nacidos	61,81	41,55	63,90	41,77	57,09	15,81	100,00	51,90
Triple Viral en niños y niñas de un año	58,14	33,92	64,00	43,59	54,78	23,03	68,24	48,71
Tercera dosis de Pentavalente en menores de un año	56,71	36,70	65,44	44,77	43,33	22,43	70,06	51,94
Tercera dosis de Polio en menores de un año	56,71	36,51	65,12	44,34	42,31	22,61	70,04	50,89

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023)

1.10.2 Gestión del Riesgo Individual

Los indicadores seleccionados para describir parte de la gestión individual del riesgo que realizan los aseguradores son los siguientes:

*Tabla 39 Porcentajes de pacientes controlados por año * Valor Nacional*

Riesgo	2018	2019	2020	2021
Proporción de pacientes diabéticos controlados por EAPB. *Total Nacional	24,9	27,9	*	36,1
Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para el VIH con terapia Antirretroviral por la EAPB	81,4	89,5	96,4	98,1
Porcentaje de personas viviendo con VIH con carga viral indetectable *EAPB	54,4	56,5	60,3	64,4

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023)

1.10.3 Peticiones, quejas, reclamos y denuncias

El derecho a la salud está definido en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia como un servicio público a cargo del Estado, por el que se garantiza el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En este sentido, la Ley 1751 de 2015 reguló el derecho a la salud como un derecho fundamental y autónomo en cabeza de todos los colombianos sin distinción de grupo etario o sector poblacional. En este sentido, la garantía del derecho fundamental a la salud comprende el acceso a prestaciones destinadas a preservar, mejorar y promover la salud.

Por lo anterior, el ordenamiento jurídico contempla mecanismos para proteger este derecho a la salud, entre ellos, destacan la acción de tutela y la interposición de PQRD como principales mecanismos de acceso y protección al que más recurren los usuarios ante posibles vulneraciones de su derecho fundamental a la salud.

Con respecto a las PQRD las gestiona la Superintendencia Nacional de Salud y las Entidades Territoriales en Salud de cada territorio, en el marco de sus competencias de Inspección, Vigilancia y Control para restablecer los derechos de los ciudadanos, y tomar medidas correctivas para garantizar así un Goce Efectivo del Derecho a la Salud.

El análisis de las exigencias de PQRS es un ejercicio riguroso, ya que existen varios instrumentos jurídicos regulando aspectos relacionados con las acciones que deben atender las instituciones promotoras o prestadoras de servicios de salud; abarcando procesos y procedimientos internos hasta la prestación efectiva de los servicios. Por ende, las exigencias legales deben atenderse dentro de un orden sistémico que genere valor a las políticas de las entidades públicas y por ende contribuya a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

En consecuencia, las PQRD resulta ser un instrumento valioso de evaluación del comportamiento, la gestión, la oportunidad y el nivel de vulneración del derecho a la salud por parte de los agentes del SGSSS, pues son, una manifestación de la inconformidad, insatisfacción o de barreras de acceso a la que se ven sometidas los pacientes y/o usuarios para las atenciones en salud que necesitan, y que, sin duda, se traducen es un impedimento del goce efectivo del derecho a la salud.

Tabla 40 Número de PQRD categorizadas por macro motivos. Colombia 2021-2022

Categoría	2021		2022	
	n	%	n	%
Restricciones en el acceso a los servicios de salud	844.185,00	84,70%	1.014.663,00	83,60%
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	62.182,00	6,20%	82.880,00	6,60%
Deficiencia en la efectividad de la atención	47.726,00	4,80%	78.268,00	6,30%
No reconocimiento de las prestaciones económicas	37.752,00	3,80%	39.932,00	3,20%
Peticiones, quejas y reclamos interpuestas por IPS EPS, entidades territoriales y organismos de control y vigilancia	3.449,00	0,30%	1.660,00	0,10%
Falta de disponibilidad o inapropiado manejo del recurso humano y físico para la atención	1.439,00	0,10%	1.734,00	0,10%

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023) Pág., 51

Tabla 41 Tasa de peticiones, quejas, reclamos y denuncias por Territorio

Categoría	Bogotá		Prom Colombia		Menor		Mayor	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
PQRS	27,90	30,50	20,00	24,30	4,20	5,30	35,30	42,60

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023)

*Tabla 42 Tasa de peticiones, quejas, reclamos y denuncias por EPS de régimen contributivo y subsidiado. Colombia * 1000 afiliados*

EAPB * con mayores afiliados en Bogotá	Bogotá	
	2021	2022
Compensar	24,62	29,62
Sanitas	16,71	25,09
Famisanar	22,76	29,69
Capital Salud	31,62	35,00
Salud Total	21,61	28,53
Nueva EPS Subsidiado	9,17	14,54
Nueva EPS Contributivo	26,50	31,67
Sura	16,84	26,60
Aliansalud	18,13	23,90

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023) Valores 2021(>50,62; <1,60) Año 2022 (>45,32;<5,44)

3.5.2. Vulneración de las EPS al derecho a la Salud – Vigencia 2022

Información tomada del documento “Avance en la medición del nivel de vulneración de las EPS al derecho a la salud – vigencia 2022 preliminar – Sentencia T-760 de 2008 orden 20. Publicado en el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y protección Social.

La Honorable Corte Constitucional emitió la Sentencia T-760 de 2008, a través de la cual fueron proferidas distintas órdenes con el fin de salvaguardar el derecho a la salud de la población ante la vulneración recurrente derivada de dificultades de regulación identificadas y fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Mediante el Auto 358 de 2020 de Alta Corte estableció que se debían determinar nuevos criterios de evaluación que permitieran identificar las EPS que con mayor frecuencia incurrieran en prácticas vulneradoras del derecho a la salud de acuerdo con el actual Sistema de Salud.

Teniendo en cuenta los cambios normativos y en virtud del reconocimiento de las dinámicas actuales en el sector y la identificación de los principales problemas que vulneran el derecho a la salud, se establecieron los siguientes criterios de medición para determinar aquellas entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud:

Tabla 43 Criterios de Evaluación Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Sentencia T-760 de 2008

Criterio	Definición
Oportunidad en la prestación de servicios de salud a grupos de riesgo priorizados	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presente retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud
Integralidad de la atención en salud de grupos de riesgo priorizados	Se entiende que el paciente recibe los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de forma que los usuarios reciban la atención necesaria, sin que acudir a actuar legalmente de manera reiterada y prolongada en el tiempo.
Inconformidad del usuario frente a la prestación del servicio de salud	Acciones presentadas por los usuarios donde se identifica la negación del servicio de salud

Fuente: Avance en la medición del nivel de vulneración de las EPS al derecho a la salud – vigencia 2022 preliminar – Sentencia T-760 de 2008 orden 20. Pág. 4

La metodología establece cinco categorías para el nivel de vulneración al derecho a la salud: ALTA, MEDIA ALTA, MEDIA BAJA y BAJA, según las cuales se identificó la categoría de cada EPS en cada criterio.

A continuación, se muestran los resultados de las EPS que tiene ciudadanos afiliados en el Distrito.

Tabla 44 Clasificación del nivel de vulnerabilidad diferenciada por criterio. Preliminar Vigencia 2022

EAPB	Número de afiliados a 31 dic 2023	Porcentaje de afiliados a 31 dic 2023	Integralidad	Oportunidad	Inconformidad
COMPENSAR	1.675.175	21,35	MEDIA	BAJA	MEDIA
SANITAS	1.666.233	21,24	MEDIA	MEDIA BAJA	MEDIA
FAMISANAR	1.342.444	17,11	MEDIA BAJA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA
CAPITAL SALUD	941.555	12,00	ALTA	MEDIA ALTA	ALTA
SALUD TOTAL	907.758	11,57	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	MEDIA BAJA
NUEVA EPS	551.072	7,02	MEDIA BAJA	MEDIA BAJA	MEDIA

EAPB	Número de afiliados a 31 dic 2023	Porcentaje de afiliados a 31 dic 2023	Integralidad	Oportunidad	Inconformidad
SURA	479.718	6,11	MEDIA BAJA	BAJA	MEDIA BAJA
ALIANSA SALUD	245.425	3,13	BAJA	BAJA	MEDIA BAJA
COOSALUD	31.070	0,40	MEDIA ALTA	MEDIA	MEDIA ALTA
FERROCARRILES N.	3.038	0,04	*	*	*
SALUD BOLÍVAR	2.037	0,03	*	*	*
MALLAMAS	69	0,00088	*	*	*
SOS	8	0,00010	MEDIA ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA ALTA

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2023)

* Sin información en el documento

1.11 INFORMACIÓN FINANCIERA RELEVANTE PARA LA SALUD DE BOGOTÁ D.C.

Mientras se escribe este documento, ASIS participativo 2023, los medios de comunicación del país informan sobre la desfinanciación del sistema de salud.

La Contraloría General de la República publica en agosto de 2023 un documento denominado "Análisis de la gestión institucional de los actores del SGSSS: Las EPS y la prestación de Servicios de Salud 2018-2022 concluye lo siguiente: (Contraloría General de la República, 2023, págs. 176-177)

- Los datos analizados en el estudio sugieren que las Empresas Promotoras de Salud EPS, no gestionan de forma eficiente y oportuna las obligaciones establecidas en la normatividad vigente del sector, lo cual genera inconformidades en los usuarios y traumatismos en la prestación de servicios y tecnologías en salud, tanto las contempladas en el PBS como las que son sujetas de financiamiento por parte del sistema.
- En los servicios y tecnologías con más deficiencia en la gestión, se ve reiterativo que los afiliados recurran a reclamos por falta de oportunidad en la autorización y asignación de citas médicas especializadas; igualmente inoportunidad en la entrega de medicamentos POS y no POS (aún nombrados así por la SNS); y demora en las autorizaciones y asignación de exámenes de laboratorio y diagnóstico.
- Los indicadores de calidad establecidos para las EPS, el módulo con mayor preocupación es la efectividad, pues la tendencia en incumplimiento aumenta, entendiendo que la inadecuada gestión del riesgo puede aumentar a su vez los costos de la prestación de servicios.
- En el tema de cáncer de mama, ninguno de los indicadores analizados cumple la meta establecida, es decir que no se está realizando la detección temprana (tamizaje mujeres 50-9 años), y, frente a la atención para los pacientes con la enfermedad, no es oportuna la prestación de servicios (etapa diagnóstico e inicio del tratamiento)
- A través del ranking desarrollado por el indicador sintético (en el estudio), se generan alertas sobre las entidades que presentan comportamientos más negativos respecto a los indicadores evaluados. Los resultados expuestos deben servir de reflexión institucional y ciudadana y, a la vez, de advertencia para evaluar, corregir, y al mismo tiempo, replantear las deficiencias del sistema de salud colombiano.

Como recomendación del estudio, se sugiere que las entidades de vigilancia y control fortalezcan el seguimiento a la capacidad gerencial de las EPS, para cumplir la normatividad en la prestación de servicios y para administrar el flujo de recursos establecidos por el sistema para garantizar el derecho a la salud.

1.11.1 Cumplimiento financiero por parte de las EAPB

El Decreto 780 de 2016 en Colombia establece cuatro condiciones financieras y de solvencia que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben cumplir obligatoriamente. Estas condiciones son las siguientes:

1. Capital Mínimo: las EPS deben contar con un capital mínimo para garantizar su estabilidad financiera y cumplir con sus obligaciones.
2. Patrimonio Adecuado: las EPS deben contar con un patrimonio suficiente para cubrir los riesgos financieros a los que están expuestas.
3. Constitución de la reserva técnica: las EPS deben constituir una reserva técnica para garantizar la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y asegurar la prestación adecuada de servicios de salud a la población.
4. Régimen de inversión que respalda la reserva técnica: las EPS deben contar con un régimen de inversión que respalde la reserva técnica y garantice su crecimiento a largo plazo.

Tabla 45 Indicadores de cumplimiento financiero a 30/09/2023 según EAPB

EAPB	Número de afiliados a 31 dic 2023	Porcentaje de afiliados a 31 dic 2023	Capital Mínimo	Patrimonio Adecuado	Inversiones que respalda la reserva técnica
COMPENSAR	1.675.175	21,35	SI	SI	NO
SANITAS	1.666.233	21,24	SI	SI	SI
FAMISANAR	1.342.444	17,11	SI	NO	NO
CAPITAL SALUD	941.555	12,00	SI	NO	NO
SALUD TOTAL	907.758	11,57	SI	SI	SI
NUEVA EPS	551.072	7,02	SI	SI	NO
SURA	479.718	6,11	SI	SI	SI
ALIANSA SALUD	245.425	3,13	SI	SI	SI
COOSALUD	31.070	0,40	NO	NO	NO
FERROCARRILES N.	3.038	0,04	SI	NO	NO
SALUD BOLÍVAR	2.037	0,03	*	*	*
MALLAMAS	69	0,00088	*	*	*
SOS	8	0,00010	NO	NO	NO

Fuente: documento "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023", Ministerio de Salud. * Sin información en el documento

1.11.2 Retos de la sostenibilidad

El Ministerio de Salud, en el documento "Retos de la sostenibilidad financiera de largo plazo en el Sistema de salud en Colombia"³¹ comparte algunos datos interesantes como lo son:

¿Qué presiona el gasto en salud?

³¹ <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/sostenibilidad-sistema-salud-presentacion.pdf>

- Mayores ingresos en la población elevan las expectativas de los usuarios de los sistemas de salud (Chenew and Newhouse, 2012; Baltagi, 2010)
- Envejecimiento acelerado afecta patrones de morbilidad
- Desarrollos tecnológicos amplían oferta de nuevos servicios y medicamentos.
- Uso ineficiente de tecnologías en salud puede incrementar el gasto sin mejorar el estado de salud de la población (Chandra y Skinner, 2012)
- Al ser un sector intensivo en mano de obra la baja productividad incrementa el gasto (Baumol, 1967; 1993)

Marco conceptual OCDE

Diagnóstico y monitoreo de la sostenibilidad fiscal

- Previsiones de largo plazo
- Obligaciones de gasto de mediano plazo
- Monitoreo del gasto
- Sistema de alerta temprana
- Vinculación de proyecciones de gasto con estimaciones de ingreso

Evaluación de factores políticos e institucionales

- Acuerdos políticos sobre objetivos
- Mecanismos de coordinación entre autoridades presupuestales centrales y de salud
- Grado de descentralización
- Límites entre gasto público y privado

Implementación de mecanismos de política

- Acciones del lado de la oferta
- Acciones del lado de la demanda
- Nuevas fuentes de ingresos
- Gestión, coordinación y financiación pública

El documento realiza una comparación de puntos del marco conceptual de la OCDE entre Inglaterra, Francia y Colombia.

Figura 20 Retos de política para la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia



Fuente OECD Sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud (OCDE, 2019)

Dentro de las principales conclusiones del documento e identifica la necesidad de avanzar en los siguientes aspectos

- Generar mayores consensos y compromisos de parte de los distintos actores respecto a las previsiones de gasto de largo plazo
- Delimitación y seguimiento del aporte de cada uno de los actores en el cumplimiento de las metas de gasto
- Diseño de mecanismos de seguimiento y alertas tempranas que permita tomar decisiones sobre el gasto de manera oportuna
- Elaborar un sistema independiente para la financiación y oferta de los servicios socio sanitarios a través de la coordinación interinstitucional.
- Implementar medidas de saneamiento que permitan solucionar las diferencias de cuentas del pasado, generen mejor coordinación y mayores compromisos de los actores en las demás medidas asociadas.
- Profundizar la transformación digital y la implementación de la telemedicina.

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

Según el Índice de Competitividad de Ciudades versión 2022, el cual incluye condiciones habilitantes, Capital humano, Eficiencia de los mercados, y, Ecosistema innovador; Bogotá, encabeza este índice con un puntaje de 7.8 sobre 10, seguido de Medellín, con 6.99, Tunja con 6.43, y Cali con 6.36. A su vez, ocupa el primer puesto en 7 de los 13 pilares evaluados (Consejo Privado de Competitividad, 2022)

- En el pilar de **instituciones**, la Ciudad, encabeza el listado, principalmente por sus resultados en desempeño administrativo y transparencia y contratación; destacándose en temas de actualización catastral, autonomía fiscal y productividad de jueces.
- Para el pilar de **infraestructura y equipamiento**; Bogotá, pasa del primer lugar al tercero a expensas de una disminución en el nivel de recaudo por eventos culturales, y del costo de energía eléctrica.
- En la **adopción TIC**, Bogotá, es líder en ancho de banda de internet, hogares con computador, portátil o tablet y matriculados en programas TIC.
- En el pilar de **sostenibilidad ambiental**, nuevamente Bogotá lidera por su buen desempeño en áreas protegidas, emisiones de CO2 de fuentes móviles e inversión en servicios ambientales.
- Para el pilar **salud**; Bogotá ocupa el cuarto puesto, según las capacidades en salud, el indicador que mejor se comporta se refiere a la disponibilidad de médicos especialistas y la inversión en salud pública, sin embargo; en camas generales y especializadas, ocupó el lugar 25, así como en coberturas de vacunación triple viral y pentavalente el puesto 14 y 19, respectivamente, y controles prenatales el 17.
- Bogotá ocupa el tercer puesto en educación básica y media, ascendiendo por mejorar la deserción escolar en educación básica y media, puntaje pruebas Saber 11 e inversión en calidad de la educación básica y media.
- En el pilar de **educación superior y formación para el trabajo**, la capital, ocupó el tercer puesto, al obtener un puntaje de 10 en pruebas Saber Pro y dominio de inglés y a su vez, se destacó en cobertura bruta en formación técnica y tecnológica, y egresados del SENA vinculados al mercado laboral, así como graduados en posgrado.
- Según el **entorno para los negocios**, Bogotá, lidera en cinco de los seis indicadores tales como: facilitación de trámites, concentración en el sector secundario y terciario, tasa de registro y densidad empresariales
- En el **mercado laboral**, Bogotá ascendió 5 posiciones gracias a sus resultados en desempeño del mercado laboral y utilización del talento, formalidad laboral y empleo vulnerable.
- En el pilar de sistema financiero, la ciudad ocupó la segunda posición principalmente por cobertura de seguros e índice de profundización de la cartera comercial, cobertura de establecimientos e inclusión financieros.
- Con relación al **tamaño de mercado**, Bogotá lidera el ranking, al contar con el mercado interno mas grande del país; su desempeño en tamaño de mercado externo y apertura comercial.
- En **Sofisticación y diversificación**, la ciudad ocupa el quinto lugar, con mejores resultados en diversificación de la canasta exportadora.

- En temas de **innovación**, Bogotá, es primera, especialmente, por sus resultados en productividad de la investigación científica, modelos de utilidad y registro de marcas y en investigadores per cápita e inversión en ACTI. (Consejo Privado de Competitividad, 2022)

Figura 21 Índice de Competitividad de Ciudades 2022, resultados Bogotá



Índice de Competitividad de Ciudades 2022, Consejo Privado de Competitividad, Universidad El Rosario (Consejo Privado de Competitividad, 2022)

2.1 PROCESOS ECONÓMICOS

2.1.1 Dinámica empresarial

De acuerdo con el Boletín dinámica empresarial emitido por el Observatorio de Desarrollo Económico, las principales características del tejido empresarial en Bogotá son:

Tabla 46 Empresas con matrícula activa y vigente en Bogotá, según localidad, febrero 2024

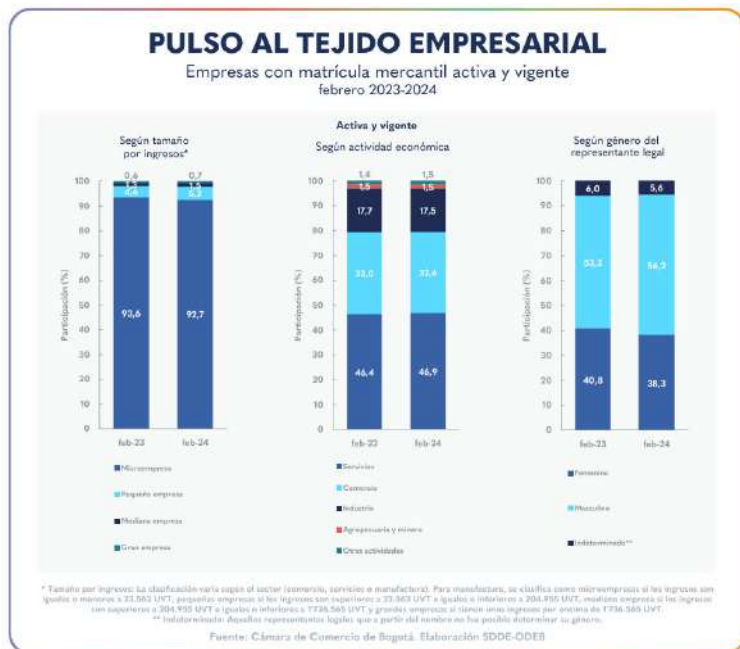
Localidad	Empresas	Total actividades económicas			Empresas	Servicios		
		Partc. % feb-2024	Var. anual % feb 24/23	Contrib. a la var. anual feb24 p.p.		Partc. % feb-2024	Var. anual % feb24/23	Contrib. a la var. anual feb24 p.p.
Suba	54.191	12,3	-1,9	-0,2	27.816	13,4	-0,9	-0,1
Kennedy	44.275	10,0	-2,1	-0,2	17.196	8,3	-1,8	-0,2
Usaquén	43.899	9,9	-0,8	-0,1	26.841	13,0	0,9	0,1
Chapinero	40.873	9,3	0,4	0,0	29.040	14,0	1,4	0,2
Engativá	39.482	8,9	-2,4	-0,2	17.730	8,6	-0,9	-0,1
Fontibón	21.589	4,9	0,3	0,0	10.989	5,3	1,0	0,1
Puente Aranda	21.213	4,8	-1,8	-0,1	7.570	3,7	-1,0	0,0
Barrios Unidos	20.632	4,7	-1,9	-0,1	8.944	4,3	0,3	0,0
Bosa	18.976	4,3	-0,8	0,0	6.844	3,3	1,2	0,0
Los Mártires	18.452	4,2	0,0	0,0	4.663	2,3	-0,3	0,0
Santa Fe	15.836	3,6	1,5	0,1	6.998	3,4	0,0	0,0
Teusaquillo	15.449	3,5	-1,3	0,0	9.182	4,4	-0,7	0,0
Ciudad Bolívar	14.861	3,4	0,7	0,0	5.653	2,7	1,1	0,0
Rafael Uribe Uribe	12.895	2,9	-0,2	0,0	4.719	2,3	1,7	0,0
San Cristóbal	9.656	2,2	-0,1	0,0	3.611	1,7	2,8	0,0
Antonio Nariño	8.749	2,0	1,1	0,0	2.840	1,4	3,0	0,0
Tunjuelito	7.747	1,8	-0,8	0,0	2.620	1,3	0,2	0,0
Usme	7.626	1,7	0,1	0,0	2.949	1,4	2,6	0,0
La Candelaria	4.303	1,0	1,0	0,0	2.079	1,0	-0,1	0,0
Sin localidad*	20.870	4,7	2,6	0,1	8.854	4,3	5,0	0,2
Bogotá	441.574	100,0	-0,8	-0,8	207.138	100,0	0,4	0,4

*Sin localidad: Corresponden a las empresas cuya dirección comercial no fue posible georreferenciar.

Fuente: Cámara de Comercio de Bogotá. Elaboración SDDE-ODEB.

- Bogotá cerró en febrero de 2024 con **441.574** empresas activas y vigentes, de acuerdo con la Cámara de Comercio de Bogotá.
- La participación de las empresas en el sector servicios fue del 46.6%, respecto al total de empresas activas y vigente, seguido de industria con 17.5%, y otros sectores con 3.0%
- Las localidades con mayor participación dentro del sector de servicios fueron Chapinero 14.0%, Suba 13.4% y Usaquén 13.0%
- El 92.7%, son microempresas, 5.2% empresas pequeñas, 1.5% medianas y el 0.7% a grandes.
- Las localidades con mayor cantidad de microempresas son Suba con 12.5%, Kennedy con 10.4%, Usaquén 9.6% y Engativá 9.1%.

Figura 22 Empresas con matrícula mercantil activa y vigente feb 2023-2024, Bogotá



• Las localidades con mayor variación anual fueron Santa Fe con 1.3%, Antonio Nariño con 0.4% y La Candelaria y Ciudad Bolívar con 0.3%.

• 53.8%, se registraron como personas naturales; 41.5 % Sociedades por acciones simplificadas (SAS) y el 4.7% otro tipo de otro tipo de organizaciones.

• Se crearon 13.972 empresas, el 42% fueron creadas por mujeres, el 52% por hombres y 6% restante no se puede determinar.

Cantidad de empresas, tipo de empresas y ubicación de las empresas

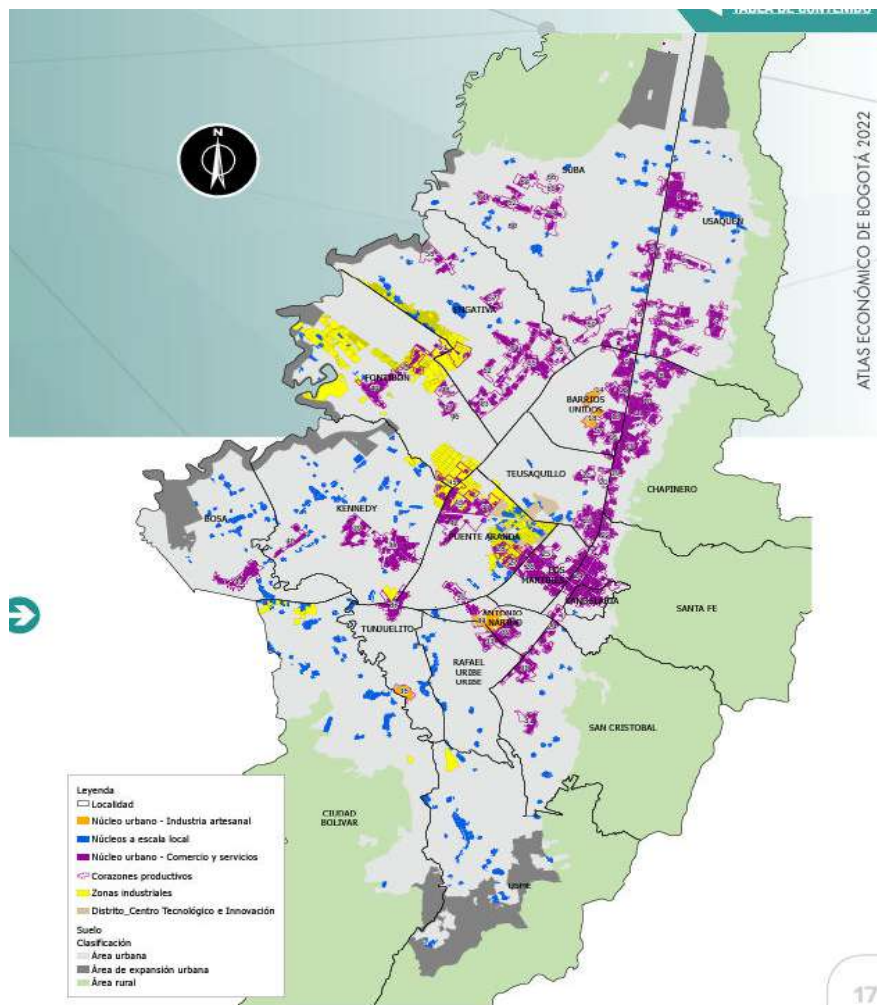
2.1.2 Aglomeración –Corazones productivos

Las aglomeraciones económicas surgen como producto de la concentración de actividades, unidades productivas y empleo en el territorio; generando un valor adicional entre estas y para la economía (Secretaría de Desarrollo Económico de Bogotá, 2022)

En el mapa, se presentan los corazones productivos, los cuales son aglomeraciones que incluyen empresas de sectores comerciales, servicios e industria artesanal y la oferta de empleo. Se identifican núcleos de consolidación a escala urbana que implican una oferta mayor en la ciudad, núcleos a escala local que son comercios barriales importantes y que coinciden con los nodos de desarrollo y los núcleos de industria artesanal, en la cual aplica la industria liviana y mano de obra predominante. Atlas Económico de Bogotá 2022 Secretaría Distrital de Desarrollo Económico - Dirección de Estudios Económicos

El Banco Mundial, en su informe World Development Report 2009; llama la atención sobre la importancia de garantizar que la población tenga acceso a los beneficios derivados de las aglomeraciones económicas teniendo en cuenta el crecimiento equilibrado y el desarrollo incluyente (Cuadernos de Desarrollo Económico No. 60 Julio 2023)

Mapa 19 Corazones Productivos Bogotá

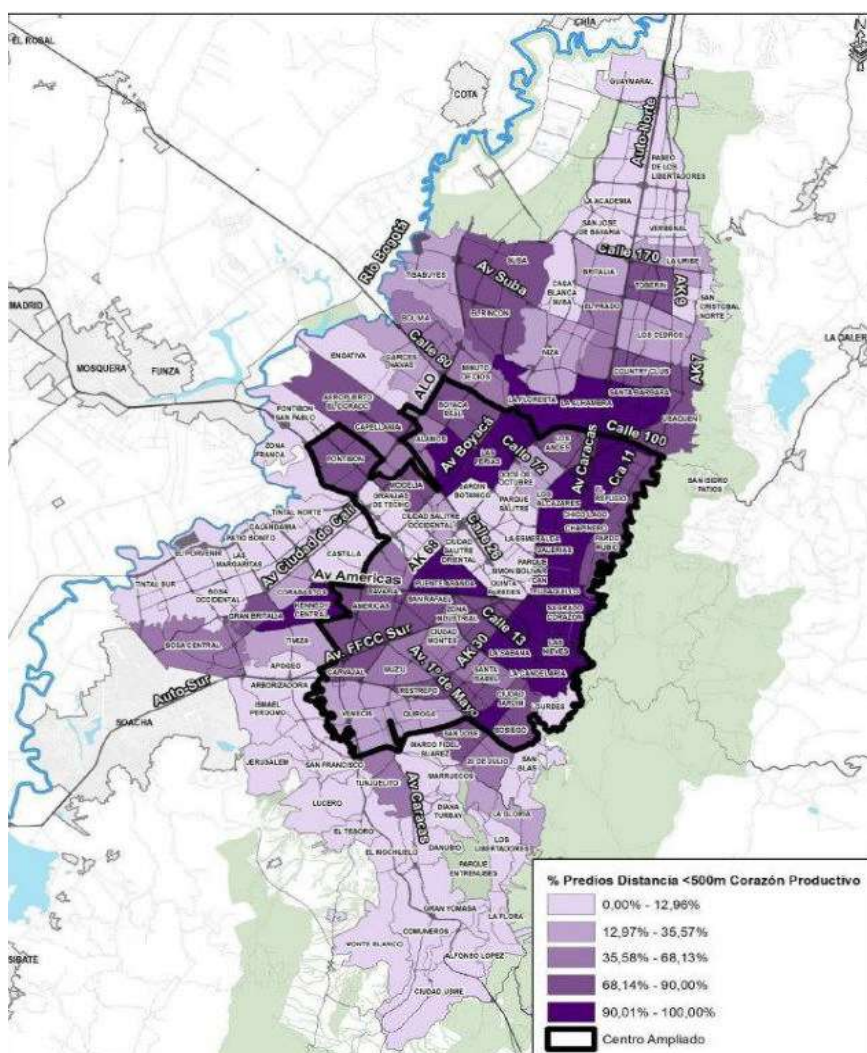


Tomado de: Atlas Económico de Bogotá 2022 Fuente: Secretaría Distrital de Desarrollo Económico - Dirección de Estudios Económicos. Base Cartográfica: Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECDD- IDECA 12/2021. (Secretaría de Desarrollo Económico de Bogotá, 2022)

Las UPZ con mayores proporciones de predios residenciales a menos de 500 m de distancia a un corazón productivo se encuentran georeferenciadas al interior del centro ampliado; se pueden identificar las cercanas al oriente de la carrera 30 entre las calles 6 y 100; las de Ciudad Jardín, Puente Aranda, Santa Cecilia, Las Ferias con proporciones mayores al 68,14%. En los bordes del centro ampliado, se pueden apreciar en mayor magnitud, las UPZ, Kennedy Central, La Floresta, La Alhambra, y Santa Barbara y con menor presencia las de Usaquén, Country Club, Toberin, Suba, El Rincón, Aeropuerto El Dorado, Fontibón, Gran Britalia, Bosa Central, Tunjuelito y San José.

En contraste, las zonas con proporción de predios cercanos a un corazón productivo menor al 12.96%; es decir, la mas baja, se encuentran en los extremos de la ciudad, específicamente en Usme y Ciudad Bolívar, al sur de las localidades de Rafael Uribe y San Cristóbal, al occidente de la Avenida Ciudad de Cali, en Bosa y Kennedy, en las UPZ de Fontibon, San Pablo, Zona Franca, Casablanca Suba y en sector de Lagos de Torca al extremo norte de la ciudad. Al interior del centro ampliado, esta situación se replica en las UPZ de Quinta Paredes, Ciudad Salitre Oriental, Granjas de Techo, Jardín Botánico, Parque Salitre, La Esmeralda y Parque Simón Bolívar que presentan mayor actividad residencial y dotacional.

Mapa 20 UPZ según proporción de predios a distancia menor a 500 m a núcleos económicos o corazones productivos



Tomado de: (Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaría de Planeación Bogotá 2022) Elaborado con base en Decreto 555 de 2021

2.2 CONDICIONES DE TRABAJO

2.2.1 Mercado laboral general

Se identifica que para el último trimestre de 2023, en Bogotá se concentró la población ocupada (61,2% en cuatro actividades económicas incluyendo: comercio y reparación de vehículos (18,0 %), administración pública y defensa (16,6 %), actividades profesionales, científicas y técnicas (15,4 %) e industrias manufactureras (11,2 %) (Observatorio de Desarrollo Económico & Secretaria de Desarrollo Económico Bogotá, 2024).

Tabla 47 Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá trimestre móvil noviembre 203-enero 2024

Indicadores	Año		Tasa	
	2022	2023	2022 %	2023 %
Población total	7.901			
Población en edad de trabajar	6.464		81,8	
Fuerza de trabajo	4.352			
Ocupados	3.829		59,2	
Desocupados	523		12,0	
Personas fuera de la fuerza laboral	2.111			
Estudiando	452			
Oficios del Hogar	1.172			
Otros fuera de la fuerza laboral	488			
Subocupados	280		4,1	
Fuerza de trabajo potencial	251			
Tasa global de participación			67,3	

Fuente: Informe estadístico: Mercado laboral general, boletín 161. Observatorio Desarrollo Económico. (Observatorio de Desarrollo Económico & Secretaria de Desarrollo Económico Bogotá, 2024)

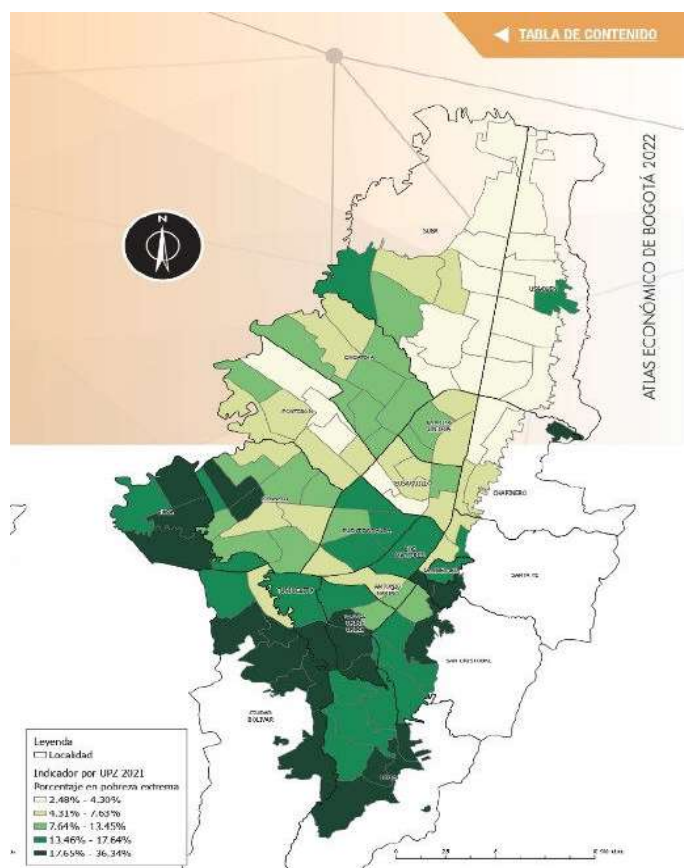
2.3 POBREZA E INGRESOS

2.3.1 Pobreza multidimensional

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) para Bogotá se ubicó, para el año 2022, en 3,8%, presentando una variación porcentual entre 2021 y 2022 de -1,9%. Esta cifra es mucho menor a al dato nacional, que se ubicó, para 2022, en 12,9%, 3,1% menos que el año anterior. Si bien Bogotá presenta la incidencia multidimensional más baja del país, es preciso mencionar que entre 2019 y 2020 este índice presentó incrementos importantes, ubicándose en el 7,1% y 7,5%, respectivamente; es decir que, para dicho periodo, entre 71 y 75 personas de cada 1000 en Bogotá tuvieron privación en al menos el 33% de los 15 indicadores

que mide el Índice de pobreza multidimensional³². Si se tienen en cuenta las diferencias por sexo, la incidencia de pobreza multidimensional para 2022 es mayor en hombres que en mujeres, presentándose en 4,2% y 3,5% respectivamente, diferencia que contrasta la tendencia presentada en años anteriores, en donde la incidencia era mayor en las mujeres. Es mayor en población étnica, documentándose una incidencia de 33,3% indígena y de 23,8% en población afrodescendiente en una estimación realizada a partir de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2019 (DANE, 2022)

Mapa 21 Pobreza Monetaria Bogotá 2021



Fuente: Atlas económico de Bogotá 2022. Observatorio de Desarrollo Económico.

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.

Al revisar según desagregación de los indicadores que componen el índice: el bajo logro educativo, la inasistencia escolar, el rezago escolar, cuidados en la primera infancia, empleo informal, desempleo a largo

³² Según el DANE (2022), los hogares son considerados pobres multidimensionalmente, cuando tienen privaciones en por lo menos el 33,33% de los indicadores

plazo, aseguramiento en salud, y hacinamiento crítico fueron los que presentaron mayor magnitud y diferencia entre localidades. Se encontró que Ciudad Bolívar, Usme y Santa Fe, fueron identificadas 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.

Tabla 48 Índice de pobreza multidimensional por localidades e indicador, Bogotá, 2021

Localidad	IPM Global	Bajo logro educativo	Inasistencia escolar	Rezago escolar	Cuidado primera infancia	Empleo informal	Desempleo largo plazo	Aseguramiento en salud	Hacinamiento crítico
Usaquén	2,6	9,3	4,4	20,8	8,8	43,2	13,6	9,4	4
Chapinero	2,3	5,5	3,2	13,7	7,3	36,1	15	9,6	3,2
Santa Fe	11,7	26,7	13,9	24,5	9,6	67,3	15,3	21,3	13,4
San Cristóbal	7,3	29,5	13,6	28,4	10,7	63,7	15,9	12,9	9,6
Usme	13,5	37,6	13,4	31,3	11,8	70,8	12	20,4	12,1
Tunjuelito	6	24,4	7,1	22	8,9	68,5	13	18,1	12,5
Bosa	9	29,9	9,8	26,3	9,4	65,5	14,2	21,3	9
Kennedy	5,7	19,9	8,1	22,7	8,9	61	14,3	18,7	6,1
Fontibón	3	12	4,8	22,4	7,9	45	13,4	10,4	3,9
Engativá	3,8	13,9	4,4	22,1	9,1	53,5	13,3	13,5	4,9
Suba	3,9	13,4	6,3	23,2	9,1	49,4	12,8	13,4	4,9
Barrios Unidos	2,4	11	3,3	17,1	7,9	51,1	12	11,6	5,2
Teusaquillo	0,6	3,4	1,2	12,7	6,4	32,8	15,2	6,1	1,7
Los Mártires	8,2	20,9	10,8	18,2	10,9	72,1	11	26,9	16,9
Antonio Nariño	5	16,1	4,8	23,2	7,8	65,5	13,6	16,9	7,2
Puente Aranda	3,3	14,2	4,1	21	8,2	59,8	15,1	12,8	3,9
Candelaria	6,1	18,9	4,8	16,8	6,1	64,4	16,7	17,7	10,6
Rafael Uribe	9,4	26,5	9,5	24,3	10,1	68,2	17,2	19,8	10,2
Ciudad Bolívar	12,6	35,8	17	30,9	12,9	70,7	11,5	20	13

Fuente: Elaboración propia a partir de documento Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio (Alcaldía mayor de Bogotá D.C. & Secretaría de Planeación Distrital, 2023)

Por último, el coeficiente Gini para la ciudad, que mide el nivel de concentración de la riqueza y que toma valores entre 0 y 1 donde 0 indica una distribución absolutamente equitativa del ingreso y 1 indica una distribución totalmente inequitativa, se encuentra que, para 2021, esta cifra se ubicó en 0,53, que se traduce en un nivel moderado/alto de desigualdad.

A nivel de localidad, aquellas con mayor incidencia de pobreza monetaria extrema son Sumapaz, Santa Fe y Ciudad Bolívar (23,56%, 21,79% y 21,74%) mientras que Fontibón, Teusaquillo y Usaquén presentaron los porcentajes más bajos con 5,26%, 5,35% y 5,47% respectivamente. Respecto al total nacional, Bogotá

Pag 115 de 262

presenta una incidencia de pobreza monetaria extrema 2,8 puntos porcentuales menores, ubicándose en 12,2% para 2021

Por otra parte, según la secretaria Distrital de Integración Social, con base en la encuesta multipropósito 2021, en Bogotá, 29.442 personas residen en los centros poblados o áreas rurales dispersas ubicadas en siete (7) de las 20 localidades de la ciudad, de esta población 38,3% equivalente a 11.271 personas, se encontraba en pobreza monetaria en 2021 y 5,7% en inseguridad alimentaria severa equivalente a 1.681 personas.

A nivel territorial, 76,7% de la población rural pobre de la ciudad se concentraba en las localidades de Usme y Ciudad Bolívar, mientras 7,7% de la población rural de Ciudad Bolívar se encontraba en inseguridad alimentaria severa. Al analizar estas dos problemáticas de forma conjunta, se evidencia que 20,3% de la población rural pobre de Suba estaba en inseguridad alimentaria severa seguida por Ciudad Bolívar (14,7%)

Finalmente, 25,5% de la población rural en pobreza monetaria vivía en hogares compuestos por 4 personas, seguido por hogares con 5 personas (19,6%) y 3 personas (19,2%). En relación con los hogares unipersonales, solo 4,3% de la población conformaba este tipo de hogar, sin embargo, 21,8% de las personas mayores vivían solas.

Por otra parte, los hogares con niñas y niños de 0 a 5 años (Primera infancia) y de 12 a 17 años (Adolescencia) tendían a estar conformados por 6 o más personas (27,2% y 30,5%, respectivamente), mientras la mayor proporción de jóvenes (18 a 28 años) rurales en pobreza monetaria hacían parte de hogares compuestos por 3 personas (26%). Por su parte, el porcentaje más alto de personas mayores vivían con una persona más (36,9%). Los grupos poblacionales infancia (6 a 11 años) y adultez (29 a 59 años) tenían una representatividad mayor en hogares de 4 personas (31,6% y 29,0%).

Por último, el coeficiente Gini para las localidades más inequitativas son Santa Fe (0,65), La Candelaria (0,60) y Suba (0,56). En comparación con el índice nacional (0,52), Bogotá presenta un valor apenas mayor.

El nivel de ingresos mensual es una variable socioeconómica que se utiliza para relacionar la capacidad adquisitiva de los hogares con los modos de transporte utilizados por sus integrantes. Por estrato socioeconómico de la vivienda donde residen los hogares, se evidencia que en el estrato 1 el ingreso predominante es igual o menor a un salario mínimo mientras que en el estrato 2 la proporción de hogares es similar entre 1 y 2 salarios mínimos. Por lo sensible que es esta pregunta, el 8.7 % de los hogares en Bogotá deciden no responder, en especial los hogares de estrato socioeconómico alto. La respuesta a esta pregunta en la encuesta se daba en los rangos indicados por lo que no se puede emplear para obtener ingresos específicos y precisos.

En la localidad de Usaquén el 33 % de los hogares reportan ingresos superiores a cinco salarios mínimos, localidades como Usme y Ciudad Bolívar reportan ingresos iguales o menores al salario mínimo representando el 51 % y 44 % de los hogares respectivamente. Los hogares de la UPR (Unidad de Planeación Rural) que corresponde a las zonas rurales de la localidad de Usme y Ciudad Bolívar reportan que el 51 % de sus ingresos son iguales o inferiores al salario mínimo (COP 828,116).

La distribución de la ocupación de la población por sexo en Bogotá evidencia una diferencia en la proporción de la ocupación trabajo, los hombres tienen el 54.1 % mientras que las mujeres reportan el 38.8 %, sin embargo, el porcentaje de otra ocupación (jubilado, dedicado al hogar, entre otros) es mayor en las mujeres con el 39.6 %. El porcentaje de las mujeres dedicadas al hogar es aproximadamente el 28%.

2.3.2 Educación

La educación tiene el poder de transformar la vida de niños y jóvenes, así como del mundo que les rodea. Para la UNESCO, la educación inclusiva y transformadora comienza con educandos sanos, felices y seguros. Los niños y jóvenes que reciben una educación de buena calidad tienen más probabilidades de gozar de buena salud y, del mismo modo, los que gozan de buena salud están en mejores condiciones de aprender y completar su educación.

Empoderar a los educandos para que puedan comprender sus derechos, aprender mejor y llevar una vida plena.

2.3.2.1 Cifras de educación en Bogotá

Tabla 49 Información de población cautiva en establecimientos educativos hasta 11 grado. Fuente: Secretaría Distrital de Educación Caracterización del Sector educativo DC 2022

Indicador	Cifra
Cobertura 2022	99,1%
Tasa de aprobación Oficial	88,12%
Tasa de aprobación no oficial	96,88%
Matricula oficial 2022	765.102 - 63%
Matricula no oficial 2022	449.826 - 37%
Total Matricula 2022	1.214.928
Personal Docente Oficial	33.939
Personal Docente No oficial	28.420
Total Docentes 2022	62.359
Estudiantes educación superior SNIES 2022*	833.562

Fuente: Elaboración propia con información de "Caracterización del sector educativo Bogotá D.C. 2022"; *Web SNIES.

Según la Secretaría de Educación en 2020; del 100% de los estudiantes que se matriculan en primaria, el 89.5% se gradúa de secundaria, un 43% ingresa a educación superior y un 23,4% se gradúa de la misma y de estos, apenas el 6% trabaja en su área de estudio. Tomado de Cámara de Comercio de Bogotá

El 54.7% de la población indicó que el nivel educativo más alto alcanzado fue la educación media completa en 2021; al revisar por estrato, se aprecia que en los estratos 1 y 2 la proporción de personas con educación superior es mínima, a diferencia de los estratos 5 y 6 donde alcanza cerca del 75%. En los estratos 1 al 3, hay una mayor proporción de población con educación media (84,5%, 75,7% y 52,1% respectivamente), mientras

que la educación universitaria en los estratos en 4, 5 y 6 es alcanzada por casi la mitad de las personas (44,5%, 45,6% y 45,9% respectivamente), a lo largo de 2011 y 2021).

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.

Tabla 50 Personas de 15 años y más según nivel educativo más alto alcanzado (participación %) Bogotá Urbana 2021

Localidad	Básica secundaria	Media	Técnico tecnológico	Universitario	Postgrado
Total	9,9	29,7	14,9	24,0	7,9
Usaquén	5,1	18,7	10,0	40,8	18,7
Chapinero	3,8	13,1	8,9	40,6	29,4
Santa Fe	12,9	30,6	10,8	20,8	9,8
San Cristóbal	13,1	35,2	16,5	13,2	2,0
Usme	15,2	38,8	12,9	8,1	0,6
Tunjuelito	12,9	34,3	16,5	17,9	3,7
Bosa	12,6	38,2	16,5	12,2	1,0
Kennedy	10,2	33,0	16,7	21,9	4,4
Fontibón	7,0	25,9	15,2	31,8	10,3
Engativá	8,8	27,6	17,5	28,5	6,8
Suba	7,6	26,3	14,6	29,2	12,4
Barrios Unidos	6,9	22,9	14,2	35,3	12,6
Teusaquillo	3,2	11,4	10,1	44,4	28,0
Los Mártires	11,7	33,1	15,0	21,9	4,6
Antonio Nariño	8,3	28,4	16,8	27,4	7,2
Puente Aranda	8,7	29,5	16,5	27,8	5,7
La Candelaria	11,5	23,5	12,6	28,0	11,7
Rafael Uribe	13,7	34,5	16,4	15,0	2,5
Ciudad Bolívar	15,4	36,5	14,1	10,8	1,5

Fuente: Elaboración propia a partir de: DANE - Encuesta Multipropósito Bogotá - Cundinamarca (EM 2021)

2.3.2.2 Características del Sistema Educativo en Bogotá

Para el estado colombiano la educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en la concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes. Art 1 Ley 115 de febrero 8 de 1994.

Le Corresponde al Estado, a la sociedad y a la familia velar por la calidad de la educación y promover el acceso al servicio público educativo, y es responsabilidad de la Nación y de las entidades territoriales, garantizar su cubrimiento, para lograr esto la normatividad vigente se identifica una estructura

De acuerdo con art 23 de La Ley 115 de 1994 se determinan 9 áreas obligatorias fundamentales, de las cuáles el Ministerio de Educación Nacional diseña y publica los lineamientos curriculares que relacionan los contenidos mínimos que se deben ver en cada una de ellas, la norma también establece que son las instituciones educativas quienes, a través, del Proyecto Educativo Institucional, determinan en enfoque que da a los planes de estudios de cada área.

Por su parte en labor de la Secretaría de Educación Distrital es proponer y ejecutar políticas, planes, programas y proyectos de educación, de acuerdo con los objetivos del Plan de Desarrollo Distrital y en concordancia con las políticas de Educación del Gobierno Nacional.

En una revisión realizada a la Web <https://educacionbogota.edu.co/> se encontraron herramientas y/o publicaciones que estratégicamente pueden ayudar al sector salud a fortalecer el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, los cuales se relacionan a continuación:

- **SIDRE – Sistema de Información de Recursos Educativos:** Es una plataforma que facilita la comunicación entre el nivel central de la Secretaría de Educación del Distrito (SED) y los colegios públicos con el objetivo de hacer más eficientes los procesos de adquisición de dotaciones y gato educativo para garantizarles a las instituciones la entrega de bienes que requieren.
- **Yo puedo Ser:** Es una estrategia de orientación Socio Ocupacional que apuesta para que los y las jóvenes tomen decisiones informadas sobre su proyecto de vida educativo y labora, a partir del reconocimiento de sus intereses, habilidades, oportunidades de acceso y continuidad de formación posmedia, así como de las competencias requeridas por el sector productivo.
- **Nuestras publicaciones** – Centro de documentación y memoria: Es un espacio que preserva, custodia, selecciona, organiza, actualiza y difunde la producción intelectual y editorial de la Secretaría de Educación del Distrito.
- **Pilas Ahí:** Es un espacio para acceder a cartillas especializadas en la prevención de la violencia sexual en los entornos escolares.
- **Revista Digital:** Escuela y Pedagogía es un espacio de reflexión académica y plural de la Secretaría de Educación al servicio del debate público sobre el presente y el futuro de la educación de la ciudad. Los puntos de vista y opiniones de los autores invitados son de su entera responsabilidad y no comprometen ni expresan el pensamiento de la Secretaría de Educación. Se autoriza su reproducción citando siempre la fuente.
- **ATENEA** – Es la Agencia Distrital para la Educación Superior, la Ciencia y la Tecnología. Hace parte del sector educación.

Es responsable de fomentar la articulación entre la educación media y la educación posmedia, para facilitar que los y las jóvenes de la capital puedan acceder a trayectorias de formación gratuita, pertinente y de calidad. Además, busca promover el acceso a oportunidades de formación en diferentes áreas acordes a las demandas de diferentes sectores productivos.

Ofrece becas y apoyos económicos que permiten financiar e incentivar el acceso, tránsito, permanencia, graduación y certificación de ciudadanos de la capital en un sistema de educación posmedia.

Es responsable de coordinar, programas y proyectos distritales de base científica y tecnológica, para la solución de problemas y desafíos de la ciudad y la región, así como la divulgación y apropiación social del conocimiento relacionado con la ciencia, tecnología e innovación.

- **Observatorio de Acceso y Permanencia:** Es un espacio donde se encuentra información oportuna, comprensible, accesible y de fácil entendimiento sobre diferentes temáticas de interés que ayudaran a comprender los factores del acceso y permanencia escolar de los niños, niñas, jóvenes y adultos en la ciudad de Bogotá.
- **¿Cómo está Bogotá en calidad educativa?** Es un espacio donde SED dispone de información básica de las principales estrategias que lleva a cabo para mejorar la gestión pedagógica en las instituciones educativas distritales, en el marco del Sistema Multidimensional de Evaluación para la Calidad Educativa (SMECE). En este espacio se encuentran reportes dinámicos que se pueden consultar por estrategia, por localidad y por colegio, que les permite contar con más y mejor información a los niveles central, local e institucional de la SED, para fortalecer sus diagnósticos y para favorecer la toma de decisiones en pro del mejoramiento de su gestión integral, con especial énfasis en los asuntos de carácter pedagógico.

Los indicadores del SMECE son:

- Índice ICED: Es una herramienta estadística que combina múltiples indicadores en una sola medida para resumir información compleja y facilitar la toma de decisiones.
- Dimensión eficiencia: Se refiere al costo con el que se alcanza los objetivos de la educación, y se define en relación con la financiación, la responsabilidad en el uso de los recursos y los modelos de gestión institucional para las instituciones educativas del sector oficial.
- Dimensión Eficacia: hace referencia a la medida y proporción en que se logran los objetivos definidos para la educación
- Dimensión Equidad: Se refiere a que la educación ponga a disposición de todos los estudiantes el conocimiento, los recursos, las condiciones y las ayudas que requieren para ejercer la ciudadanía y alcanzar sus máximos niveles de desarrollo y aprendizaje.
- Dimensión de pertinencia: Se refiere a la capacidad de la educación para adaptarse a las necesidades y características de todos los estudiantes, en sus diversos contextos sociales y culturales.
- Dimensión de relevancia: Una educación relevante es aquella que promueve aprendizajes significativos para el desarrollo personal de los estudiantes y que responde a las variadas exigencias sociales del mundo actual, por tanto, en esta dimensión se cuenta con información sobre la cobertura de diferentes estrategias que desde la SED apoyan el proceso educativo de los niños, niñas y jóvenes.
- **Revista Distrito E:** Es un espacio de encuentro que, a través de formatos novedosos y lenguaje sencillo, te contará las experiencias y temas más interesantes en torno a la educación de Bogotá.
- **Sistema Distrital de Discapacidad:** conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, instituciones y procesos sociales y comunitarios que permiten la puesta en marcha de los principios de la política pública de discapacidad para el

consagrados en el Decreto 470 de 2017. Esta Sistema actúa como el mecanismo de coordinación, asesoría y articulación de los diferentes actores sociales e institucionales que intervienen en la atención de las personas con discapacidad, sus familias, sus cuidadoras y cuidadores, a través de la planificación, ejecución, seguimiento y control social en el marco de los derechos humanos.

En cuanto a la educación universitaria la región Bogotá-Cundinamarca, concentra el 41 % de las Instituciones de Educación Superior (IES) en Colombia (Bogotá 36 % y Cundinamarca 5 % al desagregar se puede apreciar que tiene el 46 % de las instituciones de formación técnica; el 38 % de las de formación tecnológica, el 22 % de las universidades y el 49 % de las instituciones universitarias del país. (Sistema Nacional de Información de la Educación Superior SNIES (2020). Tomado de Cámara de Comercio de Bogotá.

2.3.2.3 Calidad de la educación ³³

La educación debe cuestionarse cada vez más su relevancia en relación con el mundo actual y qué es lo que puede aportar a este. En el pasado, gran parte del énfasis sobre la educación tenía que ver con la comprensión y el desarrollo de conocimientos. Ahora, existe además la necesidad de atender a la dimensión social y otras dimensiones del aprendizaje para que la educación contribuya a promover el desarrollo humano sustentable, la paz, los valores universales, la toma de decisiones informada y la calidad de vida, entre otros aspectos.

Desde el año 2000, el Foro Mundial sobre la Educación celebrado en Dakar, declaró algunas características deseables de una educación de calidad como un derecho de todos los niños, niñas y adolescentes:

- Estudiantes sanos y motivados
- Los procesos (docentes competentes que utilizan pedagogías activas)
- Los contenidos (programas de estudios relevantes)
- Los sistemas (buena administración y distribución de recursos equitativa, entornos educativos seguros, sanos e integrados, niveles bien definidos de rendimiento).

Recogiendo las cuatro características, desarrolladas por la UNESCO para lograr una educación de calidad, el artículo consultado y transcrito para el presente documento, se enfoca en tres pilares que en la actualidad continúan siendo un reto en la educación de todo el mundo.

Estudiantes sanos y saludables aprenden mejor

Una educación de calidad debe considerar al estudiante como un participante activo y parte central del esfuerzo educativo. Niños, niñas y adolescentes traen cosas al entorno educativo y al grupo del que forma parte. Traen diversidad de experiencias, características, destrezas y condiciones que refleja, tanto su situación previa como la actual, y que presentan obstáculos, así como oportunidades para la forma en que aprenden. De esta manera, los niños que disfrutan de buen estado de salud, de buena alimentación, del respaldo de su familia para el aprendizaje, tienen más posibilidades de beneficiarse de una educación de buena calidad.

Es entonces, la labor de los docentes reconocer, responder activamente y aprovechar la diversidad de vivencias que ofrecen los y las estudiantes como una forma de enriquecer el entorno educativo. Es tarea de las madres y padres, garantizar que los aspectos que influyen en el aprendizaje, como la alimentación, el estado emocional, la socialización, sean lo más saludables posibles para que el aprendizaje pueda ser aprovechado de la mejor forma. Este aspecto forma parte de la primera característica de la UNESCO, relacionada a estudiantes sanos y motivados.

³³ <https://worldvisionamericalatina.org/ec/blog/tres-pilares-para-lograr-una-educacion-de-calidad>

Estudiantes con habilidades blandas

Las habilidades blandas son aquellos atributos o características de una persona que le permite interactuar con otras de manera efectiva. Son el resultado de una combinación de habilidades sociales, de comunicación, de forma de ser, de acercamiento a los demás y otros factores que, para desarrollarse, requerirán de la voluntad para poner más atención en la forma en que nos relacionamos con los demás. Este aspecto forma parte de la segunda y tercera característica de la UNESCO, relacionadas a docentes que usan pedagogías activas y programas de estudios relevantes.

Generalmente, estas habilidades las aprenden los estudiantes de manera natural, relacionándose con otras personas. Y contrario a lo que se piensa, si una persona no posee alguna de estas habilidades blandas o no logró adquirirlas, se puede entrenar para que acabe desarrollándolas. El experto Diego Jácome, de TCG- Thrive Consulting Group, una empresa en Ecuador que desarrolla habilidades en las personas recomienda desarrollar tres habilidades principales en los estudiantes: disciplina, compromiso y respeto. Existen otras habilidades que se pueden desarrollar liderazgo, gestión del tiempo, trabajo en equipo, comunicación, entre otras.

Entornos de aprendizaje saludable

En la actualidad, el entorno de aprendizaje ya no está dado por el aula de clases, el pizarrón, las instalaciones de la escuela, como conocimos hasta hace poco. Forma parte del entorno de aprendizaje, en este contexto actual, el acceso a la tecnología, las herramientas y materiales en casa, el espacio de estudios en que los estudiantes reciben clases virtuales. Pero más allá de las dotaciones físicas de un entorno que facilite el aprendizaje, el entorno psicosocial es igual o incluso más importante como parte del desarrollo.

En un aula de clases virtual aún resulta prioritario establecer medidas de prevención y de trabajo frente a situaciones como la discriminación por género, la violencia escolar, el acoso, entre otros. Sin embargo, a ese entorno también se pueden sumar otros problemas que vienen desde el entorno familiar y que ahora también son parte del escolar, como por ejemplo el maltrato, el castigo físico, la negligencia, la falta de seguimiento en el proceso educativo por parte de los padres y madres.

La labor de los docentes es fomentar ambientes respetuosos de trabajo, donde el desarrollo de habilidades blandas resulta clave. La tarea de las madres y padres es comprometerse y ser conscientes de que la educación de calidad no solo está dada en la escuela, desde los contenidos o desde las instalaciones con qué se cuente. La educación de calidad también la construyen, es este momento, un entorno saludable en casa, que le dará a la niñez y adolescencia salud emocional para aprender y aprovechar su educación.

2.3.2.4 Educación en salud

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la educación para la salud se define como la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud (Martínez Sánchez et al., 2020)

Se ha reportado de forma consistente en la literatura una fuerte asociación entre los bajos niveles educativos y peores desenlaces en salud. Un nivel bajo de educación en salud puede presentar una serie de dificultades en el mantenimiento de la salud, entre las que se destacan:

- Barreras sociales para el acceso a servicios de salud

- Problemas en el uso correcto de medicamentos
- Acceso deficiente a información en salud
- Dificultades en el control de enfermedades crónicas.

Si se tiene en cuenta que la promoción en salud es un proceso mediante el cual la comunidad logra tomar el control de su situación en salud, a partir de las herramientas y conocimientos otorgados por personal entrenado, se logra evidenciar que la educación para la salud es una herramienta fundamental para lograr este objetivo.

Es por eso que la educación en salud ha sido propuesta como una de las principales estrategias para lograr formar comunidades autónomas y con buena capacidad resolutive en el manejo de su propia salud, sin embargo, la aplicación de esta percepción ha sido insuficiente, ya que el sector salud continua dando orientación biomédica centrada en la enfermedad cuyo principal enfoque es el alivio de patologías específicas y no la mejoría de la salud global de la población; de igual forma se tiene una perspectiva paternalista en donde el responsable del mantenimiento de la salud es el personal de la salud y no el paciente o individuo en cuestión. Para prevenir y atender los eventos de salud pública es necesario capacitar, de acuerdo con el ciclo de vida, constantemente a los ciudadanos en temas como:

- Higiene personal, familiar, comunitaria y ambiental
- Nutrición y movimiento
- Inteligencia emocional y salud mental
- Conciencia social y comunitaria
- Funcionamiento, seguimiento y control para un sistema de salud oportuno, efectivo y de fácil acceso.

2.3.3 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 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 servicios. 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. (Secretaría Distrital de Hábitat & Alcaldía mayor de Bogotá D.C., 2024)

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. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

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 por debajo del 60%. (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022a)

A continuación, la relación de los territorios con menos del 100%

Tabla 51 Territorios con cobertura de servicios públicos menor a 100% Bogotá, 2021

Servicio	Territorios	% cobertura
Acueducto	02 Chapinero - San Isidro - Patios	91,4
	03 Santa fe - Lourdes	96,5
	19 Ciudad Bolívar - Lucero	97,5
	05 Usme - La Flora	98,2
	01 Usaquén (Los Libertadores, San Cristóbal Norte); 03 Santa Fe (la Macarena); 04 San Cristóbal (San Blas, Sosiego, La Gloria); 07 Bosa (Tintal Sur, Bosa Occidental) 08 Kennedy (Kennedy Central); 09 Fontibón (Modelia); 11 Suba (Niza, Tibabuyes); 12 BBUU (Los Andes); 14 Mártires (La Sabana); 15 Antonio Nariño (Restrepo); 17 La Candelaria (la Candelaria); 18 RRUU (Diana Turbay, Marco Fidel Suárez); 19 Ciudad Bolívar (Ismael Perdomo, Jerusalén, San Francisco)	>99 < 100
Alcantarillado	02 Chapinero - San Isidro - Patios	89,80
	05 Usme - La Flora	91,50
	19 Ciudad Bolívar - Lucero	95,70
	03 Santa fe - Lourdes	96,00
	07 Bosa - El porvenir	97,90
	01 Usaquén (San Cristóbal Norte, Los Libertadores, Usaquén); 03 Santa fe (La Macarena); 04 San Cristóbal (San Blas, La Gloria); 05 Usme (Gran Yomasa); 07 Bosa (Tintal Sur, Bosa Occidental); 08 Kennedy (Gran Britalia, Corabastos); 09 Fontibón (Fontibón San Pablo, Modelia); 10 Engativá (Garces Navas); 11 Suba (Tibabuyes, Suba, Niza, Casa Blanca Suba); 14 Mártires (La Sabana); 15 Antonio Nariño (Restrepo); 17 La Candelaria (la Candelaria); 18 RRUU (Marruecos, Marco Fidel Suárez, Diana Turbay); 19 Ciudad Bolívar (Jerusalén, Ismael Perdomo, San Francisco)	>98 < 100
Recolección de Basuras	03 Santa fe - Lourdes	95,1
	05 Usme - La Flora	97,2
	19 Ciudad Bolívar - Lucero	97,8
	01 Usaquén (Usaquén, San Cristóbal Norte); 02 Chapinero (San Isidro - Patios); 03 Santa Fe (La Macarena); 04 San Cristóbal (San Blas); 05 Usme (Gran Yomasa); 07 Bosa (Bosa Occidental, Tintal Sur); 08 Kennedy (Gran Britalia, Carvajal, Kennedy Central); 09 Fontibón (Granjas de Techo, Fontibón, Modelia); 10 Engativá (Boyacá Real, Garcés Navas, Minuto de Dios); 11 Suba (El Rincón,	>98 < 100

Servicio	Territorios	% cobertura
	Niza, Tibabuyes, La Alhambra); 12 BBUU (Los Alcázares) 14 Mártires (La Sabana); 15 Antonio Nariño (Restrepo), 16 Puente Aranda (Muzú); 18 RUU (Diana Turbay, Marco Fidel Suárez); 19 Ciudad Bolívar (Ismael Perdomo, Jerusalén, San Francisco)	
Energía Eléctrica	03 Santa fe - Lourdes	96,6
	19 Ciudad Bolívar - Lucero	98,7
	01 Usaquén (Los Libertadores, Verbenal); 02 Chapinero (San Isidro - Patios); 03 Santa Fe (La Macarena, Las Cruces); 04 San Cristóbal (San Blas); 05 Usme (La Flora, Gran Yomasa); 06 Tunjuelito (Tunjuelito); 07 Bosa (Bosa Occidental); 09 Fontibón (Modelia); 10 Engativá (Álamos); 11 Suba (Niza, El Rincón, La Floresta) 13 Teusaquillo (Galerías, Quinta Paredes); 15 Antonio Nariño (Restrepo); 17 La Candelaria (La Candelaria); 18 Rafael Uribe Uribe (Quiroga); 19 Ciudad Bolívar (Jerusalén, San Francisco)	>99 < 100
Gas Natural	14 Mártires - La Sabana	62,90
	02 Chapinero - San Isidro - Patios	63,50
	17 La Candelaria - La Candelaria	69,20
	03 Santa fe - La Macarena	76,00
	13 Teusaquillo - Teusaquillo	77,40
	03 Santa Fe - Las Cruces	82,60
	12 Barrios Unidos - Los Alcázares	83,00
	01 Usaquén - San Cristóbal Norte	83,60
	13 Galerías - Galerías	83,80
	03 Santa fe - Lourdes	87,00

Fuente: Elaboración propia equipo ASIS DPS a partir de Encuesta Multipropósito 2021 (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022a)

Tabla 52 Hogares con mayor proporción sin acceso a internet, Bogotá, 2021

Localidad	Bogotá UPZ	% Sin acceso a internet
05 Usme	La Flora	49,8
19 Ciudad Bolívar	Lucero	47,1
03 Santa Fe	Lourdes	40,8
08 Kennedy	Corabastos	40,7
19 Ciudad Bolívar	Jerusalén	39,1
08 Kennedy	Patio Bonito	38,4
14 Mártires	La Sabana	37,6
03 Santa Fe	Las Cruces	36,7
06 Tunjuelito	Tunjuelito	36,6
01 Usaquén	San Cristóbal Norte	35,7
01 Usaquén	Los Libertadores	34,9
04 San Cristóbal	La gloria	33,6
18 Rafael Uribe Uribe	Diana Turbay	33,6

Localidad	Bogotá UPZ	% Sin acceso a internet
19 Ciudad Bolívar	San Francisco	32,7
02 Chapinero	San Isidro - Patios	32,3
18 Rafael Uribe Uribe	Marco Fidel Suárez	30,5
11 Suba	Tibabuyes	30,4
04 San Cristóbal	San Blas	30,1
04 San Cristóbal	20 de Julio	30,0

Fuente: Elaboración propia equipo ASIS DPS a partir de Encuesta Multipropósito 2021 (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022a)

Dentro de las localidades rurales, Usme fue la que tuvo la menor proporción de personas de 5 años y más que usan 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 %). Por el contrario, se observó un uso limitado de combustibles como la gasolina, el kerosene, el alcohol y el cocinol, entre otros, tanto por los hogares rurales como los hogares rurales pobres.

En cuanto a la preparación de alimentos, el 56,3 % de los hogares rurales pobres los preparaban para consumo con agua proveniente del acueducto comunal o veredal, mientras que un 20,1 % lo consumía directamente de fuentes como quebradas o ríos. El acueducto público se ubicó en el tercer lugar al proveer agua (14,7 %), pero en la zona rural en general, este último tiene una cobertura de 20,6 %.

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 carrotonque 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).

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.(Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría Distrital de Integración Social, 2023)

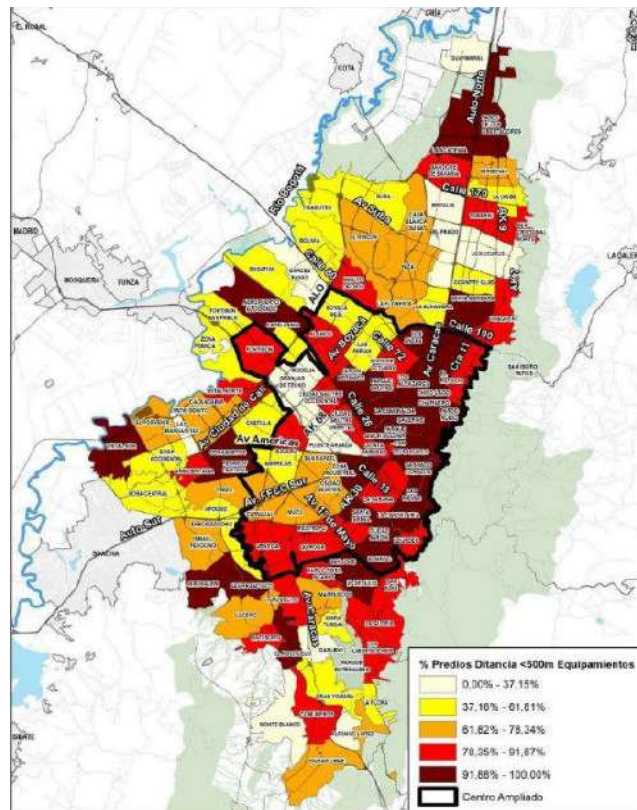
2.3.4 Equipamiento

Los equipamientos corresponden a espacios públicos y privados, instalaciones, construcciones temporales o edificaciones donde se prestan los diferentes servicios sociales direccionados y articulados con los diferentes sectores y niveles de gobierno, con enfoque de género, diferencial y poblacional (POT, 2021). Integran el Sistema del Cuidado y de servicios sociales, y en conjunto con las edificaciones, instalaciones o construcciones temporales, infraestructura o unidades móviles, prestan los diferentes servicios de cuidado y servicios sociales tales como educación superior, salud, cultura, recreación y deporte, integración social e igualdad de oportunidades, recintos feriales

Es de resaltar el impacto de los equipamientos en la región: los equipamientos localizados en Bogotá generan alrededor del 10% de los viajes que se realizan diariamente relacionados con salud (6,0%), estudio (4,0%), trámites (4,0%). Así mismo se identifica una tendencia de expansión de servicios de la ciudad en la región por iniciativa privada, donde se están desarrollando proyectos de infraestructura de salud, educación superior, bienestar social y recreación en la Sabana y Cundinamarca **POT** Documento Resumen – Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C.

Las UPZ con proporciones mayores al 78,3% de predios residenciales a menos de 500 m del equipamiento más próximo se ubican a ambos costados de la Avenida Caracas entre la Calles 100 y la Avenida Boyacá al sur, así como a ambos costados de la Calle 26 desde la Av. Boyacá hasta los cerros orientales; mientras que en las UPZ de Modelia, Granjas de Techo, Puente Aranda se observaron porcentajes bajos (Menores al 37,5% de los predios de la UPZ). Por fuera de la figura del centro ampliado se observan sectores pobremente dotados en infraestructura de equipamientos en las UPZ de Guaymaral, Los Cedros, Britalia, El Prado, Garces Navas, Las Margaritas, Alfonso López, Danubio y Monteblando; en las cuales el porcentaje de predios residenciales cercanos a un equipamiento no supera el 37,5%. Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaria de Planeación Bogotá 2022

Mapa 22 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

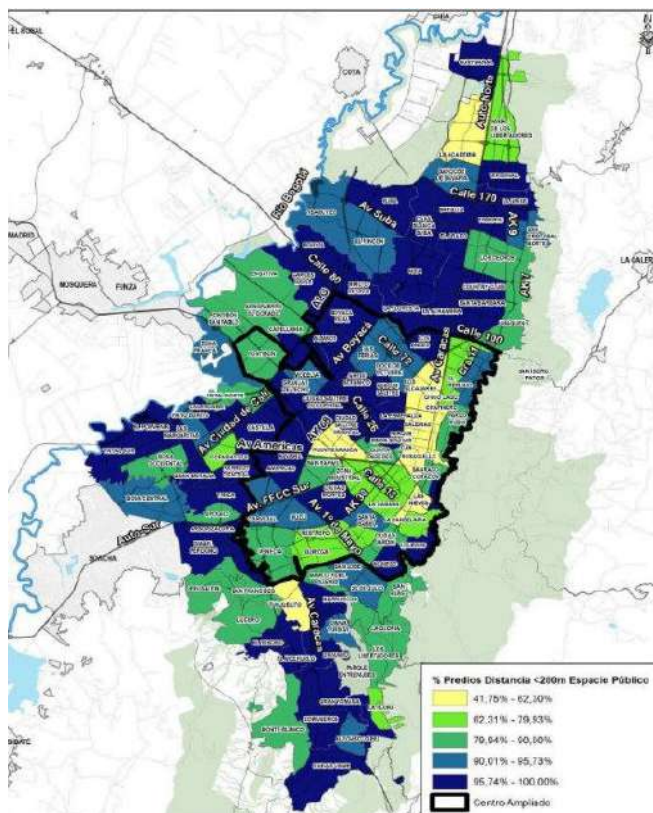
El sistema de espacio público incluye aquellas áreas que aportan a la reducir los desequilibrios territoriales y a consolidar un mejor ambiente urbano a partir del embellecimiento y cualificación con la garantía del uso, goce y disfrute colectivo de parques y plazas, así como infraestructura peatonal para la integración regional, urbana y rural.³⁴

Las UPZ con mayores proporciones (Mayores a 95,7%), de predios próximos (distancia menor a 200m) a zonas de espacio público, se ubican principalmente a los costados de la Autopista Norte entre calles 100 y 183, en la localidad de Engativá al costado occidental de la Avenida Boyacá, al occidente de la Avenida El Tintal en la localidad de Bosa y al sur de las localidades de Usme y Ciudad Bolívar. Al interior del centro ampliado esta condición se refleja en las UPZ de Los Andes, Las Esmeralda, Parque Simón Bolívar - CAN, Jardín Botánico, Álamos, Boyacá Real, Ciudad Salitre Occidental, Ciudad Salitre Oriental, Granjas de Techo, Bavaria, Américas, Ciudad Montes, Sosiego, Lourdes y La Macarena. Las UPZ con menor proporción de predios próximos a zonas de espacio público (Menor al 62,3%) fueron las UPZ de Los Alcázares, La Esmeralda, Galerías,

³⁴ Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaria de Planeación Bogotá 2022

Chapinero, Teusaquillo, Las Nieves, Las Cruces, Puente Aranda, al interior del centro ampliado. Fuera del centro ampliado destacan por esta misma condición las UPZ de Tunjuelito y La Academia.³⁵

Mapa 23 UPZ según proporción de predios a una distancia menor a 200 m al espacio público más próximo



Tomado de: (Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaría de Planeación Bogotá 2022) Elaborado con base en Decreto 555 de 2021

2.3.5 Condiciones de vivienda

En 2021, para la cabecera de Bogotá la EM 2021 determinó que predominaban las viviendas tipo apartamento, correspondiendo al 60,7% del total. Las localidades urbanas con mayor proporción de viviendas tipo apartamento fueron Chapinero, Teusaquillo y Usaquén con 92,0%, 84,1% y 82,5% de apartamentos, respectivamente.

La localidad de Usme es la única en la que las viviendas tipo casa fueron la mayoría (61,2%) y fue en la localidad de Los Mártires donde se observó la mayor proporción de hogares tipo cuarto (16,9%). Por su parte, las viviendas de la categoría otro tipo (carpa, tienda, vagón, refugio natural, etc.) se hallaron en las localidades de

³⁵ Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaría de Planeación Bogotá 2022

Santa Fe (0,7%) y Ciudad Bolívar (0,2%) pero los coeficientes de variación de estos resultados superan el 15,0%.

Para 2021, en centro poblado y rural disperso de Bogotá, el 96,6% de las viviendas fueron tipo casa. Entre las 8 localidades con área rural, Suba y Usaquén son las que presentan mayor proporción de viviendas tipo apartamento, con 6,3% y 5,1% de este tipo de vivienda, respectivamente.

Para 2021, el 15,2% de las viviendas de la cabecera de Bogotá estaban cerca de fábricas o industrias, según percepción del jefe/a o cónyuge y fue en las localidades de Los Mártires y Tunjuelito en donde se encontró un mayor porcentaje de viviendas cerca a estos lugares, con 52,7% y 48,9%, respectivamente. Según percepción del jefe/a o cónyuge, en 2021 el 41,0% de las viviendas de Los Mártires, y el 40,7% de las viviendas de la localidad de Usme estaban cerca de expendios de droga. La localidad con más viviendas cercanas a plazas de mercado o mataderos fue La Candelaria (53,3%), seguida de Tunjuelito (38,6%).

Para 2021, en centro poblado y rural disperso de Bogotá, el 19,0% de las viviendas de la localidad de Ciudad Bolívar y el 14,4% de las viviendas de la localidad de Suba estaban cerca de fábricas o industrias. De igual manera, según percepción del jefe/a o cónyuge, el 18,2% de las viviendas en San Cristóbal y el 14,6% de las viviendas en la localidad de Usaquén estaban cerca de expendios de drogas.

2.3.6 Hogares por número de personas

Para la cabecera de Bogotá el porcentaje de hogares unipersonales en 2021 fue del 19,3%. Las localidades con mayor proporción de hogares unipersonales fueron Teusaquillo (34,1%), Chapinero (32,9%) y La Candelaria (32,6%). Por su parte, los hogares conformados por 4 personas o más se observaron en mayor proporción en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa y Usme, en las cuales los hogares de este tamaño fueron el 37,3%, 37,2% y 36,0%, respectivamente.

En 2021, para centro poblado y rural disperso de Bogotá, el porcentaje de hogares unipersonales fue de 15,2%. Las localidades con mayor proporción de hogares unipersonales en su área rural fueron Chapinero (20,2%) y Santa Fe (19,8%). En la ruralidad de Bogotá se encontró que el 40,8% de los hogares estaban conformados por 4 personas o más. Los hogares grandes se observaron principalmente en la localidad de San Cristóbal en donde un 63,6% estaba conformado por 4 personas o más.

2.3.7 Hogares con jefe mujer

En el año 2021, el 45,9% de los hogares Bogotanos de la cabecera tenía jefatura femenina. En 2017 tenían jefe mujer el 40,1% de los hogares. Para 2021 las localidades con menor proporción de hogares con jefatura femenina fueron Puente Aranda (42,6%) y Barrios Unidos (43,0%). En la cabecera de Los Mártires, Teusaquillo y Antonio Nariño aproximadamente la mitad de los hogares reconocieron como jefe a una mujer (51,0%, 50,2% y 49,1%, respectivamente).

En el año 2021, el 30,4% de los hogares ubicados en el área rural de Bogotá tenía jefatura femenina. Las localidades de San Cristóbal y Santa Fe en su área rural presentaron la mayor proporción de hogares con jefe

mujer con 36,4% y 35,4%, respectivamente. Sobresale el aumento entre 2017 y 2021 en 16,4 puntos porcentuales de la jefatura femenina de los hogares en centro poblado y rural disperso de San Cristóbal.

2.3.8 Hogares con mascota

Para 2021 el 40,2% de los hogares en la cabecera de Bogotá manifestó tener por lo menos una mascota. Aunque aproximadamente uno de cada tres hogares tenía mascota en Fontibón y Los Mártires, estas fueron las localidades en las que menos hogares manifestaron tener mascota (34,8% y 35,0%, respectivamente). Las localidades en las que más hogares tienen alguna mascota fueron Antonio Nariño (45,5%) y Bosa (45,0%).

2.3.9 Seguridad Alimentaria

Bogotá realiza y recibe flujos económicos de gran parte de los municipios del país, y depende de la Región Metropolitana para gran parte de su consumo. En 2021, Bogotá recibió un total de 628.603 viajes de transporte de carga, de los cuales el 45,4 % provino de municipios en la Región Metropolitana, mientras que el 55,6 % restante se originó en otros municipios del país. Relativo a los flujos de entrada, la matriz exportadora de Bogotá es menos dependiente a la Región Metropolitana. En 2021, Bogotá generó un total de 537.516 viajes, de los cuales solo el 29,9 % tenían como destino la Región Metropolitana. Cuaderno No. 65 Flujos, interdependencias y complementariedades económicas en la Región Metropolitana de Bogotá – Cundinamarca Diciembre de 2023

Entre las principales situaciones de inseguridad alimentaria identificadas en los hogares en Bogotá urbana para el 2021 estuvieron: la preocupación porque los alimentos se acabarán 22,4%, alimentación basada en poca variedad de alimentos 21,3% y dejar de tener una alimentación saludable 17,7%. Los hogares de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 informaron con mayor frecuencia inseguridad alimentaria moderada y grave en comparación con los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 en los cuales fue mínima. Las localidades con mayor inseguridad alimentaria moderada y grave reportada en Bogotá en 2021 fueron: Rafael Uribe Uribe (44,8%), Bosa (41,1%) y Usme (40,2%). Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio. Secretaria de Planeación Bogotá 2022

En noviembre de 2023, el abastecimiento per cápita alcanzó 25,7 kilogramos por habitante (kg/hab) en Bogotá, y aumentó 5,7 % frente a noviembre de 2022. • El abastecimiento de verduras y hortalizas fue de 71.767 toneladas (ton) en noviembre de 2023 y aumentó 8,3 % en comparación con el mismo periodo de 2022. • El sacrificio de ganado porcino y vacuno en noviembre de 2023 fue de 20.791 ton de carne en canal, reflejando una variación de 7,2 % con respecto al mismo periodo de 2022. • En noviembre de 2023, el Índice de precios de alimentos agrícolas comercializados en Corabastos (IPAAC) disminuyó 10,2 % respecto a noviembre de 2022. Boletín de abastecimiento 116 noviembre 2023 Secretaria Desarrollo Económico



CAPÍTULO 3 - 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.

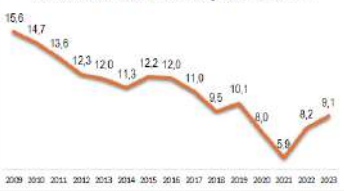
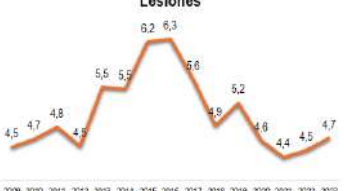

En Bogotá, dadas ciertas condiciones de acceso y cobertura a los servicios sanitarios como la mayor disponibilidad de prestadores de servicios de salud, en primer nivel y especializados, la cobertura de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, entre otros, se documentan tradicionalmente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

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 72,9 % (2.294.686). Este comportamiento es similar en ambos sexos (Ver Tabla 53.)

Tabla 53. Grandes causas de morbilidad atendida, tendencia en proporción de atenciones por grandes causas de Morbilidad atendida, Bogotá, 2009-2023 y semaforización de diferencia de proporciones según sexo 2023

Gran Causa de Morbilidad Atendida	% Atenciones Hombres (2023)	% Atenciones Mujeres (2023)	Tendencia Bogotá
1. Enfermedades No Transmisibles	72,9	72,98	<p>Enfermedades no transmisibles</p> 
2. Signos y Síntomas mal Definidos	11,0	13,54	<p>Signos y Síntomas mal Definidos</p> 

Gran Causa de Morbilidad Atendida	% Atenciones Hombres (2023)	% Atenciones Mujeres (2023)	Tendencia Bogotá
3. Condiciones transmisibles y Nutricionales	10,0	8,32	<p>Condiciones transmisibles y nutricionales</p> 
4. Lesiones	5,9	3,61	<p>Lesiones</p> 
5. Condiciones Maternas perinatales	0,3	1,55	<p>Condiciones maternas</p> 

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

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

(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial, 2024)

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

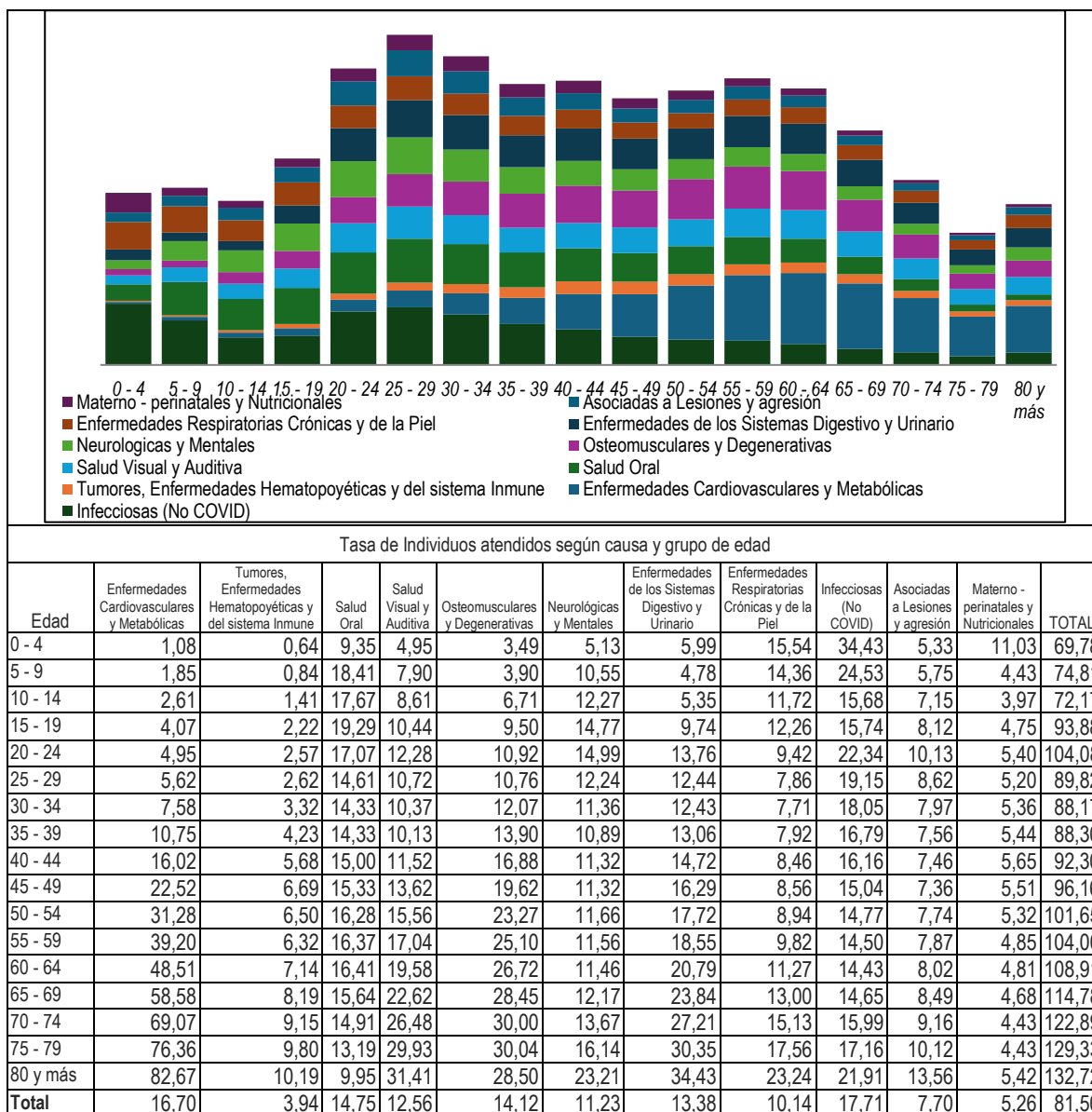
*Amarillo: No hay diferencia estadísticamente significativa entre las dos proporciones

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

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

Considerando la diferencia en la proporción de causas de atención según los grupos propuestos en la metodología de análisis utilizada para elaborar los documentos de Análisis de Situación de Salud elaborados para las vigencias previas (Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital - 2022, 2023), con las limitaciones para su uso en toma de decisiones e interpretación, por no ser coherentes con los grupos de riesgo y prioridades definidas en los documentos de análisis del nivel nacional, rutas de atención y para la gestión de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y prestadores de Servicios de Salud; se realiza un ajuste a las agrupaciones para la presentación de los resultados de la morbilidad atendida en la ciudad de Bogotá que permite comparar grupos más específicos y variaciones de las diferentes causas de atención por edad.

Figura 23. Distribución de individuos atendidos según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023



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

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 (DANE, 2023b)

Se puede identificar que durante el año 2023 el 81,50% de los bogotanos hicieron uso de los servicios de salud, siendo ligeramente mayor este uso de servicios en mujeres (83,27) que en hombres (79,58).

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 al 34,43 de la población proyectada para la ciudad en dicho grupo de edad y en el Censo 2018 (DANE, 2023b)

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

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 14,75% de la población de la ciudad, las alteraciones visuales y auditivas (12,56% de la población de la ciudad), enfermedades osteomusculares y degenerativas (14,12%)

En la información presentada se destaca la proporción de alteraciones por enfermedades infecciosas y se aclara que su alta proporción se debe a la incorporación en un mismo grupo de los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) y de las enfermedades Infecciosas y parasitarias y de aquellas de origen infeccioso incluidas en otros capítulos³⁶

El detalle de la distribución de las atenciones por eventos específicos priorizados por su alta frecuencia se presenta más adelante en secciones específicas por temas.

3.1.1 Atenciones por Consulta Ambulatoria

Dentro del total de atenciones realizadas se identifica que las consultas ambulatorias corresponden al 82,8% del total de atenciones realizadas en el Distrito Capital³⁷, haciendo uso de este servicio el 74,18% d ellos habitantes de la ciudad de Bogotá, por lo cual la distribución de las causas de atención suele comportarse de la manera ya descrita en la sección de morbilidad general.

³⁶ Dentro de estos diagnósticos se incluyen códigos de enfermedades infecciosas que suelen ser clasificados en otros grupos según su ubicación anatómica y erróneamente asignados dentro de la categoría No transmisibles o excluidos del análisis por estar marcados en la CIE-10 con un asterisco que indica que no deben ser utilizados como diagnóstico principal de la atención, pero que, en la práctica, son frecuentemente utilizados por los profesionales de la salud para el registro de las atenciones. Dentro de este grupo se destacan las atenciones por infecciones de vías urinarias, las cuales constituyen una causa frecuente de consulta en servicios de salud y suelen ser clasificadas dentro de las alteraciones del sistema genitourinario, a pesar de tener un origen infeccioso. Estas constituyen una causa frecuente de atención en el servicio de urgencias, afectando a 53.926 personas durante el año 2023.

³⁷ Si se tiene en cuenta solamente las atenciones válidas para el análisis de morbilidad atendida que corresponden únicamente a Urgencias con Observación, Consultas y Hospitalización. En este tipo de análisis no se suelen incluir procedimientos ya que los procedimientos no quirúrgicos no requieren el reporte de diagnóstico según los lineamientos vigentes para el reporte de RIPS y suelen duplicar el diagnóstico que el medico colocó en la orden de realización del procedimiento.

Cuando se analiza la cobertura de atenciones por servicios específicos que son considerados puerta de entrada al sistema de salud tales como medicina y odontología general, y de los cuales se espera que se presten cerca a lugar de residencia del individuo por ser del bajo o mediano nivel de complejidad y se compara con los individuos atendidos según la localidad del prestador se identifica que en algunas localidades como Sumapaz, Mártires, Usme, Bosa, Ciudad Bolívar y Santafé no se alcanza a atender el 30% de individuos residentes en dichas localidades a pesar de que son considerados servicios de primer nivel de atención. Por otra parte, en localidades como Tunjuelito, Antonio Nariño, Puente Aranda, Chapinero, Teusaquillo y Barrios Unidos los prestadores atienden un volumen de individuos entre 2,05 y 6,12 veces el equivalente de la población residente en dichas localidades, lo anterior, debido a que en dichas áreas se concentra un gran número de prestadores en las zonas aledañas a los ejes viales por donde circula Transmilenio³⁸ o prestadores con capacidad de atender grandes volúmenes de atención³⁹.

Estas diferencias se aumentan cuando se analiza la cobertura de atenciones por otras especialidades como psicología y medicina interna o familiar las cuales se concentran especialmente en Teusaquillo y Barrios Unidos (Ver Tabla 54); localidades en las cuales se concentran una gran cantidad de prestadores que ofertan servicios especializados que prestan este servicio para la población afiliada a los diferentes regímenes de atención y EAPB que operan en la ciudad de Bogotá.

Tabla 54. Comparación de cobertura de individuos atendidos por localidad en servicios de consulta ambulatoria de medicina y odontología general, psicología y medicina Interna o Familiar, respecto a la proporción de población residente

Localidad	% Población Residente 2023	% Población Atendida por Localidad				Cociente entre población residente y población atendida por localidad			
		Medicina General	Odontología General	Medicina Interna o Familiar	Psicología	Medicina General	Odontología General	Medicina Interna o Familiar	Psicología
01 Usaquén	7,37	6,88	8,27	8,68	8,12	0,93	1,12	1,18	1,10
02 Chapinero	2,25	5,49	8,00	7,59	5,38	2,44	3,55	3,37	2,39
03 Santa Fé	1,35	0,39	0,17	0,37	0,48	0,29	0,13	0,28	0,35
04 San Cristóbal	5,10	1,61	2,13	0,09	0,20	0,32	0,42	0,02	0,04
05 Usme	5,12	0,88	1,61	-	0,00	0,17	0,31	-	0,00
06 Tunjuelito	2,30	4,93	4,71	3,34	3,97	2,15	2,05	1,46	1,73
07 Bosa	9,16	1,75	3,22	0,00	0,24	0,19	0,35	0,00	0,03
08 Kennedy	12,99	12,69	10,04	8,82	12,06	0,98	0,77	0,68	0,93
09 Fontibón	5,07	2,10	2,93	0,31	0,38	0,41	0,58	0,06	0,07
10 Engativá	10,25	3,58	5,13	0,88	2,67	0,35	0,50	0,09	0,26
11 Suba	16,24	13,03	14,63	10,74	11,84	0,80	0,90	0,66	0,73
12 Barrios Unidos	1,92	8,94	6,27	7,96	14,72	4,64	3,26	4,14	7,65
13 Teusaquillo	2,09	7,09	8,63	18,46	9,34	3,39	4,13	8,84	4,47
14 Los Mártires	1,04	0,03	0,35	1,09	1,54	0,03	0,34	1,05	1,49
15 Antonio Nariño	1,05	6,45	6,25	4,89	3,06	6,12	5,94	4,65	2,91
16 Puente Aranda	3,22	13,02	7,84	3,13	9,60	4,04	2,43	0,97	2,98
17 La Candelaria	0,23	0,14	0,03	-	0,33	0,62	0,11	-	1,41
18 Rafael Uribe Uribe	4,88	3,63	2,97	1,35	0,97	0,74	0,61	0,28	0,20
19 Ciudad Bolívar	8,30	2,13	2,08	0,20	0,44	0,26	0,25	0,02	0,05
20 Sumapaz	0,05	0,00	0,00	-	0,00	0,02	0,02	-	0,01
Sin Dato		20,40	7,66	25,12	16,44				
Fuera de Bogotá		5,81	4,73	3,16	3,04				

³⁸ Tales como los múltiples prestadores ubicados en el Restrepo o en la localidad de Teusaquillo

³⁹ Tales como la Unidad de Servicios de salud Tunal, Kennedy y Santa Clara y las sedes de prestadores a población afiliada a EAPB como Salud Total, Famisanar y Nueva EPS tales como las IPS Virrey Solís, especialmente las ubicadas en las Américas y en el Olaya, Centro De Atención En Salud Cafam Centenario, Centro Medico Colsubsidio Calle 26 y Restrepo, entre otros ubicados en zonas aledañas.

Localidad	% Población Residente 2023	% Poblacion Atendida por Localidad				Cociente entre población residente y poblacion atendida por localidad			
		Medicina General	Odontología General	Medicina Interna o Familiar	Psicología	Medicina General	Odontología General	Medicina Interna o Familiar	Psicología
Total	7.968.095	3.749.299	1.117.540	486.259	325.416				

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

Fuente Denominador para cálculo de tasas: DANE, *Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2018-2035* (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022b, p. 095)

En el caso de la prestación de servicios por Pediatría y Ginecología y obstetricia se identifica que hay localidades en las cuales la cobertura prestada no alcanza al 1% de los individuos residentes en dicha área, incluyendo San Cristóbal, Bosa, Usme, Candelaria y Sumapaz; situación que se relaciona con la baja oferta de prestadores de servicios de salud reportados y descritos en la sección 1.8.2, Tabla 28 de este documento), lo cual constituye un núcleo relevante de inequidad, especialmente si se tiene en cuenta los tiempos de desplazamiento que reportaron los habitantes de estas localidades para llegar a la IPS en la que reciben los servicios de salud descritos en la sección 1.9.2, Figura 18 y Figura 19, los cuales superan los 13 minutos para la localidad de Sumapaz y los 49 minutos para los residentes en la localidad de Bosa y 55 minutos para residentes en Usme.

Tabla 55. Comparación de cobertura de individuos atendidos por localidad en servicios de consulta ambulatoria de Ginecología u Obstetricia y pediatría, respecto a la proporción de población residente

Localidad	% Población Residente por localidad		% Poblacion Atendida por Localidad en Consulta Ambulatoria		Cociente entre población residente y poblacion atendida por localidad	
	Mujeres	Menores de 18 años	Ginecología u Obstetricia	Pediatría General	Ginecología u Obstetricia	Pediatría General
01 Usaquén	7,64	6,18	9,66	7,74	1,26	1,25
02 Chapinero	2,24	1,67	13,13	8,47	5,85	5,07
03 Santa Fé	1,32	1,42	1,84	-	1,40	-
04 San Cristóbal	5,08	5,93	0,88	0,00	0,17	0,001
05 Usme	4,95	6,62	0,00	0,00	0,0003	0,0001
06 Tunjuelito	2,22	2,53	4,59	4,79	2,07	1,90
07 Bosa	9,12	10,74	0,00	0,00	0,0003	0,0001
08 Kennedy	12,84	12,65	10,79	11,83	0,84	0,94
09 Fontibón	5,19	4,51	0,58	1,72	0,11	0,38
10 Engativá	10,35	8,64	0,32	3,64	0,03	0,42
11 Suba	16,47	15,21	5,59	9,85	0,34	0,65
12 Barrios Unidos	1,86	1,54	8,70	9,06	4,67	5,88
13 Teusaquillo	2,33	1,31	16,79	10,80	7,21	8,22
14 Los Mártires	1,17	0,96	1,00	0,35	0,86	0,36
15 Antonio Nariño	1,08	1,08	4,65	5,29	4,29	4,90
16 Puente Aranda	3,12	2,72	8,48	9,28	2,72	3,42
17 La Candelaria	0,22	0,15	-	0,02	-	0,14
18 Rafael Uribe Uribe	4,76	5,41	3,59	3,74	0,75	0,69
19 Ciudad Bolívar	7,99	10,67	0,75	1,12	0,09	0,11
20 Sumapaz	0,05	0,07	-	0,00	-	0,0039
Sin Dato			16,01	20,25		
Fuera de Bogotá			3,15	2,99		
Total	4.152.419	1.740.203	262.680	382.274		

Fuente Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 abril). Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y

atenciones particulares (Corte de recepción 2024/04/21) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/01/31) (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial, 2024)

Fuente Denominador para cálculo de tasas: DANE, *Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2018-2035* (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022b, p. 095)

3.1.2 Atenciones por Urgencias

En relación con las atenciones en los servicios de urgencias de la ciudad se identifica que, para el año 2023 el 17,85% de la población residente en la ciudad de Bogotá fue atendida en los Servicios de urgencias (Ver Figura 25), documentándose 2'604.665 atenciones a esta población (Ver Figura 24).

Figura 24 Numero de Atenciones realizadas en el servicio de urgencias, según año y sexo, Bogotá 2019 a 2023

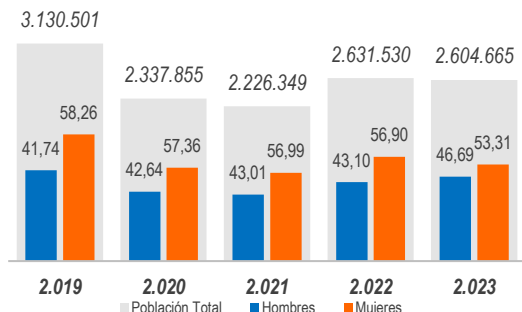
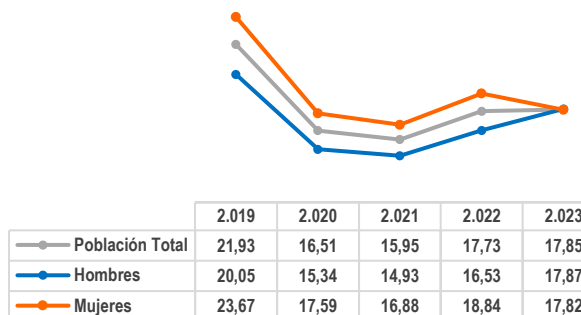


Figura 25 Tasa de Atenciones en el Servicio de Urgencias por cada 100 habitantes, según año y sexo, Bogotá 2019 a 2023



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

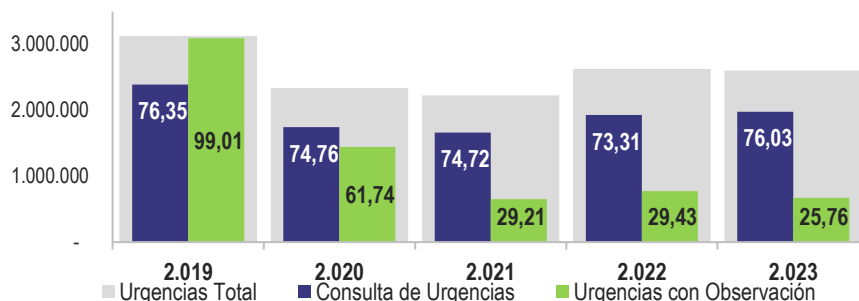
Fuente Denominador para cálculo de tasas: DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, Serie municipal de población por área, sexo y edad para el periodo 2020-2035. Actualización Post COVID (DANE, 2023b)

Nota: En las atenciones se incluyeron tanto las reportadas en atenciones tipo consulta de Urgencias y urgencias con observación, realizadas a población que informó ser residente habitual de la ciudad de Bogotá

Se identificó un cambio en el comportamiento del uso del servicio de urgencias posterior a la pandemia por COVID-19, ya que en la actualidad existe una mayor tendencia a que las personas sean atendidos mediante consultas, mientras que antes predominaban las atenciones que generaban tiempos de estancia más prolongados en la entidad (urgencias con observación), así, se identifica que, mientras en el año 2019 el 99% de las atenciones se dejaban en observación de urgencias, a partir del año 2021 esta proporción no ha sobrepasado el 30% del total de atenciones. En el mismo periodo se ha identificado que la proporción de atenciones tipo consulta se ha reportado al 73 a 76% del total de atenciones realizadas⁴⁰

⁴⁰ Se han identificado registros en los cuales únicamente se reporta la atención tipo urgencias con observación sin el reporte de consulta. Es posible que esto se asocie a dinámicas propias de la facturación del servicio y las modalidades de pago de las atenciones tipo consulta de urgencias

Figura 26 Numero de Atenciones en el Servicio de Urgencias y proporción* según tipo de atención realizada, Bogotá 2019 a 2023



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

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 (DANE, 2023b)

*Nota: la prestación de urgencias tipo consulta y tipo observación no es excluyente, ya que en una misma atención se pueden reportar ambas atenciones o una sola, por lo que se realizó la sumatoria de atenciones a partir de la consulta directa a la base de datos. Por lo anterior, no se deben sumar las proporciones reportadas en las barras internas para completar un 100% de las atenciones realizadas.

Al analizar las causas de atención en el servicio de urgencias durante el año 2023 (ver Figura 27) se identifica un predominio de atenciones por causas de origen infeccioso, dentro de los que se destacan las infecciones respiratorias, especialmente en el grupo de 0 a 4 años, seguido por el grupo de 5 a 9.

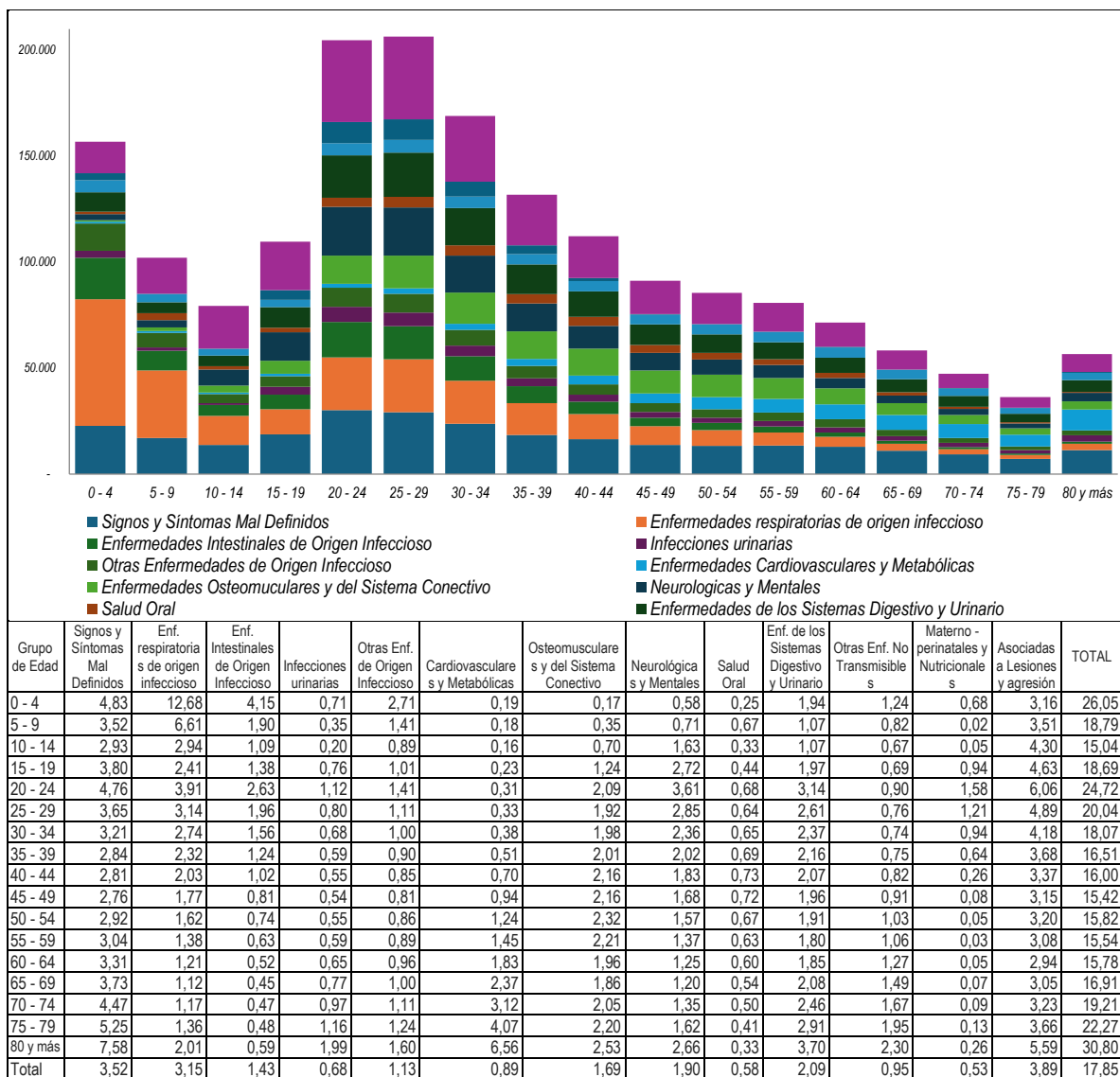
Un segundo grupo de eventos infecciosos que generan muchas atenciones en los servicios de urgencias corresponde a enfermedades intestinales, las cuales se presentan con más frecuencia en niños de 0 a 4 años y en adultos, especialmente en ente 20 y 29 años.

Dentro de los eventos que pueden asociarse a enfermedades crónicas y pueden generar alto impacto en la mortalidad se encuentran las cardiovasculares y metabólicas, dentro de las que se incluyen los eventos de enfermedad isquémica cardíaca y enfermedad cerebrovascular mencionados antes como causas frecuentes de incidentes de prioridad crítica y alta en el Sistema de emergencias Médicas.

Otras enfermedades de importancia que generan atenciones en los servicios de urgencias corresponden a las atenciones por alteraciones en la salud mental, incluyendo condiciones como la ansiedad y la depresión, o la esquizofrenia, las cuales han sido identificadas como causas frecuentes de atención y vinculadas a los casos documentados de conducta suicida fatal y no fatal (Ver sección de Salud Mental) los cuales afectan a personas de todas las edades pero con mayor frecuencia a personas entre los 20 y 29 años

Nuevamente, en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 29 años, se identifica una mayor frecuencia de individuos atendidos por lesiones relacionadas con agresiones o causas externas, incluyendo alteraciones intencionales o no intencionales, o autoagresión

Figura 27. Distribución de individuos atendidos en el servicio de urgencias según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023



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

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 (DANE, 2023b)

Nota: En las atenciones se incluyeron tanto las reportadas en atenciones tipo consulta de Urgencias y urgencias con observación, realizadas a población que informó ser residente habitual de la ciudad de Bogotá

Dentro de los aspectos a mejorar para fortalecer el análisis de las causas de atención en los servicios de urgencias se encuentra el registro del diagnóstico específico de la enfermedad identificada, ya que en el 15,22% de las atenciones se mantienen como diagnóstico principal de consulta de urgencias o al egreso de la observación de urgencias los códigos R, los cuales corresponden a un síntoma, signo o hallazgo anormal de laboratorio, pero no una enfermedad específica, por lo cual se suelen considerar un problema de calidad del registro, en especial, si se tiene en cuenta en que estas atenciones se suele realizar la prestación del servicio por un médico y no por parte de personal de apoyo no calificado para diagnosticar (World Health Organization (WHO/OMS), 2003, p. 2)

Como aproximación a la pertinencia de la atención de la población en los servicios de urgencias de la ciudad se identifica que de los 2.604.665 de atenciones realizadas en este servicio durante el año 2023 (1.411.152 individuos atendidos) solo fueron direccionados desde el Sistema de Emergencias Médicas (SEM)⁴¹ en el Distrito Capital 141.551 atenciones (156.110 personas)⁴², lo cual equivale apenas al 5,43% del total de las atenciones. Dentro de estos eventos el 33,96% (48.065) fueron clasificados como de prioridad crítica y 46,73% (66.152) como de prioridad alta (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2024a).

Si bien no es indispensable que todas las atenciones en los servicios de urgencias lleguen direccionados desde el Sistema de Emergencias Médicas, se identifica dentro de los grandes grupos de causas de atención identificadas una alta frecuencia de eventos que podrían haberse evitado con un mejor seguimiento en y atención integral en los servicios de consulta ambulatoria de bajo nivel de complejidad tales como las atenciones por enfermedades osteomusculares o del tejido conectivo (187.730 atenciones a 133.498 individuos), las enfermedades intestinales de origen infeccioso (145.037 atenciones a 113.032 individuos durante el año 2023), las infecciones de vías urinarias (73.149 atenciones a 53.926 individuos) y las atenciones en salud oral (62.048 atenciones a 45.563 individuos). Estos grupos de enfermedades fueron responsables, en conjunto del 17,97% del total de atenciones en el servicio de urgencias para el año 2023 (ver Figura 27).

AL revisar los diferentes tipos de incidentes atendidos mediante el Sistema de Emergencias Médicas, Bogotá, 2023 y que fueron considerados de prioridad alta o crítica para la atención se identifican algunos eventos ante los cuales se debe realizar la gestión pertinente para fortalecer la respuesta brindada tales como (ver Tabla 56):

- Dentro de los incidentes de prioridad crítica o alta tipificados como “condiciones mal definidas” se destaca la atención a personas en “paro cardiorespiratorio” o “inconscientes”, los cuales requieren una rápida valoración y diagnóstico en servicios de urgencias especializados que tengan la capacidad de prestar atenciones de alta complejidad que potencialmente pueden requerir atenciones complejas

⁴¹ El Sistema de Emergencias médicas se define en la ciudad mediante el Decreto 793 de 2018 para “... Responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica en situaciones de urgencias, emergencias y desastres en lugares públicos y/o privados” para lo cual integra y coordina la acción de diferentes entidades públicas y privadas incluyendo: “...1) Secretaría Distrital de Salud, 2) Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, 3) Secretaría Distrital de Ambiente, 4) Secretaría Distrital de Movilidad, 5) Cruz Roja Seccional Bogotá Cundinamarca, 6) Defensa Civil Colombiana Seccional Bogotá, 7) La Unidad Administrativa Especial del Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá, 8) El Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Bogotá, 9) Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados de Bogotá, 10) Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud -EAPB, 11) Empresa de Transporte del Tercer Milenio TRANSMILENIO S.A., 12) Policía Nacional - Metropolitana de Bogotá - MEBOG, 14) Brigadas de Emergencia de instituciones públicas y privadas de Bogotá, 15) Primeros Respondientes del Distrito Capital, y Otros Organismos de apoyo y cooperación en salud nacionales e internacionales debidamente inscritos ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante Ministerio de Relaciones Exteriores, según el caso, identificados y aprobados por la autoridad Distrital competente (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2018),

⁴² La gestión de las Urgencias y Emergencias tipificadas para salud se identifican y gestionan a partir de la información reportada a través del Sistema del Número Único de Seguridad y Emergencia para el Distrito Capital NUSE 123 y las demás líneas destinadas para este fin.

como la reanimación cardiopulmonar y el desarrollo de procedimientos de trombectomía o trombólisis en un tiempo muy corto, si se considera que esta condición se relaciona con un evento de isquemia cardiaca o evento cerebrovascular)

- De manera específica se canalizaron 7284 atenciones de prioridad crítica o alta por dolor torácico y 4491 por accidente cerebrovascular (), los cuales requieren una valoración y manejo inmediato en unidades especializadas para realizar procedimientos específicos que contribuyan a reducir la mortalidad asociada y las secuelas permanentes asociadas a este tipo de eventos (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 2023)
- El segundo grupo de eventos que genero incidentes clasificados como prioridad critica o alta corresponde a las asociadas a causas externas dentro de las que se destacan las heridas, las cuales se relacionan con múltiples condiciones que pueden ser potencialmente evitables como el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas o las caídas.
- Otro grupo de eventos que requiere una respuesta especializada corresponde a las atenciones por salud mental, especialmente aquellos relacionados con conducta suicida (8572 entre los reportados como “intentos” y “amenaza”)

Tabla 56 Tipos de Incidentes atendidos mediante el Sistema de Emergencias Médicas, Bogotá, 2023

Tipo de Incidente	Tipo de Prioridad		Total de Incidentes	%
	CRITICA	ALTA		
Condiciones Mal Definidas	31.950	17.209	49.159	43,04
Inconsciente / Paro cardiorrespiratorio	16.289	601	16.890	14,79
Evento Respiratorio	7.306	6.530	13.836	12,11
Convulsión	7.590	4.955	12.545	10,98
Enfermo	765	5.123	5.888	5,16
Causas externas	5.215	30.046	35.261	30,87
Herido	3.612	26.387	29.999	26,26
Caída de Altura	1.240	2.314	3.554	3,11
Intoxicación	255	1.212	1.467	1,28
Quemaduras	64	103	167	0,15
Electrocución / rescate	43	25	68	0,06
Accidente de Aviación	1	5	6	0,01
Cardiovascular o Metabólico	5.086	6.692	11.778	10,31
Dolor Torácico	3.015	4.272	7.287	6,38
Accidente Cerebro Vascular	2.071	2.420	4.491	3,93
Mental y SPA	3.894	7.374	11.268	9,87
Intento de Suicidio	3.585	4.450	8.035	7,03
Trastorno Mental	236	2.460	2.696	2,36
Amenaza de Suicidio	73	464	537	0,47
Materno Perinatal	1.242	1.911	3.153	2,76
Patología Ginecobstétrica	1.210	1.796	3.006	2,63
Sangrado Vaginal	32	115	147	0,13
Abdominal	362	1.988	2.350	2,06
Síntomas Gastrointestinales	362	1.988	2.350	2,06
Violencia Agresión	308	869	1.177	1,03
Violencia Sexual	278	624	902	0,79
Maltrato	30	245	275	0,24
Otros Eventos	8	63	71	0,06
Solicitud de Apoyo	6	49	55	0,048
Acompañamiento Evento	2	9	11	0,010
Sismo		4	4	0,004
Naturales		1	1	0,001

Tipo de Incidente	Tipo de Prioridad		Total de Incidentes	%
	CRÍTICA	ALTA		
Total general	48.065	66.152	114.217	

Fuente: Elaboración propia a partir de conteo único de incidentes reportados en el conjunto de datos de Llamadas de Urgencias y Emergencias que ingresan a través de la línea 123 y que son clasificadas como llamadas de emergencia tipificada para salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2024a)

El mayor número de incidentes de prioridad crítica y alta se reportan en las localidades de Kennedy y Suba (Ver Figura 28), sin embargo, si se compara el número de personas afectadas en estos incidentes respecto a la población de residencia proyectada para cada localidad se identifica que la mayor tasa de atenciones se presenta en las localidades del centro de la ciudad como la Candelaria, Los Mártires y Santa Fe (ver Figura 29).

Figura 28 Número de atenciones de prioridad crítica o alta por localidad de ocurrencia

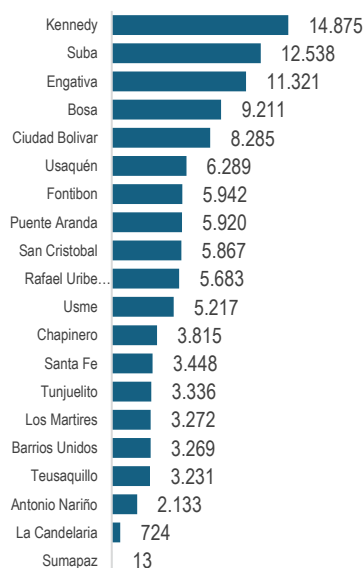
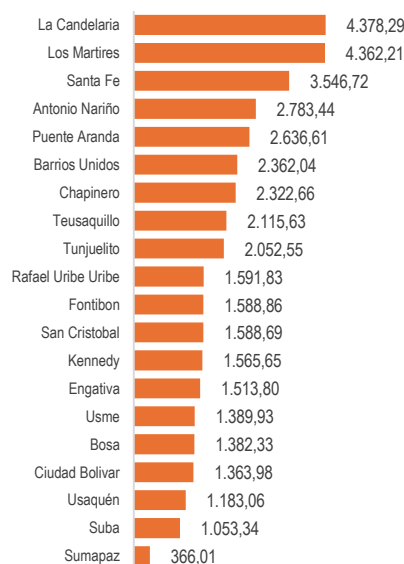


Figura 29 Tasa de Número de atenciones de prioridad crítica o alta por localidad de ocurrencia



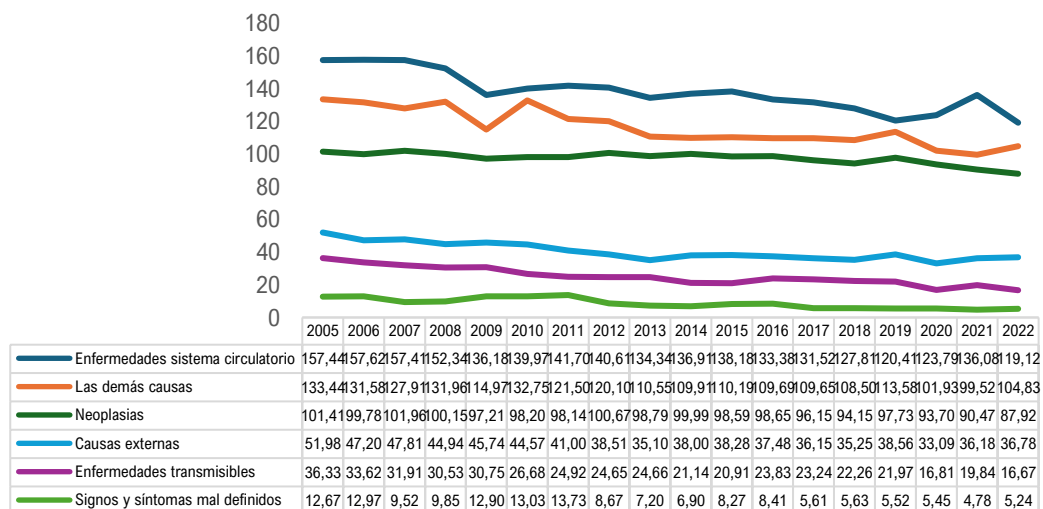
Fuente: Elaboración propia a partir de conteo único de incidentes reportados en el conjunto de datos de Llamadas de Urgencias y Emergencias que ingresan a través de la línea 123 y que son clasificadas como llamadas de emergencia tipificada para salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2024a)

3.2 MORTALIDAD GENERAL

En el caso de la mortalidad, al analizar las tasas ajustadas por edad se identifica un predominio de la atribuida a las Enfermedades del Sistema Circulatorio, la cual presentó una tendencia a la disminución en el periodo 2015 a 2019, y aumento en el 2020, cerrando este último año 2022 con 119,12 defunciones por 100.000 habitantes; en segundo lugar se encontraron Las Demás Causas con una tendencia a la disminución en la serie de tiempo de 2015 a 2018, presentado un aumento en el 2019 y volviendo a disminuir en el 2020 con 101,93 defunciones por 100.000 habitantes, para el año 2022 se observan 104,83 x 100.000 habitantes; en tercer lugar se ubicaron las mortalidades por Neoplasias con una tendencia a la disminución en la serie de tiempo de 2015

a 2018, no obstante se observó un aumento en el 2019, volviendo a disminuir para el 2020, cerrando el 2022 último año con 87,92 defunciones por 100.000 habitantes.

Figura 30 Tasa de mortalidad ajustada por edad para Bogotá D.C., 2005 – 2022.

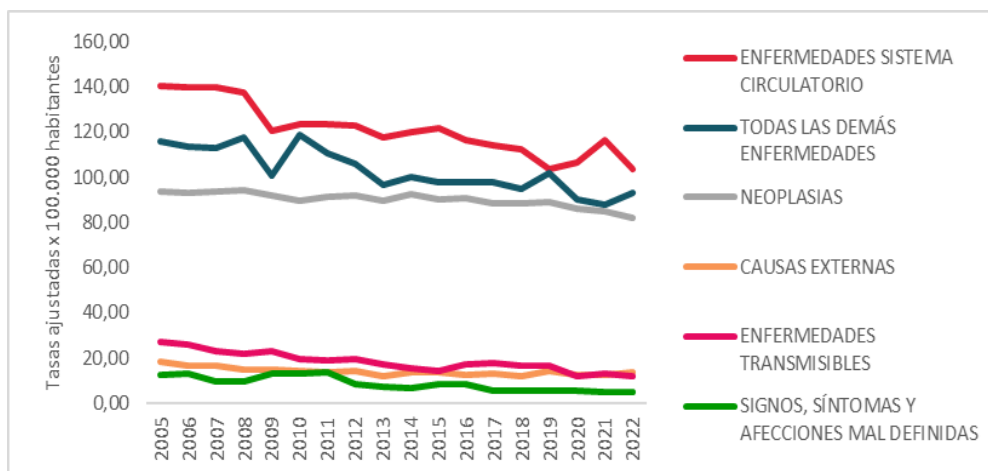


Fuente: Numerador: Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005-2022. (DANE & Bodega de Datos SISPRO (SGD), 2024)

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 (DANE, 2023b)

El análisis de las tasas de mortalidad por grandes causas ajustadas por edad en el grupo de mujeres mostró en primer lugar las Enfermedades del Sistema Circulatorio con una tendencia a la disminución en la serie de 2015 a 2019, sin embargo, para 2022 se presentó un descenso a valores previos a 2019, cerrando este último año con 103,34 defunciones por 100.000 mujeres; en segundo lugar se encontraron “Las Demás Causas” con una tendencia a la disminución en la serie de 2015 a 2018, presentando un aumento en 2019 y volviendo a disminuir en 2020, con un ligero aumento en 2022 con 92,85 defunciones por 100.000 mujeres; en tercer lugar se ubicaron las mortalidades por Neoplasias con una tendencia a la disminución en la serie de 2015 a 2022, cerrando este último año con 81,77 defunciones por 100.000 mujeres.

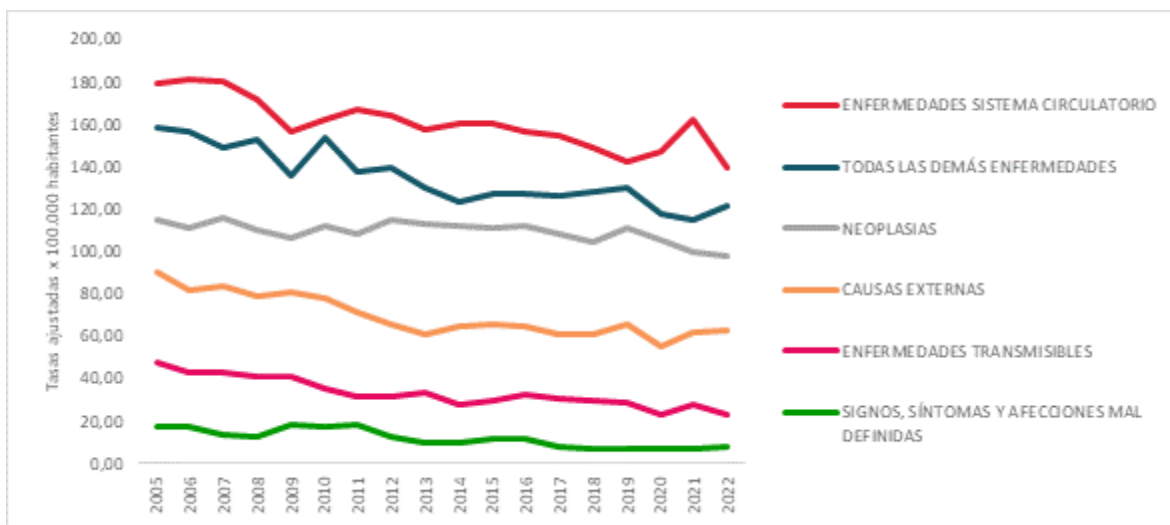
Figura 31 Tasa de mortalidad ajustada por edad en mujeres para Bogotá D.C., 2005 – 2022.



Fuente: Numerador: Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005-2022. (DANE & Bodega de Datos SISPRO (SGD), 2024)
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 (DANE, 2023b)

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

Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres para Bogotá D.C., 2005 – 2022.



Fuente: Numerador: Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005-2022. (DANE & Bodega de Datos SISPRO (SGD), 2024)

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 (DANE, 2023b)

3.2.1 Mortalidad en Grupos de edad específicos

3.2.1.1 Mortalidad en menores de 1 año

En el grupo específico de menores de un año se identificó en 2005 a 2022 un descenso de las causas, excepto en enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, que aumentó un 161%, enfermedades del sistema circulatorio un 93% y del sistema digestivo un 9%.

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

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

Esta mortalidad infantil presenta una distribución desigual entre localidades donde el 50% de la población menos aventajada concentra el 49,6% de las muertes infantiles. Es así como las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, San Cristóbal, Kennedy y Rafael Uribe Uribe) registraron una tasa de 8.5 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos; en contraste con las localidades más aventajadas (Los Mártires, La Candelaria, Barrio Unidos, Antonio Nariño, Chapinero y Teusaquillo) con 9.5 muertes infantiles por cada 1.000 NV y con un exceso de muertes de 1.0 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos en las localidades más aventajadas frente a las menos aventajadas,

De acuerdo con la desagregación por sexo de la tasa, para el año 2022 en los hombres las principales causas de muerte siguen siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal (5,32 por 1.000 nacidos vivos), las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías congénitas (1,96 por 1.000 nacidos vivos) y las enfermedades del sistema respiratorio (0.97 por 1.000 nacidos vivos), adicionalmente los hombres en el periodo observado tienden a presentar mayores tasas de mortalidad, evidenciando una mayor afectación que las mujeres.

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

En mujeres menores de un año las principales causas de muerte para el año 2022 son las afecciones originadas en el periodo perinatal (4,20 por 1000 nacidos vivos) y en segundo lugar las malformaciones congénitas,

Pag 146 de 262

deformidades y anomalías cromosómicas (2,18 por 1.000 nacidos vivos), comparando el 2005 con el 2022, la primera causa presenta una disminución en la tasa del (-38%) y la segunda una disminución del (-33%).

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

3.2.1.2 Mortalidad en menores de 5 años

Dentro de las causas de mortalidad en menores de 5 años predominan las atribuidas a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (65,53 por 1.000 nacidos vivos), seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (34,21 por 1.000 nacidos vivos) y las enfermedades del sistema respiratorio (17,72 por 1.000 nacidos vivos).

En la comparación del año 2005 al 2022 se observó una disminución en la tasa de la mayoría de las causas de muerte en menores de 5 años, principalmente en enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (-78%) y signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (-75%), sin embargo, todas las demás enfermedades y enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos aumentaron la tasa en un 268% y 94% respectivamente.

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

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

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

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

3.2.1.3 Análisis de desigualdad en la mortalidad materno - infantil y en la niñez

Las desigualdades en salud afectan a países pobres y ricos, su persistencia constituye en uno de los mayores problemas de salud pública (Ortiz Ruiz, 2021a). En este sentido, para el año 2020 se analiza los indicadores relacionados con la mortalidad materno infantil y en la niñez en términos de Ciudad comparados con los indicadores Nacionales. Es así de los indicadores de la mortalidad materno infantil y la niñez, la razón de mortalidad materna es significativamente más bajo comparado con la razón materna Nacional $IC_{95\%} = (0,34-0,68)$; para los demás indicadores analizados no hay diferencias estadísticamente significativas entre el Distrito y la Nación y para el año 2020 se registró un descenso de las tasas de mortalidad comparado con el año 2019.

Tabla 57. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y la niñez. Bogotá D.C. – Colombia 2006 - 2021

Causa de muerte	Colombia 2021	Bogotá 2021	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Razón de mortalidad materna	83,16	68,67																			
Tasa de mortalidad neonatal	7,11	5,24																			
Tasa de mortalidad infantil	10,94	8,54																			
Tasa de mortalidad en la niñez	12,11	9,66																			
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,36	6,54																			
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,41	0,61																			
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	7,80	0,20																			

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 - 2021

*Nota dato año 2017 y 2019 Bogotá mortalidad por desnutrición: en unidad de análisis se identificó y validó que no es residente de Bogotá, por lo que se realizó el trámite respectivo el cual está certificado por necropsia médico legal ante las instituciones competentes. Existe una mortalidad por desnutrición en el año 2020 reportada en la base de estadísticas vitales RUAF, hace referencia a un caso de residencia fuera de Bogotá; ajuste que no se ha realizado en los tiempos determinados por el DANE, razón por la cual la base cerro con este caso reportado, por tal motivo este caso no está siendo tenido en cuenta por la Secretaría Distrital de Salud.

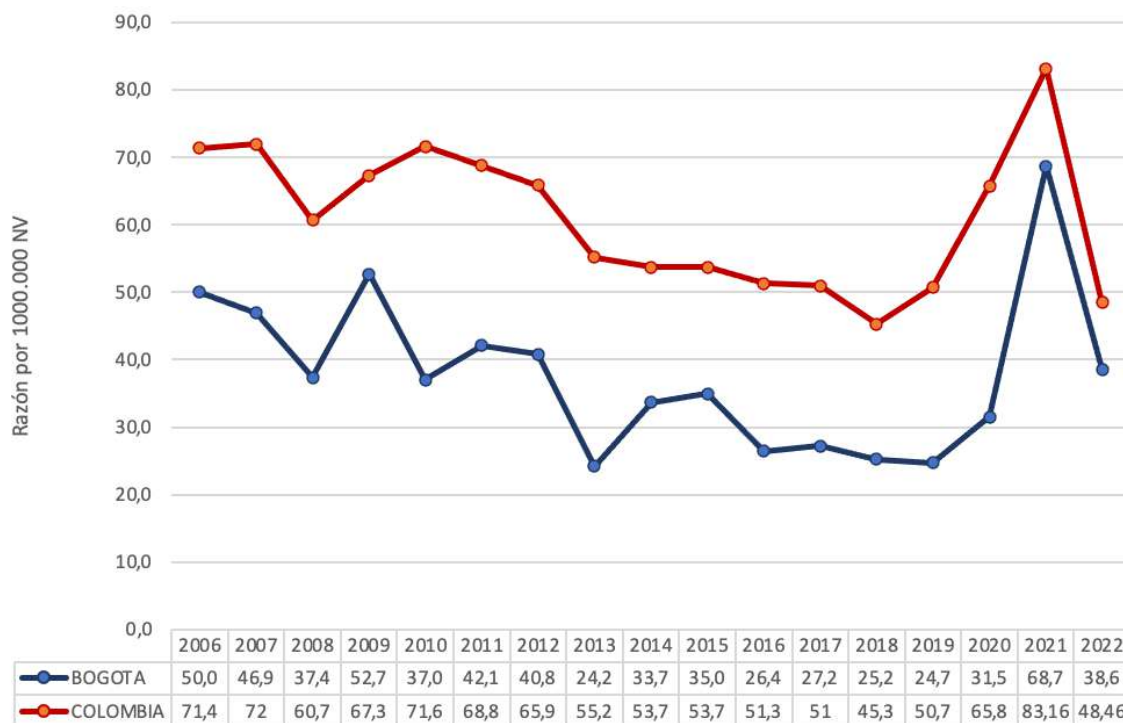
Mortalidad materna

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

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

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

Figura 33 Razón de mortalidad materna, Bogotá D.C. – Colombia, 2006 - 2022



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2022

De acuerdo con el área de residencia, en los últimos años las tasas de mortalidad se han presentado en el área de cabecera, para el año 2020 y 2021 no se registraron mortalidades en el área rural.

Tabla 58. Razón de mortalidad materna según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
URBANO												
CABECERA	36,12	42,10	39,89	24,25	33,74	34,10	26,40	26,11	25,28	23,55	31,57	68,82
CENTRO POBLADO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.333,33	0,00	0,00
AREA RURAL DISPERSA	0,00	0,00	714,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SIN INFORMACION	5.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
RURAL												
RURAL	0,00	0,00	636,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	689,66	0,00	0,00
TOTAL	36,95	42,05	40,78	24,21	33,70	35,02	26,36	27,16	25,23	24,68	31,52	68,67

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 17/01/2024.

Las personas que pertenecen a comunidades étnicas pueden experimentar exclusión social y económica, generando inequidades en salud, especialmente durante el embarazo y parto, teniendo menos probabilidades de contar con asistencia al parto por personal cualificado; la población indígena y afrodescendiente cuentan con menor acceso a los servicios de salud y principalmente durante el embarazo y el parto, por otro lado, las instituciones y profesionales de salud en ocasiones no son incluyentes ni reconocen las creencias y medicina no tradicional con la que cuenta estas comunidades.

La razón de mortalidad materna ha tenido unas altas razones en la etnia negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente aumentando en el año 2014 a 2017 y 2020, sin embargo, en el año 2021 no se ha registrado muertes en esta etnia. En cuanto a la etnia Indígena se observa razones altas de mortalidad en el año 2014 y en el año 2016, a partir del año 2017 no se han registrado muertes maternas hasta el 2021 con una razón de mortalidad materna de 800 por cada 100.000 nacidos vivos.

Tabla 59. Razón de mortalidad materna según etnia, Bogotá 2010 - 2021

Etnia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
INDIGENA	0,00	0,00	0,00	0,00	1.369,8 6	0,00	1.098,9 0	0,00	0,00	0,00	0,00	800,0 0
ROM (GITANO)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PALENQUERO DE SAN BASILIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NEGRO, MULATO AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	0,00	519,0 3	0,00	0,00	181,82	437,6 4	222,72	665,19	0,00	0,00	403,23	0,00
OTRAS ETNIAS	37,4 9	39,57	40,08	23,42	31,97	32,28	24,46	20,77	25,4 1	24,8 2	30,39	67,51
NO REPORTADO	0,00	0,00	16.666,6 7	33.333,3 3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	36,9 5	42,05	40,78	24,21	33,70	35,02	26,36	27,16	25,2 3	24,6 8	31,52	68,67

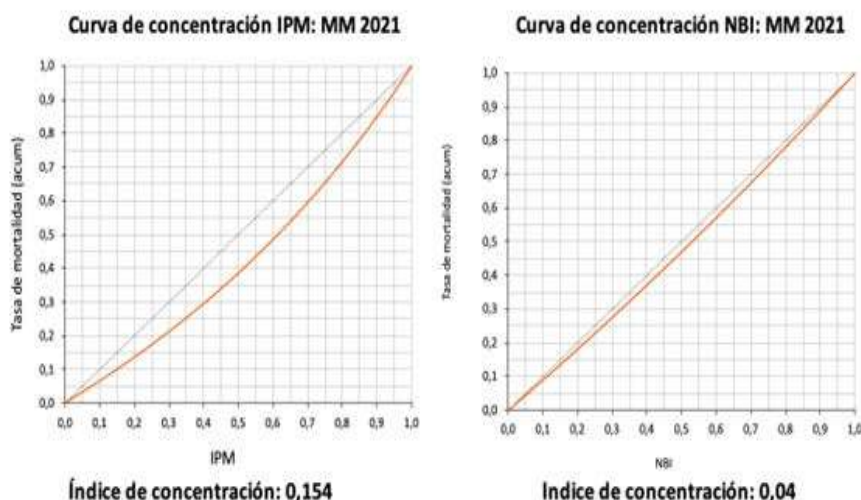
Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 30/11/2022

En el año 2021 la razón de mortalidad materna se concentra en la población de las localidades menos pobres, de acuerdo con el Índice de pobreza multidimensional (IPM) se cuenta con un índice de concentración de 15,4% estando cerca de la línea de equidad y el 50% de la población más aventajada concentra el 0,39% de las muertes maternas. Es así como las localidades más aventajadas (**Puente Aranda, Fontibón, Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo**) registraron una razón de 42.0 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en contraste con las localidades menos aventajadas (**Sumapaz, Usme, Santa Fe, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Los Mártires. Bosa y San Cristóbal**) con 19.2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y con un exceso de mortalidad de 22,9 muertes maternas por 100.000 nacidos en las localidades más aventajadas frente a las menos aventajadas.

De acuerdo con el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se cuenta con un índice de concentración de 4%, donde el 50% de la población con menos necesidades concentra el 47% de las muertes maternas. Es así como las localidades menos necesidades (Barrios Unidos, Los Mártires, Chapinero, Antonio Nariño, La Candelaria y Teusaquillo) registraron una razón de 39.5 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en

contraste con las localidades con más necesidades (Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, Suba, Usme, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal) con 30.7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y con un exceso de muertes de 8,8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en las localidades con menos necesidades frente a las más necesidades.

Figura 34 Curva de concentración de población para la mortalidad materna según IPM y NBI, Bogotá, 2021



Fuente: elaboración propia. FUENTE 2021: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de Estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES-Publicados 30-03-2022

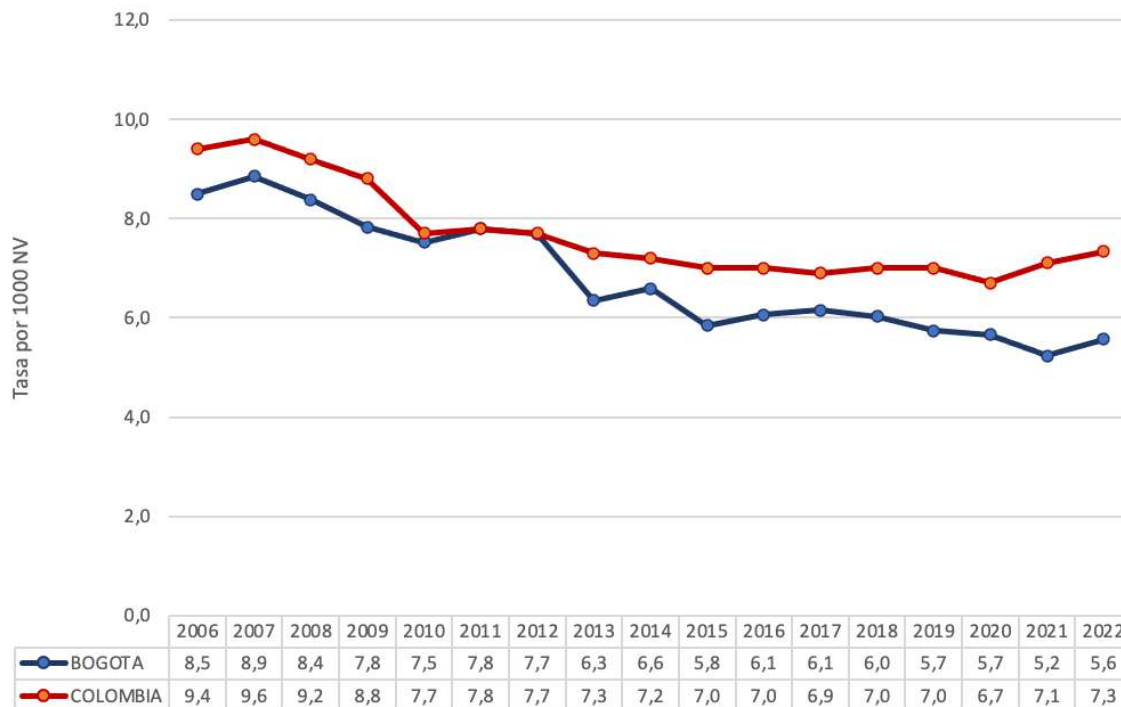
IPM 2021 Fuente: DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021. Cálculos: SDP-Dirección de Estudios Macro. Fecha de cálculo 21-07-2022 consultado el 19-01-2024 Secretaría Distrital de Planeación Indicadores | ENCUESTA MULTIPROPOSITO (arcgis.com). Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024 Para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024

Mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal en el periodo analizado ha sido inferior a la nacional durante los últimos años; no obstante, para los años 2011 y 2012 la tasa de mortalidad registradas a nivel Distrital fueron iguales a las registradas a nivel Nacional, sin embargo a partir de este año Bogotá registró un descenso en la tasa del 14,8% presentando una tendencia estable llegando a 5.2 muertes neonatales por cada 1000 NV para el 2021; siendo este mayor comparado con el comportamiento que presenta el país llegando en el 2022 a 7.3 muertes neonatales por 1000 NV. Es importante resaltar que, en el 2022, la tasa de mortalidad neonatal presento un ligero aumento al igual a Nivel Nacional aumento.

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

Figura 35 Tasa de mortalidad neonatal. Bogotá D.C. – Colombia, 2006 - 2022



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2022

Las tasas de mortalidad neonatal más altas en el periodo analizado (2010-2021) se registraron en las áreas rural dispersa y rural, para el año 2021 se contó con una disminución de las tasas de mortalidad, sin embargo, en estas zonas se presentan dificultades de acceso a los servicios de salud, barreras geográficas, económicas, de movilización que no permite la oportunidad en la atención.

Tabla 60. Tasa de mortalidad neonatal según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
URBANO												
CABECERA	7,44	7,77	7,64	6,33	6,52	5,83	5,98	6,11	6,03	5,71	5,63	5,21
CENTRO POBLADO	0,00	0,00	58,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ÁREA RURAL DISPERSA	44,03	29,13	35,71	14,29	24,19	7,04	6,80	27,97	0,00	22,56	14,71	14,29
SIN INFORMACION	150,00	0,00	500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RURAL												
RURAL	41,16	26,55	38,22	12,66	22,22	6,67	6,37	27,21	0,00	20,69	14,29	14,29
TOTAL	7,52	7,79	7,69	6,34	6,59	5,85	6,06	6,15	6,03	5,74	5,66	5,66

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 17/01/2024

Así mismo, como se ha observado con la mortalidad materna, las desigualdades desde la perspectiva étnica generan vulnerabilidad en el acceso y calidad a los servicios de salud, dado que estas inequidades suelen

presentar en estratos económicos bajos, presentan posiciones en la escala social más bajas. Es así, como para la etnia negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente ha registrado tasas de mortalidad neonatal desde el año 2010 llegando al año 2021 a 14.93 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, registrando una disminución con el año 2020 del 38,3%, teniendo en cuenta que el año 2020 y 2021 fueron años pandémicos con estrategias de cuarentenas obligatorias y restricciones en la atención presencial a los servicios de salud, sin embargo, en esta población no se ha registrado una disminución marcada del evento, para lo cual es necesario generar estrategias de atención incluyente con calidad, de acuerdo a su cultura y prácticas, así como acciones educativas tanto individuales y colectivas para el reconocimiento de signos y síntomas, adherencia a los servicios de salud para la atención preconcepcional, gestacional y posparto.

Tabla 61. Tasa de mortalidad neonatal según etnia. Bogotá D.C. 2010 - 2021

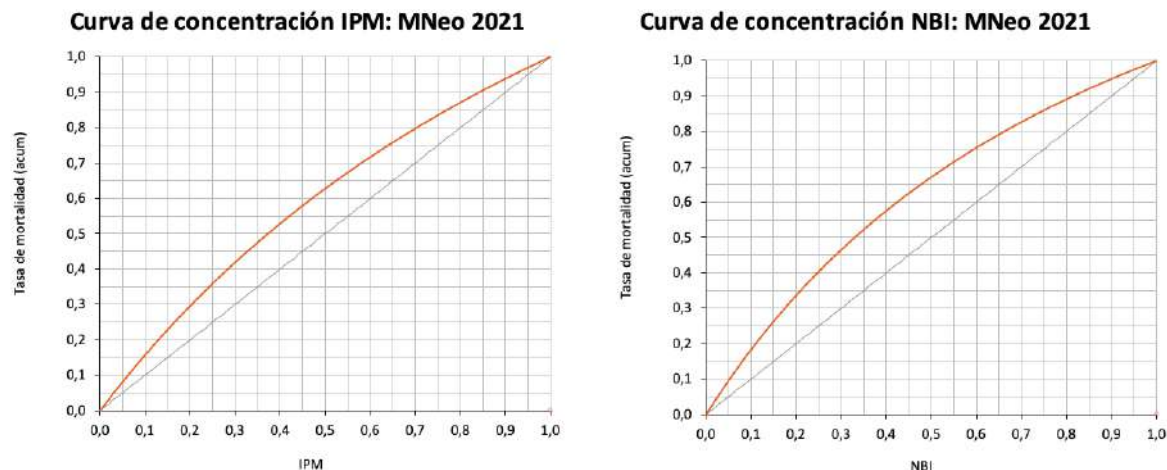
Etnia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
INDIGENA	0,00	0,00	64,10	30,30	13,70	23,26	0,00	0,00	14,18	0,00	0,00	48,00
ROM (GITANO)	125,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)	125,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PALENQUERO DE SAN BASILIO	0,00	0,00	0,00	0,00	500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NEGRO, MULATO AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	15,89	24,22	27,22	34,43	25,45	30,83	13,36	22,17	17,20	19,77	24,19	14,93
OTRAS ETNIAS	7,10	7,55	7,36	6,08	6,40	5,69	6,00	6,07	5,96	5,68	5,61	5,13
NO REPORTADO	76,48	81,82	3.333,33	2.333,33	2.333,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	7,52	7,79	7,69	6,34	6,59	5,85	6,06	6,15	6,03	5,74	5,66	5,24

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 17/01/2024

En el año 2021 la tasa de mortalidad neonatal se concentra en la población de las localidades menos aventajadas, de acuerdo con el IPM se cuenta con un índice de concentración negativa de -17,2%, el 50% de la población menos aventajada de acuerdo con el IPM concentra el 62,8% de las muertes neonatales. Es así como las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Santa fe, Bosa, San Cristóbal, Sumapaz, Los Mártires y Rafael Uribe Uribe) registraron una tasa de 5.2 muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos en contraste con las localidades más aventajadas (Puente Aranda, Fontibón, Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo) en donde se registraron 2.1 muertes neonatales por cada 1.000 NV con un exceso de muertes de 3.1 muertes neonatales por cada 1.000 NV nacidos vivos en las localidades menos aventajadas frente a las menos aventajadas.

De acuerdo NBI se cuenta con un índice de concentración de 23,3%, donde el 50% de la población menos aventajada concentra el 67,1% de las muertes neonatales. Es así como las localidades más necesidades (Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, Suba, Usme, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal) registraron una tasa de 4.1 muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos en contraste con las localidades con menos necesidades (Barrios Unidos, Los Mártires, Chapinero, Antonio Nariño, La Candelaria y Teusaquillo) y con un exceso de muertes neonatales de 0.6 por cada 1.000 nacidos vivos en las localidades menos aventajadas frente a las más aventajadas.

Figura 36 Curva de concentración de población para la mortalidad neonatal según IPM y NBI, Bogotá, 2021



Índice de concentración: -0,172

Índice de concentración: -0,233

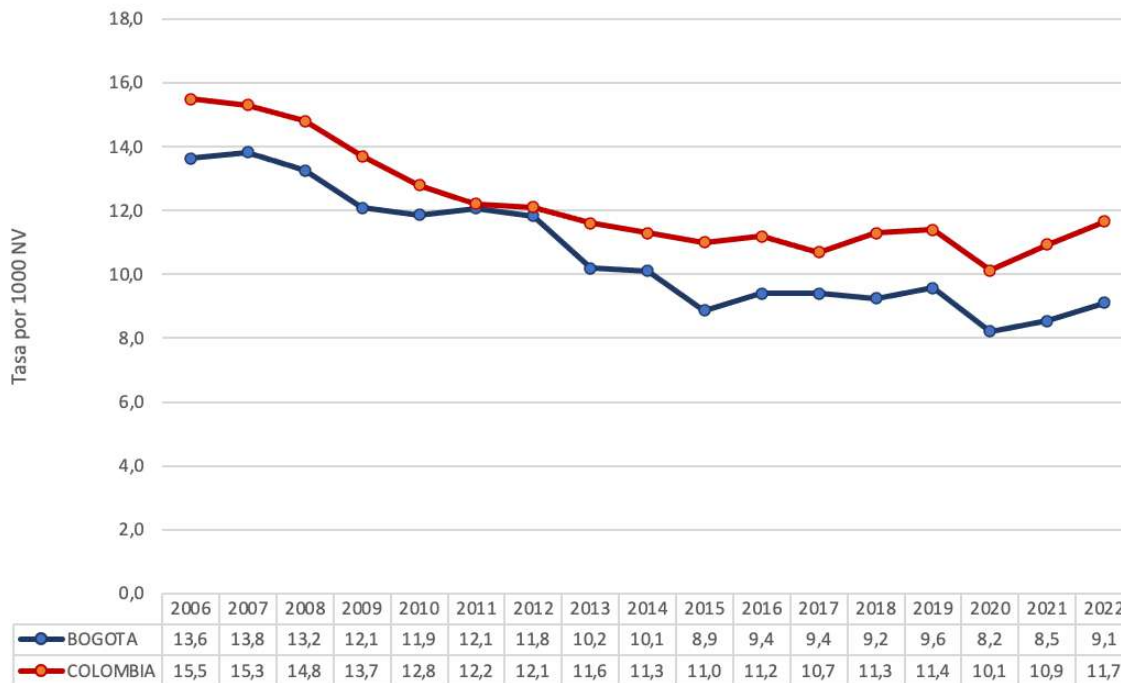
Fuente: elaboración propia. FUENTE 2021: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de Estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES-Publicados 30-03-2022

IPM 2021 Fuente: DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021. Cálculos: SDP-Dirección de Estudios Macro. Fecha de cálculo 21-07-2022 consultado el 19-01-2024 Secretaría Distrital de Planeación Indicadores | ENCUESTA MULTIPROPOSITO (arcgis.com). Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024 Para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil a nivel nacional y Distrital ha presentado una reducción a lo largo del periodo analizado, En Bogotá entre el año 2006 y 2022 ha reducido la tasa en 36,9% y a nivel nacional del 33,04%. A partir del 2015 se presenta una estabilización de la tasa de mortalidad sin embargo a partir del año 2020 se presenta un aumento llegando a 9.5 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, este comportamiento es similar a nivel nacional, y puede estar relacionado a las causas de muerte de los menores de 1 año que tiene un componente genético y hereditario.

Figura 37 Tasa de mortalidad infantil. Bogotá D. C. – Colombia. 2006-2022



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2022

De acuerdo con la mortalidad infantil se comporta similar a la neonatal, sin embargo, la reducción de la tasa entre el año 2021 y 2020 fue de 94,2% en el área rural dispersa y de 95,7% en el área rural.

De acuerdo con la mortalidad en la población étnica se observa que este evento se está presentando en poblaciones indígena y en negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente generando preocupación puesto que en este grupo todos los años del periodo analizado (2010-2021) se presentan tasas de mortalidad infantil. En la población indígena para el año 2021 se registró una tasa de 88 muertes infantiles por 1000 nacidos vivos aumentando un 146,4% con respecto al año anterior; en la población étnica negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente presenta para el 2021 una tasa de 29.85 muertes por cada 1000 nacidos vivos con un incremento de 23,4% con respecto al año 2020. Continúa siendo prioritario generar espacios de respeto e inclusión de atención a las poblaciones étnicas principalmente en las comunidades indígenas donde se integre la medicina ancestral y occidental para la reducción de morbilidades y mortalidades en salud materno infantil.

Tabla 62. Tasa de mortalidad infantil según etnia, Bogotá D.C. 2010 - 2021

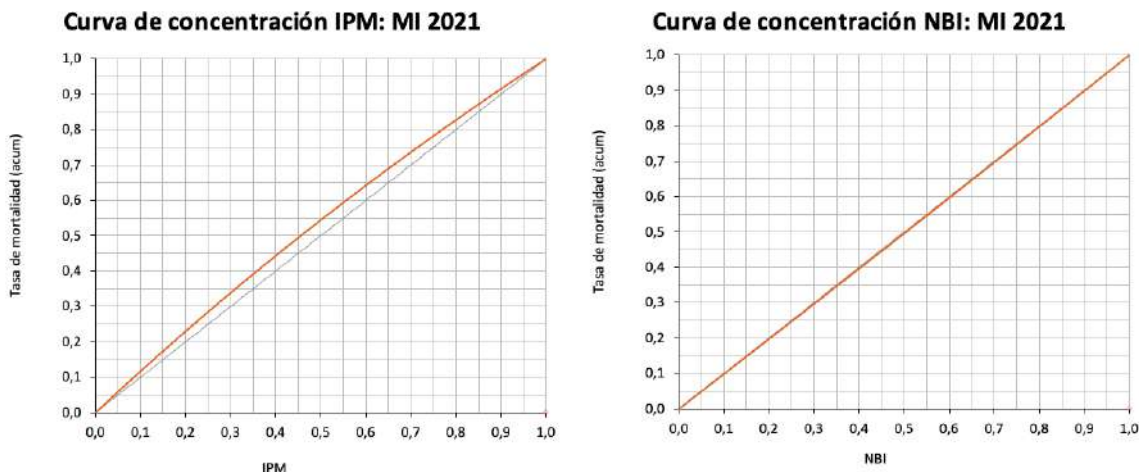
Etnia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
INDIGENA	12,99	89,44	89,74	45,45	41,10	34,88	54,95	17,09	42,55	21,51	35,71	88,00
ROM (GITANO)	250,00	500,00	500,00	333,33	500,00	0,00	2.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)	125,00	0,00	181,82	0,00		0,00	142,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PALENQUERO DE SAN BASILIO	0,00	0,00	0,00	0,00	500,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
NEGRO, MULATO AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	25,10	41,52	45,37	49,40	41,82	39,39	20,04	33,26	32,26	33,90	24,19	29,85
OTRAS ETNIAS	11,22	11,64	11,22	9,75	9,77	8,65	9,18	9,26	9,06	9,47	8,13	8,33
NO REPORTADO	116,63	118,18	6.166,67	5.333,33	4.000,00							
TOTAL	11,86	12,06	11,83	10,19	10,10	8,86	9,41	9,41	9,24	9,58	8,21	8,54

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 19/01/2024

En el año 2020 la tasa de mortalidad infantil se concentra en la población de las localidades aventajadas, de acuerdo con el IPM se cuenta con un índice de concentración negativa de 5,9%, el 50% de la población menos aventajada de acuerdo con el IPM concentra el 54,4% de las muertes infantiles. Es así como las localidades menos aventajadas (**Usme, Ciudad Bolívar, Santa fe, Bosa, San Cristóbal, Sumapaz, Los Mártires y Rafael Uribe Uribe**) registraron una tasa de 9.8 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos en contraste con las localidades más aventajadas (**Puente Aranda, Fontibón, Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo**) en donde se presenta 7.8 muertes infantiles por cada 1.000 NV con un exceso de muertes de 1.9 muertes infantiles por cada 1.000 NV nacidos vivos en las localidades menos aventajas frente a las más aventajadas.

De acuerdo con el NBI este cuenta con un índice de concentración de desigualdad en salud es de 0,5% estando muy cerca de la línea de equidad, donde el 50% de la población menos aventajada concentra el 49,6% de las muertes infantiles. Es así como las localidades menos aventajadas (Usme, Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, San Cristóbal, Kennedy y Rafael Uribe Uribe) registraron una tasa de 8.5 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos en contraste con las localidades más aventajadas (Los Mártires, La Candelaria, Barrio Unidos, Antonio Nariño, Chapinero y Teusaquillo) con 9.5 muertes infantiles por cada 1.000 NV y con un exceso de muertes de 1.0 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos en las localidades más aventajas frente a las menos aventajadas.

Figura 38 Curva de concentración de población para la mortalidad infantil según IPM y NBI, Bogotá, 2021



Índice de concentración: -0,059

Índice de concentración: 0,005

Fuente: elaboración propia. FUENTE 2021: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de Estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES-Publicados 30-03-2022

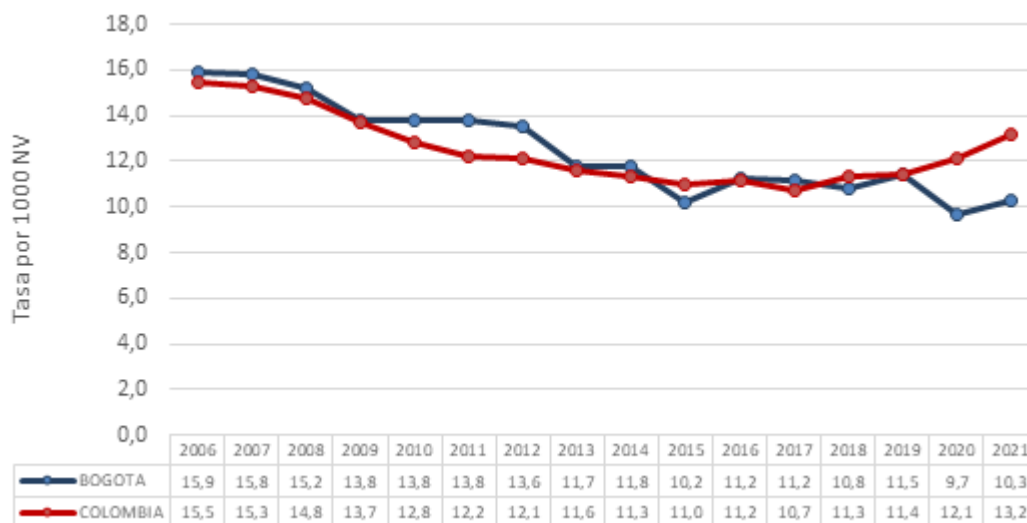
IPM 2021 Fuente: DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021. Cálculos: SDP-Dirección de Estudios Macro. Fecha de cálculo 21-07-2022 consultado el 19-01-2024 Secretaría Distrital de Planeación Indicadores | ENCUESTA MULTIPROPOSITO (arcgis.com). Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024 Para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024

Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 7 - 12 -2021Para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 1-12 -2022.

Mortalidad en la niñez

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

Figura 39 Tasa de mortalidad en la niñez. Bogotá D.C. – Colombia. 2006-2021



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2021

La mayor carga de la mortalidad en la niñez se representa en la neonatal e infantil, es así como estas tasas se presentan en las mismas áreas de Bogotá, con comportamientos de reducción similares.

Tabla 63. Tasa de mortalidad en la niñez según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021

TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ (MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
URBANO												
1 - CABECERA	13,55	13,72	13,49	11,71	11,56	10,11	11,08	11,10	10,80	11,39	9,64	10,22
2 - CENTRO POBLADO	0,00	100,00	58,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	83,33	0,00	0,00
3 - AREA RURAL DISPERSA	69,18	58,25	50,00	21,43	48,39	28,17	13,61	55,94	11,56	45,11	14,71	42,86
SIN INFORMACION	850,00	0,00	1.000,00	2.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13,78	13,77	13,56	11,74	11,76	10,20	11,22	11,19	10,82	11,45	9,66	10,30
RURAL												
RURAL	64,71	61,95	50,96	18,99	44,44	26,67	12,74	54,42	11,36	48,28	14,29	41,96
TOTAL	13,78	13,77	13,56	11,74	11,76	10,20	11,22	11,19	10,82	11,45	9,66	10,30

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 19/01/2024

El comportamiento de la mortalidad en la niñez en población étnica presenta un comportamiento similar a lo registrado en la población infantil. Se está presentando en poblaciones indígena y en negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente. En la población indígena para el año 2021 se registró una tasa de 104.0 muertes en la niñez por 1000 nacidos vivos aumentando un 118,4% con respecto al año anterior; en la población étnica negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente presenta un comportamiento similar en donde para el 2021 se registró una tasa de 39.8 muertes por cada 1000 nacidos vivos con un aumento de 64,5% con respecto al año 2020.

Tabla 64. Tasa de mortalidad en la niñez según etnia. Bogotá D.C. 2010 - 2021

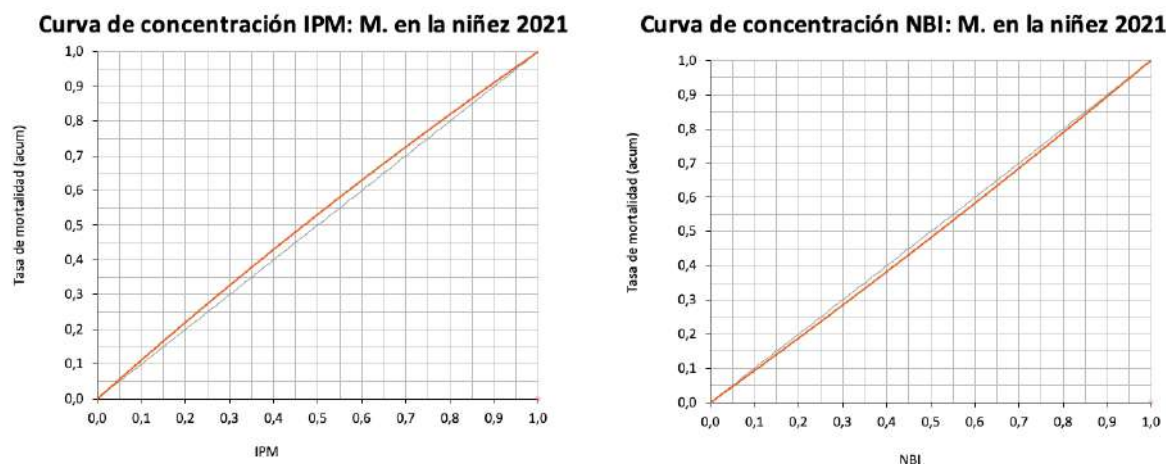
Etnia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
INDIGENA	25,97	69,44	102,56	60,61	41,10	46,51	65,93	25,64	63,83	43,01	47,62	104,00
ROM (GITANO)	500,00	4.500,00	5.000,00	2.000,00	2.000,00	0,00	3.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)	125,00	0,00	181,82	0,00	-	0,00	142,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PALENGUERO DE SAN BASILIO	0,00	0,00	0,00	0,00	500,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00
NEGRO, MULA TO AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	30,33	46,71	50,82	53,89	49,09	41,58	28,95	35,48	34,41	36,72	24,19	39,80
OTRAS ETNIAS	12,97	13,19	12,75	11,12	11,34	9,97	10,93	11,03	10,59	11,31	9,57	10,04
NO REPORTADO	143,40	145,45	7.666,67	8.666,67	5.000,00	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13,78	13,77	13,56	11,74	11,76	10,20	11,22	11,19	10,82	11,45	9,66	10,30

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 19/01/2024

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

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

Figura 40 Curva de concentración de población para la mortalidad en la niñez según IPM y NBI, Bogotá, 2021



Índice de concentración: -0,041

Índice de concentración: 0,025

Fuente: elaboración propia. FUENTE 2021: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de Estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES-Publicados 30-03-2022

IPM 2021 Fuente: DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021. Cálculos: SDP-Dirección de Estudios Macro. Fecha de cálculo 21-07-2022 consultado el 19-01-2024 Secretaría Distrital de Planeación Indicadores | ENCUESTA MULTIPROPOSITO (arcgis.com). Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024 Para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024

3.3 EVENTOS PRIORIZADOS POR ALTA CARGA DE LA ENFERMEDAD PERSISTENTE EN LA CIUDAD

3.3.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) representan a nivel mundial, nacional y distrital las primeras causas de morbilidad en la población, con una afectación predominante en el transcurrir vital de la vejez y la adultez. La observación de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población de 30 a 70 años cobra una relevancia significativa, ya que se considera un indicador clave de mortalidad prematura. Estas muertes son catalogadas como tratables y evitables mediante el actuar frente a factores de riesgo (tabaco, alcohol, sedentarismo, consumo de productos ultra procesados), junto con mejorar la atención sanitaria en este grupo demográfico específico. En síntesis, la atención a la mortalidad prematura por ECNT se vuelve crucial en la formulación de estrategias de salud pública destinadas a promover estilos de vida saludables y proporcionar intervenciones tempranas para reducir la carga de enfermedades crónicas en la población (OECD & Eurostat, 2022; Pinilla Espejo et al., 2020; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2019; World Health Organization (WHO/OMS), 2019).

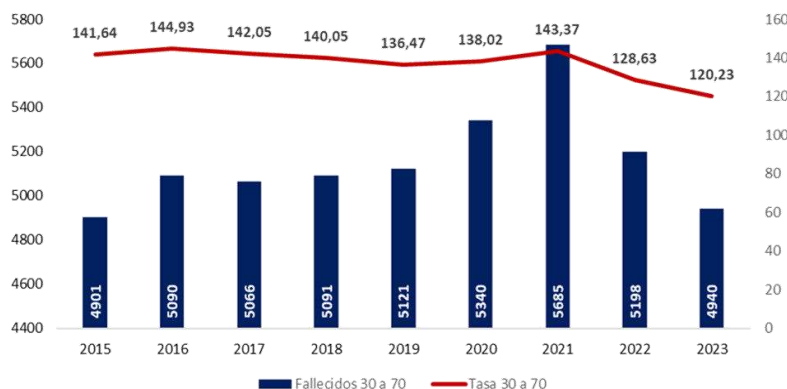
La tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en Bogotá D.C., para la población de 30 a 70 años, experimenta una evolución particular durante el periodo 2020 a 2023⁴³. Entre los años 2020 y 2021, se observa un incremento marcado, evidenciado por tasas de mortalidad de 138,03 y 143,37 según datos oficiales del DANE. Este aumento se vincula directamente al exceso de mortalidad provocado por la pandemia, concentrándose principalmente en individuos con patologías crónicas preexistentes (DANE & Bodega de Datos SISPRO (SGD), 2024)

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

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

⁴³ La información de Estadísticas Vitales para el año 2023 es preliminar

Figura 41 Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en Bogotá D.C. (30 a 70 años). Serie años 2015 a 2023 *



Fuente: Numerador: Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005-2022. datos preliminares para 2023 (DANE & Bodega de Datos SISPRO (SGD), 2024)

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 (DANE, 2023b)

3.3.1.1 Enfermedades cardiovasculares y Metabólicas

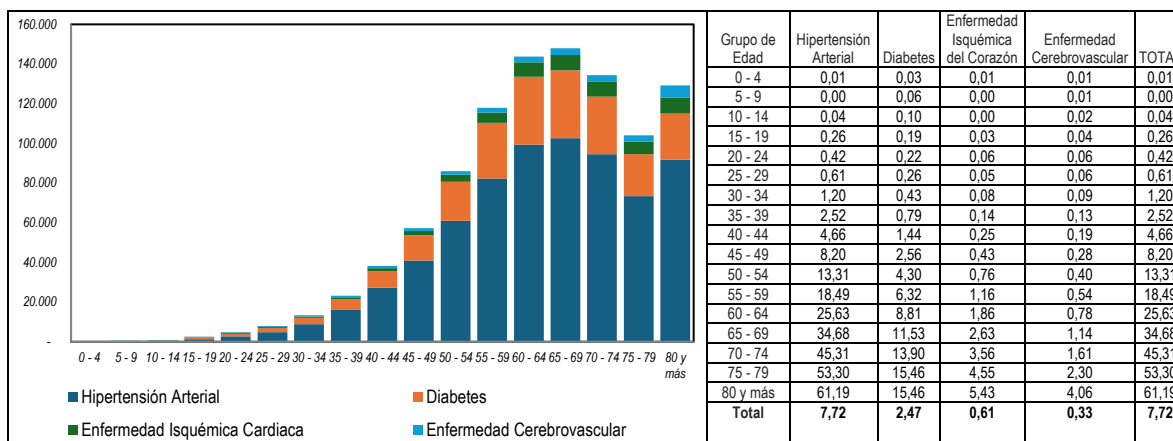
Las enfermedades cardiovasculares y metabólicas constituyen la segunda causa más frecuente de morbilidad atendida en el Distrito Capital, afectando a 1.320.188 personas que hicieron uso de servicios de salud por esta causa en el año 2023.

Estas enfermedades presentan un aumento progresivo con la edad, aunque si bien, la mayor prevalencia según morbilidad atendida se presenta de manera específica en las personas de 80 años o más, el mayor número de atenciones e individuos atendidos se concentra en los quinquenios comprendidos entre los 60 y 69 años, con un aumento rápido en la captación de personas a partir de los 40 años (Ver Figura 42)

Una de las particularidades identificadas en esta distribución consiste en concentrar las atenciones a individuos de los mismos grupos poblacionales en enfermedades base de hipertensión y diabetes con complicaciones, aunque se espera que ocurran años después del diagnóstico inicial, lo cual puede tener relación con la implementación de servicios de salud centrado en personas con complicaciones y no tanto en aquellos con enfermedades en estadios iniciales.

Otra condición de salud que puede favorecer el desarrollo de complicaciones en la población con enfermedades cardiovasculares, en especial el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares es la hipercolesterolemia, la cual ha sido identificada como causa de atención en el 4,09% de la población de la ciudad con edades entre 30 a 69 años, siendo el quinquenio de 60 a 64 años el grupo de edad en el que se identifica más frecuentemente (7,46%) el cual es inmediatamente anterior al grupo en el que se concentra la mayor cantidad de atenciones a personas con diabetes, hipertensión, enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón (Ver Figura 42).

Figura 42. Distribución de individuos atendidos por enfermedades cardiovasculares y metabólicas según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100 habitantes, Bogotá 2023

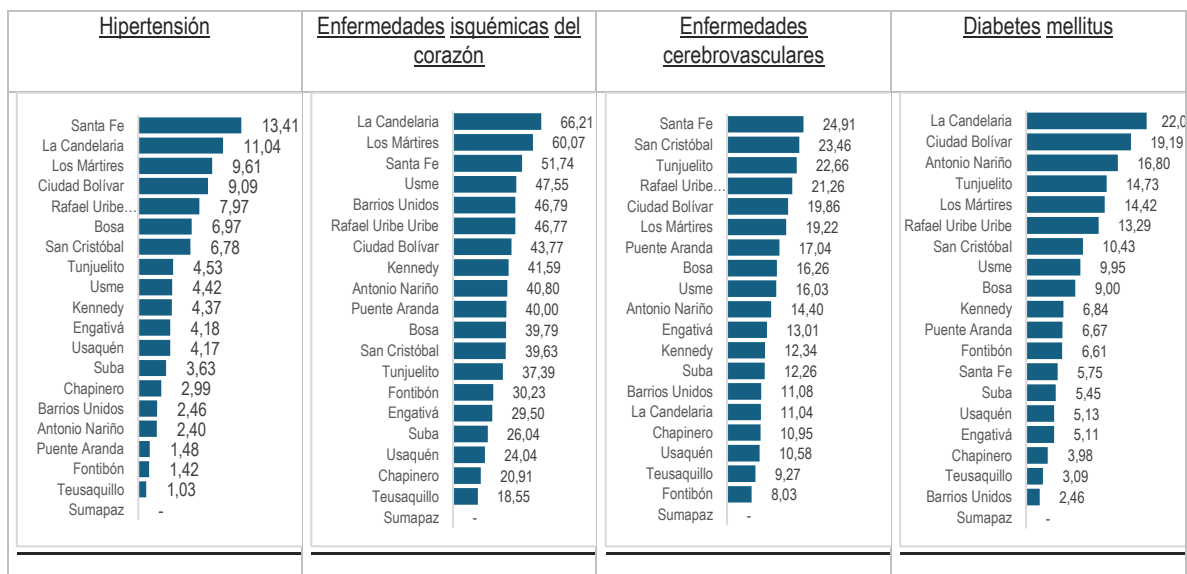


Fuente Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 abril). Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción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

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 (DANE, 2023b)

Al comparar el comportamiento de la mortalidad presentada por estos eventos a nivel local se identifica que, aunque se ha identificado una ligera disminución por estas causas en personas de 30 a 69 años, continúa siendo la principal causa de defunciones en el Distrito Capital. Este comportamiento es variable entre las diferentes localidades de la ciudad, dependiendo del evento analizado, sin embargo, las localidades de la zona centro Oriente suelen tener las tasas más altas, especialmente las localidades Santafé, Mártires y Candelaria, así como en otras en las que se concentran diferentes condiciones de vulnerabilidad relacionadas con la ocurrencia de estos eventos tales como Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Usme (Ver Figura 43).

Figura 43 Tasas crudas de mortalidad por enfermedades Cardiovasculares y metabólicas en personas de 39 a 69 años por localidad. (Tasas por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Estadísticas vitales – DANE, 2005 a 2022, Bodega de Datos SISPRO (SGD) (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2024b)

Problemática

En el grupo de condiciones crónicas con mortalidad evitable se destacan las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad cerebrovascular por su aporte a la mortalidad, morbilidad atendida en servicios de salud y discapacidad

Así, se ha estimado que la enfermedad isquémica cardíaca aportó el 6,21% [5,18-7,17] del total de Años de Vida Saludable perdidos en Colombia para el año 2019, mientras que la enfermedad cerebrovascular fue responsable del 3,03% [2,59-3,44] en este mismo periodo (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME & University of Washington, 2020)

Este grupo de eventos tiene una estrecha relación con factores del entorno como la contaminación por material particulado (especialmente, PM^{2.5}) (Weltgesundheitsorganisation & World Health Organization, 2021), el consumo de tabaco (que es reportado como consumo actual por el 15,61% de las personas entre 12 y 65 años de la ciudad (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. & UNODC - Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013; Secretaría Distrital de Salud, 2023), la disponibilidad de zonas verdes y de espacios para la práctica de la actividad física, los cuales presentan amplia variación entre territorios, siendo crítico en algunos como

En los ejercicios realizados por Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, se identificó que la prevalencia de Hipertensión Arterial y de la diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años; y la mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares hicieron parte de las 5 primeras prioridades definidas asociado al alto costo que generan en el Sistema.

Sin embargo, al evaluar la gestión de la atención que se brinda a la población en el Distrito Capital, a partir de los informes de evaluación del desempeño de la gestión realizada por las EAPB y prestadores de servicios de salud en el marco de los reportes publicados por la Cuenta de alto costo a partir del análisis de cohortes de pacientes con hipertensión y diabetes se identifica una tendencia decreciente en cuanto a la captación de personas con hipertensión o diabetes para su participación en programas de atención, pasando de 19,82 por cada 1000 habitantes a 10,09 en el caso de la hipertensión y de 7,18 por cada 1000 habitantes a 3,94 para el caso de la diabetes mellitus.

Si bien, esto puede interpretarse como una reducción en la ocurrencia del evento, puede estar también asociado a una menor eficiencia en la captación de pacientes más jóvenes con diagnósticos en estadios iniciales, en especial si se tiene en cuenta que al comparar la distribución de la edad de los individuos atendidos con hipertensión arterial y diabetes mellitus y la de las personas con complicaciones como la enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica cardíaca es similar teniendo apenas 1 a 3 años de diferencia en promedio⁴⁴(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial, 2024); en especial si se tiene en cuenta que estas dos condiciones se consideran evitables y que se puede retrasar su ocurrencia con la implementación de estrategias de atención integral y favoreciendo la participación activa de las personas en la toma de decisiones relacionada con el control de su enfermedad (Grady & Gough, 2015; Institute for Healthcare Improvement, 2009; World Health Organization (WHO/OMS) & (CDC), 2017).

En lo relacionado con la prestación de servicios se ha identificado la necesidad de fortalecer la gestión que se realiza para dar respuesta a los eventos urgentes de enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica cardíaca, para contribuir a la reducción de la mortalidad y secuelas mediante la atención oportuna de las personas con eventos agudos en centros especializados, lo cual se encuentra en proceso de implementación⁴⁵

En los ejercicios de priorización de problemáticas realizados en las localidades se identificó que existe amplia variación tanto en el acceso a servicios de salud, tanto por distribución geográfica como por la necesidad de avanzar en la adherencia y activación de las personas para el control de su enfermedad, ya sea por aspectos propios del servicio o propios de las personas. Se destacan en este tema las dificultades identificadas para el trabajo conjunto con poblaciones diferenciales incluyendo personas con bajo nivel educativo o con aspectos culturales que generen diferencias respecto a la asistencia a servicios de salud, o a la implementación de prácticas cotidianas que aumenten el riesgo de desarrollar estas condiciones tales como el consumo de alcohol o cigarrillo, el bajo consumo de vegetales (Equipo Técnico de ACCVyS Indígena Subred Sur Occidente & Autoridades Tradicionales de los Pueblos Indígenas de Bogotá a través del Consejo consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá, 2023; Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, 2024) o el motivar al desplazamiento de personas hacia las áreas urbanas por la necesidad de recibir servicios de salud especializados, perdiendo la red de apoyo y motivando a la modificación de prácticas cotidianas relacionadas con la alimentación y la actividad física (Secretaría Distrital de Salud, 2023a); o el tener diferentes formas o modalidades de pobreza que limiten el acceso a servicios de salud, ya sea por dificultades para satisfacer las necesidades básicas de las personas y familias o mediante otras modalidades como la pobreza

⁴⁴ Para el año 2023, el promedio de edad de las personas atendidas con hipertensión arterial fue de $64,6 \pm 13,8$ años y el de las personas atendidas con diabetes fue de $63 \pm 14,1$, mientras que el de las personas atendidas por enfermedades cerebrovasculares fue de $65,2 \pm 17,8$ y por enfermedad isquémica cardíaca $66,0 \pm 13,9$. Fuente: Análisis del Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General

⁴⁵ Resolución 2455 del 06 de octubre de 2023 de la Secretaría Distrital de Salud. Por la cual se crea la Red para la Atención de Eventos de Ataque Cerebrovascular e Infarto (ACV) Agudo de Miocardio (IAM) en el Distrito Capital

oculta⁴⁶, reportada más frecuentemente en algunas localidades como Teusaquillo o Usaquén (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, 2024a, 2024b)

A nivel de condiciones del entorno se identificaron limitaciones en condiciones de vida relacionadas con la calidad del aire en especial en la zona suroccidente de la ciudad; el mayor consumo de tabaco identificado en la población de algunas localidades (superior al 18 de la población entre 12 a 65 años en Santa Fe, Usme, San Cristóbal, La Candelaria y Ciudad Bolívar) que dificultan la reducción del impacto asociado a estas condiciones.

3.3.1.2 Cáncer

El cáncer es un grupo amplio de condiciones que generan gran impacto en las poblaciones y sistemas de salud por su aorte a la morbilidad y mortalidad y por el alto costo que genera la atención. Dentro de estas causas diversas se identifica un grupo de eventos que tienen como característica común el contar con herramientas de diagnóstico precoz o de tratamiento que pueden contribuir significativamente a la reducción de mortalidad asociada a estos tipos de cáncer: o tienen una fuerte asociación con un factor de riesgo que, de intervenir, puede disminuir la ocurrencia del evento

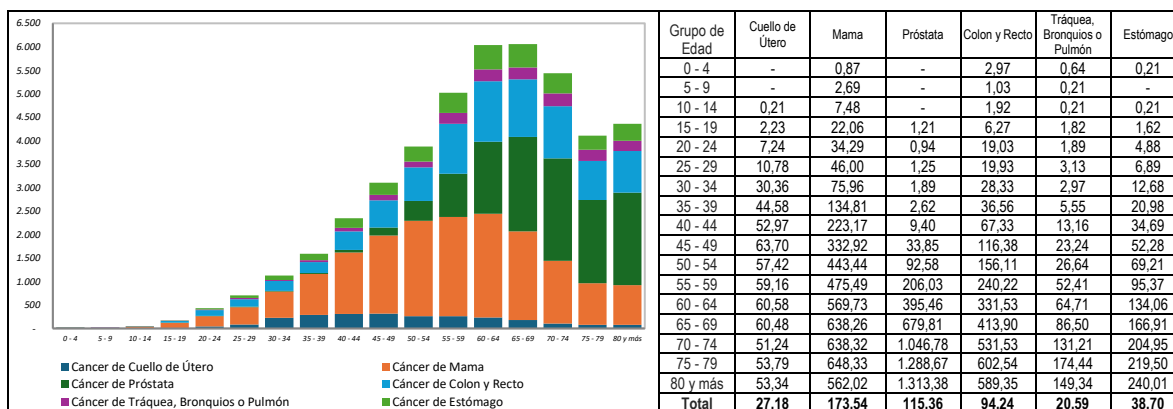
Dentro de este grupo de eventos se encuentran los cánceres de cuello del útero y de mama en mujeres, el cáncer de próstata en hombres y los cánceres de colon y recto, cáncer de tráquea, bronquios o pulmón y cáncer de estómago

En 2023, 101.660 personas fueron atendidas en los servicios de salud por algunos de estos cánceres, 67.275 eran de entre 30 y 69 años.

Estas enfermedades presentan un aumento progresivo con la edad, encontrando que los valores más altos para el número de individuos atendidos se encuentran a partir de los 60 años, aunque con algunas diferencias por evento, tales como una distribución más amplia en el caso del cáncer de mama en donde se evidencia un mayor aumento a partir de los 40 años o en otros eventos en los que dicho aumento rápido se produce a partir de edades más tardías, tales como el cáncer de colon (a partir de los 50) o el de próstata (a partir de los 60 años)

⁴⁶ Se describe como pobreza oculta aquella situación en la que personas con algunas características de tenencia de vivienda, nivel educativo superior u otras presentan limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas y acceder a servicios por la falta de ingresos o red de apoyo (Secretaría de Planeación Distrital, 2013).

Figura 44. Distribución de individuos atendidos por cáncer según causa de atención por quinquenios en número y tasa por cada 100.000 habitantes, Bogotá 2023



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

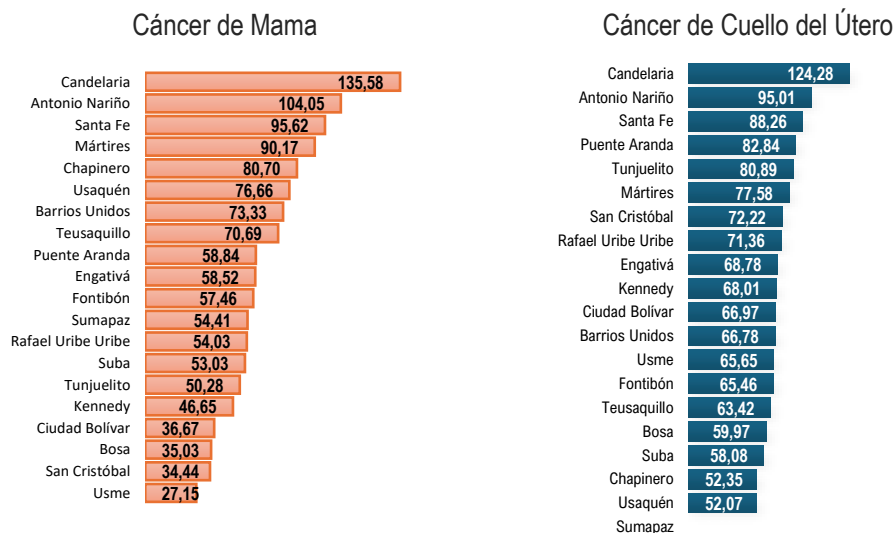
Fuente Denominador para cálculo de tasas: DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, Serie municipal de población por área, sexo y edad para el periodo 2020-2035. Actualización Post COVID (DANE, 2023b)

En el caso de la incidencia para los cánceres de cuello uterino y mama se identifica un aumento progresivo para ambos tipos de cancer en el periodo comprendido entre el 2019 y el 2022, pasando de 28,34 casos nuevos por cada 100.000 mujeres a 53,06 en el año 2022, en el caso del cancer de mama; y de 36.17 a 65,81 por cada 100.000 mujeres en el caso del cancer del cuello del útero (Secretaria Distrital de Salud, 2023b).

Las localidades con más casos nuevos de cáncer de mama en 2022 son Tunjuelito, Puente Aranda, Santa Fe, Antonio Nariño y Candelaria, con más de 80,9 casos por cada 100.000 mujeres. El 56,7% de los casos se concentra en Suba, Engativá, Kennedy y Usaquén.

Aunque este aumento en la incidencia puede reflejar una mejora en la implementación de estrategias de detección temprana en la ciudad, se ha identificado que existen otros factores que pueden retrasar su identificación oportuna tales como la percepción errónea de riesgo y las dinámicas laborales, incluyendo turnos de trabajo extensos (Fagundo-Rivera et al., 2020; Rey-Vargas et al., 2019), especialmente para el Cáncer de mama que se suele detectar a edades más tempranas respecto a los otros cánceres analizados.

Figura 45 Incidencia de Cánceres de Mama y Cuello Uterino por localidad, Bogotá, 2022. Tasas por 100.000 mujeres

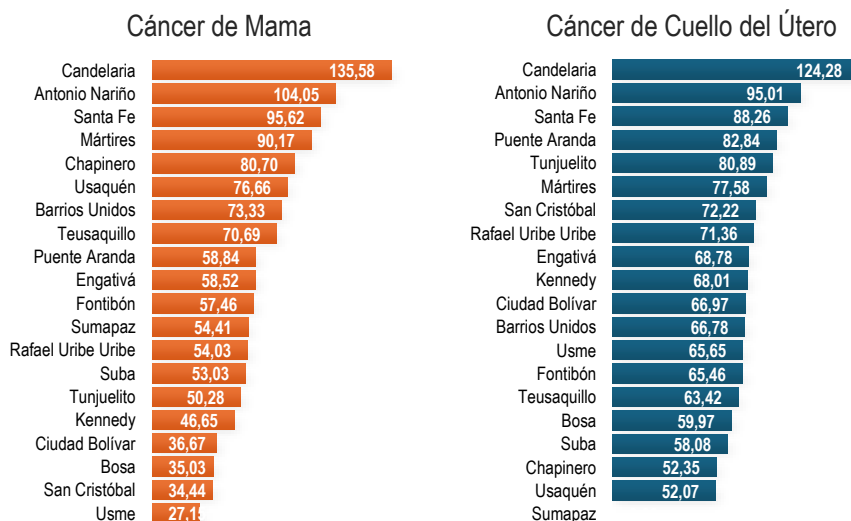


Fuente: Bases de datos SIVIGILA, evento 105. 2019 a 2022 (Secretaría Distrital de Salud, 2023b)

Fuente Denominador: Secretaría de Planeación Distrital y DANE. Convenio 095 e 2022 (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022b)

En relación con la mortalidad asociada a los cánceres priorizados se identifica una tendencia a la reducción de la tasa general de muertes asociada tanto a los cánceres de mama como de cuello del útero, pasando de 13,87 por cada 100.000 mujeres en el año 2019 a 11,73 en el año 2022 en el caso del cáncer de mama y de 6,09 a 4,88 muertes por cada 100.000 mujeres en el caso del cáncer de cuello uterino para el mismo periodo.

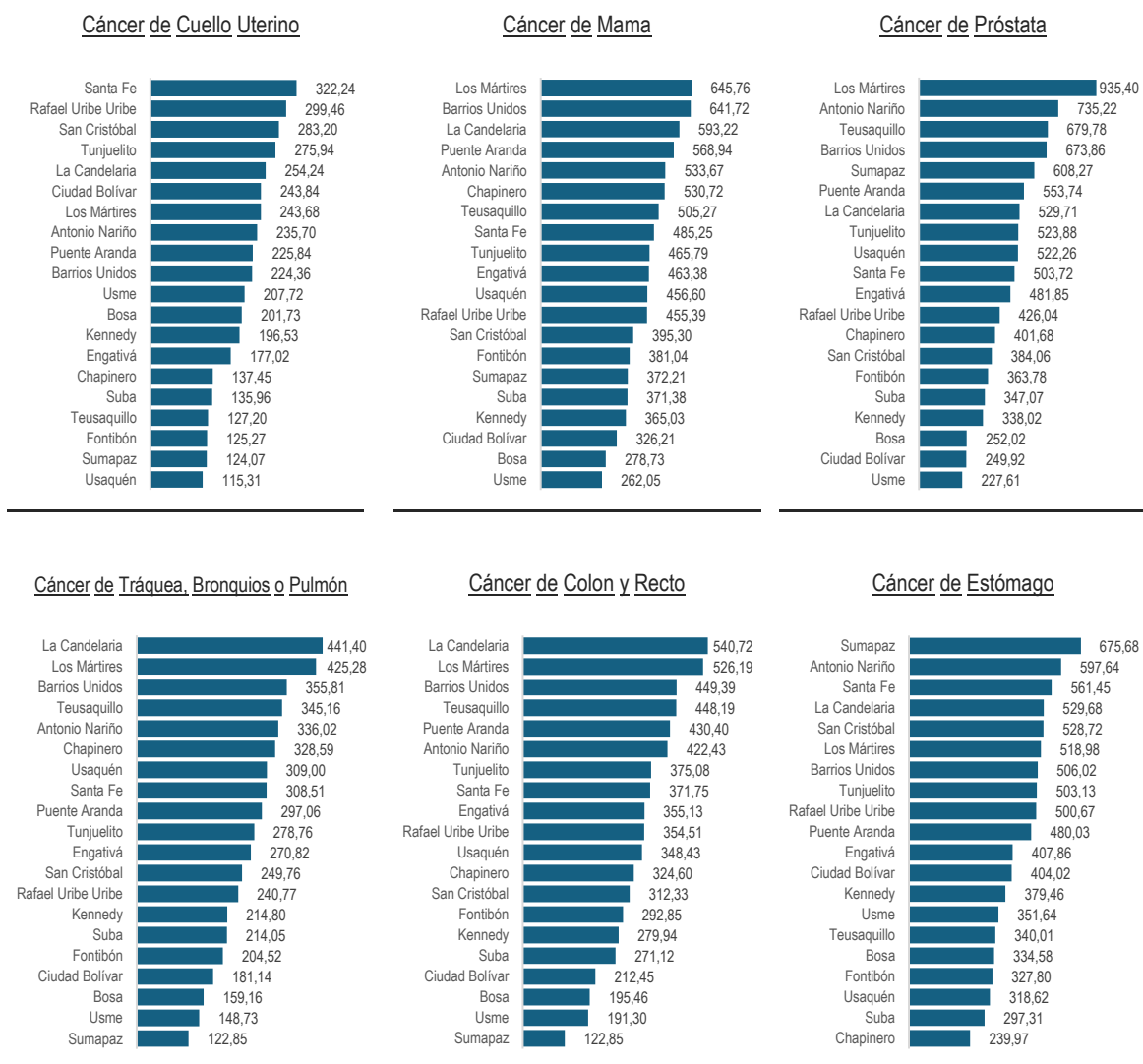
Figura 46 Tasa de Mortalidad por Cánceres de Mama y Cuello Uterino por localidad, Bogotá, 2022. Tasas por 100.000 mujeres



Fuente: Bases de datos SIVIGILA, evento 105. 2019 a 2022 (Secretaría Distrital de Salud, 2023b)
Fuente Denominador: Secretaría de Planeación Distrital y DANE. Convenio 095 e 2022 (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022b)

Al analizar la mortalidad por estos cánceres en personas de 30 a 69 años, las cuales se consideran evitables por contar con estrategias de detección temprana o tratamiento oportuno se identifica que las tasas más altas para los diferentes eventos se concentran en las localidades de Candelaria, Antonio Nariño, Mártires y Barrios Unidos

Figura 47 Tasas crudas de mortalidad evitable por cáncer en personas de 39 a 69 años por localidad. (Tasas por cada 100.000 habitantes)



Fuente Numerador: Estadísticas vitales – DANE, 2005 a 2022, Bodega de Datos SISPRO (SGD)(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2024b)

Fuente Denominador: Secretaría de Planeación Distrital y DANE. Convenio 095 e 2022 (DANE & Secretaría Distrital de Planeación, 2022b)

Las tasas para los cánceres de mama, cuello uterino y próstata se calcularon utilizando la población por sexo específica para el tipo de cáncer

Problematización

Dentro de los factores identificados en los análisis por localidad como contribuyentes a la mortalidad estos cánceres se encuentra la pobreza y tasas de deserción escolar debido a que estos pueden limitar el acceso a los servicios de detección temprana y tratamiento del cáncer (Rodríguez-González et al., 2023; Secretaría de Integración Social, 2023; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, 2024)

Sin embargo es importante tener en cuenta que cada uno de los cánceres analizados puede tener factores de riesgo diferentes, siendo común a todos ellos el consumo de tabaco el cual es responsable del 3,1% [0,9 - 5,4] de los años de vida saludables perdidos por cáncer de próstata en Colombia, , 2,1% [1,2 - 3] de los correspondientes a Cáncer de mama; 12,7% [5,7 - 21,1] de los correspondientes a cáncer de útero, 6,6% [2,7 - 10,2] para cancer de colon y recto, 38,2% [34,8 - 41,9] de traquea, bronquios y pulmón y 7,8 [5,1 - 10,6] de los atribuidos a cáncer de estómago, según datos de (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME & University of Washington, 2020; OECD & Eurostat, 2022)

Otros factores que pueden estar relacionados con este evento son el exceso de peso, especialmente en el caso de cáncer de mama, 2,1% [-1,6 - 6,1] de los AVISA específicos para esta patología, cáncer de colon y recto 9,1% [5 - 13,9]. La contaminación ambiental por partículas se ha atribuido como la causa del 14,1% [10 - 19] de los AVISA por cáncer de tráquea, bronquios o pulmón

A nivel de los territorios se identificó en la localidad de Usme áreas de mayor concentración de cáncer de mama y cuello uterino en las UPZ 57 Gran Yomasa, 58 Comuneros, 56 Danubio y 59 Alfonso López, lo cual atribuyen a la cercanía a vías de alto tráfico con mayor concentración de material particulado y condiciones socioeconómicas como la pobreza y limitaciones en el acceso a servicios de salud (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2024)

3.3.2 Salud Sexual y Reproductiva

Dentro de esta dimensión se incluyen diferentes grupos de análisis relacionados con la salud sexual y reproductiva en la población de la ciudad de Bogotá, incluyendo los relacionados con la atención materno infantil y el cuidado de la salud. A continuación, se presentan algunos indicadores de interés de este grupo:

Tabla 65 Comportamiento de indicadores priorizados en Salud Sexual y reproductiva

Indicador		2019	2020	2021	2022	2023 (Dic*)	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%
	Casos	5392	5108	4790	4881	48569	-11,2%	-9,54%	-9,9%	1,4%	-0,56%

Indicador		2019	2020	2021	2022	2023 (Dic*)	Variación porcentual del indicador				
							2019- 2021	2019 - 2022	2019 - 2023	2021 - 2023	2022 - 2023
Morbilidad materna extrema	Razón por 100000 NV	63,4	64,4	71,5	75,4	79,8	12,8%	18,3%	25,9%	11,6%	5,8%
	Casos	815	651	572	592	530	-29,8%	-27,4%	-35,0%	-7,3%	-10,5%
Mortalidad infantil	Tasa por 1000 NV	9,6	8,2	8,5	9,1	8,7	-10,9%	-4,5%	-9,1%	1,9%	-4,8%
	Casos	620	598	522	581	566	-15,8%	-6,3%	-8,7%	8,4%	-2,6%
Sífilis gestacional colombianas	Prevalencia	7,3	7,5	7,7	8,9	9,2	5,5%	21,9%	26,0%	19,5%	3,4%
	1000 NV+Fet	127	125	99	86	55	-22,0%	-32,3%	-56,7%	-44,4%	-36,0%
Sífilis congénita colombianas	Casos	1,5	1,6	1,5	1,3	0,9	0,0%	-13,3%	-40,3%	-40,3%	-31,1%
	Incidencia 1000 NV+FET	206	181	154	139	151	-25,2%	-32,5%	-26,7%	-1,9%	8,6%
Nacimientos (10 a 14 años)	Casos	9618	8408	6474	5716	5140	-2,7%	-40,6%	-46,6%	-20,2%	-10,1%
Nacimientos (15 a 19 años)	Casos										

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

Población: Departamento administrativo nacional de estadística (DANE), Actualización post COVID-19. Proyecciones de población a nivel municipal. Período 2020 - 2035.Secretaría Distrital de Salud.

Bases SIVIGILA: Morbilidad materna extrema, sífilis gestacional, sífilis congénita, 2019 – 2022 finales, 2023* datos preliminares SE 52.(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- 2022, 2023)

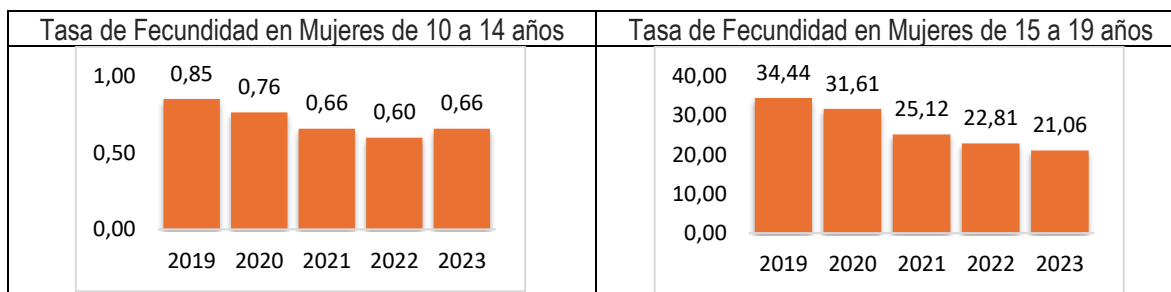
Bases SISVAN 2019 – 2023* preliminar.

Bases SISVECO 2019 – 2023* Preliminar, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC, 2023p*: Información preliminar sujeta a cambios por actualización, Grupo: Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – GCERN. Datos disponibles en Observatorio de salud de Bogotá-SaluData <https://saludata.saludcapital.gov.co/osbl/>

Se identifica que, de manera general han aumentado indicadores que evidencian mayor riesgo, tales como el número de casos presentados de Morbilidad materna Extrema, prevalencia de sífilis gestacional y nacimientos de 10 a 14 años, a pesar de que estas representan un menor valor de tasa de fecundidad

Figura 48 Tasas específicas de Fecundidad en Bogotá en grupos de madres de 10 a 14 y 15 a 19 años



Fuente: Estadística vitales Bogotá 2005-2023- los Datos 2023 son preliminares p Tomado de Datos Abiertos Bogotá (Secretaría Distrital de Salud, 2024)

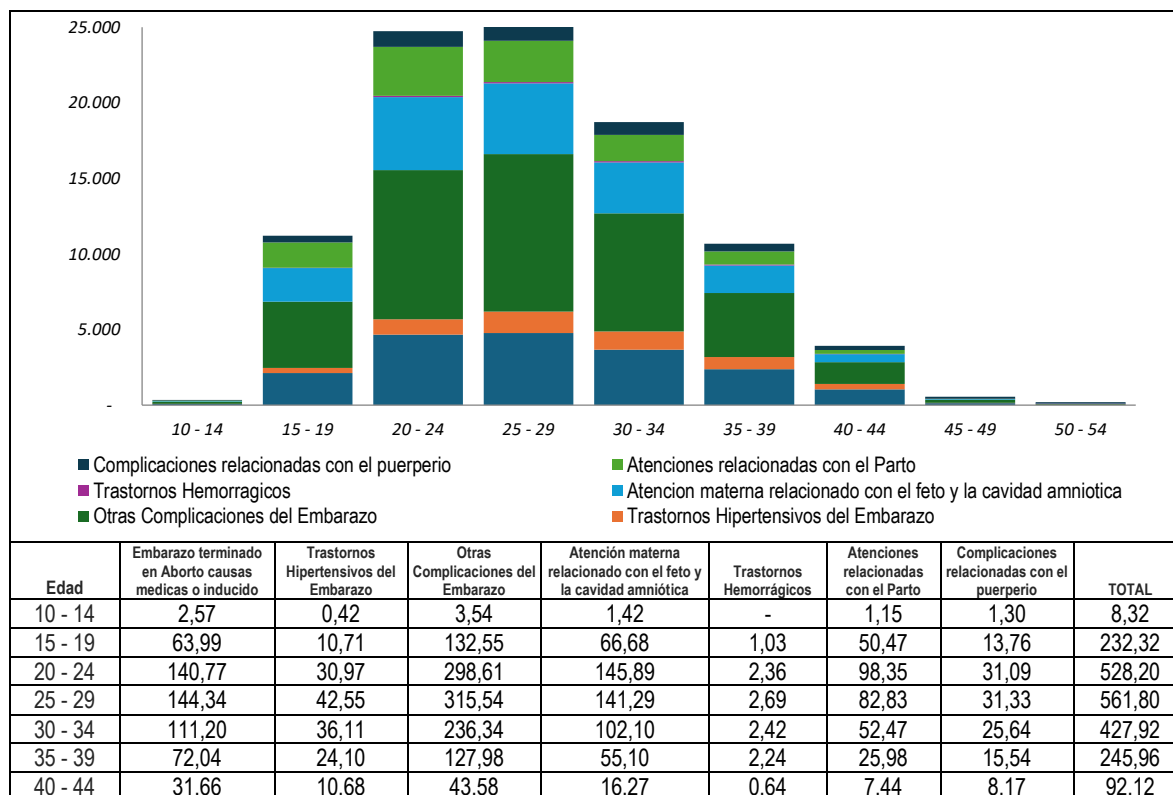
Al analizar las causas de atención de las gestantes en los servicios de salud se identifica que la mayor proporción de individuos fueron atendidos por causas relacionadas con la atención del parto ya sea sin

complicaciones (Grupo Atenciones relacionadas con el parto) o complicaciones que pueden llevar a la terminación anticipada del embarazo o a la realización de cesáreas programadas o de urgencia para la atención del parto tales como las afecciones relacionadas con el feto y la cavidad amniótica ⁴⁷, o complicaciones específicas identificadas durante el embarazo o trabajo de parto que pueden llevar a la muerte materna o fetal de no intervenir a tiempo⁴⁸

Dentro de las causas de atención se destaca la mayor proporción de casos de trastornos hipertensivos del embarazo presentado en las madres de 25 a 29 años (42,55 por cada 1000 nacidos vivos) y en el grupo de 30 a 34 años (36,11 por cada 1000 nacidos vivos)

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

Figura 49. Distribución de gestantes atendidas según causa de atención relacionada con la gestación o el puerperio. Tasas calculadas por cada 1000 Nacidos Vivos durante el año, Bogotá 2022



⁴⁷ En este grupo se incluyen aspectos relacionados con embarazos múltiples, desproporción céfalo-pelviana, afecciones con alteración manifiesta en líquido amniótico y la presencia de otros problemas fetales como anomalías o alteraciones identificadas in útero.

⁴⁸ En este grupo se incluyen hallazgos anormales en los paraclínicos tomados a la madre durante el seguimiento a la atención del parto, aspiración de meconio, trabajo de parto prematuro, entre otros específicos del embarazo.

45 - 49	3,93	1,00	5,87	1,66	0,03	0,51	3,99	14,82
50 - 54	0,51	0,30	2,09	0,15	0,03	-	2,75	5,81
Total	564,40	155,41	1.149,58	525,66	11,37	319,05	132,97	2.076,09 -

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

Fuente Denominador:

Nota: las tasas se calcularon sobre el número total de nacidos vivos durante el año, sin discriminación según la edad materna. Se presentan datos para el año 2022, debido a que, a la fecha la información de nacidos vivos es preliminar

La atención de los partos institucionalizados y atendidos por personal calificado es superior al 95 % en área urbana y rural; el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal aumentó desde 2013 y las proporciones más bajas de adherencia a los controles prenatales se ubican en el área rural dispersa y rural. Estas proporciones son similares tanto en la población general como todas las etnias (entre el 95% al 100%) sin embargo es necesario avanzar en la el fortalecimiento de las estrategias que contribuyen al desarrollo de servicios humanizados, incluyentes que permitan que estas poblaciones se adhieran más fácilmente a los servicios de salud, generar prevención, promoción y educación preconcepcional, gestacional y posparto propiciando ambientes saludables para la madre y el hijo y reducir los eventos fatales que se pueden prevenir

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

3.3.2.1 Infecciones

En el caso de las infecciones que se pueden transmitir de la madre al feto se identifica un aumento progresivo de casos notificados de sífilis gestacional en relación con el número de nacidos vivos y defunciones fetales presentados, pasando de 5,4 casos por cada 1000 nacimientos + defunciones fetales a 9,2 por cada 1000 en el año 2023, lo cual constituye un reto que indica la necesidad de fortalecer la identificación y tratamiento oportuno de casos durante el control prenatal, especialmente en aquellas localidades en las que se identificó una razón de prevalencia superior al dato distrital tales como La Candelaria (17,5 por cada 1000), Mártires(14,9), San Cristóbal(14,3), Ciudad Bolívar(13,7), Antonio Nariño(10,9), Usme(10,7), Bosa(10,4) y Santa Fe(10,3).⁶⁷

La tasa de incidencia por VIH/Sida en Bogotá D.C ha presentado una disminución pasando de 56,5 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en la ciudad en el año 2021 a 51,3 por 100.000 en el año 2023⁴⁹. La mortalidad por este evento ha disminuido levemente pasando de 3,4 por 100.000 habitantes en el año 2021 a 2,2 por cada 100000 en el año 2023.

⁴⁹ Secretaría Distrital de Salud. Datos Abiertos Bogotá. 2024 [citado el 11 de abril de 2024]. Tasa de notificación VIH/SIDA y tasa de mortalidad asociada a SIDA en Bogotá D.C. Disponible en: <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/tasa-de-notificacion-vih-sida-y-tasa-de-mortalidad-asociada-a-sida-en-bogota-d-c>

Frente a sífilis gestacional, se ha identificado una variación asociada al fenómeno migratorio que actualmente se presenta en la ciudad. Así, para el año 2023* (datos preliminares) el 38,4% de los casos se presentaron en población extranjera, registrando 74 casos menos que en el 2022. La población colombiana en 2023* aportó el 61,5% de los casos, 15 casos menos que en el 2022.

Por el contrario, se ha identificado reducción de la incidencia de sífilis congénita en la ciudad pasando de 1,5 casos por cada 1000 nacimientos + defunciones fetales presentados en el año 2019 a 1,1 por cada 1000 en el año 2023. En este periodo las localidades que presentaron la mayor incidencia fueron incidencias fueron San Cristóbal (2,7), seguido de Ciudad Bolívar (1,9) y Rafael Uribe Uribe y Santa Fe con (1,8)

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

En relación con la mortalidad materna se ha identificado una tendencia al aumento de las muertes maternas con causas indirectas.

3.3.2.2 Mortalidad neonatal

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

La mortalidad perinatal, ha oscilado entre el 11 y 16 * 1000 nacidos vivos +muertes fetales entre los años 2013 a 2022p. Santa Fe, Usme, Kennedy, Mártires y Ciudad Bolívar, son las localidades ubicadas más veces en los mayores cuartiles para el periodo 2019-2022p

3.3.2.3 Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad materna

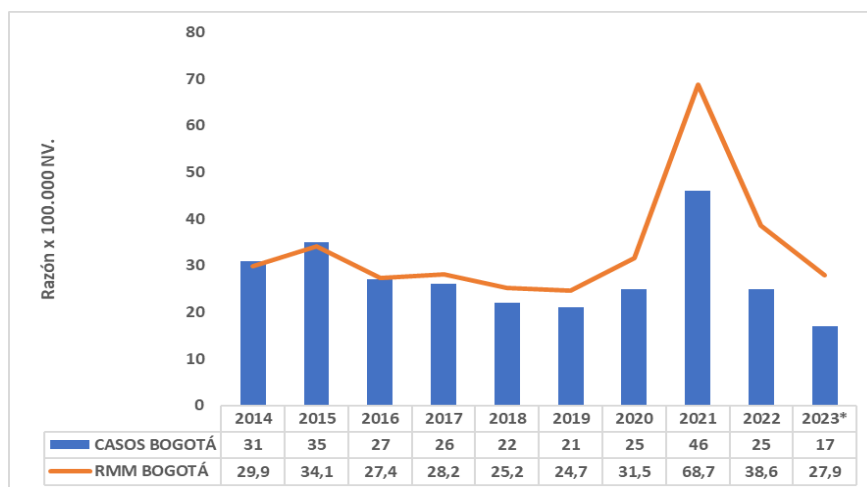
En relación con las afectaciones durante el periodo gestacional; la morbilidad materna extrema, para el año 2022, fue de 75,4 por cada 100.000 nacidos vivos; este indicador se ha incrementado en un 19% en referencia al 2019. La Candelaria; Chapinero; Santa fe; Antonio Nariño; Sumapaz; San Cristóbal y Mártires presentaron las razones de morbilidad materna extrema más altas (169-85,8).

En relación con la mortalidad materna se identifica un comportamiento fluctuante durante la última década, con una tendencia a la reducción hasta el año 2019. y un aumento durante el periodo 2020 y 2021, lo cual se interpretó como un inusual provocado por la pandemia, registrándose en 2021 el mayor número de muertes maternas en la ciudad, llegando a 46 casos, lo que representa una razón de muertes maternas de 68,9 por 100.000 nacidos vivos. Se destaca que el 68% fueron muertes indirectas, el 39% de las muertes se dieron por

COVID-19 y 19,5% ocurrió en población migrante. las localidades en las que se han detectado las cifras más altas durante el periodo 2019 a 2022 son: Ciudad Bolívar, Puente Aranda, Mártires, Suba y Bosa, son las localidades que han estado más veces en el cuartil superior para el periodo 2019-2022.

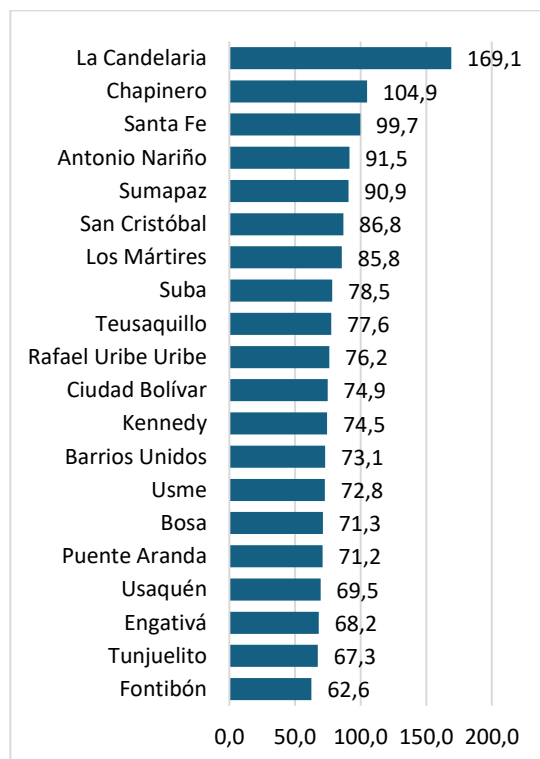
Sumado al cambio en el comportamiento etiológico en las causas de muerte, se presentó una concurrencia de la pandemia con condiciones crónicas preexistencias a la gestación y según el Ministerio de Salud y Protección Social, han mediado dos factores en razón de la pandemia: 1) la disrupción de la continuidad de los servicios de control prenatal, específicamente para ese mismo año entre los meses de marzo y diciembre; 2) aumento de población de migrante provenientes de Venezuela en condición de irregularidad, que no acceden a los beneficios de protección específica y temprana de la Ruta Integral de atención en salud materno perinatal.

*Figura 50 Comparativa Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023**



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

Figura 51. Razón de Morbilidad Materna Extrema, Bogotá, 2022 (Casos por cada 1000 Nacidos Vivos)



Fuente: Morbilidad Materna Extrema: SIVIGILA, Fecha de Corte, 28 de agosto de 2023. (SIVIGILA, 2023)

3.3.2.4 Otros indicadores según área y población diferencial

Tabla 66. Otros indicadores según área, Bogotá D.C. 2010 - 2021

Indicador	Área	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	CABECERA	12,92	13,27	12,92	12,82	12,21	12,13	12,57	13,13	13,44	13,92	13,50	14,88
	CENTRO POBLADO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	ÁREA RURAL DISPERSA	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,03
	SIN INFORMACIÓN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL	12,95	13,29	12,94	12,84	12,23	12,15	12,59	13,15	13,48	13,95	13,53	14,89
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MÁS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	CABECERA	89,90	88,78	87,17	88,31	89,49	90,20	89,54	88,41	87,83	85,37	82,29	85,03
	CENTRO POBLADO	81,82	70,00	76,47	100,00	100,00	87,50	100,00	75,00	88,87	58,33	75,00	68,87
	ÁREA RURAL DISPERSA	79,82	87,98	79,57	81,43	79,84	83,10	78,91	77,82	82,08	81,25	72,08	72,88
	SIN INFORMACIÓN	85,00	50,00	50,00	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	75,29	87,28	77,07	82,91	81,48	83,33	80,25	77,55	81,82	80,00	71,43	72,73
PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	CABECERA	99,84	99,82	99,82	99,85	99,82	99,83	99,79	99,77	99,75	99,81	99,76	99,83
	CENTRO POBLADO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	91,87	100,00	100,00
	ÁREA RURAL DISPERSA	98,11	99,03	98,57	97,88	98,39	100,00	99,32	99,30	99,42	98,50	99,28	97,14
	SIN INFORMACIÓN	100,00	100,00	50,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	99,24	99,12	98,73	98,10	98,52	100,00	99,38	99,32	99,43	97,93	99,29	97,20
PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES	CABECERA	99,77	99,78	99,77	99,80	99,75	99,78	99,72	99,72	99,71	99,76	99,70	99,83
	CENTRO POBLADO	100,00	99,00	94,12	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	91,87	100,00	100,00
	ÁREA RURAL DISPERSA	98,11	99,03	97,88	97,88	98,39	100,00	98,84	98,80	99,42	98,50	99,28	95,71
	SIN INFORMACIÓN	100,00	100,00	50,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	99,24	98,23	97,45	98,10	98,52	100,00	98,73	98,84	99,43	97,93	99,29	95,80

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 23/01/2024

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

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

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

Tabla 67. Otros indicadores según etnia. Bogotá D.C. 2010 - 2021

Etnia	Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	GRÁFICO
INDIGENA	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	38,96	31,94	37,18	46,97	43,84	47,67	37,36	29,06	41,13	40,86	29,76	30,40	
	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	96,10	100,00	93,59	87,88	91,78	91,86	96,70	97,84	93,62	95,70	91,67	89,60	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	96,10	98,61	92,31	87,88	87,67	90,70	95,60	97,84	92,91	94,62	91,67	88,80	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	75,00	100,00	100,00	100,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	60,00	50,00	
ROM (GITANO)	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
RAZAL SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	100,00	100,00	81,82	90,00	-	75,00	85,71	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	100,00	100,00	100,00	100,00	#DIV/0!	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	100,00	100,00	100,00	100,00	#DIV/0!	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	76,92	0,00	100,00	80,00	100,00	80,00	100,00	-	66,67	100,00	100,00	66,67	
PALESTINO DE SAN BASILIO	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	100,00	100,00	100,00	90,00	100,00	100,00	100,00	-	100,00	100,00	100,00	100,00	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	100,00	100,00	100,00	90,00	100,00	100,00	100,00	-	100,00	100,00	100,00	100,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,10	0,09	0,09	0,10	0,08	0,06	0,09	0,07	0,08	0,08	0,05	0,06	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	68,20	62,11	68,78	75,45	75,09	75,93	71,05	73,61	72,04	74,86	74,60	76,12	
NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	99,69	99,68	99,46	99,10	99,82	99,34	98,66	98,67	99,35	99,15	98,39	99,50	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	99,58	99,68	99,09	98,80	99,64	99,34	98,66	98,45	99,35	99,15	98,39	99,50	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	12,79	13,17	12,84	12,72	12,14	12,08	12,49	13,05	13,38	13,85	13,46	14,80	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	81,86	81,38	80,95	88,41	89,58	90,28	89,66	88,53	87,98	85,45	82,32	85,11	
	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	99,85	99,83	99,83	99,86	99,83	99,84	99,80	99,78	99,77	99,81	99,77	99,69	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	99,78	99,79	99,78	99,82	99,76	99,79	99,73	99,72	99,72	99,76	99,71	99,64	
OTRAS ETNIAS	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	86,23	86,82	16,67	33,33	33,33	-	-	-	-	-	-	-	
	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	96,56	94,55	16,67	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	97,13	94,09	16,67	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	
NO REPORTADO	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	POR CIENTA DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	86,23	86,82	16,67	33,33	33,33	-	-	-	-	-	-	-	
	POR CIENTA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	96,56	94,55	16,67	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	
	POR CIENTA DE PARTOS INSTITUCIONALES	97,13	94,09	16,67	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: Cubo de indicadores SISPRO. Consultado el 23/01/2024

3.3.2.5 Mortalidad Infantil

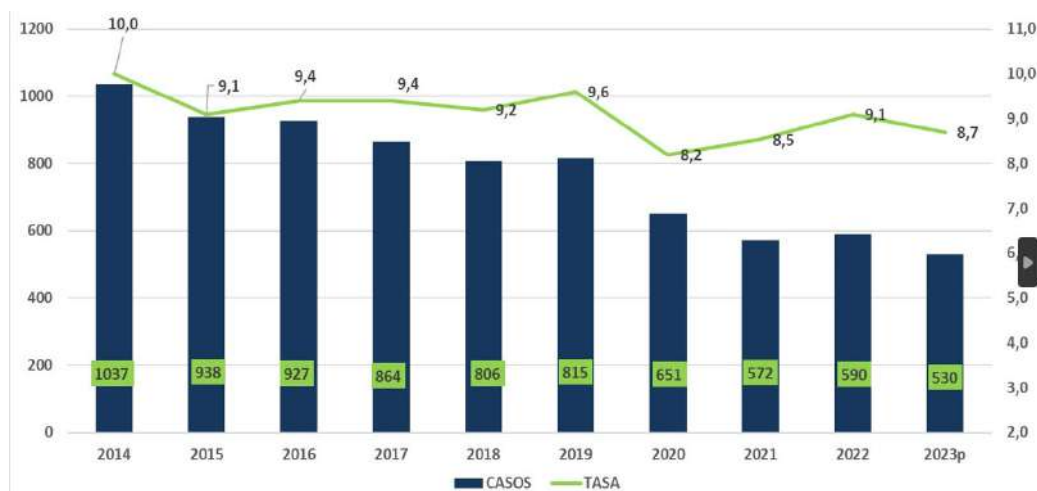
Para el año 2023 con datos preliminares, se registraron un total de 530 casos de mortalidad infantil con una tasa acumulada de 8,7 casos por 1.000 NV (nacidos vivos), este comportamiento muestra una reducción en comparación con el número de casos en el mismo periodo de 2019 (línea base), mostrando una reducción en

Pag 177 de 262

el número de casos del 35% y en un 9,4% en cuanto a la tasa; sin embargo, es importante resaltar que la mortalidad infantil presenta una tendencia para los años 2020 y 2021, al descenso tanto en el número de casos como en la tasa, en comparación con el año 2019 (línea base), siendo éstos dos años atípicos para la vigilancia en salud pública del evento, por la emergencia sanitaria por COVID-19, puesto que la intensificación en las medidas de aislamiento social y medidas extremas de bioseguridad tomadas durante pandemia, sirvieron como medidas de protección en la propagación de enfermedades transmisibles y protección a aquellos niños en condiciones de vulnerabilidad, por ende los desenlaces fatales en esta población; sin embargo, a partir del año 2022 se evidenció una tendencia de la tasa hacia el alza de la mortalidad lo que puede estar relacionado con la recuperación post pandemia donde se reduce la intensificación de las medidas de bioseguridad, se reactiva la vida escolar presencial en los jardines y/o colegios, por otra parte, existe una deuda inmunológica y cambios ambientales que tienen un impacto directo en el aumento de la morbi – mortalidad.

Aproximadamente el 67% de la mortalidad infantil en la ciudad ocurre entre el nacimiento y los veintiocho días de vida (mortalidad neonatal), como principales causas agrupadas de mortalidad infantil encontramos: el 28% (n=150) corresponde a Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, el 14% (n=73) el resto a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y el 13% (n=71) a sepsis bacteriana del recién nacido.

Figura 52 Comparativa Tendencia de la Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá, D.C. Años 2014 - 2023*



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

3.3.2.6 Problematicación

A nivel general se identifica un comportamiento estacionario y con baja reducción en las Tasas Específicas de Fecundidad (10 – 14 y 15 -19 años), lo cual, se deba posiblemente a situaciones tales como: el proceso de transición demográfica de la ciudad, acceso a niveles superiores de educación por parte de las mujeres, definición de proyectos de vida por parte de los adolescentes, y mayor conocimiento y acceso a métodos

anticonceptivos modernos, entre otros. Es relevante señalar que la educación es un factor determinante en la salud sexual y salud reproductiva de la población, principalmente en adolescentes y jóvenes, fortaleciendo el conocimiento y apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, mitigando situaciones externas que impactan sobre los indicadores de fecundidad en adolescentes, morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal e infantil, así como, el matrimonio y uniones tempranas y la eliminación de todas las formas de violencia.

A pesar de que la tasa de natalidad ha venido disminuyendo, pasando de 11,8 en 2018 a 8,2 nacimientos por 1000 habitantes en 2022 en Bogotá; algunas localidades tienen una tasa por encima del nivel de la ciudad, tales como Ciudad Bolívar, Candelaria, Mártires y Santa Fe (11 a 12). Candelaria, Usme y Ciudad Bolívar, también se caracterizan por ser las de mayor tasa de fecundidad en menores de 10 a 14 años 2,5; 1,3 y 1,1 nacimientos por 1000 niñas entre 10- 14 años respectivamente. Ciudad Bolívar y Usme son las localidades con el mayor índice de pobreza multidimensional en el 2021; seguidas de Santa Fe, Rafael Uribe, Bosa y Mártires.

En relación con las afectaciones durante el periodo gestacional; la morbilidad materna extrema, para el año 2022, fue de 75,4 por cada 100.000 nacidos vivos; incrementándose en un 19% respecto al 2019. La Candelaria; Chapinero; Santa fe; Antonio Nariño; Sumapaz; San Cristóbal y Mártires presentaron las razones de morbilidad materna extrema más altas (169-85,8).

La mortalidad materna ha tenido un comportamiento variable para los años 2013 a 2022, oscilando entre 25 y 68,7 * 1000 nacidos vivos. Ciudad Bolívar, Puente Aranda, Mártires, Suba y Bosa, son las localidades que han estado más veces en el cuartil superior para el periodo 2019-2022. Sin embargo la concentración de casos en personas con antecedentes de riego y poblaciones diferenciales motivan al fortalecimiento y creación de estrategias que impidan reducir la mortalidad materna con un enfoque poblacional diferencial en población migrante, y acciones educativas a las mujeres la preconcepción, concepción y posparto en condiciones de vida saludables para reducir condiciones crónicas y la tasa de fecundidad en mujeres con antecedentes que pueden poner en riesgo su vida en caso de quedar en embarazo.

La mortalidad perinatal, ha oscilado entre el 11 y 16 * 1000 nacidos vivos +mf entre los años 2013 a 2022. Santa Fe, Usme, Kennedy, Mártires y Ciudad Bolívar, son las localidades ubicadas más veces en los mayores cuartiles para el periodo 2019-2022.

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

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

3.3.3 Salud mental

La salud mental se ha hecho evidente a nivel nacional y distrital por el impacto que genera su asociación con desenlaces no deseados con la conducta suicida en sus diferentes manifestaciones, las cuales han presentado una tendencia creciente en la ciudad

Según lo reportado en el Sistema de Vigilancia SISVECOS, el cual integra otras fuentes de datos oficiales tales como la correspondiente a la información proporcionada por el 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 se encuentra un aumento tanto en los intentos fatales como en los no fatales para el periodo 2013 – 2023

Con respecto, a la muerte por suicidio en Bogotá para el año 2022 se presentaron 427 casos, con una tasa de mortalidad de 5,4 por cada 100.000 habitantes mostrando un incremento del 1,8% con respecto al año 2019⁵⁰. Para el 2022 se presentaron 427 muertes por suicidio donde el 10,5% (n=45) de los casos se registraron en niños, niñas y adolescentes. Por su parte, el 75,9% (n=324) de las muertes por suicidio se presentaron en el curso de vida de juventud y adultez. Con respecto, al sexo del total de casos registrados en el año 2022 (N=427), el 74,5% (n=318) de los casos se presentan en hombres y el 25,5% (n=109) en mujeres el año 2022⁵¹.

Figura 53 Casos y tasas de muerte por suicidio 2012-2023* en Bogotá, D.C.



Fuente: (SISVECOS) bases anuales 2012 -2023 e 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

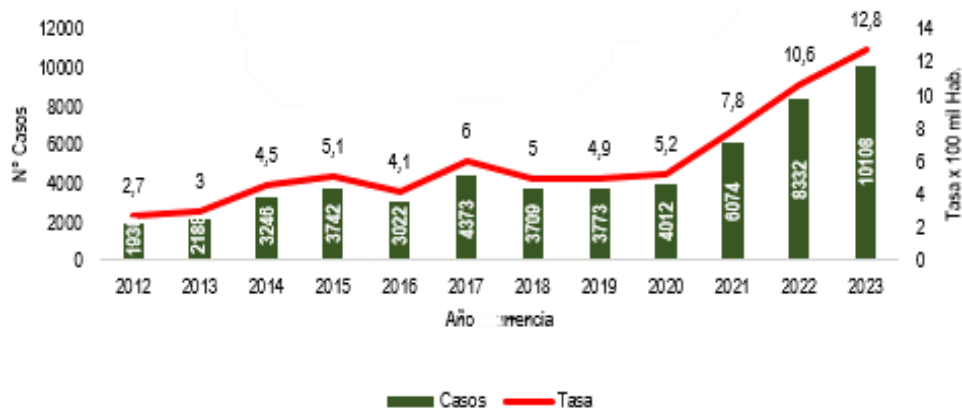
Fecha de Actualización: 02/11/2023

⁵⁰ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) - Centro de Referencia Nacional Sobre la Violencia (GCERN) - Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres (SIRDEC)

⁵¹ Secretaría Distrital de Salud – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS).

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 2021⁵².

Figura 54 Casos y tasa de intento de suicidio 2012-2023* en Bogotá



Fuente: (SISVECOS) bases anuales 2012 -2023 e 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
Fecha de Actualización: 02/11/2023

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el intento de suicidio fueron: el trastorno depresivo, otros trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA). Hay que tener en cuenta que un mismo paciente puede tener varios diagnósticos psiquiátricos.

Dentro de los que se encuentran el trastorno ansiedad primarios y el depresivo, son los que presentan el mayor número de atenciones en el periodo evaluado, diagnósticos que están estrechamente ligados al intento suicidio, según estudios realizados y análisis de la información notificada al SISVECOS.

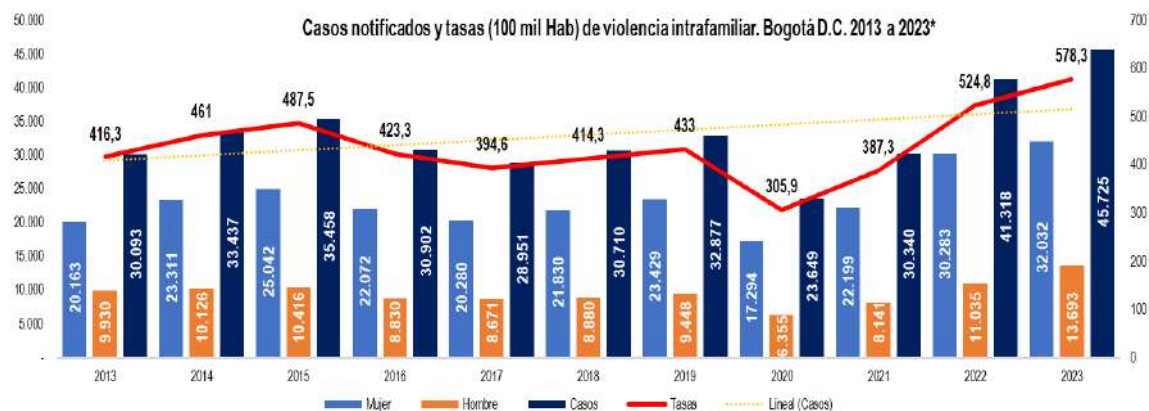
Con relación a la violencia intrafamiliar, para 2022 se tuvo una notificación de 41.318 casos de violencia intrafamiliar, con un incremento del 36,2% (n=10.978) con respecto a 2021 (N=30.340) y el incremento de la tasa entre los periodos señalados fue de 135,6 casos por cada 100.000 habitantes⁵³. Frente a la violencia sexual, la tasa para el año 2022 se situó en 211,5 casos por cada 100.000 habitantes, presentando un aumento de 84,3 casos con respecto al año 2021 que se encuentra en 127,2⁵⁴.

⁵² Secretaría Distrital de Salud – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS).

⁵³ Secretaría Distrital de Salud – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el maltrato Infantil, la Violencia Sexual y de Género (SIVIM).

⁵⁴ Ibíd.

Figura 55 Casos notificados y tasa por 100 mil habitantes de violencia familiar, 2013-2023 Privaciones por indicador con enfoque de género



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

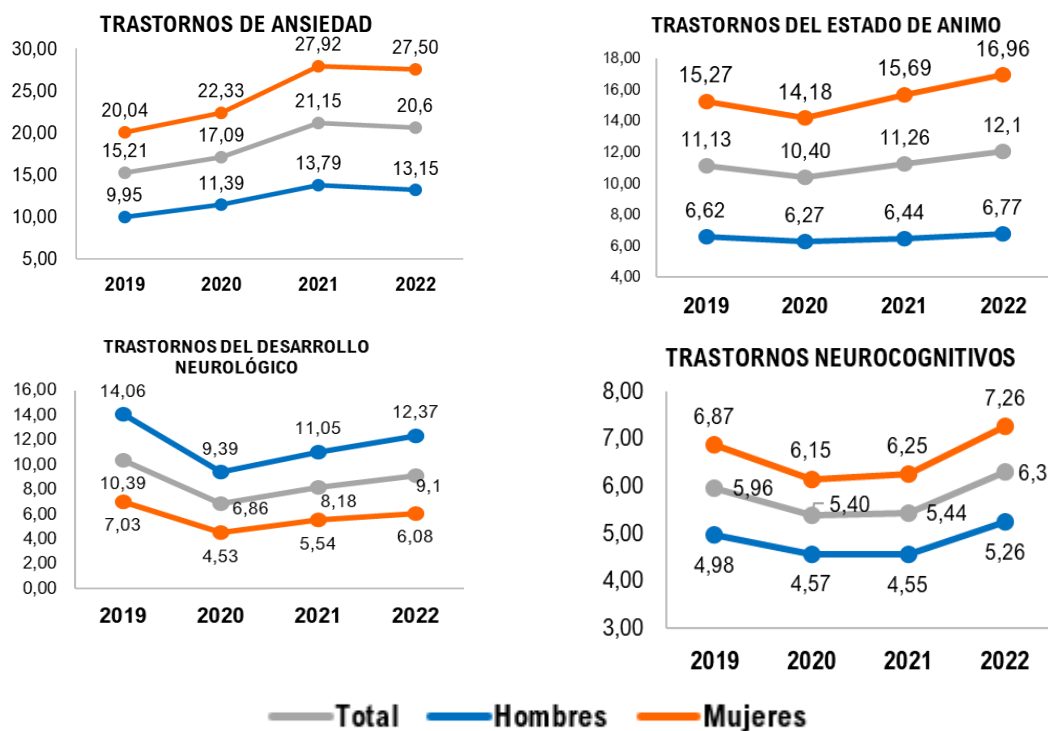
Adicionalmente, en 2022 se presentó un aumento del 9% de los incidentes en salud mental ingresados y gestionados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (Línea 123), pasando de 79.616 a 86.732 incidentes. (SDS,2022).

A nivel de atenciones en servicios de salud se identifica un aumento tanto en el número de personas como de atenciones realizadas por estas causas, encontrando que durante el año 2023 acudieron a servicios de salud 614.610 personas (252.654 hombres y 361.956 mujeres) por alguno de los trastornos mentales descritos en el DSM-5⁵⁵ (American Psychiatric Association, 2013)

Dentro de las alteraciones más frecuentemente identificadas se encuentran los trastornos de Ansiedad y los Trastornos del estado de ánimo, dentro de los que predomina la Depresión; ambos eventos estrechamente relacionados con los casos reportados de intento y muerte por suicidio. Ambos grupos de eventos se identifican más frecuentemente en mujeres que en hombres. (ver Figura 56).

⁵⁵ El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5 revisión es un documento de referencia internacional

Figura 56 Frecuencia de Atenciones en servicios de salud por trastornos específicos de la Salud Mental, según sexo y año de atención. Tasas por 1000 habitantes

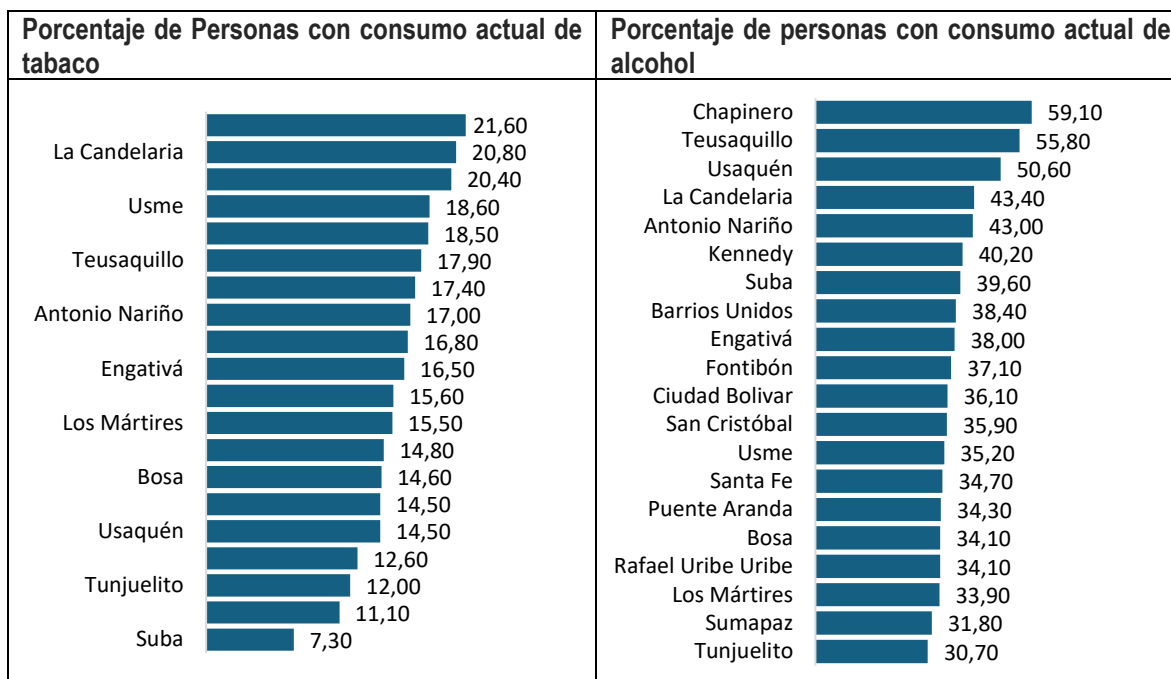


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 06 febrero). Reporte Consulta a RIPS 1403. Morbilidad Atendida por Afectaciones Mentales y del Comportamiento [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2024; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/02/06) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2024, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2023/06/30).

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

Dada su alta frecuencia y su asociación con la ocurrencia de otras enfermedades se presentan a continuación datos relacionados con la frecuencia del consumo de sustancias lícitas en la ciudad.

Figura 57 porcentaje de personas de 12 a 69 años con consumo actual* de tabaco y alcohol según localidad de residencia, Bogotá, 2022



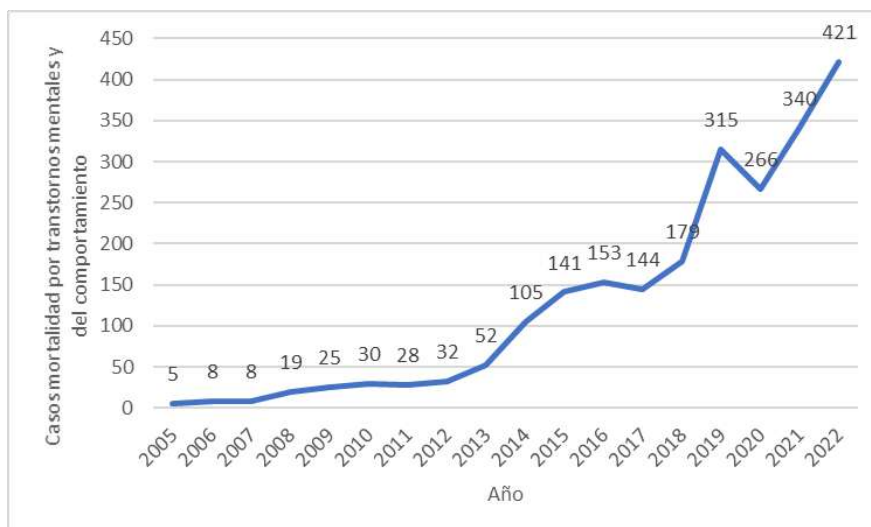
Fuente: Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población de 12 a 65 años, 2016 y 2022, publicada en datos abiertos Bogotá (Secretaría Distrital de Salud, 2023) Desagregación de datos de Estudio Distrital de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2022 (Alcaldía Mayor de Bogotá et al., 2022)

Nota: Consumo actual se refiere a la Proporción de personas que respondió haber consumido una sustancia psicoactiva en los últimos 30 días

3.3.3.1 Mortalidad trastornos mentales y del comportamiento

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

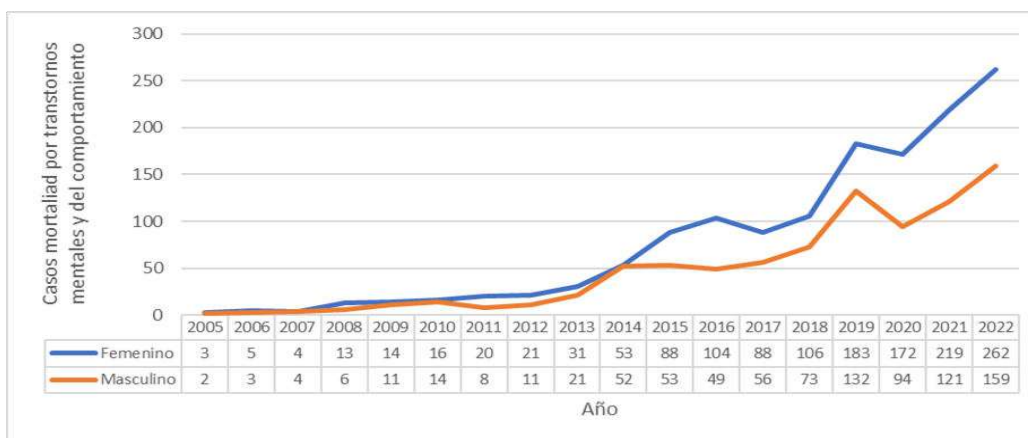
Figura 58 Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, Bogotá 2005 – 2022. (preliminar)



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005-2020. Bases de datos DANE-Aplicativo RUAF-ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV-Datos finales: 2021. Datos preliminares: 2022.

En la desagregación por sexo se evidencia que en Bogotá las mujeres presentan mayor cantidad de casos de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento que los hombres. En comparación con el año 2019 se presentó una reducción del 6% para las mujeres y 29% para los hombres como se detalla en el siguiente gráfico

Figura 59 Mortalidad por sexo, trastornos mentales y del comportamiento, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).

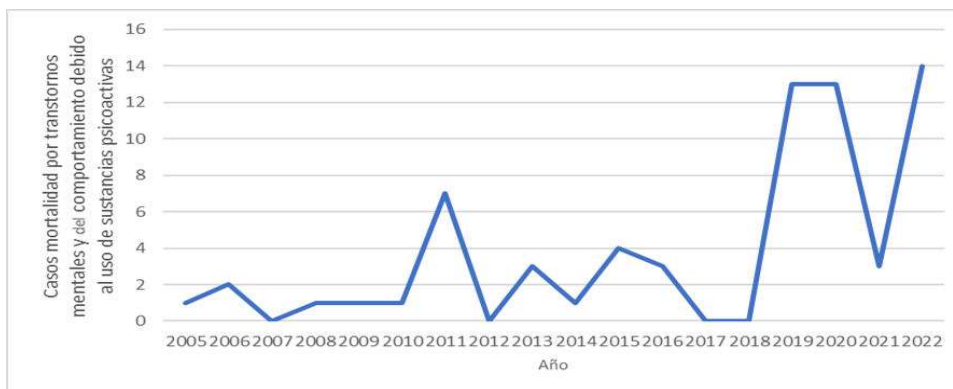


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005-2020. Bases de datos DANE-Aplicativo RUAF-ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV-Datos finales: 2021. Datos preliminares: 2022.

3.3.3.2 Mortalidad trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Los casos de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, durante los años 2005 a 2018 se observan con una tendencia relativamente estable, sin embargo, en los años 2019 y 2020 se evidencia un aumento en la cantidad de casos en Bogotá y el país, situación que puede estar relacionada con mejoras en el reporte y el sistema de información. Para el 2021, se observa una disminución de casos, volviendo a mostrar un comportamiento similar a los años anteriores en 2022.

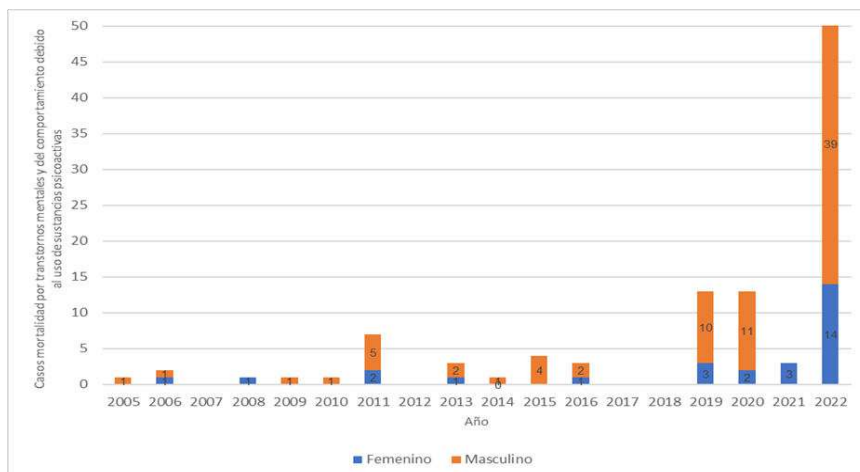
Figura 60 Muertes por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005-2020. Bases de datos DANE-Aplicativo RUAF-ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV-Datos finales: 2021. Datos preliminares: 2022.

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

Figura 61 Muertes por sexo, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).

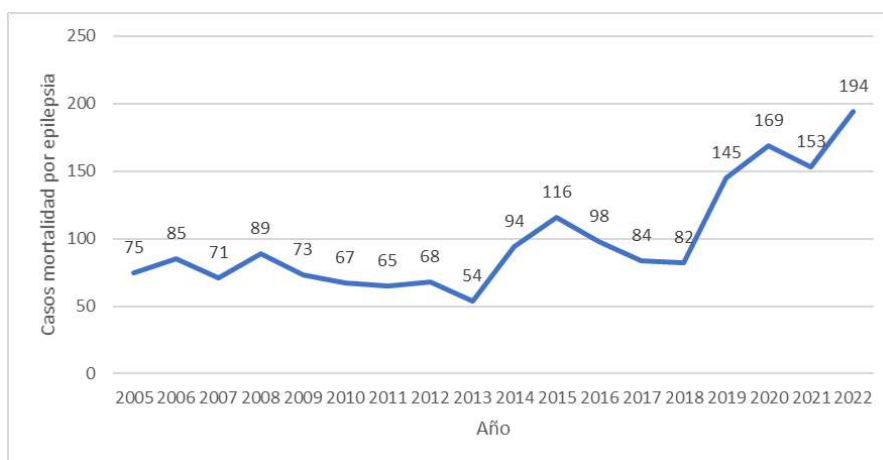


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005-2020. Bases de datos DANE-Aplicativo RUAF-ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV-Datos finales: 2021. Datos preliminares: 2022

3.3.3.3 Mortalidad por epilepsia

La mortalidad por epilepsia en Bogotá ha mantenido una tendencia estable, sin embargo, presenta un aumento para el año 2019 con una disminución en el 2021, pero aumentando nuevamente en 2022. Bogotá aumentó en un 27% los casos de mortalidad en el 2022 con respecto al 2021.

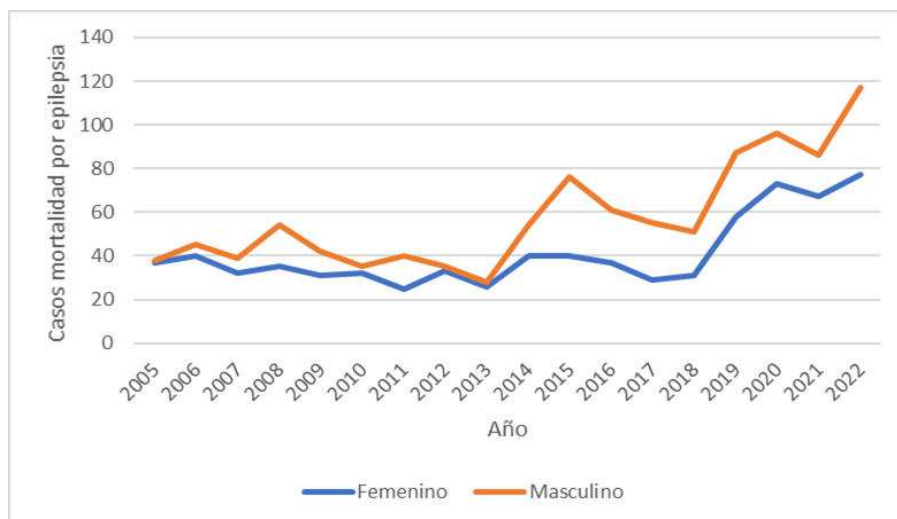
Figura 62 Mortalidad por epilepsia, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar).



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005-2020. Bases de datos DANE-Aplicativo RUAF-ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV-Datos finales: 2021. Datos preliminares: 2022

En la comparación por sexo en Bogotá se observa que desde el año 2014 se evidencia un aumento de mortalidad por epilepsia en los hombres, con respecto a las mujeres. Para el año 2022, se observa un aumento del 52% en mortalidad en hombres con respecto a las mujeres.

Figura 63 Mortalidad por epilepsia por sexo, Bogotá 2005 – 2022 (preliminar)



Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005-2020. Bases de datos DANE-Aplicativo RUAF-ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV-Datos finales: 2021. Datos preliminares: 2022

3.3.3.4 Problematicación

En el Distrito capital se ha identificado un aumento de desenlaces negativos asociados a trastornos de la salud mental tales como el aumento del intento de suicidio y del suicidio consumado y de situaciones asociadas tales como violencia intrafamiliar y sexual; lo cual se ha presentado de manera concomitante con el aumento de los incidentes en salud mental que se gestionan desde las líneas de ayuda a la población, el centro regulador de urgencias y en el número de personas e individuos que hacen uso de los servicios de salud por trastornos de la salud mental, en especial por trastornos del estado del ánimo.

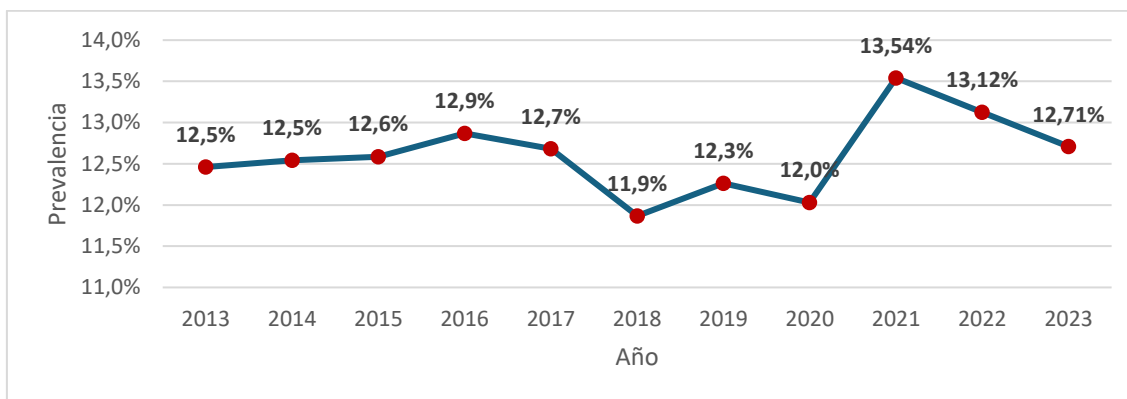
Sin embargo, a pesar del posicionamiento que este tema ha tenido a nivel distrital, lo cual se refleja en aspectos normativos como la reciente actualización de la Política de salud mental para la ciudad, se identifican brechas y dificultades asociadas a la respuesta que se brinda a esta población ya que se identifica que del total de las personas que acceden al servicio de salud por algún trastorno mental solo el 17% de las personas accedieron en el año 2023 atenciones especializadas por psiquiatría y el 35% a psicología, lo cual hace necesario aumentar la gestión que se realiza desde el nivel distrital para favorecer la adherencia y cumplimiento de las rutas de atención.

Adicionalmente se han identificado dificultades relacionadas con el acceso a servicios y medicamentos especializados a personas con condiciones severas (como la esquizofrenia), y que se pueden presentar más frecuentemente en algunas poblaciones diferenciales tales como la población habitante de calle con esquizofrenia o población con trastornos neurocognitivos (demencia).

3.3.4 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.

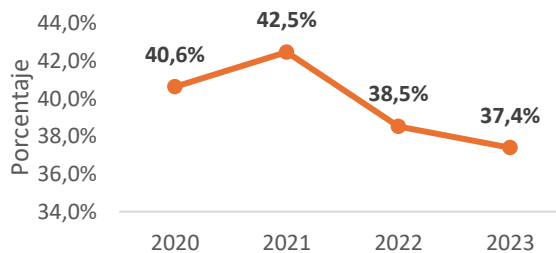
Figura 64 Riesgo de Desnutrición Aguda en Menores de 5 años, P/TT SISVAN, 2013- 2023



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

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

Figura 65 Malnutrición en población entre 5 y 17 años, IMC/E SISVAN DC. 2020 - 2023



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

3.3.4.1 Trastornos Alimentarios

“Los trastornos de la alimentación, también llamados trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades médicas graves con una influencia biológica que se caracterizan por alteraciones graves de las conductas alimentarias. La causa exacta de los trastornos de la alimentación no se comprende completamente, pero las investigaciones sugieren que una combinación de factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales puede aumentar el riesgo de tener este tipo de trastorno”.⁵⁶

Para este informe se incluyeron las atenciones por anorexia (F500 y F501), Bulimia (F502 y F503), Hiperfagia F504, vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas F505 y otros F508 y 509, así como F982 y F983 relacionados con la infancia y niñez. Aunque se sospecha un subregistro por la falta de consulta y el registro de estos trastornos, se aprecia una tendencia al incremento de individuos y consultas, más marcado en mujeres que en hombres, y que se empieza a identificar más a partir de los 6 años. Al revisar por quinquenios se aprecian picos para los grupos de 10 a 14, de 15 a 19 y en los de 80 y más con tasas de 195, 253 y 338, mujeres que han consultado por 100.000 habitantes mujeres, respectivamente; en comparación con 74, 46 y 254, hombres que han consultado por 100.000 habitantes hombres, respectivamente.

Tabla 68 Atenciones e individuos atendidos por condiciones relacionadas con trastornos primarios de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos según sexo, Bogotá, 2018-2022.

Mujeres	Menores de 1 año		De 1 a 5 años		De 6 a 13 años		De 14 a 17 años		De 18 a 26 años		De 27 a 59 años		De 60 y más años		Total #Atenc	Total #Indiv
Año	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv		
2018			316	249	533	343	519	254	556	303	1.059	371	2.649	684	5.632	2.193
2019	9	7	504	326	489	363	737	284	720	347	1.180	412	1.978	496	5.617	2.211
2020	55	32	479	394	411	274	885	282	1.178	401	1.145	397	2.093	504	6.246	2.268
2021	24	21	404	336	807	519	1.560	514	1.846	655	1.433	503	1.727	372	7.801	2.833
2022	33	30	481	324	991	512	1.743	598	1.615	519	1.397	521	2.624	639	8.884	3.118
Total general	121	90	2.184	1.552	3.231	1.917	5.444	1.664	5.915	1.887	6.214	1.969	11.071	2.550	34.180	11.387
Hombres	Menores de 1 año		De 1 a 5 años		De 6 a 13 años		De 14 a 17 años		De 18 a 26 años		De 27 a 59 años		De 60 y más años		Total #Atenc	Total #Indiv
Año	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv	#Atenc	#Indiv		
2018			389	297	297	250	82	61	64	48	305	106	517	120	1.654	879
2019	10	9	557	330	370	267	89	71	124	79	534	176	1.507	322	3.191	1.245
2020	56	43	622	426	302	249	175	85	136	73	856	236	2.313	530	4.460	1.635
2021	55	53	598	451	431	321	163	94	187	121	1.109	280	1.727	343	4.270	1.638
2022	69	38	620	389	476	308	220	134	310	97	749	215	1.901	360	4.345	1.534
Total general	190	141	2.786	1.787	1.876	1.360	729	418	821	396	3.553	966	7.965	1.566	17.920	6.556

Reporte Consulta a RIPS 1430. Morbilidad Atendida por Afectaciones Mentales y del Comportamiento -Trastornos Primarios de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/02/06) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2023/06/30)

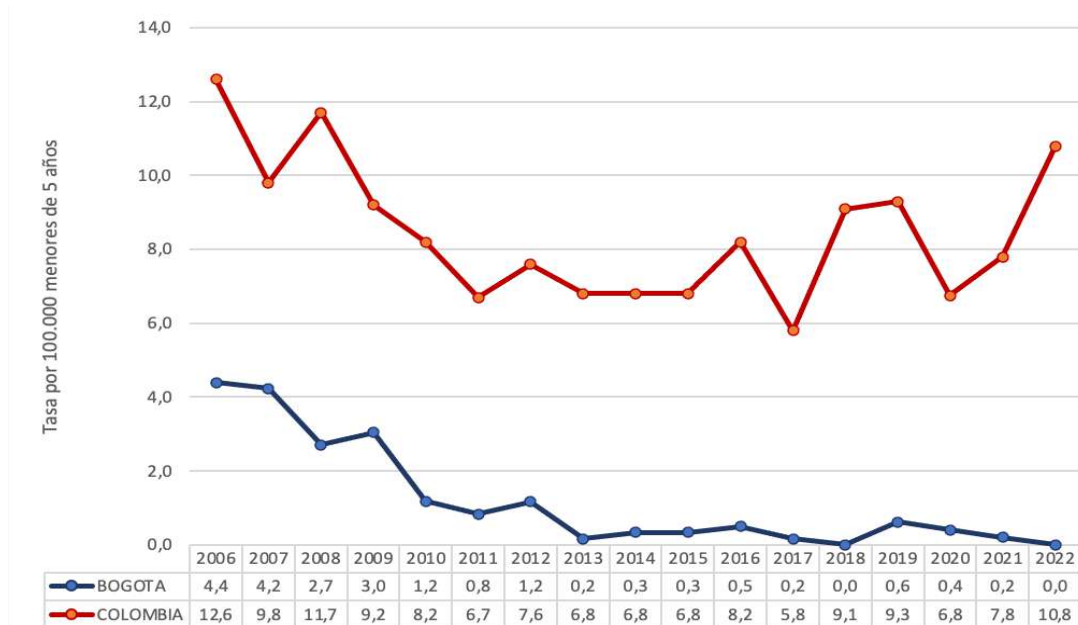
3.3.4.2 Mortalidad por Desnutrición

La mortalidad de menores de 5 años por desnutrición en Bogotá ha disminuido, llegando a 0 muertes por cada 100,000 menores de 5 años en 2020, a pesar de desafíos como la inseguridad alimentaria durante la emergencia por la COVID-19. Para el año 2022, la ciudad no presentó un caso de mortalidad. A nivel nacional, aunque también se ha reducido, se observa un comportamiento fluctuante, con una tasa de 10,8 muertes por

⁵⁶ <https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion>

desnutrición por cada 100,000 menores de 5 años en 2022. La atención preventiva desde la gestación es crucial para abordar este problema y prevenir casos de bajo peso al nacer y desnutrición aguda.

Figura 66 Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Bogotá D.C – Colombia. 2006 - 2022



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2022.

*Nota dato año 2017 y 2019 Bogotá mortalidad por desnutrición: en unidad de análisis se identificó y validó que no es residente de Bogotá, por lo que se realizó el trámite respectivo el cual está certificado por necropsia médico legal ante las instituciones competentes. Existe una mortalidad por desnutrición en el año 2020 reportada en la base de estadísticas vitales RUAF, hace referencia a un caso de residencia fuera de Bogotá; ajuste que no se ha realizado en los tiempos determinados por el DANE, razón por la cual la base cerro con este caso reportado, por tal motivo este caso no está siendo tenido en cuenta por la Secretaría Distrital de Salud.

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

3.3.4.3 Problematicación

“La Seguridad Alimentaria” a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana”; Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA) de 1996- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

(FAO) a continuación se presentan algunos de los desenlaces que pueden estar relacionados con carencias en el acceso a una adecuada alimentación⁵⁷

Se puede apreciar en los niños menores de 5 años situaciones como la desnutrición global y el retraso en talla se han mantenido en los últimos años, oscilando entre 5,4% a 7,5% y entre 12% a 15,5%; respectivamente, para los años 2018 a 2022 con un incremento en el año 2020. La desnutrición aguda tiene la proporción más baja, entre 2,4% y 3,7% para los mismos años

Las localidades con mayor proporción de niños con retraso en talla entre el 2019 y el 2022, han sido **Sumapaz** (entre 10,8% y 27,6%), **Usme** (15% y 19,8%), San Cristóbal (13% y 19,9%), y Ciudad Bolívar (12,5 y 17,5)

La mayor proporción de niños captados con desnutrición global se ha identificado en San Cristóbal (6,1% y 9,9%), **Usme** (6,8% y 8,7%), Santa Fe (5,7% y 8,8%), Los Mártires (5,5% y 9,4%), Candelaria (5,1% y 9,3%), Ciudad Bolívar (6,2% y 7,6%) y Chapinero (5,3% y 7,4%).

Para desnutrición aguda, Tunjuelito (1,8% y 5,1%), **Sumapaz** (2,8% y 5,2%), Ciudad Bolívar (2% y 4,9%), seguidas de Candelaria (2,2% y 4,3%), Mártires (2,2% y 4,2%), Santa Fe (2,7% y 3,9%) y **Usme** (2,2% y 4,3%)

Para el exceso de peso se aprecia un comportamiento similar entre localidades y el Distrito (3,6% y 5,1%); sin embargo, resalta **Sumapaz** con proporciones entre el 3,9% y el 9,6%, seguida de Bosa (3,7% y 5,5%), Kennedy (3,5% y 5,9%), Puente Aranda (3,9% y 5,5%), Tunjuelito (3,9% y 5,9%) y **Usme** (3,9% y 5,8%)

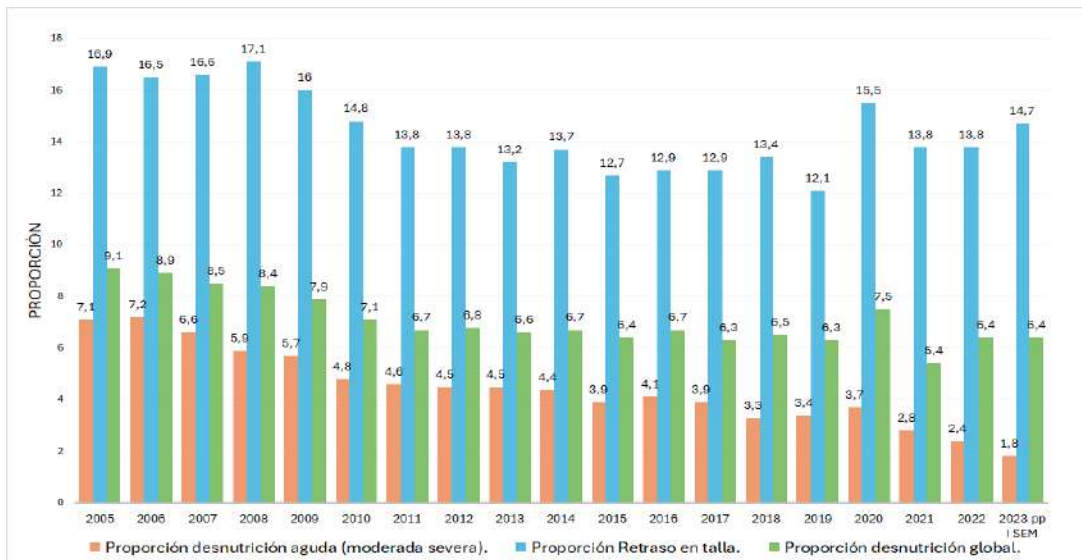
En el caso de las gestantes, la mayor proporción de bajo peso para la edad gestacional se ha dado principalmente en Mártires, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, San Cristóbal, Teusaquillo, **Usme** y Santa Fe, entre 12% y 15% para los años 2018 al 2022 y para el Distrito ha variado pasando de 13,9% en 2018 a 12,6% en 2022.

Las localidades con mayor índice de pobreza multidimensional para el año 2021; que corresponde a las ubicadas en el cuartil más alto, fueron Bosa, Rafael Uribe, Santa Fe, Ciudad Bolívar y Usme.

Al revisar según desagregación de los indicadores que componen el índice: el bajo logro educativo, la inasistencia escolar, el rezago escolar, cuidados en la primera infancia, empleo informal, desempleo a largo plazo, aseguramiento en salud, y hacinamiento crítico fueron los que presentaron mayor magnitud y diferencia entre localidades. Se encontró que Ciudad Bolívar, Usme y Santa Fe, fueron identificadas 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. Estas condiciones de vida pueden tener una relación con los resultados identificados principalmente en los indicadores de desnutrición, retraso en talla, bajo peso

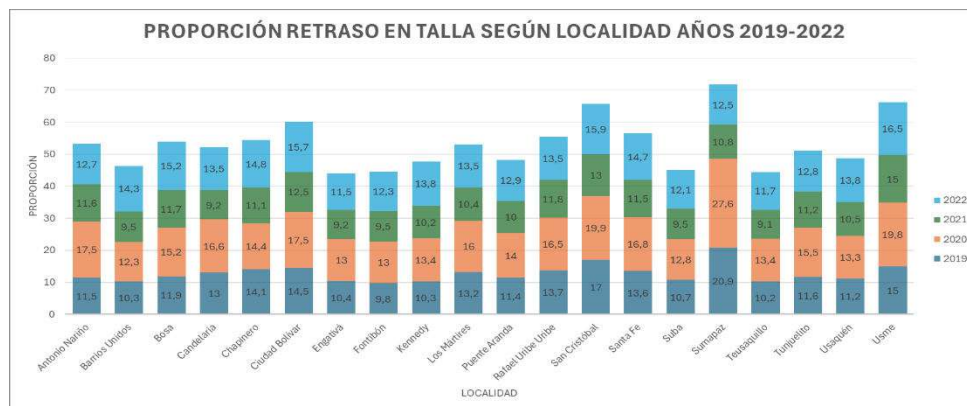
⁵⁷ <https://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/>

Figura 67 Proporción de Desnutrición Aguda Global y Retraso en Talla, Bogotá 2019 a 2022



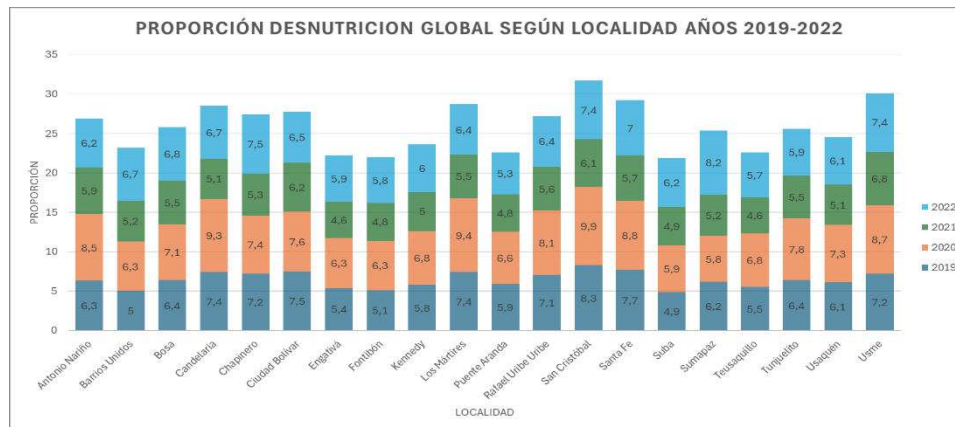
Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud Proporción de niños menores de 5 años captados en las consultas de atención integral en IPS públicas y privadas de Bogotá con desnutrición aguda, retraso en talla, desnutrición global y exceso de peso, residentes en Bogotá D.C

Figura 68 Proporción de Retraso en Talla por localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud Proporción de niños menores de 5 años captados en las consultas de atención integral en IPS públicas y privadas de Bogotá con desnutrición aguda, retraso en talla, desnutrición global y exceso de peso, residentes en Bogotá D.C

Figura 69 Proporción de Desnutrición Global según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022



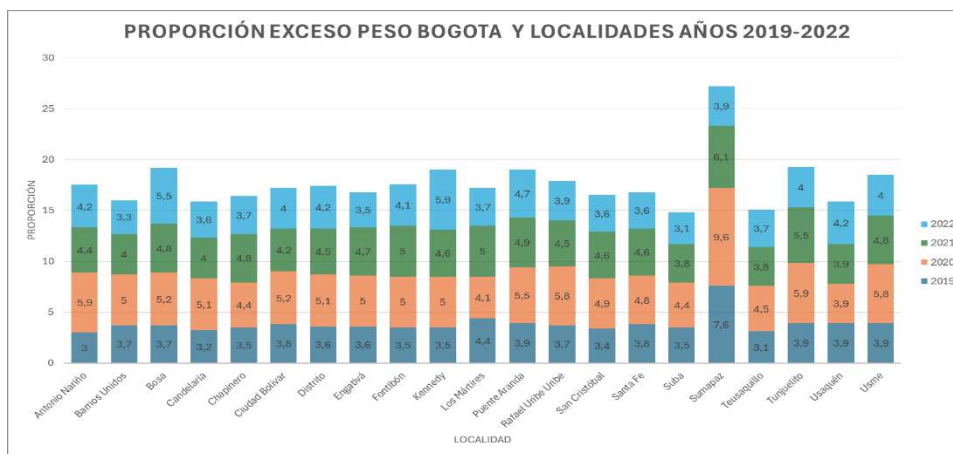
Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud Proporción de niños menores de 5 años captados en las consultas de atención integral en IPS públicas y privadas de Bogotá con desnutrición aguda, retraso en talla, desnutrición global y exceso de peso, residentes en Bogotá D.C

Figura 70 Proporción de Desnutrición Aguda (Moderada o Severa) según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022



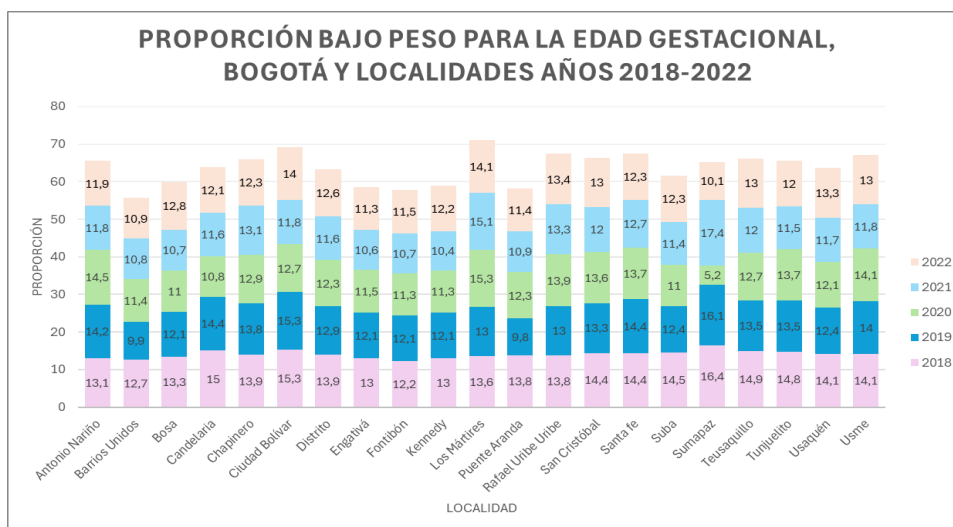
Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud Proporción de niños menores de 5 años captados en las consultas de atención integral en IPS públicas y privadas de Bogotá con desnutrición aguda, retraso en talla, desnutrición global y exceso de peso, residentes en Bogotá D.C

Figura 71 Proporción de Exceso de peso según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud Proporción de niños menores de 5 años captados en las consultas de atención integral en IPS públicas y privadas de Bogotá con desnutrición aguda, retraso en talla, desnutrición global y exceso de peso, residentes en Bogotá D.C

Figura 72 Proporción de Bajo peso para la edad gestacional según localidad de residencia, Bogotá 2019 a 2022



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud Total de población gestante captada por la notificación de las consultas de atención integral en IPS públicas y privadas que reportan al SISVAN en Bogotá D.C.

3.3.5 Enfermedades Transmisibles

3.3.5.1 Situación de enfermedades prevenibles por vacuna y otras transmisibles

Las enfermedades infecciosas emergentes son aquellas que aparecen por primera vez o que, habiendo existido previamente, aumentan su incidencia, virulencia, resistencia o distribución geográfica⁵⁸. A nivel mundial se identifican riesgos en Salud Pública de enfermedades nuevas o reemergentes debido a las nuevas dinámicas poblacionales, que incluyen en comportamientos como la reducción de la aceptabilidad de vacunas

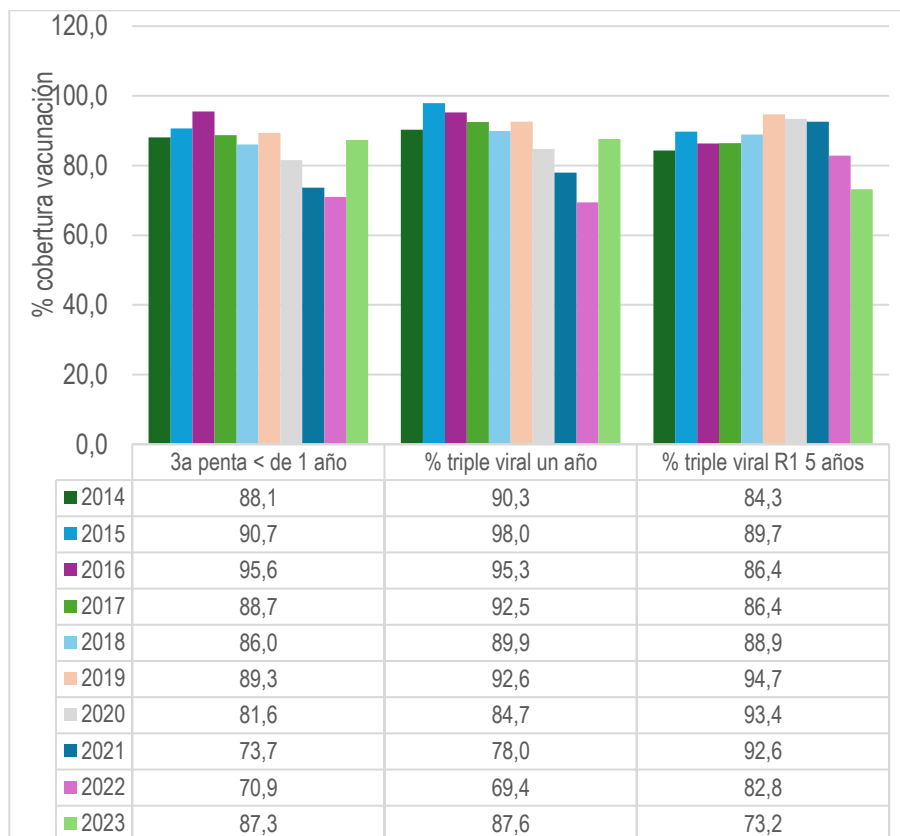
Las coberturas de vacunación no fueron ajenas a la afectación con la pandemia. Factores sociales expresados en el temor de las personas en acceder a los servicios de salud por miedo al contagio, dificultad para los desplazamientos a los centros de salud, desconocimiento y barreras de accesibilidad de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

En cuanto a las coberturas, la meta (denominador del indicador de cobertura) asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social presenta diferencias en la lectura ya que se considera en los registros a los nacimientos y fallecimientos de la ciudad, así como a la población nacida residente y migra a otra ciudad y la que ingresa a residir proveniente de otros municipios. Al realizar el análisis de las coberturas con la asignación del denominador de las cohortes de nacidos vivos, la cobertura registrada es mayor a la presentada con la meta asignada por el MSPS, dado que la población meta es menor. En ese contexto, la ciudad de Bogotá, para el año 2022 obtuvo coberturas del 96.3%, con un número de 67.011 nacidos vivos.

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

⁵⁸ Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. Nature 2004; 430: 242-249. <https://doi.org/10.1038/nature02759>

Figura 73 Coberturas de vacunación en niños y niñas menores de 6 años. Bogotá. 2014 a 2023



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

Los eventos transmisibles se caracterizan por requerir en forma rápida aplicar medidas de contención y control tales como bloqueos, identificación de la fuente de infección y contactos, acciones de profilaxis y/o vacunación, con un énfasis especial para los eventos inmunoprevenibles

El comportamiento de la incidencia de los principales eventos transmisibles inmunoprevenibles ha sido el siguiente⁵⁹ (se aclara que los datos año 2023 son preliminares):

- Hepatitis A se evidencia un incremento significativo para el año 2023 con un resultado de 5.97 casos por 100.000 habitantes con respecto a los años anteriores (año 2022 1,80; año 2021 (0,27) se resalta que los menores de 10 años el aporte al total de casos en los últimos 5 años está por debajo del 1%.
- En cuanto a meningitis la tendencia ha sido hacia el incremento pasando de una incidencia 0,9 casos por 100 mil habitantes en el 2020 a 1,8 por 100 mil habitantes en el año 2023.
- La tasa de notificación de varicela para el año 2023 fue de 65,2 casos por 100 mil habitantes en el D.C., con una tendencia hacia el aumento (año 2022 es de 54,9, año 2021 es de 30,9).
- Para el año 2023 se presentó una incidencia de parotiditis de 17,7 casos con un comportamiento estable en el último cuatrienio. El comportamiento de la Tosferina ha venido en una disminución significativa

⁵⁹ Los datos del año 2023 son considerados preliminares

durante los últimos 5 años, pasando del año 2020 0,09 casos por 100 mil habitantes a el año 2023 de 0,025.

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

En cuanto a la mortalidad como causa básica Tuberculosis en Bogotá D. C, según estadísticas vitales reportadas (RUAF), se observa que en 2020 la tasa se mantiene en menos de 1 caso por 100 mil habitantes; en 2021 se presenta una tasa de 1,12 casos por 100 mil habitantes, la más alta de los últimos 4 años; y en 2022 y 2023 como dato preliminar se reporta una tasa de 0,99 casos por cada año anterior.

Tabla 69. Comportamiento tasa de incidencia (casos por 100.000 habitantes) principales eventos transmisibles 2015-2023. Bogotá

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

Fuente: SIVIGILA, Bases de datos 2015 a 2023

3.3.5.2 Mortalidad por IRA

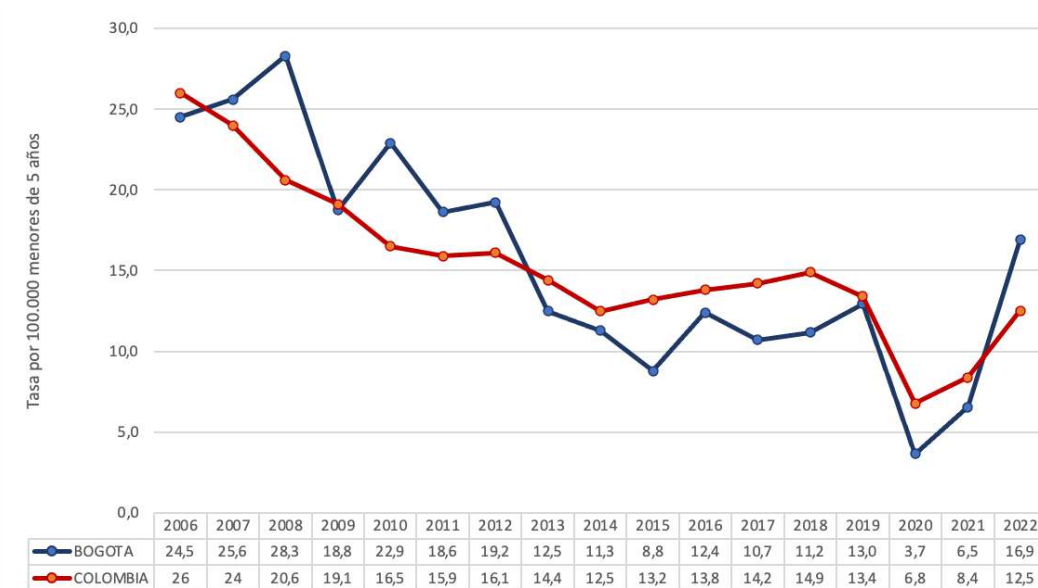
La tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años en Bogotá ha experimentado un descenso, alcanzando 3.7 muertes por IRA en 2020, con una disminución del 71.5% desde 2019. A nivel nacional, la tendencia ha seguido un patrón similar, reduciéndose a 6.8 muertes por IRA en 2020, lo que representa una disminución del 49.3%.

En 2020, la concentración de la tasa de mortalidad por IRA en Bogotá se observa en las localidades menos aventajadas, como Usme, Ciudad Bolívar y otras, según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Estas áreas registraron una tasa de 0.4 muertes por IRA por 100,000 menores de 5 años, mientras que las localidades más aventajadas tuvieron una tasa de 3.0, con un exceso de 2.4 muertes por IRA en las menos aventajadas.

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

La tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años ha registrado un leve pico en el año 2008 posterior a ello la tasa ha presentado un descenso llegando a 2020 a 3.7 muertes por IRA en menores de 5 años con una disminución en la tasa de 86,9% con respecto a 2020, a 2021 se registra un aumento con el 6.5 muertes por IRA en menores de 5 años. A nivel nacional la tasa de mortalidad ha estado por debajo del nivel distrital hasta el año 2012, a partir del año 2013 presenta tasas más altas a Bogotá sin embargo para el año 2020 también presenta un descenso a 6.8 muertes por IRA en menores de 5 años con una reducción del 49,3%, con respecto al año anterior, para el año 2022 también registra un aumento del 16.9 muertes por IRA en menores de 5 años. Las acciones que han estado dirigidas al cumplimiento de las diferentes medidas básicas y de aislamiento de acuerdo con la contención por la pandemia SARS-Cov2 COVID19 contribuyeron en la reducción de las defunciones.

Figura 74 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Bogotá D.C. – Colombia. 2006-2022



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2022

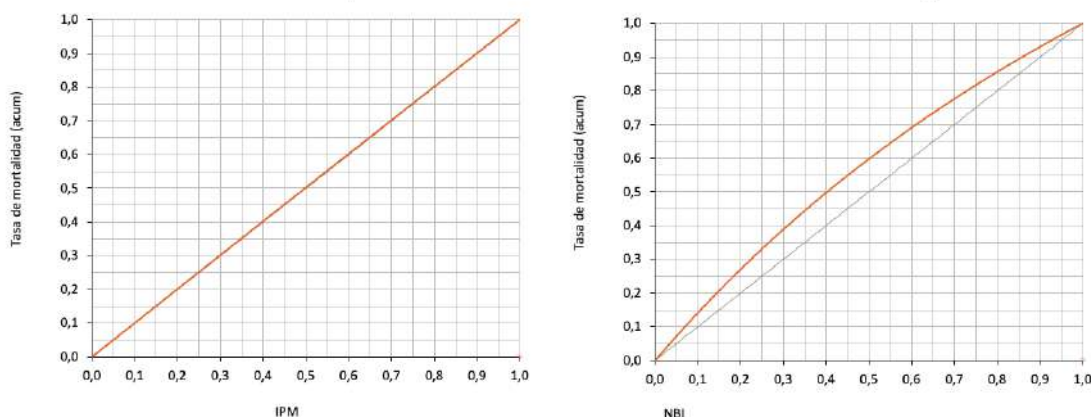
En el año 2021 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años se concentra en la población de las localidades menos aventajadas, de acuerdo con el IPM se cuenta con un índice de concentración negativa de -0,003, el 50% de la población menos aventajada de acuerdo con el IPM concentra el 59,8% de las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

Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo) con un exceso de muertes de 1.4 muertes por IRA en menores de 5 años en las localidades menos aventajadas frente a las más aventajadas.

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

Figura 75 Curva de concentración de población para la mortalidad por IRA en menores de 5 años según IPM y NBI, Bogotá, 2021

Curva de concentración IPM: M. por IRA <5 años 2021 Curva de concentración NBI: M. por IRA <5 años 2021



Índice de concentración: -0,003

Índice de concentración: -0,173

Fuente: elaboración propia. FUENTE 2021: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de Estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES-Publicados 30-03-2022

Fuente denominador: Cifras de vivienda. Hogares y personas para localidad 2005-2035, DANE - CNPV 2018. Proyecciones.

IPM 2021 Fuente: DANE y SDP - Encuesta Multipropósito 2021. Cálculos: SDP-Dirección de Estudios Macro. Fecha de cálculo 21-07-2022 consultado el 19-01-2024 Secretaría Distrital de Planeación Indicadores | ENCUESTA MULTIPROPOSITO (arqgis.com).

Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024 Para el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas año 2015 (NBI 2015), índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico) (sdp.gov.co), consultado el 19-01-2024

3.3.5.3 Mortalidad por EDA

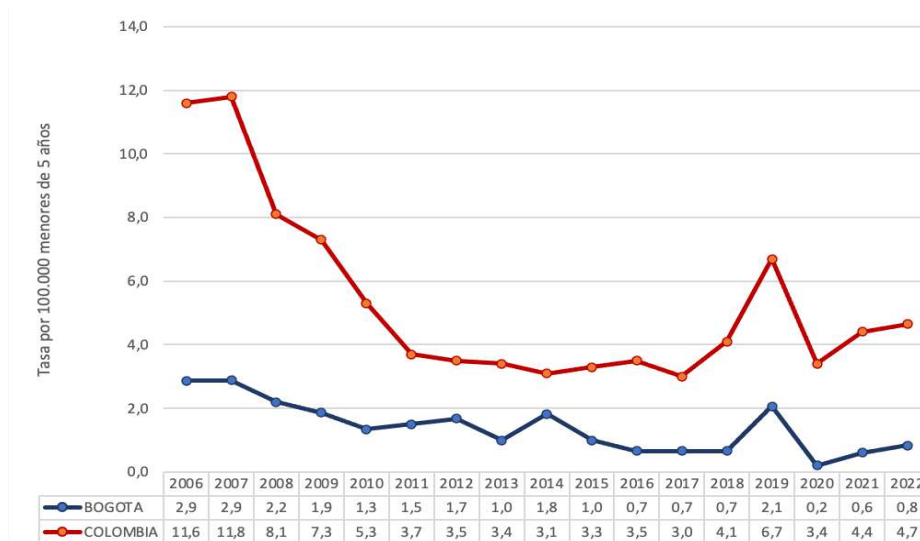
La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Bogotá en menores de cinco años ha tenido un comportamiento desde el año 2020 de valores mínimos, pasando de una tasa de 0,00 por 100.000 menores de 5 años a una tasa de 0,4 por 100.000 menores de 5 años y para el año inmediatamente anterior 2023 no se presentaron mortalidades por esta casusa básica. A pesar de la mejora, es esencial mantener e intensificar las acciones para la atención infantil, incluyendo prácticas de autocuidado como lavado de manos y acceso a agua potable.

A nivel nacional, según el Instituto Nacional de Salud, la tasa de mortalidad por EDA en 2020 fue de 2.93 muertes por cada 100,000 menores de 5 años, lo que sugiere la necesidad de abordar problemas de saneamiento básico en algunos territorios para cumplir con los objetivos de desarrollo sostenible y reducir aún más estas cifras.

La mortalidad por Enfermedad diarreica aguda en Bogotá ha contado con bajas desde el año 2006 con 2.9 muertes por EDA en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años, a partir del año 2010 estas tasas desciende a 1.3 muertes por EDA en menores de 5 años, y a partir del 2016 Bogotá conto con tasas menores de 1 por cada 100.000 menores de 5 años registrando un pico en el 2019 llegando a 2.1 muertes por EDA en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años ya para el año 2020 se registró un descenso del 90,5% llegando nuevamente 0.2 muertes por EDA en menores de 5 años, a 2022 aumento a 0.8 muertes por EDA por cada 100.000 menores de 5 años, se debe continuar e intensificar las acciones implementadas en el marco de la atención a la niñez y la infancia en el Distrito desde el sector y otros sectores intersectoriales, así como la práctica de autocuidado como el lavado de manos y consumo de agua potable.

A nivel nacional se presenta un comportamiento similar contando con una tasa en el 2022 de 4.7 muertes por EDA por cada 100.000 menores de 5 años, sin embargo, aun continua siendo tasas altas, de acuerdo a los objetivos de desarrollo sostenible se deben erradicar las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles, aun en Colombia se continua en algunos territorios problemas de saneamiento básico que acrecienta la mortalidad por este evento en los menores de 5 años y viendo aún más lejano la posibilidad de cumplir con esta meta.

Figura 76 Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Bogotá D.C. – Colombia. 2006 – 2022



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006 – 2022

NOTA: Es importante aclarar que: En el año 2019 se registran 8 casos en base RUAF (cuatro niños y cuatro niñas todos afiliados al régimen contributivo) a estos casos se les realizaron unidades de análisis y estos casos fueron descartados ya que se tratan de

mortalidades asociadas a enterocolitis necrotizante del prematuro, por cuanto la causa de muerte quedo mal codificada; las enmiendas estadísticas y análisis de casos fueron enviados a DANE para el respectivo ajuste.

En el año 2021 se registran tres casos en base RUAF un caso menor de 2 años que en unidad de análisis se concluye el caso cumple con definición de Neumonía y no causa básica de muerte EDA, sin embargo, caso no concluyente en análisis por no contar con el informe completo y reporte histopatológico de necropsia médico legal; un caso menor de 14 días recién nacido pretérmino de 28 semanas se trata de mortalidad asociada a enterocolitis necrotizante del prematuro, por cuanto la causa de muerte quedo mal codificada y un caso menor de un mes se concluye en unidad de análisis que la causa básica de muerte queda asociada a una septicemia por E. coli con causa de muerte mal codificada.

En el año 2022 se registra tres casos en base RUAF a estos casos se les realizaron unidades de análisis y estos casos fueron descartados, un caso menor de un mes se encuentra asociada a sepsis intestinal secundaria a hernia inguinal encarcelada y necrosada pendiente ajuste por medicina legal, un caso menor de 12 días se trata de mortalidad asociadas a enterocolitis necrotizante del recién nacido, por cuanto la causa de muerte quedo mal codificada y un caso menor de 5 meses policultivado por bacterias, virus, se evidencia proceso respiratorio la enmienda estadística fue enviada a DANE para el respectivo ajuste

3.3.5.4 Problematicación

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

En los grupos, la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad corresponde a enfermedades respiratorias agudas, especialmente en menores de 5 años, donde se identificaron como principal causa de atención en el 22,04 % de los residentes en la ciudad en el 2023 y en el 15,28 % de los niños de 5 a 9 años. En otros grupos de edad suele afectar alrededor del 5% de la población correspondiente a cada quinquenio. En relación con la neumonía y las infecciones de vías respiratorias inferiores se identifica que estas afectaron al 7,86% de los niños menores de 5 años⁶⁰. A partir de la información de vigilancia que se realiza a la circulación viral en Bogotá D.C. por laboratorio se identifica que el mayor número de casos a infecciones por rinovirus (34,6%), seguido de las infecciones por A_H1N1_PDM09 (15,99%) y Virus Sincitial respiratorio (13,48%)⁶¹

Durante el año 2023 se evidencia un mínimo número de casos de infección por COVID 19, afectando apenas al 0,36% de las población de la ciudad en este año, lo cual puede estar asociado a la menor realización de pruebas rutinarias para la confirmación del evento debido a los lineamientos actuales para su prescripción y a una menor positividad respecto a los años de pandemia (positividad 20,3 por cada 100.000 habitantes para el año 2023 respecto a la máxima documentada en el año 2021 de 1265,7 por 100.000 en el año 2021⁶²)

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

⁶⁰ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2024, 22 abril). Reporte Consulta a RIPS 1450. Morbilidad General [Conjunto de datos]. Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2023; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2024/04/21) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/01/31)

⁶¹ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Circulación viral en Bogotá D. C para el año 2023. a partir de vigilancia de infección respiratoria aguda grave inusitada, la vigilancia centinela de ESI-IRAG y la vigilancia de Covid-19. Fecha de corte: 09/04/2024. <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/circulacion-viral-en-bogota-d-c>

⁶² Base de datos de casos confirmados COVID-19. Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. 2020-2024. Información tomada de SaluData <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/casos-confirmados-de-covid-19-en-bogota-d-c/>

años. En relación con la mortalidad asociada a enfermedad diarreica en menores de 5 años se identifica que no se presentaron casos durante el año 2023⁶³

3.4 CONSTRUCCIÓN DE NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA A NIVEL TERRITORIAL

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

En la ciudad de Bogotá se han identificado que, a pesar de que se cuenta con una alta cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en salud (77% afiliada mediante regimen contributivo y 22% en regimen subsidiado) persisten retos en el acceso a servicios de salud a partir de aspectos como la persistencia de hogares con privación en el aseguramiento en localidades con mayores índices de pobreza multidimensional, tales como Ciudad Bolívar, Usme, Santa Fe, Bosa, Los Mártires y Rafael Uribe), en los cuales se identificó en más del 17% de los hogares (Alcaldía mayor de Bogotá D.C. & Secretaria de Planeación Distrital, 2023). Sin embargo existen retos adicionales en cuanto a la afiliación de población de origen venezolano por no aplicación de la encuesta Sisbén IV (42,3% a enero de 2024) por lo cual se pueden generar problemas en el acceso a diferentes servicios de salud y protección social⁶⁴.

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 de medicina y odontología general superiores al estándar de 3 días definido a nivel normativo, o al promedio nacional establecido para la oportunidad en la asignación de cita de medicina en las especializadas de Cirugía general, Ginecología y Medicina Interna, lo cual ha sido también identificado como causa frecuente de quejas en la atención reportadas por la población (Ver datos detallados en sección 1.9.1 de este documento).

En otros indicadores de calidad se identifica tiempos de atención en el servicios de urgencias a personas clasificadas como Triage II superiores a 40 minutos (estándar nacional 30 minutos), lo cual puede estar asociado al aumento de las personas que hacen uso de estos servicios de urgencias por causas potencialmente diferibles como las enfermedades osteomusculares, infecciones de vías urinarias, salud oral y enfermedades intestinales de origen infeccioso que en su conjunto aportaron el 17,97% del total de las atenciones en este servicio durante el año 2023 (ver sección 3.1.2 de este documento).

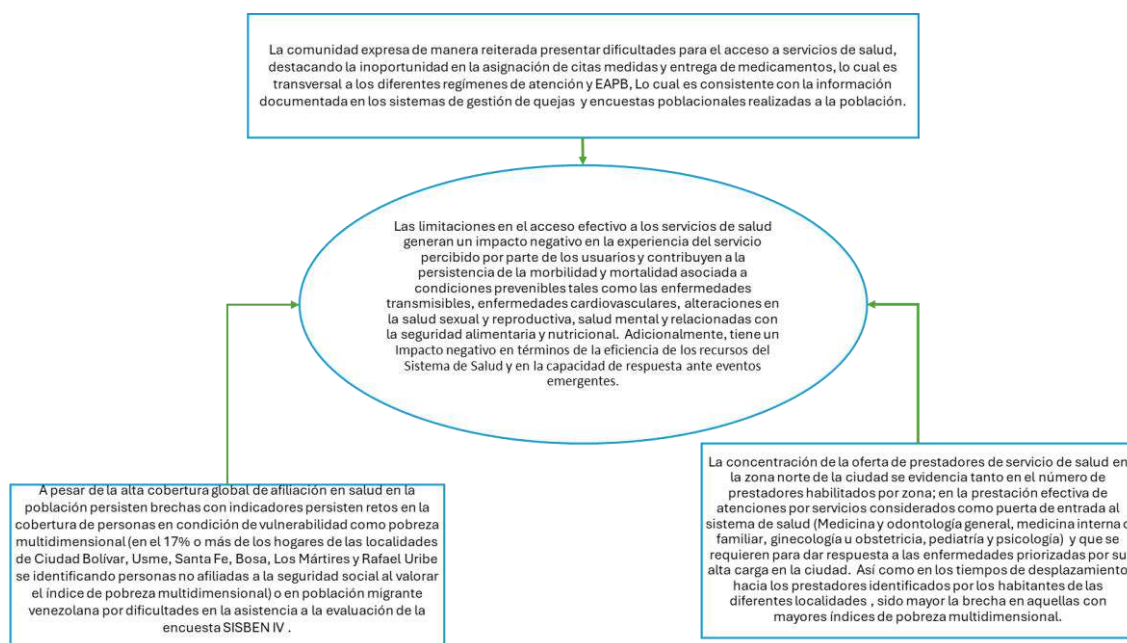
Por otra parte se identificaron brechas en la prestación del servicio de bajo nivel de complejidad en localidades con mayores índices de pobreza multidimensional a partir del análisis de la información documentada de tiempos de desplazamiento hacia los servicios de salud en localidades con baja oferta de prestadores tales como Sumapaz, Mártires, Usme, Bosa, Ciudad Bolívar y Santafé; o en donde los prestadores disponibles no

⁶³ Estadísticas Vitales. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en Bogotá D.C." Consultado en SaluData <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/tasa-de-mortalidad-por-enfermedad-diarreica-aguda-en-menores-de-5-anos-en-bogota-d-c/>

⁶⁴ Se tiene contemplada la atención por urgencias sin barreras de acceso a la población migrante irregular, pero puede haber limitaciones para el acceso a otros servicios de salud

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 (Ver ampliación de detalle en la sección 3.1.1 de este documento)

Figura 77 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, Secretaria Distrital de Salud. Bogotá 2023-2024

3.4.2 Problemática: “Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud”

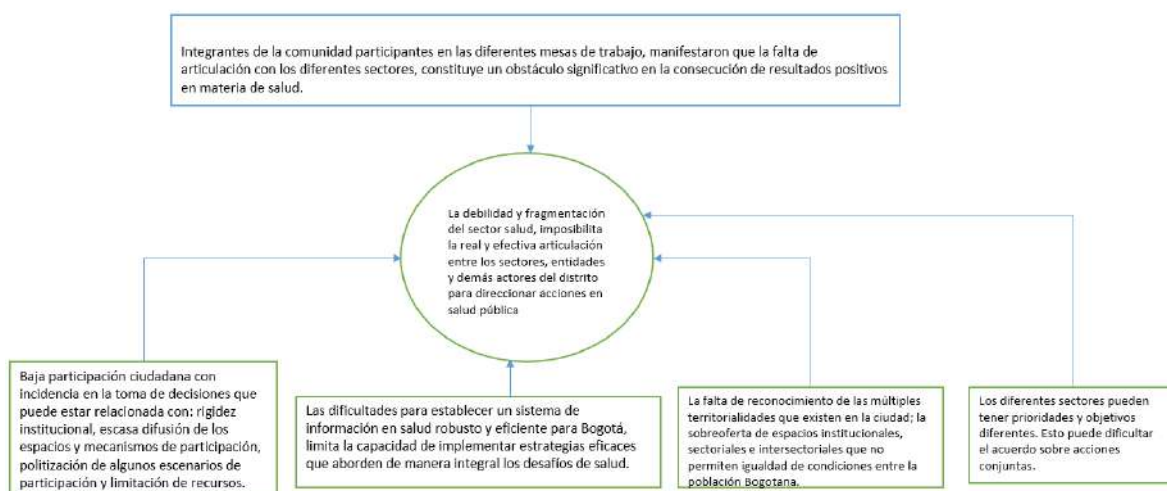
La debilidad y fragmentación del sector salud, imposibilita la real y efectiva articulación entre los sectores, entidades y demás actores del distrito para direccionar acciones en salud pública, la necesidad de una gobernabilidad sólida y una efectiva gobernanza intersectorial y transectorial constituye un obstáculo significativo en la consecución de resultados positivos en materia de salud. La falta de coordinación y colaboración entre diferentes sectores y áreas limita la capacidad de implementar estrategias eficaces que aborden de manera integral los desafíos de salud, en cuanto al desarrollo de políticas y programas que aborden los determinantes sociales de la salud, impidiendo la maximización de recursos y la ejecución eficiente de acciones preventivas y correctivas

La baja participación ciudadana con incidencia en la toma de decisiones, las limitaciones están asociadas a la rigidez institucional, la escasa difusión de los espacios y mecanismos de participación, la politización de algunos

Pag 204 de 262

escenarios de participación, la falta de renovación de los liderazgos comunitarios, la incredulidad en los procesos institucionales y el escaso tiempo e interés por parte de la comunidad para participar activamente. Por otra parte, la deficiencias en relación con la falta de reconocimiento de las múltiples territorialidades que existen en la ciudad; la sobreoferta de espacios institucionales, sectoriales e intersectoriales; las limitaciones de planificar y ejecutar políticas, programas y acciones articuladas en los diferentes ámbitos de gobierno (local, distrital, regional y nacional), y la inexistencia de un sistema de información que proporcione los datos relevantes, actualizados y desagregados sobre los determinantes de la salud.

Figura 78 Núcleos de inequidad socio sanitaria, problema debilidad gobernabilidad y gobernanza



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

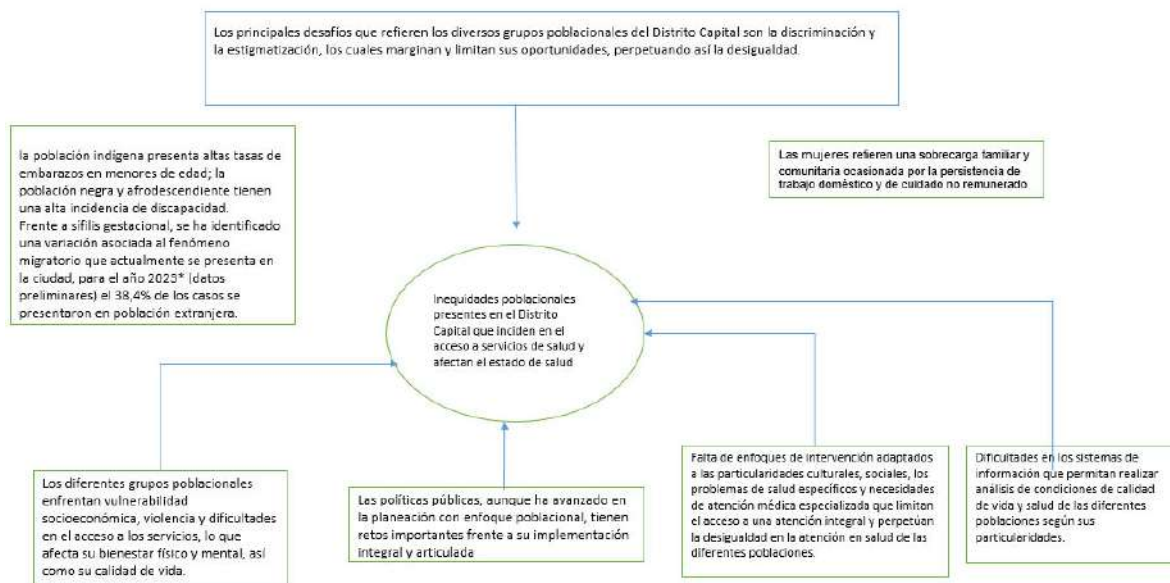
3.4.3 Problemática: “Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población”

La población enfrenta vulnerabilidad socioeconómica, violencia y dificultades en el acceso a los servicios, lo que afecta su bienestar físico y mental, así como su calidad de vida, expresándose en aspectos como: La población indígena presenta altas tasas de embarazos en menores de edad; prevalencia a enfermedades transmisibles y respiratorias y riesgos de mortalidad materno infantil, la población negra y afrodescendiente enfrenta el desarraigo y la pérdida de su territorio. Además, tienen una alta incidencia de discapacidad. La mortalidad infantil con tasas significativamente superiores a la media distrital, los estilos de vida y las prácticas culturales de las madres afro contribuyen al desconocimiento de prácticas saludables durante el embarazo, la población con discapacidad se encuentra ante la escasez de servicios de salud, rehabilitación y asistencia social de calidad, la población víctima se ve afectada por la débil respuesta institucional para su reparación integral. Las condiciones socioeconómicas aumentan su vulnerabilidad, incidiendo en el aumento de enfermedades

respiratorias, diarrea, problemas de piel y parasitosis intestinal en niños, así como en el incremento de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión en adultos. La población migrante presenta problemas por la carencia de regulación del estatus migratorio, la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, y la escasa preparación de las instituciones para su atención. Las mujeres refieren una sobrecarga familiar y comunitaria ocasionada por la persistencia de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, lo cual se deriva en restricciones del tiempo para el ocio, autocuidado y trabajo remunerado. La población LGTBIQ+ enfrenta dificultades para acceder a atención médica adecuada por falta de protocolos específicos y capacitación idónea a profesionales de la salud, e invisibilidad y subregistro. Esto genera mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de transmisión sexual.

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

Figura 79 Núcleos de inequidad socio sanitaria problema inequidades poblacionales



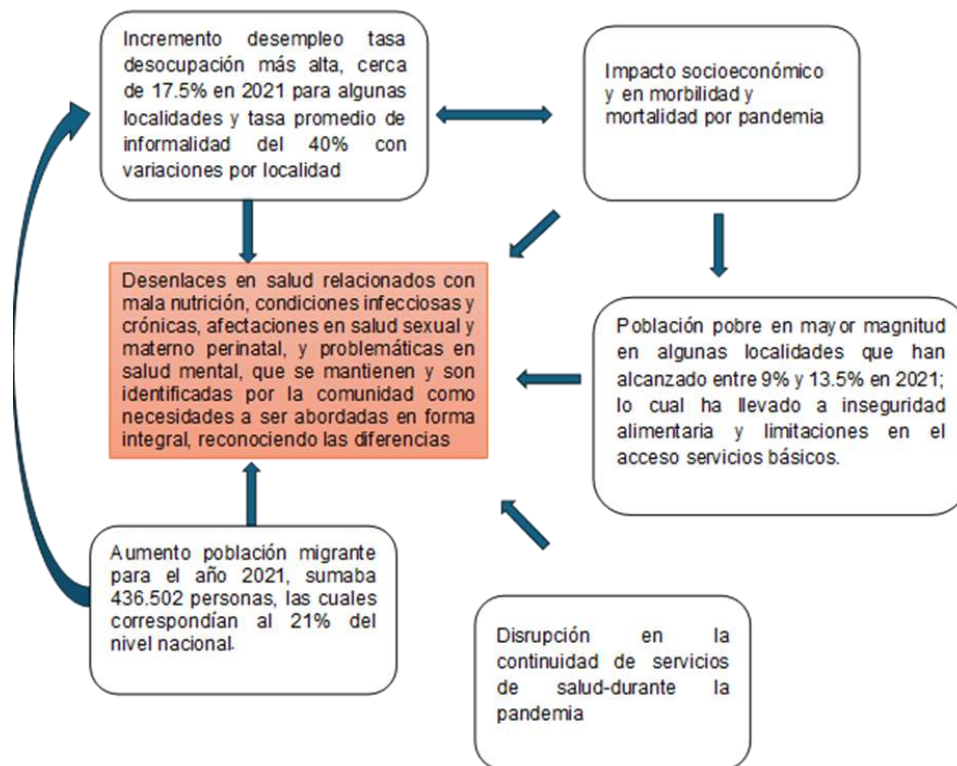
Fuente: Mesas para la planeación de Salud, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá 2023-2024

3.4.4 Problemática: Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública

Condiciones como incremento o persistencia en el índice de pobreza especialmente en algunas localidades como Bosa, Rafael Uribe, Santa Fe, Ciudad Bolívar y Usme con proporciones entre el 9% y 13.5%, en 2021 las cuales en su mayoría coinciden con una mayor tasa de desocupación, entre el 17 y 18% y tasa promedio de informalidad del 40,4 %, que ha oscilado entre 22,4 % en Teusaquillo y 55,7 % en Usme (2021 SDE), son indicadores de inequidades que pueden explicar que ante una falta de ingresos por desempleo y baja ocupación, las personas podrían estar dispuestas a ocuparse en la informalidad donde, por lo general, la remuneración y garantías son menores. Se ha descrito para las personas migrantes una probabilidad 42,0 % mayor de ser informal y ganar en promedio, 39,7 % menos que una persona nacional. Toda esta situación puede afectar el acceso económico a los alimentos y generar un incremento en la prevalencia de hogares con inseguridad alimentaria; para el 2021, se estimó que las localidades con mayor inseguridad alimentaria moderada y grave fueron Rafael Uribe (44.8), Bosa (41.1), Usme (40.2), seguidos de Ciudad Bolívar y Tunjuelito. Esta situación ha sido corroborada por la comunidad, que ha solicitado respuestas más efectivas que reconozcan las condiciones de vida y culturales poblacionales. Así mismo; los rezagos de la pandemia y los cierres como medida de mitigación causaron efectos en la sociedad en general, originando adicionalmente, una disrupción en la continuidad de los servicios de atención en salud; a su vez; estas condiciones se relacionaron con afectaciones de la salud de la población, identificándose algunos desenlaces negativos asociados a trastornos de la salud mental tales como; el aumento del intento de suicidio y del suicidio consumado y de situaciones asociadas como violencia intrafamiliar y sexual y trastornos del estado del ánimo. En relación con la seguridad alimentaria y nutricional, la desnutrición global y el retraso en talla han oscilado entre 5,4% a 7,5% y entre 12% a 15,5%; respectivamente, para los años 2018 a 2022. Incremento en la razón de Morbilidad materna Extrema, 18,3% prevalencia de sífilis gestacional, 21,9% y mortalidad materna, 56,3% al comparar 2022 vs 2019.

En relación con las condiciones crónicas, los homicidios y los accidentes de transporte terrestre son la primera y la tercera causa de muerte entre los hombres, respectivamente y restan cerca de 0.80 años de esperanza de vida (AEVP). Se identifican cuatro causas asociadas con una mayor edad (enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, tumor maligno del estómago y de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon). En mujeres la máxima magnitud de AEVP es 0.27, para los 60 años y más que mueren por enfermedades isquémicas del corazón. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en las menores de un año exhiben el segundo valor más alto, 0,26. Entre las primeras 15 causas que aumentan los AEVP para las mujeres de Bogotá están cinco clasificaciones como tumores: tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, tumor maligno de la mama de la mujer, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon, tumor maligno de otros órganos genitourinarios y tumor maligno del estómago. (DANE 2022)

Figura 80 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

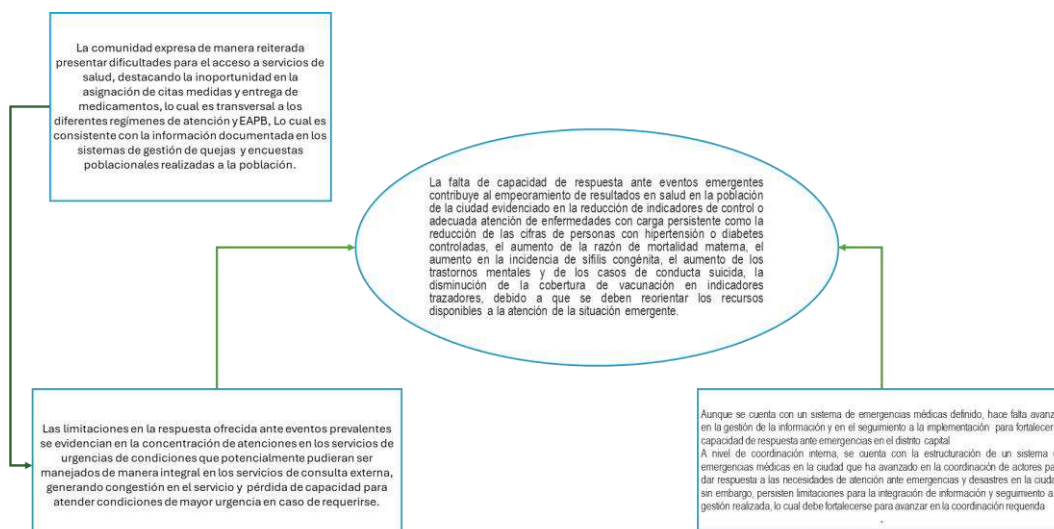
3.4.5 Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias

Teniendo en cuenta el impacto que generó la pandemia por COVID 19 en los indicadores de salud relacionados con la gestión para atención a enfermedades priorizadas por su alta carga de la enfermedad, destacando la reducción de las cifras de personas con hipertensión o diabetes controladas, el aumento de la razón de mortalidad materna, el aumento en la incidencia de sífilis congénita, el aumento de los trastornos mentales y de los casos de conducta suicida, la disminución de la cobertura de vacunación en indicadores trazadores; se hace necesario fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud ante estos eventos y favorecer la articulación efectiva de los diferentes actores para preparar las respuestas institucionales que se requieran en caso de presentar una nueva pandemia o condición emergente, de tal manera que se pueda continuar dando respuesta a las necesidades de atención de la población tanto emergentes como de carga persistente.

A nivel de coordinación interna, se cuenta con la estructuración de un sistema de emergencias médicas en la ciudad que ha avanzado en la coordinación de actores para dar respuesta a las necesidades de atención ante

emergencias y desastres en la ciudad, sin embargo persisten limitaciones para la integración de información y seguimiento a la gestión realizada, lo cual debe fortalecerse para avanzar en la coordinación requerida.

Figura 81 Núcleos de Inequidades relacionados con capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias.



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

3.5 Conclusiones del capítulo

las condiciones de vida identificadas en la ciudad se expresan de múltiples formas en los indicadores de acceso a servicios de salud y resultados de morbilidad y mortalidad, encontrando como factores más estrechamente asociados a desenlaces negativos la pobreza multidimensional, el consumo de tabaco y alcohol y condiciones relacionadas con la distribución de la oferta de servicios de salud en la ciudad. Un factor que contribuyó al empeoramiento de algunos indicadores en salud fue la necesidad de organizar la respuesta ante la pandemia por COVID 19 en la ciudad, sin que para ello se hubieran preparado recursos y elementos con antelación. Esta situación generó cambios permanentes en la manera de prestar algunos servicios en la ciudad, tales como los servicios de urgencias reduciendo la proporción de atenciones con observación y aumentando la correspondiente a consultas, pero poniendo en evidencia la necesidad de avanzar en la planeación integral de la respuesta y la coordinación intra e interinstitucional, para avanzar en la mejora de resultados esperados y en la satisfacción de las necesidades de la población de la ciudad.

Es necesario continuar fortaleciendo los procesos de análisis integrado de la información que permitan comparar los efectos en resultados en salud con condiciones del entorno para favorecer la toma de decisiones en salud; ya que en la ciudad se cuenta con una gran variedad de fuentes de información sobre temas diversos que requieren una revisión cuidadosa y comparación con otras fuentes de información, como paso esencial para avanzar en la propuesta de integración de fuentes de información.

CAPÍTULO 4 - ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICIÓN O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES	CONTRIBUCIÓN/GESTIÓN DE CONFLICTOS
1. Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)	<p>Fortalecimiento técnico del recurso humano de las Instituciones para la implementación de las acciones y servicios contemplados en las RIAS</p> <p>La respuesta institucional asistencial se realiza con el seguimiento al comportamiento de la mortalidad prematura por esta causa, generación de alertas tempranas, la caracterización y análisis del comportamiento de las mortalidades por estas condiciones crónicas.</p>	La estrategia Territorios de Innovación y Participación en Salud (TIPS), de la DPSGTyT, planteó como parte de sus apuestas la creación de proyectos de innovación con organizaciones sociales, grupos autónomos, formas e instancias de participación.	Subdirección Vigilancia en Salud Pública.	Cooperante	<p>*Se articulan acciones interdependencias para dar a conocer la situación epidemiológica, alertas tempranas que permitan la orientación de actividades que impacten desde las acciones de cada equipo.</p> <p>*Identificación oportuna de la población con condiciones crónicas.</p> <p>*Manejo y control efectivo de la patología.</p> <p>*Prevención de complicaciones cardio-cerebrovasculares y metabólicas en la población diagnosticada.</p> <p>*Orientación técnica en la implementación de la RIAS CCVM para mejorar la eficiencia y efectividad de las acciones llevadas a cabo por las EAPB e IPS. Además, busca fomentar la innovación proporcionando a los profesionales de las EAPB e IPS intervenidas los conocimientos necesarios para identificar nuevas oportunidades y mantenerse al tanto de los avances tecnológicos.</p> <p>Para atender las necesidades de la población rural, se implementó</p>	Detección temprana y seguimiento a la garantía de la atención integral en salud oportuna, así como seguimiento y atención de posibles barreras de acceso.

PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICIÓN O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES	CONTRIBUCIÓN/GESTIÓN DE CONFLICTOS
					un componente específico dentro de la política pública de ruralidad. Este componente tiene como objetivo proporcionar una atención diferenciada y adaptada a las particularidades de la población rural.	
2. Debilidad de la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	<p>Posterior a la concertación de actividades y acuerdos para fortalecer la gestión de riesgo con las EAPB y su red prestadora de servicios de forma continua, se realizan orientaciones técnicas y acompañamientos en el modelo de prestación de servicios de salud. A su vez se realiza el monitoreo de los indicadores priorizados de la RIAS cáncer, en su mayoría relacionados con la oportunidad de atención de este tipo de cáncer. Se aplica instrumento interno de la DPSS a los actores de SGSSS con el objetivo de identificar gestión de riesgo administrativo y operativo de cáncer.</p> <p>La respuesta institucional busca reducir la prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, mediante acompañamiento, seguimiento y monitoreo a</p>	La respuesta social con la que se busca fomentar la participación, la inclusión, el autocuidado, promoción de hábitos de alimentación y nutricionales saludables de manera directa e indirecta a los participantes y sus familias; permitiendo obtener herramientas y habilidades que favorezcan el bienestar, la calidad de vida, la salud integral y el tejido social.	<p>Subdirección Vigilancia en Salud Pública.</p> <p>Los actores con los que se interactúan son:</p> <p>*Sectoriales: Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud – INS Instituto Nacional de Cancerología - INC Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS *Intersectoriales: Secretaría de Educación Distrital Consejo Distrital Asesor de Cáncer Infantil - CODACAI</p> <p>*Institucionales: Comité Interdependencias de</p>	Cooperante	<p>*Articulación con EAPB para gestión sectorial de los riesgos identificados en la atención integral. *Elaboración, realización y ejecución del COVE y COVECOM.</p> <p>*Unidades de análisis de casos priorizados con posibles barreras de acceso que representan riesgo para la atención integral de los eventos de interés en salud pública.</p> <p>*Asistencias técnicas a diferentes actores del SGSSS: EABP, Subredes Integradas de Servicios de Salud, UPGD.</p> <p>*Monitoreo al cumplimiento de acciones de mejora a UPGD críticas del subsistema de crónicas.</p> <p>*Acciones interdependencias que favorezcan promoción de AIEPI clínico como herramienta para la detección temprana de cáncer infantil, promoción de vacunación VPH, detección temprana de cánceres tamizables y seguimiento.</p> <p>EAPB: Responsables de caracterizar la población afiliada y participar en el proceso de análisis</p>	El propósito de la respuesta Sectorial extrainstitucional Fortalecimiento de capacidades técnicas a los equipos distritales y locales, así como direccionamiento a través los protocolos nacionales, articulación a través de comités de expertos para la orientación de acciones basado en la mejor evidencia disponible y apoyo con casos especiales de interés para la salud nacional. Institucional Permitir la transversalización de los procesos para favorecer el seguimiento técnico, el apoyo interdependencias y el mejoramiento continuo de las acciones desarrolladas desde el equipo de salud pública, frente a los datos obtenidos a partir de la vigilancia en salud pública.

PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICIÓN O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES	CONTRIBUCIÓN/GESTIÓN DE CONFLICTOS
	los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda que se notifican a través del SIVIGILA Evento 113, y al Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional - SISVAN.		Cáncer Dirección de Provisión de Servicios de Salud Subdirección Garantía del Aseguramiento en Salud Subdirección de Laboratorio de Salud Pública Subdirección de Determinantes DAEPSS		de situacional de salud, definiendo la red de prestación de servicios, la adecuación de las atenciones en salud, monitoreando y evaluando los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los prestadores. A su vez evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en la Ruta cáncer.	
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	Fortalecimiento técnico del recurso humano de las Instituciones para la implementación de las acciones y servicios contemplados en las RIAS de enfermedades infecciosas.	Se brindan herramientas a la ciudadanía para el reconocimiento y la gestión de las emociones en los diferentes entornos cotidianos, y la apropiación de buenas prácticas para el bienestar emocional individual y colectivo.	Subdirección Determinantes en Salud y la Subdirección Vigilancia en Salud Pública y los actores involucrados son: ICBF Regional Bogotá Equipos territoriales en Salud. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Sistema de referencia y contrarreferencia. Entidades de la Administración Distrital y Organizaciones no Gubernamentales.	Cooperante	Fortalecimiento de organizaciones comunitarias e instancias de participación que atendieron las necesidades particulares de las comunidades, se formularon y ejecutaron 5 proyectos en 2021, 15 en 2022 y 16 en 2023, es decir un total de 36, los cuales apuntaron a fomentar la participación, la inclusión, el autocuidado, promoción de hábitos de alimentación y nutricionales saludables de manera directa e indirecta en los participantes y sus familias; permitiendo de esta manera obtener herramientas y habilidades para la vida que favorecieran el bienestar, la calidad de vida, la salud integral y el tejido social.	*Contribuir a la caracterización de la población atendida por centros de tratamiento especializados, hogares de paso, comunidades de vida en su prestación de servicios ofertados en diversas modalidades (residencia, ambulatoria y mixta). *Favorecer la comprensión del comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas en segmentos poblacionales específicos, tales como habitantes de calle, menores con consumo problemático, gestantes con habituación de sus sistemas fisiológicos por consumo habitual y/o problemático de diversas sustancias psicoactivas. *Contribuir a la comprensión de los

PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICIÓN O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES	CONTRIBUCIÓN/GESTIÓN DE CONFLICTOS
						patrones de consumo y la captación idónea de los datos esenciales para dar cuenta del comportamiento epidemiológico del consumo, con desagregación local, por curso de vida, estrato socioeconómico entre otras.
4. Carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública	La respuesta institucional, asistencial, intersectorial, tienen como finalidad 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	Mediante Promotores del Cuidado es la estrategia que promueve la cultura ciudadana del cuidado, por medio de actividades de sensibilización y del desarrollo de un curso virtual a través del cual los ciudadanos adquieren herramientas prácticas para promover el autocuidado y el cuidado de la salud en su comunidad.	Subdirección Vigilancia en Salud Pública. Los actores con los que se interactúan son: *Sectoriales: Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud – INS Instituto Nacional de Cancerología - INC Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS *Intersectoriales: Secretaría de Educación Distrital Consejo Distrital Asesor de Cáncer Infantil - CODACAI	Cooperante	Asistencia técnica y evaluación externa en IPS para el mejoramiento de la atención integral en salud de la población materno infantil a través de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII), además de Implementación de estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones más allá de los servicios institucionales, con el fin de favorecer la salud y la nutrición materna e infantil en espacios de vida cotidiana.	Contribuir a la calidad de vida población con condiciones crónicas o con riesgo de padecerlas y evitar su mortalidad temprana. Mesas Técnicas de Expertos para la implementación de la Resolución 2455 de 2023, que condujeron a la creación de la Red de Atención pública del Accidente Cerebrovascular (ACV) en colaboración con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte

PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICIÓN O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES	CONTRIBUCIÓN/GESTIÓN DE CONFLICTOS
	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. *Garantizar la notificación y el cumplimiento a los protocolos y lineamientos a nivel nacional de eventos ITS.		*Institucionales: Comité Interdependencias de Cáncer Dirección de Provisión de Servicios de Salud Subdirección Garantía del Aseguramiento en Salud Subdirección de Laboratorio de Salud Pública Subdirección de Determinantes DAEPSS			
5. Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes; y pandemias	La respuesta institucional se da con la coordinación intersectorial para seguimiento de la calidad del aire y generación de alertas según pertinencia, que incluyen recomendaciones en salud para prevención de eventos por contaminación del aire; seguimiento al comportamiento de ERA posiblemente asociada a contaminación del aire, así como las acciones de Información, educación y comunicación, la Implementación y seguimiento del Programa	Mediante Promotores del Cuidado es la estrategia que promueve la cultura ciudadana del cuidado, por medio de actividades de sensibilización y del desarrollo de un curso virtual a través del cual los ciudadanos adquieren herramientas prácticas para promover el autocuidado y el cuidado de la salud en su comunidad.	Subdirección de Determinantes en Salud. Los actores involucrados son: EAPB, IPS Públicas y privadas, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Integración Social, Entornos cuidadores, Entidades de la Administración Distrital Organizaciones No Gubernamentales, Secretaría de	Cooperante	La respuesta institucional está dada en la Atención inmediata para implementar medidas de control de brotes o enfermedades nuevas, emergentes, mediante la activación de equipos ERI de las diferentes subredes para la respuesta a la emergencia, a nivel distrital para la población general.	*Dar cumplimiento del plan aire 2030, desde las competencias de cada sector y de acuerdo con los proyectos establecidos Fortalecimiento de la articulación con la Secretaría de *Gobierno y alcaldías locales para el cumplimiento de espacios libres de humo. *Continuar con el trabajo articulado con EAPB e IPS para mejorar caracterización de cohortes de riesgo, asignación de citas de control para aquellos menores con egreso hospitalario por IRA,

PROBLEMÁTICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICIÓN O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES	CONTRIBUCIÓN/GESTIÓN DE CONFLICTOS
	<p>para la prevención manejo y control de la IRA /EDA, además de Implementar estrategia de unidades de atención integral comunitaria UAIC.</p> <p>Atención inmediata mediante planes de repuesta de ciudad ante la presencia de eventos nuevos, reemergentes o con potencial pandémico.</p>		Educación, ICBF, EAPB, IPS Públicas y Privadas, PSPIC.			<p>aquellos atendidos en SALA ERA.</p> <p>Fortalecer los procesos de atención en salud dirigidos a la población con riesgo o presencia de los eventos infecciosos</p> <p>* Favorecer la gestión del riesgo individual y colectivo.</p>

Fuente: Elaboración Propia

CONCLUSIONES

- Como resultado de las mesas de trabajo y según los hallazgos obtenidos la atención de la enfermedad es menos eficaz, si se limita la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, así como el uso de los recursos es ineficiente debido a la duplicidad de esfuerzos y a la falta de coordinación perdiendo oportunidades para el desarrollo de nuevos productos y servicios.
- Las instancias de coordinación intersectorial en el Distrito Capital son un instrumento de política valioso para direccionar las acciones con el fin de reducir las inequidades en los determinantes sociales que inciden en la salud y el bienestar de la población residente en el Distrito Capital.
- Se hace necesario brindar una respuesta integral y reducir las inequidades en salud, con la cooperación intersectorial en donde se vinculen todos los sectores y actores, con el fin de fortalecer las acciones individuales y colectivas, así como la participación social y comunitaria incidente, que propenderán por garantizar el acceso a los servicios sociales, incluidos los de salud.
- Aunque se han realizado avances en la cobertura y acceso a servicios de salud en Bogotá, persisten importantes desafíos estructurales que limitan la eficacia del sistema de salud. Es esencial que se implementen reformas y políticas que aborden estas deficiencias, mejoren la infraestructura y aseguren una atención médica equitativa y de calidad para todas las poblaciones, especialmente las más vulnerables.
- Las desigualdades en salud son evidentes, con ciertas poblaciones enfrentando mayores riesgos de morbilidad y mortalidad debido a una combinación de factores socioeconómicos y barreras estructurales dentro del sistema de salud. Estas desigualdades requieren un enfoque integral y políticas específicas para abordar los determinantes sociales de la salud

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

La priorización de problemáticas en salud se realizó con base en las orientaciones técnicas emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como orientación para la formulación del documento ASIS y para la priorización de acuerdo con lo definido en la Resolución 100 de 2024 para la Planeación Integral en Salud en lo relacionado con la evaluación de criterios que permiten evaluar la magnitud y duración del evento, así como la disponibilidad de recursos y posibilidades para la implementación de las intervenciones relacionadas con la atención de las situaciones problemáticas identificadas para las diferentes prioridades definidas

De acuerdo con lo anterior, la información nace del ejercicio realizado por los diferentes actores del sector salud, tales como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Secretaria Distrital de Salud y las Subredes Integradas de Servicios de Salud a través de sus equipos locales ASIS.

Tabla 70 Matriz de priorización de los problemas y necesidades sociales en el territorio

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención
Problemas	¿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?
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	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
Debilidad de la gobernabilidad y	Alto	Bajo	Alto	Medio	Medio

Criterios	Magnitud	Pertinencia Social e Intercultural	Transcendencia	Factibilidad de la Intervención	Viabilidad de la Intervención
Problemas	¿Cuántas personas son afectados 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?
gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud					
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	Medio	Bajo	Medio	Medio	Medio

El ejercicio de priorización de problemáticas nos permitió identificar y calificar tanto la afectación en términos de magnitud y persistencia de estas, como la viabilidad y factibilidad de la intervención, reconociendo la adecuación que tienen las políticas al contexto poblacional y territorial. En este sentido y teniendo en cuenta que una de las principales solicitudes de la población es el acceso efectivo a una atención en salud de calidad, la Secretaría de Salud ha planteado dentro de sus desafíos, implementar un modelo de salud fundamentado en la atención primaria social, que mejore el acceso efectivo, equitativo, resolutivo y de calidad.

Así mismo, se ha descrito la necesidad de desarrollar acciones para mitigar la carga de enfermedad y muerte, reconociendo las condiciones de vida de los individuos y comunidades, las cuales representan una gran proporción en los desenlaces en salud; lo que implica fortalecer la gobernabilidad y la gobernanza, si se quiere brindar una respuesta de salud integral acorde al reconocimiento de las características propias de los grupos poblacionales, ya que pese a que se ha avanzado en este contexto, se requiere fortalecer las estrategias implementadas, ya que las comunidades perciben que aún no se encuentran totalmente reconocidas y se identifican inequidades persistentes.

La reciente pandemia por COVID 19; el cambio climático y todo el contexto ambiental y de interacción con el entorno natural y físico, plantea otro desafío inminente; es necesario aprender de lo acontecido, no bajar la guardia y proveer recursos y capacidades para afrontar nuevos retos en materia de emergencias y alertas sanitarias

CAPÍTULO 6 - PROPUESTAS DE RESPUESTAS 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

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Calidad de atención, inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Desde el Distrito se dé el manejo adecuado a todos los tipos de violencia interinstitucional (comunidad)	Ampliar el concepto de salud para que sea más integral y responda a diferentes retos de los grupos poblacionales (comunidad)
	Sistema único de información en salud.				Se garantice el derecho al paciente cuando tiene una cirugía o tratamiento o medicamento etc que se encuentra en espera, pero se termina el convenio con dicha entidad se dé la continuidad al tratamiento solicitado ya sea que la anterior EPS tenga que haber pasado con anticipación para dicha atención (comunidad) Las IPS deben incluir en Sistemas de Información, plataformas, RIPS (Códigos de clasificación internacional CIE-vigente) e Historia Clínica las variables étnicas (en el caso de indígenas, especificar pueblo), garantizar que el dato pueda ser transversal, y que sea accesible tanto para la EAPB como la IPS. (EAPB)	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la	Articulación de las entidades públicas con las privadas para resolver la necesidad de atención de la ciudadanía. Todos somos uno (comunidad)	Más eficiencia y eficacia en todos los servicios de salud en general y especialidades (comunidad)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
				Gobernanza en Salud Pública.	Renovar las formas de participación social que se vienen manejando, aumentando el acceso y entendimiento para todas las personas (comunidad)	
	Vigilancia en Salud Pública				Se debe articular con el área de aseguramiento de los diferentes entes territoriales, el seguimiento a registros de usuarios étnicos (inconsistencias, omisiones, fallas de portabilidad, etc.) con el fin de garantizar fiabilidad del dato. (EAPB)	
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	Fortalecer las Asociaciones y COPACOS de acuerdo con lo establecido en la Política Pública de Participación Social, Resolución 2063 de 2017 y la Política de Salud Mental; también se expresa la necesidad de impulsar el Proyecto de expedición e intercambio de saberes Copacos Nacional como una forma de fortalecimiento a estas instancias (Comunidad) La comunidad campesina tiene unas particularidades que demanda una respuesta efectiva e integral desde el sector a sus determinantes en salud, no es viable estandarizar los programas y acciones en salud para el	El gobierno debe estar más cerca a la ciudadanía y cumplir con sus obligaciones y deberes (comunidad)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
					territorio urbano y rural. Las barreras de acceso a los servicios en salud se generan por las particularidades del territorio, su geografía, las enormes distancias y los costos que demanda el desplazamiento. Este Plan Distrital de Desarrollo está orientado y dialoga con la Bogotá ciudad, desconociendo que el 75% del territorio es rural, es en este sentido que, se hace necesario resaltar la necesidad de garantizar una mesa de ruralidad para recopilar todas las demandas en salud de nuestra población.	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Puntos de Atención en salud con medicina ancestral étnica (comunidad) Articular la implementación de las Rutas integrales de Atención en Salud (RIAS), estrategias, planes y/o programas que incluya la atención con enfoque diferencial para las poblaciones especiales. (EAPB) Las IPS deben velar por la prestación de servicios contratados, ajustando procesos administrativos para eliminar barreras de acceso, tales como agendas de atención preferencial según necesidades, inclusión de ajustes para eliminación de barreras físicas, actitudinales y comunicativas. (EAPB)	Socializar y acompañar la implementación de los lineamientos para la atención con enfoque diferencial a los funcionarios de la EPS por parte del área de gestión humana y a la red de prestadores a través del área de formación de red de prestadores, como medida para el aseguramiento y prestación de servicios desde la prevención hasta la rehabilitación y/o paliación de la población descrita. (EAPB)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, la ruralidad étnica y de género y la generación de respuestas Intersectoriales v - transectoriales.	Que haya reunión de varios sectores para concretar acciones para la comunidad (comunidad) Caracterización población con discapacidad para entrega certificado en la ruralidad (comunidad) A partir de las fuentes de información ya definidas (bases oficiales remitidas por las entidades territoriales y/o instituciones que tienen a cargo las poblaciones víctimas del conflicto armado, población adolescente a cargo de otras instituciones, entregadas por INPEC, MINSALUD) se realiza la caracterización poblacional y se entrega a los líderes de las estrategias en salud y regionales para su socialización a la red y gestión del enfoque diferencial. (EAPB)	
				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	Protocolos de atención medicina propia pueblos indígenas SIS (comunidad) La IPS debe implementar las Estrategias en Salud que incluya la atención con enfoque diferencial para las poblaciones especiales, capacitando su talento humano, asistencial y administrativo entre ellos (personal de seguridad, servicios generales y atención al usuario), y adecuando su	

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
					infraestructura de acuerdo con los lineamientos y/o normatividad vigente. (EAPB)	
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Escuela en Medicina ancestral (Medicina propia ancestral de los pueblos étnicos) (comunidad) La EPS debe implementar las diferentes acciones afirmativas las cuales cuentan con desarrollos legislativos, que contribuyen a disminuir las condiciones de discriminación construyendo formas de relación equitativas, redistributivas e incluyentes. (EAPB)	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	Mayor empleo para la población afro y negra, así como para la población con discapacidad, trabajando en que la sociedad comprenda que la población con capacidades diversas puede aportar mucho a la comunidad. (comunidad) Generar más oportunidades de estudio y empleo, generando posibilidades sociales y económicas para evitar que los ciudadanos se vinculen a redes de delincuencia. (comunidad)	Se debe tener en cuenta la normatividad vigente relacionada con la exoneración de pagos de usuarios, para el caso de las poblaciones especiales: poblaciones con pertenencia étnica. Las víctimas del conflicto armado que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2 quedarán exentas de cualquier cobro de copago o cuota moderadora, en todo tipo de atención en salud que requieran. (EAPB)
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Conformación de equipos barriales dentro de las Juntas de Acción Comunal para monitorear, divulgar y denunciar puntos críticos de la mano con las	

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
					instituciones (comunidad) Establecer programas de seguridad en las universidades para evitar el tráfico de drogas y reclutamiento de jóvenes para la guerrilla u otros grupos al margen de la ley. (comunidad)	
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Promoción de la participación comunitaria en autocuidado y promoción de la salud (comunidad) Desde el grupo Renacer artístico se propone que se fortalezcan las actividades artísticas en las localidades en danza música teatro plásticas y manualidades para niños jóvenes adultos y adultos mayores (comunidad) Realizar certámenes de deporte, arte y cultura de personas mayores tanto a nivel nacional como internacional (comunidad)	Incrementar la cantidad de policías encubiertos en el sistema de transporte público. (comunidad) Fortalecer el control y lucha contra los expendios de drogas. (comunidad) Control de los establecimientos nocturnos para mitigar la violencia en las calles. (comunidad)
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	Impulsar programas que favorezcan el cuidado de la salud mental a partir del relacionamiento con el medio ambiente y su cuidado. (comunidad) Fortalecer la política de manejo de residuos, capacitación recicladores, control mascotas - heces. (comunidad) Proteger y apoyar a las comunidades que trabajan por la salud y ambientes sanos.	Mejorar la recolección de basuras y embellecimiento de espacios colectivos sin sectores preferentes, sin distinción entre zonas del norte o sur en la ciudad (comunidad) Colocar en la ruralidad puntos de recolección de medicamentos vencidos, elementos cortopunzantes como jeringas, baterías, plásticos PET, botellas "ecoladrillos" y demás elementos de disposición especial (comunidad)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
					como los colectivos de Pacas Digestoras Silva, que buscan estrategias para reducir el impacto de las basuras en la calle, causantes del aumento de roedores y enfermedades (comunidad)	
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Que la EPS a nivel Nacional interactúen en común cuando un paciente requiera de un tratamiento de una atención de más alta complejidad, Por ejemplo: Cajacopi que atiende en llanos orientales, pero cuando el paciente necesita ser atendido en Bogotá no tiene convenios con ninguna clínica ni hospital y entonces ese paciente no puede recibir su tratamiento, cirugía, químicos etc (comunidad)	Mantener el enfoque preventivo y asistencial del Modelo Territorial "Salud a Mi Barrio, Salud a MI Vereda", si se cambia su nombre que no pierda su esencia (comunidad)
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,	Fortalecer las acciones de acompañamiento psicosocial para prevenir e identificar tempranamente la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor. (comunidad) Asistencia médica domiciliaria para pacientes con discapacidad o con dificultades para su desplazamiento (comunidad)	
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con	Revisión de la caracterización poblacional y perfil epidemiológico, priorización normativa	Las IPS deben definir la pertinencia de adecuar modalidades de prestación de servicios y atenciones bajo la modalidad extramural ya sea generando jornadas de salud en sus

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022- 2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
	e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.		fundamental a la salud.	criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	y población diferencial por territorio, con el propósito de identificar las necesidades y problemáticas priorizadas para la articulación, plan de trabajo, para posterior ejecución y seguimiento. (EAPB)Es necesario mejorar el proceso por medio del cual se realiza la entrega de medicamentos a los usuarios, implementando estrategias que permitan recibir estos medicamentos en los hogares, evitando el desplazamiento a lugares alejados que demandan tiempo, recursos económicos, enfrenta al adulto mayor, persona con discapacidad o algún tipo de vulnerabilidad, incluso riesgo para su vida. Es de vital importancia pensar en la implementación de programas integrales que aseguren acceso a personas con discapacidad a atención especializada, acceso a dispositivos y ayudas para su movilidad de tecnología de punta, asegurarles espacios recreativos y culturales accesibles para personas con discapacidad y opciones de atención simplificada, mejorar el acceso con calidad y promoviendo el bienestar integral". (comunidad)Las IPS deben direccionar la	territorios, programas de educación para la salud y su debida articulación con los entes territoriales. (EAPB)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
					población a servicios sociales, intervenciones colectivas o entidades territoriales responsables de las diferentes atenciones intersectoriales para atención de eventos de interés en salud pública con especial énfasis en los eventos de violencia según la normativa en los procesos de canalización. (EAPB)	
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	Desarrollo de alianzas con instituciones educativas y empresas locales para ofrecer servicios de salud preventiva en entornos cotidianos, como lugares de trabajo y centros educativos. (EAPB) Fortalecer a las Instituciones competentes para mejorar y ampliar los protocolos y acciones de acompañamiento y apoyo a las mujeres víctimas de violencia. (comunidad)	
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas	El plan de trabajo con el cual desde la SDS se propone dar respuesta a las necesidades particulares de los pacientes con condiciones crónicas, debe ser viable y sostenible en el tiempo, contar con recursos humanos, técnicos, tecnológicos, y la infraestructura necesaria para la prestación de servicios en salud con calidad y humanidad, sin distinción de etnia,	Agenda abierta y disponibilidad de especialistas, no solicitar órdenes y autorizaciones para servicios y medicamentos (comunidad)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
				territoriales de salud.	de condición social o económica. (comunidad) Contar con puntos necesarios únicos, con especialistas para la persona mayor en cada localidad (comunidad) Brindar brigadas constantes en los territorios con especialistas (comunidad)	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección,	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	Fomentar la agricultura urbana en las localidades, contando con las condiciones logísticas para ello. (comunidad)	
	Participación social en salud				Apoyar el mantenimiento de ambientes sanos, fortaleciendo la educación, corresponsabilidad y conciencia en el manejo de residuos desde el hogar y haciendo énfasis en la regla de las "R" Reducir, Recuperar, Reutilizar y Reciclar de manera continua (comunidad)Intensificar el control y sanción a las empresas que generan diferentes contaminantes, los cuales se desechan en las alcantarillas y generan taponamientos (comunidad)	Fortalecer el trato amigable y concertado en las visitas de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud, con un enfoque de apoyo técnico no punitivo para que no existan barreras en la inscripción como prestadores de un servicio (comunidad)
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.		atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud prevención, y necesarias para dar respuesta efectiva a un	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	Fortalecer en las comunidades las capacitación y redes de apoyo relacionadas con gestión de desastres y rescate (comunidad)	
Territorialización social,	Vigilancia en Salud Pública				Fortalecer en las Mesas Locales del Cuidado las acciones	Mantener los parques limpios y seguros para las comunidades (comunidad)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Gobernanza y Gobernabilidad			nuevo evento pandémico.		ambientales en los territorios, como siembra de árboles, cuidado del cauce de los ríos y nacaderos, buen manejo de excretas y residuos, con la comunidad y demás sectores participantes (comunidad)	
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública,	Realizar la estandarización y montaje de técnicas diagnósticas de eventos zoonóticos diferentes a rabia en el laboratorio de salud pública (SDS) Impulsar programas de educación desde la primera infancia en temas ambientales, cuidado de los bienes públicos y seguridad ciudadana (comunidad)	
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades	Realizar procesos de formación organizaciones sociales y comunitarias con base en sus necesidades específicas, lo que implica hacer sondeos pre, para la formulación de los contenidos temáticos. (comunidad) Implementar un proceso similar (La estrategia Territorios de Innovación y Participación en Salud (TIPS) , con el fin de seleccionar, formular, implementar, hacer seguimiento, evaluación y sistematización de proyectos de iniciativa comunitaria y proyectos poblacionales, diferenciales y de	

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
					género que se creen en los el territorio. (SDS)	
				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública	Fortalecer las instituciones educativas para personas con discapacidad con maestros especializados en inclusión y enseñanza a esta población (comunidad) Estrategia de capacitación, información y educación a los afiliados para fortalecer las habilidades de autocuidado y manejo de patologías específicas a partir de sesiones teóricas y prácticas en las cuales compartan sus propias experiencias y dificultades, también por Webinar u otros medios y esto se amplía a nivel de territorio. Ej: Cuidando Cuidadores (EAPB)	Formar a la ciudadanía en resiliencia, habilidades blandas y sanación de heridas de infancia, para transformar los modos de interactuar con los otros, previniendo así todo tipo de violencias y aportando en la convivencia (comunidad)
	Soberanía Sanitaria			Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	Mejorar el acceso a la tecnología para el adulto mayor (comunidad) Avanzar en la integración de tecnologías para una ciudad más inteligente basado en herramientas de última generación como el "Machine Learning, Big Data y la Inteligencia Artificial" (comunidad) Fortalecimiento en telemedicina en zona rural (comunidad)	
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para	Distribución del talento humano en salud, redistribución de	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	Que las EPS tengan más personal de atención al cliente (comunidad)	Establecer canales de comunicación para selección de personal en las diferentes entidades. (comunidad)

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
los trabajadores de la salud	competencias y trabajo digno y decente.		distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Contratar más especialistas en: Endocrinos, Oftalmólogos, Neumólogos, Neurólogos, Pediatras (comunidad) Mejorar la calidad humana en los profesionales de la salud (comunidad)	
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,	Reconocimiento digno a médicos y porteras étnicas que se incluyan sus perfiles en el talento humano en salud (comunidad)	

6.1 PROPUESTAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Calidad de inspección, vigilancia y control.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	Continuar con el trabajo articulado con EAPB e IPS para mejorar caracterización de cohortes de riesgo, asignación de citas de control para aquellos menores con egreso hospitalario por IRA, aquellos atendidos en SALA ERA.	Generar acciones promocionales frente a la infección respiratoria aguda dirigidas a los padres, madres, cuidadores y comunidad en general para la prevención de la IRA y la identificación oportuna de signos de alarma
	Sistema único público de información en salud.				Fortalecimiento de las articulaciones sectoriales e intersectoriales para generar actividades, espacios que impacten en el conocimiento de los eventos de interés, acciones desde la SDS y acciones para favorecer la detección temprana, notificación, diagnósticos y tratamientos oportunos así como seguimientos.	Monitoreo y seguimiento de la calidad del dato de las fuentes de información de VSP de los eventos de interés en salud pública.
Territorialización social, Gobernanza y	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y	Fortalecimiento del control para el cumplimiento de las normas	recomendaciones en salud para prevenir accidentes viales en bicicuarios y peatones

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Gobernabilidad	transectorialidad.		los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	Fortalecimiento técnico y operativo de las capacidades del talento humano en salud y de otros actores para la detección temprana, notificación oportuna y seguimiento a través de las RIAS de los casos.	*Elaboración de tableros de control mensual de los principales indicadores de vigilancia. *Seguimientos a casos sin ajustes de confirmación diagnóstica o sin inicio de tratamiento, así como identificación de barreras de acceso en salud. *Articulación con EAPB para gestión sectorial de los riesgos identificados en la atención integral. *Elaboración, realización y ejecución del COVE y COVECOM. *Unidades de análisis de casos priorizados con posibles barreras de acceso que representan riesgo para la atención integral de los eventos de interés en salud pública.
	Vigilancia en Salud Pública					
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas, campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	Fortalecimiento en la articulación con entidades como Fiscalía, policía, Secretaría de Gobierno; fortalecimiento de la normatividad sanitaria	Realizar un trabajo articulado con los diferentes actores para contribuir al cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias en establecimientos; verificación in situ de los productos; toma de muestras para análisis de laboratorio; aplicación de medidas sanitarias; sensibilización a la población sobre manejo adecuado de medicamentos; recepción y análisis de las intoxicaciones; atención de brotes
Territorialización social, Gobernanza	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidad	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a	Políticas, planes, programas y		

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Gobernabilidad		es étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales.	Dialogo de saberes oferta de cursos para comunidad que hable lengua española y sean gestores comunitarios Caracterización e identificación de menores con signos de alarma para ser atendidos en las UAIC Generación de audios con traducción a diferentes lenguas	Brindar atención básica en salud a niños y niñas desde los 3 meses hasta los 5 años, que presenten síntomas de EDA, IRA y malnutrición en la comunidad, con el fin de dar un manejo inicial en el hogar en los casos leves e identificar factores de riesgo o signos de alarma por los cuales deban ser remitidos de manera oportuna y sin barreras de acceso a la IPS de su red más cercana. Educar a madres, padres, cuidadores, familias y comunidad sobre el cuidado de los niños y niñas, medidas de prevención, factores de riesgo, manejo en el hogar y signos de alarma de la IRA, EDA y malnutrición en los niños y niñas menores de 5 años y de desnutrición aguda para mayores de 6 meses (AIEPI).
				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de		

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
				conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	Coordinación sectorial e intersectorial que favorece la Salud Oral en la ciudad con respuestas integrales.	Redefinir la política pública para los próximos 10-15 años.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para controlar las ventas informales priorización de los sistemas de abastecimiento con mayores dificultades para destinar recursos para su mejoramiento, de acuerdo con las competencias de cada entidad	contribuir al cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias y a la implementación de las buenas prácticas de manufactura - sensibilización a la población sobre manejo adecuado de alimentos y del agua para consumo humano; aplicación de medidas sanitarias
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al	coordinación intersectorial para seguimiento de la calidad del aire y generación de alertas según pertinencia, que incluyen recomendaciones en salud para prevención de eventos por	cumplimiento del plan aire 2030, desde las competencias de cada sector y de acuerdo con los proyectos establecidos fortalecimiento de la articulación con la Secretaría de Gobierno y

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
	Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			cambio climático.	contaminación del aire; seguimiento al comportamiento de enfermedades no transmisibles posiblemente asociada a contaminación del aire	alcaldías locales para el cumplimiento de espacios libres de humo
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	Posterior a la concertación de actividades y acuerdos para fortalecer la gestión de riesgo con las Aseguradoras y su Red prestadora de servicios de forma continua, se realiza orientaciones técnicas y acompañamientos en el modelo de prestación de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estrecho seguimiento a las actividades concertadas y acuerdos establecidos para fortalecer la gestión de riesgo con las Aseguradoras y su Red prestadora de servicios. Realizar orientaciones técnicas y acompañamientos en el modelo de prestación de servicios de salud según las necesidades y debilidades identificadas en los actores del SGSSS.
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIIS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y la prestación recuperar la salud de la población, en redes escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	Realiza el monitoreo de los indicadores priorizados de la RIAS, en su mayoría relacionados con la oportunidad de atención. Se aplica instrumento interno de la DPSS a los actores de SGSSS con el objetivo de identificar gestión de riesgo administrativo y operativo de cáncer.	Responsables de garantizar la prestación de servicios contratados en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud, ajustando sus procesos administrativos para eliminar barreras de acceso, direccionando la población a su cargo en los casos que se requiera, hacia los servicios sociales, las intervenciones colectivas adaptando y adecuando los servicios en las modalidades de prestación para garantizar la atención con calidad.
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de	La orientación técnica en la implementación de la RIAS CCVM tiene como objetivo principal mejorar la eficiencia y efectividad de las acciones llevadas a cabo por las EAPB e IPS. Además, busca fomentar la	Mejorar el acceso a la atención médica primaria y especializada para el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y el seguimiento continuo de pacientes con hipertensión y diabetes. Utilizando estrategias

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
	Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	innovación proporcionando a los profesionales de las EAPB e IPS intervenidas los conocimientos necesarios para identificar nuevas oportunidades y mantenerse al tanto de los avances tecnológicos. Esta orientación técnica ofrece un enfoque estructurado para analizar problemas y desarrollar soluciones efectivas que surgen durante la operativización de la RIAS.	innovadoras. así mismo como Aumento de la oferta de los servicios de salud.
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	Acceso a la Atención Médica: Mejorar el acceso a la atención médica primaria y especializada para el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y el seguimiento continuo de pacientes con hipertensión y diabetes. Utilizando estrategias innovadoras. así mismo como Aumento de la oferta de los servicios de salud.	Realizar estrecho seguimiento a las actividades concertadas y acuerdos establecidos para fortalecer la gestión de riesgo con las EAPB y su Red prestadora de servicios. • Realizar orientaciones técnicas y acompañamientos en el modelo de prestación de servicios de salud según las necesidades y debilidades identificadas en los actores del SGSSS. • Realizar monitoreo, análisis y toma de decisiones según los resultados de los indicadores priorizados de la RIAS cáncer. • En la aplicación del instrumento interno de la DPSS a los actores de SGSSS, ampliar el objetivo de la información con el fin de identificar la gestión de riesgo administrativo y operativo de cáncer de forma detallada. • Implementar el sistema de información Distrital de tamizajes para cáncer. • Gestión de los foros de experiencias exitosas en la implementación de la RIAS cáncer de forma anual.
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en	Asimismo, dentro del marco de la orientación técnica se encuentra el acompañamiento técnico, que permite reforzar la calidad y seguridad de las intervenciones en la prestación de servicios.	Promover la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales, para brindar una

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
	Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS			infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	Este acompañamiento brinda la posibilidad de garantizar que las acciones realizadas cumplan con los estándares necesarios y que se minimicen los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud	atención integral y personalizada a los pacientes. Invertir en investigación y desarrollo tecnologías para el manejo más efectivo de la hipertensión y la diabetes, así como en la identificación de factores de riesgo y nuevas estrategias de prevención.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad. Participación social en salud	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático. Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	coordinación intersectorial para seguimiento de la calidad del aire y generación de alertas según pertinencia, que incluyen recomendaciones en salud para prevención de eventos por contaminación del aire; seguimiento al comportamiento de enfermedades no transmisibles posiblemente asociada a contaminación del aire	cumplimiento del plan aire 2030, desde las competencias de cada sector y de acuerdo con los proyectos establecidos con la Secretaría de Gobierno y alcaldías locales para el cumplimiento de espacios libres de humo
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.				Atención inmediata para implementar medidas de control de brotes o enfermedades nuevas, emergentes	Realización de mesas intersectoriales de trabajo
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				Apoyar la construcción e implementación de planes de repuesta de ciudad ante la presencia de eventos nuevos, reemergentes o con potencial pandémico	Realización de mesas intersectoriales de trabajo
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y	coordinación intersectorial para seguimiento de la calidad del aire y generación de alertas según pertinencia, que incluyen recomendaciones en salud para prevención de eventos por	cumplimiento del plan aire 2030, desde las competencias de cada sector y de acuerdo con los proyectos establecidos con la Secretaría de Gobierno y

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
	Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			atender el impacto del cambio climático en la salud pública,	contaminación del aire; seguimiento al comportamiento de enfermedades no transmisibles posiblemente asociada a contaminación del aire	alcaldías locales para el cumplimiento de espacios libres de humo
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades,	*Fortalecimiento técnico y operativo de las capacidades del talento humano en salud y de otros actores para la detección temprana, notificación oportuna y seguimiento a través de las RIAS de los casos. *Fortalecimiento de las articulaciones sectoriales e intersectoriales para generar actividades, espacios que impacten en el conocimiento de los eventos de interés, acciones desde la SDS y acciones para favorecer la detección temprana, notificación, diagnósticos y tratamientos oportunos así como seguimientos.	*Seguimientos a casos sin ajustes de confirmación diagnóstica o sin inicio de tratamiento, así como identificación de barreras de acceso en salud. *Articulación con EAPB para gestión sectorial de los riesgos identificados en la atención integral.
				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública		
	Soberanía Sanitaria			Soberanía sanitaria fortalecida con tecnologías estratégicas en salud-TES.	garantizar que las acciones realizadas cumplan con los estándares necesarios y que se minimicen los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud	Invertir en investigación y desarrollo tecnologías para el manejo más efectivo de la hipertensión y la diabetes, así como en la identificación de factores de riesgo y nuevas estrategias de prevención.
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	fomentar la innovación proporcionando a los profesionales de las EAPB e IPS intervinientes los conocimientos necesarios para identificar nuevas oportunidades y mantenerse al tanto de los avances tecnológicos. Esta orientación técnica ofrece un enfoque estructurado para analizar problemas y desarrollar soluciones efectivas que surgen durante la operativización de la RIAS.	Promover la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales, para brindar una atención integral y personalizada a los pacientes con hipertensión y diabetes. Investigación y Desarrollo: Invertir en investigación y desarrollo tecnologías para el manejo más efectivo de la hipertensión y la diabetes, así como en la identificación de factores de riesgo y nuevas estrategias de prevención.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Factibilidad: alta. Definir número de profesionales médicos especialistas, médicos generales, enfermeras jefas y técnicos auxiliares de enfermería mínimos requeridos por número de pacientes en trabajo de parto, cesárea, recuperación y hospitalización de los servicios de obstetricia dentro de las instituciones	Articulación intersectorial para realización de estudios y creación de normalización de suficiencia de talento humano en salud mínimo para la ciudad de Bogotá en búsqueda de la seguridad y calidad de la atención
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,	Dialogo de saberes, oferta de cursos para comunidad que hable lengua española y sean gestores comunitarios Caracterización e identificación de menores con signos de alarma para ser atendidos en las UAIC Generación de audios con traducción a diferentes lenguas	Oferta de cursos para comunidad que hable lengua española y sean gestores comunitarios, Generación de audios con traducción a diferentes lenguas

Este ejercicio nos brindó la oportunidad de visibilizar las propuestas y recomendaciones de los diferentes actores que participaron en el proceso. Así, por ejemplo, la comunidad plantea mayor participación en los diferentes espacios de construcción, que no se limiten a los momentos de planeación o evaluación y seguimiento. Más representatividad de grupos poblacionales para evitar cierta monopolización de actores que generalmente son convocados. Esto enriquecería mucho los procesos, pero implica la adecuación y disposición de recursos que permitan llegar a los diferentes segmentos de la ciudadanía. También se plantea mayor resolutivez ante las problemáticas planteadas e información de las acciones adelantadas que permitan avanzar en los ejercicios de análisis. El reconocimiento de las condiciones e interacciones entre la población, ambiente, entornos debe fortalecerse y escuchar y apoyar las iniciativas comunitarias que surgen de la vivencia en tiempo real de las problemáticas y se estructuran según el contexto de vida.

Otros actores como los profesionales de la Secretaría y EAPB destacan la importancia de mantener las acciones con las cuales han podido brindar respuesta a problemáticas identificadas fortaleciendo las mismas acorde a las necesidades diferenciales; innovar ante los diferentes retos que se han venido presentando en materia de salud y la importancia de la articulación intrasectorial e intersectorial como uno de los mecanismos más eficientes para brindar una respuesta integral que aporte a mejorar las condiciones de vida de la población.

CAPÍTULO 7 - BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2018). *Decreto 793 de 2018, “Por medio del cual se establecen las normas y procedimientos administrativos, técnicos y operativos para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas-SEM en el Distrito Capital de Bogotá y se crea el Comité Distrital de Urgencias y Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres en Salud”*. Registro Distrital 6460 del 24 de diciembre de 2018.
<https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=82086&dt=S>

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., & Secretaria de Planeación Distrital. (2023). *Estudio de la relación entre la estratificación socioeconómica, el bienestar de los hogares bogotanos y el ordenamiento del territorio*. https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/230726-estudio_estratificacion_bienestar_ordenamiento.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. & UNODC - Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas. Un modelo basado en evidencia para el Distrito Capital* (Convenio específico especial de cooperación interinstitucional No. 1588/11 entre la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito UNODC/ Proyecto c-81). Alcaldía Mayor de Bogotá. UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Alcaldía Mayor de Bogotá, & Secretaría Distrital de Integración Social. (2023). *Radiografía de la pobreza monetaria en la ruralidad*.

https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2023/transparencia/publicacion/10072023-Boletin-V5-Radiografia-pobreza.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2022). *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

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R))*. American Psychiatric Association Publishing.

Bonilla, J. A., Morales, R., & Aravena, C. (2021). *Análisis de desigualdades múltiples y políticas de reducción la contaminación*. Universidad de los Andes. <https://economia.uniandes.edu.co/publicaciones/discusiones-sobre-ambiente-para-el-desarrollo-no5>

Consejo Privado de Competitividad. (2022). *Índice de competitividad de ciudades 2022* (Primera edición). Universidad del Rosario. https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/sites/default/files/files_articles/icc_2022_final.pdf

DANE. (2022). *Condiciones de vida y pobreza multidimensional de poblaciones indígenas y afrodescendientes en Colombia a partir del CNPV 2018*. <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/estudios-poscensales/05-condiciones-de-vida-y-pobreza-multidimensional-indigenas-afrodescendientes-colombia.pdf>

- DANE. (2023a). *Proyección retrospectiva de población de Bogotá 2005-2019. Actualización PostCOVID* [dataset]. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- DANE. (2023b). *Serie municipal de población por área, sexo y edad para el periodo 2020-2035. Actualización PostCOVID* [dataset]. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- DANE, & Bodega de Datos SISPRO (SGD),. (2024). *Registro de Estadísticas Vitales, Defunciones 2005-2022 (Final)* [dataset].
- DANE, & Secretaría Distrital de Planeación. (2022a). *Encuesta Multipropósito Bogotá-Cundinamarca, 2021* (Encuesta Multipropósito 2021) [Resultados de Encuestas Poblacionales]. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>
- DANE, & Secretaría Distrital de Planeación. (2022b). *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. (Versión 3)* [dataset].
- Daza Castillo, V., León Torres, D. C., & Rubiano Galvis, S. (2021). *La desigualdad que respiramos. Políticas de calidad del aire, pobreza y desigualdad en Bogotá, 2010—2020*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org>
- Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital—2022.* (2023).

Equipo Técnico de ACCVyS Indígena Subred Sur Occidente, & Autoridades Tradicionales de los Pueblos Indígenas de Bogotá a través del Consejo consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá. (2023). *Análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá.*

Fagundo-Rivera, J., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, C., Camacho-Martín, S., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Relationship between Night Shifts and Risk of Breast Cancer among Nurses: A Systematic Review. *Medicina*, 56(12), 680. <https://doi.org/10.3390/medicina56120680>

Grady, P. A., & Gough, L. L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: Un método integral de atención. *Rev Panam Salud Publica*, 37(9), 187–194. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041.resumen>

IDEAM, PNUD, Alcaldía de Bogotá, Gobernación de Cundinamarca, CAR, Corpoguavio, Instituto Alexander von Humboldt, Parques Nacionales Naturales de Colombia, MADS, & DNP. (2014). *Evolución de precipitación y temperatura durante los fenómenos el Niño y la Niña en Bogotá—Cundinamarca (1951-2012)*. 16.

IDEAM, PNUD, Alcaldía de Bogotá, Gobernación de Cundinamarca, G. de, CAR, Corpoguavio, Instituto Alexander von Humboldt, Parques Nacionales Naturales de Colombia, MADS, & DNP. (2014). *Vulnerabilidad de la región capital a los efectos del cambio climático*. 24.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, & University of Washington. (2020). *GBD Compare Data Visualization*. Estimación de Indicadores de AVISA, Global y Con Detalle Por Países. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Institute for Healthcare Improvement. (2009). Partnering in self-management support: A Toolkit for Clinicians—New Health Partnerships: Improving Care by Engaging Patients. *Medicine*, 1–26.

Martínez Sánchez, L. M., Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., Villegas-Alzate, J. D., Álvarez-Hernández, L. F., Roldan-Tabares, M. D., Ruiz-Mejía, C., Calle-Estrada, M. C., & Ospina-Jiménez, M. C. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención: Health education as an important promotion and prevention strategy. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(2), 490–504. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>

Ministerio de Ambiente, IDEAM, & Instituto de Hidrología Meteorología y Estudios Ambientales. (2016). *Informe del estado de la calidad del aire en Colombia 2016*. 1–103.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *La Equidad en salud para Colombia. Brechas internacionales y territoriales*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Consulta de morbilidad atendida medida en atenciones, consolidado departamental por subcausas y curso de vida. Base de datos RIPS 2009-2021* (MinRIPS2021) [dataset]. BD Externas - Actualización ASIS 2022. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bd-externas-actualizacion-asis-2022.zip>

Ministerio de Salud y Protección Social, & Oficina de Calidad. (2023). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2023—Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud* (2023; Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, p. 61). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sistema-evaluacion-calificacion-actores-sea-2023.pdf?ID=26632>

Ministerio de Salud y Protección Social, & Oficina de Calidad. (2024). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores 2024—Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud* (2024; Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, p. 74). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sistema-evaluacion-calificacion-actores.pdf>

Observatorio de Desarrollo Económico, & Secretaria de Desarrollo Económico Bogotá. (2024, marzo 12). La tasa de desocupación de la Capital en el trimestre noviembre de 2023-enero de 2024 fue de 10,3 %, la más baja en este periodo desde 2014. *Boletín Mercado Laboral*, 161, 4.

OCDE, O. para la C. y el D. E. (2019). *Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology* (OECD Health Working Papers 110; OECD Health Working Papers, Vol. 110). <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>

OECD, & Eurostat. (2022). *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version)*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

Ortiz Ruiz, N. (2021a). Análisis de desigualdades en salud. Una propuesta cualitativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1), Article 1. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e339563>

Ortiz Ruiz, N. (2021b). Análisis de desigualdades en salud. Una propuesta cualitativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1), 1–11. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e339563>

Pinilla Espejo, J. M., Medina Heredia, A., Navarrete, B., & Cardozo Cruz, M. (2020). *Plan estratégico y operativo para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en Bogotá (2020 -2030)*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>

Ramos C, A. M., Trujillo -Vela, M. G., & Prada S, L. F. (2015). Análisis descriptivos de procesos de remoción en masa en Bogotá. En *Obras y Proyectos* (Vol. 18). <https://doi.org/10.4067/S0718-28132015000200006>

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- 2022. (2023). [dataset]. Datos Abiertos Bogotá. <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/razon-de-mortalidad-materna-en-bogota-d-c>

Rey-Vargas, L., Sanabria-Salas, M. C., Fejerman, L., & Serrano-Gómez, S. J. (2019). Risk Factors for Triple-Negative Breast Cancer among Latina Women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 28(11), 1771–1783. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0035>

- RMCAB, R. de monitoreo de C. del A. de B. (2021). *Informe anual de Calidad del Aire de Bogotá, Año 2021*. Alcaldía Mayor de Bogotá. <http://201.245.192.252:81/home/text/1512>
- Rodríguez-González, N., Ramos-Monserrat, M. J., & De Arriba-Fernández, A. (2023). ¿Cómo influyen los determinantes sociales de la salud en el cáncer de mama? *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 36(3), 100467. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.100467>
- Ruiz, J. F., & Escobar, O. F. D. J. (2012). *Alteraciones de la precipitación y la temperatura ante variabilidad y cambio climático para la ciudad de Bogotá*.
- Secretaría de Desarrollo Económico de Bogotá. (2022). *Atlas económico de Bogotá 2022*. Observatorio de Desarrollo Económico de Bogotá. https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/sites/default/files/files_articles/atlas_economico_2022_2022-vf.pdf
- Secretaría de Integración Social. (2023). *Diagnóstico Local Antonio Nariño, 2022* (p. 15). Secretaría de Integración Social. https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2023/entidad/localidades/30082023-15-Diagnostico-Antonio-Narino-2022.pdf
- Secretaría de Planeación Distrital. (2013). *Pobreza oculta en Bogotá*. Secretaría de Planeación Distrital. https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/dice134-boletinpobrezaoculta-2013_0.pdf
- Secretaría Distrital de Ambiente, & Alcaldía Mayor de Bogotá. (2019). *Resolución 0032* (pp. 1–13).
- Secretaría Distrital de Hábitat, & Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2024). *Batería de Indicadores de Condiciones de habitabilidad y accesibilidad en el Distrito Capital*. Observatorio de Hábitat

del Distrito Capital. <https://observatoriohabitat.org/condiciones-de-habitabilidad-y-accesibilidad/>

Secretaria Distrital de Salud. (2023a). *Análisis de Condiciones, Calidad de vida, salud y enfermedad de la población Raizal en Bogotá.*

Secretaria Distrital de Salud. (2023b). *Incidencia de Cáncer de Mama y de Cuello del Útero en Bogotá, a partir de Bases de datos SIVIGILA, evento 105. 2019 a 2022.* [dataset]. Datos Abiertos Bogotá. <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/morbilidad-cancer-de-mama-y-cuello-uterino>

Secretaría Distrital de Salud. (2023, junio 9). *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>

Secretaria Distrital de Salud. (2024). *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* [dataset]. Datos Abiertos Bogotá. <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/tasas-de-fecundidad-por-edad-en-bogota-d-c>

Secretaria Distrital de Salud, & Alcaldía Mayor de Bogota. (2019). *Análisis y Actuaciones en el Marco de la Alerta por contaminación del Aire en Bogotá.* 8.

Secretaría Distrital de Salud, & Alcaldía Mayor de Bogotá. (2019). *Indicadores de Aire, ruido y radiación electromagnética en Bogotá.* Salud Ambiental.

<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-ambiental/aire-ruido-radiacion/>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024a). *Llamadas de Urgencias y Emergencias que ingresan a través de la línea 123, Bogotá, 2023* [dataset]. Datos Abiertos Bogotá. <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/llamadas-de-urgencias-y-emergencias-que-ingresan-a-traves-de-la-linea-123>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024b). *Mortalidad en Bogotá D.C. Reporte elaborado a partir de Estadísticas vitales – DANE, Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE 2005- 2022* [dataset]. Datos Abiertos Bogotá. <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/mortalidad-en-bogota-d-c>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. (2023). *Resolución 2455 de 2023, “Por la cual se crea la Red para la Atención de Eventos de Ataque Cerebrovascular e Infarto (ACV) Agudo de Miocardio (IAM) en el Distrito Capital”*. Registro Distrital 7842 del 26 de octubre de 2023. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=150618&dt=S>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, & Dirección de Planeación Sectorial. (2024). *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 2024/04/22) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2024, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2024/1/31) (SDSRIPS_MG_2024)* [dataset]. Dirección de Planeación Sectorial, Repositorio RIPS.

SIVIGILA. (2023). *Razón de Morbilidad Materna Extrema en Bogotá D.C 2013 a 2023, a partir de SIVIGILA* [dataset]. Datos Abiertos Bogotá.

<https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/razon-de-morbilidad-materna-extrema-en-bogota-d-c>

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. (2024). *Análisis Integrado Local de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Localidad Antonio Nariño* (Análisis Integrados Locales de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad).

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. (2024a). *Análisis Integrado Local de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Localidad de Teusaquillo* (Análisis Integrados Locales de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad).

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. (2024b). *Análisis Integrado Local de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Localidad de Usaquén* (Análisis Integrados Locales de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad).

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. (2024). *Análisis Integrado Local de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Localidad Usme* (Análisis Integrados Locales de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad).

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. (2024). *Análisis Integrado Local de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Localidad de Bosa* (Análisis Integrados Locales de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad).

Veeduría Distrital. (2018). *Balance de logros y retos de ciudad: Bogotá 2016-2018*. 1–122.

Weltgesundheitsorganisation, & World Health Organization. (2021). *WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. World Health Organization.


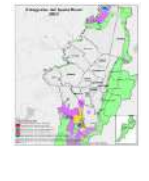



World Health Organization (WHO/OMS). (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, volumen 2, Manual de instrucciones: Vol. Volumen 2. Manual de instrucciones* (2003a ed.). Servicio Editorial, Programa de Publicaciones de la OPS.

World Health Organization (WHO/OMS). (2019). *Hearts—Systems for monitoring* (Hearts - Technical package for cardiovascular disease management in primary health care).

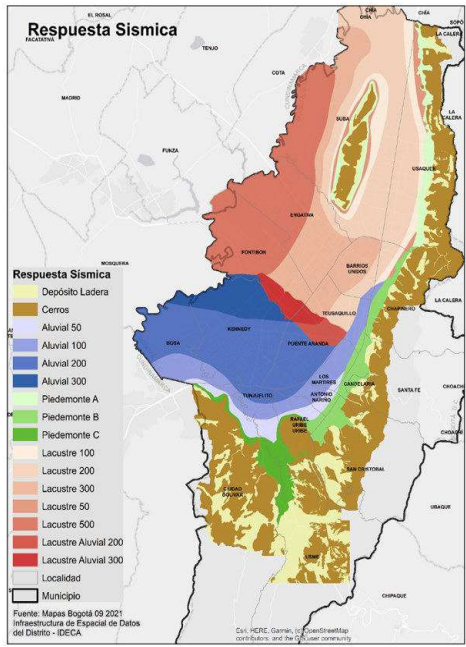
World Health Organization (WHO/OMS), & (CDC), C. for D. C. and P. (2017). *Global Hearts Initiative*.

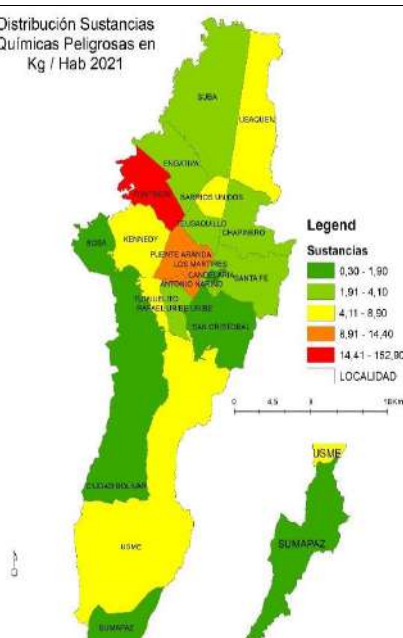
CAPÍTULO 8 - ANEXOS

8.1 ANEXO 1 CATEGORÍAS DE LA RELACIÓN DE LA SOCIEDAD Y EL AMBIENTE EN BOGOTÁ

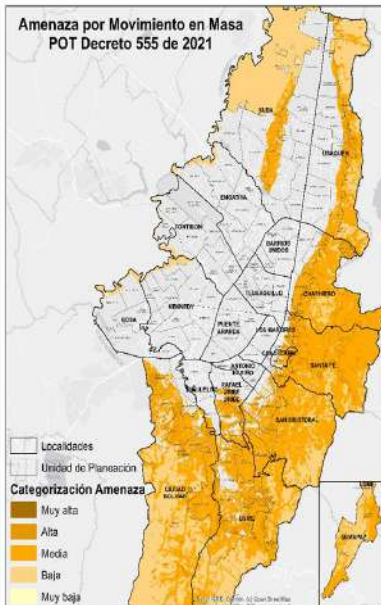
Temática	Descripción de la situación	Magnitud/Impacto	Territorio Localidad	Territorio Detalle	Fuente	Mapa tabla o gráfica	Aportes Comunidad
01 Estructura ecológica principal	Esta estructura está conformada por el sistema de áreas protegidas, los parques, metropolitanos y urbanos y toda el área de manejo especial del río Bogotá. En consecuencia, todas las zonas de interés ambiental como humedales, ecosistemas de alta montaña, páramos, Cerros Orientales y reservas forestales, entre otras, que prestan servicios ecosistémicos, integran la riqueza natural que tiene la ciudad.	Todos estos elementos naturales, que cuentan con un gran valor ecosistémico, son el eje estructurador del territorio y debe tener la jerarquía que se merece en el desarrollo sostenible de la ciudad. A través de los procesos de participación y estrategias de educación ambiental, la Administración de la alcaldesa Claudia López busca generar apropiación para la protección y conservación. La conservación, preservación, uso y manejo sostenible depende del comportamiento que cada uno de los ciudadanos. Con el cambio de hábitos y trabajo ambiental se podrá proteger la Estructura Ecológica urbana y rural de la ciudad.	El Bosque de las Mercedes, en la reserva Thomas van der Hammen, el Cerro de La Conejera y de Torca; ríos y canales también hacen parte de esta estructura y son lugares de gran biodiversidad. Además, el Parque Ecológico Distrital de Montaña Entrepuentes, Cuchilla del Gavilán, zona rural de Usme y Ciudad Bolívar son ecosistemas estratégicos que deben ser un corredor verde para el sur de Bogotá.	Para la localidad 8 Kennedy, según el documento de análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de 2018, los puntos críticos para el mal manejo de residuos sólidos son el barrio la Igualdad, Patio Bonito segundo II, Kennedy súper Manzana y Taimona, orillas del río Comuneros, Tunjuelo y Fucha, y Corabastos especialmente en la Calle 38 sur. Ahora, según el Plan Ambiental Local Kennedy mejor para todos 2017-2020 se identifican 76 puntos críticos entre los cuales se destacan: (1) La Conejera, (2) María Paz Corabastos y Plaza de las Flores: Diagonal 38 Sur entre Carrera 80 y 86 - Calle 5A sur con carrera 80 (Transversal 80Q) a la 81 y carrera 81 con calle 1, (3) Villa Rica - Las Luces: Calle 51A sur entre carreras 77N a carrera 77K 81a, (4) Patio Bonito Calle 38 sur Calle 38 sur entre carrera 86 a carrera 89, (5) Canal 43 sur Calle 43 Sur entre carrera 90 a la carrera 101 y (6) Clás: Calle 56 Sur con Carrera 81*. Por otro lado, la encuesta realizada por la Dirección de Participación para los seguros Diálogos ciudadanos muestra que los barrios que más se ven afectados por la inadecuada disposición de residuos sólidos y químicos son: (1) las Acacias, (2) Carvajal, (3) Castilla, (4) el Triunfo, (5) Jaramín Occidental, (6) Kennedy, (7) Margaritas I, (8) Patio Bonito, (9) Tierra buena, (10) Rivera I, (11) Villa Nueva y (12) toda la localidad UPZ 100 Galeas: Barrio Campín (Alrededores Estado El Campín, Movistar Avenida), Barrio Galeas (Zona de bares y zona comercial). UPZ 101 Teusaquillo: Barrio La Soledad (Park Way, monumento Almirante Padilla) Barrio Galeas, La Esmeralda, Américas, Banco Central, Palermo, La Magdalena, Quesada, Quinta Paredes, Campín, Teusaquillo, La Soledad (Park Way). Río Fucha carrera 19 hasta carrera 24 Centro comercial Social El Restrepo Carreras 18 y 19 entre calles 19 y 22 sur. Estas problemáticas se dan principalmente en los canales de albina, comuneros, río seco y fucha, en la UPZ Zona Industrial y Puente aranda. Localidad de Ciudad Bolívar	Secretaría de Ambiente Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT. Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C. Diálogos ciudadanos Comprensiones territoriales		La comunidad prioriza esta problemática en 6 localidades 08 Kennedy, 13 Teusaquillo, 15 Antonio Nariño, 16 Puente Aranda, 19 Ciudad Bolívar. La información que se entrega son detalles de los sitios y problemáticas específicas de los territorios.
02 Ruralidad	Relleño Sanitario y Explotación Minera	En este contexto los habitantes vecinos del relleno han padecido enfermedades crónicas y respiratorias por la permanente exposición a un entorno tóxico, debido a los altos niveles de contaminación del aire y del agua y a la mayor presencia de vectores como, moscas, zancudos y ratas, lo que genera a su vez una expresión de dinámicas de desigualdad urbana, situaciones que afectan a la población general pero especialmente a niños niñas y adultos mayores en zonas de cercanía de las UPZ Comuneros y Gran Yomasa. Sumado a lo anterior, en la localidad existe un problema ambiental asociado a la explotación minera, principalmente por las latrinas que ha impactado negativamente la salud de los habitantes, esto se da por la emisión de gases realizada por las chimeneas de los hornos que expulsan carbón, hollín y demás material particulado que afecta principalmente las vías respiratorias. Esta actividad de minería también ha afectado enormemente el ecosistema donde se han asentado las empresas, ya que se presenta deforestación, remoción de las capas vegetales del suelo, erosión y contaminación de las fuentes hídricas, situaciones que en conjunto no solo afectan la salud sino también la calidad de vida.	05 USME	UPZ Comuneros y Gran Yomasa. En la mayoría de este suelo rural se presentan áreas de conflicto por su cercanía a áreas mineras, estructuras de conservación para la conservación de los Humedales la Isla en Rosa y Thabica en Ciudad Bolívar limitando con el municipio vecino de Soacha, conflicto por material de extracción de arenas y grava del Río Tunjuelo para industrias, así como de la conservación de biodiversidad de la Reserva Thomas Van Der Hammen	Diálogos ciudadanos Comprensiones territoriales Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT. Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C.		Problemáticas derivadas del relleno de sanitario de Doña Juana, la actividad minera y la afectación de las fuentes hídricas. Cada día nos damos cuenta de que un medio ambiente sano se convierte en una de las principales necesidades del ser humano para garantizar una excelente calidad de vida. Por tanto, ha crecido la preocupación por preservar, ya que de esto depende la disminución de enfermedades, el crecimiento de cultivos en nuestras zonas rurales, lo que puede impulsar economías solidarias. En la actualidad la problemática sigue vigente, debido a que del relleno sanitario sigue saliendo material particulado como polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, entre otras que inflaman los bronquios, además sales pesadas como Benceno, que es un gas incoloro que causa alteraciones del ritmo cardíaco, puede producir leucemia y convulsiones, y Xileno, un líquido que puede presentar molestias en el estómago, los pulmones, hígados y riñones, también problemas de memoria e irritación de la piel, ojos, nariz y garganta.
03 Conflictos ecológicos	En cada una de las 20 localidades hay un Comisión Ambiental Local - CAL; allí se discuten los temas relacionados con el ambiente y de mayor importancia, y se plantean planes, programas y actividades. De estas nacen las situaciones ambientales conflictivas, a partir de la información que brinda la gente.	La contaminación es el problema por el que más se ven afectadas las personas y hace referencia a la disposición inadecuada de residuos sólidos y el ruido, entre otros. También hay otros aspectos como: • Estructura ecológica principal y espacios del agua: zonas que requieren de restauración. • Fauna: tenencia inadecuada de animales de compañía y vectores (ratas o roedores). • Gestión de riesgos: zonas con riesgo de remoción en masa. • Minería: actividades extractivas. • Ordenamiento ambiental del territorio: expansión urbana y asentamientos ilegales. • Participación y educación ambiental: necesidad de procesos de educación comunitarios para la visibilizar y fortalecer iniciativas. • Ruralidad: uso de sustancias químicas en actividades agropecuarias.	03 Santa Fe y 12 Barrios Unidos	UPZ Alcázares y Doce de Octubre San Victorino plazaola de la mariposa, carrera 7 	Bogota.gov.co, visor conflictos ambientales. Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT. Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C. y https://api.datas.gub.colicol/ consultada 27/12/2023 Diálogos ciudadanos Comprensiones territoriales		Contaminación ambiental que genera alteración en los estados de salud en la ciudadanía Afectación a la salud por la carga de contaminación ambiental emitida por los hornos crematorios ubicados en zona residencial en la UPZ Alcázares.
04 Disposición de Residuos	Es el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al ambiente.	Bogotá generó 15.265.139 Tón/año de residuos en el 2020 y fueron gestionados a través de un sistema integral de residuos sólidos, que está distribuido de la siguiente manera: Los residuos sólidos que fueron gestionados por las empresas de servicio público de aseo (3.740.673 Tón/año), que son residuos afectos a la tarifa de aseo son: Los residuos aprovechables (gestionados por recicladores); los residuos orgánicos y los residuos no aprovechables (gestionados por consorcios de aseo). Por su parte, particulares gestionaron esta cantidad de residuos(11.524.466 Tón/año). Comprende los RCD (residuos de construcción y demolición), RADE (Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos), llantas, AVE (sacote vegetal o de cocina usado), RESPEL (residuos peligrosos), todos, bio-sólidos, residuos orgánicos gestionados por particulares.	01 Usaquén 02 Chapinero 04 San Cristóbal 06 Tunjuelito 09 Fontibón 10 Engativá 11 Suba 12 Barrios Unidos 14 Marietas	En la localidad de Usaquén, en especial en la UPZ Verbenal, San Cristóbal Norte, Toberrín y Santa Bárbara. Localidad Chapinero UPZ Libertadores, Altamira, nueva gloria, parte del barrio la península, san miguel, Quebrada La Pichota. Se evidencia según la información recolectada en la encuesta que esta problemática se concentra con mayor predominancia en la UPZ La Gloria. En toda la localidad de Engativá, en especial en los barrios Bachue, Bellavista, Bochica, Engativá Pueblo, Garcés Navas, la Estrada, Quirigua, Santa Rodita y Villa Claver. UPZ Engativá, Garcés Navas, Miraflo de Dios y Bolivia. Toda la Localidad de Suba, en especial las UPZ 5 El Rincón UPZ 26, Trabajos UPZ 71 y Suba UPZ 27. UPZ Doce de Octubre y Alcázares (Corredor del canal Río Salitre, alrededores de las plazas de mercado y sector de autopartes) En la UPZ 27 - Santa Isabel, en los barrios El Virrey, Santa Isabel Sur, Santa Isabel y Virreyes. En la UPZ 102 La Sabana los barrios La Estanzuela, Voto Nacional, La Sabana, San Victorino, La Favorita y Santa Fe.	https://oab.ambientebogota.gov.co/gestion-integral-de-residuos-en-bogota/ Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT. Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C.		Se presenta una inadecuada disposición, de residuos que generan afectaciones negativas, como proliferación de vectores, contaminación de cuerpos de agua, contaminación de humedales, generación de olores desagradables, acumulación de animales en condiciones de calle, afectando así las condiciones de salud de la población en cuanto a la generación de enfermedades respiratorias. Actividades humanas que impactan negativamente al ambiente: Ejemplos: inadecuada disposición de residuos, basuras, residuos tóxicos, químicos, desechos hospitalarios etc. Manejo inadecuado de residuos sólidos (quemar y aglomeración) y líquidos (vertimiento), derivados de las actividades domésticas, comerciales e industriales, que crean ambientes propicios para la proliferación de vectores, plagas, roedores, insectos, mosquitos y demás. Deficiencia del entorno, a ello se suma la falta de conciencia ambiental en los ciudadanos debido a la cercanía a una acción ambiental de forma constante para ir mejorando una ciudadanía responsable con el medioambiente. También ha generado impactos negativos para la salud en implementación de enfermedades, así mismo se efectúa perjudiciales al medio ambiente en cuanto a su estética paisajística, sus riesgos, contaminación del agua, el suelo y el aire.

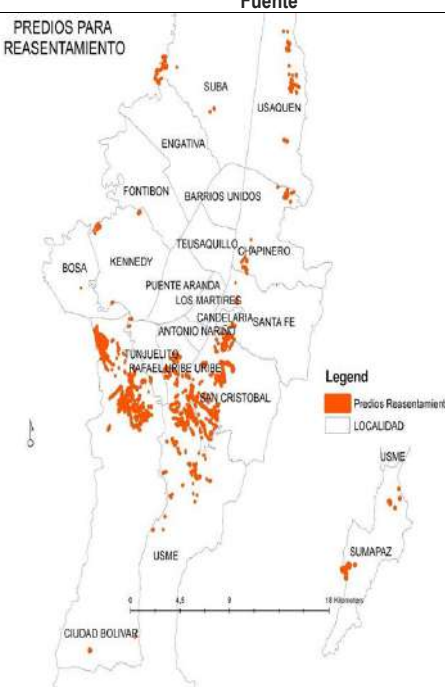
8.2 ANEXO 2 RIESGOS IDENTIFICADOS PARA BOGOTÁ

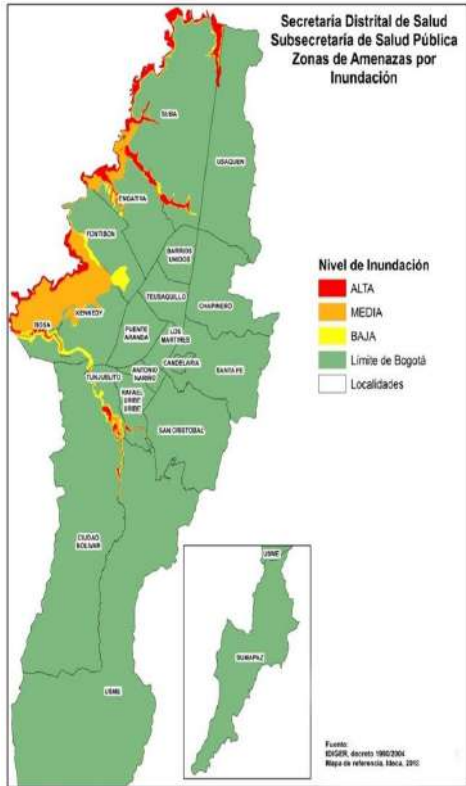
Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
Amenaza por Desbordamiento	Se estima que 6,170 Ha. De Bogotá corresponden a zonas o áreas donde existe una probabilidad de ocurrencia de inundaciones por desbordamiento de cauces naturales y/o cuerpos de agua intervenidos en diferentes niveles, con efectos potencialmente dañinos.	Las áreas con esta amenaza se distribuyen así: en amenaza alta 1,400 Ha. Con cerca de 295 mil personas, en amenaza media 3,657 Ha con cerca de 983 mil personas y en baja, 1,128 Hac Con cerca de 251 mil personas	Diez (10) de las veinte (20) localidades están expuestas. Suba, Bosa, Engativá, Kennedy, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Usaquén y Usme	Secretaria de Ambiente Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C. Diálogos ciudadanos Comprensiones territoriales
Riesgo sísmico	La ciudad se encuentra en una zona de amenaza intermedia y cuenta con alta vulnerabilidad sísmica. Localmente, este nivel de amenaza se incrementa para la mayoría de los sectores de la ciudad, debido a los efectos de la ampliación de las ondas sísmicas a causa de las características del subsuelo y en algunos casos, a la topografía del territorio.	Bogotá se encuentra ubicada sobre una zona sísmica alta, tanto por el número de registros históricos de sismos presentados como por su cercanía a las fallas geológicas del piedemonte llanero. El riesgo sísmico se acentúa con la vulnerabilidad de las edificaciones, el cual depende de la técnica, calidad de los materiales y métodos constructivos utilizados, el tipo de estructura, el estrato socio económico, el mantenimiento, entre otros. En la actualidad, cerca de la mitad de las manzanas construidas en la ciudad corresponden a estratos socio económicos 1 y 2, de donde se infiere una alta vulnerabilidad estructural para la ciudad. Esta situación, ubica que, pese a que la amenaza sísmica en la ciudad no es extrema, el riesgo sí lo es en muchos sectores, debido a la vulnerabilidad estructural de las edificaciones.	16 Zonas de respuesta sísmica, donde las localidades afectadas serían: Sumapaz, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usme, Santafé, Chapinero, Usaquén y Suba. En cuanto a Zonas lacustres sucede el efecto de amplificación de onda el cual afectaría localidades como Kennedy, Puente Aranda, Engativá, Fontibón, Suba, Usaquén, Chapinero y Barrios Unidos. En los suelos aluviales sucederían efectos de amplificación y licuación incidiendo sobre las localidades de Bosa, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe entre otras.	 <p>Respuesta Sísmica</p> <ul style="list-style-type: none"> Depósito Ladera Cerros Aluvial 50 Aluvial 100 Aluvial 200 Aluvial 300 Piedemonte A Piedemonte B Piedemonte C Lacustre 100 Lacustre 200 Lacustre 300 Lacustre 50 Lacustre 500 Lacustre Aluvial 200 Lacustre Aluvial 300 Localidad Municipio <p>Fuente: Mapas Bogotá 09 2021 Infraestructura de Especial de Datos del Distrito - IDECA.</p> <p>Cv. HCE, Germán, y la comunidad contribuyeron a la elaboración del mapa.</p> <p>http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/FOPAE_V2/Mapa%20Gestion%20del%20Riesgo%20Bogota/Deslizamientos/AVR</p>

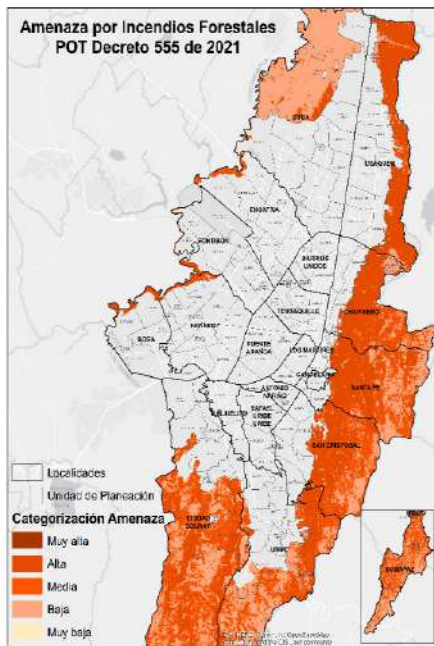
Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
Riesgo tecnológico	En Bogotá la amenaza de tipo tecnológico puede verse representada por las diferentes infraestructuras o actividades que en el desarrollo de su operación o por factores o variables externas, pueden ocasionar un evento accidental.		Son las localidades de Fontibón, Puente Aranda y Teusaquillo las que cuentan con mayores fuentes de peligro.	
Riesgo Químico	Según el IDIGER (2017) no hay información de soporte que permita determinar cuántos productos químicos se utilizan y cuántos trabajadores están expuestos a los mismos en Bogotá. Se sabe con base en los datos de las 20 sustancias más almacenadas en la ciudad, que las sustancias químicas más usadas son el ACPM (48%), la gasolina (38%), el ácido sulfúrico máximo (51%), hidróxido de sodio en solución, aerosoles inflamables, e hidróxido de sodio sólido. Para el año 2020 SALUDATA (2020) reporta que de las sustancias químicas en la ciudad, identificadas por medio de la operación de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control higiénico sanitario realizadas desde las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E., entre los años 2008 a 2020, se identifica que el promedio de cantidad de sustancias químicas peligrosas almacenadas en los establecimientos industriales, comerciales y de servicios, de la ciudad, y que hacen uso de las mismas debido a sus actividades económicas, es de 35.213.213 Kg, sin tener en cuenta el dato de los años 2012, 2017, 2018 y 2020 por tratarse de valores excepcionalmente elevados para el periodo de análisis, ya que para estos años se presenta un pico alto en		Las localidades donde se encuentran conglomerados los establecimientos que en promedio durante los 12 años del periodo analizado almacenaron las mayores cantidades de sustancias químicas peligrosas son Fontibón, Puente Aranda y Kennedy. Puente Aranda y Fontibón son dos de las zonas industriales más reconocidas en la ciudad, por lo que los valores de kilogramo de sustancia química peligrosa almacenada por habitante mostraron para la primera localidad datos entre 8,4 Kg/habitante y 63,4 Kg/habitante, mientras que para Fontibón el valor más bajo fue de 1,8 Kg/habitante y el más alto 44,55 Kg/habitante, en promedio, teniendo un valor fuera del promedio para el año 2020 de 320, 5 Kg/habitante. Estas localidades concentran entre el 25% y el 35% de la cantidad total de sustancias químicas almacenadas en las empresas intervenidas, siendo la mayoría pertenecientes a actividades de comercio e industria manufacturera, tales como elaboración y procesamiento de plásticos, textiles, químicos, metalmecánica, impresión y alimentos concentrados para animales, sectores que utilizan y almacenan cantidades considerables de químicos, derivando estas condiciones en un nivel de riesgo químico elevado, lo que puede ocasionar un grado de exposición posiblemente alto para la población en general por la presencia de los productos químicos manipulados.	<p>Distribución Sustancias Químicas Peligrosas en Kg / Hab 2021</p>  <p>Legend</p> <p>Sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> 0,30 - 1,90 1,91 - 4,10 4,11 - 8,90 8,91 - 14,40 14,41 - 152,00 <p>LOCALIDAD</p> <p>0 4,5 9 18,0 Kilómetros</p> <p>Fuente: SALUDATA (Secretaría Distrital De Salud). Salud ambiental. Elaboración propia, tomado de: https://SaluData.saludcapital.gov.co/</p>

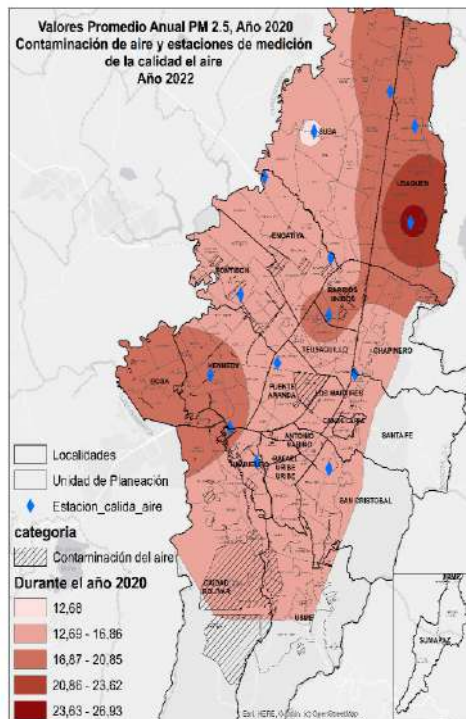
Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
	el dato evidenciándose un promedio de 200.821.374 Kg.			
Riesgo por aglomeraciones	El IDIGER (2020) define que las aglomeraciones de público son un riesgo en sí mismas debido a que pueden desencadenarse estampidas humanas o comportamientos no adaptativos bien sea por causas naturales como sismos, tormentas eléctricas, heladas, lluvias torrenciales, vientos fuertes, entre otros; o de origen tecnológico como cortos circuitos, incendios estructurales, explosiones. Así mismo, el conjunto de personas reunidas en un mismo espacio podría causar colapsos estructurales. Todo lo anterior, hace que las personas reaccionen con sentimientos de alarma, y con una conducta temerosa, espontánea y no coordinada generando heridos o muertos.	Según el IDIGER (2020), En la última década en Bogotá se ha presentado mejoramiento del comportamiento del público en general, comprendiendo a más de 2.000 grandes conciertos con diferentes artistas tanto nacionales como internacionales, así como unos 1.800 eventos deportivos y más de 1.900 espectáculos públicos. Actualmente al año, en promedio, asisten casi tres millones de personas a eventos de alta y media complejidad. Si bien se han presentado emergencias en los eventos realizados en la capital en los últimos años, estas no han cobrado vidas humanas y han estado relacionadas especialmente a riñas, y la atención propia de pacientes asistentes a los eventos.		

Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
Riesgo por movimientos en masa	En Bogotá D.C. el relieve montañoso ocupa el 83% del área distrital mientras que la zona plana equivale al 17%. Según el IDIGER (2020), Del área urbana del Distrito Capital, 7224 Ha están en zonas planas no cubiertas por este fenómeno. Para las zonas de ladera (30776 Ha), aproximadamente el 9 % se encuentra categorizada en amenaza alta por movimientos en masa (2776 Ha), un 56 % en amenaza media (16600 Ha) y un 35 % en amenaza baja (11400 Ha).	La remoción en masa se puede ver afectada a futuro, si se consideran las proyecciones de la Vulnerabilidad por Degradación del Suelo a 2050, expuestas en el portal de Mapas Bogotá 2018, las cuales evidencian que las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Santa Fe y Rafael Uribe Uribe presentaran una vulnerabilidad alta.	Las localidades con mayor susceptibilidad a presentar deslizamientos de acuerdo con su calificación de amenaza son en su orden: Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Usaquén y Rafael Uribe Uribe.	 <p>Fuente: Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C.</p>

Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
Predios con reasentamiento		<p>A la fecha se han identificado 16778 familias recomendadas a reasentamiento por encontrarse en una condición de alto riesgo no mitigable y a diciembre de 2020, se han identificado 16827 familias recomendadas a reasentamiento por encontrarse en una condición de alto riesgo no mitigable.</p> <p>En Bogotá, son cerca de 245.000 las personas que habitan las áreas en amenaza alta por movimientos en masa, de acuerdo con los datos de población del DANE. Esto representa al 3,2% de la población para el año 2021.</p>		<p>PREDIOS PARA REASENTAMIENTO</p>  <p>Fuente 2022 https://www.ideca.gov.co/recursos/mapas/reasentamiento-humano</p>

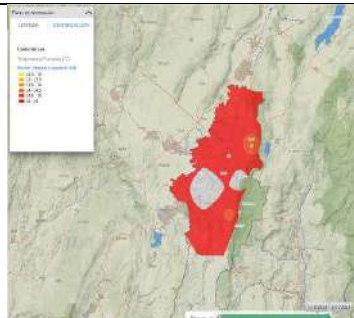


Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
Amenaza por inundación	La ciudad se encuentra dividida en cuatro cuencas de drenaje correspondiente a los ríos: Juan Amarillo o Salitre, Fucha o San Cristóbal y el Tunjuelo, los cuales transcurren en sentido oriente a occidente; y el río Torca que transcurre en sentido sur – norte; y desembocan en el Río Bogotá.	El IDIGER (2020) estima que 6.928,17 Ha de Bogotá corresponden a zonas o áreas donde existe una probabilidad de ocurrencia de inundaciones por desbordamiento de cauces naturales y/o cuerpos de agua intervenidos en diferentes niveles, con efectos potencialmente dañinos, principalmente en zonas del río Tunjuelo, la quebrada Limas, la quebrada Chigüaza, el río Fucha, el río Juan Amarillo, los humedales Jaboque, Juan Amarillo, Conejera, Guaymaral, Torca y el río Bogotá. El área en amenaza alta es del orden de 1.904,1 Ha, en amenaza media de 3.920,70 Ha. y en baja, 1.097,37 Ha. Diez de las veinte localidades de la capital: Suba, Bosa, Engativá, Kennedy, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usaquén y Usme, tienen una afectación directa por la ocurrencia de inundaciones por desbordamiento.		 <p>Secretaría Distrital de Salud Subsecretaría de Salud Pública Zonas de Amenazas por Inundación</p> <p>Nivel de Inundación</p> <ul style="list-style-type: none"> ALTA MEDIA BAJA Límite de Bogotá Localidades <p>Fuente: IDIGER, decreto 1960206 Mapa de referencia: Ibica, 2011</p> <p>Fuente: Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático. NOTA: En rojo se ilustran las zonas de amenaza alta por inundación. Plano Normativo. Resolución 858/2013. Actualiza el Plano Normativo No 4 del Decreto 190/2014.</p>

Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
Incendio Forestal	Estos eventos están relacionados con las condiciones de aumento en la temperatura, especialmente durante el primer trimestre de cada año y por la incidencia del Fenómeno "El Niño", lo que genera mayor posibilidad de ocurrencia de incendio forestal. (Área afectada por incendios forestales).	El reporte del IDIGER para el 2020 en Bogotá D.C., durante el período 2010-2020 muestra que se presentaron 194 incendios forestales que han afectado 1.212,5 hectáreas, siendo el 2016, el año con mayor área afectada (378 ha), seguido por el 2014 (260 ha) y el 2010 (223 ha).	Durante el período 2014 y 2020, se observó que la localidad con mayor área afectada por eventos forestales es Sumapaz, seguida de San Cristóbal, Usme, Ciudad Bolívar y Bosa. En cuanto a cantidad de eventos forestales, la localidad que reportó mayor cantidad fue Ciudad Bolívar, seguida de San Cristóbal, Usme y Bosa.	 <p>Fuente: Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C.</p>

Temática	Descripción de la situación	Impacto	Territorio Detalle	Fuente
Calidad del aire	Los informes del IDEAM sobre el estado de la calidad del aire plantean que el contaminante con mayor potencial de afectación en el territorio nacional es el material particulado menor a 2,5 micras (PM2.5), el cual está constituido por partículas muy pequeñas, producidas principalmente por los vehículos que utilizan diésel como combustible. El diésel puede contener materiales muy peligrosos para el cuerpo como metales pesados, compuestos orgánicos y virus, que pueden afectar las vías respiratorias. A nivel nacional, las zonas que mayor afectación presentan por importantes niveles de contaminación atmosférica son: el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, las localidades de Puente Aranda, Carvajal y Kennedy en Bogotá, el municipio de Ráquira en Boyacá y la zona industrial de ACOPI en el municipio de Yumbo (Valle del Cauca) (Ministerio de Ambiente, Gobierno de Colombia, et al., 2016).	Los informes del IDEAM sobre el estado de la calidad del aire plantean que el contaminante con mayor potencial de afectación en el territorio nacional es el material particulado menor a 2,5 micras (PM2.5), el cual está constituido por partículas muy pequeñas, producidas principalmente por los vehículos que utilizan diésel como combustible.	El diésel puede contener materiales muy peligrosos para el cuerpo como metales pesados, compuestos orgánicos y virus, que pueden afectar las vías respiratorias. A nivel nacional, las zonas que mayor afectación presentan por importantes niveles de contaminación atmosférica son: el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, las localidades de Puente Aranda, Carvajal y Kennedy en Bogotá, el municipio de Ráquira en Boyacá y la zona industrial de ACOPI en el municipio de Yumbo (Valle del Cauca) (Ministerio de Ambiente, Gobierno de Colombia, et al., 2016).	 <p>Valores Promedio Anual PM 2.5, Año 2020 Contaminación de aire y estaciones de medición de la calidad el aire Año 2022</p> <p>Localidades Unidad de Planeación Estación_calidad_aire</p> <p>categoría Contaminación del aire</p> <p>Durante el año 2020</p> <p>12,68 12,69 - 16,86 16,87 - 20,85 20,86 - 23,62 23,63 - 26,93</p> <p>Datos</p>

Abiertos Bogotá. Geodatabase POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C.

8.3 ANEXO 3 CARACTERÍSTICAS DEL CAMBIO CLIMÁTICO

Temática	Descripción de la situación	Magnitud	Fuente
Temperatura	La ciudad tiene un clima frío de montaña determinado por la altitud, cuyas temperaturas oscilan entre los 7 y los 18 °C, con una temperatura media anual de 14 °C. Dicho clima se subdivide principalmente en seis tipos: clima frío semiárido y clima frío semi húmedo, correspondientes principalmente a la parte urbana de la ciudad. En cuanto al clima muy frío semi húmedo, muy frío húmedo y muy frío súper húmedo se ubican los cerros orientales y las zonas rurales de Usme y Ciudad Bolívar, mientras que en el clima extremadamente frío súper húmedo se encuentran las partes más altas de la localidad de Sumapaz.	14°C	 <p>Secretaría de Ambiente Datos Abiertos Bogotá. Geodatabase POT- Decreto 555 de 2021 Bogotá D.C. Diálogos ciudadanos Comprensiones territoriales</p>
Emisiones totales de Gases Efecto Invernadero		9,528 toneladas de CO2 en 2021	<p>Secretaría de Ambiente https://drive.google.com/file/d/1KhMJb84MOHleTMW8z68aaoaXq8xNqJTU/view?pli=1</p> 
Ozono Promedio 8 Horas Anual - 03	El ozono es un gas azul pálido que, en las capas bajas de la atmósfera, se origina como consecuencia de las reacciones entre óxidos de nitrógeno y los hidrocarburos (gases compuestos de carbono e hidrógeno principalmente) en presencia de luz solar. Es un oxidante fuerte, muy fácil de producir, pero a la vez muy fácil de destruir; es el compuesto más representativo de los compuestos fotoquímicos.	22,5 ppb ultimo valor reportado 2023	<p>Secretaría de Ambiente https://drive.google.com/file/d/1KhMJb84MOHleTMW8z68aaoaXq8xNqJTU/view?pli=1</p> 

Temática	Descripción de la situación	Magnitud	Fuente																				
Porcentaje de avance en el aumento de la modernización a LED de luminarias en el Distrito Capital - MLSALP - PAC	Este indicador reporta el avance de la meta "aumentar en un 25% la Modernización a Tecnología Led del parque lumínico distrital compuesto por un total de 356.000 luminarias" del proyecto de inversión "7652 - Fortalecimiento gestión para la eficiencia energética del servicio de alumbrado público Bogotá" de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) en el marco del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental (PACA 2020-2024).	27,77 / 2023	<p>Secretaría de Ambiente https://oab.ambientebogota.gov.co/porcentaje-de-avance-en-el-aumento-de-la-modernizacion-a-led-de-luminarias-en-el-distrito-capital/</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Periodo</th><th>Número de Luminarias Modernizadas a LED por periodo - NIMM20 (Numeros)</th><th>Total de Luminarias Modernizadas a LED - TLM20 (Numeros)</th><th>Porcentaje de avance en el aumento de la modernización a LED de luminarias en el Distrito Capital - MLSALP - PACA (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020 (Janio - Diciembre)</td><td>6.075</td><td>6.075</td><td>2,25</td></tr> <tr> <td>2021</td><td>26.617</td><td>36.513</td><td>10,24</td></tr> <tr> <td>2022</td><td>44.961</td><td>81.474</td><td>22,99</td></tr> <tr> <td>2023</td><td>17.348</td><td>99.022</td><td>27,77</td></tr> </tbody> </table>	Periodo	Número de Luminarias Modernizadas a LED por periodo - NIMM20 (Numeros)	Total de Luminarias Modernizadas a LED - TLM20 (Numeros)	Porcentaje de avance en el aumento de la modernización a LED de luminarias en el Distrito Capital - MLSALP - PACA (%)	2020 (Janio - Diciembre)	6.075	6.075	2,25	2021	26.617	36.513	10,24	2022	44.961	81.474	22,99	2023	17.348	99.022	27,77
Periodo	Número de Luminarias Modernizadas a LED por periodo - NIMM20 (Numeros)	Total de Luminarias Modernizadas a LED - TLM20 (Numeros)	Porcentaje de avance en el aumento de la modernización a LED de luminarias en el Distrito Capital - MLSALP - PACA (%)																				
2020 (Janio - Diciembre)	6.075	6.075	2,25																				
2021	26.617	36.513	10,24																				
2022	44.961	81.474	22,99																				
2023	17.348	99.022	27,77																				
Precipitación	Una de las fases del ciclo del agua es la precipitación, cuando la lluvia o el granizo cae de las nubes al suelo. Dependiendo del tamaño de las gotas que lleguen al suelo y de cómo caigan, se presentan distintos tipos de precipitación líquida como llovizna (gotas pequeñas que caen uniformemente), chubasco (gotas de mayor tamaño que caen de forma violenta e intensa), entre otros.	1336 - 2023	<p>Secretaría de Ambiente https://oab.ambientebogota.gov.co/precipitacion-anual/</p> 