



Análisis de Situación de Salud para el Distrito capital

2025



Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital año 2025

**Secretaría Distrital de Salud
de Bogotá**

Dirección de Planeación Sectorial

**Bogotá, D. C.
Colombia, 2025**

ASIS 2025 Bogotá, D. C.		
Gerson Orlando Bermont Galavis Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D. C. José Ignacio Argote López Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial Alejandra Taborda Restrepo Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía Julián Alfredo Fernández Niño Subsecretario de Salud Pública Luis Alexander Moscoso Osorio Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento Coordinación general del documento Dirección de Planeación Sectorial Luz Marina Galindo Caro Directora de Planeación Sectorial Equipo ASIS Lilian Maritza Núñez Forero Valeria Bejarano Salcedo Adriana Vásquez Rojas Jenny Marcela Pinilla Espejo Santiago Astaiza Vergara Mireya Martinez Velasco Paula Andrea Pedraza Karen Viviana Zabaleta Luisa Fernanda Beltrán Christian Méndez Navarro Teresa Sánchez Ríos	Equipo Políticas Marcela González Barrera Patricia Villegas Rondón Felipe Borrás Segura Equipos por dependencias Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial Manuel Alejandro Godoy Cubillos Director de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud (DAEPDSS) Claudia Esperanza Amézquita Sandoval Directora de Infraestructura y Tecnología Equipos técnicos de la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial Julián Rafael Gaviria Escobar Carlos Rodolfo Cabrera Alejandra Agudelo Satizabal Liliana Ortiz Valderrama Cristian Suárez Bohórquez Javier Alvarado López Subsecretaría de Salud Pública María Belén Jaimes Sanabria Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva Diana Marcela Walteros Acero Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública Claudia Milena Cuellar Segura Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública	Diana Sofia Ríos Oliveros Subdirectora de Determinantes en Salud Marcela Martínez Contreras Subdirectora de Acciones Colectivas Patricia Eugenia Molano Builes Directora de Salud Colectiva Equipos técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública Diane Moyano Romero Liseth Lorena Pava Javier Isaac Maldonado Lina María Molina Sánchez Mariana Carvajal Hernández Catherin Rodríguez Barrera Juan Camilo Tocora Carlos Fernández Contreras Kimberly Piñeros Chía Adriana Paola Ulloa Martha Patricia Padilla Karen Lisset Jimenez Stefani Katiusca Florez Johana Liceth Cortes Claudia Patricia Beltrán Diana Carolina Franco Dary Giselle Ruiz Deicy Andrea Roza Nelly Janeth Rueda Jenny Alicia Mora Roza Jully Olivares González Jessica Salcedo Agudelo Sandra Liliana Gómez Irlena Salcedo Pretelt Johana Mateus Ávila María Victoria Carrillo Paola Gómez Ayala Maribel Romero Cubillos Carlos Fernando Macana Daniela Ceballos Piarpuzan Edyanni Ramos Valoyes Diana Juanias Suarez Juan David Gómez Mauricio Garzón Cortes

ASIS 2025 Bogotá, D. C.		
Astrid Montel Guaracao Johanna Segura Camelo Oscar Fernández Cantor Maria Eugenia Delgado Lida Yurani Quitian Myriam Gordillo Huertas Martha Lucia Santacruz Hilda Villamarin Abril Rodrigo Lopera Isaza Angie Mabel Castañeda Carolina Santander Martínez Norma Hernández Melo Adiela Quiroga González Janneth Corzo Merchán Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento Linda Victoria Ariza Romero Directora de Provisión de Servicios de Salud Yidney Isabel García Rodríguez Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud Katty Margarita Baquero Baquero Directora de Calidad de Servicios de Salud Gloria Eugenia García Pinillos Directora de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) Doris Marcela Díaz Ramírez Subdirectora de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud	José Vicente Guzmán Gómez Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres y subdirector (e) Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) Equipos técnicos de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento Edizabett Ramírez Rodríguez Miryam Jiced Muñoz Cruz Marcela Sandino Perdomo Olena Palamarchuk Sandra Milena Gualteros Alejandra Marcela Caro Dayan Mateus Mendoza Sandra Patricia Charry Leidy Johana Castañeda Jenny Mireya Romero Ortiz Clara Liliana Martínez Osorio Cristian Ángel Cortes Silva Ana Francisca Corredor Esther Liliana Cuevas Ortiz Lely del Pilar Espitia Patiño Juan Nicolas Corredor Gloria Sacristán Manotas Cesar Granados Sánchez Jonathan Alberto Trujillo Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía Alejandro Cepeda Pérez Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad Eugenia Arboleda Balbin Directora de Servicio a la Ciudadanía	Equipos técnicos de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía Jesús Andrés Bravo Rojas Alejandro Arango Castrillón Andrea Cortés Barreto Yurany Jerez Malaver Adriana Liliana Ibáñez Lady Carolina Calderón Clara María Domínguez Nelson Orlando Pulido Leidy Johana Vargas Mérida Marcela Chávez Rodolfo Cepeda Salazar Laura Patricia Cortes Johann Sebastián González Edna Magaly Forero Triana Sandra Milena Garzón <i>Líderes APS locales</i> Yazmin Yurley Velásquez Nadya María Janna Lavalle Luz Dari Cruz Cuervo Raquel Rocha Jhonatan Javier Moreno Ramírez Giovanni Medina Romero Catalina Palomino Ovalle Rodolfo Leonardo Cepeda Yamile Pulgarín Rojas Omar Manuel Medina Suarez Mónica Viviana Porras Yefersson Ramírez Duarte Leidy Tatiana Romero Abril Lorena León Rincón Deisy Andrea Peralta Esteban Lorena Hernández Hernández Vivinaidu Idrobo Gualantala Gerardo Arturo Rincón Diana Olaya Arciniegas Comunidad COPACOS Distritales. Asociaciones de usuarios de Subredes Integradas de salud. Comunidad de Organizaciones poblacionales, diferenciales y de género. Organizaciones autónomas territoriales.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASIS	Análisis de la Situación de Salud	INS	Instituto Nacional de Salud	REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
APS	Atención Primaria Social	IPM	Índice de Pobreza Multidimensional	RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
CAR	Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca	IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud	RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
CISAN	Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional	IRA	Infección Respiratoria Aguda	RLCPD	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
CLGR-CC	Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático	IRC	Índice de Riesgo de Cambio Climático	RUV	Registro Único de Víctimas
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual	SDA	Secretaría Distrital de Ambiente
COPACOS	Comités de Participación Comunitaria en Salud	IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo	SDGR-CC	Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático
CRUE	Centro Regulador de Urgencias	LGBTI	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual	SDP	Secretaría Distrital de Planeación
CT+I	Ciencia, Tecnología e Innovación	MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social	SDS	Secretaría Distrital de Salud
D.C.	Distrito Capital	NARP	Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras	SEM	Sistema de Emergencias Médicas
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes	SGRED	Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres
DPS	Dirección de Planeación Sectorial	NUSE	Número Único de Seguridad y Emergencias	SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud	NV	Nacidos vivos	SIDCRUE	Sistema de Información Distrital del CRUE
DUES	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud	ODEB	Observatorio Desarrollo Económico de Bogotá	SIDMA	Sistema de Información Distrital y Monitoreo del Aseguramiento
E.S.E	Empresas Sociales del Estado	ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible	SIGAU	Sistema de Información para la Gestión del Arbolado Urbano
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	ODVCA	Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado	SIRC	Sistema integral de referencia y contrarreferencia
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles	OMS	Organización Mundial de la Salud	SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural
ECV	Encuesta de Calidad de Vida	OPS	Organización Panamericana de la Salud	SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda	OSB	Observatorio de Salud de Bogotá	SISS	Subredes Integradas de Servicios de Salud
EHR	Enfermedades huérfanas	PDD	Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027	SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional
EISP	Eventos de interés en salud pública	PDSP	Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
ENT	Enfermedades No Transmisibles	PGIRED	Plan de Gestión Integral de Riesgos de Emergencia y Desastres	SPA	Sustancias psicoactivas
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	POS	Plan Obligatorio de Salud	TAR	Terapia Antirretroviral
EPS	Entidades Promotoras de Salud	POT	Plan de Ordenamiento Territorial	UAESP	Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
ERI	Equipo de Respuesta Inmediata	PPSAN	Política Pública Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional	UCI	Unidad de Cuidado Intensivo
ETMI	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil	PPT	Permiso por Protección Temporal	UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
EVA	Evaluación y Acompañamiento de la Atención en salud	PQRS	Peticiones, Quejas y Reclamos	UPL	Unidades de Planeación Local
GEIH	Gran Encuesta Integrada de Hogares	PSPIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	UPZ	Unidades de Planeación Zonal
GESI	Gestión de la Información de Acciones Colectivas en Salud Pública	PTS	Plan Territorial de Salud	VCA	Víctima del conflicto armado
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	PVV	Personas Viviendo con VIH	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IDECA	Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá	RAM	Resistencia antimicrobiana	VPH	Virus del Papiloma Humano
IDIGER	Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático				

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	2
1.1 Contexto político administrativo	2
1.2 Condiciones ecológico-ambientales.....	4
1.3 Condiciones socio económicas	11
1.4 Contexto poblacional y demográfico	14
1.4.1 Población y estructura demográfica	14
1.4.2 Poblaciones diferenciales	15
1.4.3 Dinámica demográfica y migratoria	17
1.5 Conclusiones	18
2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS determinantes sociales de la salud Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES	19
2.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	19
2.1.1 Condiciones de trabajo	20
2.1.2 Pobreza monetaria.....	21
2.1.3 Pobreza multidimensional	22
2.1.4 Educación	24
2.1.5 Servicios públicos	25
2.1.6 Equipamiento.....	26
2.1.7 Seguridad alimentaria	29
2.1.8 Condiciones y estilos de vida	30
2.1.9 Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	32
2.1.9.1 Análisis de la oferta y acceso a los servicios de salud.....	39
2.1.9.2 Análisis de la demanda de servicios de salud.....	40
2.1.9.3 Indicadores de calidad en salud y talento humano	42
2.1.9.4 Gestión del riesgo en urgencias, emergencias y desastres ..	44
2.2 Enfoque territorial y poblacional diferencial.....	46
2.4 Conclusiones	50

3. 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.....	51
3.1 Análisis de situación de salud y calidad de vida en el territorio	52
3.1.1 Morbilidad general	53
3.1.1.1 Atenciones por consulta ambulatoria.....	53
3.1.1.2 Atenciones por urgencias	54
3.1.1.3 Atenciones por hospitalización	54
3.1.2 Mortalidad general.....	54
3.1.2.1 Mortalidad en grupos de edad específicos	54
3.1.3 Eventos priorizados por alta carga de la enfermedad persistente en la ciudad56	
3.1.3.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).....	56
3.1.3.2 Salud sexual y reproductiva	58
3.1.3.3 Salud mental	62
3.1.3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional	63
3.1.3.5 Enfermedades transmisibles	64
3.2 Problemáticas priorizadas	66
3.2.1 Problemática 1: “Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)”	67
3.2.2 Problemática 2. “Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud”	73
3.2.3 Problemática 3. Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población 74	
3.2.4 Problemática 4: “Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias y desastres”	78
3.2.5 Problemática 5: “Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública”	81
4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	85

4.1	Respuesta frente a la problemática 1	85
4.1.1	Acceso a Servicios de Salud	86
4.1.2	Calidad de Servicios de Salud	86
4.1.3	Fortalecimiento de la Atención Primaria Social.....	87
4.1.4	Materno Perinatal	87
4.1.5	Cáncer.....	87
4.1.6	Cardiovascular	88
4.1.7	VIH	88
4.2	Respuesta frente a la problemática 2	88
4.3	Respuesta frente a la problemática 3	91
4.4	Respuesta frente a la problemática 4	94
4.5	Respuesta frente a la problemática 5	96
4.6	Conclusiones	102
5.	CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	103
5.1	Identificación de problemas y necesidades	103
5.2	Priorización	103
5.3	Propuesta de abordaje	104
6.	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.....	104
6.1	Problemática 1	105
6.2	Problemática 2.....	105
6.3	Problemática 3.....	106
6.4	Problemática 4.....	109
6.5	Problemática 5.....	111
6.6	Conclusiones	112
	REFERENCIAS.....	114

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población diferencial residente en Bogotá para el año 2025	16
Tabla 2. Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá (abril-junio 2025).....	21
Tabla 3. Motivos de problemáticas de acceso- total año 2024	34
Tabla 4. Problemáticas de acceso por EAPB	35
Tabla 5. Distribución de problemáticas de acuerdo con el atributo de calidad del SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud), afectados en los casos con problemáticas en el acceso	36
Tabla 6. Comportamiento de indicadores priorizados en salud sexual y reproductiva 2019-2024	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de división política administrativa, unidades de planeamientos zonal, rural, local y subredes integradas de servicios de salud, Bogotá 2024... 3	3
Figura 2. Mapa del indicador de Espacio Público Efectivo por UPZ	5
Figura 3. Mapa de estrato socioeconómico – Zonas, proyectos y obras propiciadoras de desarrollo económico, Bogotá 2025.	13
Figura 4. (A) Pirámide poblacional para Bogotá, 2021, 2025 y 2035. (B) Comportamiento de la población de Bogotá por sexo 2018-2035.....	14
Figura 5. Mapa distribución espacial del Índice de Pobreza Multidimensional por Sector Catastral y UPZ, Bogotá, 2021.....	23
Figura 6. Mapa de accesibilidad geográfica medida en tiempos de desplazamiento a hospitales públicos y servicios dispuestos en las manzanas del cuidado, Bogotá 2024.....	28
Figura 7. Problemáticas de acceso-total año 2024	33
Figura 8. Comportamiento atenciones en salud en Bogotá D.C. 2020 a 2024. 41	41
Figura 9. Razón de mortalidad materna, Bogotá D. C. – Colombia, 2006 – 2024	61

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) en el territorio se concibe, según lo establecido en la resolución 100 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)¹, como una construcción participativa y sistemática orientada a: (i) comprender integralmente la realidad territorial; (ii) reconocer los determinantes sociales de la salud; (iii) identificar las problemáticas y necesidades sociales en salud y (iv) determinar las condiciones y situaciones de inequidad. Estos componentes constituyen la base para definir de manera consensuada las prioridades en salud y establecer una agenda social compartida para la respuesta territorial.

El presente documento se desarrolla conforme a la metodología actualizada del MSPS, teniendo en cuenta las orientaciones de la resolución 100, la Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción Participativa del ASIS en los Territorios² y los aprendizajes propios del proceso de adopción e implementación durante los ejercicios de actualización de este documento realizados en años anteriores. En este proceso, la Dirección de Planeación Sectorial (DPS) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) ha refinado las fases e instrumentos metodológicos en el marco del proceso 2025, fortaleciendo la trazabilidad entre los lineamientos nacionales y las particularidades sociales, epidemiológicas y territoriales del Distrito Capital. Este fortalecimiento ha incluido la participación de la DPS en los talleres de capacitación del MSPS, orientados a la apropiación de la metodología participativa, el uso de nuevos instrumentos de análisis y la gestión territorial del conocimiento.

El ASIS Distrital 2025 se articula con el Plan Territorial de Salud (PTS) enmarcado en el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 (PDD) y con el nuevo Modelo de Atención en Salud - MAS Bienestar, que incorpora la Atención Primaria Social (APS) y los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) a través de cuatro pilares estratégicos: (i) toma de decisiones para la gobernanza; (ii) participación social transformadora; (iii) gestión integral del riesgo; y (iv) intersectorialidad para el bienestar. Estos pilares orientan la respuesta institucional del Distrito en coherencia con los ejes del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP), consolidando el ASIS como herramienta técnica y estratégica para la planeación y la gestión territorial en salud.

El análisis que aquí se presenta se organiza de acuerdo con los seis capítulos establecidos en la metodología para elaboración del ASIS, actualizando la información con corte al año 2024 e incorporando los avances del primer

semestre de 2025. Para ello, se integran nuevas fuentes de información provenientes de los diferentes equipos de la SDS, dependencias y Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS). Adicionalmente, se incluye información de otros sectores que permite dar cuenta de las características socioeconómicas, ambientales y territoriales que influyen en la salud de la población (capítulos I a III), así como la descripción de las problemáticas, las respuestas institucionales, la priorización y las recomendaciones (capítulos IV a VI). Este proceso se sustenta en la revisión de registros administrativos, bases de datos oficiales¹ y estudios sectoriales y académicos, así como en los ejercicios participativos realizados entre dependencias institucionales y en los espacios comunitarios y mesas territoriales de salud², garantizando una lectura integral de la situación de salud y de los determinantes que inciden en el bienestar de la población de Bogotá, Distrito Capital (D. C.).

El ASIS Distrital 2025 se consolida como un instrumento de análisis técnico y social que orienta la toma de decisiones en salud pública, promueve la articulación intersectorial e institucional y fortalece la gobernanza territorial en salud en el marco del primer pilar del Modelo MAS Bienestar, la toma de decisiones para la gobernanza. Su desarrollo reafirma el compromiso de la SDS con la mejora continua de la gestión del conocimiento, el fortalecimiento de la participación comunitaria y la reducción de las inequidades en salud en la capital.

1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto político administrativo

Bogotá, D. C. como capital de la República de Colombia y entidad territorial con estatus constitucional especial, constituye el principal centro político-administrativo, económico, cultural y demográfico del país. Su estructura de gobierno está organizada bajo un modelo de autonomía administrativa que integra la Alcaldía Mayor, las secretarías sectoriales y las juntas administradoras locales, lo que permite la gestión territorial diferenciada y la implementación de políticas sectoriales.

Bogotá está ubicada en el centro de Colombia y limita al norte con Chía, Sopó y La Calera; al occidente con Cota, Funza y Mosquera; al sur con Soacha y el páramo de Sumapaz; y al oriente con Ubaque y Chipaque. La mayoría de estos

¹ Se utiliza principalmente la información distrital de la Encuesta de Calidad de Vida 2024 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) como fuente oficial sobre mercado laboral, pobreza y condiciones de vida. A nivel de localidad, dado que no se dispone de información más reciente, se emplean en su mayoría los datos de la Encuesta Multipropósito 2021.

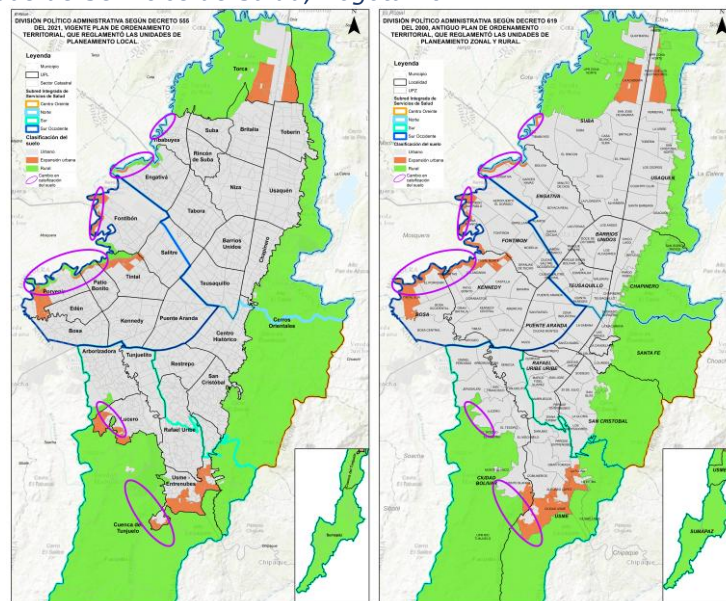
² Se integran, así mismo, comentarios y testimonios recogidos en los diferentes espacios comunitarios, que reflejan algunas de las condiciones descritas a lo largo del documento. Aunque corresponden a casos particulares, permiten ilustrar desde la voz de la comunidad los aspectos aquí tratados.

municipios son lugares de residencia para muchas personas que trabajan, estudian o cumplen sus labores y acceden a servicios en Bogotá. Además, la ciudad tiene influencia significativa con estos municipios satélite, de la región y con el resto del país, por ser la capital.

Administrativamente, Bogotá hasta el año 2021 se dividía en 20 localidades, 114 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y 4 Unidades de Planeamiento Rural, reglamentadas mediante el antiguo Plan de Ordenamiento Territorial (POT)³. Sin embargo, el POT vigente (Decreto 555 de 2021) reorganiza la ciudad en 33 Unidades de Planeación Local (UPL) y 1.199 sectores catastrales⁴ que buscan adaptarse más a las dinámicas sociales, culturales y económicas de cada área, garantizando una distribución equitativa en términos de población y extensión territorial, con el objetivo de que los desplazamientos diarios no excedan en tiempo de 15 a 30 minutos⁵.

Otro aspecto notable en el decreto 555 de 2021 es el cambio de la clasificación del suelo en zonas de las localidades Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Fontibón y Suba, donde se ve cómo cambia de expansión urbana, y de urbano a rural (ver Figura 1).

Figura 1. Mapa de división política administrativa, unidades de planeamientos zonal, rural, local y Subredes Integradas de Servicios de Salud, Bogotá 2024.



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá (IDECA). Geodatabase Versión 0.3.2025 POT- Decreto 555 de 2021, Decreto 619 de 2000 y Decreto 4040 de 2004.

La Alcaldía Mayor orienta el desarrollo de la ciudad mediante el PDD y la ejecución de políticas públicas sectoriales y poblacionales. Para ello, se apoya en

15 secretarías sectoriales, cada una con funciones específicas que materializan las políticas públicas del Distrito. Estas secretarías conforman el nivel central de la administración, mientras que las 20 alcaldías locales ejecutan funciones desconcentradas en los territorios.

En este modelo, la SDS es una de las secretarías sectoriales del Ejecutivo Distrital y tiene la responsabilidad fundamental de dirigir, coordinar, regular y evaluar la política pública de salud en Bogotá. Hace parte del sector salud, junto con hospitales públicos (SISS), unidades administrativas especiales y otros organismos. La oferta de servicios en salud se organiza en cuatro SISS: Sur, Sur Occidente, Centro Oriente y Norte³.

1.2 Condiciones ecológico-ambientales

En Colombia, Bogotá es la segunda ciudad o micro región más vulnerable al cambio climático, luego de San Andrés y Providencia, teniendo siempre un margen de temperaturas entre 12°C y 19°C, enfrentando fenómenos climáticos atípicos intensificados, como lo son épocas secas con islas de calor urbano que incrementan la temperatura superficial en áreas urbanas, y épocas con lluvias fuertes que conllevan a numerosas inundaciones y movimientos de tierra. Se prevé que para el año 2040 el efecto isla de calor aumente en 0,65 °C en la zona urbana⁶.

Según el Sistema de Información para la Gestión del Arbolado Urbano (SIGAU) existen 1.449.470 árboles en toda la ciudad, que corresponde a un indicador de 0,18 árboles por habitante. Las localidades que más árboles tienen son Suba con 321.031 árboles, le sigue Kennedy con 141.698 especies, Usaquén con 129.987, Engativá con 120.750 y Usme con 111.129 árboles. Para el 2023 se contaron 1.403.723 árboles censados en el espacio público del perímetro urbano, con un 58 % de especies nativa y un 42 % de especies foráneas⁷.

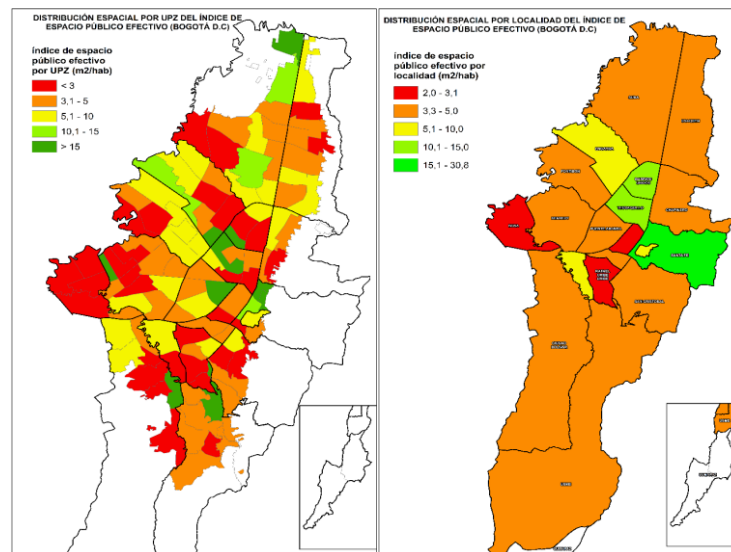
En cuanto al reporte técnico de indicadores del Observatorio de la la Defensoría del Espacio Público, el dato es el mismo relacionado en el ASIS de 2024, es decir 4,79 m²/habitante. De igual forma, las localidades que cuentan con mejores indicadores de espacio público efectivo⁴ son Santa Fe (30,83 m²/ hab.) y Barrios Unidos (12,23 m²/hab.).

³ Los análisis espaciales que aportan a este documento se trabajaron a nivel de UPZ, debido a que desde el sector salud aún se calculan los indicadores de interés en salud pública de esta forma y no se ha migrado a las nuevas UPL.

⁴ Según el CONPES 3718 corresponde al espacio público de carácter permanente, conformado por zonas verdes, parques, plazas y plazoletas.

En la Figura 2 se muestran en color verde oscuro las zonas con mejores condiciones de espacio público, que tienen cifras superiores a 15 m²/hab. Dichas zonas están asociadas a grandes infraestructuras como los parques Simón Bolívar y Salitre, y al Jardín Botánico. Al sur de la ciudad el Parque de Montaña Entrenubes se convierte en un elemento importante para las cifras de espacio público efectivo y hacia el oriente el Parque Nacional incide de forma significativa en el indicador. Las UPZ urbanas que cuentan con niveles más altos de espacio público efectivo por encima de 8 m²/hab. son Teusaquillo, Barrios Unidos, Salitre, y la UPZ Urbano – Rural que cuenta con más de 8 m²/hab. es Engativá⁸.

Figura 2. Mapa del indicador de Espacio Público Efectivo por UPZ



Fuente: Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público⁹.

Por otra parte, de acuerdo con lo expuesto por el Observatorio Ambiental de la Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), la ciudad de Bogotá ha venido enfrentando eventos climáticos extremos, inundaciones, islas de calor en zonas urbanas, incendios forestales y remociones en masa, estas últimas causadas por asentamientos urbanos no formales.

En el año 2024, Bogotá enfrentó una grave crisis de agua potable debido al cambio climático. El aumento de las temperaturas y el cambio en el régimen de lluvias en las zonas donde están los embalses y la infraestructura de abastecimiento, han reducido los niveles de agua, afectando a millones de personas¹⁰. El gobierno distrital introdujo una serie de medidas como el racionamiento, desincentivos tarifarios al consumo excesivo por parte de los usuarios y promulgó el Decreto Distrital 334 de 2024 que estableció lineamientos para el uso eficiente del agua. Además, se lanzaron campañas en entidades

distritales y en el sector privado para promover el ahorro y cuidado del recurso hídrico.

Asimismo, en relación con la calidad del aire, la SDA¹¹ declaró mínimo cuatro alertas en el año 2024, “exacerbado por la sequía, el fenómeno de El Niño, las bajas precipitaciones, la dirección de vientos que transportan material particulado de los incendios, las emisiones locales y los fenómenos de inversión térmica”; las localidades de mayor afectación por la calidad del aire fueron el suroccidente, incluyendo Kennedy, Carvajal-Sevillana, y Ciudad Bolívar, debido a altas concentraciones de material particulado.

Además, la SDA tiene documentado para año 2024 alrededor de 47 incendios afectando las localidades de Kennedy (barrio Osorio, Chapinero, Cerro El Cable, veredas Siberia, Ingemar Oriental y Hoya del Teusacá), se destaca Ciudad Bolívar con el mayor número de casos y afectaciones en sector urbano en el barrio El Mochuelo y rurales el Sector Serafín, la vereda Quiba Baja a Cerro Seco y Agro parque Quiba Baja¹². Los incendios y los fenómenos meteorológicos como la sequía, la falta de lluvias y las inversiones térmicas también contribuyen a la concentración de contaminantes al impedir su dispersión en la atmósfera que impactan en la calidad del aire, por ende, es relevante proteger la salud de los ciudadanos.

Respecto al escenario de remociones en masa, a nivel distrital el riesgo de exposición se presenta en aquellas localidades ubicadas al margen de los Cerros Orientales y en zona de ladera como Usme, San Cristóbal y Ciudad Bolívar. En el caso de los incendios forestales, los cuales están asociados al “régimen bimodal de Bogotá” según el Índice de Riesgo de Cambio Climático (IRC), estos se presentan en las épocas secas al inicio del año. En este sentido, y de acuerdo con el mismo índice, las localidades de alto riesgo son: Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal y parte de la localidad de Usme, y en menor probabilidad de ocurrencia en la localidad de Ciudad Bolívar.

Según el análisis del IRC, habrá un incremento en las precipitaciones proyectada para el 2040, en zonas urbanas ubicadas en la región occidental de la ciudad, calculando que cerca de un 30 % del área urbana posee dicho factor de exposición a este evento climático adverso. Lo anterior, conlleva un aumento del riesgo de inundaciones en las localidades de Suba, Engativá, Bosa, Kennedy y Fontibón, siendo estas vulnerables, no solo por su cercanía a humedales y riberas de ríos, sino también por sus índices de pobreza y densidad⁶. Consecuencia de lo anterior, se incrementa el riesgo de presentación de elevados

índices de enfermedades respiratorias agudas en menores de cinco años y adultos mayores con condiciones de base, por ende, una sobrecarga en los sistemas de salud.

En las sesiones del Consejo Distrital para la Gestión del Riesgo y Cambio Climático del año 2024¹³, se identificó durante la época de lluvias 272 puntos críticos asociados a fenómenos de remoción en masa ubicados en las localidades con mayor criticidad: Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe; otras que presentan este fenómeno son Sumapaz, Candelaria, Santa Fe, Chapinero, Suba y Usaquén. En relación con las Avenidas Torrenciales, se presentan 94 puntos críticos en las localidades de Usme (35), San Cristóbal (29) y Ciudad Bolívar (15), seguido de Rafael Uribe Uribe (5), Tunjuelito (3), Santa Fe (3), Candelaria (2) y Usaquén (1). Respecto a los sitios críticos de inundaciones por desbordamiento, el secretario técnico informa que se han identificado 107 puntos ubicados en 14 localidades de la ciudad. Esto describe los sectores susceptibles a la época de lluvias y como impacta negativamente, no solo en la salud de los habitantes, además, a la exposición a remoción de masas (amenaza de la pérdida de enceres y vivienda) y encharcamientos que afectan la movilidad en general de la ciudadanía.

Como se ha venido referenciando en algunos reportes, la ciudad de Bogotá evidencia una crisis por la mala calidad del aire de manera frecuente, la cual no solo tiene efectos negativos a nivel ambiental, sino también afecta a la población más vulnerable. Actualmente, de acuerdo con lo reportado en el Observatorio de Salud de Bogotá (OSB) SaluData, el seguimiento a la mortalidad prematura (entre los 30 y 70 años) ha reportado 118 casos de infarto al miocardio¹⁴, indicando que los altos niveles de contaminación son un factor de riesgo en la población.

Tomando como base los informes trimestrales y mensuales de Calidad del Aire de la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá de la SDA¹⁵ de manera aleatoria, particularmente del tercer trimestre entre los años 2021 y 2024 se encuentra que las concentraciones de material particulado PM10 para este periodo fueron más altas en las estaciones de Carvajal – Sevillana (59,7 μ /m³), Kennedy (34,5 μ /m³) y Móvil Fontibón (58,5 μ /m³). Lo anterior indica que las zonas Sur y Noroccidente de la ciudad presentan una tendencia a mantener un nivel de riesgo moderado, mientras que en localidades como Usaquén y San Cristóbal predomina el nivel de riesgo bajo.

En relación con el material particulado PM_{2,5}, las localidades que presentaron mayores concentraciones fueron las mismas que para PM₁₀, en este sentido, la estación de Carvajal – Sevillana (29,2 μm^3), la estación de Kennedy (17,4 μm^3) y la estación Móvil Fontibón (16,2 μm^3). De igual forma, el Índice Bogotano de Calidad del Aire evidenció que las concentraciones de PM₁₀ y PM_{2,5} medidas como media móvil ponderado de 12 horas, predominó un nivel promedio de riesgo bajo de 60 % para las estaciones, un 30 % de riesgo moderado y un nivel de riesgo regular no mayor al 10 %.

En el transcurso de 2025 el comportamiento en la calidad del aire ha presentado algunas variaciones entre los meses de enero y abril, en este sentido, los promedios móviles de concentraciones de PM₁₀ (12 horas) en enero predominaron en el nivel de riesgo “moderado” (Estaciones Bolivia 52 % - Kennedy 42 %) y “bajo” con un 23 %, mientras que, en el mes de abril predominó el nivel de riesgo de exposición de PM₁₀ (12 horas) “bajo” con porcentajes entre el 73 % y 80 %, y un 35 % del nivel de riesgo “moderado”.

Por otro lado, los promedios de las concentraciones de PM_{2,5} (12 horas) de nivel de riesgo por exposición “moderado” (27 %) y “bajo” (20 %) en enero, mientras que en el mes de abril los promedios móviles de las concentraciones 12 horas de PM_{2,5} el nivel de riesgo predominante fue “bajo” (68 %-70 %), seguido de un nivel de riesgo “moderado” (43 %)¹⁶.

Cabe resaltar que durante este periodo se presentaron cerca de 56 eventos relacionados con incendios forestales locales en Bogotá, al mismo tiempo, incendios regionales en la Amazonía y valle del río Magdalena, además del material particulado que provenía del Sahara afectó la calidad del aire en la capital.

La respuesta institucional por parte de las entidades públicas como la SDA han sido junto con la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá con la campaña héroe, y la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca (CAR) con la campaña Protege Nuestro Bosque. Estas estrategias orientadas en la acción climática y la protección ambiental resaltan la urgencia de adoptar prácticas responsables para la conservación del entorno que incide en la salud de los ciudadanos, en especial la calidad del aire, que trae consecuencias a las poblaciones vulnerables como niños menores de cinco años, personas mayores y los pacientes de enfermedades crónicas no transmisibles como asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Otras de las afectaciones por la mala calidad del aire que se vienen presentando se expresan en enfermedades como retraso en desarrollo pulmonar, hipoacusia, trastornos del sueño y deficiencia en la concentración. Por otro lado, la degradación de ecosistemas urbanos limita espacios protectores y saludables, incrementando enfermedades respiratorias, estrés, ansiedad, condiciones de vulnerabilidad, dificultad de acceso a servicios de salud y educación, exposición a violencias, abusos, abandono e inseguridad.

Particularmente, en relación con la problemática de ruido en la ciudad de Bogotá, la SDS viene adelantando una serie de encuestas que generan algunos indicadores¹⁷ por exposición a ruido en población de 18 a 64 años. El primer indicador tiene que ver con la *“prevalencia de alteración en salud por exposición a ruido”*, se aplicaron 1.316 encuestas que reportaron 288 casos de alteración en salud por exposición a ruido. De igual forma, se encontraron 388 casos de *“prevalencia de alteración del sueño”* como segundo indicador; el mismo sentido, se evaluó como tercer indicador la *“prevalencia de somnolencia diurna”*, que obtuvo 59 casos de somnolencia diurna excesiva.

En el caso de la *“prevalencia de alteración en salud por exposición a ruido”*, se evalúan variables consideradas como síntomas extraauditivos (irritabilidad, ansiedad, cefalea, dificultad de concentración, agotamiento físico e insomnio), asociando tres (3) de ellos a una alteración en salud por exposición a ruido. Es así como en la distribución por localidad presentada en SaluData Usaquéen obtuvo la más alta prevalencia con 47,8 %, en segundo lugar, la localidad de Suba con 36,1 %. Así mismo, el síntoma extraauditivo de mayor prevalencia fue irritabilidad 35,3 % (911 casos), seguido de insomnio con 28,9 % (745 casos); unido a lo anterior, la fuente de ruido que generó mayor molestia fue el tráfico terrestre con el 42,1 % (1.086 casos), seguido del perifoneo 33,1 % (854 casos)¹⁷.

Para el indicador de *“Prevalencia de alteración del sueño”*, a través del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh se estimó el buen o mal dormir; la encuesta (2019-2023) determinó que las localidades donde habitan personas que no duermen bien (malos dormidores) es liderada por La Candelaria que presentó la mayor proporción con 54,3 %, seguida de Kennedy con 41,9% y Los Mártires con 40,8%. También se estableció que las fuentes que más ruido generan este tipo de trastorno son las actividades industriales, discotecas y bares, así como el tráfico terrestre y aéreo¹⁷.

Por último, en relación con el indicador de “*Prevalencia de somnolencia excesiva diurna*”, la cual se evidencia como una disfuncionalidad en horas del día debido a un descanso inadecuado en la noche. En este sentido, las localidades que presentaron mayor afectación en este indicador fueron Usaquén y Engativá¹⁷.

Otra de las problemáticas que tienen relación con salud ambiental tiene que ver con el aumento en la proliferación de roedores en varias de las localidades de la ciudad de Bogotá. Santana. O., et al.¹⁸ plantea que dicho incremento se debe principalmente a condiciones asociadas al mal manejo de los residuos orgánicos por la población, lo cual se ha empeorado con el crecimiento poblacional de la ciudad, por diversos factores como la pandemia de COVID-19 en los años 2020 y 2021, y el desplazamiento forzado desde otras regiones del país e incluso desde el extranjero, que han generado un crecimiento poblacional informal en ciertas zonas de la ciudad (Suba, Bosa, Ciudad Bolívar).

Como consecuencia de lo anterior, la SDS ha venido recibiendo un número de quejas mayor a la de años anteriores. En este sentido, durante el 2023 se presentaron cerca de 300 denuncias, interviniendo 2.975.441 m² en toda la ciudad (900 mil m² más que en el año 2022). Para los años 2024 y lo corrido del 2025, desde la Subsecretaría de Salud Pública se han venido realizando acciones, dando respuesta a la problemática de roedores en la ciudad de la siguiente manera: en 2024 un total de 1.974 solicitudes con 5.618.979 m² intervenidos, y en 2025 1.955 solicitudes con 4.332.704 m² intervenidos, según la fuente de las SISS Empresas Sociales del Estado (E.S.E)¹⁹.

Como se puede evidenciar, tanto el número de solicitudes, como el número de metros intervenidos por la SDS se ha venido incrementando exponencial y directamente proporcional a la demanda, no obstante, la problemática no solo debe ser atendida por las entidades (SDS, Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) y operadores), sino también debe estar apoyada por la ciudadanía, adoptar prácticas frente a la separación en la fuente, disposición adecuada de residuos y atender a las orientaciones frente a los horarios de recolección de estos.

Con base en lo expuesto, cobra importancia la proliferación de roedores para la salud pública, que está dada básicamente en los efectos sobre la salud que pueden causar en los asentamientos humanos, siendo portadores y reservorios de infecciones y enfermedades que pueden transmitirse a los seres humanos (enfermedades de origen zoonótico), las cuales pueden darse por contacto directo con orina, excretas o alimentos contaminados con estas, y de forma

indirecta por mordeduras o picaduras de pulgas, piojos, mosquitos y otros. La alta densidad poblacional en algunas localidades de la ciudad abre la posibilidad que, en dichos asentamientos tanto humanos como animales domésticos y vectores compartan el hábitat, por consiguiente, existe la probabilidad de presentación de brotes de enfermedades²⁰.

Algunas de las enfermedades reportadas que pueden ser transmitidas por roedores son la leptospirosis y la hantaviriosis, así como servir de reservorios de salmonelosis, toxoplasmosis y triquinosis reportadas por Santana et al.¹⁸. Para el caso particular de la leptospirosis y en concordancia con Rozo et al.²¹, de los casos reportados en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y el Sistema Integral de Información de la Protección Social, (SISPRO) entre 2014 y 2020 la localidad que más casos reportó fue Kennedy, seguida de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe; de las 20 localidades, solo Santa Fe y Sumapaz no reportaron casos al respecto.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la mayoría de las notificaciones corresponden a los presentados en animales de compañía, particularmente en caninos con un 97 % de los casos, con una tasa de letalidad del 37,5 %, en roedores con un 2,8 % y felinos con un 1,2 %, con una tasa de letalidad del 50 %. En cuanto a la casuística en humanos el 77,11% corresponde a hombres entre 30 y 39 años y de 22,89 % en mujeres entre los 50 a 59 años. La tasa de letalidad en hombres es del 4,48 % y en mujeres 9,52 %. Por último, se debe resaltar que esta enfermedad tanto en Bogotá como en Colombia presenta un sub diagnóstico, por ende, un subreporte. Debido a lo anterior, es importante dar seguimiento a los factores de riesgo asociados anteriormente, y a los niveles de exposición a los que se encuentran tanto humanos como animales.

1.3 Condiciones socio económicas

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) la estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial los servicios públicos domiciliarios permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área²².

En la medida en que identifica geográficamente sectores con distintas características socioeconómicas, permite también orientar la planeación de la inversión pública, realizar programas sociales como expansión y mejoramiento de infraestructura de servicios públicos, vías, salud, saneamiento, servicios

educativos y recreativos en las zonas que más lo requieran; cobrar tarifas de impuesto predial diferentes por estrato y orientar el ordenamiento territorial.

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

Este mapa también contextualiza cómo actualmente se están desarrollando obras que tienen un impacto tanto distrital como regional, y así una incidencia directa en el desarrollo económico de la zona en que se ejecutan. Estas obras son la construcción de la primera línea del metro, la troncal de Transmilenio de la Avenida Carrera 68 y el RegioTram de Occidente.

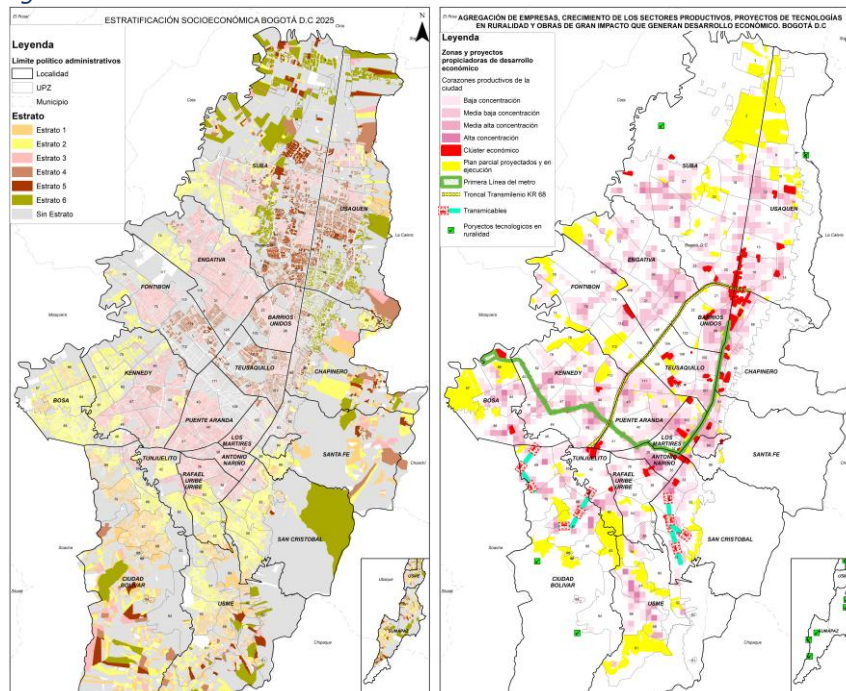
La ubicación física de la primera línea del metro está en jurisdicción de las localidades de Bosa, donde inicia, recorriendo Kennedy, Puente Aranda, Los Mártires, Antonio Nariño, Santa Fe, Teusaquillo, Chapinero y Barrios Unidos, en donde finaliza. Con la ejecución de esta obra es válido anticipar un desarrollo, principalmente, en los sitios donde se ubicarán las estaciones. Sin embargo, el resto del recorrido de la línea del metro puede propiciar, en algunas zonas, situaciones negativas relacionadas con inseguridad, similares a las que se observan en algunos puentes viales. Otros proyectos de gran importancia en las dinámicas económicas y productivas son la línea del Transmilenio de Ciudad Bolívar, la cual ya está en funcionamiento; la línea de San Cristóbal que está próxima a entrar en operación y la construcción de la troncal de Transmilenio de la Avenida Carrera 68, que se espera, impacte positivamente en el flujo diario de personas que se movilizan de sur a norte y de norte a sur, con incidencia en el desarrollo de la ciudad.

A nivel económico se identifica que la ciudad cuenta con 66 corazones productivos⁵ 24,25, los cuales se ubican, principalmente, en las zonas de

⁵ Los corazones productivos reflejan la agregación de empresas, cuyo entorno mueve tanto su actividad económica como las demás que se encadenan al producto o servicio generado²³, generan empleo y promueven otras actividades especializadas y diversificadas de gran importancia para el desarrollo competitivo²⁴.

consolidación urbana de las distintas localidades; con mayor concentración de los clústeres económicos hacia el norte de la ciudad (ver Figura 3), lo cual genera grandes flujos de personas a estas zonas provenientes de las áreas en las que se concentra la mano de obra (estratos 1, 2, y 3). Por último, se destacan proyectos tecnológicos en ruralidad en las localidades de Sumapaz, Ciudad Bolívar, Suba y Usaquén.

Figura 3. Mapa de estrato socioeconómico – zonas, proyectos y obras propiciadoras de desarrollo económico, Bogotá 2025.



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP) 2025, Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - IDECA, 2025.

La dinámica económica de Bogotá también se sustenta en su alta productividad y competitividad, dado que la ciudad aporta cerca de una cuarta parte del PIB nacional (25,21 % a 2024²⁶) y concentra los principales clústeres económicos del país en sectores como servicios financieros, tecnologías de la información, industrias creativas, comunicaciones, logística, comercio y servicios empresariales. Este posicionamiento atrae inversión nacional e internacional, impulsa innovación y fortalece la articulación regional con municipios aledaños. Sin embargo, junto a estos sectores de alto valor agregado convive una amplia economía popular, conformada por trabajadores informales, vendedores ambulantes, pequeños comercios, emprendimientos familiares y actividades productivas barriales que sostienen el ingreso de miles de hogares. Este segmento, fundamental para la cohesión económica y social, enfrenta barreras

de acceso a financiamiento, formalización, infraestructura productiva, protección social y estabilidad laboral.

1.4 Contexto poblacional y demográfico

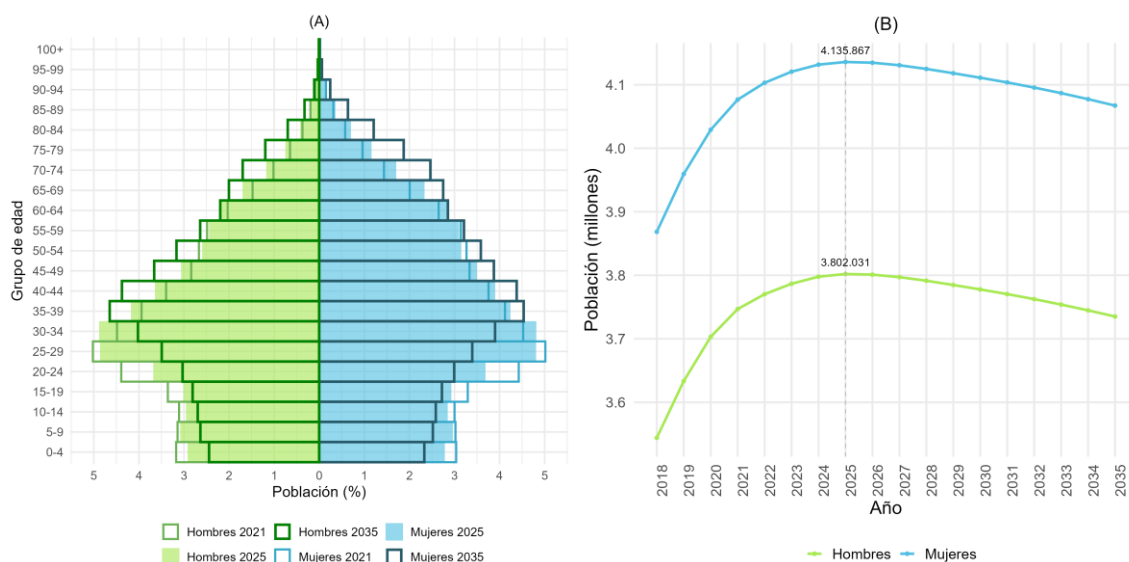
De acuerdo con las proyecciones basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 y su posterior actualización tras la pandemia del COVID-19²⁷, se estima que en el año 2025 Bogotá D. C. tiene 7.937.898 habitantes siendo la ciudad más poblada de Colombia, representando el 14,95 % de la población total del país. Del total de habitantes, el 99,59 % reside en la cabecera municipal, con una densidad poblacional de 5.092 habitantes por kilómetro cuadrado. Además, Bogotá cuenta con un total de 2.910.103 viviendas ocupadas y 3.074.492 hogares, equivalente a una relación promedio de 1,06 hogares por vivienda, y una relación promedio aritmético de 2,58 personas por hogar.

1.4.1 Población y estructura demográfica

A 2025 el 52,1 % de bogotanos son mujeres (4.135.867) y el 47,9% son hombres (3.802.031) (razón hombre: mujer 91,93) y su distribución por ciclo de vida se compone de menores de 5 años el 6,92 %, entre 6 y 11 años el 7,18 %, entre 12 y 26 años 20,41 %, entre 27 y 59 años 49,55 % y 60 o más años el 15,94 %. Si bien la mayoría se encuentra en el área urbana (99,59 %) hay 32.616 personas (0,41 %) que se encuentran en las zonas rurales.

La pirámide poblacional en la Figura 4A muestra la transición demográfica que ha experimentado Bogotá D. C. con la reducción en las tasas de mortalidad y fecundidad, y el aumento en la esperanza de vida al nacer (76,49 en 2019 a 77,6 en 2025 - 83,1 en mujeres y 78,4 en hombres²⁸). Sin embargo, la Figura 4B evidencia el próximo gran reto de la ciudad al ser el último año donde la población presenta un crecimiento para seguir con una tendencia decreciente, afectando a varios sectores productivos, así como el continuo envejecimiento de la población, que pone en foco el cuidado de la salud y protección de las personas desde etapas tempranas de vida.

Figura 4. (A) Pirámide poblacional para Bogotá, 2021, 2025 y 2035. (B) Comportamiento de la población de Bogotá por sexo 2018-2035.



Fuente: DANE y la Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Proyección de población de Bogotá periodo 2018 - 2035 Actualización Post COVID-19 (fecha de actualización 31 de marzo de 2025).

Aunque este patrón se presenta en la escala distrital donde el índice de infancia y juventud se ha reducido, y el índice de envejecimiento ha aumentado, las localidades presentan estructuras propias; Barrios Unidos, Teusaquillo y Usaquén están envejecidas con índices superiores a 102,46, mientras Bosa, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Santa Fe, Sumapaz, Tunjuelito y Usme aún son jóvenes y se mantendrán (índice de envejecimiento menor de 59,45). Sin embargo, aunque existes localidades jóvenes, en un futuro envejecerán (Engativá, Fontibón, Chapinero, Puente Aranda y Suba) o igualarán las proporciones de jóvenes y adultos mayores (Antonio Nariño, Kennedy y Los Mártires), siendo La Candelaria la que presenta el comportamiento más extraño, pues la mayoría de la población son hombres entre 25-29 años.

Por su parte, el índice demográfico de dependencia para la ciudad se encuentra en 39,70 en 2025 y se espera que incremente a 43,92 para 2035, indicando la dependencia de personas inactivas que deben ser solventadas por las personas activas, lo que pone en evidencia los retos, no solamente económicos de la ciudad, sino también, del cuidado de los adultos mayores y su calidad de vida.

1.4.2 Poblaciones diferenciales

Estas se caracterizan por tener mayor riesgo de vulnerabilidad y enfrentar barreras de accesos, lo que contribuye a las desigualdades en el acceso a servicios de sociales y de salud. La Tabla 1 presenta los valores de la población diferencial residente en Bogotá para el año 2025.

De acuerdo con la pertenencia étnico-racial se estimó para 2025 que el 0,93 % (74.037) es población negra, mulata, afrodescendiente, afrocolombiana, el 0,27% (21.553) son indígenas, 0.02% (1.194) raizales, 245 palenqueros y 417 gitanos Rrom²⁹. De igual forma, se estima que con corte a julio de 2025, en Bogotá D. C. reside un total de 593.650 migrantes venezolanos³⁰. Así mismo, el Observatorio Distrital de Víctimas del conflicto Armado (ODVCA) con corte a 31 de diciembre de 2024, informa que en la ciudad de Bogotá residían 361.557 víctimas de desplazamiento forzado, el 9,6 % se autorreconocen como negro o afro, el 5,0 % como población indígena, 0,4 % como Rrom o gitano y 0,1 % como raizal, ubicándose principalmente en las localidades de Kennedy, Ciudad Bolívar y Bosa, aunque destacan las localidades de La Candelaria y Santa Fe donde más del 6,5 % de sus habitantes son víctimas; finalmente del total, el 4,7 % de la población víctima del conflicto presenta algún tipo de discapacidad³¹.

Por otro lado, según la Encuesta de Calidad de Vida de 2024 del DANE, Bogotá para el año 2024 tenía 466.297 personas con dificultades en la vida diaria (limitación, no puede hacerlo, o sí, pero con mucha dificultad) en 396.717 hogares. A 31 de diciembre de 2024, el Observatorio de Salud de Bogotá (OSB), contaba con 69.176 personas certificadas con discapacidad, ubicándose principalmente en las localidades de Bosa, Suba, Kennedy, Engativá y Ciudad Bolívar, indicando que el 55,37 % de esta población no alcanza la educación superior, lo que refleja la necesidad de mayores esfuerzos para lograr la inclusión educativa.

Tabla 1. Población diferencial residente en Bogotá para el año 2025

Poblaciones diferenciales	Población
Indígena	21.553
Gitana o Rrom	417
Raizal del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina	1.194
Palenquera de San Basilio	245
Negra mulata afrodescendiente afrocolombiana	74.037
Campesinos según Encuesta de Calidad de Vida 2024	528.453
Población migrante venezolana	593.650
Víctimas del conflicto armado	361.557
Casos de desplazamiento forzado	327.112
Población con discapacidad proyectada según Encuesta de Calidad de Vida 2024	466.297
Población con discapacidad certificada	69.176

Fuente: DANE Proyecciones de población por pertenencia étnico-racial, ajuste población Rrom cruce de listados censales en Bogotá para el 2025, último corte de noviembre 2025. ODVCA octubre a diciembre 2024. DANE Encuesta de Calidad de Vida 2024. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad corte diciembre de 2024. Migración Colombia corte julio de 2025.

1.4.3 Dinámica demográfica y migratoria

Bogotá presenta una dinámica demográfica compleja influenciada por su posición como capital, su capacidad de atracción laboral y educativa, y las transformaciones socioeconómicas del país, consolidándose como el principal centro urbano de Colombia. En términos de natalidad, la ciudad mantiene una tendencia descendente en la tasa global de fecundidad, reflejo de cambios culturales, mientras que la mortalidad general ha mostrado comportamientos estables reflejando la transición demográfica mencionada.

En cuanto a movilidad poblacional, Bogotá continúa siendo un nodo receptor de migración interna, especialmente desde departamentos vecinos como Cundinamarca, Tolima, Meta, Boyacá y Santander, así como desde zonas rurales afectadas por el conflicto armado, la pobreza o la falta de oportunidades laborales. Esta migración amplía la diversidad cultural en la ciudad y genera retos en materia de acceso a servicios sociales, integración territorial y provisión de vivienda.

La migración internacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes. Bogotá acoge alrededor del 21 % de personas migrantes radicadas en Colombia, principalmente provenientes de Venezuela³², pero también de países del Caribe, África y Asia. La población migrante enfrenta barreras de aseguramiento, estatus migratorio irregular, hacinamiento, informalidad laboral y dificultades en la continuidad del cuidado en salud, lo que exige respuestas intersectoriales e interculturales.

Las entradas y salidas de población mediante los principales nodos de movilidad de la ciudad, el Aeropuerto Internacional El Dorado y las terminales de transporte terrestre del norte, sur y Salitre, complementan esta dinámica. El Dorado es el aeropuerto con mayor tráfico de pasajeros del país y uno de los más importantes de América Latina, con millones de viajeros que ingresan o salen anualmente (movilizó 45.802.360 pasajeros en 2024³³). Esto convierte a Bogotá en un punto estratégico para el monitoreo epidemiológico internacional y para la vigilancia en salud pública relacionada con enfermedades transmisibles, emergencias sanitarias y movilidad humana. Las terminales terrestres también concentran flujos nacionales e intermunicipales que conectan a Bogotá con más de 500 destinos, fortaleciendo intercambios socioculturales y económicos al tiempo que introducen desafíos en materia de vigilancia epidemiológica, atención en salud y control de riesgos.

La ciudad también recibe población que ha sido afectada por el conflicto armado interno, desplazamientos forzados, reconfiguración de economías ilícitas y procesos de violencia sociopolítica. Bogotá continúa siendo el principal territorio de llegada para personas víctimas, comunidades rurales desplazadas, pueblos indígenas en movilidad y familias que buscan protección. Esta migración por causas de violencia o despojo se suma a los procesos culturales asociados a la movilidad económica, académica y social, lo que ha diversificado aún más la composición demográfica de la capital. La llegada de población afrodescendiente, indígena, migrantes internacionales y comunidades LGBTI ha transformado las expresiones culturales, religiosas, lingüísticas y comunitarias, exigiendo respuestas interculturales que reconozcan la pluralidad de identidades presentes en el territorio.

1.5 Conclusiones

En síntesis, la configuración territorial, demográfica, económica y de movilidad de Bogotá evidencia un territorio en permanente transformación, donde convergen procesos como la transición demográfica, marcada por la feminización del envejecimiento con condiciones de salud deficientes, la intensa movilidad interna e internacional, y la coexistencia de grandes polos empresariales con una economía popular diversa pero vulnerable. Estas dinámicas, sumadas a las presiones urbanas derivadas de la ejecución de obras públicas, la contaminación ambiental, la ocupación del espacio público y la percepción de inseguridad, se constituyen en determinantes que inciden de manera directa en la calidad de vida, convivencia ciudadana y en las condiciones de salud de la población.

A esto se añaden las afectaciones ambientales producto de fenómenos climáticos extremos. Los episodios de sequía y aumento de temperaturas asociados al fenómeno de El Niño incrementan las concentraciones de material particulado, generando efectos adversos como tos, irritación ocular y respiratoria, exacerbación del asma y de la EPOC, y mayor riesgo de eventos cardiovasculares⁶. Por su parte, los periodos de alta pluviosidad vinculados al fenómeno de La Niña generan crisis hídricas, desbordamiento de sistemas de drenaje y acumulación de residuos de manera desmedida, desbordando la capacidad de control de roedores, afectando cuerpos de agua potable y ecosistemas como los humedales. De manera paralela, el hacinamiento en asentamientos urbanos no formales profundiza la segregación urbana, limita el acceso a servicios esenciales y expone a la población a condiciones precarias de habitabilidad, cuidado, sociocuidado y autocuidado.

⁶ Un análisis más profundo de los efectos en la salud se encuentra en el Anexo 1 *Informe Aire, Ruido y Salud*.

Estas condiciones ambientales y territoriales inciden de forma más pronunciada en el bienestar de la población con menores ingresos, evidenciando la relación directa entre los DSS y el cambio climático, pues este agrava las brechas sociales y amplifica los impactos en la salud de quienes ya se encuentran en situación de vulnerabilidad. Aspectos como pobreza, educación, vivienda y acceso a servicios esenciales condicionan la respuesta frente a eventos extremos como sequías, inundaciones o aumento de temperaturas, generando un círculo vicioso de desigualdad y problemas sanitarios^{34,35}.

A su vez, la ciudad recibe diariamente personas residentes y no residentes que buscan atención, educación, trabajo y servicios especializados, lo que incrementa la demanda sobre la infraestructura social y sanitaria del Distrito. En simultáneo, la segregación socioeconómica, la vulnerabilidad territorial y la desigual distribución de oportunidades refuerzan brechas de acceso y exposición diferencial a riesgos. Frente a este panorama, garantizar el derecho a la salud exige reconocer estas dinámicas como determinantes estructurales, fortalecer la planeación territorial e implementar respuestas intersectoriales que aborden de manera integral las múltiples afectaciones en salud derivadas de la complejidad urbana, social, económica y ambiental que caracteriza al Distrito Capital.

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

2.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Los DSS definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas dispuestos para afrontar la enfermedad”³⁴, constituyen el marco fundamental para comprender las desigualdades en salud que se presentan en Bogotá. Estos determinantes están modelados por la distribución del poder, los recursos y las oportunidades en la sociedad, y se expresan de manera diferencial según el territorio, el curso de vida, el género, la condición socioeconómica y la pertenencia étnica o poblacional.

En Bogotá, estas condiciones se manifiestan en brechas persistentes en materia de condiciones laborales, pobreza monetaria y multidimensional, educación, servicios públicos, seguridad alimentaria y estilos de vida que influyen en la exposición a riesgos. A esto se suman factores sociales críticos que inciden

directamente en el bienestar y la calidad de vida, como la ocurrencia de delitos de alto impacto (176.420 – 22,2 por cada 1.000 personas)³⁶, los accidentes de tránsito (85,96 personas lesionadas por cada 10.000 vehículos registrados en Bogotá)³⁷ y las personas en habitabilidad de calle (10.478 – 132 por cada 100.000 habitantes³⁸), fenómenos que interactúan con el entorno urbano y la configuración territorial para aumentar situaciones de vulnerabilidad y riesgo sanitario.

En este capítulo se analizan las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida que configuran el panorama de los DSS en Bogotá, con el propósito de comprender cómo se distribuyen estas desigualdades en el territorio y cómo influyen en la garantía del derecho a la salud. Este análisis permite identificar brechas críticas, orientar acciones de política pública y fortalecer la respuesta sectorial desde una perspectiva integral, interseccional y territorial.

2.1.1 Condiciones de trabajo

Representan un determinante social clave pues influye en los ingresos, la estabilidad económica, la exposición a riesgos y el acceso a la protección social, configurando oportunidades de bienestar y afectando directamente los perfiles de salud de la población. La evidencia muestra que la informalidad, la inestabilidad laboral y la ausencia de beneficios se asocian con mayor carga de enfermedad, estrés crónico y barreras de acceso a los servicios sanitarios³⁹.

En Bogotá las dinámicas recientes del mercado laboral reflejan avances parciales y brechas persistentes. Aunque la tasa de desempleo disminuyó (8,3 % frente a 10,1 % en el periodo comparado), la ocupación se mantuvo estable, lo que señala una reducción progresiva de la población potencialmente activa (ver Tabla 2), en las ramas de comercio y reparación de vehículos (18,7 %), administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana (16,1 %), actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos (13,6 %) e industrias manufactureras (13,2%)⁴⁰. A la par, aumenta el número de personas por fuera de la fuerza laboral, destacándose una alta participación dedicadas a oficios del hogar, usualmente cuidadoras sin remuneración y expresión de precariedad económica. Persisten además elevados niveles de informalidad en el mismo periodo 72,03 % según la Gran Encuesta Integrada de Hogares –(GEIH), caracterizados por empleos sin afiliación obligatoria a seguridad social, ausencia de cotización a pensión y relaciones contractuales inestables.

Las condiciones laborales también se reflejan en los riesgos ocupacionales. En 2024 Bogotá registró 3,26 accidentes de trabajo no fatales por 100 trabajadores afiliados a riesgos laborales, así como 3.724 casos de enfermedad laboral, concentrados en sectores como agricultura, explotación de minas e industria manufacturera⁴¹, que incluso puede ser un valor mayor pues es donde la informalidad y la baja protección elevan la exposición a peligros. Estos riesgos laborales, sumados a la limitada estabilidad contractual, impactan la salud física y mental y restringen la continuidad en el acceso a servicios.

En el territorio las desigualdades laborales se expresan de forma marcada; localidades como Sumapaz (69,8 %), Usme (55,7 %) y Los Mártires (55,1 %) concentran mayores niveles de informalidad, mientras que Teusaquillo (22,4 %), Chapinero (25,0 %) y Fontibón (29,6 %) presentan mayor inserción formal y participación en actividades profesionales⁴². Este gradiente evidencia la estrecha relación entre condiciones económicas, nivel educativo, cuidado no remunerado y territorio.

Tabla 2. Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá (abril-junio 2025)

Indicadores	Trimestre móvil abril-junio 2024	Trimestre móvil abril-junio 2025
Población total	7.993.997	8.059.838
Población en edad de trabajar (porcentaje)	6.571.875 (82,2)	6.645.380 (82,5)
Fuerza de trabajo (tasa global de participación)	4.714.786 (71,7)	4.644.407 (69,9)
Ocupados (tasa de ocupación)	4.240.060 (64,5)	4.256.890 (64,1)
Desocupados (tasa de desempleo)	474.726 (10,1)	387.517 (8,3)
Subocupados (tasa de subocupación)	399.739 (8,5)	328.904 (7,1)
Fuerza de trabajo potencial	278.965	187.003
Población fuera de la fuerza laboral (PFFL)	1.857.089 (28,3)	2.000.972 (30,1)
Estudiando (% PFFL)	500.133 (26,9)	561.524 (28,1)
Oficios del hogar (% PFFL)	877.148 (47,2)	837.925 (41,9)
Otros fuera de la fuerza laboral (% PFFL)	479.806 (25,8)	601.522 (30,0)

Fuente: Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Observatorio Desarrollo Económico de Bogotá⁴⁰.

2.1.2 Pobreza monetaria

Continúa siendo uno de los determinantes sociales más influyentes en la configuración de las desigualdades en salud, tal como advierte el Banco Mundial⁴³, la insuficiencia de ingresos se traduce en oportunidades diferenciales de bienestar y profundiza los gradientes de salud entre grupos socioeconómicos, afectando de manera más severa a niños, adolescentes, mujeres y hogares encabezados por cuidadores no remunerados. En este sentido, es importante resaltar que 38,4 % de los niños y niñas en Bogotá viven en familias con bajo ingreso, definido como menos del 60 % de la media nacional⁴⁴, condición que

incrementa su riesgo de inseguridad alimentaria, barreras educativas y exposición a entornos de mayor vulnerabilidad social.

A nivel distrital, en 2024 la incidencia de pobreza monetaria se sitúa en 19,6 % (una reducción 4,5 puntos porcentuales frente a 2023) esto es 1.565.000 personas en situación de pobreza monetaria, y de pobreza monetaria extrema una incidencia de 4,2 % con 335.000 personas en esta situación⁴⁵, lo que refleja una presión significativa sobre los ingresos de los hogares y una persistente desigualdad en la capacidad adquisitiva de la población⁷. Estas dinámicas se expresan territorialmente de forma marcada, localidades como Sumapaz (\$202.862), Usme (\$249.516) y Bosa (\$259.192) concentran los menores niveles de ingreso del Distrito, evidenciando no solo desigualdad económica, sino también brechas en el acceso a empleo digno, infraestructura urbana, servicios públicos, transporte, equipamientos sociales y oportunidades educativas. En contraste, zonas como Chapinero (\$1.512.735), Teusaquillo (\$1.208.057) y Usaquén (\$1.128.965) registran ingresos considerablemente superiores, lo que revela un claro gradiente socioeconómico urbano.

Asimismo, el Índice de Gini considera que entre más se acerca al 1 la desigualdad es más alta; se encuentra en 0,523 para 2024 (frente a 0,532 en 2023) ubicando a Bogotá como la quinta ciudad más desigual del país⁴⁵. En conjunto, estas diferencias muestran cómo el territorio configura de manera determinante las oportunidades de desarrollo humano y condiciona las trayectorias vitales de sus habitantes.

2.1.3 Pobreza multidimensional

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) permite hacer un acercamiento de las condiciones de calidad de vida de la población, debido a que considera variables como bajo logro educativo, barrera de acceso a cuidado en primera infancia, trabajo infantil, desempleo en larga duración, aseguramiento y acceso a salud, condiciones de la vivienda y hacinamiento⁴⁶. Frente a este último, se encuentra un total de 19.522 hogares que están en hacinamiento según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2024, con base en el número de personas por habitación⁴⁷.

Si bien en 2024 Bogotá presenta una incidencia de pobreza multidimensional de 5,4 % (presenta un aumento de 1,8 puntos porcentuales frente a 2023)⁴⁸, a

⁷ "Se divide antes de la pandemia y después de la pandemia. Antes de la pandemia había más abundancia. Desde la pandemia hay menos plata y por eso existe cada vez más pobreza oculta y moderada. Por ejemplo, en la UPZ 21 hay más inquilinatos, con muchos migrantes, porque se tenían que unir para tener más comida. Pero eso siguió. Ahora hay más vendedores ambulantes" (Participante, Taller Seguridad Alimentaria, Barrios Unidos, 2024).

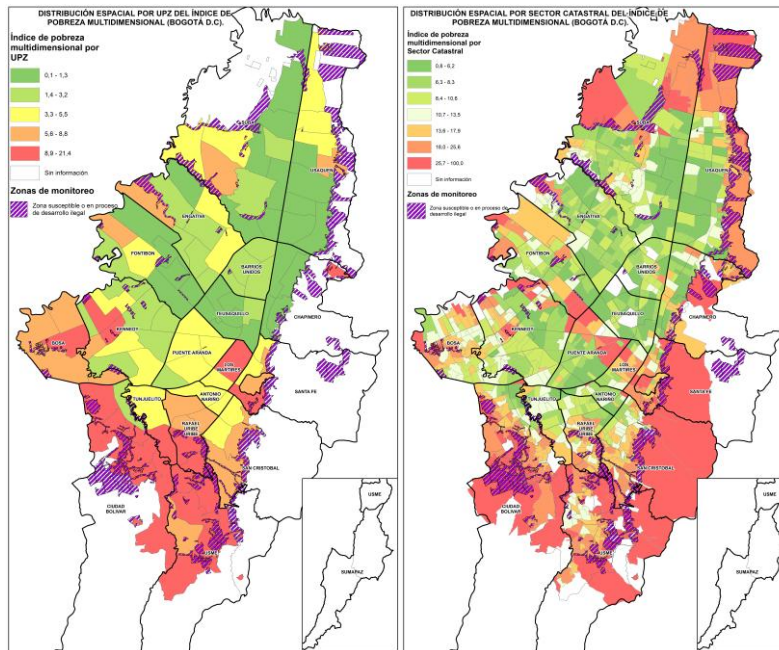
nivel local existen diferencias. En la Figura 5 se observa que las zonas que muestran un mayor IPM en el año 2021 (color rojo y naranja en el mapa) se ubican en localidades como Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe, Bosa, Kennedy, Los Mártires y Santa Fe. Los índices más bajos de este indicador (tonalidades de verde) se registran en las localidades del norte de la ciudad.

Sin embargo, este indicador muestra variación dentro de la misma localidad. Es así como se identifica que, en las localidades mencionadas anteriormente se presentan rangos altos del indicador en la mayoría de UPZ y sectores, a excepción de Kennedy, en donde se observan varias UPZ y sectores en rangos moderados.

Otras localidades en las que se observan estas diferencias dentro de su mismo territorio son Fontibón, Engativá, Suba y Usaquén, donde se denota que los índices más altos se encuentran en UPZ y sectores que históricamente se han caracterizado por concentrar eventos de interés en salud pública, como las UPZ Zona Franca, San Pablo, Engativá, Tibabuyes, El Rincón, San Cristóbal Norte, La Uribe Y Verbenal. En relación con el comportamiento del IPM en la zona rural, las localidades que muestran índices más altos son San Cristóbal, Santa Fe, Usme y Sumapaz.

En el mapa también se ubican polígonos de monitoreo de la informalidad urbana, que representan zonas susceptibles o en proceso de desarrollo ilegal, estas se identifican principalmente en esas zonas de transición entre lo urbano y lo rural (zonas periurbanas), de igual forma se pueden asociar estos polígonos a zonas con índices altos de IPM.

Figura 5. Mapa distribución espacial del Índice de Pobreza Multidimensional por Sector Catastral y UPZ, Bogotá, 2021



Fuente: DANE. Encuesta Multipropósito 2021. Equipos Básicos Extramurales, SDS. 2024.

2.1.4 Educación

Constituye uno de los determinantes sociales más influyentes en la movilidad social, la inserción laboral y el bienestar a lo largo del curso de vida. Las brechas en finalización oportuna, el rezago escolar y las desigualdades en la calidad educativa afectan de manera más intensa a estudiantes en condiciones socioeconómicas vulnerables, limitando sus trayectorias formativas y sus oportunidades de desarrollo⁴⁹. En Bogotá estas dinámicas se reproducen territorialmente; a nivel distrital los indicadores de logro educativo, rezago e inasistencia se ubican en 19,4 %, 26,4 % y 0,89 %⁵⁰, respectivamente, reflejando una distribución desigual de oportunidades de aprendizaje desde la primera infancia.

En etapas tempranas, el porcentaje de niños de 0-5 años atendidos con servicios de primera infancia en el marco de la atención integral (70.591 en 2024 – 12,6 %) ⁵¹, usualmente se relaciona con condiciones socioeconómicas, acceso desigual al cuidado, brechas en educación inicial y disponibilidad de equipamientos. Asimismo, los estudiantes en condición de discapacidad (21.939 a 2024) ⁵² se suelen asociar a los sectores con mayor vulnerabilidad social, afrontando barreras en la permanencia escolar, dificultades en el acompañamiento familiar y entornos de aprendizaje menos favorecidos. Estas mismas condiciones se reflejan en el rendimiento académico, donde el porcentaje de alumnos en el nivel

bajo de clima escolar (29,5 % a 2023) muestra variaciones territoriales importantes⁵³.

Localidades como Usme (36,2 %), Bosa (35,3 %) y Ciudad Bolívar (35,2 %) concentran la mayor proporción de población cuyo nivel educativo más alto corresponde a secundaria o media, evidenciando obstáculos estructurales asociados a condiciones socioeconómicas adversas, trayectorias educativas interrumpidas y menores oportunidades para sostener estudios prolongados. Un segundo grupo, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito y Los Mártires, presenta patrones similares (promedio 34,3 %), que reflejan desigualdades acumuladas en el acceso, la permanencia y el logro educativo. En contraste, Teusaquillo (50,8 %), Chapinero (48,3 %) y Usaquén (41,2 %) concentran las mayores proporciones de formación universitaria y posgradual, configurando un gradiente educativo asociado a mejores condiciones materiales, mayor capital cultural y una oferta institucional históricamente más robusta. Engativá, por su parte, se caracteriza por una alta presencia de formación tecnológica (13,2%), que muestra la relación entre educación media técnica y dinámicas laborales específicas.

Estas desigualdades educativas condicionan de manera directa la transición hacia la educación superior y la vinculación laboral. Aunque Bogotá registra una inserción a la educación posmedia relativamente rápida para quienes culminan el bachillerato (63,4 % en 2023)⁵⁴, esta transición presenta diferencias significativas entre localidades; los jóvenes de zonas con mayores rezagos educativos enfrentan más barreras económicas, territoriales y sociales para ingresar a la educación superior y, posteriormente, para acceder a empleos acordes con su formación. Así, la combinación de rezago escolar, inasistencia, dificultades de acceso y limitaciones económicas configura trayectorias educativas desiguales, que repercuten en la inserción laboral, la movilidad social y el bienestar.

2.1.5 Servicios públicos

El acceso a servicios públicos esenciales como agua potable, saneamiento, energía, recolección de residuos y conectividad digital, constituye un determinante estructural de la salud y un componente central de las condiciones de vida urbanas. La Organización de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) advierten que las deficiencias en estos servicios profundizan las desigualdades y afectan de forma directa la salud física y mental, especialmente en contextos de urbanización acelerada y cambio climático^{55,56}. En Bogotá, aunque las coberturas urbanas son altas, persisten brechas

territoriales significativas asociadas a asentamientos informales, ruralidad, pobreza y limitaciones en infraestructura básica, que condicionan la equidad urbana y la exposición diferencial a riesgos ambientales.

La ECV 2024 señala que la ciudad alcanza coberturas en los hogares urbanos de 100 % en acueducto (vs 74,1 % rural), 99,6 % en alcantarillado (vs 17,7 % rural), 97,4 % en recolección de basuras (vs 33,3 % rural), 99,9 % en energía (vs 92,5 % rural) y 95,3 % en gas natural (vs 33 % rural); cifras que evidencian las desigualdades territoriales, particularmente en zonas rurales de Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Santa Fe y Chapinero, donde la dispersión geográfica, la infraestructura limitada y los tiempos de desplazamiento superiores al estándar distrital dificultan el acceso a equipamientos sociales y servicios básicos. En estas áreas, la vivienda se convierte en un determinante crítico; la presencia de asentamientos informales expone a la población a riesgos naturales y antrópicos, deficiencias en agua y saneamiento y mayor vulnerabilidad sanitaria. Asimismo, la conectividad digital, hoy fundamental para educación, trabajo y acceso a servicios, presenta brechas visibles: el porcentaje de instalaciones que tienen conexión a Internet (82,9 % urbano vs 30,2 % rural) se concentra en zonas urbanas, profundizando las desigualdades tecnológicas para las zonas periurbanas y rurales.

En materia ambiental y manejo de residuos, la expansión urbana y la presión demográfica intensifican la huella ecológica del Distrito, incrementando la exposición de comunidades vulnerables a rellenos sanitarios, incineradores, vertimientos⁸ y sitios de tratamiento de residuos peligrosos. El ODS 12 enfatizan la urgencia de transitar hacia modelos de consumo y producción sostenibles; en este marco, a nivel nacional se ha desarrollado estrategias como el Plan Nacional de Negocios Verdes y la hoja de ruta distrital para economía circular, que promueven el uso eficiente de recursos, la innovación sostenible y el crecimiento económico responsable. A 2022, la ciudad registraba 72 negocios verdes verificados, un incremento frente a los 64 reportados en 2021, reflejando avances en el fortalecimiento de la sostenibilidad urbana^{57,58}.

2.1.6 Equipamiento

El POT Bogotá Verdece 2022-2035 define el ordenamiento territorial de la ciudad con enfoque en sostenibilidad y ODS. Para su seguimiento, se creó el sistema SEGPOT, que involucra más de 20 entidades y monitorea objetivos y

⁸ "En toda la ronda del río Bogotá está invadido de basuras, escombros, porque las personas cuando arreglan sus casas les pagan a los recicladores para que bote la basura y lo que hacen es llevarla a ese lugar y perjudican a las personas que viven a 30 metros de la ronda. En toda la ronda del río Bogotá se hacen personas que fuman sustancias psicoactivas" (Participante, Taller ECNT, Suba, 2024)

avances del plan. La inversión proyectada es de 15,3 billones de pesos para el periodo 2022–2035, orientada a ampliar, consolidar y modernizar el equipamiento urbano y social en la ciudad.

El plan contempla la construcción y reforzamiento de 45 Manzanas del Cuidado (21 en funcionamiento), 70 colegios (25 entregados, 10 en obra y 35 en diseño), 100 equipamientos educativos, 24 hospitales, 41 centros de salud, 3 sedes universitarias, 21 centros culturales, recreativos y deportivos, 3 URI y 33 Casas de Igualdad y Oportunidades para Mujeres. Además, incluye lineamientos para vivienda de interés social con áreas mínimas entre 36 y 42 m², y estrategias para reducir desigualdades territoriales en el acceso a equipamientos y servicios urbanos. Es importante mencionar que las áreas urbanas siendo bien diseñadas y manejadas desde los principios del diseño universal pueden mejorar y sostener la salud y la equidad en salud, al permitir el desarrollo de la producción cultural y económica, y generar muchos otros activos sociales⁵⁹.

El Decreto 555 de 2021 (POT) establece directrices para la organización del territorio con el objetivo de garantizar condiciones mínimas de proximidad a servicios sociales y de atención al ciudadano, promoviendo desplazamientos eficientes en modos no motorizados o transporte público, con tiempos estimados entre 15 y 30 minutos⁶⁰.

Como parte del proceso de evaluación de dichas directrices, se calcula un indicador de accesibilidad geográfica basado en tiempos de desplazamiento. Este permite estimar el tiempo promedio requerido para acceder a equipamientos sociales clave, particularmente hospitales públicos de tercer nivel y los servicios dispuestos en las Manzanas del Cuidado, dirigidos a familias de cuidadoras, comunidad y quienes requieren cuidado. Para su estimación se consideraron como variables: la localización georreferenciada de los equipamientos, la disponibilidad de servicios, la estructura de la malla vial, longitudes de vías, velocidades máximas por tipo de vía y velocidades promedio registradas en un día típico entre las 5:30 p.m. y las 6:30 p.m. en vías arteriales.

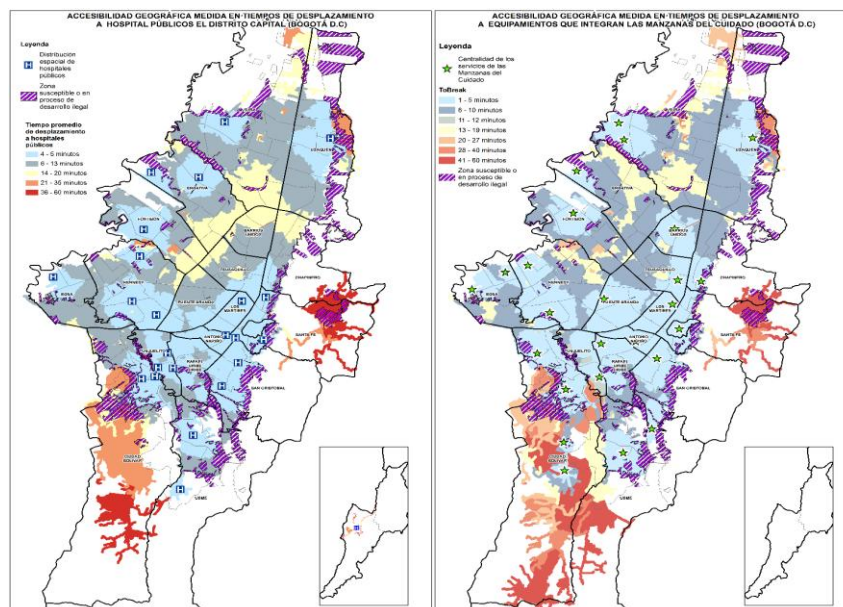
En la Figura 6 los resultados cartográficos muestran que las tonalidades azules representan una mayor accesibilidad geográfica, reflejada en menores tiempos promedio de desplazamiento hacia los hospitales públicos de tercer nivel y hacia los servicios de las Manzanas del Cuidado. Por el contrario, las tonalidades naranjas y rojas evidencian zonas con mayores tiempos de recorrido, incluso superiores a los 30 minutos.

Se observa además que los polígonos en color morado (correspondientes a zonas susceptibles o en proceso de desarrollo ilegal) coinciden ampliamente con áreas de difícil accesibilidad geográfica, lo cual permite asociar las condiciones de vulnerabilidad urbana con barreras físicas de acceso a los servicios.

En lo referente a las Manzanas del Cuidado se identifica en el norte de Usaquén —particularmente en sectores ubicados en los Cerros Orientales— una combinación entre tiempos elevados de desplazamiento y presencia de población vulnerable, destacándose los sectores de Barrancas y Tibabita. De manera similar, en Chapinero y Santa Fe se evidencia esta relación en la zona rural oriental y en el sector de San Luis Altos del Cabo. En la Subred Sur, las condiciones de accesibilidad se acentúan negativamente en Ciudad Bolívar y Usme, especialmente en las UPZ Monte Blanco, El Mochuelo, Jerusalén, Ciudad Usme y la UPR Río Tunjuelo. En el occidente de la ciudad también se presentan tiempos prolongados de desplazamiento en sectores como Bosa Centro y Tintal Norte, reforzando la asociación entre vulnerabilidad socioeconómica y dificultades de acceso geográfico.

En relación con la accesibilidad geográfica medida mediante los tiempos promedio de desplazamiento hacia los hospitales públicos de tercer nivel, se evidencia un comportamiento consistente con el análisis previamente presentado, destacándose prácticamente las mismas áreas del territorio con mayores limitaciones en el acceso.

Figura 6. Mapa de accesibilidad geográfica medida en tiempos de desplazamiento a hospitales públicos y servicios dispuestos en las manzanas del cuidado, Bogotá 2024.



Fuente: Cálculos propios a partir de malla vial y observaciones de la velocidad promedio en vías arteriales identificadas por la Secretaría Distrital de Movilidad. 2019.

En materia de salud, la SDS plantea el *Modelo MAS Bienestar*, dirigido a reorganizar el acceso a urgencias en Bogotá mediante un sistema integrado entre prestadores públicos y privados. El modelo propone gestión omnicanal para orientar a los usuarios a la modalidad de atención adecuada (telemedicina, consulta prioritaria, programada, domiciliaria o traslado asistencial), con el fin de descongestionar las unidades de alta complejidad y mejorar la oportunidad en la atención. También se busca regular el 100 % de los traslados en ambulancia, redistribuir la demanda entre niveles de complejidad y fortalecer la gobernabilidad del Sistema Distrital de Emergencias.

Para lograrlo, se requiere fortalecer las urgencias de baja complejidad a través de dotación tecnológica, pruebas diagnósticas en el punto de atención, telesoporte clínico y capacitación del talento humano. Con ello se espera aumentar la resolutiveidad en el primer nivel, reducir remisiones innecesarias y mejorar la atención oportuna en la ciudad. El enfoque final es construir una red articulada, eficiente y equipada que garantice acceso equitativo y respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población⁹.

2.1.7 Seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria constituye un determinante fundamental de las condiciones de vida y la salud, pues garantiza el acceso físico, económico y cultural a alimentos suficientes, seguros y nutritivos. La OMS advierte que las desigualdades en el acceso a alimentos de calidad generan patrones alimentarios nocivos que incrementan la carga de desnutrición, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles⁵⁵. Estas inequidades se agravan en poblaciones en pobreza monetaria y multidimensional, que enfrentan mayores obstáculos para adquirir alimentos nutritivos y están expuestas a entornos alimentarios marcados por la oferta predominante de ultra procesados¹⁰.

En Bogotá, estas dinámicas globales adquieren una expresión territorial clara. En zonas de menor ingreso como Ciudad Bolívar, Usme, Bosa y San Cristóbal se combinan desiertos alimentarios, caracterizados por escasa disponibilidad de alimentos frescos y saludables a precios asequibles, y pantanos alimentarios, donde predominan restaurantes de comida rápida, tiendas de barrio con amplia oferta de productos ultra procesados (como paquetes con un consumo del 24,6

⁹ Se profundiza este apartado en el Anexo 4.

¹⁰ "La salud mental se nos tiene que afectar. Sin comida, ¿cómo comemos?, ¿cómo amanecemos?, ¿cómo pagamos? Nos ponemos a llorar, nos da la depresión, nos da de todo. Eso, una cosa conlleva a la otra" (*sic*) (Participante Mesa Líderes JAC, Engativá, 2024).

% más de dos veces a la semana) y locales de bebidas azucaradas (con consumo por el 33,3 % más de dos veces a la semana), indicadores clave del estado nutricional y de los hábitos alimentarios del distrito.

Pese a estos desafíos, la ciudad mostró un avance significativo reciente; según la ECV de 2024, entre 2023 y 2024 más de 500.000 personas superaron situaciones de inseguridad alimentaria moderada o grave, lo que representa una reducción de 7,3 puntos porcentuales (de 21,2 % a 13,9 %)⁶¹. Este cambio refleja efectos combinados de políticas de transferencias monetarias, estrategias distritales de abastecimiento, recuperación económica y ampliación de programas como comedores comunitarios, mercados campesinos y bonos alimentarios^{62,63}. Sin embargo, a pesar de estos progresos, las brechas y condiciones estructurales que originan la inseguridad alimentaria aún persisten, por lo que continúan siendo un desafío prioritario para la ciudad¹¹.

2.1.8 Condiciones y estilos de vida

Las condiciones y estilos de vida constituyen un determinante social esencial que refleja cómo las circunstancias cotidianas, incluyendo los apoyos sociales, la salud mental, la actividad física, los hábitos de consumo, el uso del tiempo y la disponibilidad de espacios saludables, influyen directamente en el bienestar, la calidad de vida y la carga de enfermedad de la población. En Bogotá, estos factores se expresan de manera diferenciada según el territorio, el nivel socioeconómico, el ciclo vital y la pertenencia a grupos poblacionales diversos, configurando un panorama heterogéneo en materia de oportunidades para vivir de manera saludable.

Los indicadores de bienestar subjetivo muestran patrones desiguales: el puntaje promedio sobre si las actividades realizadas “valen la pena” se sitúa en 7,11, la satisfacción con la vida en 6,61, y la felicidad reportada el día anterior alcanza 6,43 puntos, mientras que la preocupación del día previo registra un valor de 2,52, reflejando la carga emocional y el estrés cotidiano que afecta de forma mayoritaria a mujeres (2,53 vs 2,40 hombres), personas mayores (3,16 vs 2,38 menores de 60 años), y población con trabajo no remunerado (7,72 vs 2,50 otros trabajos). En paralelo, el porcentaje de adultos en edad laboral (16 a 64 años) que presentan dificultades en su vida diaria es de 4,63, alrededor de 260.648 personas, lo que pone en consideración la accesibilidad urbana,

¹¹ “El comerciante se va de acá porque no hay plaza, sí la hay, pero informal, cierto, no está regularizada por nuestros organismos distritales, esto no depende ni en la subred, no depende ni de usted, eso ya depende de algo de planeación, que también está dentro de la Seguridad Alimentaria, pero como es algo que no depende de nosotros, se dejó ahí, cierto” (sic) (Participante Taller Inseguridad Alimentaria, Usme, 2024).

inclusión laboral y acceso oportuno a servicios de rehabilitación y apoyo¹², a 2024 el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad contaba con 8.729 certificadas (56,9% hombres)¹³.

Los estilos de vida relacionados con la actividad física, el sedentarismo y el consumo de sustancias también muestran desafíos relevantes. El 44,03 % de adultos reporta realizar al menos 150 minutos de actividad física semanal, el restante permanece en niveles de actividad inferiores a 150 minutos⁶⁵, lo cual incrementa el riesgo de enfermedades crónicas y repercute en la salud mental. El consumo de tabaco se mantiene en 8,36 % de adultos (18+), y el abuso de alcohol continúa siendo un problema, con 6.201 personas (54,9 % del total de casos captados por consumo abusivo de sustancias en 2024). De igual manera, el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) alcanzan las 11.300 personas⁶⁶, lo que muestra la dimensión social y comunitaria del fenómeno del consumo problemático¹⁴.

El entorno urbano y la disponibilidad de espacios saludables también condicionan fuertemente los estilos de vida. El acceso efectivo a espacios verdes, parques, jardines, ciclorrutas y zonas recreativas alcanza 41,5 %, con brechas marcadas entre el norte (máximo en Teusaquillo de 57,5 %) y el sur (mínimo en Sumapaz de 4,4 %) de la ciudad.

En conjunto, las condiciones y estilos de vida de la población bogotana están profundamente influenciadas por determinantes estructurales del entorno urbano. Como señalan organismos internacionales, políticas urbanas integrales en transporte sostenible, energía limpia, vivienda digna y espacios públicos seguros pueden generar beneficios sustanciales para la salud física, mental y social⁶⁷. En Bogotá esto implica avanzar hacia sistemas de movilidad accesibles e incluyentes que favorezcan los desplazamientos activos, ampliar y mantener zonas verdes de calidad, promover ambientes libres de tabaco y alcohol, y

¹² “Las personas en condición de discapacidad no pueden ir al médico por no tener a alguien que los acompañe” (Participante Mesa Adulto Mayor, Suba, 2024)

¹³ En magnitud le sigue la población mayor de 60 años, con 22,6 % (2.966 personas) personas certificadas. Esto es coherente con la tendencia nacional, donde las condiciones asociadas a discapacidad aumentan con el envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas. La juventud representa el 18,78 % (2.464 personas), seguida por la infancia con 9,3 % (1.226 personas) y la adolescencia con 11,5 % (1.514 personas). Por último, la primera infancia representa el 4,6 % (597 personas). Frente al total el 97,6 % de las personas certificadas no se reconoce perteneciente a un grupo étnico, lo que coincide con la composición mayoritariamente urbana de Bogotá. Los grupos étnicos caracterizados son: población afrocolombiana (1,4 %), indígena (0,8 %), raizal (0,2 %) y minorías como palenquera (0,03 %). Por categoría o tipo de la discapacidad se identifican 6.671 (50,8 %) con discapacidad física, 1.484 (11,3 %) con discapacidad visual, 1.584 (12,1 %) con discapacidad auditiva, 4.127 (31,4 %) con discapacidad psicosocial, 19 (0,1 %) con discapacidad sordoceguera y 5.195 (39,6 %) con discapacidad múltiple⁶⁴.

¹⁴ “El consumo de SPA se vive en toda la localidad. Se oculta en barrios como Santa Bárbara o El Contry, y lo vemos más frecuente en barrios como San Cristóbal Norte, Santa Cecilia, Cerro norte y Codito” (Participante Mesa Salud Mental – Violencias, Usaquén, 2024)

asegurar entornos que faciliten el acceso a actividades recreativas en igualdad de condiciones, estilos de vida saludables y redes de apoyo comunitario.

2.1.9 Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

La gobernanza y la gobernabilidad se entienden como la capacidad de acción del gobierno en el marco de un Estado social de derecho, orientada a establecer alianzas, articulaciones, diálogos y mediaciones con los actores sociales, políticos, económicos e institucionales.

En este contexto, el acceso efectivo a los servicios de salud en Bogotá D. C. presenta avances importantes gracias al fortalecimiento progresivo de la red pública distrital, que al cierre de 2024 contaba con las cuatro SISS y sus sedes distribuidas en las 20 localidades, así como las 2.660 sedes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas habilitadas registradas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con predominio de servicios de baja y mediana complejidad.

En relación con los tipos de servicios disponibles, el análisis de la oferta existente en la ciudad señala que la mayor cobertura se presenta en los servicios de consulta externa, laboratorio clínico, odontología y vacunación, que concentran el mayor número de atenciones. Por su parte, los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intensivo (UCI) y urgencias pediátricas, aunque registran una alta demanda, mantienen niveles de suficiencia en la capacidad instalada, evidenciando que la red distrital ha logrado responder de manera efectiva a las necesidades asistenciales. Esta suficiencia, reflejada en brechas negativas en la mayoría de los grupos de internación, demuestra un equilibrio adecuado entre oferta y demanda, aunque con diferencias territoriales y presión localizada en servicios críticos como urgencias y medicina general.

Estos factores, junto con las diferencias en la distribución territorial de la oferta y la disponibilidad desigual de servicios de mediana y alta complejidad, continúan representando limitaciones para el acceso efectivo, especialmente en las localidades periféricas donde la demanda supera la capacidad instalada en algunos servicios específicos.

El análisis de la oferta y suficiencia de servicios de salud en Bogotá D. C. evidencia la existencia de barreras asociadas a la distribución territorial y disponibilidad de servicios, con una marcada concentración en localidades de la zona Norte como Usaquén y Chapinero (24,24 % y 20,17 % respectivamente), que reúnen más del 50 % de las sedes de prestadores de servicios de salud

habilitados. En contraste, territorios periféricos de la zona Sur como Sumapaz (0,11 %), Usme (1,54 %) y Ciudad Bolívar (1,54 %) y de la zona Centro Oriente como La Candelaria (0,23 %) presentan menor presencia de servicios, lo que genera dependencia de la referencia hacia otras zonas y sobrecarga en hospitales de mayor complejidad.

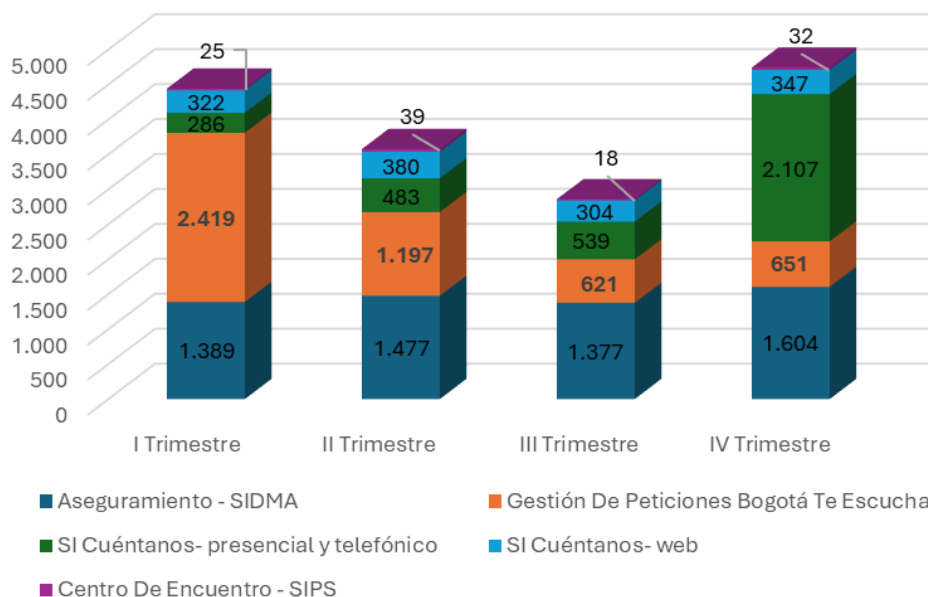
A estas diferencias se suman barreras geográficas derivadas de la dispersión de la oferta y de las dificultades de desplazamiento, especialmente en zonas rurales de Sumapaz y Usme, donde el acceso depende de vías secundarias y transporte intermunicipal. En áreas urbanas densamente pobladas como Bosa y Ciudad Bolívar, la congestión vial y la distancia hacia los centros especializados limitan la oportunidad de atención, afectando particularmente los servicios de urgencias y diagnóstico especializado.

Si bien la ciudad mantiene una cobertura de aseguramiento superior al 99 %, persisten barreras económicas relacionadas con los costos indirectos de transporte y tiempo de desplazamiento, que influyen en la adherencia a tratamientos y en la continuidad de la atención, especialmente en los hogares de menores ingresos.

A continuación, se presenta un consolidado de las problemáticas de acceso a servicios de salud registradas en la SDS, a través de cuatro sistemas de información: Sistema Distrital para la gestión de peticiones ciudadanas “Bogotá Te Escucha”, SI Cuéntanos Bogotá, Sistema de Información de Participación Social y Sistema de Información Distrital y Monitoreo del Aseguramiento (SIDMA).

La Figura 7 presenta la distribución de las problemáticas en el acceso a la salud según el total de las problemáticas registradas en los cuatro sistemas de información. Se observa que, durante el año 2024, el sistema de información que reportó el mayor número de problemáticas fue el de SIDMA, con un total de 5.847 incidencias, lo que representa el 37 % del total de problemáticas reportadas en el año (15.617), seguido del sistema de gestión de peticiones Bogotá Te Escucha con 4.888, lo que equivale a un 31 % del total de registros.

Figura 7. Problemáticas de acceso total año 2024



Fuente: Base de Datos SI Cuéntanos, Gestión de Peticiones Bogotá Te Escucha, Centros de Encuentro SIPS, Reporte Aseguramiento. Corte 1 de enero a 31 de diciembre 2024.

La Tabla 3 presenta los motivos de las problemáticas en el acceso a servicios de salud, cifras y porcentajes de representación; la Tabla 4 las principales EAPB implicadas y la Tabla 5 la clasificación de las barreras según los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud afectados.

Tabla 3. Motivos de problemáticas de acceso total año 2024

Motivos o problemáticas de acceso	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total general	% PART.
No oportunidad servicios	3.146	2.360	1.595	2.144	9.245	59%
Inconsistencias sistemas de información-aseguramiento	175	310	456	1.782	2.723	17%
No suministro medicamentos	432	243	139	202	1.016	7%
Dificultad accesibilidad administrativa	288	252	274	277	1.091	7%
Referencia y contrarreferencia	99	134	93	63	389	2%
Negación servicios	46	21	23	40	130	1%
Atención deshumanizada	49	39	62	51	201	1%
Presunto evento adverso (seguridad-pertinencia)	110	125	138	97	470	3%
Problemas recursos económicos	48	44	51	46	189	1%
Dificultad alto costo	25	11	7	7	50	0%
Dificultad tutelas	14	24	11	12	61	0%
COVID-19	4	3	3	4	14	0%

Motivos o problemáticas de acceso	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total general	% PART.
Incumplimiento portabilidad nacional	5	10	7	16	38	0%
TOTAL	4.441	3.576	2.859	4.741	15.617	100

Fuente: Base de Datos SI Cuéntanos, Gestión de Peticiones Bogotá Te Escucha, Centros de Encuentro SIPS, Reporte Aseguramiento. Corte 1 de enero a 31 de diciembre 2024.

Durante 2024 se reportaron un total de 15.617 casos relacionados con problemáticas de acceso a los servicios de salud, observando el cuarto trimestre como el periodo con mayor número de registros, alcanzando 4.741 problemáticas, lo que representa el 30,4 % del total anual, seguido por el segundo trimestre con 3.576 problemáticas equivalentes al 23 %.

En cuanto a los motivos de las problemáticas de acceso a los servicios de salud durante los cuatro trimestres del año 2024, destacó el motivo de "no oportunidad del servicio", que representó el 59 % del total de las incidencias. Dentro de este motivo, el principal submotivo está relacionado con "demoras en la asignación de servicios ambulatorios por medicina especializada". Por su parte, como segundo motivo se registró el de "inconsistencias en el sistema de información – aseguramiento" con una representación del 17 %, las cuales principalmente son ocasionadas por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). De las 15.617 barreras reportadas, 4.523 registros están relacionados con IPS privada, a SISS que prestan sus servicios en Bogotá y otras entidades que no se identifican porque no se cuenta con la información para las barreras registradas en el SI Cuéntanos Bogotá por medio del canal web.

Finalmente, se observa que el atributo más afectado fue el de oportunidad con 10.650 problemáticas representando el 68,19% del total, seguido se encuentra la accesibilidad con 3.996 representando el 25,59 %, seguridad y pertinencia con 470 problemáticas (3,01 %), continuidad con 300 problemáticas (1,92 %) y, por último, humanización con 201 problemáticas (1,29 %).

Tabla 4. Problemáticas de acceso por EAPB

EAPB	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Total problemáticas 2024	%
Capital Salud	477	582	619	1.383	3.061	27,59
Compensar	720	414	281	411	1.826	16,46
Famisanar	682	387	276	362	1.707	15,39
Sanitas	531	362	233	328	1.454	13,11
Nueva EPS	489	315	171	270	1.245	11,22
Salud Total	326	202	121	185	834	7,52

EAPB	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Total problemáticas 2024	%
Sura	176	108	68	110	462	4,16
Otro*	18	46	30	113	207	1,87
Aliansalud	60	32	27	39	158	1,42
Coosalud	33	28	23	56	140	1,26
Total	3.512	2.476	1.849	3.257	11.094	100

Fuente: Base de Datos SI Cuéntanos, Gestión de Peticiones Bogotá Te Escucha, Centros de Encuentro SIPS, Reporte Aseguramiento. Corte 1 de enero a 31 de diciembre 2024

*El ítem establecido como OTRO corresponde a EAPB de otros municipios y/o de régimen de excepción y especial.

Tabla 5. Distribución de problemáticas de acuerdo con el atributo de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), afectados en los casos con problemáticas en el acceso

Atributo de Calidad	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Total problemáticas 2024	%
Oportunidad	3.677	2.737	1.827	2.409	10.650	68,19
Accesibilidad	518	596	763	2.119	3.996	25,59
Seguridad y Pertinencia	110	125	138	97	470	3,01
Continuidad	87	79	69	65	300	1,92
Humanización	49	39	62	51	201	1,29
Total	4.441	3.576	2.859	4.741	15.617	100

Fuente: Base de Datos SI Cuéntanos, Gestión de Peticiones Bogotá Te Escucha, Centros de Encuentro SIPS, Reporte Aseguramiento. Corte 1 de enero a 31 de diciembre 2024

En Bogotá el comportamiento de la afiliación evidencia avances hacia la cobertura universal, aunque persisten retos estructurales asociados a inequidades territoriales, concentración del aseguramiento en pocas Entidades Promotoras de Salud (EPS), dificultades derivadas de intervenciones y liquidaciones de aseguradoras, así como la integración de poblaciones con condiciones diferenciales, dentro de las cuales la población migrante adquiere una importancia creciente. La expedición de la Resolución 1823 de 2024 que actualiza el Formulario Único de Afiliación y Novedades, constituye un hito normativo para optimizar la gestión de la afiliación y reducir las barreras administrativas que históricamente han limitado la oportunidad en la vinculación al sistema.

Según datos del aseguramiento con corte a diciembre de 2024⁶⁸, Bogotá registra 7.929.539 afiliados distribuidos entre los diferentes regímenes: 75,6 % en el contributivo (5,99 millones), 22,3 % en el subsidiado (1,76 millones) y 2,4 % en los regímenes de excepción (191 mil). Estos porcentajes reflejan la alta dependencia de la ciudad respecto al régimen contributivo, propia de su

estructura económica y laboral, pero también la persistencia de un núcleo importante de población vulnerable dependiente del régimen subsidiado. Las localidades con mayor densidad poblacional como Suba (1,29 millones), Kennedy (1,08 millones) y Engativá (808 mil) concentran el mayor volumen de afiliados, lo que genera alta presión sobre las redes de prestación. En contraste, territorios como Sumapaz, con apenas 3,9 mil habitantes, evidencian la dificultad de garantizar suficiencia de red y continuidad del aseguramiento en zonas rurales dispersas.

La distribución por regímenes revela importantes diferencias territoriales; localidades como San Cristóbal (35,4 % subsidiado), Usme (40,0 %), Ciudad Bolívar (41,5 %) y Sumapaz (51,3 %) superan el promedio distrital de afiliación al régimen subsidiado, mostrando la fuerte presencia de población en condición de vulnerabilidad socioeconómica. Estas cifras contrastan con localidades de estratos altos y media-alto como Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, en donde más del 90 % de la población pertenece al contributivo. Esta brecha evidencia inequidades que, aunque compensadas parcialmente por la financiación estatal, se traducen en mayores barreras de acceso y calidad para los sectores periféricos.

Un aspecto crítico en 2024 fue la afectación derivada de los procesos de intervención forzosa y liquidación de EPS, medida adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud frente a problemas de solvencia financiera, fallas en la red prestadora y vulneración sistemática de derechos de los afiliados. Estas decisiones, aunque necesarias para proteger el derecho fundamental a la salud, han generado tensiones operativas y administrativas en el Distrito. Los traslados masivos de afiliados hacia otras EPS receptoras en plazos cortos y sin la suficiente capacidad instalada, han producido sobrecarga en la red de prestación, retrasos en la asignación de IPS primarias, discontinuidad en tratamientos de alto costo y dificultades en la actualización oportuna de las bases de datos de afiliación. Esto ha sido particularmente sensible en el régimen subsidiado, donde EPS como Capital Salud ya concentran una proporción significativa de la población y tienen limitada capacidad de respuesta frente a un crecimiento abrupto de la demanda.

En este contexto, el comportamiento migratorio ha adquirido un papel determinante en la dinámica del aseguramiento en salud en Bogotá. Según datos de migración Colombia⁶⁹, la ciudad concentra el 21,01% de la población migrante venezolana en Colombia, equivalente a 591.462 personas a diciembre de 2024, consolidándose como el principal destino permanente o de tránsito de

esta población. Según datos de Migración Colombia⁶⁹, la ciudad concentra el 21,01 % de la población migrante venezolana en el país, equivalente a 591.462 personas a diciembre de 2024, consolidándose como el principal destino permanente o de tránsito de esta población. Si bien el Permiso por Protección Temporal (PPT) ha facilitado el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), persisten brechas significativas; el número de migrantes afiliados sigue siendo bajo frente al total de población estimada asentada en la capital, lo que genera un déficit de protección en salud y mayor presión sobre la red pública.

La limitada inclusión de la población migrante en el aseguramiento formal incrementa la demanda en servicios de urgencias y la presión sobre los hospitales públicos de alta complejidad, especialmente en localidades como Kennedy, Suba, Bosa y Ciudad Bolívar, que concentran gran parte de esta población. Además, la alta informalidad laboral dificulta su permanencia en el régimen contributivo, lo que conduce a una mayor dependencia del régimen subsidiado, tensionando financieramente el sistema distrital. Este escenario plantea la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales de afiliación, agilizar la aplicación del Sisbén IV y mejorar la articulación interinstitucional para garantizar continuidad en la atención de salud de la población migrante y reducir las barreras administrativas, culturales y socioeconómicas que aún persisten.

En conclusión, Bogotá se enfrenta al reto de mantener altos niveles de cobertura en aseguramiento en salud en un contexto de presión creciente sobre el sistema, derivado tanto de la dinámica migratoria como de las intervenciones de EPS y las inequidades territoriales. La ciudad ha venido fortaleciendo estrategias orientadas a garantizar la continuidad del aseguramiento y la protección del derecho fundamental a la salud, entre ellas la implementación del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, la articulación intersectorial para atender a poblaciones vulnerables, la promoción de la afiliación de oficio como mecanismo de cierre de brechas, y el uso del Sisbén IV para focalizar adecuadamente a la población en el régimen subsidiado. Asimismo, se prioriza el robustecimiento de la red pública hospitalaria, la supervisión sobre las EPS con mayor concentración de afiliados y el desarrollo de planes de mejora en cuanto a la reducción de barreras de acceso. Estas acciones, en conjunto, buscan no solo preservar la sostenibilidad financiera del sistema, sino también avanzar hacia un aseguramiento más equitativo, oportuno y sostenible que responda a las necesidades cambiantes de la población capitalina.

2.1.9.1 Análisis de la oferta y acceso a los servicios de salud

En Bogotá a 31 de diciembre de 2024 se encontraban inscritos en el REPS un total de 13.819 prestadores de servicios de salud. El 86,71 % en Bogotá son profesionales independientes, frente a un 10,92 % de IPS, principalmente. La naturaleza jurídica privada de los prestadores de servicios de salud representa el 99,82 % del total de prestadores en el distrito, mientras que los públicos alcanzan el 0,17 %, lo que revela una notable dependencia del sector privado para la prestación de servicios de salud. La participación mixta es prácticamente inexistente (0,01 %).

A nivel de georreferenciación la oferta se concentra en la zona Norte que agrupa el 79,27 % de los prestadores inscritos, frente al 2,35 % de la zona Sur. Localidades como Usaquén (30,88 %) y Chapinero (26,49 %) concentran la mayor parte de prestadores, mientras Sumapaz, Usme y La Candelaria presentan una oferta menor al 1 %. Esta brecha geográfica impacta directamente la equidad y oportunidad en la atención, limitando la cobertura en zonas rurales o periféricas.

Con relación a las sedes de prestadores de servicios de salud, a diciembre de 2024 se registraron 16.184 sedes inscritas, de las cuales el 79,84 % corresponden a profesionales independientes y solo el 17,12 % a IPS. El 99,10 % de las sedes son privadas, mientras que las públicas representan apenas el 0,89 %. La zona Norte agrupa el 76,11 % de las sedes, seguida del Sur Occidente (11,66 %), mientras que la zona Sur solo alcanza el 2,89 %. Usaquén y Chapinero concentran más del 50 % de las sedes, mientras que Sumapaz registra solo 2 sedes (0,01 %).

Bogotá cuenta con 35.445 servicios habilitados. Las IPS concentran el 55,53 % de ellos, los profesionales independientes el 41,59 %. El 94,46 % de los servicios están habilitados por prestadores privados, el 5,53 % por públicos y solo el 0,02 % por entidades mixtas. La zona Norte concentra el 72,35 % de los servicios, mientras que el Sur apenas representa el 3,15 %. Usaquén y Chapinero concentran el 44,41 % de los servicios habilitados; eEn contraste, Sumapaz, Usme y Tunjuelito presentan las cifras más bajas, lo que evidencia una oferta profundamente centralizada. Del total de servicios, el 57,31 % corresponden al componente primario y el 42,69 % al complementario. Se resalta la orientación hacia la atención básica. El 2,06 % de los servicios están clasificados como alta complejidad. El 26,39 % son de baja complejidad y el 41,35 % no tienen clasificación.

En cuanto a la capacidad instalada, la mayor proporción se concentra en sedes de IPS con un 73,09 % del total, seguidas por profesionales independientes (24,14 %). El 87,27 % corresponde a prestadores privados, mientras que los públicos representan solo el 12,72%, y los mixtos el 0,01%. La zona Norte concentra el 65,80 % de los recursos físicos habilitados, en contraste con la zona Sur que apenas alcanza el 3,49 %. Las localidades de Usaquén, Chapinero y Teusaquillo concentran más del 47% de la capacidad instalada total, mientras que Sumapaz, Usme y La Candelaria registran la menor participación, con menos del 1 % cada una.

El análisis de la oferta de servicios de salud en Bogotá para 2024 evidencia una alta dependencia del sector privado, cerca del 99 % de los prestadores y sedes pertenecen al sector privado, con una mínima participación pública (0,17 %). Adicional, más del 86 % corresponde a profesionales independientes, mientras que las IPS, aunque menos numerosas, concentran más del 55 % de los servicios y el 73 % de la capacidad instalada, consolidándose como los principales actores en la atención de mayor complejidad.

La oferta de servicios de salud en Bogotá evidencia una marcada concentración geográfica y jurídica, el predominio del sector privado (99,82 %) y la alta participación de profesionales independientes reflejan una estructura asistencial dependiente de la iniciativa privada, con limitada presencia pública. Territorialmente, la zona Norte concentra la mayoría de los prestadores, sedes, servicios y capacidad instalada, mientras que el Sur y la ruralidad (Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar) registran una oferta marginal. Esta distribución desigual configura brechas de acceso y equidad territorial, especialmente en zonas rurales y periféricas, donde la baja disponibilidad de sedes y servicios públicos limita la oportunidad y continuidad de la atención en salud (ver Anexo 2 Tablas de Oferta de Servicios de Salud).

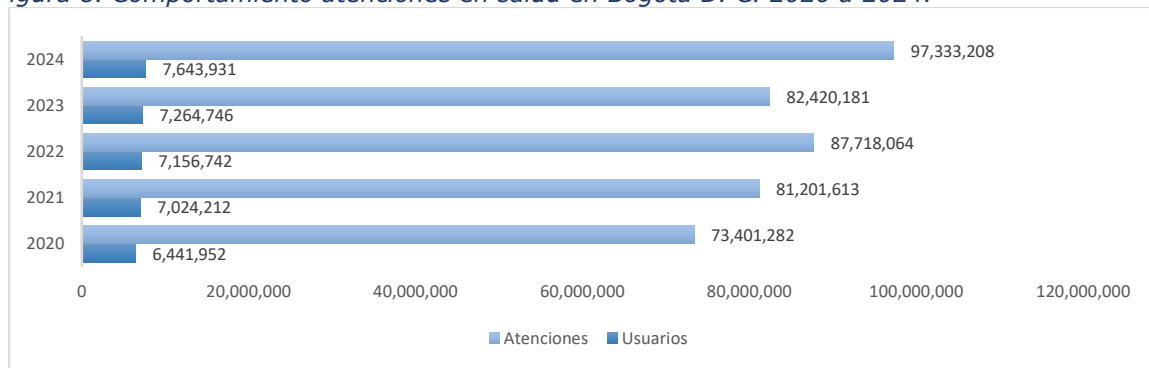
2.1.9.2 Análisis de la demanda de servicios de salud

La demanda de servicios de salud registrada para la población del Distrito Capital, según base de datos RIPS SDS 2004-2024, población vinculada, desplazada, atenciones No POS y particulares con corte de recepción 2025/08/12 y la base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2024, población contributiva y subsidiada con corte de recepción 2025/02/28 presenta crecimiento de la demanda entre 2020 y 2022, y refleja un aumento sostenido tanto en el número de usuarios como en el número de atenciones con una variación en el registro de individuos atendidos del 11,10% frente al total de atenciones que incrementó el 19,50%; este incremento puede explicarse por la

reactivación progresiva del sistema de salud tras la pandemia por COVID-19, una mayor reapertura de servicios ambulatorios y un posible aumento en el acceso a programas de promoción y mantenimiento de la salud.

Para el año 2023 se observa una estabilización de la demanda de servicios de salud, la cantidad de usuarios se mantiene estable respecto a 2022 con una variación en las atenciones con aumento del 1,51%, mientras que el total de las atenciones disminuyen levemente a 82.420.181, con una variación negativa del 6,04 %. Esto puede interpretarse como una reducción en la intensidad de uso, es decir, menos atenciones promedio por usuario.

Figura 8. Comportamiento atenciones en salud en Bogotá D. C. 2020 a 2024.



Fuente: Elaboración Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Equipo de Análisis de Oferta y Demanda de Servicios de Salud con datos de la Dirección de Planeación Sectorial de la SDS. Cortes de las fuentes de datos: Base de datos RIPS SDS 2004-2024, población vinculada, desplazada, atenciones no POS y particulares (Corte de recepción 2025/08/12) - Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2024, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Con relación al 2024, se evidencia para el corte de información un total de 7.643.931 individuos atendidos frente a 97.333.208 atenciones totales. Se observa un incremento en el número de usuarios y atenciones frente a los años anteriores.

La demanda de servicios de salud por tipo de servicios a lo largo de éstos últimos cinco años, se concentra principalmente en los de procedimientos, para la vigencia 2023 representa el 61,45% de la demanda, seguido de consulta externa con el 34,62 %, principalmente. Para la vigencia 2024 se evidencia un comportamiento similar al 2023 con una concentración del 63,45 en la demanda de los de procedimientos y el 32,67 % para consulta externa (ver Anexo 2 Tabla 1. Demanda).

El comportamiento de las atenciones según sexo en el periodo comprendido entre el 2020 a 2024 presenta predominio de la atención a mujeres; en todos

los años analizados, el número de atenciones a mujeres es superior al de los hombres, se evidencia aumento en el registro de sexo indeterminado durante el 2024 con relación al 2023.

En cuanto a la evolución anual se evidencia para el periodo comprendido entre el 2020 a 2022 un crecimiento sostenido en el número de atenciones tanto en mujeres como en hombres, con una variación del 19,92 % en mujeres y el 18,85 % en hombres. Para el 2023 se presenta disminución importante frente al año 2022 en atenciones a mujeres con una variación de 17.66 %, mientras las atenciones a hombres se incrementan levemente en un 12.18 %. Para el 2024 se evidencia un total de 59.497.205 atenciones en mujeres, 37.835.974 atenciones en hombres y 29 en sexo indeterminado (ver Anexo 2 Tabla 2. Demanda).

Con relación a la demanda según las 10 primeras causas atendidas se evidencia patrones comunes entre las atenciones de hombres y mujeres principalmente hipertensión esencial (I10X), caries de la dentina (K021), gingivitis crónica (K051) y lumbago no especificado (M545); estas son condiciones recurrentes en ambos sexos, destacando una alta demanda por enfermedades crónicas no transmisibles y por problemas de salud oral y musculoesqueléticos.

Se observa una alta carga de atenciones por infecciones respiratorias agudas como la rinofaringitis aguda (J00X), especialmente en los años posteriores a la pandemia, lo que refleja la permanencia de enfermedades respiratorias como causa frecuente de consulta (ver Anexo 2 Tabla 3. Demanda).

Se puede concluir que entre 2020 y 2024, la ciudad de Bogotá ha evidenciado una alta y sostenida demanda de servicios de salud en el quinquenio. El análisis muestra que la carga de atención recae principalmente sobre mujeres, quienes presentan un mayor volumen de consultas relacionadas con enfermedades crónicas, salud oral, infecciones urinarias y condiciones endocrinas como el hipotiroidismo. Tanto en hombres como en mujeres, los diagnósticos más frecuentes corresponden a hipertensión esencial, caries dentales, rinofaringitis aguda y lumbago no especificado, lo cual evidencia la coexistencia de patologías crónicas no transmisibles y enfermedades prevalentes de baja complejidad que demandan atención continua.

2.1.9.3 Indicadores de calidad en salud y talento humano

El análisis de la oferta de talento humano en salud en Bogotá D. C. evidencia una amplia disponibilidad de profesionales en los principales campos

asistenciales, con un total de 129.622 profesionales con formación universitaria registrados. Los perfiles con mayor participación corresponden a Medicina (30,54 %), Psicología (19,42 %), Enfermería (15,83 %) y Odontología (9,52 %), que en conjunto representan más del 75 % del total del talento humano disponible en el Distrito.

El perfil con mayor número de profesionales corresponde a Medicina con 39.585 médicos, lo cual evidencia una buena capacidad instalada para la atención general y especializada. Sin embargo, esta alta concentración también refleja una fuerte demanda institucional en servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, donde la carga asistencial es más alta.

Le sigue Psicología con 25.179 profesionales (19,42 %), perfil que ha mostrado un incremento sostenido en los últimos años, asociado al fortalecimiento de las estrategias de salud mental y bienestar emocional en el marco del Modelo MAS Bienestar.

En tercer lugar, Enfermería cuenta con 20.513 profesionales (15,83 %), consolidándose como un componente esencial en la atención hospitalaria y comunitaria.

El cuarto grupo con mayor participación corresponde a Odontología con 12.334 profesionales (9,52 %), lo que garantiza una amplia cobertura en la atención en salud oral.

Otros perfiles con representación importante son Fisioterapia (6,43 %) y Bacteriología (4,60 %), mientras que áreas como Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología presentan menor proporción (menor del 2 %), reflejando la necesidad de reforzar la oferta en servicios de rehabilitación y apoyo diagnóstico.

En términos generales, la distribución del talento humano evidencia que Bogotá D. C. cuenta con un núcleo asistencial sólido en medicina, enfermería, odontología y psicología, lo que respalda la capacidad institucional del sistema de salud. No obstante, persisten desafíos relacionados con la distribución territorial, equilibrio entre perfiles clínicos y de apoyo, y la sostenibilidad laboral del personal asistencial.

2.1.9.4 Gestión del riesgo en urgencias, emergencias y desastres

El marco normativo que sustenta la gestión del riesgo en salud en Bogotá se estructura a partir de la Ley 1438 de 2011, la cual orienta el fortalecimiento institucional para la respuesta territorial frente a emergencias, desastres y el funcionamiento de la red de urgencias, en concordancia con el Eje Programático de Emergencias y Desastres establecido en la Resolución 425 de 2008. En el ámbito distrital, el Acuerdo 927 de 2024, correspondiente al Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027, incorpora en el programa *Salud con calidad y en el territorio* metas orientadas a la gestión integral del riesgo, el fortalecimiento de capacidades institucionales, la articulación con los sistemas nacional y distrital de gestión del riesgo, y la coordinación entre la red pública y privada para garantizar atención oportuna, resolutive y humanizada. De manera complementaria, el Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres y Cambio Climático 2018-2030 establece líneas de acción para el conocimiento y reducción del riesgo, el manejo de emergencias, la mitigación y la adaptación climática, de acuerdo con lo definido en el Acuerdo 546 de 2013.

Asimismo, la Ley 1523 de 2012 proporciona las definiciones operativas de emergencia y desastre, determinando que ambos escenarios requieren respuesta inmediata, acciones de rehabilitación y procesos de reconstrucción. En coherencia con esta normatividad, la Directiva Distrital 009 de 2017 instruye a las entidades del Sistema Distrital de Gestión del Riesgo a adoptar el Marco de Actuación Distrital para responder de manera coordinada y oportuna ante eventos de origen natural, tecnológico o antrópico. Bajo este mismo enfoque, la SDS cuenta con una Estrategia Institucional de Respuesta para emergencias internas y externas, ejecutada a través de la Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres (SGRED), en articulación con el Sistema Distrital de Prevención y Atención.

Durante el año 2024 el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) recibió 651.957 incidentes de salud provenientes principalmente de la línea de atención 123, con un promedio de 1.786 casos diarios y un total de 670.973 gestiones realizadas las 24 horas del día, durante todo el año. Del total de gestiones, el 76 % correspondió a orientación telefónica, el 22 % a asignación de ambulancias y el 2 % al despacho de equipos interdisciplinarios especializados en salud mental. Entre las tipologías de mayor recurrencia se identificaron siniestros viales, traumas no intencionales, alteraciones de salud mental y casos de paro cardiorrespiratorio, además del acompañamiento a incidentes reportados por otras entidades distritales.

En paralelo, se clasificaron 1.799 incidentes como potenciales emergencias, que requirieron 10.379 gestiones para su manejo. Asimismo, se atendieron 147.815, el 81 % se clasificaron como incidentes de prioridad crítica y alta, para los cuales se realizaron 149.694 despachos de ambulancia, logrando una cobertura significativa gracias a la operación de 100 ambulancias de las SISS, que aportaron el 91 % de las atenciones prehospitarias, y de 356 ambulancias privadas, responsables del 9 % restante. La mediana del tiempo de respuesta fue de 32 minutos 46 segundos para incidentes críticos y de 34 minutos 07 segundos para incidentes de prioridad alta. No obstante, el 44 % de los despachos no culminaron en atención debido a la cancelación por parte del solicitante durante la movilización del recurso.

Desde la SGRED se respondió a 60 incidentes categorizados en riesgos por aglomeraciones, eventos climáticos, incendios forestales, movimientos en masa y riesgos tecnológicos, y se consolidó un proceso formativo que alcanzó a 9.565 personas entre actores del Sistema de Emergencias Médicas, talento humano en salud y comunidad. De manera adicional, se elaboraron 10 planes de gestión del riesgo en salud, se revisaron 650 eventos radicados en el SUGA, se emitieron 87 autorizaciones para uso del emblema de Misión Médica y se registraron 53 infracciones asociadas a su uso.

Durante el año 2025 se ha consolidado un proceso de modernización tecnológica y fortalecimiento operativo que permite una respuesta más eficaz ante situaciones de impacto sanitario y social. Entre los principales avances se destaca la creación y puesta en marcha de nuevos módulos dentro del Sistema de Información Distrital del CRUE (SIDCRUE), desarrollados por la SDS, orientados a agilizar la gestión y emisión de alertas relacionadas con emergencias en salud pública. Estos módulos permiten la articulación directa y en tiempo real entre el CRUE, la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES), la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, y las IPS, fortaleciendo así la capacidad institucional para la toma de decisiones basadas en información oportuna y verificable.

A partir de los incidentes gestionados por el CRUE, durante el año 2024 se emitieron 65 alertas de Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), mientras que entre enero y septiembre de 2025 se emitieron 135 alertas a los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), facilitando la detección temprana, verificación y control oportuno de situaciones con impacto sanitario.

Esta articulación interinstitucional ha fortalecido la capacidad de respuesta del sistema de salud distrital, asegurando una comunicación fluida entre los componentes de vigilancia y regulación, y contribuyendo a la detección temprana y gestión efectiva de emergencias en salud pública.

2.2 Enfoque territorial y poblacional diferencial

El enfoque territorial y el enfoque poblacional diferencial constituyen pilares fundamentales para el análisis de las desigualdades en salud en Bogotá. El enfoque territorial reconoce que las condiciones de vida, los riesgos, las oportunidades y el acceso a servicios se configuran de manera distinta en cada espacio geográfico. Por su parte, el enfoque poblacional diferencial⁷⁰ que “trata diferencialmente a sujetos desiguales” para proteger a quienes se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad o debilidad manifiesta, garantizando igualdad real y efectiva bajo los principios de equidad, participación social e inclusión, permite visibilizar las vulnerabilidades específicas de grupos, identidades y trayectorias vitales.

Frente al enfoque territorial se observan brechas en la gestión de aseguramiento por barreras geográficas y sociales. Según las estadísticas del aseguramiento, localidades como Sumapaz, Ciudad Bolívar y Usme presentan menores tasas de afiliación efectiva al SGSSS y mayores tiempos de actualización de base de datos. Además, el análisis de la oferta de servicios de salud en Bogotá D. C. evidencia una marcada concentración en la zona urbana, que reúne cerca del 99 % del total de los servicios habilitados (34.896), con predominio en las localidades de la zona Norte como Usaquén (24,61 %), Chapinero (20,48 %), Suba (9,14 %) y Teusaquillo (7,44 %)⁷¹. Estas localidades conforman los principales polos de atención de mediana y alta complejidad, garantizando cobertura y oportunidad en la atención, aunque con presión asistencial en hospitales de referencia.

Las áreas de expansión urbana con 119 servicios se localizan principalmente en Bosa, Kennedy y Sumapaz, y cumplen un papel intermedio en la atención de primer y segundo nivel, facilitando el acceso a la población en zonas limítrofes y de crecimiento poblacional. En contraste, las zonas rurales agrupan únicamente 161 servicios, distribuidos en localidades como Sumapaz, Suba, Usaquén, Chapinero, Santa Fe y Ciudad Bolívar, orientados a la atención primaria y dependientes de la red urbana para la referencia en mediana y alta complejidad. Aunado a la dispersión geográfica, los largos tiempos de desplazamiento, la escasa infraestructura vial y la limitada comunicación y conectividad digital de

estas zonas, incrementan las barreras al acceso, afectando la continuidad del cuidado, la atención de emergencias y la seguridad alimentaria¹⁵.

Ahora, el análisis de las poblaciones diferenciales en Bogotá evidencia desigualdades profundas y persistentes que afectan en diferentes grados a todas las poblaciones, entre ellas a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (NARP), pueblos indígenas, el pueblo Rrom, migrantes internacionales, habitantes de calle y poblaciones rurales, por mencionar algunas.

En el caso de las comunidades NARP, se observan niveles de pobreza superiores al promedio distrital, coberturas de vacunación y controles prenatales inferiores a las del conjunto de la ciudad, y mayores prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles con diagnóstico tardío. Además, se registran tasas más elevadas de mortalidad materna y neonatal y una afectación significativa en salud mental, ligada a depresión, ansiedad y estrés crónico^{72,73}. Estas brechas se ven reforzadas por barreras culturales, racismo estructural y falta de protocolos interculturales, lo que se refleja en patrones de uso del sistema: 2.480 consultas ciudadanas en 2024, centradas en trámites de afiliación (28,8 %), portafolio institucional (25,8 %) y acceso al sistema (17,1 %).

De forma similar, los pueblos indígenas realizaron 548 consultas, el 45 % relacionadas con el portafolio SDS y el 19 % con trámites de aseguramiento, mientras que el pueblo Rrom concentró la totalidad de sus consultas en información sobre la oferta institucional¹⁶, lo que evidencia problemas de pertinencia cultural, reconocimiento de los usos y costumbres⁷⁴⁻⁷⁶ 17, y ausencia de rutas coherentes con su autonomía y organización social.

El contexto migratorio agrega un componente crítico a las desigualdades en salud. Cerca del 20 % de la población migrante venezolana permanece sin afiliación al SGSSS¹⁸, mientras que quienes cuentan con Permiso por Protección

¹⁵ "Se presentan barreras de acceso geográficas a los servicios de salud y sociales dentro de la localidad. Esto ocurre donde se configuraron los asentamientos informales en la localidad, principalmente en la ladera de los Cerros Orientales, inicialmente el carácter informal de la mayoría de estos asentamientos, la construcción de las vías de acceso (limitadas) ha generado que la oferta de servicios de salud tanto pública y privada y de algunos servicios sociales como todos aquellos ofertados en la manzana del cuidado, sean de difícil acceso para quienes allí habitan" (Participante, Mesa Inequidades de acceso, Usaqué, 2024)

¹⁶ Para mayor detalle consultar el Anexo 3 con base en las consultas a través de los canales de atención de la SDS, la red CADE y súper CADE de atención a la ciudadanía en salud.

¹⁷ "Resalta que no se tienen en cuenta las tradiciones culturales para tratar enfermedades crónicas porque solo mandan pastillas para calmar las dolencias, pero lo que se extrae de las hierbas medicinales, no lo consideran adecuados y hacen más efecto que una pasta" (Participante Taller CCNT, San Cristóbal, 2024).

¹⁸ En 2024 Bogotá registró 434.077 personas pertenecientes a poblaciones especiales o diferenciales afiliadas al SGSSS, con una distribución de 55 % en el régimen contributivo y 45 % en el subsidiado. La mayoría corresponde a víctimas del conflicto

Temporal (203.914 personas), el 58 % se encuentra en el régimen subsidiado y solo el 42 % en el contributivo, lo que refleja limitaciones estructurales en la integración laboral y económica. Las gestantes migrantes presentan importantes barreras de información: 118 solicitudes en 2024 estuvieron relacionadas con afiliación o traslados (41,6 %) y 86 con acceso a servicios y normatividad (30,3 %), lo que incrementa los riesgos materno-perinatales.

La población habitante de calle, por su parte, registra una baja utilización de la oferta institucional, según el censo de 2024³⁸ solo cuatro de cada diez utilizan los servicios que seis de cada diez conocen, debido a desconfianza, distancia de los puntos de atención y rechazo a la oferta existente. Problemas respiratorios (25,5 % en los últimos 30 días) y afectaciones odontológicas (82 %) permanecen sin atención adecuada, en un escenario marcado por consumo problemático de sustancias, violencia en el espacio público, precariedad habitacional y ausencia de redes de apoyo.

En el caso de las mujeres, desde una perspectiva de derechos humanos, la salud de ellas se entiende como un estado de bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedades o dolencias⁷⁷. Supone garantizar el acceso a servicios integrales y de calidad, reconociendo las desigualdades estructurales que afectan de manera diferenciada a las mujeres, y promoviendo su autonomía corporal, sexual y reproductiva; así como la libertad para decidir sobre sus proyectos de vida en entornos libres de violencia y discriminación. Lo anterior ha sido respaldado por instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), la Declaración de Viena (1993), la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y los ODS, particularmente el 3 sobre salud y bienestar, y el 5 sobre igualdad de género.

Para Bogotá la salud de las mujeres constituye un pilar fundamental del desarrollo individual y colectivo. Aunque se han logrado avances importantes en la ampliación de servicios, la transversalización del enfoque de género y la articulación con el Sistema Distrital del Cuidado, el cual reconoce siete enfoques para garantizar el reconocimiento, la reducción y la redistribución del cuidado en la ciudad, persisten desigualdades e inequidades estructurales que limitan el goce efectivo del derecho a la salud plena. Estas se manifiestan en normas sociales que restringen las oportunidades vitales de las mujeres, en brechas en

armado (385.764; 89%), seguidas por comunidades indígenas (18.591), población bajo protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (3.891) y personas privadas de la libertad a cargo del Distrito (3.664). Grupos como veteranos, la comunidad Rrom y beneficiarios de programas especiales presentan menor representación, reflejando registros focalizados y brechas en caracterización y portabilidad del aseguramiento.

el acceso y control de los recursos, en la desigualdad en el ejercicio del poder y en la distribución inequitativa del trabajo remunerado y no remunerado⁷⁸.

En este contexto, la salud de las mujeres no puede explicarse únicamente por diferencias biológicas, sino que es fundamental examinar cómo las normas sociales, las prácticas de discriminación y las condiciones estructurales impactan su bienestar. En este sentido, se debe tomar en cuenta los eventos de salud desde categorías específicas de las mujeres, que las afectan desproporcionadamente y que, si bien ocurren más en hombres, también son causas importantes de morbilidad en mujeres.

Los sesgos de género en salud se refieren a errores en el planteamiento de diferencias o similitudes entre mujeres y hombres, que resultan en prácticas discriminatorias en los servicios de salud, en la investigación y en la formulación de políticas públicas. Estos sesgos pueden manifestarse de distintas maneras: invisibilizando problemas específicos de salud de las mujeres, reduciendo la salud femenina exclusivamente a lo reproductivo, aplicando criterios de diagnóstico o tratamiento basados en modelos masculinos, o ignorando la interacción del género con otros determinantes sociales.

En 2024 Bogotá contaba con una población estimada de 7.929.539 personas, de las cuales 4.131.722 eran mujeres (51,2 %)²⁷; la mayor proporción se concentra entre los 25 y 59 años, abarcando el 52,7 % del total de mujeres: 9,5 % entre 25-29 años, 9,1 % entre 30-34, 8,05 % entre 35-39, 7,4 % entre 40-44, 6,6 % entre 45-49, 6,06 % entre 50-54 y 6,0 % entre 55-59 años (figura 1).

En 2019 el 0,3 % de las mujeres residía en áreas rurales (13.104), mientras que el 99,7 % vivía en zonas urbanas (3.946.378). Según la ECV 2024, el 0,4 % de las mujeres se identifica como indígena, el 0,05 % como raizal y el 1,9 % como negra, mulata o afrodescendiente⁷⁹. Asimismo, de acuerdo con los datos reportados por Migración Colombia, con corte a agosto de 2023, en Bogotá, D. C. se reportaron 605.376 migrantes venezolanos, 51 % mujeres, lo que representa el 21,05% de esta población en el país⁸⁰

Por otra parte, según el Registro Único de Víctimas (RUV), con corte a 31 de diciembre de 2024, para esta vigencia en Bogotá D. C. vivían 361.557 víctimas del conflicto armado (VCA), 48 % mujeres, y fue la décima entidad territorial receptora de población desplazada entre 2022 y 2023. Si bien este registro no desagrega la identidad de género, se relacionaron 582 personas víctimas en

Bogotá que han indicado alguna orientación sexual o identidad de género diversas⁸¹.

Un aspecto para destacar es la participación de la mujer en el trabajo doméstico y cuidados no remunerados. Según la Línea de Base del Sistema Distrital de Cuidado, Bogotá cuenta con 1.342.578 personas cuidadoras, de las cuales el 81 % son mujeres, evidenciando una marcada feminización del trabajo de cuidado no remunerado. La mayor proporción de cuidadoras se encuentra en la adultez: 20 % entre 29 y 38 años, 15 % entre 39 y 48, y 17 % entre 49 y 58 años; el 22 % tiene 59 años o más, y el 26 % corresponde a personas jóvenes entre 10 y 28 años. Por nivel educativo, se observan diferencias según el área de residencia: entre quienes solo finalizaron primaria, el 29 % vive en zonas rurales frente al 20 % en urbanas; en educación superior, el 28 % de las cuidadoras urbanas accedió a este nivel, frente al 19 % en áreas rurales.

En 2024 la tasa de participación de mujeres en actividades de cuidado no remunerado fue del 30 %, frente al 8 % en hombres, con mayores tasas en Ciudad Bolívar, Bosa y Usme (38 %) y las menores en Teusaquillo (13 %), Puente Aranda (17 %) y Engativá (21 %)⁸².

El análisis desde el curso de vida permite comprender cómo estas desigualdades se acumulan y expresan en cada etapa vital. Durante la primera infancia y la niñez, especialmente en localidades como Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Engativá y Suba, la vulnerabilidad social se traduce en mayores riesgos para el desarrollo integral y la necesidad de participación mediada por cuidadores y referentes familiares. En la adolescencia persisten restricciones en la participación institucional, aunque se fortalecen espacios como los Consejos Consultivos Locales y la promoción escolar de la salud. La juventud presenta mayores niveles de organización comunitaria y liderazgo, pero enfrenta barreras para la sostenibilidad de sus iniciativas. En la vejez, los efectos acumulados del ciclo vital se hacen evidentes: las personas mayores presentan limitaciones en movilidad, acceso y comunicación, más marcadas en zonas rurales y periféricas, mientras que la feminización del envejecimiento expone a las mujeres mayores a trayectorias de mayor precariedad, dependencia y carga de enfermedad.

2.4 Conclusiones

Las condiciones sociales, económicas, territoriales y de calidad de vida analizadas en este capítulo evidencian que los DSS operan de manera desigual en Bogotá, generando brechas persistentes entre grupos poblacionales y territorios. Factores como la pobreza monetaria y multidimensional, la

informalidad laboral, los rezagos en educación, la disponibilidad y calidad de los servicios públicos, la inseguridad alimentaria, las condiciones de habitabilidad y los estilos de vida se entrelazan con dinámicas territoriales complejas que incluyen segregación urbana, desigual distribución de equipamientos sociales y sanitarios, y disparidades significativas en movilidad y accesibilidad. Estas condiciones, combinadas con las desigualdades estructurales documentadas para poblaciones diferenciales, configuran escenarios de vulnerabilidad acumulada que impactan directamente el bienestar, la calidad de vida y el ejercicio efectivo del derecho a la salud en el Distrito Capital.

A nivel territorial, la oferta de servicios de salud muestra una alta concentración urbana en el norte de la ciudad, especialmente en Usaquén y Chapinero, que agrupan la mayoría de los prestadores y servicios, en contraste con las localidades del sur y periféricas como Sumapaz, Usme y La Candelaria, que registran menos del 4 % de la oferta total, evidenciando brechas estructurales que afectan la oportunidad y continuidad del cuidado. Si bien el Distrito cuenta con una capacidad instalada robusta y holgadas en la mayoría de los grupos de servicios, persisten déficits críticos en urgencias, hospitalización en salud mental, cuidados intensivos y procedimientos quirúrgicos de alta complejidad, cuyas limitaciones responden más a problemas de distribución territorial y gestión operativa que a la ausencia de recursos.

Finalmente, la articulación entre desigualdades poblacionales, territoriales, sociales y económicas confirma la necesidad de fortalecer respuestas intersectoriales, interculturales e interseccionales que integren el enfoque de determinantes sociales, el enfoque poblacional diferencial y la perspectiva territorial. La superación de estas brechas exige intervenciones sostenidas que garanticen el derecho a la salud y acciones integrales e integradas, amplíen la cobertura efectiva, mejoren la calidad de la atención, fortalezcan la participación social en salud y robustezcan la gestión del riesgo en urgencias, emergencias y desastres. Solo mediante una respuesta sistémica, coherente con las condiciones reales de los territorios y de las poblaciones, será posible avanzar hacia una Bogotá más equitativa, incluyente, participativa y con mejores condiciones de bienestar y calidad de vida para toda su población.

3. 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

3.1 Análisis de situación de salud y calidad de vida en el territorio

La salud de la población en la ciudad de Bogotá está influenciada por factores que están por fuera del ámbito de influencia de los sistemas y servicios de salud. Durante los últimos 30 años, la urbanización acelerada de la ciudad, la inadecuada planificación de esta, el crecimiento y globalización de la economía, la llegada de millones de personas buscando mejores oportunidades laborales o huyendo del conflicto armado, los desarrollos acelerados de las tecnologías de la información y la comunicación, la inequidad social y económica, los sistemas de movilidad que promueven el uso de combustibles fósiles, entre otros factores, han transformado la forma de vivir y trabajar de millones de personas en la ciudad, y por supuesto, ha tenido influencia sobre su estado de salud. En tal sentido, los DSS son las circunstancias en las que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana de todos los habitantes de la ciudad de Bogotá.

Los determinantes sociales varían a lo largo y ancho de las diferentes localidades que componen la ciudad de Bogotá y pueden explicar diferencias en las principales causas de enfermedad y muerte. Las normas y valores culturales, la educación, la ocupación, nivel de ingresos, los bienes materiales, factores psicosociales y conductuales, entre otros crean las condiciones que favorecen o protegen a los colectivos poblacionales de la exposición a factores de riesgo como la inactividad física, la alimentación no saludable, la exposición productos derivados de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Hábitos y estilos de vida asociados con la exposición por largos periodos de tiempo a los factores de riesgo antes mencionados se traducen en la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y obesidad, las cuales conforman un grupo de condiciones denominado Enfermedades No Transmisibles (ENT), que constituyen en la actualidad la principal causa de mortalidad en la ciudad. Lo anterior significa que, aunque puede haber variación en algunos determinantes, existen circunstancias comunes que promueven y facilitan la adquisición de hábitos y estilos de vida que afectan la salud de la población, que configuran una crisis por ENT en toda la ciudad y que deben intervenir.

3.1.1 Morbilidad general

En Bogotá en 2024 se realizaron 35.579.001 atenciones en 2024 para un total de 6.961.055 individuos atendidos. Las localidades con más atenciones fueron Suba con el 13,3 % del total, seguido de la información no georreferenciada con el 10,0 %, Barrios Unidos 9,6 % y Usaquén 9 %. Los diagnósticos con mayor tasa de atención en los RIPS fueron factores relacionados con el contacto con los servicios de salud con 3.603,33 por 10.000 habitantes (grupos diagnósticos del Z00 a Z99), después enfermedades del sistema digestivo con 2.294,65 (donde se incluyen las atenciones por odontología), seguido de enfermedades infecciosas con 2.067,88⁸³ (ver Anexo 5 Situación de salud - Morbilidad Atendida General).

En la ciudad se identifica un predominio importante de las condiciones no transmisibles, en morbilidad y mortalidad, encontrando que en el nivel de atención en salud aumentaron progresivamente con un pico máximo en el año 2023, cuando aportaron el 72,26 % de todas las causas de atención; seguido de las atenciones por condiciones mal clasificadas las cuales corresponden a aquellas que fueron reportadas con códigos CIE-10 inespecíficos (12,95 %), aunque estas han disminuido de manera importante respecto a años previos⁸³.

Aunque a nivel general se identifica que las condiciones transmisibles y nutricionales ocupan el tercer lugar dentro de las grandes causas de morbilidad atendida (8,60 %), estas tienen un mayor peso durante la primera infancia e infancia en donde aportaron el 30,64 % y 14,62 % respectivamente, debido a las infecciones respiratorias. Este comportamiento es similar en ambos sexos⁸³.

3.1.1.1 Atenciones por consulta ambulatoria

Se identifican en 30.239.000 atenciones por consulta externa con 6.566.920 personas atendidas, esto corresponde al 85 % del total de atenciones y significa que los usuarios atendidos pasaron el 94,3 % por lo menos una vez por este servicio. El grupo diagnóstico más frecuentemente atendido fue el de factores relacionados con el contacto con los servicios de salud con el 21,2 %, seguido con el 12,7 % de enfermedades del sistema digestivo y en tercer lugar con el 8,7 % enfermedades cardíacas o vasculares. Las localidades que más registran atenciones son Suba (14,3 %), no georreferenciado (11,3 %), Barrios Unidos (9,9 %) y Teusaquillo (9,8 %). Los grupos de edad que más consultaron fueron de 27 a 59 años (44,2 %), seguido de mayores de 60 años (29,4 %) y en tercer lugar de 18 a 26 años (12,0 %). En todos los grupos de edad los factores relacionados con el contacto con los servicios de salud fue el diagnóstico de

atención más frecuente, a excepción de mayores de 60 años, donde el primero fue enfermedades cardíacas o vasculares⁸³.

3.1.1.2 Atenciones por urgencias

En 2024 se registraron 3.243.113 atenciones por urgencias con 2.010.600 personas atendidas, cerca del 9,1 % de las atenciones fueron por urgencias, lo que significa que el 28,9 % de usuarios atendidos pasó por lo menos una vez por el servicio de urgencias. El grupo de diagnósticos más frecuente en atenciones por urgencias fueron las enfermedades infecciosas con el 28,1 %, seguido por las alteraciones de causa externa 14,6 %, signos y síntomas mal definidos 13,7 %. Las localidades con más atenciones por urgencias fueron Chapinero (20,1 %), Suba (14,7 %) y Usaquén (11,3 %). El grupo de edad que más consultó fue de 27 a 59 años (46,0%), seguido de 18 a 26 años (18,3 %) y en tercer lugar de mayores de 60 años (17,7 %). Las enfermedades infecciosas son la primera causa de atención en todos los grupos de edad⁸³.

3.1.1.3 Atenciones por hospitalización

Se registraron en 2024 533.845 atenciones por hospitalización con 389.966 personas atendidas, cerca del 1,5 % de las atenciones en Bogotá fueron por hospitalización, lo que significa que el 5,6 % de usuarios atendidos pasó por lo menos una vez por el servicio de urgencias. El grupo de diagnósticos más frecuente en atenciones hospitalizaciones fueron las enfermedades infecciosas con el 18,0 %, seguido por las alteraciones de causa externa 14,5 %, signos y síntomas mal definidos 11,0 %. Las localidades con más hospitalizaciones fueron Chapinero (15,5 %), Kennedy (15,3 %) y Usaquén (12,5 %). El grupo de edad con más hospitalizaciones fue de 27 a 59 años (39,1 %), seguido de mayores de 60 años (28,5 %) y en tercer lugar de 18 a 26 años (12,4 %). En menores de 5 años la causa más frecuente de hospitalización fueron las enfermedades infecciosas, de los grupos desde los 6 hasta los 59 años las lesiones por causas externas, y en mayores de 60 años la principal causa de hospitalización fue un diagnóstico por enfermedad cardíaca o vascular⁸³.

3.1.2 Mortalidad general

3.1.2.1 Mortalidad en grupos de edad específicos

Mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal en Bogotá muestra una tendencia sostenida a la disminución entre 2006 y 2024, pasando de 8,5 a 6,2 muertes por cada mil nacidos vivos (NV), manteniéndose consistentemente por debajo del promedio

nacional, que desciende de 9,4 a 6,5 en el mismo periodo. El mayor descenso se observa entre 2010 y 2015, etapa en la que la tasa se reduce de 7,5 a 5,8, lo que sugiere mejoras significativas en la atención perinatal y neonatal. Desde 2016 hasta 2021, la mortalidad presenta una estabilización con ligeras fluctuaciones, sin embargo, entre 2022 y 2024, la tasa da una ligera variación, pasando de 5,6 en 2022 a 6,2 en 2024 (ver Anexo 6 Figura 1).

Al desagregar por área, en los últimos cinco años, las tasas urbanas se han mantenido estables (entre 5,6 y 6,2), mientras que las rurales presentan fluctuaciones amplias y niveles más altos, evidenciando desigualdades territoriales (ver Anexo 6 Tabla 1).

Según la desagregación étnica hay una marcada variabilidad a lo largo del periodo 2010-2024, probablemente por el bajo número de nacimientos que amplifica las tasas. Se observan valores extremos en algunos años para las categorías Rrom, Palenquero y Raizal, con tasas muy elevadas en momentos puntuales, pero sin continuidad temporal, lo que sugiere registros aislados o inestabilidad en el dato. En comparación, el grupo afrocolombiano presenta una tendencia más consistente, con tasas que fluctúan entre 10.8 y 43.4 por 1.000 nacidos vivos, aunque con una leve reducción hacia los años recientes. Para otras etnias muestra cifras estables y bajas (alrededor de 5-7), mientras que el total general evidencia una disminución sostenida en la mortalidad neonatal en el país, pasando de 7,8 en 2010 a 5,61 en 2024 (ver Anexo 6 Tabla 2).

Entre 2010 y 2024, la atención perinatal en Bogotá se ha caracterizado por una cobertura casi total, con más del 99 % de los partos realizados en instituciones de salud y asistidos por personal calificado. No obstante, se evidencia un aumento sostenido del bajo peso al nacer, que pasó de 12,95 % a 16,51 %, lo que señala un desafío creciente para la salud neonatal. El cumplimiento de cuatro o más controles prenatales muestra variaciones a lo largo del periodo, con una reducción notable en 2020 (82,26 %) y una recuperación paulatina hasta llegar a 90,82 % en 2024 (ver Anexo 6 Tabla 3).

Mortalidad en menores de 1 año

Este indicador ha mostrado una disminución sostenida entre 2006 y 2024, pasando de 13,6 a 9,3 x 1000 NV, lo que refleja un avance significativo en la supervivencia infantil. Sin embargo, en los últimos cinco años la reducción se ha desacelerado, con leves fluctuaciones entre 8,2 y 9,3, lo que sugiere un posible estancamiento del indicador. Bogotá mantiene una posición más favorable frente al promedio nacional, pero los cambios recientes indican la necesidad de

fortalecer las acciones en salud materno-infantil para sostener los logros alcanzados (ver Anexo 6 Figura 2).

Mortalidad en menores de 5 años

En Bogotá la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años ha mostrado una tendencia general a la disminución entre 2007 y 2024, reflejando avances sostenidos en las condiciones de salud y atención infantil. Durante los últimos cinco años, el indicador presenta leves fluctuaciones con una reducción posterior, lo que sugiere estabilidad, pero también la necesidad de mantener esfuerzos para evitar retrocesos. En comparación con el promedio nacional, Bogotá mantiene consistentemente tasas más bajas, lo que evidencia un mejor desempeño en la protección de la salud infantil, aunque aún persisten desafíos para consolidar la reducción sostenida de la mortalidad en este grupo de edad (ver Anexo 6 Figura 3).

3.1.3 Eventos priorizados por alta carga de la enfermedad persistente en la ciudad

3.1.3.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

Las atenciones en servicios de salud por las diferentes ECNT las superan con un total de 3.579.994 atenciones con 948.797 usuarios atendidos, es decir el 10,1 % de las atenciones del Distrito fueron por una ECNT, con una tasa de 1.196,53 atenciones por 10.000 habitantes^{83,84}.

Enfermedades cardiovasculares y metabólicas

Las enfermedades cardiovasculares identifican un aumento sostenido de las atenciones en servicios de salud con respecto a la tasa de individuos atendidos, en 2024 se encontró una tasa 951,21 x 10.000 habitantes, un aumento observado desde 2020 que inició en 811,07. La mayoría de las atenciones se realizaron en mujeres con el 61,2 % y hombres con el 38,8%. Se evidencia un aumento de las atenciones en todos los grupos poblaciones mayores de 18 años desde 2022 y llegan a niveles similares a los de 2021, un crecimiento de 22,7 % más en el grupo de 18 a 26 años, 1,10 % en el grupo de 26 a 59 años y un 10 % en mayores de 60 años⁸⁴.

La diabetes ha tenido un comportamiento similar, un incremento en la tasa de individuos atendidos desde 2020 con una tasa actual de 279,6 x 10.000 habitantes, con 57,2 % de atenciones en mujeres y se observa un aumento de las atenciones en los grupos de 6 años en adelante, a excepción del grupo de 27

a 59 años donde hubo una disminución. La diabetes tuvo el 93,9 % de las atenciones en consulta externa, 1,8 % en urgencias y 0,6 % en hospitalización⁸³.

La mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en la ciudad muestra una tendencia general a la disminución entre 2015 y 2024, pasando de una tasa de 142 a 126.3 por 100.000 habitantes de 30 a 70 años. Sin embargo, se observan incrementos puntuales en 2020 y 2021, probablemente asociados al impacto indirecto de la pandemia de COVID-19 sobre la atención y el control de estas enfermedades. En los años más recientes (2022-2024) se evidencia una reducción, lo que puede indicar una recuperación del sistema de salud y posibles mejoras en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas en la ciudad (ver Anexo 6 Figura 4).

Entre 2019 y 2024 la mortalidad prematura por enfermedades crónicas en personas de 30 a 70 años se mantuvo dominada por las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, con una leve reducción tras el pico observado en 2021. La mortalidad por diabetes presentó un aumento transitorio en 2020, seguido de estabilización, mientras que las enfermedades respiratorias crónicas mostraron los valores más bajos y estables del periodo. En general, persiste una alta carga por causas cardiovasculares y neoplásicas, aunque con tendencia a la estabilización en los años recientes (ver Anexo 6 Figura 5).

Cáncer

Con respecto al cáncer con mortalidad evitable se halla que el de mama es el que mayor cantidad atenciones presenta con una tasa de 23,4 x 10.000 habitantes, seguido del cáncer de próstata con 13,5 y en tercer lugar el de colon y recto con 10,4. Los seis cánceres considerados prevenibles incluyendo estómago cuello uterino, estómago y tráquea, bronquio y pulmón suman una tasa 55,5⁸³.

Entre 2016 y 2024 la morbilidad por cáncer de mama y de cuello uterino muestra un aumento sostenido tanto en casos como en tasas de incidencia, con un ascenso más marcado a partir de 2018. El cáncer de cuello uterino pasa de una tasa de 10,7 a 48,8 por 100.000 habitantes, mientras que el cáncer de mama se incrementa de 9,3 a 57,1 por 100.000, superando en los últimos años a la primera. Entre 2021 y 2023 se evidencia el punto más alto de incidencia para ambos tipos de cáncer, seguido de una leve disminución en 2024 (ver Anexo 6 Figura 6).

La mortalidad por cáncer de mama y de cuello uterino en Bogotá entre 2016 y 2024 se ha mantenido relativamente estable, con variaciones moderadas a lo largo del tiempo. El cáncer de mama presenta tasas consistentemente más altas, cercanas a 14 por 100.000 habitantes, sin cambios sustanciales en el periodo analizado. Por su parte, el cáncer de cuello uterino muestra una leve tendencia al aumento en los últimos años, al pasar de 5,4 en 2020 a 6,7 en 2023, con un ligero descenso a 6,2 en 2024. Ambos tipos de cáncer continúan representando un desafío para la salud pública de la ciudad (ver Anexo 6 Figura 7).

La tasa de mortalidad prematura por cáncer de próstata en Bogotá entre 2005-2024 muestra una tendencia general de estabilidad con leves fluctuaciones, manteniéndose consistentemente por debajo del promedio nacional. Durante los primeros años del periodo, las tasas oscilaron entre 4,6 y 6,8 por 100.000 hombres, reflejando un comportamiento relativamente controlado del indicador.

En la última década se observan variaciones interanuales sin una tendencia claramente ascendente ni descendente, aunque con picos ocasionales como en 2018 (7,33) y 2022 (7,6). En los últimos cinco años (2020-2024), la tasa se ha mantenido entre 6,3 y 7,6, con un ligero descenso en 2024 (6,51), lo que sugiere una posible estabilización tras un incremento temporal. Este comportamiento podría estar influido por mejoras en la detección temprana, el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento oncológico, así como por el envejecimiento poblacional, que continúa siendo un factor determinante en la carga de esta enfermedad (ver Anexo 6 Figura 8).

3.1.3.2 Salud sexual y reproductiva

Esta dimensión abarca la salud sexual y reproductiva en Bogotá, incluyendo atención materno-infantil y cuidado de la salud, con indicadores relevantes en la Tabla 6.

Tabla 6. Comportamiento de indicadores priorizados en salud sexual y reproductiva 2019-2024

Indicador		2019	2020	2021	2022	2023	2024	Variación porcentual del indicador					
								2019- 2021	2019- 2022	2019- 2023	2021- 2024	2022- 2024	2023- 2024
Mortalidad materna	Casos	21	25	46	25	19	20	119%	19%	-10%	-57%	-20%	5%
	Razón por 100000 NV	24,7	31,5	68,9	38,6	31,2	35,4	179%	56%	26%	-49%	-8%	13%
Morbilidad materna extrema	Casos	5392	5108	4790	4881	4586	4993	-11%	-9%	-15%	4%	2%	9%
	Razón por 100000 NV	63,4	64,4	71,5	75,4	79,8	88,3	13%	19%	26%	23%	17%	11%
Mortalidad infantil	Casos	815	651	572	590	529	526	-30%	-28%	-35%	-8%	-11%	-1%
	Tasa por 1000 NV	9,6	8,2	8,5	9,1	8,7	9,3	-11%	-5%	-9%	9%	2%	7%
Sífilis gestacional colombianas	Casos	578	544	491	552	516	606	-15%	-4%	-11%	23%	10%	17%
	Prevalencia 1000 NV+Fet	7,3	7,3	8,0	9,3	9,1	10,6	9%	26%	25%	34%	15%	16%
Sífilis gestacional extranjeras	Casos	457	502	436	361	296	223	-5%	-21%	-35%	-49%	-38%	-25%
	Prevalencia 1000 NV+Fet	5,3	6,3	6,5	5,5	4,8	3,9	21%	4%	-9%	-39%	-29%	-19%
Sífilis congénita colombianas	Casos	127	125	99	86	57	67	-22%	-32%	-55%	-32%	-22%	18%
	Incidencia 1000nv+FET	1,6	1,7	1,6	1,4	1	1,2	0%	-13%	-38%	-25%	-14%	20%
Sífilis congénita extranjeras	Casos	133	190	104	91	58	42	-22%	-32%	-56%	-60%	-54%	-28%
	Incidencia 1000 nv+FET	1,55	2,37	1,54	1,39	0,94	0,73	-1%	-10%	-39%	-53%	-47%	-22%
Nacimientos totales	Número	85075	79322	66988	64765	60912	56552	-21%	-24%	-28%	-16%	-13%	-7%
Nacimientos (10 a 14 años)	Número	206	181	154	139	150	172	-25%	-33%	-27%	12%	24%	15%
	TEF	0,85	0,76	0,66	0,6	0,7	0,75	-22%	-29%	-18%	14%	25%	7%
Nacimientos (15 a 19 años)	Número	9618	8408	6474	5716	5132	4357	-33%	-41%	-47%	-33%	-24%	-15%
	TEF	34,4	31,6	25,1	22,8	21,1	18,3	-27%	-34%	-39%	-27%	-20%	-13%

Fuente: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES.

Entre 2005 y 2024 la tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años en Bogotá muestra una tendencia descendente sostenida, pasando de 1,5 nacimientos por cada 1.000 niñas en 2005 a 0,8 en 2024. Este descenso refleja una reducción constante en los nacimientos en este grupo etario, especialmente marcada a partir de 2015, cuando la tasa cae por debajo de 1,0 y se mantiene en niveles históricamente bajos hasta 2024. La disminución sugiere avances en la prevención del embarazo infantil, posiblemente relacionados con mayores

esfuerzos en educación sexual integral, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y políticas de protección a la niñez. Sin embargo, la persistencia de casos indica la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias intersectoriales orientadas a la prevención temprana y a la garantía de derechos (ver Anexo 6 Figura 9).

De manera coherente con esta tendencia, entre 2005 y 2024 la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años en Bogotá presenta una disminución sostenida y significativa, pasando de 64,9 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 2005 a 18,3 en 2024. Esta reducción representa una caída superior al 70 % en menos de dos décadas, con un descenso particularmente acelerado a partir de 2015. La tendencia refleja avances sustanciales en la prevención del embarazo adolescente, posiblemente asociados a una mayor cobertura en educación sexual y reproductiva, el acceso ampliado a métodos anticonceptivos, y el fortalecimiento de políticas públicas orientadas a la autonomía y proyecto de vida de las jóvenes. No obstante, aunque la magnitud de la disminución es notable, la persistencia de nacimientos en este grupo de edad evidencia que persisten desafíos en poblaciones vulnerables y contextos donde las brechas de equidad y acceso a servicios aún limitan la prevención integral del embarazo adolescente (ver Anexo 6 Figura 10).

Infecciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva

La mortalidad por VIH ha mostrado una tendencia levemente descendente entre 2019 y 2024, con una reducción de la tasa de 4,1 a 3,3 por 100.000 habitantes. No obstante, la tasa de notificación de casos nuevos de la enfermedad presenta fluctuaciones, con un aumento en 2021 y una posterior estabilización alrededor de 51 casos por 100.000 habitantes en los últimos años (ver Anexo 6 Figura 11).

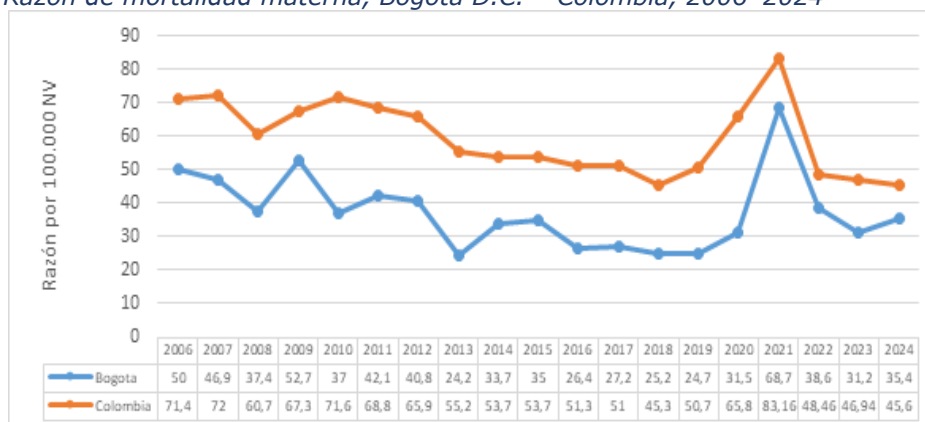
La sífilis gestacional y congénita muestran comportamientos contrastantes entre 2019 y 2024. Mientras la sífilis gestacional presenta una tendencia ascendente tanto en casos como en prevalencia, pasando de valores cercanos a 7 a más de 10 por mil NV+fetales, la sífilis congénita ha disminuido gradualmente en incidencia hasta 2023, con un leve repunte en 2024 (ver Tabla 6).

Morbilidad materna extrema y mortalidad materna

La mortalidad materna muestra una tendencia fluctuante entre 2019 y 2024, con un pico notable en 2021, año en que casi se duplicó respecto a los valores previos, posiblemente asociado al impacto de la pandemia y las limitaciones en el acceso a servicios de salud. En los años siguientes, aunque la razón disminuye,

no retorna a los niveles anteriores a 2020, manteniéndose por encima de 30 muertes por 100.000 nacidos vivos. En el 2024 hubo 20 casos de mortalidad materna, lo que corresponde a una tasa de 35.4 (ver Tabla 6 y Figura 9).

Figura 9. Razón de mortalidad materna, Bogotá D.C. – Colombia, 2006–2024



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2006–2024.

Según la desagregación étnica, a lo largo del periodo 2010-2024, la razón de mortalidad materna evidencia una tendencia general de fluctuaciones con picos marcados en algunos grupos étnicos minoritarios como población indígena y afrodescendiente, posiblemente asociados a pocos casos y pequeñas poblaciones que amplifican las tasas. En otras etnias se mantiene como la de registro más constante y representativo, con valores entre 20 y 40 por 100.000 nacidos vivos, reflejando una evolución similar al comportamiento general de la ciudad. En los últimos cinco años (2020-2024), se observa un repunte significativo en 2021, año en que la razón de mortalidad materna aumentó de manera notable, probablemente por los efectos de la pandemia en la atención obstétrica; posteriormente, las tasas descienden en 2022 y 2023, con una leve alza en 2024 (ver Anexo 6 Tabla 4).

La morbilidad materna extrema presenta un comportamiento distinto; aunque el número de casos se ha mantenido relativamente estable, la razón por 100.000 nacidos vivos muestra un aumento sostenido desde 2019 hasta 2024, pasando de 63,4 a 88,3 (ver Tabla 6).

En los servicios de salud se identifica que la mayoría de las gestantes fueron atendidas para procedimientos relacionados con la supervisión del embarazo, que hace parte de los diagnósticos relacionados al control prenatal, con una tasa de 91,8 x 100.000 habitantes, le sigue en blanco y embarazo. Con respecto a las atenciones más específicas por patología o procedimientos se identifica que las atenciones se dan por inicio del parto antes de la semana 37, otros trastornos

del embarazo y atenciones asociadas a complicaciones del parto. La mayoría de las atenciones se realizó en el grupo de edad entre 27 y 59 años con el 56,9 % del total de atenciones, seguido del grupo de 18 a 26 años con el 40 %, de 14 a 17 años el 2,9 % y gestantes producto de violación en menores de 14 años constituye el 0,1 %. Las atenciones se hicieron predominantemente en consulta externa siendo el 60,5%, seguido de hospitalización con 34,2 %, urgencias 3 % y otras consultas ambulatorias 2,3 %⁸⁵.

En los casos de atención de gestantes en servicios de urgencias se evidenció que le diagnóstico más frecuente es el de inicio del parto antes de la semana 37 con el 20,1 % de las atenciones, seguido de supervisión del embarazo con 11,8 % y finalmente el de aborto con 8,5 %⁸⁵.

3.1.3.3 Salud mental

La mortalidad por suicidio se ha mantenido relativamente estable entre 2020 y 2024, con ligeras fluctuaciones y una tasa que oscila entre 4,1 y 4,6 por 100.000 habitantes. Se observa una disminución en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia, seguida de un repunte hasta 2023 y una nueva reducción en 2024 (ver Anexo 6 Tabla 5).

El intento suicida, por el contrario, muestra un incremento mucho más marcado y sostenido durante los últimos seis años, especialmente entre 2020 y 2024, cuando los casos se duplicaron y la tasa pasó de 5,2 a 10,8 por 10.000 habitantes (ver Anexo 6 Tabla 5).

Morbilidad atendida en salud mental

Se ha identificado un aumento sostenido desde 2021 en la cantidad de atenciones por urgencias en salud mental, en 2024 se llega a una tasa de 102,4 atenciones x 10.000 habitantes, cuando en 2021 estaba en 77,1. El grupo con mayor cantidad de atenciones por este servicio es el de 14 a 17 años con 201,7 atenciones x 10.000 habitantes de dicho grupo poblacional. Las atenciones se dan con mayor frecuencia en mujeres siendo del 56,0 % en comparación al 44,0 % en hombres. Los diagnósticos con mayor tasa de atención en 2024 fueron trastornos de ansiedad (tasa de 22,0 atenciones x 10.000 habitantes), epilepsia (16,0) y en tercer lugar trastornos del estado de ánimo (12,0) (ver Anexo 7 Situación de salud - Morbilidad Atendida Salud Mental).

Mortalidad trastornos mentales y del comportamiento

Entre 2009 y 2024 la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento muestra un incremento sostenido, con un aumento más pronunciado en los últimos cinco años. Desde 2020 se observa una aceleración de la tendencia, alcanzando en 2024 los valores más altos de toda la serie. El aumento es consistente en ambos sexos, aunque ligeramente mayor en hombres hacia el final del periodo. Este comportamiento sugiere un crecimiento progresivo de la carga de mortalidad asociada a estas causas, posiblemente vinculado a factores sociales y de salud mental exacerbados en los últimos años (ver Anexo 6 Figura 12).

Mortalidad por epilepsia

En el periodo 2009-2024, la mortalidad por epilepsia en Bogotá evidencia una tendencia ascendente tanto en los casos registrados como en las tasas ajustadas. Durante los primeros años (2009–2013), los valores fueron bajos y estables, con tasas inferiores a 1,1 por cada 100.000 habitantes. A partir de 2014 se observa un incremento progresivo, alcanzando su punto más alto en 2022 con una tasa de 2,22, lo que representa más del doble de la observada al inicio del periodo. En 2023 y 2024 las cifras se mantienen alrededor de 2 por 100.000, lo que indica una estabilización en niveles elevados (ver Anexo 6 Figura 13).

3.1.3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Trastornos de la conducta alimentaria

Se ha identificado un aumento en la frecuencia del diagnóstico de personas con trastornos de la conducta alimentaria posterior a la pandemia por COVID-19, afectando en el año 2024 a 18,9 10.000 habitantes de la ciudad, con una mayor frecuencia en mujeres en donde estos tipos de trastornos se presentan en 21,6 de cada 10.000^{86,87}.

Mortalidad por desnutrición aguda

La mortalidad por desnutrición aguda en niños menores de cinco años ha mostrado una tendencia sostenidamente baja entre 2007 y 2024, con valores muy por debajo del promedio nacional. Tras una reducción marcada entre 2007 y 2013, el indicador se ha mantenido estable y en niveles cercanos a cero en varios años recientes. En los últimos cinco años, aunque se observan leves fluctuaciones con pequeños incrementos en 2019 y 2023, la desnutrición continúa siendo un evento poco frecuente en la ciudad. En contraste, a nivel

nacional las tasas siguen siendo considerablemente más altas (ver Anexo 6 Figura 14).

3.1.3.5 Enfermedades transmisibles

Desde 2021 se identifica un aumento en la cantidad de atenciones por enfermedades infecciosas, por parte de las infecciones respiratorias agudas, pasando de 486,8 x 10.000 habitantes a 1045 en 2024, la más frecuente es la rinofaringitis aguda con una tasa de 678,6, seguido de amigdalitis aguda 114,9, y bronquitis aguda 84,8. Las mujeres reciben el 57,5 % de las atenciones mientras hombres el 42,5 % ⁸⁴

Situación de enfermedades prevenibles por vacuna y otras transmisibles

El distrito continúa sin confirmar casos para los eventos prevenibles por vacuna en eliminación y erradicación. Para el año 2024 se mantiene el cumplimiento en la tasa de notificación para sarampión y rubéola con un resultado de 7,3 por 100.000 habitantes y para el evento de parálisis flácida aguda en 1,56 por 100.000 habitantes. En cuanto a los eventos inmunoprevenibles en control durante el año 2024 se presenta el siguiente comportamiento:

- Parotiditis: se notificaron 1.442 casos, el comportamiento del evento presenta una disminución del 75 % con respecto al 2019 y un aumento del 4 % con respecto al 2023, la incidencia fue de 18,1 casos por cada 100.000 habitantes con un leve incremento respecto al año anterior (17,86).
- Varicela: se notificaron 4.633 casos confirmados por clínica de varicela, respecto al año 2019 se evidencia reducción en la notificación para el evento la cual fue de 62,6 % y con respecto a lo reportado en el año 2023 se evidencia una disminución del 10,5 %, la incidencia fue de 58,3 por 100.000 habitantes con tendencia al decremento ya que en el año 2023 fue de 65,43.
- Meningitis bacteriana: se confirmaron 137 casos de meningitis por Haemophilus Influenzae, Streptococcus pneumoniae y Neisseria meningitidis, de los cuales el que presenta mayor incidencia es el Streptococcus pneumoniae y concentra el 66 % del total de casos confirmados por estos agentes. El número de defunciones por los tres agentes bacterianos fue de 24 casos, de los cuales 57,6 % (n=19) se confirmó Spn, en el 12,1 % (n=4) se confirmó por Nm, el 3% (n=1) se confirmó por Hi, en los menores de 5 años se presentaron 2 mortalidades donde el agente identificado es Streptococcus pneumoniae.
- Hepatitis A: ingresaron al SIVIGILA este año 165 casos. El comportamiento de la incidencia de la hepatitis en los últimos ocho años ha sido variable, sin

Página 64 de 113

- embargo, se destaca el brote presentado en el año 2023 con el resultado más alto en el periodo (5,97), que comparado con el obtenido en el 2024 (2,08) presenta una variación porcentual del 65 %, el comportamiento para este último año ha sido el más bajo, excluyendo a los años pandémicos 2020-2021 en el cual por las medidas adoptadas es atípico la notificación de casos.
- Tos ferina: La incidencia en Bogotá fue de 0,14 casos por cada 100,000 habitantes, lo que equivale a 11 casos reportados, con un aumento importante respecto al año anterior donde se confirmaron 2 casos con una incidencia de 0,02. A nivel distrital, la variación entre 2019 y 2024 es de -86 %.
 - Otros eventos transmisibles - fiebre tifoidea: para el año 2024 se confirman 4 casos con una tasa de 0,05 por cada 100.000 habitantes, presentando un descenso del 56 % en los casos presentados respecto al año anterior, respecto a COVID-19 se confirmó un total de 9.544 casos comparado con el año 2023, se evidenció una disminución del 40 % del total de casos positivos, el cual reportó 15.878 casos.

En Bogotá D. C. para el año 2024 se notificaron al SIVIGILA 1.443 casos de tuberculosis de todas las formas residentes de Bogotá, la variación entre 2024 con respecto al mismo periodo epidemiológico de 2023 es de 4 casos (1.447), sin cambio significativo. En cuanto a la incidencia para el 2023, observamos 17,2 casos por 100 mil habitantes siendo esta la tasa más alta de los últimos cinco años; para el 2024 se observa una tasa de 17,1 casos por 100.000 habitantes. La tuberculosis pulmonar no presenta variación respecto al año anterior con una incidencia de 13 por 100.000 habitantes, para este último año se reporta una tasa de mortalidad de 1,22 casos por 100.000 habitantes y una letalidad del 6,7 %, con un total de 97 casos fallecidos, con un comportamiento similar al año 2023.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años en la ciudad entre 2009 y 2024 evidencia una tendencia descendente con variaciones intermedias. En los primeros años, las tasas superaban los 10 por 100.000 menores, pero a partir de 2014 se observa una reducción sostenida, alcanzando su punto más bajo en 2020 (3,65), probablemente influenciado por las medidas de aislamiento y control sanitario durante la pandemia de COVID-19. En los años siguientes se presenta un repunte, con un pico en 2022 (15,9), coincidente con el retorno a la normalidad y el aumento de la exposición a

agentes respiratorios, seguido nuevamente de una disminución hasta 5,4 en 2024 (ver Anexo 6 Figura 15).

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Entre 2007 y 2024 la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años en Bogotá presenta una tendencia general de disminución sostenida, con valores consistentemente inferiores al promedio nacional. A comienzos del periodo, la tasa era de 2,9 por 100.000, descendiendo progresivamente hasta alcanzar valores cercanos a cero a partir de 2019, con leves fluctuaciones en años recientes (0,42 en 2022 y 0,65 en 2024). Esta evolución refleja avances significativos en el acceso a agua potable, saneamiento básico, atención oportuna y cobertura de intervenciones preventivas como la vacunación contra rotavirus y la promoción de la lactancia materna. No obstante, los pequeños incrementos observados en los últimos años advierten la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica y las estrategias de prevención, especialmente en contextos con condiciones ambientales o socioeconómicas que puedan aumentar el riesgo de reemergencia (ver Anexo 6 Figura 16).

3.2 Problemáticas priorizadas

Las problemáticas del distrito se han abordado a lo largo de las secciones anteriores y, de manera análoga, el PTS anexo al PDD identifica cinco grandes necesidades que se manifiestan en diversas problemáticas de salud. Bajo esta premisa, el ASIS, en consonancia con el PTS, organiza y analiza estas problemáticas priorizadas a partir de la evidencia disponible y de su evolución en el territorio.

Asimismo, con la implementación del Modelo MAS Bienestar, el despliegue de nuevas redes y la integración de la APS, la gestión territorial y la participación comunitaria cuentan con líderes de APS locales, quienes desempeñan un papel clave en la identificación de problemáticas, la articulación con actores territoriales y la recolección de la voz de la comunidad. Su labor permite traducir las realidades locales en insumos fundamentales para la planeación en salud. Por ello, lo aquí presentado a nivel distrital se detalla a nivel de localidad en el Anexo 8, donde se describe cómo estas problemáticas se expresan y cuáles son las respuestas desarrolladas en dichos territorios.

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

Aunque la ciudad de Bogotá cuenta con un gran número de prestadores y oferta de servicios especializados se identifican algunos aspectos que generan dificultades en el acceso y calidad de los servicios de salud.

En relación con la afiliación de la población al sistema de salud se identifica que, aunque Bogotá mantiene cobertura cercana al 100 % en aseguramiento, persisten brechas territoriales en la distribución de los regímenes, concentrándose el régimen subsidiado en localidades con mayores niveles de vulnerabilidad socioeconómica y limitaciones en la red prestadora. La alta concentración de afiliados en pocas EPS genera inequidades operativas y riesgo en la continuidad del servicio. Sanitas, Compensar y Famisanar concentran el 65,6 % de afiliados del régimen contributivo, y Capital Salud el 46,4 % del subsidiado, afectando la capacidad de respuesta y la gestión del riesgo, esto evidenciado en el aumento de las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQRS) interpuestas frente a barreras de acceso⁸⁸. Asimismo, los procesos de intervención forzosa y liquidación de EPS durante 2024 afectaron la oportunidad y continuidad en la atención, generando traslados masivos hacia EPS receptoras sin capacidad operativa y de su red prestadora suficiente.

A nivel de poblaciones se identifican que los migrantes, especialmente los venezolanos con estatus migratorio irregular, enfrentan barreras que les impiden afiliarse al SGSSS, encontrando una proporción de afiliación de población migrante venezolana del 34,47 %^{89,90}, lo que restringe su acceso a atención integral. Esto se ha asociado a barreras para el trámite de documentación y actualización de su estado de formalidad en el país.

En zonas rurales como Sumapaz, la dispersión y movilidad poblacional dificulta garantizar tanto la continuidad del aseguramiento como el acceso a los servicios de salud⁹¹.

En relación con la oferta de los servicios de salud, se identifica la concentración de los diferentes servicios en la zona norte de la ciudad, dentro de los que se destaca la concentración del 62 % de la prestación de urgencias en Bogotá, a partir del reporte realizado por los prestadores a los indicadores de calidad en salud en el marco de la implementación de la resolución 256 de 2016.

La oferta pública de servicios de salud en las zonas rurales de Bogotá que se encuentran en las localidades de Sumapaz, Suba, Chapinero (zona de corrimiento de lo Urbano a lo Rural UPZ San Isidro y UPZ Pardo Rubio y su Territorio de Ruralidad que corresponde a la UPR el Verjón), Ciudad Bolívar se caracteriza por ser una oferta limitada, de difícil acceso para la población campesina y rural que la habita por el mal estado de las vías y conectividad, falta de acceso a servicios especializados y limitaciones en los programas de promoción, prevención y escasa disponibilidad de centros de salud de primer nivel, los pacientes deben recorrer largas distancias para acceder a atención especializada (análisis institucionales realizados⁷¹).

En localidades como Tunjuelito y Ciudad Bolívar la población refiere que la oportunidad y disponibilidad de citas es baja, deben desplazarse al norte de la ciudad (localidades de Usaquén, Chapinero y Teusaquillo) para recibir servicios de medicina especializada.

En relación con los indicadores de calidad se evidenció durante el año 2024 un comportamiento crítico en la asignación de citas de primera vez para las especialidades de Medicina Interna, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Cirugía de Cataratas y Cirugía de Reemplazo de Cadera, con niveles de oportunidad fuera de los estándares nacionales. Entre el 40 % y el 80 % de las citas se ubican en rangos no adecuados, lo que refleja una alta proporción de incumplimiento en los tiempos máximos definidos. Se identifica que el 71 % de la atención de triage 2 se comporta de manera adecuada en el 71 % de los casos con una atención por debajo de 30 minutos, siendo superior a este tiempo en el 39 % restante de atenciones. Se documenta una alta proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, que presenta un valor elevado de 21,43 %, mientras que la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días alcanza 36,68 %, ambos indicadores por encima de los estándares establecidos, lo cual evidencia un nivel crítico de oportunidad en la continuidad del cuidado, con concentración de casos en la zona norte de la ciudad, lo que limita la equidad territorial en el acceso y calidad de los servicios⁹².

La asignación de citas de primera vez para Medicina General, Pediatría y Cirugía de Revascularización Miocárdica presenta niveles de oportunidad acordes con los estándares establecidos, evidenciando un comportamiento favorable frente a otras especialidades. Sin embargo, la oferta continúa concentrándose en la zona norte de la ciudad, lo que limita la equidad territorial en el acceso a estos servicios⁹².

En el Distrito Capital la proporción de cancelación de cirugías muestra un desempeño adecuado en el 78,05 %, aunque persiste un 21,95 % en nivel deficiente, lo que evidencia oportunidades de mejora en la programación quirúrgica. Estos hallazgos sugieren la necesidad de optimizar la planeación quirúrgica para reducir cancelaciones, con la mayor concentración de casos en la zona norte de Bogotá⁹².

En cuanto a eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos, el servicio de hospitalización registra un 78,71 % en rango adecuado y un 21,29 % deficiente, reflejando riesgos relevantes en la gestión farmacológica. Por su parte, el servicio de urgencias alcanza un comportamiento óptimo con 97,18 % adecuado y solo 2,82 % deficiente, lo que indica mayor control en procesos críticos, sugieren la necesidad de fortalecer protocolos de seguridad en hospitalización, aunque la mayor concentración de casos se registra en la zona norte de Bogotá⁹².

La tasa de letalidad por IRA se ubicó en 9,72 %, correspondiente a 6 pacientes. De igual forma, el índice de reingreso hospitalario en menores de 5 años fue del 1,4 %, equivalente a 7 casos, con la mayor concentración de eventos registrada en la zona norte de Bogotá. Durante el año 2024, la proporción de partos por cesárea fue de 18 casos, equivalente al 31,03 %. Asimismo, la tasa de mortalidad perinatal se registró en 15 casos (18,99 %), con la mayor concentración de eventos localizada en la zona norte de Bogotá⁹². Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, seguimiento clínico y distribución equitativa de los servicios pediátricos y de atención materno-perinatal en el territorio.

En relación con la satisfacción global de los usuarios y el nivel de recomendación de la IPS hacia familiares y amigos, se observa un desempeño favorable con indicadores que alcanzan el 83,31 % y el 88,68 %, respectivamente⁹². Estos resultados evidencian un alto grado de alineación con los estándares de calidad establecidos, reflejando compromiso institucional con la experiencia del usuario y la fidelización mediante la percepción positiva del servicio.

En relación con el acceso a los servicios de promoción y mantenimiento de la salud en la ciudad se identifican coberturas bajas de las atenciones de promoción, prevención y control de riesgos según el momento del curso de vida (primera infancia 58. 20 %, infancia 25,9 %, adolescencia 21,8, adultez 56,99 %), evidenciándose que un gran número de la población no accede de manera

continúa (cumplimiento de esquema) a las consultas de valoración integral, lo que limita la detección temprana de factores de riesgo y la promoción del autocuidado⁹³. Adicionalmente, se identifica desigualdad en la oferta y acceso a la consulta de valoración integral en zonas urbanas y rurales, (presentando mayor dificultad en los territorios apartados o con menor oferta de servicios); así como debilidad en el fortalecimiento de la atención con enfoque diferencial, ocasionando que poblaciones vulnerables no accedan de forma adecuada a la consulta integral⁹¹.

Demoras en la asignación de citas para atención de salud oral en actividades preventivas, (valoración de placa bacteriana, fluorización, aplicación de sellantes), estrategias establecidas en la promoción y mantenimiento de la salud, documentando una asignación (20 % de las atenciones se asignaron de manera inoportuna, en un periodo superior a los tres días establecidos a nivel normativo)⁹².

En relación con el acceso a servicios de salud para atención de problemas específicos se identifican dificultades para el acceso y adherencia a la atención ambulatoria a personas con trastornos y problemas mentales en servicios de salud, identificando que, en promedio, las personas con estas condiciones son atendidas menos de 3 veces por año en servicios de salud por esta causa (2,87 veces para trastornos y problemas mentales y 2,41, veces para problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas); y con una baja cobertura de atención especializada por profesionales en psicología y psiquiatría, para ambos grupos de condiciones (psicología: salud mental 31,66 % y sustancias psicoactivas 25,93 % de las personas atendidas; psiquiatría: salud mental 14,77% y SPA 25,70%)⁸⁷. Esta situación se encuentra asociada a brechas frente al acceso equitativo a la atención en salud mental por desigualdad en la distribución geográfica de los servicios de salud mental, sobrecarga de los servicios disponibles y falta de articulación entre los diferentes niveles de atención desde las EAPB e IPS.

Respecto a la atención a personas con cáncer, se identifican barreras que afectan la oportunidad diagnóstica y terapéutica, especialmente en las localidades con mayor densidad poblacional y vulnerabilidad socioeconómica, documentando demoras en más del 40 % de los casos reportados para la atención a esta población durante el año 2024 (oportunidad de atención para cáncer de mama 42 días, cuello uterino 39 días, próstata 58 días, colon/recto 44 días, con cobertura de tamizajes de Prueba de ADN - VPH - 29.9 % con la positividad de 11,8 %, Mamografía 48, 2 %, PSA y TR para cáncer de próstata 6,7% y para

cáncer de colon/recto - 23,5 %⁹⁴. Estas situaciones se reflejan en un aumento de las PQRS puestas por los pacientes con cáncer, siendo la dificultad en la disponibilidad de los medicamentos como la causa principal, lo que afecta el inicio de tratamiento o la continuidad de este⁸⁸.

A partir de estudios específicos realizados con prestadores especializados en la ciudad, se identificaron retrasos en el direccionamiento oportuno de los pacientes con tamizaje positivo hacia las IPS especializadas, lo que genera demoras en el inicio del diagnóstico y tratamiento. A esto se suma la contratación fraccionada por parte de la EAPB de los prestadores involucrados en la implementación de la Ruta Oncológica, afectando la articulación entre los diferentes niveles de atención. Asimismo, persisten barreras administrativas relacionadas con la autorización de servicios, que dificultan la continuidad del proceso asistencial y comprometen la integralidad de la atención oncológica; así como eficiencias en la asignación de citas complementarias para servicios esenciales como psicología, nutrición, trabajo social, manejo del dolor y cuidados paliativos, lo que afecta el cumplimiento de la Ruta Integral de Atención en Cáncer. De igual forma, se presentan fallas en los canales de comunicación y agendamiento, demoras en la programación de exámenes diagnósticos y cierre de agendas en algunas supraespecialidades, limitando la continuidad y oportunidad del tratamiento integral⁹⁵.

Tendencia a la disminución del acceso a terapia antirretroviral en la ciudad de Bogotá pasando de 95,71 % en el año 2021 a niveles de cumplimiento bajos¹⁹. desde el año 2023, siendo de 78,88 en el año 2025⁹⁶⁻⁹⁸. Aunque la incidencia del VIH ha permanecido estable durante los últimos cinco años (alrededor de 51,3 por cada 100,000 habitantes) se identifica una mayor incidencia de VIH en personas migrantes que aportan el 25 % de los casos identificados en el 2024 para la ciudad⁹⁹. Esta población enfrenta dificultades adicionales para acceder al tratamiento antirretroviral por barreras en el aseguramiento y desconocimiento del sistema de salud, aunado a las dificultades que se tienen para realizar seguimiento al indicador de cobertura de acceso a este tratamiento debido a variación en esquemas de contratación de suministro de tratamiento antirretroviral, y en el reporte de la información al sistema de salud

En Bogotá se evidencia una limitación en la oferta y acceso oportuno al tratamiento de la retinopatía del prematuro, principalmente asociada a la baja

¹⁹ Se define como Rango de cumplimiento bajo de cobertura de personas viviendo con VIH -PVV con Terapia Antirretroviral inferior al 85%. En los años 2021 y 2022 esta cobertura se encontraba en niveles alto y medio (95,71 y 89,24 respectivamente) pasando a niveles de cumplimiento bajo en los siguientes periodos de medición: 2023: 82,64%, 2024: 78,01 y 2025 78,88%

disponibilidad de especialistas entrenados en el diagnóstico y manejo de la enfermedad, así como a la concentración de los servicios en pocos centros de referencia⁹⁴. Esta situación genera barreras para la atención integral y oportuna de los recién nacidos en riesgo, con el consecuente aumento del riesgo de complicaciones visuales irreversibles.

En relación con la atención a población VCA presentan dificultades recurrentes para garantizar la atención de la población en la ciudad de Bogotá, a través del mecanismo de portabilidad, un incremento en las barreras de acceso a los servicios de salud para esta población, particularmente en lo relacionado con la entrega de medicamentos, la asignación de citas con especialistas, la programación de ayudas diagnósticas, entre otros servicios, lo que afecta de manera diferencial a personas que ingresan como consecuencia de hechos victimizantes derivados de delitos sexuales¹⁰⁰.

A pesar de que en Colombia contamos con un amplio marco legal para garantizar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) como un derecho fundamental, aún se evidencia acceso limitado e inoportuno a este servicio. Esta situación es resultado de diversas barreras institucionales como la objeción de conciencia indebida, la imposición de trámites administrativos y las dilaciones injustificadas por parte de las EAPB/IPS^{101,102}.

Brechas en calidad de los servicios de atención a la gestante en el control prenatal como en atención del parto identificando que la red de prestadores de algunas EAPB no mantiene porcentajes de adherencia a las guías de atención para control prenatal y atención de parto superiores al 95 %, el cual es el esperado para la ciudad de Bogotá⁹⁴.

Diferencias en el acceso al tratamiento oportuno en la sífilis gestacional entre la gestante y su contacto sexual. Mientras que el tratamiento en la gestante es alto (92 % de las diagnosticadas), la cobertura en el tratamiento de la pareja es bajo (78 %). Esta brecha de atención aumenta significativamente el riesgo de reinfección materna y es el principal factor que contribuye al evento de sífilis congénita.

Se identifica una mayor carga de sífilis congénita en gestantes extranjeras sin afiliación al sistema y sin control prenatal oportuno^{94,103}. Sustentado que las investigaciones epidemiológicas de campo se identifican y documentan barreras de información (desconocimiento de derechos y servicios disponibles), económicas (temor a costos y pagos), administrativas (trámite de afiliación),

culturales y una reducción de la oferta de servicios desde los organismos de cooperación internacional. Estas barreras generan tamizaje tardío, tratamiento inadecuado o incompleto en la gestante y falla en el manejo de contactos, incrementando el riesgo de transmisión vertical.

3.2.2 Problemática 2. “Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud”

La gobernabilidad y la gobernanza del sector salud en Bogotá presenta debilidades estructurales que limitan la capacidad institucional para orientar, articular y ejecutar de manera efectiva las políticas públicas, los planes sectoriales y las acciones territoriales. Aunque la SDS participa en 36 políticas públicas distritales y ha avanzado en iniciativas de atención integral y participación social, la multiplicidad de actores, instancias y agendas no armonizadas genera incoherencias, duplicidad de esfuerzos y dificultades para consolidar resultados sostenibles en salud.

Persisten vacíos en la formulación, coherencia interna y pertinencia operativa de políticas, lo cual afecta su implementación, seguimiento y la capacidad de orientar acciones intersectoriales. Adicionalmente, la planeación del PDD, el PTS y los planes de acción de las políticas públicas carecen de armonización presupuestal, lo que limita la ejecución integral de las metas y genera brechas en la garantía de derechos y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud.

Las dificultades de articulación intersectorial e interinstitucional se expresan también en la gestión del ecosistema de Ciencia, Tecnología e Innovación (CT+I), donde persisten retos para coordinar actores públicos, privados, académicos y comunitarios, así como para asegurar mecanismos sostenibles de investigación, transferencia tecnológica y apropiación social del conocimiento.

A estos retos se suman las limitaciones en la capacidad institucional para regular y equilibrar la configuración territorial de la oferta de servicios de salud. Según el REPS, el predominio del sector privado (99,82 %⁷¹), la baja participación del sector público y la concentración de la oferta en la zona norte profundizan las desigualdades territoriales y reducen la capacidad de gobernanza para orientar la red de servicios conforme a las necesidades de la población.

Finalmente, la débil articulación sectorial, la fragmentación institucional y las restricciones de recursos para el análisis y la evaluación del sector salud afectan la toma de decisiones estratégicas, dificultan la generación de respuestas

oportunas y pertinentes a las necesidades de la población y limitan el ejercicio de la participación social como herramienta de gobernanza democrática.

Desde las mesas locales de bienestar se evidencia una gobernanza intersectorial frágil en varias localidades de Bogotá. En Antonio Nariño, la baja ejecución del Plan Local MAS Bienestar se relaciona con la falta de alcalde durante gran parte del año, la rotación de personal y la ausencia de cronogramas actualizados, lo que ha retrasado actividades comunitarias. En Barrios Unidos persisten dificultades de articulación entre sectores y falta de planificación, sumado a problemas para acceder a la propiedad horizontal, lo que limita la atención a poblaciones vulnerables. En Ciudad Bolívar la prioridad está en salud ambiental y enfermedades crónicas, con preocupación por los efectos del relleno Doña Juana en la salud comunitaria. En Kennedy, la transformación de espacios hacia usos comerciales ha incrementado la violencia y el consumo de sustancias, y existe sensación de baja respuesta institucional, especialmente hacia personas con discapacidad. Finalmente, en Sumapaz, su carácter rural y la centralización administrativa generan desconfianza frente a las políticas públicas, por lo que es necesario fortalecer la presencia institucional y la participación comunitaria²⁰.

3.2.3 Problemática 3. Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población

En el Distrito Capital los principales problemas de salud se explican por la interacción entre condiciones de vida poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales que generan inequidades sistemáticas a lo largo del proceso salud-enfermedad-atención. Estas desigualdades, lejos de ser fortuitas, responden a estructuras históricas que reproducen brechas evitables en el acceso, uso y calidad de los servicios, afectando especialmente a los grupos poblacionales que han sido objeto de discriminación, exclusión y vulneración de derechos. En Bogotá, la garantía efectiva del derecho a la salud continúa limitada por barreras geográficas, comunicativas, sociales, económicas y administrativas, que restringen el acceso a servicios, programas y acciones dirigidas a la atención integral de las poblaciones, perpetuando afectaciones en su desarrollo personal y en la construcción de su trayectoria vital en igualdad de condiciones.

²⁰ “Veo que uno de los mayores problemas es la participación, porque nosotros hablamos de que hacen falta garantías, de que no hay acceso a la salud y bueno, un montón de trastornos mentales que como lo decía el compañero nos trajo la pandemia, pero si nos damos cuenta, por ejemplo, hoy, esta fue una convocatoria masiva y la gente no llegó a la hora que debía llegar. La gente no presta atención” (sic) (Participante Taller Salud Mental, Chapinero, 2024).

La diversidad poblacional de la ciudad refleja inequidades estructurales que impactan de manera diferenciada a los grupos étnicos oficialmente reconocidos, pueblos indígenas, pueblo Rrom (gitano) y comunidades NARP, quienes continúan enfrentando manifestaciones de discriminación racial y un limitado reconocimiento institucional en los ámbitos jurídico y sociopolítico. Sin embargo, estas no son las únicas poblaciones afectadas, otros grupos diferenciales, según su curso de vida, situación, condición, género, identidad u orientación sexual, también experimentan inequidades específicas en sus propios contextos, lo que evidencia la multiplicidad y profundidad de las desigualdades presentes en el territorio.

Estas inequidades se expresan en barreras de acceso, demoras en la atención y deficiencias en la adecuación cultural de los servicios de salud. Además, la movilidad forzada o económica y el desarraigo territorial profundizan estas brechas, pues dificultan la integración plena de sus sistemas de cuidado propio, prácticas tradicionales y dinámicas comunitarias, por ejemplo, en consolidación e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Como consecuencia, los procesos de atención no siempre consideran sus lenguas, formas de organización, concepciones de bienestar y usos y costumbres tradicionales, lo que incrementa el riesgo de recibir una atención fragmentada y con baja adherencia. En este contexto, y en concordancia con los lineamientos establecidos por los CONPES 37, 38, 39 y 40, que fijan medidas afirmativas para reducir estas desigualdades, la ciudad enfrenta el reto de consolidar modelos de atención intercultural que garanticen un acceso efectivo, diferencial y culturalmente pertinente, respetando la identidad y el derecho al cuidado propio y colectivo no solo de los pueblos y comunidades étnicas, sino también de los grupos poblacionales diferenciales.

De la misma forma, la gestión de la salud como un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, continúa presentando debilidades en la coordinación entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, para lograr resultados que respondan a las necesidades y situaciones particulares de los grupos poblacionales diferenciales por curso de vida, situación, condición, género, identidad y orientación sexual, desde una perspectiva interseccional y territorial. Se suma a lo anterior la débil estructura y funcionamiento de los sistemas de información institucional, que no logran alcanzar la suficiente identificación de variables poblacionales diferenciales y de interoperabilidad con otros sistemas,

para analizar situaciones de salud o sociales que afectan a las poblaciones y orienten una repuesta integral y efectiva.

Las inequidades ambientales también inciden de forma importante en el estado de salud. La expansión urbana, el modelo extractivo, la agricultura intensiva con el uso de insumos agrícolas de manera no controlada y la contaminación del aire y del agua afectan más intensamente a comunidades rurales y periurbanas. Las particularidades climáticas de Bogotá, con temporadas marcadas de sequía y lluvias intensas, profundizan los efectos del cambio climático y aumentan la ocurrencia de enfermedades respiratorias, dérmicas y gastrointestinales. Estas afectaciones se agravan por prácticas sanitarias inadecuadas y por la desigual capacidad de respuesta de los territorios, lo que evidencia la necesidad de reconocer zonas de riesgo ambiental y de fortalecer acciones de justicia ambiental y territorial.

En lo social, los estigmas, el desconocimiento de necesidades, la ausencia de ajustes razonables, la persistencia de barreras actitudinales y baja aceptación o accesibilidad de los servicios dispuestos para la atención, generan barreras en el acceso y atención en salud, principalmente en aquellos grupos con mayores situaciones de fragilidad y vulnerabilidad como la población LGBTI, las personas que ejercen actividades sexuales pagadas y las personas con discapacidad por la perpetuación del modelo centrado en la focalización de tipologías por deficiencia y el papel de la sociedad en el desconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos²¹. También se incluye la población cuidadora a la cual no se le da en valor de su labor, con riesgos en su salud física y mental producto de la sobrecarga y las limitadas oportunidades para desarrollar competencias y proyectos de vida²², y la población habitante de calle o en riesgo de habitar la calle consideradas como un grupo de alta exclusión social. De la misma forma, los factores sumados a la violencia urbana, exclusión laboral y desplazamiento forzado se suelen relacionar con el aumento de problemas de salud mental como depresión, ansiedad y consumo de sustancias.

²¹ En particular, las personas con discapacidad continúan encontrando barreras físicas, actitudinales y comunicativas que restringen el ejercicio pleno de sus derechos, entre estos, salud y rehabilitación, excluyéndolos de oportunidades de participar en algunos o todos los entornos de la vida cotidiana. Si bien, la discapacidad es una categoría que permite entender la vida de las personas a partir de esta condición, los actuales desarrollos demandan comprender esta población con sus interseccionalidades.

²² Las personas cuidadoras de personas con discapacidad se consideran una población prioritaria para acceder a los programas, proyectos, beneficios o servicios integrales, dado que se reconoce su vulnerabilidad y el valor social que tiene su rol. Esta vulnerabilidad se evidencia, entre otros aspectos vitales, en su condición de salud, la cual se afecta debido a que dedican la mayor parte de su tiempo y vida al cuidado de otra persona que requiere de apoyo para desarrollar sus actividades cotidianas, lo que conlleva dejar de lado su proyecto de vida, su participación social y las prácticas de autocuidado con afectaciones en su salud física, mental y social que puede generar una condición crónica y posiblemente discapacidad.

Entre otros aspectos sociales los que más se ven afectados son la población migrante internacional, especialmente aquella con estatus irregular, poblaciones étnicas, por curso de vida (niños, niñas y adolescentes – NNA y personas mayores), personas con discapacidad y personas en habitabilidad de calle, las cuales experimentan barreras administrativas, culturales y territoriales que afectan su aseguramiento y continuidad del cuidado. Las gestantes migrantes venezolanas, por ejemplo, reportan desconocimiento sobre los mecanismos para acceder a la atención, lo que incrementa los riesgos en salud materna y neonatal. La movilidad permanente (incluyendo las comunidades que migran hacia la ciudad), las precariedades habitacionales y el hacinamiento aumentan la exposición a enfermedades transmisibles y dificultan la adherencia a tratamientos. Estas inequidades se profundizan cuando los sistemas institucionales no reconocen prácticas comunitarias o modos de vida diferenciados, limitando así respuestas más interculturales e inclusivas limitando el acceso a acciones de promoción, prevención, atención integral y rehabilitación.

En este contexto, la Participación Social en Salud constituye un derecho clave y una herramienta esencial para enfrentar inequidades. Sin embargo, persisten múltiples barreras estructurales como la desigualdad, la estigmatización, el adultocentrismo, el capacitismo en las personas con discapacidad, la discriminación, la violencia y la desarticulación institucional que limitan el involucramiento efectivo de diversos grupos poblacionales, especialmente de aquellos históricamente excluidos, restringiendo su incidencia en la toma de decisiones y en la transformación de las condiciones de vida de sus comunidades. El reconocimiento y aplicación de los enfoques de derechos, poblacional, diferencial y de género, es indispensable para garantizar procesos participativos auténticos, incluyentes y transformadores en lo individual y colectivo, para avanzar en la eliminación de barreras actitudinales, físicas, comunicativas, ocupacionales y tecnológicas para mejores espacios de convivencia.

En el plano económico, las desigualdades se manifiestan en la dificultad de acceder a la canasta básica, especialmente entre comunidades étnicas, rurales, personas con discapacidad, personas mayores, personas migrantes internacionales, así como en los altos niveles de informalidad laboral y la sobrecarga económica que genera el cuidado de personas. Estas condiciones repercuten en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento tardío de enfermedades crónicas no transmisibles, que representan una proporción importante de la

mortalidad en Bogotá, así como en el deterioro de la salud mental, las tensiones familiares y la limitada adopción de hábitos de vida saludables.

Las inequidades territoriales se expresan en la distribución desigual de servicios particularmente con mayores concentraciones en las zonas norte y central, mientras que las periferias urbanas y áreas rurales usualmente donde se ubican grupos de población diferenciales enfrentan mayores distancias, tiempos de desplazamiento y costos para acceder a servicios especializados. Localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Santa Fe, Chapinero y Usaquén registran tiempos promedio de desplazamiento superiores a los propuestos en el POT para garantizar el acceso equitativo a equipamientos sociales. Sumado a esto, el estado actual de la ciudad con la renovación de vías, construcción del metro, viviendas y propiedad horizontal incrementa la presencia de ventas ambulantes y la percepción de inseguridad.

En síntesis, los problemas de salud en Bogotá no pueden interpretarse desde una perspectiva únicamente biomédica. Están profundamente condicionados por inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales que prolongan las trayectorias de enfermedad, limitan el acceso a la prevención y refuerzan la dependencia del sistema de urgencias. Superar estas inequidades requiere descentralizar la oferta, fortalecer la APS, consolidar sistemas de información interoperables con enfoque diferencial, promover acciones intersectoriales y garantizar una participación social efectiva, reconociendo la diversidad poblacional, territorial y social; el impacto del cambio climático y la informalidad laboral de la población capitalina.

3.2.4 Problemática 4: “Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias y desastres”

La información disponible evidencia que Bogotá enfrenta limitaciones estructurales, operativas y ambientales que afectan su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias, desastres y eventos de interés en salud pública. En el componente ambiental se observa un riesgo creciente derivado del cambio climático, expresado en fenómenos de sequía, variabilidad de lluvias e inversiones térmicas que impactan la calidad del aire, el abastecimiento y la potabilidad del agua. Durante 2024 la ciudad experimentó una crisis de abastecimiento de agua potable asociada al Fenómeno de El Niño, el aumento de temperaturas y la disminución de lluvias en las zonas de embalses, lo que obligó al Distrito a implementar racionamientos, campañas de ahorro y se emitió el Decreto Distrital 334 de 2024 sobre uso eficiente del recurso hídrico. La reducción de niveles de los embalses afectó a millones de personas, con

implicaciones directas sobre las condiciones de saneamiento e higiene, especialmente en territorios con mayor vulnerabilidad socioambiental como Usme y Sumapaz, donde la infraestructura de acueducto y saneamiento es limitada.

Según la Secretaría Distrital de Hábitat el 58 % del consumo de agua en los hogares se destina a aseo personal, el 10 % a sanitarios, el 7 % al lavado de ropa y el 2 % al aseo del hogar, cifras que evidencian la presión sobre el recurso hídrico urbano y la estrecha relación entre la disponibilidad de agua y la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Estas condiciones incrementan la exposición de la población a enfermedades transmitidas por agua y vectores, así como a afecciones respiratorias derivadas del deterioro de la calidad ambiental.

En el ámbito sanitario la resistencia antimicrobiana (RAM) constituye un reto creciente; en 2019 se estimaron en Colombia cerca de 4.700 muertes directamente atribuibles y 18.200 relacionadas con este fenómeno, lo que resalta la necesidad de fortalecer la vigilancia, la regulación del uso de antibióticos y las estrategias de control de infecciones. A esto se suma la fragilidad financiera del sistema de salud, evidenciada en las deudas por \$371 mil millones que las EPS mantienen con las subredes hospitalarias distritales, concentradas principalmente en Famisanar, Sanitas y Nueva EPS. Este déficit compromete la sostenibilidad de los servicios y agrava la ocupación hospitalaria del 98 %, acentuada por la atención a pacientes remitidos desde otros territorios.

En cuanto a la respuesta ante emergencias, los informes del COVID-19 (2021–2022) y del Sistema Distrital de Respuesta a Emergencias (2022–2024) señalan deficiencias persistentes en la interoperabilidad de los sistemas de información, el contar con ambientes controlados para el manejo de microorganismos altamente patógenos en el Laboratorio de Salud Pública, la actualización de protocolos y la comunicación interinstitucional. Aunque se han desarrollado ejercicios de preparación y simulacros, se mantienen tiempos de respuesta prolongados y una baja capacidad de coordinación operativa.

El CRUE enfrenta una demanda que supera su capacidad instalada, solo el 30 % de las llamadas a la línea 123 son atendidas de forma inmediata. En 2024 se gestionaron 651.957 incidentes en salud, con un tiempo de respuesta promedio de 32 minutos para incidentes críticos. La sobreocupación de los servicios de urgencias, que en promedio alcanza el 145 % y supera el 200 % en las IPS de

alta complejidad, refleja una desarticulación de la red asistencial, con dificultades en la clasificación de *triage*, así como una capacidad instalada insuficiente para la adecuada asignación de camas. A ello se suman procesos de referencia y contrarreferencia con demoras significativas, limitaciones en la disponibilidad de insumos y tiempos prolongados de retención de ambulancias.

Estas condiciones, junto con la escasez de talento humano, las deficiencias en infraestructura y equipamiento biomédico generan mayores tiempos de espera y disminuyen la resolutiveidad del sistema de atención en salud.

En materia de gestión del riesgo la SGRED reportó en 2024 la atención de 60 incidentes, principalmente por riesgo tecnológico (71,7 %) y aglomeraciones (11,7 %). Se capacitaron más de 9.300 personas como primeros respondientes y se formularon 10 planes de gestión del riesgo sectoriales. No obstante, la cobertura de entrenamiento en comunidades y actores del sistema sigue siendo limitada, lo que refleja una preparación desigual en el territorio. Persisten, además, retos en el seguimiento a los planes de riesgo, la documentación de incumplimientos por parte de prestadores y la definición de rutas intersectoriales efectivas de respuesta.

En este contexto, la ciudad se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad frente a la eventual ocurrencia de grandes desastres naturales, emergencias de origen antrópico o nuevas epidemias, lo que demanda el fortalecimiento integral de la red de servicios y de los mecanismos de respuesta interinstitucional.

En conjunto, las condiciones descritas reflejan una capacidad institucional insuficiente para prevenir, alertar y responder de manera oportuna y articulada ante emergencias y desastres, con repercusiones en la salud pública, la seguridad sanitaria y el bienestar de la población bogotana.

Desde las mesas locales de bienestar se evidencia en las capacidades limitadas para prevenir y responder a emergencias sanitarias y desastres. En Barrios Unidos persisten vacíos en prevención, alerta y respuesta, reflejados en el aumento de VIH, baja comunicación en salud sexual y falta de brigadas comunitarias preparadas ante riesgos como sismos. En Kennedy, la amenaza principal son inundaciones y deterioro ambiental por afectación de humedales y zonas urbano-rurales con contaminación, precariedad sanitaria y asentamientos vulnerables. En Sumapaz, la ruralidad, la baja oferta de salud, escasas ambulancias y dificultades de acceso limitan la atención oportuna en emergencias, brotes y desastres.

3.2.5 Problemática 5: “Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública”

En el distrito persisten situaciones y dinámicas sociales, económicas y territoriales que favorecen la aparición y el desarrollo en enfermedades priorizadas en salud pública con una distribución inequitativa en poblaciones específicas.

Enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT: Las personas con nivel socioeconómico bajo, habitantes de zonas rurales, personas con pertenencia étnica, migrantes y adultos mayores perciben una mayor vulnerabilidad frente a las ECNT. Factores como barreras para acceder a servicios de salud, ausencia de estrategias de diagnóstico temprano y tratamiento específico, son el desplazamiento progresivo a sectores periféricos de la ciudad. Estos sectores tienen menor infraestructura urbana y menor cobertura de servicios; presentan equipamientos comunitarios por gentrificación con la consecuente elevación del costo de vida (en las localidades de Antonio Nariño, Sumapaz, La Candelaria, Fontibón), el crecimiento del trabajo informal y la precarización que trae consigo, se convierten en determinantes sociales que favorecen la aparición o complicaciones de ECNT.

No atender oportunamente las ECNT genera diferentes consecuencias a nivel individual, familiar y social. A nivel individual las complicaciones pueden generar discapacidad, reducción de la autonomía que condiciona el trabajo y la participación en la vida social, además de los problemas de salud mental asociados a tener una ECNT. Lo anterior genera un impacto en la vida familiar por sobrecarga emocional, económica y física, este aspecto es mayor en mujeres cuidadoras. Por último, el aumento en las atenciones, hospitalizaciones e incapacidades genera aumento del gasto en salud. De esta forma, se observa cómo las inequidades sociales impactan la enfermedad en las personas y cómo las consecuencias de la enfermedad perpetúan las inequidades en la carga de enfermedad en la familia y sociedad.

La cobertura de aseguramiento del 97 % no se traduce en acceso efectivo a los servicios, el 48 % de la población en edad productiva presenta riesgo de tener una ECNT. La ausencia de estrategias permanentes de atención primaria extramural y la persistencia de barreras geográficas que restringen el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud, tanto por déficit de oferta como por limitaciones de acceso territorial y administrativo, genera las consecuencias individuales y sociales ya mencionadas. Es importante resaltar que existe un

déficit de atenciones y una ausencia de estrategias enfocadas en la comunidad por parte de los prestadores de servicios de salud.

Cáncer: El cáncer de mama y el cáncer de próstata muestran un aumento en su comportamiento, el de mama un constante ascenso desde 2016 con una tasa de 56,9 casos por cada 100.000 mujeres, con mayor afectación en los grupos de mujeres mayores de 70 años y de 65 a 69 años. La Candelaria con 32,4 muertes por cada 100.000 mujeres y Teusaquillo con 19,5 fueron las localidades más afectadas.

Por su parte, el cáncer de próstata revela un aumento constante y preocupante en la tasa bruta de mortalidad que para 2024 está en 7,8 casos, mostrando un incremento absoluto de 3,0 casos con respecto a 2010, y un crecimiento relativo significativo en el periodo, el país se enfrentará a un desafío considerable para alcanzar la meta de 10,9 casos en 2031, ya que las proyecciones podrían superar esta cifra, sino se revisan las intervenciones de detección temprana y tratamiento.

Para el caso del cáncer de cuello uterino, en 2024 se notificó una incidencia de 48.18 casos por cada 100.000 mujeres, un comportamiento que ha tenido una tendencia hacia la disminución, asociado a la modificación de la definición de caso en el protocolo del Instituto Nacional de Salud, con respecto a 2023. Las localidades con mayor afectación son La Candelaria, Los Mártires, Santa Fe, Engativá y Chapinero, esto a pesar del descenso en la tasa de vacunación contra el VPH.

Salud materna: La mortalidad materna continúa afectando a mujeres sin distinción del tipo de aseguramiento, lo que evidencia fallas estructurales en el sistema de atención, con un indicador de 37,1 x 100.000 nacidos vivos en el año 2024, un aumento con respecto a 2023. Ciudad Bolívar concentró el 25 % de las muertes maternas del Distrito (5 casos), con una alta pobreza multidimensional que se traduce en deficiencias en la atención oportuna y la continuidad del cuidado, seguido de San Cristóbal con 4 casos.

La tasa de fecundidad aumentó con respecto a 2023 con 0,8 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 10 a 14 años, siendo el 21,12 % mujeres de origen extranjero, mientras que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años presenta una tasa de 18,3, hay una disminución frente a 2023, pero las mujeres extranjeras concentran el 29,6 %, esto es evidencia de cómo persisten fallas en la integración de población extranjera en programas de salud sexual y

reproductiva, falta de educación sexual integral, escasos espacios protectores y limitadas redes de apoyo comunitario. Las zonas rurales de Usme y Sumapaz se enfrentan a inequidades en el acceso a los servicios de salud, con controles prenatales tardíos o insuficientes, baja adherencia a las recomendaciones médicas, por ejemplo, Sumapaz es la localidad con la mayor tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 con 46,15.

Para el periodo enero a septiembre de 2025 se registraron 109 casos de nacimientos en menores de 14 años en Bogotá, lo que muestra un descenso de 23,2 %, con respecto al análisis comparativo de este evento durante el mismo periodo en 2024, mientras que para la vigencia 2022 (año línea base) en donde fueron registrados un total de 106 nacidos representa un aumento del 2,8 %. Para el periodo enero a septiembre de 2025 se registran 3.091 casos de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en Bogotá, lo que representa una proporción de 7,4 % del total de nacidos vivos, una disminución del 7,1 % con la respecto a 2024, y una disminución del 29,2 % con respecto a 2022.

Salud mental y convivencia: Para el año 2024 se registraron 363 muertes por suicidio en Bogotá, con una tasa del 4,6 por 100,000 habs., cifra que representa una disminución absoluta de 76 casos respecto a 2023 y una reducción relativa del 17,3 %. Con relación a la distribución por grupo de edad los niños, niñas y adolescentes aportaron el 8,5 % de las muertes por suicidio ocurridas en dicho periodo. Se observan aumentos sostenidos en ideación e intento suicida, especialmente en jóvenes y hombres adultos donde las mayores proporciones en los factores de riesgo se asocian a problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares, problemas en la relación con los padres y los familiares políticos y problemas relacionados con la crianza; localidades como Bosa, Barrios Unidos, San Cristóbal y Sumapaz registran tasas de suicidio y violencia superiores al promedio distrital.

La violencia intrafamiliar, la desigualdad social, la pobreza, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias basadas en género, la falta de acceso a servicios psicosociales y espacios de bienestar agravan la situación en Ciudad Bolívar y Los Mártires, el desplazamiento y la violencia estructural incrementan la vulnerabilidad emocional de la población.

Desnutrición: La desnutrición aguda en menores de 5 años disminuyó de 3,7 % a 1,5 % entre 2020 y 2024, la mortalidad por esta causa se mantiene en 0, y el riesgo de desnutrición aguda se redujo a 12,3 % en 2024, con respecto al 12,7% de 2023, y 37 de cada 100 niños de 5 a 17 años presentan alteraciones

nutricionales, con posibles impactos futuros en su salud y calidad de vida. Estos indicadores se concentran en localidades con mayores niveles de pobreza, informalidad laboral, hacinamiento y dificultades de acceso a alimentos de alto valor nutricional, lo que evidencia inequidades en la soberanía y seguridad alimentaria del territorio. De igual manera, las tasas de desnutrición y riesgo de desnutrición son más altas en migrantes (2,3 y 15,3) e indígenas (4,2 y 14,9) y mayor riesgo de desnutrición en población desplazada (20,0).

Se ha identificado una disminución de la tasa de lactancia materna cercana al 30 % con una proporción distrital de 60,4, esto relacionado a una baja adherencia de gestantes a la consulta de nutrición y de lactancia materna, se evidencia que puede estar relacionada con factores como la desconfianza en el sistema de salud, falta de información por parte del personal de salud, tiempo prolongado para recibir el agendamiento de una cita médica, ubicación lejana de la IPS, bajos recursos económicos y ciertas creencias transgeneracionales.

Enfermedades infecciosas: El análisis de las muertes confirmadas por infección respiratoria aguda en menores de cinco años durante 2024 y 2025 muestra que, pese al descenso progresivo de la mortalidad, persisten patrones que mantienen a la IRA entre las principales causas de muerte infantil en el Distrito. Las muertes continúan concentrándose en menores de 6 meses, principalmente de estratos 1 y 2, sin patologías crónicas y con alta frecuencia de coinfecciones virales y bacterianas. Las unidades de análisis evidencian que el principal riesgo de exposición para los menores de un año sigue siendo el entorno familiar, especialmente en hogares con preescolares y escolares, situaciones de hacinamiento y ausencia de medidas básicas de bioseguridad; adicionalmente, se identificó la exposición de lactantes a aglomeraciones y espacios mal ventilados.

Para el año 2024 se presentó una disminución de casos de hepatitis A en un 65 % respecto al brote de 2023, y para el año 2025 a este mismo corte el decremento es del 13 %. Para el año 2025 se observa un aumento en la confirmación de casos de meningitis por los agentes *streptococcus pneumoniae* y *neisseria meningitidis*, con una incidencia del agente *streptococcus pneumoniae* que supera el histórico esperado de 0,8 casos por 100.000 habitantes siendo la más alta en los últimos 6 años.

Enfermedades huérfanas (EHR): Se notificaron 3.042 casos en Bogotá y otras entidades territoriales donde se evidencia una concentración en la población de cero a cuatro años con un total de 721 casos, y de 5 a 9 años con

234 casos. El 56,6 % de los casos se concentraron en hombres y el 43,4 % en mujeres. Las enfermedades más reportadas en Bogotá fueron: displasia broncopulmonar, esclerosis múltiple, esclerosis sistémica cutánea limitada y microtia. Las tasas por localidad de residencia más altas fueron Santa Fe con 80,7 casos por 100.000 hab., La Candelaria con 73,9, Los Mártires con 71,2, Antonio Nariño con 60,4 y Teusaquillo con 52,9. En relación con las muertes, se presentó una disminución pasando de 30 en 2023 a 23 en 2024, lo que representa un decremento de 23,3 %. Del total de casos notificados por residencia y al realizar el cruce con el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, se tiene que 970 personas reportaron algún tipo de discapacidad, en algunas dos o más tipos de discapacidades. Al realizar el cruce con RUAF (preliminar) se identificaron un total de 81 personas fallecidas con EHR para un total de 104, siendo las localidades de Engativá (n=13) y Rafael Uribe (n=10) con el mayor número de fallecidos.

4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

En el presente capítulo IV, así como el V y VI, se empleó la herramienta dispuesta por el MSPS; se realiza una síntesis de lo allí diligenciado, para mayor detalle ver Anexo 9.

4.1 Respuesta frente a la problemática 1

Se ha avanzado en la implementación del programa de Salud Pública Integrada y la creación de la Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales, para coordinar y articular acciones intersectoriales en salud y bienestar¹⁰⁴. Se han desarrollado acciones operativas en todos los regímenes del Sistema de Seguridad Social, promoviendo la coordinación, el seguimiento de indicadores y la participación social.

Dentro del Modelo MAS Bienestar, se impulsa la gestión del riesgo en salud, promoviendo el autocuidado y la educación para prevenir enfermedades y muertes evitables, mediante nuevos modelos de atención accesibles y efectivos. Se realizan Mesas de MAS Bienestar VCA con las principales EAPB para establecer rutas de atención y reducir barreras de acceso, garantizando atención adecuada y fortaleciendo la atención a agresiones, accidentes y traumas, además de capacitar al talento humano.

A nivel operativo se han realizado acciones para favorecer la implementación de este programa en todos los regímenes de afiliación al Sistema de Seguridad Social, mediante el uso de estrategias de coordinación de acciones entre dependencias, seguimiento a indicadores de la gestión realizada por EAPB e IPS en la ciudad, la articulación con la gestión de políticas, planes y programas, la implementación de estrategias intersectoriales y el fortalecimiento de la participación social.

Los avances en salud pública varían según los temas, pero incluyen el seguimiento y acompañamiento a actores del sistema para detectar factores de riesgo tempranamente, reducir brechas de acceso, fortalecer la continuidad y calidad del cuidado, y mejorar resultados en salud mediante el monitoreo coordinado de indicadores. De manera resumida se identifican avances en los siguientes temas:

4.1.1 Acceso a Servicios de Salud

La SDS asigna presupuesto para financiar y cofinanciar el régimen subsidiado en Bogotá, según la normativa nacional, promoviendo la afiliación, incluyendo estrategias de oficio y articulación con Sisbén IV. Además, suscribe contratos para atender a migrantes irregulares y poblaciones priorizadas como personas con hipertensión, diabetes y VIH, con seguimiento ciudadano en el uso de recursos públicos. También informa a la comunidad sobre procesos de afiliación, permanencia, movilidad y barreras de acceso.

En zonas periféricas, se prioriza la oferta de servicios implementando estrategias específicas en la Subred Sur para facilitar el acceso en Sumapaz. Esto incluye la formulación de propuestas de infraestructura en las unidades San Juan y Nazareth, dotación de equipos y disponibilidad de vehículos para traslados, además de crear una mesa de trabajo con la comunidad para resolver barreras en el acceso a medicamentos.

4.1.2 Calidad de Servicios de Salud

- Acompañamiento y seguimiento a la resolutiveidad de PQRS por parte de EAPB e IPS en el Distrito Capital.
- Implementación de estrategias para verificar requisitos y fortalecer servicios de salud, como el seguimiento a los servicios de urgencias (Equipo GAMA) para optimizar tiempos y garantizar cobertura, y el apoyo del Equipo EVA en la formulación e implementación de planes para mejorar unidades especializadas en el manejo del cáncer.

4.1.3 Fortalecimiento de la Atención Primaria Social

Acompañamiento técnico para implementar la Ruta de promoción y mantenimiento de salud, fortaleciendo la atención primaria social, monitoreando indicadores de salud pública, asesorando a EAPB e IPS en estrategias y recomendaciones, y apoyando planes de mejora.

4.1.4 Materno Perinatal

Implementación del plan intersectorial para promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos con enfoque poblacional, diferencial y de género, incluyendo gestión menstrual y acceso a la IVE según normativa vigente, con un producto específico en la Política Pública de Mujer y Equidad de Género.

Seguimiento técnico a las IPS y EAPB priorizadas para reducir barreras en la atención en IVE, implementar estrategias para disminuir la sífilis congénita mediante tamizaje y tratamiento en control prenatal temprano, eliminar barreras administrativas y fortalecer la adherencia a guías clínicas y estrategia Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI) plus.

Gestión para asegurar la ejecución del 100 % de las acciones para reducir morbilidad y mortalidad materno-perinatal, incluyendo actividades de orientación y seguimiento en la ruta integral de atención materno-perinatal: preconcepción, IVE, atención prenatal, parto, complicaciones y neonatal.

Promoción de la disponibilidad de pruebas rápidas para tamizaje de sífilis gestacional, mejorar el acceso temprano al control prenatal y fortalecer las capacidades del talento humano en guías clínicas, así como realizar seguimiento de casos de sífilis gestacional y congénita hasta un año, gestionando barreras y adherencia en coordinación con vigilancia en salud pública.

El equipo técnico de la Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) Materno Perinatal realiza asistencia técnica y seguimiento continuo al 100 % de las EAPB e IPS del Distrito para garantizar la implementación de las intervenciones vigentes sobre IVE, además de jornadas de fortalecimiento técnico dirigidas al personal de salud.

4.1.5 Cáncer

Seguimiento a los tiempos de oportunidad en diagnóstico y tratamiento de cáncer de útero y mama (estrategia navegadores), con avances en estrategias para mejorar el acceso a servicios y asistencia técnica a EAPB e IPS para

acompañamiento y seguimiento en la implementación de la Ruta Integral, Plan Decenal de Salud Pública, Plan de Choque contra el Cáncer y Circular Conjunta 010 de 2024.

4.1.6 Cardiovascular

Se brinda acompañamiento técnico a EAPB e IPS priorizadas para mejorar la detección temprana de factores de riesgo y condiciones cardiovasculares y metabólicas, garantizar seguimientos estandarizados y oportunos para controlar hipertensión, diabetes y dislipidemias, y avanzar en lineamientos que faciliten la coordinación institucional para la remisión oportuna de pacientes con accidente cerebrovascular e infarto agudo de miocardio¹⁰⁵, así como el seguimiento y atención integral en casos de urgencias u hospitalizaciones.

4.1.7 VIH

Se desarrollan diferentes estrategias incluyendo:

- Educación en promoción y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, con énfasis en prevención combinada y distribución de preservativos.
- Implementación de estrategia distrital de dispensadores de preservativos.
- Realización de tamizajes de VIH, sífilis y hepatitis virales.
- Activación de la ruta de casos positivos para facilitar su acceso al tratamiento.
- Ejecución de la estrategia de caso índice para buscar contactos y cortar la cadena de transmisión.
- Promoción de actividades educativas para reducir el estigma y la discriminación, factores que protegen frente a las ITS.
- Desarrollo de campañas como “Pruébate”, que promueve la prevención combinada del VIH y el reconocimiento de riesgos, incentivando el tamizaje en la población a través de salud pública, alianzas internacionales y atención individual.
- Desde la Gestión Poblacional se ofrece orientación en Centros de Encuentro para facilitar el acceso a servicios y superar barreras en salud.

4.2 Respuesta frente a la problemática 2

La SDS viene desarrollando un conjunto amplio de acciones sectoriales e intersectoriales orientadas a fortalecer la gobernabilidad, la gobernanza, la coordinación territorial y la gestión integral del riesgo en salud, en coherencia con el PDSP. Estas acciones buscan cerrar brechas de articulación, superar la

fragmentación y consolidar capacidades para la rectoría, la planeación conjunta y la atención integral a lo largo del curso de vida.

En el componente de participación, gobernanza territorial y articulación comunitaria, la SDS avanza en la implementación de mesas locales de bienestar entre otros escenarios que promuevan el empoderamiento de personas, comunidades y organizaciones sociales en la toma de decisiones para lograr una respuesta más efectiva y equitativa a sus necesidades y expectativas, y que contribuya a transformar las condiciones que afectan su salud y el bienestar, mediante la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad. Estos espacios buscan fortalecer el diálogo con organizaciones sociales, promover la resolución conjunta de problemas y consolidar liderazgos locales, en línea con el Eje 1 del PDSP, que orienta la cogestión y la coadministración con comunidades, pueblos y organizaciones ciudadanas.

Los componentes de la estrategia de Laboratorios de Innovación Social y Transformación en Salud - LISTOS para MAS Bienestar, están diseñados para fortalecer la participación social en salud y mejorar la gobernanza territorial a través de la articulación con actores comunitarios y gubernamentales, entendiendo que la innovación social es clave para transformar estructuras de poder y fortalecer capacidades locales en salud. Estos componentes generan redes de confianza y aprendizaje colectivo, enfocándose en la creación de comunidades de práctica que promueven liderazgo social, investigación-acción y metodologías participativas para fortalecer la resiliencia comunitaria en salud.

En materia de integralidad en los servicios y eficiencia operativa, la SDS apoya los procesos de interoperabilidad entre IPS y EAPB, liderados por el MSPS. Su contribución se centra en promover la continuidad de la atención, asegurar el intercambio seguro de información, evitar duplicidades administrativas y mejorar la toma de decisiones clínicas y de auditoría médica. Esta interoperabilidad permite avanzar hacia una prestación más eficiente, estructurada y orientada a resultados, beneficiando a usuarios, prestadores y al propio ente rector.

Respecto a la acción intersectorial para la gestión integral del riesgo, la SDS trabaja de manera coordinada con la Secretaría de Integración Social, la Secretaría de Seguridad y Convivencia, la Secretaría Distrital de Planeación, estaciones de policía y unidades URI. Estas acciones conjuntas incluyen identificación temprana de riesgo, activación de rutas, promoción y prevención, canalizaciones y educación en salud para todos los cursos de vida. No obstante,

se evidencia que aún persiste la ausencia de mecanismos permanentes de coordinación e intercambio de información, lo cual la SDS reconoce como un desafío para consolidar una gobernanza compartida que trascienda la intervención sectorial.

En cuanto a gestión de políticas públicas y articulación institucional, la SDS, a través de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública, participa activamente en instancias distritales y locales de coordinación para asegurar la alineación de políticas, el seguimiento a compromisos, la racionalización de la acción pública y la orientación de las responsabilidades sectoriales e intersectoriales. Esta participación busca superar la fragmentación entre sectores y garantizar coherencia entre planes, políticas y acciones territoriales.

La entidad también avanza en la actualización y formulación de la política pública de SPA y lidera la formulación junto con el Consejo Distrital de Estupefacientes y con el apoyo de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, mediante diagnóstico, participación social y elaboración de documentos marco. En esta política, la SDS articula actores comunitarios, academia, organizaciones sociales y sectores distritales y nacionales, enfrentando retos derivados de posiciones divergentes y la necesidad de conciliar enfoques técnicos y políticos.

En el ámbito del seguimiento, evaluación y análisis de políticas, la SDS implementa el producto “análisis de políticas y acciones” en el marco del convenio Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) con las cuatro SISS, garantizando asistencia técnica, apropiación conceptual, diseño metodológico, seguimiento operativo y socialización de resultados; estas acciones fortalecen capacidades institucionales para la toma de decisiones basada en evidencia.

La Secretaría también adelanta procesos de articulación entre equipos técnicos y financieros para garantizar recursos y viabilizar la implementación de los productos de políticas, gestionando actualmente 19 políticas en los territorios y promoviendo compromisos intersectoriales a nivel local.

Finalmente, en el campo de CT+I, la SDS impulsa la consolidación de redes de conocimiento, investigación aplicada, transferencia tecnológica y apropiación social del conocimiento. Además, desarrolla espacios de innovación pública y cooperación con academia, sectores distritales y comunidades, con el fin de fortalecer la soberanía sanitaria y la producción de conocimiento estratégico para

la toma de decisiones. Se identifica que la ausencia de articulación robusta entre instituciones del ecosistema de CT+I aún puede limitar la generación de valor público, por lo cual la SDS asume un rol rector como articuladora del ecosistema.

En conjunto, estas respuestas institucionales reflejan una acción amplia, continua y estructural que busca cerrar brechas históricas de coordinación, gobernanza, formulación de políticas, integración de servicios, producción de conocimiento e interacción intersectorial, contribuyendo de manera directa al cumplimiento del PDSP.

Desde participación social se entrega la respuesta institucional para las localidades como Antonio Nariño, la ejecución del Plan MAS Bienestar estuvo limitada por falta de alcalde y rotación de personal, pero con la nueva administración se reactivó la articulación territorial, apoyada por procesos comunitarios culturales y formativos. En Barrios Unidos, la gestión institucional se focaliza en salud sexual y reproductiva y salud mental, con articulación intersectorial; la comunidad participa activamente en espacios organizativos como ASOJUNTAS, CPL y COPACOS. Así mismo, en Ciudad Bolívar se avanza en compromisos frente a la afectación del relleno Doña Juana y en acciones para mejorar salud materno-infantil y reducir mortalidad por crónicas; la comunidad ha impulsado el seguimiento institucional mediante mesas de trabajo. En Kennedy, la institución actúa mediante control político, mesas y ferias de servicios, mientras la comunidad promueve liderazgo y control social. En Sumapaz, se fortalecen mesas interinstitucionales y jornadas comunitarias para mejorar presencia institucional y reducir inequidades rurales.

4.3 Respuesta frente a la problemática 3

La SDS, en cumplimiento de los tratados internacionales, la Constitución Política (art. 13), las políticas públicas distritales y el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, ha fortalecido la incorporación de los enfoques diferencial-poblacional y de género en la planeación sectorial, conforme a la metodología adoptada mediante la Resolución 2210 de 2021. Este proceso ha permitido integrar progresivamente estrategias, lineamientos, metas, indicadores y presupuestos orientados a responder a las necesidades de grupos poblacionales específicos, reconociendo las categorías de curso de vida, género, situación o condición, así como la interseccionalidad, entendida como la concurrencia de características diferenciales que, en contextos sociales e históricos particulares, profundizan las desigualdades y producen experiencias diferenciadas entre las personas.

En coherencia con este enfoque, la SDS desarrolla dos estrategias complementarias: (i) la transversalización, que busca reducir brechas estructurales y transformar las prácticas institucionales, y (ii) las acciones afirmativas, orientadas a garantizar medidas proporcionales en favor de grupos poblacionales sin vulnerar el principio de igualdad. Bajo estas estrategias, y en articulación con el Modelo MAS Bienestar, se implementan más de 30 acciones colectivas del PSPIC para cumplir la meta 89 del Plan Distrital de Desarrollo y las metas poblacionales del PTS (8 a 16), asegurando la vinculación integral de todos los grupos poblacionales a la oferta de salud. Cabe destacar que a partir de octubre de 2025 y hasta junio de 2027, el PSPIC reorganiza su implementación en el marco de la APS, consolidando acciones integradas que fortalezcan el bienestar, la calidad de vida, la participación y el empoderamiento social para el ejercicio pleno de los derechos.

Asimismo, desde las otras instancias de la SDS se realizan acciones en el Eje 4 del PDSP frente a la garantía del derecho a la salud, aportando a las metas de cobertura universal del distrito manteniendo el acceso a la población no afiliada y articulándose con los regímenes de excepción. Además, bajo el pilar de Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización del Eje 3 del PDSP, la SDS da respuesta a través de la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, la articulación intersectorial, la planificación territorial de servicios y la coordinación de actores públicos y comunitarios.

En el componente ambiental, bajo el Eje 3 del PDSP y en articulación con la meta de “Implementar una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad” del PDD y el PTS, la SDS junto con otros sectores, impulsa acciones de gestión territorial del riesgo, saneamiento básico, vigilancia de la calidad del aire, del agua y de los alimentos, educación ambiental comunitaria, control de vectores y promoción de entornos saludables mediante:

- La apropiación social del conocimiento para tomar decisiones orientadas a la mitigación de factores de riesgo que causan problemáticas en salud relacionadas con condiciones ambientales y sanitarias.
- Fortalecimiento de la estrategia de autorregulación para que los establecimientos cumplan de manera permanente con las normas sanitarias.
- Gestión sectorial e intersectorial, enfocada a aunar esfuerzos con las demás entidades distritales según sea su competencia, así como la participación social y comunitaria, generando acciones conjuntas que mitiguen los factores de riesgo asociados a las problemáticas relacionadas con la salud ambiental presentadas en el territorio.

En materia de participación social la SDS bajo el Eje 2 del PDSP promueve procesos organizativos y comunitarios, fortaleciendo veedurías, consejos locales de participación, mesas poblacionales diferenciales y dispositivos comunitarios de cuidado, desarrollando espacios de formación en control social, participación incidente, vigilancia comunitaria y apropiación del derecho a la salud mediante:

- Fortalecimiento de capacidades organizativas y comunitarias a partir de la identificación, caracterización, concertación y ejecución de planes de trabajo, para potenciar procesos de participación social en salud y la promoción del bienestar en los territorios.
- Fortalecimiento técnico y construcción colectiva con las organizaciones sociales y comunitarias, formas, espacios y mecanismos de participación social en salud, con enfoque poblacional, diferencial y de género. Lo anterior, en el marco de la estrategia LISTOS (Laboratorios de Innovación Social y Transformación en Salud) y en coherencia con la Política de Participación Social en Salud (Resolución 2063 de 2017).
- Avance en la actualización de la guía para la apropiación de los enfoques poblacional, diferencial y de género.
- Conformación de la Red de Jóvenes por MAS Bienestar con Enfoque Poblacional, Diferencial y de Género.
- Seguimiento a barreras con EAPB's en el marco de la atención a población víctima del conflicto armado interno en el Centros de Encuentro.
- Atención individual para la información, orientación y gestión resolutoria, así como sensibilizaciones grupales a las víctimas del conflicto armado interno.
- Ejecución, seguimiento y reporte a productos de las políticas públicas distritales, desde un componente participativo.

En conjunto, las actividades que articulan las decisiones estratégicas de política con la operación territorial del PSPIC y con los ejes de atención primaria en salud, gestión ambiental y participación social permiten que la respuesta sectorial se mantenga alineada con los objetivos del Plan Distrital de Desarrollo, las políticas poblacionales diferenciales y los instrumentos de planeación del sistema de salud. De esta manera, se abordan de forma integral las problemáticas identificadas y se contribuye a garantizar que todas las personas puedan desarrollar su proyecto de vida y construir su trayectoria vital en condiciones de igualdad, dignidad y bienestar.

Desde la comunidad manifiesta que la respuesta institucional se ha dado en Barrios Unidos, la institución prioriza salud sexual y reproductiva y salud mental, con acciones para reducir embarazos no planificados, morbilidad materno-

infantil e intento de suicidio; además, avanza en pactos con establecimientos, capacitaciones y dispositivos comunitarios en colegios. En Kennedy se desarrollan iniciativas interinstitucionales y jornadas de servicios con recuperación de espacios comunitarios. En Sumapaz se fortalecen capacidades de respuesta con la Ruta de la Salud, mejoras en infraestructura de Nazareth y San Juan, y una ruta diferencial para acceso a medicamentos, junto con acciones de articulación comunitaria en el marco del acuerdo campesino-institucional.

4.4 Respuesta frente a la problemática 4

El Distrito Capital ha fortalecido su capacidad de respuesta frente a emergencias sanitarias, desastres y eventos de interés en salud pública mediante acciones sectoriales e intersectoriales articuladas en el Consejo Distrital para la Gestión del Riesgo y Cambio Climático, liderado por el Alcalde Mayor e integrado por la SDS, el Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático (IDIGER), la Secretaría de Ambiente y otras entidades. Este espacio impulsa el uso de modelos predictivos y análisis de precipitación anual, orientando decisiones frente a riesgos climáticos como sequías, inundaciones e incendios forestales.

En este marco, el Concejo de la Ciudad expidió en el año 2020 el Acuerdo 790 *“por el cual se declara la emergencia climática en Bogotá D. C., se reconoce esta emergencia como un asunto prioritario de gestión pública, se definen lineamientos para la adaptación, mitigación y resiliencia frente al cambio climático y se dictan otras disposiciones”*, se han actualizado instrumentos clave como los Planes de Respuesta a Cambio Climático, de Salud Pública y Hospitalarios, así como la Estrategia Distrital de Respuesta a Emergencias y la Estrategia Institucional de Respuesta, que fortalecen la articulación sectorial e interinstitucional. Adicionalmente, los Planes de Contingencia del Aeropuerto El Dorado y del Terminal de Transporte El Salitre mejoran la detección y respuesta temprana ante emergencias sanitarias y epidemiológicas, con el apoyo de la Aeronáutica Civil, Migración Colombia, OPAIN, el Instituto Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

En el componente sanitario la SDS mantiene cobertura del 100 % en la gestión de incidentes por urgencias, emergencias y desastres en salud a través del CRUE, que en el marco del Sistema de Emergencias Médicas en 2024 gestionó más de 650.000 incidentes originados en la línea 123, con un tiempo promedio de respuesta de 32 minutos, avanzando en la implementación del Centro de Contacto de Orientación y Regulación de Urgencias, con atención omnicanal (teléfono, chat, web, chatbot), que optimizará el triage y la orientación oportuna hacia los servicios del modelo MAS Bienestar.

En materia transfusional, la Red Distrital de Sangre y Terapia Celular, conformada por 16 bancos de sangre y 82 IPS con servicios pre transfusionales, alcanzó en 2024 una tasa de donación de 29,4 por cada 1.000 habitantes, superior al promedio nacional (19,14/1.000) y cercana al estándar de países de altos ingresos (31,5/1.000, OMS). Para garantizar el suministro en emergencias, la SDS impulsa estrategias de donación voluntaria y habitual con entidades públicas y privadas: Instituto de Desarrollo Urbano (IDU), Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO) y alcaldías locales, desarrollando acciones de información, educación y comunicación, y coordinando jornadas masivas de donación durante los periodos de baja captación. Además, trabaja con la Subdirección de Gestión del Riesgo en el Plan Territorial de Emergencias y Desastres para el componente transfusional, garantizando la trazabilidad y redistribución de componentes sanguíneos en situaciones críticas.

Entre 2023 y 2024 se construyó un laboratorio de bioseguridad nivel 3 en el Laboratorio de Salud Pública, destinado al diagnóstico e investigación de agentes biológicos emergentes y reemergentes de transmisión aérea. Este logro refuerza el ecosistema distrital de ciencia, tecnología e innovación en salud, incrementando la capacidad de respuesta ante amenazas biológicas.

Durante 2024 Bogotá enfrentó una crisis de abastecimiento de agua por efectos del cambio climático, que redujo los niveles de los embalses y afectó a millones de personas, lo que motivó la expedición del Decreto 334 de 2024, campañas de ahorro y medidas de racionamiento. Esta situación evidenció la vulnerabilidad del sistema hídrico y la necesidad de fortalecer la gestión intersectorial del recurso, dada su relación con el aumento de enfermedades infecciosas, especialmente en población infantil y vulnerable.

El IDIGER, mediante sistemas de alerta temprana, monitorea amenazas socio-naturales y antrópicas, y coordina la activación de los 16 servicios distritales de respuesta, que integran organismos como bomberos, policía y entidades de salud. Estas acciones se enmarcan en el Eje 5 del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, orientado a reducir los impactos del cambio climático en la salud humana y ambiental, mediante la gestión integral del riesgo y la preparación institucional. A su vez, se articulan con el modelo distrital de salud preventiva, predictiva y resolutive, que busca anticiparse al riesgo y garantizar la continuidad de los servicios esenciales.

En conjunto, las estrategias lideradas por la SDS, el IDIGER, la Secretaría de Ambiente, el Cuerpo Oficial de Bomberos y otras entidades reflejan el compromiso institucional con la resiliencia sanitaria y ambiental. La articulación intersectorial, el fortalecimiento técnico-operativo y la promoción de la corresponsabilidad ciudadana consolidan la capacidad de Bogotá para enfrentar emergencias, desastres y los efectos del cambio climático de manera sostenible, efectiva y coordinada, protegiendo la salud y el bienestar de su población.

4.5 Respuesta frente a la problemática 5

ECNT: En el marco del Plan de Desarrollo Distrital 2024–2027 “Bogotá Camina Segura”, específicamente en el Programa Salud Pública Integrada e Integral, el Proyecto de Inversión 8127 – Transformación de la Participación Social para el Bien-Estar, orienta sus esfuerzos a la implementación y evaluación de cuatro líneas de acción en gobernanza y gobernabilidad, con el propósito de fortalecer la intersectorialidad, la gestión de políticas, planes y programas, y la participación social que incide positivamente en los determinantes de la salud en clave de APS. En este contexto, se avanza en el cumplimiento de las metas institucionales, entre ellas, operar 20 equipos locales en los territorios, destinados a robustecer la articulación intersectorial y transectorial para el ejercicio de la gobernanza, así como fortalecer la capacidad y el liderazgo institucional, intersectorial y transectorial con enfoque poblacional, diferencial, intercultural y de género, para facilitar la intervención sobre los determinantes sociales en los niveles distrital y local. En concordancia con la actividad 2.2 del proyecto (establecer acciones para fortalecer la integración de diferentes sectores y actuar de manera conjunta en la comprensión integral y visión compartida de las realidades territoriales), se desarrollaron los Documentos de Comprensión Territorial para las 20 localidades de Bogotá y la proyección del Plan Local de Bienestar, insumos fundamentales para la planificación, el análisis situacional y la toma de decisiones en salud pública.

Para la atención de las necesidades en salud el PDD prioriza la articulación de sectores (salud, movilidad, medio ambiente, educación) para reducir inequidades, con metas trazadoras donde se integran mecanismos de identificación y seguimiento (cuáles y cómo van con esas metas), sistemas de información de Gestión de la Información de Acciones Colectivas en Salud Pública (GESI) y aplicativo Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC), para la identificación desde los diferentes entornos y procesos transversales y seguimiento por parte de los equipos MAS Bienestar en tu hogar.

A través del proyecto de inversión 8141 meta 33 se da continuidad a la implementación del Plan Estratégico y Operativo para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en Bogotá 2020-2030. Construido en alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el desarrollo de las líneas estratégicas de gestión territorial y gobernanza, transformación de los entornos de vida cotidiana, respuesta de los sistemas de salud y gestión del conocimiento e innovación. El plan tiene siete nodos de desarrollo para las acciones sectoriales e intersectoriales los cuales son: seguridad alimentaria y nutricional, promoción de la actividad física, disminución de la exposición ambiental, salud visual auditiva y comunicativa, salud bucal, reducción de los consumos nocivos, atención a condiciones precursoras (obesidad, hipertensión) y los eventos desenlace (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas).

Cáncer: Con respecto a la respuesta contra el cáncer en mayo de 2025 se presentó el programa Navegadores del Bienestar, con el que se busca transformar el sistema de salud desde los territorios, realizando un acompañamiento cercano, continuo y articulado con las personas diagnosticadas con cáncer y sus familias, para ayudarlas a superar las barreras que se encuentren en la prestación del servicio.

Para combatir la disminución en la cobertura de vacunación contra el VPH, el Distrito ha respondido a través de la Mesa de Coordinación Territorial un espacio interinstitucional que promueve acciones coordinadas para mejorar las coberturas de vacunación contra el VPH y fortalecer la confianza de la comunidad en la seguridad y eficacia de la vacuna, se han implementado estrategias de vacunación escolar y alianzas intersectoriales para sensibilizar y mejorar la tasa de vacunación.

Salud materna: La mesa de seguimiento a la mortalidad materna y perinatal permite el análisis y seguimiento de los casos de mortalidad materna en el Distrito, así como la identificación de barreras, la evaluación de los indicadores, y la toma de decisiones inmediatas para fortalecer o ajustar estrategias y promover acciones conjuntas que contribuyan efectivamente a la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Bogotá.

Orientación y acompañamiento técnico a las IPS y EAPB en el nivel primario y complementario, en la identificación oportuna del riesgo biopsicosocial y la

intervención oportuna de condiciones de salud de riesgo para las mujeres y personas gestantes, y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Gestores de Bienestar que priorizan la atención a la población gestante en las 20 localidades del Distrito Capital, junto con mujeres con intención reproductiva y personas con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad, con el fin de reducir la morbilidad materna. Así como la estrategia Ángeles Guardianes de seguimiento a mujeres gestantes, atención del parto y postparto que ha contribuido a disminuir la morbilidad materna extrema contribuyendo de manera significativa a la reducción de la mortalidad materna en la capital en años anteriores.

La mesa de expertos de salud materna y perinatal ha permitido el seguimiento nominal de las gestantes del Distrito Capital y el monitoreo distrital de los indicadores estratégicos en salud materna y perinatal, fortaleciendo la respuesta del sistema de salud frente a los riesgos identificados, impactando positivamente en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

La Línea Bienestar es un medio de teleorientación dirigida a gestantes y cuidadores de menores de cinco años, con el propósito de identificar de manera temprana riesgos en salud y contribuir a la reducción de morbilidad y mortalidad en estos grupos poblacionales, la cual empezó a operar en el mes de mayo del año en curso.

La Línea EVA (Línea de Evaluación y Acompañamiento de la Atención en Salud,) se evalúa desde la experiencia de los usuarios el avance del modelo MAS Bienestar, en aspectos clave para la gestión del riesgo y el cuidado de la salud de la ciudadanía.

Dentro Plan de Desarrollo Distrital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”, Objetivo 2 “Bogotá confía en su bienestar”, programa Salud Pública Integrada e Integral, se configura en el Plan Territorial de Salud PTS-PDD 2024-2027, dentro del proyecto de inversión 8141 la meta “Implementar el plan intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos con enfoque poblacional, diferencial y de género, incluyendo la gestión menstrual y el acceso a la IVE acorde a la jurisprudencia y la normatividad vigente”.

Se plantean cuatro líneas de acción para la implementación del plan intersectorial, desde las cuales se articulan intervenciones para la reducción del embarazo en adolescentes en el Distrito:

- Promoción de la vivencia de la sexualidad placentera, difusión y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los entornos de vida cotidiana.
- Educación para la salud en sexualidad en todos los cursos de vida.
- Fortalecimiento de la calidad en la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes desde las atenciones individuales y colectivas.
- Abordaje interinstitucional.

Las intervenciones se desarrollan a través de acciones cuidadoras que buscan potenciar esfuerzos del sector para promocionar y garantizar el acceso y la equidad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, en acciones individuales y colectivas bajo el marco del modelo de atención MAS Bienestar.

Los equipos del PSPIC, bajo una perspectiva integrada e integral desarrollan acciones cuidadoras encaminadas hacia la promoción, el reconocimiento, el ejercicio pleno, autónomo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y la equidad de género buscando incidir en los determinantes sociales de la salud, avanzado hacia una sociedad más justa e igualitaria.

Las acciones para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos desarrolladas por los equipos del PSPIC incluyen temáticas para la promoción del autocuidado desde el respeto, reconocimiento y valoración de la diversidad, prevención de violencia sexual, apropiación y ejercicio de los derechos, a través del abordaje a personas, familias y comunidades que transitan en los diferentes entornos de vida cotidiana.

La educación para la salud en perspectiva dialógica para la promoción de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos se realiza a través de una metodología de aprendizaje experiencial y participativo, que busca robustecer el sentido de ciudadanía mediante el abordaje de responsabilidades y derechos sexuales y derechos reproductivos. Esto permite el reconocimiento de las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, desde una mirada integral y como ciudadanos con derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos, al igual que todos los actores sociales, considerando las especiales características de las personas menores de edad desde un enfoque diferencial, poblacional y de género.

La ciudad cuenta con la mesa distrital para la prevención y atención de la maternidad y paternidad temprana, liderada por la Secretaría de Integración, de la cual hacen parte entidades distritales tales como la Secretaría de Educación, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Salud y otros participantes como el ICBF, en este espacio de articulación se aúnan esfuerzos desde la misionalidad de cada una de las entidades participantes, para fortalecer la oferta y realizar acciones conjuntas.

Desnutrición: Desde el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar se han orientado acciones intersectoriales e interinstitucionales para abordar las condiciones estructurales que inciden en el riesgo de desnutrición infantil, y en la salud nutricional de las gestantes. A través del artículo 46 del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura 2024-2028” la APS como estrategia eminentemente social que trasciende al sector salud, requiere de la transectorialidad e intersectorialidad, lo que conlleva la articulación con los sectores de educación, integración social, desarrollo económico y participación comunitaria, donde se promueven entornos alimentarios saludables, el fortalecimiento de capacidades familiares en prácticas de alimentación y lactancia materna, y la identificación temprana de riesgos nutricionales desde el ámbito comunitario.

En el marco de la transformación del modelo de atención, se espera avanzar hacia una atención centrada en el bienestar, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la desnutrición, fortaleciendo la presencia territorial de los equipos MAS Bienestar para el acompañamiento a familias con niñas, niños y gestantes en riesgo. Esta transformación pretende consolidar un sistema de salud más cercano, confiable y articulado con las realidades territoriales, reduciendo las barreras de acceso, fortaleciendo la confianza en los servicios de salud y contribuyendo de manera sostenible al bienestar nutricional de la población infantil y materna en Bogotá.

Actualmente se implementan estrategias integrales para abordar el riesgo nutricional en Bogotá, destacándose el Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional (SISVAN), que permite el monitoreo permanente del estado nutricional mediante indicadores antropométricos recolectados por 315 IPS notificadoras. Esta estrategia se articula con la Política Pública Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPSAN 2019–2031), cuyo eje rector es la construcción de ciudadanía alimentaria. La PPSAN se operacionaliza a través del PSPIC, que despliega acciones en los entornos: hogar, educativo, institucional, comunitario y laboral, promoviendo el derecho a la alimentación con un abordaje

integral desde la APS. Las acciones concretas incluyen búsqueda activa de casos de desnutrición, atención interdisciplinaria, formación en hábitos saludables, promoción y protección de la lactancia materna y desarrollo de huertas comunitarias. En el entorno educativo se realizan tamizajes nutricionales y actividades pedagógicas con niños y familias promoviendo familias con más bienestar; adicional, en el entorno institucional se capacita a madres comunitarias y agentes educativas del ICBF, y se hace seguimiento a casos de malnutrición reportados. En el entorno laboral se fortalecen espacios para la lactancia y se realizan tamizajes a niños acompañantes.

La gestión intersectorial se articula mediante la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) y la Mesa Intersectorial de Alteraciones Nutricionales, que consolidaron una Ruta de Atención al Riesgo de Desnutrición Aguda. El seguimiento a los casos de desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda se realiza a través de SISVAN, Dirección de Aseguramiento, complementado con llamadas de verificación y fortalecimiento técnico de las IPS en la RIAS para alteraciones nutricionales.

Salud mental: como respuesta a la problemática de la conducta suicida en la ciudad, la Secretaría Distrital de Salud incluyó en el Plan de Desarrollo de 2024-2027 una meta orientada a reducir la tasa de mortalidad por suicidio a 5,2 por 100.000 habs. Para ello, se implementa el plan intersectorial de prevención y atención a la conducta suicida, el cual es liderado en el marco de la mesa de promoción y prevención del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental, integrado por diferentes agremiaciones, instituciones, academia y comunidad, en el cual se ha integrado desde la Administración Distrital, la Secretaría de Educación, Secretaría de Integración Social y la Secretaría Distrital de la Mujer. Este plan incluye cuatro líneas estratégicas desde donde se desarrollan diferentes acciones: estrategia de comunicación, desarrollo de capacidades, atención en salud y gestión de la información.

Enfermedades infecciosas: Frente a las acciones en la confirmación de casos de meningitis bacteriana, se realiza administración de profilaxis a los contactos estrechos por el agente neisseria meningitidis para la contención del evento, se realiza búsqueda activa institucional y comunitaria de casos e investigaciones epidemiológicas de campo, con el fin de identificar fuente de infección.

Enfermedades huérfanas y raras: La Mesa Técnica Distrital de Enfermedades Huérfanas se creó a partir del acuerdo 131 de 2013 del Concejo de Bogotá y actualmente se encuentra articulada con las cinco líneas del Plan Nacional de

Gestión de Enfermedades Huérfanas/Raras del Ministerio de Salud del año 2024, resultando en un avance para el Distrito en la creación de la mesa, que es una de las líneas de trabajo (creación de la Mesa Territorial de EHR), también en el avance de las demás que se han venido fortaleciendo, lo que permite tener un mayor reconocimiento de éstas en el Distrito Capital.

4.6 Conclusiones

La respuesta institucional del sector salud frente a las problemáticas y necesidades sociales y ambientales se ha articulado principalmente a través de la formulación, actualización y operación de políticas públicas, planes, programas y proyectos territoriales, evidenciando avances importantes en capacidades institucionales para la articulación territorial, la coordinación intersectorial y la incorporación de enfoques poblacionales, diferenciales, de género y de curso de vida, mediante instancias de gobernanza, dispositivos comunitarios y una reorganización del PSPIC orientada a la APS. En este sentido, las respuestas no son acciones aisladas, sino parte de un entramado de rectoría y planeación que busca dar continuidad y coherencia a las intervenciones frente a las problemáticas priorizadas.

Bogotá ha fortalecido su preparación y respuesta frente a emergencias, desastres y riesgos sanitarios mediante la actualización de planes, el uso de modelos predictivos, el fortalecimiento del CRUE y la expansión de la infraestructura de laboratorio; aunque eventos recientes como la crisis hídrica evidencian vulnerabilidades persistentes que requieren profundizar la gestión intersectorial y comunitaria. En el ámbito de las problemáticas crónicas, ECNT, salud materna, salud sexual y reproductiva, desnutrición, salud mental y enfermedades infecciosas, la ciudad ha transitado hacia un modelo de gestión del riesgo basado en APS, rutas de atención y acompañamiento continuo, aun cuando persisten brechas de acceso, rezagos en coberturas y desigualdades territoriales. De manera complementa, las acciones de las comunidades, veedurías, liderazgos locales y organizaciones sociales han fortalecido la vigilancia social, la activación de rutas, la prevención comunitaria y la gestión del riesgo, aportando al pilar de Participación Social Transformadora del MAS Bienestar, demostrando que la gobernanza en salud se sostiene tanto en la planeación institucional como en la capacidad organizativa y la corresponsabilidad ciudadana.

En síntesis, las respuestas analizadas muestran un campo institucional en movimiento, donde la SDS ha desplegado un conjunto amplio de políticas, planes, productos y dispositivos territoriales que buscan dar respuesta a las

problemáticas priorizadas en el ASIS, en coherencia con los ejes y metas del PDSP, del PDD y del PTS. La riqueza de la evidencia empírica, normativa, programática, operativa y comunitaria, permite concluir que el Distrito ha avanzado en la construcción de una arquitectura de gobernanza en salud más sólida, territorializada y sensible a los enfoques diferenciales; sin embargo, también pone de relieve la necesidad de consolidar la continuidad, la articulación y la capacidad transformadora de estas respuestas, de modo que las decisiones estratégicas se traduzcan efectivamente en reducción de brechas, mejora de la calidad de vida y garantía del derecho a la salud para todas las personas en Bogotá.

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

5.1 Identificación de problemas y necesidades

La identificación de problemas y necesidades de salud en el territorio parte del análisis desarrollado en los capítulos anteriores, complementado con los ASIS locales, poblacionales y otras herramientas epidemiológicas y sociales. En concordancia con el Capítulo 5 del PTS, se reconocen las principales necesidades a gestionar en el Distrito Capital enmarcadas en las problemáticas 1 a la 5. Estas necesidades orientan el proceso de priorización desarrollado en este capítulo.

5.2 Priorización

Criterios problemas	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervenir la problemática o necesidad en salud	Viabilidad del problema o necesidad en salud
Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto
Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital, que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto
Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto
Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	Alto	Muy Alto	Alto	Muy Alto	Muy Alto
Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Alto	Muy Alto

5.3 Propuesta de abordaje

La priorización de problemáticas realizada se articula plenamente con el PTS, el PDD y el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, los cuales ya establecen las líneas estratégicas, metas y acciones necesarias para su intervención. De igual forma, estas prioridades se integran en los ejes del PDSP, donde se definen las transformaciones esperadas en materia de equidad, territorialización, gestión del riesgo, participación social y garantía del derecho a la salud.

En este marco, el abordaje de los problemas priorizados no implica la formulación de nuevas líneas estratégicas, sino la continuidad y fortalecimiento de las acciones ya definidas en los instrumentos de planeación mencionados, asegurando que su implementación mantenga la perspectiva de equidad, derechos humanos, diversidad poblacional, curso de vida y participación ciudadana incidente. Los cuatro pilares del Modelo MAS Bienestar: gestión integral del riesgo, atención primaria, participación social transformadora y redes integrales e integradas de servicios, proporcionan el soporte operativo para orientar estas intervenciones en los territorios, articulando el trabajo institucional con actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios.

De igual manera, se contempla dentro del componente anual de inversiones los recursos necesarios para operacionalizar dichas acciones, priorizando especialmente las relacionadas con la primera problemática, el acceso y la garantía del derecho a la salud, en el marco del rol rector de la SDS. Este enfoque presupuestal y programático permite que la inversión pública contribuya simultáneamente al cierre de brechas, la mitigación de inequidades y la respuesta a determinantes sociales emergentes, integrando todos los componentes definidos en el PTS.

En conjunto, esta propuesta de abordaje reafirma la coherencia entre la priorización realizada y los instrumentos de planificación vigentes, fortaleciendo la capacidad distrital para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, preventivo, resolutivo y centrado en el bienestar de todas las personas y poblaciones del Distrito Capital.

6. 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

6.1 Problemática 1

- Solicitar planes de mejora a las EPS en Bogotá según hallazgos en las estrategias de Inspección Vigilancia y Control, y realizar seguimiento al cumplimiento de dichas acciones.
- Implementar mecanismos de acceso para la población afiliada a entidades de régimen exceptuado.
- Optimizar la capacidad resolutoria de urgencias y mejorar la oportunidad de atención.
- Implementar un ciclo de mejora continua en gestión farmacológica mediante acompañamiento.
- Garantizar trazabilidad y cobertura total en tratamientos odontológicos, alineando oferta con demanda y necesidades de salud oral.
- Escalar la excelente experiencia del usuario hacia un modelo de calidad sostenible basado en satisfacción y recomendación.
- Establecer un Modelo de Gestión de Demanda y Oferta Especializada para asegurar acceso oportuno y equitativo en el Distrito Capital.

6.2 Problemática 2

- Fortalecer las capacidades técnicas y de gobierno de datos en todas las instituciones del sector salud, mediante procesos de formación continua en interoperabilidad, ética del manejo de datos, analítica y seguridad de la información.
- Avanzar en la articulación de la plataforma de interoperabilidad en salud con los sistemas de información de otros sectores como educación, integración social, protección, movilidad, ambiente e ICBF, para garantizar una atención integral y una gestión más eficiente de las poblaciones priorizadas.
- Desde la perspectiva de la gobernabilidad, consolidar las capacidades institucionales para la planificación, coordinación intrainstitucional y gestión territorial, asegurando que las acciones del sector salud mantengan enfoque territorial, comunitario y diferencial. Aunque estrategias como “MAS Bienestar en tu Hogar” promueven espacios de articulación, es necesario avanzar hacia una gobernanza intersectorial más estructurada y sostenida.
- Fortalecer la gobernanza intersectorial y transectorial, superando la actual fragmentación entre sectores. Se requiere establecer mecanismos permanentes, corresponsables y sistemáticos para la planeación, ejecución y

seguimiento de acciones conjuntas, de modo que se logren resultados colectivos en salud más consistentes y sostenibles.

- Impulsar la planificación estratégica integral desde los niveles directivos de los diferentes sectores y al interior del sector salud, garantizando lineamientos comunes que orienten acciones menos fragmentadas y más articuladas en los territorios.
- Asegurar que el proceso de formulación del problema público sea robusto, con un marco teórico-conceptual sólido que sustente la política pública y permita una mejor planificación estratégica, acompañada de un plan de acción claramente estructurado.
- Promover la apropiación institucional de los resultados obtenidos en los análisis de políticas, garantizando que sean comprendidos, considerados y utilizados por los niveles directivos para orientar la toma de decisiones informada.
- Establecer a nivel distrital y local espacios permanentes de concertación intersectorial que faciliten la definición conjunta de acciones territoriales, fortalezcan una visión compartida del bienestar y garanticen el desarrollo de las herramientas necesarias para que las comunidades participen activamente en su gestión.
- Fortalecer la articulación interinstitucional y la cultura de innovación pública en salud, promoviendo la transparencia, la participación ciudadana y la colaboración entre sectores. Asimismo, consolidar capacidades técnicas y de gestión del conocimiento, asegurar la sostenibilidad financiera de los proyectos de CT+I y fomentar la apropiación social del conocimiento, garantizando que la investigación y la innovación se traduzcan en soluciones efectivas y duraderas para el bienestar de la población.

6.3 Problemática 3

- Los bienes y servicios en salud deben responder a la garantía del derecho a la salud y alinearse con los determinantes sociales que influyen en los problemas y necesidades de la población. Para ello, es indispensable evitar la fragmentación de las intervenciones y fortalecer la intersectorialidad, especialmente en ámbitos como inclusión social y migración, de manera que los procesos de aseguramiento, la gestión del riesgo y la prestación de servicios actúen de forma articulada. Solo así es posible asegurar que los productos y acciones en salud respondan de manera oportuna, coherente y culturalmente pertinente a las realidades y condiciones de vida de las

- poblaciones, particularmente de aquellas en mayor situación de vulnerabilidad.
- Se deben actualizar los sistemas de información, recursos técnicos y financieros para mejorar la gestión de la salud pública y la respuesta institucional.
 - Fortalecer la incorporación de los enfoques poblacional, diferencial y de género en las acciones individuales, colectivas y poblacionales a fin de potenciar respuestas en salud y sociales de manera integral e integrada, reconociendo las características y contexto de vida, diversas de las poblaciones, las decisiones normativas y conceptuales que orientan los instrumentos de planificación, ejecución y evaluación en el Distrito Capital.
 - Continuar avanzando de los niveles de cooperación de gestión intersectorial a la coordinación e integración entre sectores para orientar acciones y respuestas más efectivas a las necesidades de salud, bienestar y calidad de vida de los grupos poblacionales que habitan la ciudad.
 - Aunque no se formula como una recomendación específica, resulta fundamental mantener y fortalecer la recolección sistemática de información en salud ambiental asociada a la implementación de la red. Contar con estos insumos garantiza un seguimiento técnico riguroso y la revisión permanente de los avances en las acciones de salud ambiental, soportando la toma de decisiones y la gestión territorial en este componente.
 - Promover que las SISS fortalezcan la adopción de políticas públicas que incluyan poblaciones vulnerables, diseñando acciones que aporten a las priorizadas.
 - Se deben garantizar los ajustes razonables para la atención de poblacional diferencial (por ejemplo: señalización usuarios con discapacidad, formatos, páginas web, dispositivos electrónicos, infraestructura y dotación, entre otros) así como continuar el diálogo intercultural.
 - Fortalecer de manera integral los procesos de Participación Social en Salud, avanzando más allá de los niveles básicos de consulta hacia mecanismos que garanticen una incidencia efectiva de la ciudadanía en la toma de decisiones públicas. Para ello, es necesario robustecer las capacidades institucionales y comunitarias, de modo que se superen las debilidades identificadas en el PTS relacionadas con la limitada influencia ciudadana, la fragmentación de la información y la baja articulación intersectorial.

En este sentido, se recomienda fortalecer la implementación de estrategias que promuevan la participación social transformadora, el empoderamiento ciudadano y la corresponsabilidad en la gestión pública. Estas acciones deben

enfocarse en mejorar la transparencia, fortalecer el control social y consolidar la confianza de la ciudadanía en las instituciones.

- Se recomienda fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de gobierno, el sector privado, la academia y los observatorios, con el fin de consolidar soluciones basadas en evidencia y promover políticas públicas participativas orientadas a reducir desigualdades y mejorar la calidad de vida de la población. Asimismo, es prioritario optimizar y unificar los procesos de caracterización poblacional y los sistemas de información existentes, evitando reprocesos y garantizando datos oportunos y coherentes que soporten una toma de decisiones más eficiente y una gestión pública orientada al bienestar comunitario.

Si bien el Distrito ha avanzado en la implementación de acciones orientadas a garantizar la Participación Social en Salud con enfoque de derechos, poblacional, diferencial, territorial y de género, es necesario fortalecer de manera más consistente y sostenida estos procesos para asegurar su impacto real en la toma de decisiones públicas. En este sentido, se recomienda consolidar mecanismos más inclusivos, accesibles y culturalmente pertinentes que potencien la participación efectiva de todos los grupos poblacionales, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas mayores, mujeres en todas sus diferencial e interseccionalidades, población de los sectores LGBTI, comunidades étnicas, personas con discapacidad, VCA interno, población migrante, comunidades rurales y colectivos vinculados al abordaje de los derechos humanos, la seguridad nutricional y alimentaria, la Salud Mental y Sustancias Psicoactivas, entre otros, reconociendo sus diversidades, saberes y trayectorias.

- Para avanzar en una participación verdaderamente transformadora, se requiere profundizar la territorialización de las estrategias, robustecer la articulación intersectorial, ampliar los apoyos técnicos y materiales, fortalecer las capacidades comunitarias y mejorar los canales de comunicación con lenguaje claro y accesible. De igual forma, es indispensable consolidar rutas de formación, liderazgo y acompañamiento que permitan disminuir las barreras estructurales, simbólicas, culturales y actitudinales que aún limitan la incidencia real de estos grupos en la planificación y evaluación del sistema de salud.
- En síntesis, se propone potenciar y ampliar las acciones ya existentes, garantizando que la participación social se ejerza de manera incidente, vinculante, consciente, equitativa y sostenible, y que contribuya al fortalecimiento del derecho a la salud, fomentar el bienestar territorial y

reconocer a las comunidades como actores claves en la transformación de sus realidades.

- Es prioritario consolidar mecanismos efectivos de participación social en salud con y para adolescentes y jóvenes, que reconozcan su diversidad y les garanticen incidencia real en la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas. Esto exige superar el enfoque adulto céntrico mediante estrategias pedagógicas, digitales y comunitarias que habiliten su voz como sujetos políticos de derecho, integrando un abordaje interseccional que articule salud, educación, cultura, juventudes y protección social. Además, fortalecer su formación en derechos, autocuidado, liderazgo y acción colectiva desde el enfoque de género y diferencial, permitirá avanzar hacia una participación transformadora y sostenible, en la que adolescentes y jóvenes sean protagonistas de entornos inclusivos, protectores y corresponsables en salud.
- Diseñar e implementar estrategias territoriales que fortalezcan la participación social de las mujeres, reconociendo sus roles diversos, tiempos y condiciones de vida. Esto incluye garantizar servicios de salud con enfoque de género, diferencial y territorial, promover entornos seguros y libres de violencia, flexibilizar horarios y trámites de participación, y fortalecer el liderazgo femenino desde lo comunitario, con acciones afirmativas que reconozcan su experiencia, necesidades y capacidades. Es fundamental generar datos desagregados y sostenibles para monitorear su incidencia real y avanzar hacia una participación social transformadora en salud.

6.4 Problemática 4

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

- Optimizar los sistemas de información en salud, tanto a nivel territorial como nacional, para avanzar en su interoperabilidad y así favorecer la trazabilidad de la atención en situaciones de urgencias, emergencias y desastres, fortaleciendo la continuidad y oportunidad de la respuesta institucional.
- Acelerar la elaboración e implementación del plan territorial de emergencias para uso y gestión de componentes sanguíneos.
- Evaluar y garantizar la atención integral durante las emergencias, desastres, brotes y epidemias, mediante el fortalecimiento de la Dirección de Urgencias, Emergencias en Salud y el Sistema de Emergencias Médicas (SEM), junto con estrategias de reducción de riesgos y manejo de desastres en salud.

- Ampliar la cobertura de las estrategias de fortalecimiento de las capacidades del personal de salud del SEM y a la comunidad en temas de urgencias, emergencias y desastres, así como en temas de diversidad en la comunicación del riesgo, con el objetivo de proteger la misión médica y mitigar vulnerabilidades.
- Mejorar la articulación de los actores sectoriales e intersectoriales y comunitarios que hacen parte del Plan de Gestión Integral de Riesgos de Emergencia y Desastres (PGIRED) en la planificación de salud del Distrito, con acciones plurianuales.
- Contar con un sistema de comunicación robusto y efectivo para la respuesta ante emergencias y desastres.
- Realizar simulacros donde se fortalezca la respuesta a emergencias con los actores del orden distrital.
- Fortalecer los espacios de análisis de eventos o de emergencias en salud pública o emergencias en salud en espacios como salas de crisis, salas de análisis de riesgo para la toma de decisiones acertadas y oportunas.
- Es necesario fortalecer el Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático (CLGR-CC) para mejorar la articulación comunitaria e institucional. Se propone actualizar el Plan Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático, incorporando enfoques participativos y acciones de prevención, mitigación y adaptación. Este proceso debe incluir formación y diálogo intersectorial para promover la apropiación social del riesgo y consolidar una gobernanza territorial efectiva y resiliente. Además, es necesario que este proceso esté acompañado de espacios de formación, diálogo intersectorial y corresponsabilidad, que garanticen la apropiación social del riesgo y la construcción de entornos protectores y resilientes. La articulación entre actores locales, institucionales y comunitarios será esencial para consolidar una gobernanza territorial efectiva y sensible a las realidades del entorno.
- A través del modelo MAS Bienestar continuar con el fortalecimiento de las capas de baja, mediana y alta complejidad de los servicios de urgencias con equipos resolutivos, mediante la adquisición de tecnología de punta y de las capacidades del talento humano. Así mismo, en la línea de atención del CRUE se realizará una ampliación de los canales de comunicación y se abrirá la posibilidad de derivar las solicitudes de servicios a las EAPB y a las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

6.5 Problemática 5

- Fortalecer la apropiación territorial de los equipos locales, asegurando su consolidación operativa y continuidad, dado que constituyen el principal mecanismo para dinamizar la articulación intersectorial y transectorial en los territorios.
- Profundizar los procesos de formación y acompañamiento técnico a los actores institucionales y comunitarios, con el fin de fortalecer capacidades en gobernanza, liderazgo social y análisis de determinantes, garantizando que los principios de la APS se traduzcan en prácticas sostenibles.
- Asegurar el uso sistemático de los Documentos de Comprensión Territorial como herramientas vivas de análisis y planeación, integrándolos de manera explícita en los ciclos de formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Locales de Bienestar.
- Promover la articulación efectiva entre sectores, evitando la duplicidad de acciones y potenciando intervenciones conjuntas que permitan actuar sobre los determinantes sociales de manera integral, con enfoque diferencial, intercultural y de género.
- Consolidar mecanismos de participación incidente, que faciliten la incorporación de las voces comunitarias en la priorización territorial, en la toma de decisiones y en la evaluación de las respuestas institucionales, en coherencia con los propósitos de transformación de la participación social para el Bien-Estar.
- Fortalecer los sistemas de información y trazabilidad territorial, de modo que los avances, brechas y necesidades identificadas por los equipos locales alimenten oportunamente los procesos de planeación distrital y local.
- Asegurar la articulación del Plan Local de Bienestar con los instrumentos de política pública existentes, de manera que las acciones proyectadas tengan sostenibilidad y generen transformaciones estructurales en los determinantes que afectan la salud y el bienestar en cada localidad.
- Consolidar un protocolo específico de acompañamiento psicosocial para mujeres con cáncer de mama y cáncer de cérvix, que incluya formación en contención emocional, identificación temprana de señales de riesgo, articulación con servicios de salud mental y activación de redes comunitarias de apoyo. Esto permitirá atender de manera más efectiva las barreras psicosociales, culturales y actitudinales, que representan los mayores desafíos para la continuidad del cuidado y la adherencia al tratamiento, así como el proceso de cierre de las barreras no administrativas en la Navegación de Bienestar.

- Consolidar las mesas territoriales como espacios técnicos de decisión, seguimiento y articulación intersectorial incluyendo actores clave como EAPB, Subredes, entes territoriales, líderes comunitarios y representantes de educación y protección infantil.
- Desarrollar campañas educativas para aumentar la confianza en las vacunas y combatir la desinformación.
- Fortalecer la detección temprana de casos probables de meningitis bacteriana en servicios de salud de urgencias, garantizando la notificación inmediata al sistema de vigilancia, y realizar búsqueda activa institucional y comunitaria de casos.
- Asegurar la investigación de campo para identificar el foco de infección, contactos y posibles factores de riesgo.
- Dar la continuidad a la coordinación intersectorial para la prevención y atención a la conducta suicida.
- Con el fin de contribuir de manera sostenida a la reducción de la mortalidad por IRA en los menores de cinco años, se deben mejorar las condiciones de vida y del entorno familiar, promover prácticas de cuidado adecuadas y la identificación oportuna de signos de alarma, disminuir la exposición a riesgos ambientales y a la transmisión de infecciones respiratorias, garantizar acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud, reforzar la prevención primaria, incluida la vacunación y la educación para la salud.

6.6 Conclusiones

La revisión del informe de seguimiento del PAS 2025 muestra que la mayoría de los productos y actividades programadas alcanzan o superan niveles cercanos al 100 % (algunos resultados alcanzados se encuentran en el Anexo 10), lo que evidencia una respuesta institucional sólida y plenamente alineada con el PDD, el PTS y los ejes estratégicos del PDSP. En este contexto, las recomendaciones invitan al fortalecimiento, ajuste y profundización de acciones ya contempladas en las transformaciones del PTS y el modelo MAS Bienestar. Estos elementos corresponden a procesos naturales de mejora continua que pueden gestionarse para la operación sectorial e intersectorial, manteniendo la coherencia con los objetivos trazados para el periodo.

Frente a las problemáticas analizadas, se evidencia que las recomendaciones convergen en la necesidad de fortalecer capacidades institucionales, técnicas, territoriales, de interoperabilidad, de gobernanza y de gestión del conocimiento, y consolidar mecanismos de articulación intersectorial e interinstitucional que garanticen respuestas integrales, coherentes y sostenibles. Las propuestas

enfatan la importancia de avanzar en gobernanza territorial, gobierno de datos, planificación estratégica conjunta, corresponsabilidad con otros sectores, adopción plena de los enfoques poblacional y diferencial, y fortalecimiento de los sistemas de información que soportan la gestión del riesgo en salud. En materia de emergencias, desastres y cambio climático, las acciones recomendadas apuntan a profundizar la capacidad de respuesta institucional, mejorar la interoperabilidad, robustecer el SEM y el CRUE, consolidar la gobernanza del riesgo y ampliar la formación comunitaria y profesional, reconociendo que la resiliencia distrital depende, tanto del sistema de salud, como de la fortaleza de sus relaciones sociales y comunitarias.

Finalmente, para las problemáticas relacionadas con enfermedades crónicas, salud materna, nutrición, salud mental y enfermedades infecciosas, las recomendaciones destacan la necesidad de consolidar el modelo de gestión del riesgo a lo largo del curso de vida, asegurar continuidad operativa de los equipos territoriales, fortalecer la participación social transformadora, robustecer la articulación intersectorial y garantizar que las decisiones se fundamenten en evidencia y comprensión territorial. La participación comunitaria, a través de mesas, veedurías, liderazgos locales y redes de apoyo, se reconoce como un componente indispensable para la sostenibilidad del modelo y para la transformación de los determinantes sociales de la salud.

Así, el Distrito cuenta con una plataforma estratégica madura, alineada y en funcionamiento, cuya consolidación permitirá avanzar hacia la reducción de brechas, el fortalecimiento de la APS y la garantía progresiva del derecho a la salud en Bogotá.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. *Resolución 100 de 2024 «Por La Cual Se Dictan Disposiciones Sobre La Planeación Integral Para La Salud y Se Deroga La Resolución 1536 de 2015»*. Diario Oficial No. 52646 del 22 de enero de 2024 (2024).
2. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en el territorio.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/SP/guia-conceptual-construccion-asis-territorios.pdf> (2024).
3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Decreto 619 de 2000 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3769> (2000).
4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Decreto 555 de 2021 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119582> (2021).
5. Secretaría Distrital de Planeación. Unidades de Planeamiento Local.
<https://www.sdp.gov.co/micrositios/pot/upl#:~:text=Las%20UPL%20son%2033%20nuevas,a%20escala%20local%20nuestras%20necesidades.> (2021).

6. Secretaría Distrital de Ambiente. Bogotá, una de las ciudades más vulnerables a los efectos del cambio climático: Visor Geográfico Ambiental. <https://oab.ambientebogota.gov.co/bogota-vulnerable-cambio-climatico/> (2024).
7. SIGAU. Arbolado Urbano de Espacio Público de Bogotá D.C. <https://jbb.maps.arcgis.com/apps/dashboards/d4f25367cfea4b25b5c7bc64f43bb926> (2024).
8. Observatorio del Espacio Público de Bogotá. Reporte técnico de indicadores de espacio público. https://observatorio.dadep.gov.co/sites/default/files/reporte-tecnico/reporte_tecnico_de_indicadores_2023.pdf (2023).
9. Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público. Espacio Público Efectivo. <https://geo.dadep.gov.co/portal/apps/dashboards/4d4ef435a69742d9ae54364a559cb802> (2023).
10. Secretaría Distrital de Hábitat. Condiciones de vulnerabilidad hídrica en la ciudad de Bogotá. (2025).
11. Secretaria Distrital de Ambiente. Distrito declara alerta de calidad del aire a causa. https://www.ambientebogota.gov.co/todas-las-investigaciones/-/asset_publisher/pibvwzUnZiNr/content/alerta-calidad-del-aire-en-suroccidente-de-bogota (2024).
12. Secretaria Distrital de Ambiente. Informe de Gestión 2024: Comisión Distrital para la Gestión del Riesgo por incendios forestales.

https://www.ambientebogota.gov.co/documents/10184/9018693/INFORME_DE_GESTIÓN_2024.pdf (2025).

13. Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático. Acta del Consejo Distrital para la Gestión del Riesgo y Cambio Climático del año 2024. <https://www.idiger.gov.co/documents/d/portal/08-08-2024-acta-04-gestion-riesgos> (2024).
14. Secretaria Distrital de Salud. Mortalidad prematura por enfermedades crónicas general (cardiocerebrovasculares, diabetes, neoplasias y respiratorias bajas) en Bogotá D.C. (30 a 70 años). <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mortalidad-enfermedades-cronicas/> (2025).
15. Secretaria Distrital de Ambiente. Informe Trimestral de Calidad del Aire en Bogotá. <http://rmcab.ambientebogota.gov.co/Pagesfiles/Informe%20Tercer%20Trimestre%202024.pdf> (2024).
16. Secretaria Distrital de Ambiente. Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá. <http://rmcab.ambientebogota.gov.co/home/text/1518> (2025).
17. Secretaria Distrital de Salud. Exposición a ruido ambiental en población adulta en Bogotá D.C. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/exposicion-ruido-adultos/> (2025).

18. Santana Osorio, R. D. & Torres Hidalgo, M. D. Aumento poblacional de roedores en espacios públicos de la UPZ suba Tibabuyes y su impacto en la comunidad. (2025).
19. Secretaria Distrital de Salud. Control de vectores 2020-2025.
<https://sdsgissaludbog.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=9d62a01058d043ca9271c7568947c81a> (2025).
20. Ospina-Pinto, C., Rincon-Pardo, M., Soler-Tovar, D. & Hernández-Rodríguez, P. Papel de los roedores en la transmisión de *Leptospira* spp. en granjas porcinas. *Rev. Salud Pública* **19**, 555–561 (2017).
21. Roza Neuta, L. M., Porras Ramírez, A. & Rico Mendoza, A. Casos reportados de leptospirosis a través de SIVIGILA y SISPRO en Bogotá durante el periodo 2014 – 2020. (2022).
22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios.
<https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica> (2025).
23. Secretaría Distrital de Planeación. Clúster. POT Bogotá D.C.
<https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/cluster-bogota-d-c> (2022).
24. Secretaría de Desarrollo Económico de Bogotá *et al.* Metodología para la definición y priorización de corazones productivos en la ciudad de Bogotá. *Cuad. Desarro. Económico* 62 (2023).

25. Corazones productivos – Observatorio de Desarrollo Económico.
<https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/corazones-productivos/>
(2025).
26. Secretaria de Desarrollo Económico. Crecimiento económico.
<https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/tema/crecimiento-economico/> (2024).
27. Proyecciones con base censo 2018 - Post COVID-19.
28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Día Mundial de La Población*.
<https://www.dane.gov.co/files/indicadores-ods/doc-ODS-DiaMundialdelaPoblacion-jul2023.pdf> (2023).
29. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
Proyecciones De Población Municipal Por Área Y Pertenencia Étnico-Racial.
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion> (2025).
30. Observatorio de Migraciones, Migrantes y Movilidad Humana (OM3).
Migrantes venezolanos en Colombia.
<https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/MigrantesvenezolanosenColombia-Junio2024/MigrantesvenezolanosenColombia> (2025).
31. Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado. *Boletín Trimestral de Víctimas Del Conflicto Armado En Bogotá D.C.*
<https://observatorio.victimاسبogota.gov.co/sites/default/files/documentos/BOLETIN%20TRIMESTRAL%20OCT-DIC.pdf> (2024).

32. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Situación de salud de la población migrante internacional en Bogotá D.C.
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2024/12/20241206-Migrantes-Publicar.pdf> (2024).
33. Velásquez, J. C. El Dorado se convierte en el aeropuerto con más pasajeros de América Latina. <https://bogota.gov.co/internacional/el-dorado-de-bogota-se-convierte-en-el-aeropuerto-con-mas-pasajeros#:~:text=La%20Aeron%C3%A1utica%20Civil%20de%20Colombia,Sudam%C3%A9rica%20por%20tercer%20a%C3%B1o%20consecutivo.> (2025).
34. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health> (2025).
35. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Por qué la crisis climática es una crisis de salud. <https://climatepromise.undp.org/es/news-and-stories/por-que-la-crisis-climatica-es-una-crisis-de-salud> (2024).
36. CICRI-MEBOG. Número de delitos de alto impacto (Número de delitos ocurridos). <https://analitica.scj.gov.co/analytics/saw.dll?Portal> (2025).
37. Secretaría Distrital de Movilidad. Tasa de morbilidad en accidentes de tránsito por cada 10 mil vehículos registrados.
<https://observatorio.movilidadbogota.gov.co/indicadores-movilidad/tasa-de-morbilidad-en> (2025).

38. Secretaría Distrital de Planeación & Secretaria de Integración Social.
Resultados principales Censo de Habitantes de Calle de Bogotá.
https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2025/Documentos/1402-2025-Presentacion-resultados.pdf (2024).
39. Steege, A., Silver, S., Mobley, A. & Haring, M. Work as a Key Social Determinant of Health: The Case for Including Work in All Health Data Collections. <https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2023/02/16/sdoh/> (2023).
40. Observatorio de Desarrollo Económico Bogotá - ODEB & Secretaría de Desarrollo Económico Bogotá. Boletín Mercado Laboral No. 178. (2025).
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Riesgos Laborales.
<https://www.fasecolda.com/ramos/riesgos-laborales/rl-datos-dashboard/> (2025).
42. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Multipropósito Bogotá - Cundinamarca - EM - 2021.
<https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/743/study-description> (2021).
43. Banco Mundial. Poverty and Shared Prosperity 2022: Correcting Course.
<https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/b96b361a-a806-5567-8e8a-b14392e11fa0/content> (2022).
44. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH - 2024.
<https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/819> (2024).

45. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria en Colombia Año 2024.
<https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PM-2024.pdf> (2024).
46. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza y desigualdad. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional> (2024).
47. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Déficit Habitacional: Nota metodológica.
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/deficit-habitacional/deficit-hab-2020-nota-metodologica.pdf> (2020).
48. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza multidimensional en Colombia Año 2024.
<https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PMultidimensional-2024.pdf> (2024).
49. UNESCO. World Education Statistics.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000391221?posInSet=1&queryId=93f8efc8-be7c-4e2f-b8e2-b43ec0729098> (2024).
50. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Índice de Pobreza Multidimensional - IPM- 2024.
[https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/860/data-dictionary/F11?file_name=Hogares%20\(Departamental\)](https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/860/data-dictionary/F11?file_name=Hogares%20(Departamental)) (2024).
51. Secretaría de Educación del Distrito. Número de niños y niñas de 0 a años atendidos con servicios de primera infancia en el marco de la atención

integral.

<https://sdpbogota.maps.arcgis.com/apps/dashboards/813d4318ce6e4f90afbecef15a795b6e> (2025).

52. Secretaría de Educación del Distrito. Comportamiento de la Matrícula Oficial. (2024).

53. Secretaría de Educación del Distrito. Informe de resultados de ciudad Encuesta de Clima Escolar Estudiantes 2023.

<https://smece.educacionbogota.edu.co/sites/default/files/2025-08/INFORME%20DE%20RESULTADOS%20-%20ENCUESTA%20DE%20CLIMA%20ESCOLAR%20ESTUDIANTES%202023%20FINAL.pdf> (2025).

54. Agencia de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (ATENEA). Tasa de Tránsito Inmediato a educación terciaria en Bogotá.

<https://agenciaatenea.gov.co/sites/default/files/2025-03/Tasa%20de%20transito%20inmediato.pdf> (2025).

55. Organización Mundial de la Salud. World report on social determinants of health equity: executive summary.

<https://iris.who.int/handle/10665/381258> (2025) doi:10.2471/B09387.

56. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/water-and-sanitation/> (2025).

57. Secretaría Distrital de Ambiente. 72 empresas hacen parte de la oferta de negocios verdes verificados en Bogotá. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/ambiente/72-negocios-verdes-verificados-por-secretaria-de-ambiente-en-bogota> (2025).
58. Secretaría Distrital de Ambiente. Estrategia Distrital de Crecimiento Verde. <https://www.ambientebogota.gov.co/estrategia-distrital-de-crecimiento-verde> (2025).
59. Organización Mundial de la Salud. Taking a strategic approach to urban health: a guide for decision-makers. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116177> (2025).
60. Secretaría Distrital de Planeación. Actuaciones Estratégicas. <https://www.sdp.gov.co/micrositios/pot/actuaciones-estrategicas> (2025).
61. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Información alimentaria a partir de la escala FIES 2024. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/escala-de-experiencia-de-inseguridad-alimentaria-fies> (2024).
62. Secretaría Distrital de Integración Social. Programa Bogotá Bien Alimentada – Comedores Comunitarios. <https://www.integracionsocial.gov.co/> (2024).
63. Instituto para la Economía Social. Mercados Campesinos Agroecológicos – Bogotá. <https://www.ipes.gov.co/> (2024).
64. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. de P. de S. Registro para la

Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - Certificación.
(2024).

65. Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. Encuesta de Prácticas Deportivas y Calidad de Vida.
https://drive.google.com/drive/folders/1XhG6M08axKDX6381DITSS9qF8lc_IDpB?usp=sharing (2024).
66. Secretaria Distrital de Salud. Salud mental. Observatorio de salud de Bogotá, SaluData.
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/consumo-abusivo-spa/>
(2024).
67. Organización Mundial de la Salud. Implementing the global framework on well-being at country level: Policy pathways.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/faae37e0-74d0-4fd6-b2d0-cd4bff5b9bb9/content> (2025).
68. Secretaria Distrital de Salud. Estadísticas Aseguramiento. (2024).
69. Informe de migrantes venezolanos en Colombia a diciembre 31 de 2024 - MIGRACIÓN COLOMBIA.
<https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias-migracion-colombia/informe-de-migrantes-venezolanos-en-colombia-a-diciembre>.
70. Secretaría Distrital de Planeación. Resolución 2210 de 2021. (2021).
71. Secretaría Distrital de Salud. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS): Base de datos de prestadores e información de servicios y capacidad instalada [Descarga oficial del Ministerio de Salud y

Protección Social – Corte a diciembre 31 de 2024]. Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud; Dirección de Provisión de Servicios de Salud. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion> (2025).

72. Secretaria Distrital de Salud *et al.* Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE) de las comunidades negras afrocolombianas residentes en Bogotá D. C. (2024).
73. Secretaria Distrital de Salud, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. & Subred Integrada de servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la Población raizal en Bogotá, 2023. (2024).
74. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá & Cabildo Indígena Muisca de Bosa. Medicina Tradicional y Partería de la Comunidad Muisca de Bosa. (2023).
75. Secretaria Distrital de Salud *et al.* Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá, 2023. (2024).
76. Secretaria Distrital de Salud & Cabildo Indígena Muisca de Bosa. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Población Indígena Cabildo Muisca de Bosa 2020. (2020).
77. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. CONPES D.C. 14 «Política pública de mujeres y equidad de género 2020-2030».

[https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-](https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-03/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeg_1.pdf)

[03/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeg_1.pdf](https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-03/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeg_1.pdf) (2021).

78. Agència de Salut Pública de Barcelona. Desigualtats de gènere a la ciutat de Barcelona. [https://www.aspb.cat/wp-](https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2023/05/Desigualtats-genere-salut-Barcelona_230504.pdf)

[content/uploads/2023/05/Desigualtats-genere-salut-Barcelona_230504.pdf](https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2023/05/Desigualtats-genere-salut-Barcelona_230504.pdf) (2023).

79. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2024.

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2024> (2025).

80. Ministerio de Salud y Protección Social & Banco Mundial. UNA MIRADA ACTUAL AL CONTEXTO MIGRATORIO Y SUS DETERMINANTES SOCIALES.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/contexto-migratorio-bogota-2024.pdf> (2024).

81. Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado. BOLETÍN TRIMESTRAL DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN BOGOTÁ D.C. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2024.

<https://observatorio.victimاسبogota.gov.co/sites/default/files/documentos/BOLETIN%20TRIMESTRAL%20OCT-DIC.pdf> (2024).

82. Secretaría de la Mujer. Base del Sistema del Cuidado.

https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2023/LBCuidado_OMEG.pdf (2023).

83. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial. Reporte Consulta a RIPS 1663. Morbilidad General 2020-2024; Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2024, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Dirección de Planeación Sectorial, Repositorio RIPS (2025).

84. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial. Reporte Consulta a RIPS 1659 (2025 07 30) Morbilidad Potencialmente Asociada a la calidad del aire o a la exposición al Ruido o la Radiación Electromagnética [Conjunto de datos] a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/07/28) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Dirección de Planeación Sectorial, Repositorio RIPS (2025).

85. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial. Reporte Consulta a RIPS 1676. Atenciones en servicios de salud durante la gestación 2015-2025; Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/11/13) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Dirección de Planeación Sectorial, Repositorio RIPS (2025).

86. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá *et al.* Morbilidad Atendida en Salud Mental en Bogotá, Identificada en RIPS (Fecha de Corte: Febrero 28 de 2025). *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá*
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/morbilidad-salud-mental/> (2025).
87. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Planeación Sectorial. Reporte Consulta a RIPS 1675. Morbilidad Atendida por Afectaciones Mentales y del Comportamiento 2019-2023; Consolidado a partir de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/07/24) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2023, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Dirección de Planeación Sectorial, Repositorio RIPS (2025).
88. Secretaría Distrital de Salud & Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Atención al Usuario. Informe de Análisis de PQRS en el Distrito Capital, 2025, a partir de bases de datos de la Superintendencia Nacional de Salud. (2025).
89. Secretaría de Salud de Bogotá. Afiliación según régimen de aseguramiento SGSS en Bogotá D.C. Indicadores generados a partir de la base de datos BDUA – ADRES, Maestro Subsidiado SDS, Base de datos SISBÉN certificada DNP, Listados Censales Poblaciones Especiales, Encuesta Multipropósito Bogotá y Proyecciones poblacionales de población en Bogotá. *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá*

<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/afiliacion-segun-regimen-de-aseguramiento-sgss-en-bogota-d-c/> (2025).

90. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá *et al.* Boletín de Indicadores básicos de salud en Bogotá D.C. 2024. (2024).
91. Secretaría Distrital de Salud. *Sumapaz, Comprensiones Territoriales.* (2024).
92. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Indicadores de Calidad Res. 256 de 2016 Consulta y Descarga de Datos. *Observatorio Nacional de la Calidad en Salud*
<https://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/> (2016).
93. Monitor RIAS.
<https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/MonitorRIAS.aspx> (2025).
94. Secretaría Distrital de Salud & Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Informe trimestral de Indicadores priorizados de gestión de riesgo y de cobertura de servicios de Salud. (2025).
95. Secretaria Distrital de Salud & Dirección de Calidad de Servicios de Salud. Informe Estrategia EVA-Evaluación y Acompañamiento en modalidad ciclo de atención: evento priorizado cáncer. (2025).
96. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. *Situación del VIH en Colombia 2021.* <https://cuentadealtocosto.org/situacion-del-vih-en-colombia-2021/> (2022).

97. Costo, C. de A. Situación del VIH en Colombia 2022. *Cuenta de Alto Costo* <https://cuentadealtocosto.org/situacion-del-vih-en-colombia-2022/> (2023).
98. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Observatorio HIGIA para seguimiento a Indicadores de Eventos de Alto Costo en Colombia. *HIGIA* <https://cuentadealtocosto.org/site/higia/> (2024).
99. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Tasa de notificación VIH/SIDA y tasa de mortalidad asociada a SIDA en Bogotá D.C. Datos Abiertos Bogotá (2025).
100. Observatorio Distrital de Víctimas. *Boletín Trimestral Víctimas Bogotá Corte Enero a Marzo 2025*.
<https://observatorio.victimasbogota.gov.co/documento/boletin-trimestral-victimas-bogota-corte-enero-marzo-2025> (2025).
101. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Reporte trimestral de Procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo anexo a la Circular 024 de 2023 de ñla Secretaría de Salud de Bogotá. (2025).
102. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. *Circular 024 de 2023 «Recomendaciones Para Garantizar El Acceso Seguro, Oportuno y de Calidad a La Atención Integral En Interrupción Voluntaria Del Embarazo (IVE), En El Marco de Los Derechos Sexuales y Reproductivos»*. Circular vol. Registro Distrital No. 7758 del 11 de julio de 2023 (2023).

103. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá, Padilla Velasco, M. P. & Castillo Pantoja, E. M. Sífilis gestacional en Bogotá D.C. *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá*
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/sifilis-gestacional/>
(2025).
104. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. *Decreto 397 de 2025 _«Por Medio Del Cual Se Crea La Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de La Salud y El Bienestar y Se Dictan Otras Disposiciones»_*. (2025).
105. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. *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 (2023).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

