Análisis de Situación de Salud
para el Distrito Capital

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD
+MAS Bienestar

2026



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital

Año 2026

Secretaría de Salud de Bogotá

Dirección de Planeación Sectorial

Grupo ASIS

Bogotá, D. C.

Colombia, 2026

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

CO-SC-CER155793

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ASIS 2026 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 **Patricia Eugenia Molano Builes** Subsecretaria de Salud Pública **Luis Alexander Moscoso Osorio** Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento **Coordinación general del documento** **Dirección de Planeación Sectorial** **Equipo ASIS** Lilian Maritza Núñez Forero Adriana Vásquez Rojas Esteban Vanegas Duarte Santiago Astaiza Vergara Valeria Bejarano Salcedo Karen Viviana Zabaleta R. Paula Andrea Pedraza Peña Luisa Fernanda Beltrán E. Christian Méndez Navarro Teresa Sánchez Ríos	**Equipos por dependencias** **Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial** Luz Marina Galindo Caro Directora de Planeación Sectorial Manuel Alejandro Godoy Cubillos Director de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud (DAEPDSS) Julio Ernesto Calderón Agudelo Director de Infraestructura y Tecnología **Equipos técnicos de la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial** Jenny Carolina Peralta Luis Fernando Mahecha Astrid López Barrera Johana Andrea Escobar Lucia Azucena Forero Sandra Janet Gómez Jairo Rivera Cruz Ana María Cárdenas Torres Nohora Cecilia Bonilla Roberto Paternina Diaz Carlos Cabrera Ballesteros Liliana Ortiz Valderrama Alejandra Agudelo Cristian Suarez Bohorquez Martha Murillo Rodríguez	**Subsecretaría de Salud Pública** María Belén Jaimes Sanabria Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva Martha Patricia López Pérez Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública Claudia Milena Cuellar Segura Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública Mary Luz Gómez Mayorga Subdirectora del Laboratorio de Salud Pública Diana Sofia Ríos Oliveros Directora de Salud Colectiva María Fernanda Tovar Romero Subdirectora de Determinantes en Salud Marcela Martínez Contreras Subdirectora de Acciones Colectivas **Equipos técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública** Diane Moyano Romero Andrea del Pilar Bermúdez Diana Alexandra González Mariana Carvajal Hernández Juan Camilo Tocora Carlos Fernández Contreras Kimberly Piñeros Chía Carlos Julio Pinto Iza Juan Francisco Ordoñez

ASIS 2026 Bogotá, D. C.		
Oscar Fernández Cantor Johanna Segura Camelo Julie Pauline Bustos Rodrigo Lopera Isaza Gina Paola Rangel Martha Santacruz González Andrea Bastidas Pérez Sergio Daniel Ruiz Karen Lisset Jimenez Andrea Rozo Villamil Johana Mateus Ávila Irlena Salcedo Pretelt Luz Mery Vargas Lely del Pilar Espitia María Victoria Carrillo Diana Milena Juanias Sandra Milena Fandiño Mauricio Garzón Cortés Edyanni Ramos Valoyes Maribel Romero Cubillos Carlos Fernando Macana Daniela Ceballos Piarpuzan Johanna Paola Gómez Ayala Sandra Liliana Gómez Jenny Mora Rozo Nelly Yaneth Rueda Jully Olivares González Martha Patricia Padilla Sandra Velandia Ramírez Juan de Jesús Patiño Janneth Corzo Merchán Adiela Quiroga González Norma Constanza Hernández Diana Carolina Fajardo **Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento** Linda Victoria Ariza Romero Directora de Provisión de Servicios de Salud	Carlos Eduardo Galán Suárez Subdirector de Garantía del Aseguramiento Kattya Margarita Baquero Baquero Directora de Calidad de Servicios de Salud Doris Marcela Díaz Ramírez Subdirectora de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud Gloria Eugenia García Pinillos Directora de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) José Darío Vargas Orozco Subdirector Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) José Vicente Guzmán Gómez Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres **Equipos técnicos de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento** Edizabett Ramírez Rodríguez Sandra Patricia Charry Miryam Jiced Muñoz Cruz Sandra Milena Gualteros Marcela Sandino Perdomo Jenny Mireya Romero Ortiz Mary Luz Páez Diaz Clara Liliana Martínez Osorio Alejandra Caro Bonell Ana Francisca Corredor Néstor Ricardo Geronimo	**Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía** Rafael Enrique Riveros Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad (E) Eugenia Arboleda Balbin Directora de Servicio a la Ciudadanía **Equipos técnicos de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía** Andrea Cortés Barreto Yuranny Jerez Malaver Nelson Orlando Pulido Luz Helena Benavides Mérida Marcela Chávez Leidy Tatiana Romero Sandra Milena Garzón Andrea López Guerrero 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
APSocial	Atención Primaria Social
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades décima edición
COPACOS	Comités de Participación Comunitaria en Salud
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DADEP	Departamento administrativo de la Defensoría del Espacio Público
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DPS	Dirección de Planeación Sectorial
DSS	Determinantes sociales de la salud
DUES	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EIC	Enfermedad Isquémica del Corazón
EM	Encuesta Multipropósito Bogotá–Cundinamarca
EMBH	Equipos MAS Bienestar en tu Hogar
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ERI	Equipos de Respuesta Inmediata
ETA	Enfermedades transmitidas por alimentos
ETOZ	Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico
EEVV	Estadísticas Vitales
FIES	Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (sigla en inglés)
GEIH	Gran Encuesta Integrada de Hogares
ha	Hectárea
IC	Intervalo de confianza
ICS	Índice de Concentración en Salud
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales
IDPAC	Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IDIGER	Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático
IDPYBA	Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal
IDU	Instituto de Desarrollo Urbano
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
IRCA	Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
km²	Kilómetro cuadrado
LGBTI	Lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales
m²/hab	Metro cuadrado por habitante
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NARP	Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
NUSE	Número Único de Seguridad y Emergencias
NV	Nacidos vivos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODEB	Observatorio Desarrollo Económico de Bogotá
ODVCA	Observatorio Distrital de Víctimas del conflicto Armado
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PAPSIVI	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDD	Plan Distrital de Desarrollo
PET	Población en edad de trabajar
PIB	Producto Interno Bruto
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PSPIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
PTS	Plan Territorial de Salud
RenoBO	Empresa de Renovación y Desarrollo urbano de Bogotá
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RETHUS	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RMM	Razón de mortalidad materna
RUAF-ND	Registro Único de Afiliados modulo nacimientos y defunciones
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SEM	Sistema de Emergencias Médicas
SER	Servicios Especializados Resolutivos
SGRED	Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SISS	Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE
SPA	Sustancias psicoactivas
TEF	Tasa específica de fecundidad
UPL	Unidades de Planeación Local
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
ZUMA	Zonas Urbanas por un Mejor Aire

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 socioeconómicas 17

1.4 Contexto poblacional y demográfico 21

1.4.1 Población y estructura demográfica 23

1.4.2 Poblaciones diferenciales 25

1.4.3 Dinámica demográfica y migratoria 28

1.5 Conclusiones 29

2. CAPÍTULO II. CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DSS Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES 30

2.1 Condiciones de trabajo 31

2.2 Pobreza monetaria 33

2.3 Pobreza multidimensional 34

2.4 Educación 36

2.5 Servicios públicos 39

2.6 Equipamiento 42

2.7 Seguridad alimentaria 45

2.8 Condiciones y estilos de vida 48

2.9 Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública 49

2.9.1 Afiliación al sistema de salud 52

2.9.2 Análisis de la oferta y demanda y acceso a los servicios de salud ... 58

2.9.3 Indicadores de calidad en salud y talento humano ... 62

2.9.4 Gestión del riesgo en urgencias, emergencias y desastres ... 64

2.10 Conclusiones ... 66

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 ... 67

3.1 Morbilidad general ... 68

3.1.1 Comportamiento general ... 68

3.1.2 Cáncer ... 71

3.1.3 Enfermedades cardiovasculares y cardiometabólicas ... 72

3.1.4 Enfermedades nutricionales ... 73

3.1.5 Enfermedades pulmonares crónicas ... 74

3.1.6 Salud mental ... 74

3.1.7 Salud materno-perinatal ... 75

3.1.8 Atenciones relacionadas con el contacto con los servicios de salud ... 76

3.2 Mortalidad general ... 77

3.2.1 Mortalidad en grupos de edad específicos ... 78

3.3 Eventos priorizados por alta carga de la enfermedad persistente en la ciudad ... 81

3.3.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) ... 81

3.3.2 Salud sexual y reproductiva ... 84

3.3.3 Salud mental ... 87

3.3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional ... 89

3.3.5 Enfermedades transmisibles 90

3.4 Análisis de desigualdades 93

3.5 Conclusiones 102

NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIOSANITARIA..... 104

Problemática “Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)” 104

Problemática “Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud” 108

Problemática Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital, que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población 113

Problemática “Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres” 116

Problemática “Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública”..... 119

4. CAPÍTULO IV. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO..... 122

4.1 Conclusiones 125

5. CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO..... 126

5.1 Problemática “Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)” 126

5.2 Problemática “Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud” 130

5.3 Problemática Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el

acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población 132

5.4 Problemática “Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres” 134

5.5 Problemática “Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública”..... 136

5.6 Conclusiones 139

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 (APS) 140

6.1 Problemática “Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)” 140

6.2 Problemática “Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud” 142

6.3 Problemática Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población 145

6.4 Problemática “Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres” 147

6.5 Problemática “Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública”..... 149

6.6 Conclusiones 150

REFERENCIAS..... 153

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población diferencial residente en Bogotá para el año 2026 26

Tabla 2. Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá (trimestre móvil noviembre de 2025–enero de 2026) 31

Tabla 3. Proporción de hogares con privaciones según indicador del IPM. Bogotá, D. C., 2025 36

Tabla 4. Establecimientos educativos según sector. Bogotá, D. C., 2022–2025 37

Tabla 5. Sedes educativas según sector y ubicación. Bogotá, D. C., 2022–2025 37

Tabla 6. Comportamiento de indicadores priorizados en salud sexual y reproductiva 2019-2026*mayo 85

Tabla 7. Priorización núcleos de inequidad sociosanitaria. Bogotá, D. C., año 2026 124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de la división política administrativa, Unidades de Planeamiento Local, clasificación del suelo y Subredes Integradas de Servicios de Salud, Bogotá 2024 4

Figura 2. Mapas calidad del aire por material particulado 2.5 µg/m3 y 10 µg/m3 para el año 2024 8

Figura 3. Indicador de Espacio Público Efectivo comparativo entre localidades y UPL, Bogotá 2025 11

Figura 4. Mapa de identificación de áreas con susceptibilidad a incendios forestales 12

Figura 5. Mapa de las zonas, proyectos y obras propiciadoras de desarrollo económico, Bogotá 2025 19

Figura 6. Mapa de la densidad de población (hab/km²) por localidad, 2026, Bogotá, D. C. 23

Figura 7. Pirámide poblacional para Bogotá 2021, 2026 y 2035 24

Figura 8. Accesibilidad geográfica por tiempos de desplazamiento a hospitales de III nivel por zona urbana y rural. 43

Figura 9. Desigualdad socioeconómica en eventos de salud según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en Bogotá, D.C., 2025 95

Figura 10. Curva de concentración de la fecundidad adolescente según el nivel de violencia intrafamiliar, Bogotá, D.C., 2025 96

Figura 11. Curva de concentración de la mortalidad prematura por diabetes y enfermedades cardiocerebrovasculares según espacio público efectivo, Bogotá, D. C., 2025 97

Figura 12. Curva de concentración de los casos de hepatitis C según el consumo problemático de sustancias psicoactivas, Bogotá, D. C., 2025 98

Figura 13. Curva de concentración de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas según la tasa de desempleo, Bogotá, D. C., 2025 99

Figura 14. Mortalidad por VIH según localidad y comparación con la tasa distrital, Bogotá, D. C., 2025 100

Figura 15. Tasa de violencia intrafamiliar o de género por localidad y sexo, en comparación con la tasa distrital, Bogotá, D. C., 2025 101

Figura 16. Razón de mortalidad materna según régimen de afiliación al sistema de salud, en comparación con la tasa distrital, Bogotá, D. C., 2025 102

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Distrito Capital se desarrolla en el marco de la Resolución 100 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la cual establece su carácter participativo, sistemático y territorial. Desde esta perspectiva, el ASIS permite comprender de manera integral las condiciones de vida y salud de la población, reconocer los determinantes sociales que inciden en el bienestar, identificar problemáticas y necesidades sociales en salud, y evidenciar condiciones y situaciones de inequidad que orientan la definición de prioridades y la construcción de respuestas territoriales.

El ASIS Distrital 2026 da continuidad al proceso de actualización anual de este instrumento, manteniendo la estructura metodológica definida por el MSPS y fortaleciendo su utilidad para la planeación integral en salud. Para esta vigencia, su elaboración incorpora la actualización de la guía metodológica 2026[1], así como las guías de orientación para el abordaje de los núcleos de inequidad y los lineamientos asociados al ejercicio participativo, con el propósito de fortalecer la lectura territorial, poblacional y diferencial de las problemáticas en salud y de las respuestas en el Distrito Capital.

En este sentido, el documento busca aportar una lectura analítica de las transformaciones sociales, demográficas, ambientales, económicas, epidemiológicas e institucionales que inciden en la salud de la población que habita, transita y demanda servicios en Bogotá, D. C. Asimismo, permite reconocer la forma en que las desigualdades sociales, territoriales y ambientales se expresan en brechas de salud, particularmente en aquellos grupos poblacionales y territorios que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad o barreras para el acceso efectivo a bienes, servicios y oportunidades.

El ASIS Distrital 2026 está alineado con el Plan Territorial de Salud (PTS), el Plan Distrital de Desarrollo (PDD) 2024-2027 y el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, en el cual se integran la Atención Primaria Social (APSocial), los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la acción intersectorial como elementos centrales para la gestión territorial en salud. Este documento se organiza en los seis capítulos definidos por la metodología nacional para la elaboración del ASIS. El primer capítulo aborda la caracterización del territorio, el segundo la descripción de las condiciones de vida, el tercero la situación de salud, le siguen los núcleos de inequidad con la identificación de las desigualdades en salud y las relaciones con las condiciones del territorio y formas

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

de vida que se reproducen en el tiempo, el cuarto desarrolla la priorización de las problemáticas, el quinto el análisis de las respuestas y el sexto las propuestas de respuesta y recomendaciones para el territorio.

Para su elaboración se integran fuentes de información cuantitativas y cualitativas provenientes de registros administrativos, sistemas de información oficiales, bases de datos sectoriales, documentos técnicos, estudios institucionales y fuentes de otros sectores. Asimismo, se incorporan los aportes de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE (SISS), los equipos técnicos distritales y locales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), así como los insumos derivados de espacios participativos con comunidad, mesas territoriales de salud, ejercicios de diálogo social y procesos orientados a la identificación y comprensión de núcleos de inequidad.

De esta manera, el ASIS Distrital 2026 se consolida como una herramienta técnica, social y estratégica para la gestión del conocimiento en salud pública. Su actualización contribuye a orientar la planeación territorial, fortalecer la gobernanza en salud, apoyar la toma de decisiones basada en evidencia y promover respuestas diferenciales, participativas e intersectoriales dirigidas a reducir las brechas e inequidades que afectan a la población de Bogotá, D. C.

1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1 Contexto político-administrativo

Bogotá, D. C. es la capital de la República y una entidad territorial con régimen especial. Su concentración de funciones político-administrativas, económicas, educativas, sanitarias y de servicios le confiere alcance nacional y regional. Para el ASIS, esta centralidad exige analizar no solo a la población residente, sino también la demanda generada por población flotante, migrante y procedente de diferentes municipios de Colombia.

La ciudad se articula funcionalmente con la sabana y otros municipios de Cundinamarca mediante flujos cotidianos de trabajo, estudio, cuidado, comercio, movilidad y acceso a servicios. La Región Metropolitana Bogotá-Cundinamarca reconoce institucionalmente varias de estas interdependencias. En salud, este funcionamiento supradistrital puede modificar la demanda efectiva de servicios y debe diferenciarse de los denominadores basados exclusivamente en población residente.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá se organiza político-administrativamente en 20 localidades. El Plan de Ordenamiento Territorial (POT), adoptado mediante el Decreto 555 de 2021, define además 33 Unidades de Planeamiento Local (UPL) como escala de ordenamiento y proximidad (Figura 1). La coexistencia de ambas escalas permite relacionar gobierno local, distribución de equipamientos, movilidad y condiciones territoriales relevantes para el análisis de desigualdades en salud[2].

Aunque el 99,6 % de la población proyectada reside en la cabecera, una parte sustantiva del territorio distrital es rural, especialmente en Sumapaz y sectores de Usme, Ciudad Bolívar, Santa Fe, San Cristóbal, Chapinero, Usaquén y Suba. La dispersión, conectividad vial, oferta de transporte, distancias y restricciones ambientales configuran barreras geográficas específicas y pueden afectar oportunidad, continuidad y organización territorial de la atención.

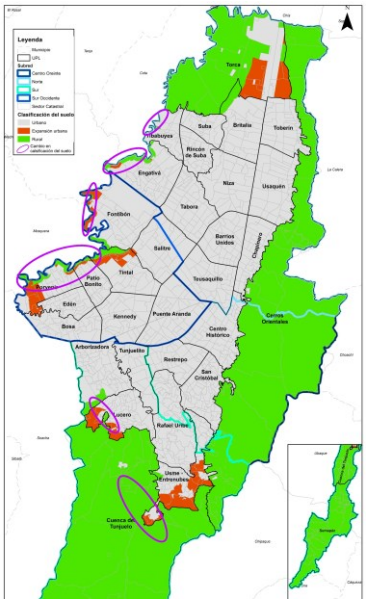
La configuración territorial resulta de procesos de urbanización, expansión periférica, migración interna y externa, desplazamiento forzado y consolidación desigual de centralidades. Estos procesos producen territorios con distinta dotación de infraestructura, transporte, equipamientos y oportunidades, por lo que la segregación socioespacial es relevante para comprender la distribución territorial de exposiciones, recursos protectores y acceso efectivo a servicios sociales y de salud.

Desde el sector salud, la Red Pública se organiza en cuatro SISS cuya distribución territorial comprende las siguientes localidades: Sur (Sumapaz, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme), Sur Occidente (Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón), Centro Oriente (Antonio Nariño, La Candelaria, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Santa Fe) y Norte (Barrios Unidos, Chapinero, Teusaquillo, Engativá, Suba y Usaquén).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 1. Mapa de la división política administrativa, Unidades de Planeamiento Local, clasificación del suelo y Subredes Integradas de Servicios de Salud, Bogotá 2024



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá. Geodatabase Versión 0.3.2025 POT-Decreto 555 de 2021.

1.2 Condiciones ecológico-ambientales

Bogotá combina exposición a amenazas climáticas con alta concentración poblacional y desigualdades territoriales que modulan vulnerabilidad y capacidad de respuesta. Entre los principales riesgos se encuentran periodos secos, aumento del calor urbano, lluvias intensas, inundaciones y movimientos en masa. La Evaluación de Riesgos Climáticos para Bogotá proyecta hacia 2040 incrementos de temperatura promedio de hasta 0,25 °C en zonas rurales y de 0,65 °C asociados al efecto de isla de calor urbana[3].

En precipitación se proyectan cambios espaciales heterogéneos, con aumentos de hasta 35 % en el occidente y reducciones cercanas al 15 % en Cerros Orientales y Sumapaz. Estas tendencias se superponen a la variabilidad interanual, particularmente El Niño y La Niña, y pueden alternar déficit hídrico con episodios de precipitación concentrada, lo que exige analizar exposición, sensibilidad y capacidad adaptativa a escala territorial.

El Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) y el Distrito han señalado la elevada vulnerabilidad climática de Bogotá, relacionada con la concentración poblacional, las demandas hídricas, la exposición a eventos

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

hidrometeorológicos y la distribución desigual de coberturas vegetales y condiciones de protección. El riesgo no se distribuye de manera homogénea: en varias localidades confluyen amenazas por inundación o movimientos en masa con condiciones sociales que incrementan la vulnerabilidad y la capacidad diferencial de respuestas[4–6].

Los análisis recientes del Distrito indican que la temperatura en Bogotá ya muestra una tendencia al aumento, con episodios de calor inusual percibidos por la población y explicados por la combinación de crisis climática global, eventos de El Niño y condiciones atmosféricas locales. Estos cambios se superponen al efecto de isla de calor urbana, que puede elevar aún más las temperaturas en zonas densamente edificadas con escasa vegetación, amplificando el riesgo de estrés térmico, deshidratación y descompensaciones cardiovasculares, especialmente en personas mayores, personas con enfermedades crónicas y trabajadores al aire libre[7,8].

Ahora bien, la intensificación de eventos de precipitación extrema genera encharcamientos, inundaciones y remociones en masa que afectan directamente viviendas, vías e infraestructura de servicios básicos en múltiples localidades de Bogotá. Registros del Sistema Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático documentan episodios recientes de fuertes lluvias con deslizamientos mortales en Ciudad Bolívar, daños a viviendas en Santa Fe y San Cristóbal, caídas de árboles e inundaciones puntuales en diferentes zonas de la ciudad[9].

Estas emergencias tienen impactos agudos en salud física por traumatismos, lesiones y muertes, pero también repercusiones en salud mental, exacerbación de enfermedades crónicas, interrupción de servicios de salud y aumento de riesgos sanitarios por afectación de redes de agua, saneamiento y disposición de residuos. Adicionalmente, la acumulación de agua y el colapso de sistemas de drenaje favorecen la proliferación de vectores y la contaminación de fuentes de agua, creando condiciones propicias para brotes de enfermedades transmitidas por agua y vectores[10,11].

En cuanto a las principales problemáticas de salud ambiental asociadas al cambio climático en Bogotá incluyen: aumento de eventos de calor y radiación ultravioleta con riesgos de estrés térmico y cáncer de piel; intensificación de eventos extremos de precipitación que favorecen inundaciones, deslizamientos y enfermedades transmitidas por agua; incremento y cambios en el patrón de enfermedades como infecciones respiratorias agudas y leptospirosis; y la

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

interacción entre clima, contaminación atmosférica y otros determinantes ambientales que agravan las enfermedades respiratorias y cardiovasculares[3,12].

La SDS, a través del Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData, ha documentado una relación clara entre la variabilidad de la temperatura, la humedad relativa, la precipitación y la ocurrencia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en Bogotá. Durante 2021 y 2022 más de dos tercios de los casos de IRAG se registraron en meses clasificados como lluviosos, lo que refuerza la sensibilidad de este evento a las formas de interacción de las personas, aumento de la humedad en espacios interiores que pueden exacerbar procesos alérgicos o enfermedades como asma en niños y personas mayores dadas las condiciones climáticas locales y regionales. Estos hallazgos se alinean con la evidencia global que vincula cambios bruscos de temperatura, episodios de frío y humedad elevada con mayor incidencia de infecciones respiratorias, fenómeno particularmente relevante en Bogotá por sus oscilaciones térmicas diarias y estacionales[12–15].

Además, es importante destacar que el calentamiento global, el cambio climático y las modificaciones en los patrones de precipitación están expandiendo los rangos geográficos y altitudinales de vectores como *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, principales transmisores de dengue, chikunguña y zika en Colombia. En el país, el *Aedes aegypti* ya se encuentra en centenares de municipios, incluyendo zonas ubicadas hasta aproximadamente 2.300 metros sobre el nivel del mar, lo que evidencia una ampliación progresiva hacia altitudes mayores respecto de décadas previas[16,17].

Ahora bien, aunque Bogotá por su altitud ha sido tradicionalmente considerada de baja transmisión, el cambio climático incrementa la probabilidad de introducción y establecimiento de vectores y arbovirus en sectores específicos, particularmente en áreas periféricas con microclimas más cálidos y problemas de almacenamiento de agua. En este sentido, diversas revisiones nacionales e internacionales concluyen que el aumento de temperatura reduce el tiempo de desarrollo del mosquito, prolonga las temporadas de transmisión y crea condiciones favorables para su supervivencia en entornos urbanos y periurbanos, especialmente cuando las sequías son seguidas de lluvias intensas que generan abundantes criaderos[18].

Con respecto a la contaminación del aire, el ruido ambiental y la exposición a campos de radiación electromagnética no ionizante, se constituyen riesgos prioritarios para la salud pública en Bogotá por su magnitud y distribución

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

inequitativa. La evidencia científica reconoce a la contaminación del aire como la principal amenaza ambiental para la salud, con efectos multisistémicos y de mayor impacto en gestantes, niñas y niños, y personas mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la cataloga como el factor de riesgo ambiental más importante para enfermedades no transmisibles[19].

Es así como en Bogotá persiste una carga prevenible de enfermedad y muerte asociada a la contaminación del aire. Paralelamente, la exposición a ruido ambiental genera alteraciones en la salud, el sueño y el bienestar, con zonas de mayor concentración territorial y fuentes comerciales e industriales como emisores relevantes, mientras que la radiación electromagnética presenta rezagos de información que limitan la gestión del riesgo. Esta situación demanda vigilancia robusta, articulación intersectorial, cumplimiento normativo y un enfoque de equidad territorial[20].

De acuerdo con lo anterior, la contaminación del aire por el material particulado PM_{10} y $PM_{2,5}$ y la evidencia epidemiológica demuestran que la exposición, tanto aguda como crónica, se asocia principalmente con enfermedades respiratorias y cardiovasculares, así como con la exacerbación de patologías crónicas, especialmente en poblaciones vulnerables[21–24]. En los mapas de concentración de material particulado para el año 2024 (Figura 2) se puede evidenciar un patrón similar tanto para $PM_{2,5}$ como para PM_{10}: los niveles más bajos se concentran en la franja oriental y central de la ciudad, sobre las localidades que bordean los cerros y el centro, como Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, La Candelaria, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Usme. Hacia el occidente y el suroccidente las concentraciones aumentan de manera progresiva en localidades como Suba, Engativá, Fontibón, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar.

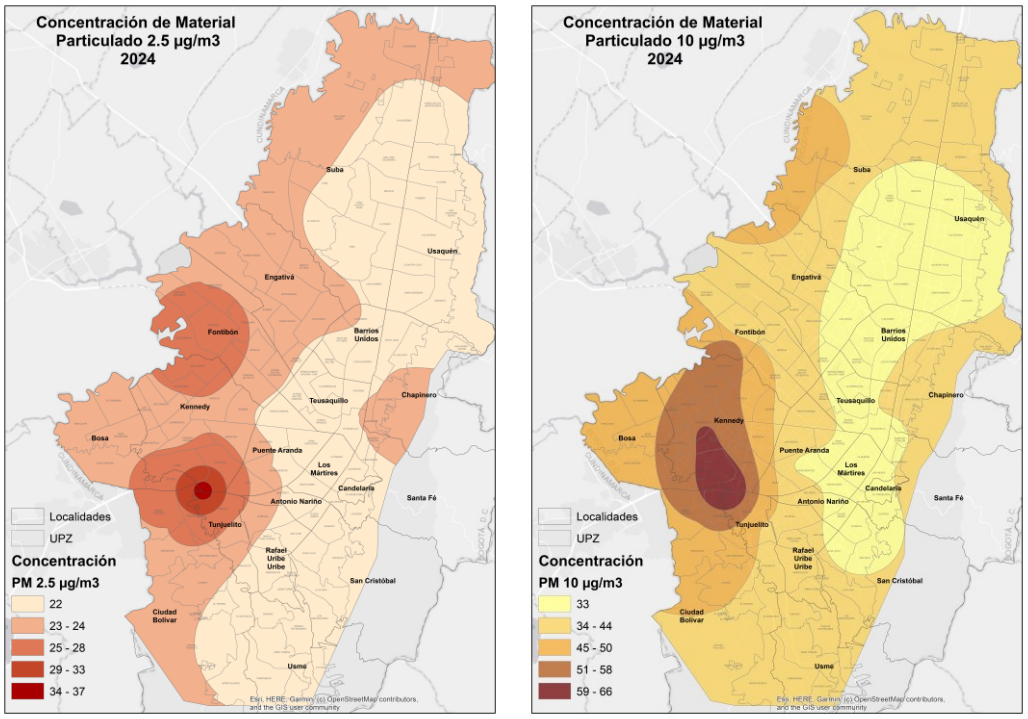
En la representación se destacan focos con concentraciones más altas hacia el sur y suroccidente de la ciudad, especialmente en Fontibón y en el sector entre Kennedy y Tunjuelito, donde se alcanzan los valores máximos de ambos mapas y que disminuyen de forma concéntrica hacia las localidades vecinas. Ambientalmente los principales determinantes que inciden en la afectación de la calidad del aire de estas zonas son por una parte, la dirección del viento que favorece la concentración de los contaminantes y por otra parte las fuentes de emisión, destacando que es una zona con alta industrialización, vías sin pavimentar que favorecen la resuspensión de material particulado al paso de los vehículos, importantes vías con alto tráfico incluyendo el paso de vehículos de

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

carga con características de combustión de energía más contaminante como motores diesel modelos antiguos además de baja cobertura vegetal. Es así que, allí se está priorizando la conformación de las Zonas Urbanas por un Mejor Aire (ZUMA) definidas por la Secretaría Distrital de Ambiente. Lo anterior, permite evidenciar una relación entre la calidad del aire, la ocurrencia de los mencionados eventos en salud y las áreas priorizadas para su intervención intersectorial en la ciudad.

Figura 2. Mapas calidad del aire por material particulado 2.5 µg/m3 y 10 µg/m3 para el año 2024



Fuente: Elaboración propia. Visor Geográfico Ambiental- Secretaría Distrital de Ambiente

En virtud de lo anterior, en la ciudad de Bogotá se realizó una Evaluación de Impacto en Salud en el periodo 2018–2022, identificando que es alta la carga de mortalidad atribuible a la exposición crónica a $PM_{2,5}$, con concentraciones promedio anuales de 17,4 µg/m³, valores que superan la Guía de Calidad del Aire OMS 2021 (5 µg/m³ y 15 µg/m³ respectivamente); ninguna localidad cumplió estos estándares en los años analizados. En ese mismo periodo se registraron 157.667 muertes por causas naturales (77,5 % del total), concentradas principalmente en personas de 60 años y más (79 %).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En esta línea, y bajo un escenario contrafactual alineado con la guía de la OMS, se estimó que 13.345 muertes (IC 95 %: 10.218–14.860) en personas de 30 años y más podrían haberse evitado, siendo equivalente a una tasa promedio de 62,9 muertes atribuibles por 100.000 habitantes en los cinco años del análisis, con mayor relevancia en las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar, que registraron las tasas más altas. La mayor carga correspondió a la mortalidad por enfermedad cardiovascular, seguida de enfermedad isquémica del corazón (EIC) y patologías respiratorias. Así mismo, los costos indirectos estimados en el periodo de análisis ascendieron a 4.510 millones de dólares (IC 95 % 3.453 - 5.022) a precios de 2022[25].

Por otra parte, uno de los principales desafíos contemporáneos para la salud pública y la sostenibilidad ambiental en los entornos urbanos tiene que ver con la gestión segura de sustancias químicas. De acuerdo con la OMS, diversas sustancias como el amianto, el arsénico, el benceno, el cadmio, el mercurio, el plomo y los plaguicidas altamente peligrosos se encuentran entre las principales preocupaciones para la salud pública mundial, debido a su toxicidad y su capacidad de generar efectos adversos en la salud humana y los ecosistemas[26]. Estos compuestos poseen alta persistencia en los ecosistemas, capacidad de bioacumulación en los organismos vivos y biomagnificación a lo largo de la cadena alimentaria, incrementando el riesgo de exposición prolongada en humanos, animales y plantas.

Dentro de los efectos adversos significativos en salud podemos mencionar los generados al sistema nervioso, hematológico, cardiovascular y renal de un metal tóxico como el plomo. Así mismo, el mercurio constituye una amenaza importante para la salud humana, especialmente durante el desarrollo fetal y la infancia, ya que puede afectar los sistemas nervioso, digestivo e inmunitario. Este metal puede transformarse en metilmercurio en el ambiente y bioacumularse en organismos acuáticos, incrementando el riesgo de exposición humana a través del consumo de alimentos contaminados[27].

En consecuencia, la ciudad de Bogotá viene llevando a cabo la vigilancia de la exposición a mercurio por consumo de productos de la pesca (una de las principales vías de exposición a este metal), analizando 18 productos diferentes obtenidos de esta actividad, encontrando excedencias en el 14,01 % de las muestras (7 de las 18 especies estudiadas), al compararlas con los límites máximos permisibles para este contaminante, establecidos en la legislación colombiana.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Para el caso del contexto urbano, la presencia de metales pesados y otras sustancias químicas peligrosas puede estar asociada a múltiples actividades de fuentes antropogénicas, como lo son las industriales, las emisiones derivadas del transporte, el manejo inadecuado de residuos peligrosos, el uso de agroquímicos y liberaciones provenientes de procesos productivos o de reciclaje de materiales.

Estas sustancias también pueden encontrarse en establecimientos asociados a actividades económicas como manufactura, construcción, sector belleza, servicios automotrices y otras actividades de mantenimiento o transformación de materiales, donde se emplean diversos productos químicos potencialmente peligrosos. La presencia y uso de estas sustancias en dichos entornos puede generar riesgos de exposición no solo para los trabajadores, sino también para usuarios y visitantes de estos establecimientos. De igual manera, estas actividades pueden generar contaminación del aire, el agua, los suelos y los alimentos, incrementando los riesgos para la salud pública y los ecosistemas.

En este sentido, la ciudad de Bogotá y sus dinámicas de crecimiento urbano que aún concentran actividades industriales coexistiendo en zonas residenciales o comerciales, incrementan la probabilidad de exposición ambiental y ocupacional a sustancias químicas peligrosas.

En relación con la resistencia a los antimicrobianos, esta se considera una “pandemia silenciosa” al ser un fenómeno complejo, impulsado por procesos microbiológicos, genéticos y ecológicos que favorecen la emergencia y diseminación de microorganismos resistentes entre los seres humanos, los animales, el ambiente y los sistemas agroalimentarios; se considera un desequilibrio ecológico mediado por la actividad humana que requiere una respuesta integral, que priorice la bioseguridad ambiental y el saneamiento básico como herramientas de prevención.

Por otro lado, según el Sistema de Información para la Gestión del Arbolado Urbano existen 1.471.768 árboles en toda la ciudad, que corresponde a un indicador de 0,18 árboles por habitante, con un 59 % de especies nativas y un 41 % de especies foráneas[28]. Las localidades que más árboles tienen son Suba con 320.440 árboles, le siguen Kennedy con 142.639 especies, Usaquén con 132.373, Engativá con 120.540 y Usme con 112.018 árboles.

En cuanto al reporte técnico de indicadores del observatorio de la Defensoría del Espacio Público, luego de procesar, validar y consolidar la información geoespacial recopilada para el año 2025, este fue de 4,95 m²/habitante,

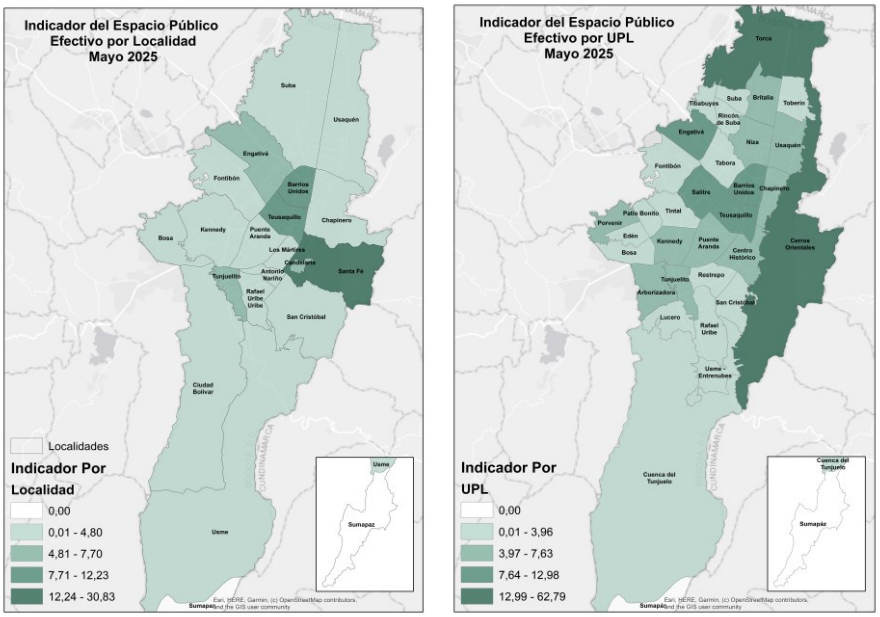
Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

indicando que se ha venido avanzando en la integración y adaptación de áreas para el disfrute de la ciudadanía. De igual forma, las localidades que cuentan con mejores indicadores de espacio público efectivo son Santa Fe (29,58 m²/hab), Teusaquillo (14,03 m²/hab) y Barrios Unidos (13,07 m²/hab).

Además, se evidencia un déficit crítico de espacio público efectivo en localidades como Bosa (1,93 m²/hab), donde se presenta una alta presión demográfica; pero en menor proporción se encuentran las localidades de Los Mártires (2,79 m²/hab) y Antonio Nariño (3,28 m²/hab), convirtiéndose en una prioridad para la recuperación e inversión del espacio público.

Figura 3. Indicador de Espacio Público Efectivo comparativo entre localidades y UPL, Bogotá 2025



Fuente: Elaboración propia con base en el Observatorio de Espacio Público de Bogotá[29].

Al comparar el indicador de espacio público efectivo por localidad y por UPL para mayo de 2025, se puede evidenciar cómo la escala de análisis cambia la lectura del indicador; este corresponde a los metros cuadrados de parques, plazas y zonas verdes de uso público que le corresponden a cada habitante. En el mapa por localidad, la mayor parte de la ciudad se ubica en el rango más bajo de 0,01 a 4,80 m²/hab, incluyendo Suba, Usaquén, Fontibón, Kennedy, Bosa, Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Usme. Los valores altos

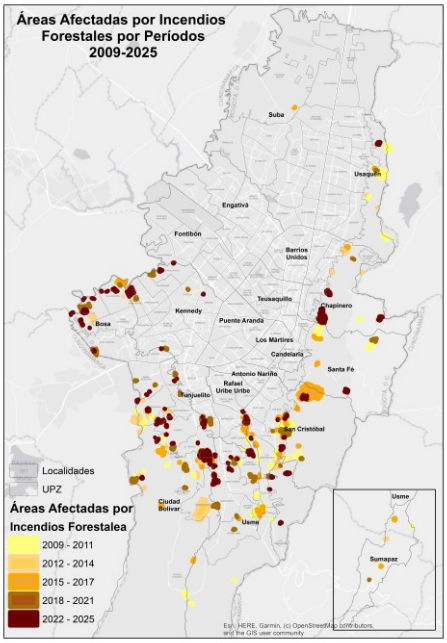
Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

aparecen en Santa Fe, Barrios Unidos y Teusaquillo, en buena parte porque estas localidades incluyen cerros y parques metropolitanos que elevan el promedio.

En el mapa por UPL (Figura 3) esta diferencia se hace más clara, los indicadores más altos de 12,99 a 62,79 m²/hab corresponden a Torca, Cerros Orientales y Cuenca del Tunjuelo, es decir, a las zonas de borde y suelo rural, mientras que las UPL urbanas donde vive la mayoría de la población como Bosa, Edén, Patio Bonito, Lucero, Rafael Uribe y San Cristóbal, se mantienen en los rangos más bajos. Al desagregar el indicador, el déficit real se encuentra en el sur y el suroccidente. Este patrón de menor disponibilidad de espacio público resulta relevante al momento de analizar otras variables ambientales del mismo territorio.

Figura 4. Mapa de identificación de áreas con susceptibilidad a incendios forestales



Fuente: Elaboración propia. Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá[30].

Otra situación que afecta la ciudad se relaciona con los incendios forestales, que en el periodo de 2009 a 2025 (Figura 4) fueron atendidos por el Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá; desde el año 2009 estos eventos se presentan de manera reiterativa en las localidades que tienen la franja de cerros forestales, como lo son Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz, Tunjuelito, Bosa y Kennedy. En la representación se puede evidenciar cómo se ha intensificado el número de áreas

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

afectadas entre los años 2018 a 2021, y de 2022 a 2025, especialmente en las localidades del sur de la ciudad, donde se identifican varias áreas en la UPZ Mochuelo, entre Jerusalén y la UPZ Lucero, en la UPZ Tunjuelito, en zonas del Parque Entrenubes y en los límites con el río Bogotá en las localidades de Bosa y Kennedy.

En relación con los asentamientos informales en la ciudad de Bogotá, buena parte del territorio distrital ha sido poblado por comunidades en situación de pobreza, algunas de ellas debido a factores migratorios internos del país. Esta población se ve sometida a las gestiones fraudulentas de promotores informales, que por iniciativa propia o por encargo, promueven la ocupación de suelos no habilitados para el uso urbano. En este sentido, en su mayoría, dichos asentamientos se encuentran ubicados en la periferia de la ciudad, en suelos que vienen sufriendo procesos de integración de rural a urbano, o en su defecto, en terrenos no aptos para tal fin[31].

A lo largo del tiempo, estos asentamientos han venido incorporándose al desarrollo de la ciudad a través de procesos de regularización que responden en cierta medida a la expansión de esta[32]. En términos de condiciones socioambientales como factor de exposición a eventos adversos en salud, se pueden encontrar las condiciones de habitabilidad, las cuales se presentan de manera frecuente en asentamientos informales, afectando su salud tanto física como mental. En el aspecto de salud física pueden generarse problemas respiratorios crónicos, alergias y propagación de infecciones, mientras que en salud mental se puede incrementar el riesgo de depresión y ansiedad, así como de victimización por violencia doméstica y abuso sexual[31].

Según Pinzón y colaboradores[31], el fenómeno de asentamientos informales o irregulares se da de forma regular en zonas como franjas viales, reservas naturales, existencia de humedales o que el suelo sea de protección ambiental o reserva forestal. Las comunidades que se establecen en estos territorios traen consigo hábitos y prácticas que a su vez generan afectaciones a estos ecosistemas, ocasionando efectos negativos en su salud por una inadecuada disposición de residuos y, por ende, generación de olores ofensivos y vectores, que acarrean problemas sanitarios, sin contar que las construcciones de dichas viviendas se realizan sobre terrenos inestables, siendo altamente vulnerables a cualquier movimiento telúrico.

Una de las problemáticas prevalentes en la ciudad de Bogotá que vienen padeciendo algunas comunidades del distrito tiene que ver con el sector

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

productivo de la industria del cuero, el cual sufrió un desplazamiento desde los municipios de Chocontá y Villapinzón (Cundinamarca) hacia la capital a mediados de los años 60, estableciéndose de forma particular en el Barrio San Benito en la localidad de Tunjuelito, ocasionando desde entonces un alto impacto ambiental a los efluentes del río Bogotá, como lo es el río Tunjuelito. Como consecuencia de lo anterior, la generación de residuos sólidos, líquidos y gaseosos afecta la calidad del agua, provocando daños al ecosistema acuático y la pérdida de su biodiversidad, así como el bienestar y salud de la población cercana.

Dicha problemática radica en que, al tratarse de un proceso artesanal poco tecnificado, utiliza sustancias químicas (soda caustica, taurol, sulfato de amonio, bisulfito de sodio, sulfato de cromo, tintes, entre otros) para el tratamiento de las pieles, sobrepasando el valor máximo permitido, sumado al material orgánico que se obtiene, vertiendo estos lixiviados al sistema de alcantarillado público sin ningún tipo de tratamiento, ya que en su mayoría estas microempresas carecen de plantas básicas de tratamiento de aguas residuales industriales[33].

Como consecuencia de lo anterior, aunque en Colombia existe un marco normativo que regula los vertimientos de aguas residuales, entre cuyas disposiciones se encuentra la Resolución 631 de 2015 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, en la que se establecen los indicadores de las variables fisicoquímicas de las descargas de residuos en los cuerpos de agua, las curtiembres mencionadas superan varios de los parámetros establecidos en la norma, aportando hasta en un 90 % la carga contaminante en cuanto a materia orgánica, grasas, aceites, sólidos, sulfuros y cromo al efluente final que llega al río Tunjuelo[33]. Lo anterior, no solo contamina aguas superficiales, sino también aguas subterráneas, suelos y aire contribuyendo a un deterioro general del ecosistema y del entorno de esta localidad.

Por otra parte, la ciudad de Bogotá viene con una marcada dinámica ligada a la relación entre las personas y los animales, generando simultáneamente vínculos de bienestar y escenarios de riesgo sanitario que deben ser gestionados desde el enfoque de *one health*. Para 2025, la población de caninos y felinos con propietario supera los tres millones, lo que representa un incremento cercano al 60 % respecto a 2022. Este aumento, si bien refleja la importancia afectiva y social de los animales de compañía, plantea desafíos significativos en materia de salud pública, bienestar animal y convivencia ciudadana. En lo que se refiere a los caninos deambulantes —definidos como aquellos en vía pública sin control

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

directo del ser humano[34]—, se estima una población de 66.000 perros en Bogotá, con mayor concentración en Ciudad Bolívar (20,39 %), Usme (19,19 %), Bosa (12,59 %), Kennedy (8,35 %), San Cristóbal (7,72 %) y Rafael Uribe Uribe (6,49 %)[34]. Es relevante notar que varias de estas localidades coinciden con las de mayor concentración de población humana y de establecimientos comerciales, lo que evidencia que la disponibilidad de recursos alimentarios en el espacio público —alimentos en descomposición, residuos orgánicos y alimentación informal de animales callejeros— configura condiciones propicias para la presencia de animales sinantrópicos, entre ellos palomas, roedores, caninos y felinos deambulantes.

Respecto a las palomas urbanas (Columba livia), su presencia en zonas de alta concurrencia como centros históricos, plazas de mercado, estaciones de TransMilenio y espacios comerciales, ha generado problemáticas diferenciadas según el territorio. En el centro histórico y en localidades como Los Mártires, Santa Fe y Antonio Nariño, la densidad de palomas genera acumulación de excrementos que deterioran el patrimonio arquitectónico, contaminan fuentes de agua y crean condiciones para la transmisión de microorganismos como Cryptococcus neoformans, Chlamydophila psittaci (causante de psitacosis) y Salmonella spp. Su manejo requiere estrategias integrales que articulen las competencias de la SDS, la Secretaría Distrital de Ambiente y el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal (IDPYBA).

La convivencia entre humanos y animales tiene diversas implicaciones en términos de salud, siendo una de ellas la de compartir enfermedades (bacterianas, virales y/o parasitarias) que pueden ser transmitidas de una especie a otra. En este sentido, la SDS adelanta el seguimiento a este tipo de eventos diferentes a la rabia, por medio de la línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico (ETOZ), la cual para 2025 reportó con un 53,3 % la leptospirosis como la enfermedad en animales de compañía con mayor número de notificaciones, seguida de brucelosis con un 34,6 %.

Por localidad de procedencia para leptospirosis, los mayores registros se presentaron en Puente Aranda (19 casos), Rafael Uribe (18), Antonio Nariño (14), Engativá (11), Kennedy (11), Suba (9) y Tunjuelito (9), en congruencia con los patrones de asentamiento identificados por el IDPYBA. Adicionalmente, se notificaron 17 casos de otras zoonosis, destacando giardiasis y campilobacteriosis, lo que sugiere la necesidad de fortalecer el control de parásitos y la vigilancia de la calidad del agua y los alimentos que consumen los

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

animales[35]. En cuanto a la distribución por especie, el 93 % de las notificaciones correspondió a caninos (239 casos) y el 4% a felinos (11 casos).

Lo anterior cobra especial relevancia en razón a que dicha convivencia entre tenedores y animales de compañía viene empeorando; para el 2025 se reportaron más de 5.000 casos de maltrato animal acumulados a noviembre, representando un incremento del 62 % al 64 % respecto a periodos anteriores. Los principales conflictos de convivencia incluyen falta de higiene por excretas en espacio público, ruido excesivo, paseos sin correa y abandono. Así mismo, en este año, la Alcaldía Mayor impuso más de 110.000 comparendos por comportamientos contrarios a la convivencia relacionados con mascotas[36].

Ahora bien, la expansión urbana de la ciudad de Bogotá viene generando a través del tiempo una fuerte presión sobre el sistema hídrico y los diferentes ecosistemas que la rodean. En este sentido, y conforme a las metas globales establecidas en la agenda 2030, contempla una visión transformadora hacia la sostenibilidad fundamentada en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), promoviendo un enfoque equilibrado entre las tres dimensiones: económica, social y ambiental[37].

Dicho esto, el cambio climático se convierte en uno de los desafíos a nivel global, y del cual Bogotá no se encuentra exenta. El Acuerdo de Paris (COP21), que entró en vigor el 4 de noviembre de 2016, en su objetivo 13 de los ODS, "Acción por el clima", destaca la necesidad de desarrollar estrategias de transición a economías que disminuyan las emisiones de carbono.

El proyecto *"Análisis de configuración del paisaje por pérdida del Servicio Ecosistémico (SE) de regulación de inundaciones"*, desarrollado en 2019, hace referencia a los beneficios resultantes de la regulación de procesos ecosistémicos que incluyen el mantenimiento de la calidad del aire, regulación hídrica, regulación del clima, almacenamiento y captura de carbono, control de la erosión, control de las enfermedades humanas y la purificación del agua. Es así como los Servicios Ecosistémicos de regulación hídrica, se definen de acuerdo con los aportes ambientales de las áreas de humedales, cuerpos de agua en una cuenca hidrológica, y se encuentran directamente relacionados con el almacenamiento de agua, la recarga del manto freático y la mitigación del impacto cuando se presentan inundaciones, considerándose como sistemas azonales (de transición) entre sistemas terrestres y acuáticos[38].

La ampliación de la frontera de los centros urbanos y asentamientos en zonas periurbanas sobre los terrenos en los que se encuentran estos ecosistemas, ha

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

conllevado un impacto adverso sobre estos Servicios Ecosistémicos, propiciando la presentación de factores de riesgo asociados a una alta probabilidad de inundaciones y remociones en masa; así como la disminución de cuerpos de agua a causa de la inadecuada disposición de residuos por parte de las comunidades, además de un mal uso del recurso.

La expansión y densificación de la ciudad de Bogotá desde la década de 1950 y posteriormente en 1980 hacia los bordes de la ciudad, ha generado cambios en el uso del suelo, lo que conlleva una pérdida sensible y continua de Servicios Ecosistémicos, configurando un ecosistema fragmentado[38].

1.3 Condiciones socioeconómicas

La configuración socioeconómica de Bogotá está determinada por las actividades que generan bienes, servicios, empleo e ingresos, pero también por la manera en que estas actividades organizan el uso del suelo, la movilidad cotidiana, la ocupación del espacio público y las relaciones entre las zonas residenciales, comerciales, industriales y rurales. Para establecer cuáles son las actividades productivas legales más importantes del Distrito se deben considerar conjuntamente su aporte a la economía, su participación en el tejido empresarial y su capacidad de generar empleo.

En el caso de las actividades ilegales no existe una estimación oficial de su contribución al producto interno bruto (PIB) ni del número de personas vinculadas, por lo que no resulta técnicamente adecuado ordenarlas por su peso económico. Su análisis se basa, por tanto, en registros administrativos y operativos recientes, entendidos como evidencia de su presencia y de sus efectos territoriales, pero no como una medición de la totalidad de estas economías.

Durante 2025 el PIB de Bogotá creció 3,5 % y la ciudad aportó el 25,4 % del PIB nacional, confirmando su posición como principal centro económico del país. En ese mismo año se registraron 433.880 empresas activas y vigentes, de las cuales el 99,3 % correspondía a micro, pequeñas y medianas empresas. El comercio representó el 43,7 % del tejido empresarial, los servicios el 36,3 %, la industria el 17,0 % y las demás actividades el 3,0 %[39]. Esta composición evidencia una economía principalmente comercial y de servicios, sostenida por un número elevado de unidades económicas de pequeña escala y complementada por actividades manufactureras, construcción, transporte y logística, alojamiento y alimentación, información y comunicaciones, servicios

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

financieros, actividades profesionales, educación, salud, administración pública, cultura y entretenimiento[39–41].

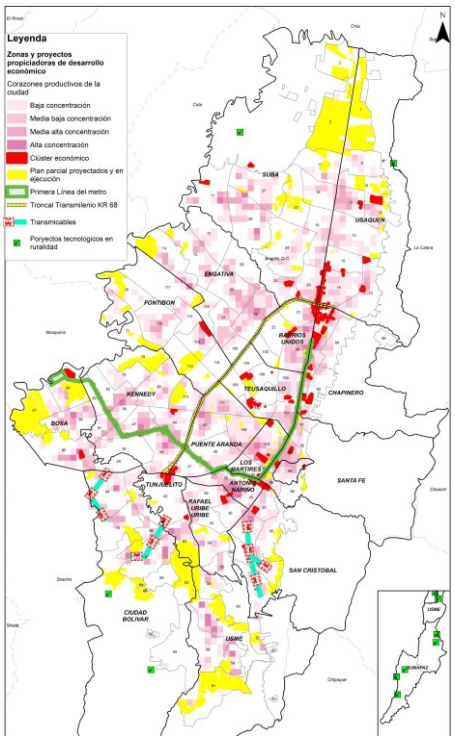
La Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) permite precisar cuáles son las principales ramas de trabajo. Entre enero y septiembre de 2025 la población ocupada de Bogotá se concentró principalmente en comercio y reparación de vehículos; administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana; y actividades profesionales, científicas, técnicas y de servicios administrativos[42]. Al analizar el conjunto de 2025, las ramas que más contribuyeron al aumento de la ocupación fueron las industrias manufactureras, con 45.639 personas ocupadas adicionales; el alojamiento y los servicios de comida, con 32.205; y la construcción, con 25.708. Durante el trimestre febrero-abril de 2026, los mayores incrementos se presentaron en comercio y reparación de vehículos, actividades artísticas y de entretenimiento, y actividades financieras y de seguros[43,44]. En conjunto, estos resultados muestran una estructura laboral diversificada, en la que las actividades comerciales y de servicios concentran buena parte del empleo, mientras la industria, la construcción, la gastronomía, la economía cultural y los servicios financieros han actuado como ramas dinamizadoras durante 2025 y 2026[43,44].

La localización de las actividades económicas no es homogénea (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). En 2025, las empresas de servicios se concentraron principalmente en Chapinero, que reunió el 17,1 % de las empresas de esta rama; Usaquén, con 15,4 %; y Suba, con 14,3 %. En el comercio las mayores participaciones se encontraron en Kennedy, con 11,5 %; Suba, con 10,8 %; y Engativá, con 9,0 %. Esta distribución configura centralidades diferenciadas de empleo, consumo y prestación de servicios[41]. También sugiere la existencia de desplazamientos diarios entre localidades predominantemente residenciales y aquellas con mayor concentración de establecimientos, oficinas, equipamientos y actividades comerciales, con efectos sobre los tiempos de viaje, la demanda de transporte, la congestión vial y la exposición a emisiones y ruido. Se trata de una inferencia derivada de la distribución empresarial y no de una medición directa de los desplazamientos laborales[41].

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 5. Mapa de las zonas, proyectos y obras propiciadoras de desarrollo económico, Bogotá 2025



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP) 2025, Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2025.

Las actividades comerciales y de servicios tienen efectos favorables sobre las condiciones de vida al acercar alimentos, medicamentos, educación, atención en salud, servicios financieros, transporte, recreación y otros bienes necesarios para la vida cotidiana. También sostienen ingresos familiares, fortalecen los circuitos económicos barriales y favorecen el uso social del espacio urbano. Dentro de estas actividades, la economía del turismo, la gastronomía, los eventos y la cultura adquirió especial importancia: Bogotá recibió 14,7 millones de turistas durante 2025, lo que dinamizó el alojamiento, los servicios de comida, el transporte, el comercio y las actividades artísticas y recreativas[40].

No obstante, la concentración de establecimientos comerciales, gastronómicos, logísticos y de entretenimiento puede producir presiones sobre el espacio público, aumento de residuos, ruido ambiental, ocupación de andenes, circulación de vehículos de carga y conflictos entre usos residenciales y económicos[45].

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Durante 2025 la Secretaría Distrital de Ambiente inició 2.430 procesos sancionatorios relacionados con vertimientos irregulares, gestión inadecuada de residuos, ruido, calidad del aire, afectaciones en áreas protegidas, publicidad exterior y daños a la flora y fauna. Kennedy, Fontibón, Suba, Usme, Puente Aranda y Barrios Unidos concentraron el 56,5 % de las investigaciones iniciadas[46]. Estos registros no constituyen una estimación de la prevalencia de incumplimientos ni pueden atribuirse exclusivamente a una rama económica, pero evidencian la magnitud de las necesidades de inspección, vigilancia y control (IVC) ambiental, derivadas de la coexistencia entre actividades productivas, viviendas y espacios de protección.

La construcción fue otra de las actividades relevantes en 2025. Su valor agregado creció 4,9 %, al tiempo que se ubicó entre las ramas que más aportaron al aumento de la ocupación[47]. La construcción de vivienda, edificaciones, vías y obras públicas modifica las condiciones físicas del territorio, amplía la infraestructura y puede mejorar la conectividad y el acceso a equipamientos[45]. Sin embargo, durante su ejecución también genera ruido, polvo, circulación de maquinaria y vehículos pesados, ocupaciones temporales del espacio y residuos de construcción y demolición. La gestión adecuada de estos residuos constituye una oportunidad para avanzar hacia una economía circular: durante 2025 se aprovecharon 2.525.708 toneladas de residuos de construcción y demolición, mediante reutilización dentro de las obras o entrega a plantas autorizadas[48].

La industria manufacturera, el transporte, el almacenamiento, la distribución de mercancías y los servicios automotrices también cumplen una función central en el abastecimiento y el empleo. Estas actividades articulan a Bogotá con la Sabana, otras regiones del país y los mercados internacionales. Al mismo tiempo, su presencia en sectores próximos a viviendas puede generar exposición ocupacional y comunitaria a ruido, emisiones, sustancias químicas, aguas residuales y tránsito de carga. Por ello, la productividad industrial y logística debe acompañarse de tecnologías limpias, manejo seguro de sustancias, control de emisiones y vertimientos, adecuada gestión de residuos y ordenamiento de los usos del suelo. Los procesos sancionatorios ambientales adelantados durante 2025 muestran que esta articulación entre producción, regulación ambiental y protección de las comunidades continúa siendo una necesidad territorial relevante[45].

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Es necesario diferenciar las actividades informales de las actividades ilegales. Para noviembre de 2025-enero de 2026, la GEIH estimó que el 33,6 % de la población ocupada de Bogotá se encontraba en la informalidad, equivalente a 1.459.112 personas[49]. Esta categoría se establece a partir de las características de la unidad económica y del puesto de trabajo, y no implica que la actividad desarrollada sea delictiva[50]. Por tanto, las ventas informales, el trabajo por cuenta propia, los emprendimientos familiares, el reciclaje y otras expresiones de la economía popular no deben clasificarse automáticamente como economías ilegales. Su principal relevancia para la salud pública se relaciona con la estabilidad del ingreso, la afiliación a la seguridad social, la protección frente a riesgos laborales y las condiciones materiales del trabajo, aspectos que deben profundizarse en el apartado específico de condiciones laborales.

En relación con las economías ilegales, los registros oficiales de 2025 y 2026 permiten identificar tres grupos de actividades con efectos territoriales particularmente visibles: el tráfico y la comercialización de sustancias ilícitas y otras rentas criminales asociadas; la venta y ocupación ilegal de terrenos; y la extracción irregular de materiales y disposición clandestina de residuos. Esta clasificación no representa un ordenamiento por rentabilidad ni una estimación exhaustiva, porque las capturas, incautaciones, sanciones y operativos reflejan únicamente los hechos detectados por las autoridades[49].

En síntesis, la economía legal de Bogotá genera empleo, infraestructura, abastecimiento, servicios sociales, innovación y oportunidades de ingreso, pero también produce presiones territoriales que deben manejarse mediante ordenamiento del suelo, movilidad sostenible, producción limpia, gestión de residuos, vigilancia ambiental y protección laboral. Las economías ilegales, por su parte, profundizan el deterioro físico y social mediante violencia, apropiación irregular del territorio, afectación ambiental, fraude y traslado de costos hacia los hogares y las instituciones. Estas relaciones no se distribuyen homogéneamente: los corredores comerciales y de servicios, las zonas industriales y logísticas, los frentes de construcción, los bordes urbanos y los territorios rurales presentan perfiles productivos y afectaciones diferentes que deben ser considerados en la planeación intersectorial y territorial en salud.

1.4 Contexto poblacional y demográfico

De acuerdo con las proyecciones basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 y sus actualizaciones posteriores, para el año 2026 Bogotá, D. C.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

cuenta con una población estimada de 7.945.996 habitantes, lo que la mantiene como la ciudad con mayor concentración poblacional del país y representa aproximadamente el 14,9 % de la población nacional.

Del total de habitantes de Bogotá, D. C. el 99,6 % reside en la cabecera urbana y apenas el 0,4 % en centros poblados y áreas rurales dispersas, lo que refleja el marcado carácter urbano del Distrito. Sin embargo, la ruralidad mantiene una importancia estratégica para el desarrollo de la ciudad, especialmente en localidades como Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Santa Fe, San Cristóbal, Chapinero, Usaquén y Suba. En efecto, el 75 % del territorio distrital corresponde a suelo rural, donde se conservan ecosistemas fundamentales para la protección del recurso hídrico y la biodiversidad. Asimismo, más de 16.400 productores rurales contribuyen a la seguridad alimentaria de Bogotá mediante la producción de alimentos para la ciudad y la región.

Adicionalmente, la ruralidad desempeña un papel clave en la gestión del riesgo, el equilibrio del ordenamiento territorial y la preservación de la cultura y los saberes campesinos, constituyéndose en un soporte esencial para la sostenibilidad y resiliencia del Distrito.

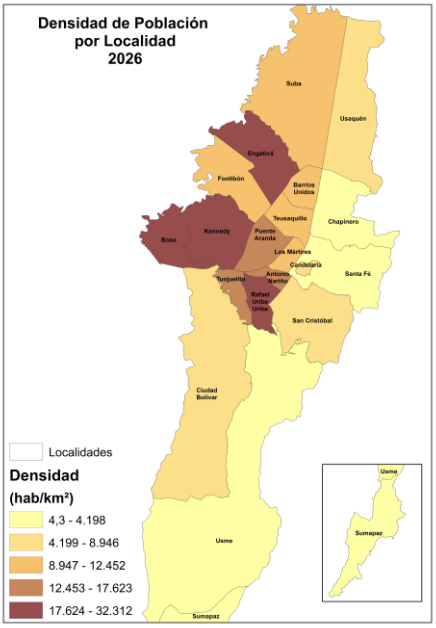
Para la vigencia 2026, se estima que Bogotá cuenta con 2.769.655 viviendas ocupadas y 2.966.674 hogares, con una relación promedio de 1,1 hogares por vivienda y 2,7 personas por hogar. Estos indicadores reflejan cambios en la composición de los hogares, asociados a la reducción del tamaño familiar, el aumento de hogares unipersonales, las transformaciones en los arreglos de cuidado y las dinámicas de movilidad residencial intraurbana y regional. Estas condiciones inciden en la demanda de vivienda, servicios sociales, cuidado, transporte y atención en salud.

Asimismo, la densidad poblacional se presenta por localidad para 2026, expresada en habitantes por kilómetro cuadrado (km²). En el mapa (Figura 6) se observa que las localidades del centro y suroccidente de la ciudad como Bosa, Kennedy, Puente Aranda, Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe concentran las densidades más altas entre 17.624 a 32.312 hab/km², mientras que Sumapaz, Usme, Santa Fe y Chapinero, con mayor extensión rural o menor consolidación urbana, registran las densidades más bajas con 4,3 a 8.946 hab/km². Las localidades del norte y noroccidente Suba, Usaquén, Engativá, Fontibón se ubican en un rango intermedio y localidades como Ciudad Bolívar y San Cristóbal se encuentran entre las densidades bajas en la ciudad.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 6. Mapa de la densidad de población (hab/km²) por localidad, 2026, Bogotá, D. C.



Fuente: Elaboración propia con base en las Proyecciones de Población de la SDP de Bogotá[51].

1.4.1 Población y estructura demográfica

Del total de población proyectada para 2026, el 51,6 % corresponde a mujeres y el 48,4 % a hombres, con una razón hombre-mujer de 0,94. Según el ciclo de vida, el 6,4 % corresponde a primera infancia 0 - 5 años, el 7,1 % a infancia 6 - 11 años, el 7,9 % a adolescencia 12 - 17 años, 17,6 % a juventud 18 – 28 años, el 45,0 % a adultez 29 – 59 años y el 15,9 % a personas de 60 años o más. Esta distribución evidencia una estructura poblacional en transición, caracterizada por la reducción progresiva de la población infantil y juvenil, el aumento relativo de la población adulta y el crecimiento sostenido de las personas mayores.

La pirámide poblacional de Bogotá (Figura 7) para 2026 mantiene una forma regresiva, propia de territorios en etapas avanzadas de transición demográfica. Esta estructura se expresa en una base más estrecha, relacionada con la disminución de la natalidad y la fecundidad; una concentración importante de población en edades adultas; y un ensanchamiento progresivo en los grupos de mayor edad. Este comportamiento plantea retos para la ciudad en términos de sostenibilidad del cuidado, demanda de servicios de salud para condiciones

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

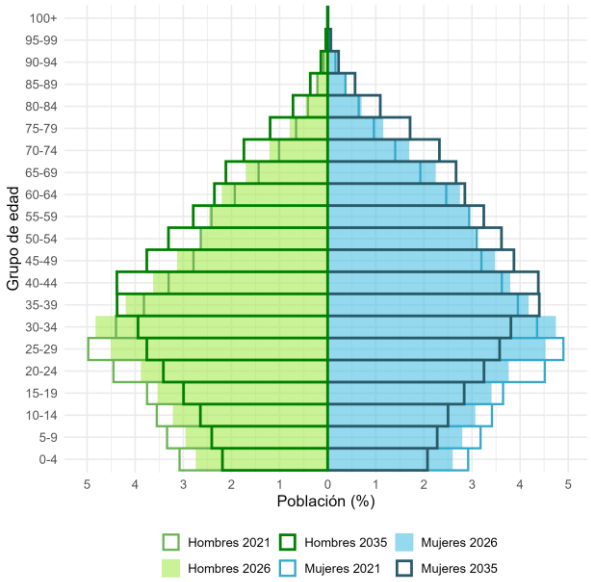
icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

crónicas, dependencia funcional, protección social, productividad y adecuación de la oferta institucional a una población cada vez más envejecida.

No obstante, la transición demográfica no ocurre de manera homogénea en el territorio. Para el análisis desagregado por localidad se dispone de la actualización poblacional realizada en agosto de 2025, en el marco del contrato interadministrativo 500 de 2025, suscrito entre el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y la Secretaría Distrital de Planeación (SDP)[51]. A partir de esta información, se identifican localidades con estructuras poblacionales más envejecidas como Teusaquillo y Barrios Unidos, con índices de envejecimiento superiores a 106,2; mientras que otras localidades como Usme, Bosa y Ciudad Bolívar conservan una estructura relativamente joven, con mayor proporción de población infantil, adolescente y joven.

Estas diferencias territoriales son relevantes para la planeación en salud, dado que las localidades jóvenes tienden a concentrar mayores necesidades asociadas a salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental, entornos escolares y prevención de violencias, mientras que las localidades envejecidas requieren mayor énfasis en atención de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado, salud mental, redes de apoyo y autonomía funcional.

Figura 7. Pirámide poblacional para Bogotá 2021, 2026 y 2035



Fuente: Elaboración propia con base en las Proyecciones de Población de la SDP de Bogotá[51]

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En cuanto a la dinámica demográfica, Bogotá continúa mostrando una reducción sostenida de la fecundidad y la natalidad. Para 2025, la tasa general de fecundidad se estimó en 25,1 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil, mientras que el número de nacimientos registrados corresponde a 55.793, con una variación de -1,3 % frente al año anterior (datos preliminares). Este comportamiento se relaciona con transformaciones sociales, educativas, económicas y culturales, entre ellas el mayor acceso a educación, la participación de las mujeres en el mercado laboral, el uso de métodos anticonceptivos, la postergación de la maternidad y los cambios en los proyectos de vida.

Sin embargo, persisten diferencias territoriales, con localidades como Los Mártires, Sumapaz, Antonio Nariño, Ciudad Bolívar, La Candelaria, Rafael Uribe Uribe y Santa Fe que presentan tasas de fecundidad superiores al promedio distrital.

El índice de Friz para Bogotá en 2026 se ubica en 79,1 personas de 0 – 19 años por cada 100 de 30 - 49 años, no siendo en ninguna localidad mayor a 160 pero si por debajo de 60 para las localidades de Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo, mientras que el índice de dependencia demográfica alcanza 39,5, siendo mayor en Usaquén, Ciudad Bolívar, Usme, Chapinero, Los Mártires, Suba y Antonio Nariño.

Estos indicadores muestran que la ciudad avanza hacia una estructura con mayor peso de la población adulta mayor, y una relación cambiante entre población potencialmente activa e inactiva. Este proceso genera implicaciones para la planeación social y sanitaria, especialmente en lo relacionado con cuidado de largo plazo, prevención de dependencia, atención integral de enfermedades crónicas, salud mental, protección económica y adecuación de los servicios a las necesidades de las personas mayores.

1.4.2 Poblaciones diferenciales

Bogotá, D. C. se caracteriza por su diversidad poblacional, étnica, cultural y territorial, resultado de procesos históricos de poblamiento, migración interna, desplazamiento forzado, movilidad internacional y dinámicas urbanas propias de la capital del país. En el territorio habitan grupos poblacionales y diferenciales que por condiciones sociales, económicas, culturales, territoriales, de género, edad, discapacidad, pertenencia étnica, orientación sexual, identidad de género, situación migratoria o condición de víctima, pueden enfrentar mayores barreras

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

para el acceso efectivo a bienes, servicios y oportunidades, incluidas las atenciones sociales y de salud.

Para 2026 se estima que las poblaciones diferenciales residentes o identificadas en Bogotá corresponden a 1.188.128 personas, de acuerdo con las fuentes oficiales disponibles para cada grupo poblacional (ver Tabla 1, aunque sin contemplar su interseccionalidad). Su análisis permite reconocer la distribución territorial de grupos con necesidades específicas y orientar respuestas diferenciales, interculturales y territorializadas.

Tabla 1. Población diferencial residente en Bogotá para el año 2026

Poblaciones diferenciales	**Población**
Indígena	21.549
Gitana o Rrom	417
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1.193
Palenquera de San Basilio	245
Negra mulata afrodescendiente afrocolombiana	74.018
Campesinos según Encuesta de Calidad de Vida 2025	386.950
Población migrante venezolana	597.475
Víctimas del conflicto armado	401.422
Casos de desplazamiento forzado	364.833
Población con discapacidad proyectada según Encuesta de Calidad de Vida 2025	184.036
Población con discapacidad certificada	91.455

Fuente: DANE Proyecciones de población. Listados censales Rrom en Bogotá para el 2026. ODVCA corte marzo 2026. DANE Encuesta de Calidad de Vida 2025. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad corte mayo 2026. Migración Colombia corte mayo 2026.

En relación con la pertenencia étnico-racial, para 2026 se estima que en Bogotá residen 21.549 personas indígenas, 75.456 personas negras, afrocolombianas, raizales o palenqueras (NARP)[52], y 417 personas pertenecientes al pueblo Rrom o gitano (corte septiembre de 2026). Estas poblaciones cuentan con formas organizativas, prácticas culturales, trayectorias territoriales y necesidades diferenciales que deben ser reconocidas en la planeación en salud. En particular, las barreras culturales, institucionales, lingüísticas y de reconocimiento pueden limitar el acceso oportuno y pertinente a los servicios, por lo que se requiere fortalecer la adecuación intercultural de la respuesta sectorial.

Bogotá también continúa siendo un territorio receptor de población víctima del conflicto armado y de personas desplazadas de otras regiones del país. Con corte a marzo de 2026, se registra la residencia de 401.422 víctimas del conflicto armado en el Distrito Capital, de las cuales 90,9 % corresponden a víctimas de

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

desplazamiento forzado. Su distribución territorial se concentra principalmente en localidades como Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy y Suba[53]. Esta condición implica retos relacionados con acceso a derechos, integración social, salud mental, atención psicosocial, reparación, inclusión productiva y continuidad en los servicios de salud.

En cuanto a la población con discapacidad, para 2025 se identificaron 184.036 personas con dificultades en la vida diaria (no puede hacer, o sí con mucha dificultad), según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), y a mayo de 2026, 91.455 personas certificadas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; las localidades con mayor concentración corresponden a Kennedy, Bosa, Suba, Ciudad Bolívar y Engativá. Esta población enfrenta barreras físicas, comunicativas, actitudinales, educativas, laborales y de acceso a servicios, lo que exige avanzar en ajustes razonables, accesibilidad universal, rehabilitación integral, inclusión educativa y laboral, y fortalecimiento de redes de apoyo y cuidado.

La población migrante internacional, en especial la procedente de Venezuela, mantiene una presencia relevante en la ciudad. Para mayo de 2026, se estima que en Bogotá residen 597.475 personas migrantes venezolanas, se destaca que, para junio de 2024, 54 % de los registrados en el Sisbén hacían parte de los grupos de clasificación A y B pobreza extrema, y pobreza moderada, respectivamente[54]. Esta dinámica genera necesidades relacionadas con afiliación, vacunación, atención primaria, salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, salud mental, prevención de violencias, regularización y acceso a servicios sociales. Su análisis debe considerar tanto la población con vocación de permanencia, como la población en tránsito o con alta movilidad dentro del territorio.

Adicionalmente, la ciudad cuenta con otros grupos poblacionales de especial protección o atención diferencial, entre ellos niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, personas mayores, habitantes de calle, población rural, sectores sociales LGBTI y personas cuidadoras. Si bien cada grupo presenta características y necesidades específicas, en conjunto evidencian la importancia de incorporar enfoques de curso de vida, género, diferencial, territorial e interseccional en la interpretación de las brechas en salud.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

1.4.3 Dinámica demográfica y migratoria

Como capital del país y principal centro urbano de Colombia, Bogotá presenta una dinámica demográfica compleja, marcada por su capacidad de atracción en materia laboral y educativa, así como por las transformaciones socioeconómicas que vive la nación. En cuanto a la natalidad, la ciudad continúa registrando una disminución sostenida en la tasa global de fecundidad con valor preliminar a 2025 de 0,82[55], asociada a cambios culturales y sociales; por su parte, la mortalidad general ha mostrado un comportamiento relativamente estable, aunque con incremento del 2025 frente a 2024, aun de manera preliminar[56].

Respecto a la movilidad poblacional, Bogotá se mantiene como un importante polo de recepción de migración interna, procedente principalmente de departamentos vecinos como Cundinamarca, Tolima, Meta, Boyacá y Santander, así como de zonas rurales afectadas por el conflicto armado, comunidades desplazadas, la pobreza y la falta de oportunidades laborales, así como pueblos indígenas en movilidad y familias en búsqueda de protección. Este flujo migratorio contribuye a ampliar la diversidad cultural de la ciudad, pero también plantea desafíos relacionados con el acceso a servicios sociales, la integración territorial y la disponibilidad de vivienda.

La migración internacional continúa siendo uno de los fenómenos demográficos de mayor peso para la ciudad. Bogotá concentra aproximadamente el 21 % de la población migrante de nacionalidad venezolana que reside en el país[57]. Esta población enfrenta barreras relacionadas con el aseguramiento en salud, la irregularidad de su estatus migratorio, el hacinamiento, la informalidad laboral y las dificultades para garantizar la continuidad de la atención en salud, situación que exige respuestas intersectoriales con enfoque intercultural.

A esta dinámica se suman los flujos de entrada y salida de población a través de los principales nodos de movilidad de la ciudad: el Aeropuerto Internacional El Dorado y las terminales terrestres de las zonas norte, sur y Salitre. El Dorado continúa siendo el aeropuerto con mayor tráfico de pasajeros del país y uno de los más relevantes de América Latina, con un movimiento anual de millones de viajeros (23.149.496 pasajeros movilizados en 2025)[58]. Esta condición posiciona a Bogotá como un punto estratégico para la vigilancia epidemiológica internacional y el monitoreo en salud pública frente a enfermedades transmisibles, emergencias sanitarias, atención en salud y control de riesgos.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

La presencia creciente de diversas comunidades como afrodescendientes, indígenas y población migrante internacional ha enriquecido las expresiones culturales, religiosas, lingüísticas y comunitarias de la ciudad, lo que hace necesario seguir fortaleciendo respuestas interculturales que reconozcan la pluralidad de identidades presentes en el territorio.

1.5 Conclusiones

En conjunto, la configuración territorial, demográfica, económica y ambiental de Bogotá confirma un territorio en permanente transformación. Con 7.945.996 habitantes proyectados para 2026, organizados en 20 localidades y 33 Unidades de Planeamiento Local, la ciudad conserva su función de centro político, económico y de servicios de alcance nacional y regional. La capital recibe diariamente población flotante, migrante y proveniente de municipios vecinos que buscan atención, educación, trabajo y servicios especializados, lo que incrementa la demanda sobre su infraestructura social y sanitaria y obliga a diferenciar esta demanda efectiva de los denominadores basados exclusivamente en población residente. A esta dinámica se suma una transición demográfica avanzada con el envejecimiento poblacional, una intensa movilidad interna e internacional, en especial de origen venezolano, y la coexistencia de grandes polos empresariales con una economía popular heterogénea que, pese a su dinamismo, continúa siendo vulnerable.

Estas dinámicas conviven con presiones urbanas derivadas de la ejecución de obras públicas, la ocupación del espacio público, la percepción de inseguridad y una contaminación ambiental, sumado a las afectaciones asociadas a fenómenos climáticos extremos. De forma paralela, las condiciones de hacinamiento en los asentamientos urbanos informales acentúan la segregación urbana, restringen el acceso a servicios esenciales y exponen a la población a entornos precarios de habitabilidad, cuidado, sociocuidado y autocuidado.

El peso de estas condiciones ambientales y territoriales recae con mayor fuerza sobre la población de menores ingresos, lo que confirma el vínculo estrecho entre los DSS y el cambio climático, este último profundiza las brechas sociales existentes y potencia sus efectos negativos en la salud de quienes ya enfrentan mayor vulnerabilidad, pues persisten brechas significativas entre la ruralidad y la cabecera, según jefatura del hogar y según autorreconocimiento étnico-racial. La segregación socioeconómica, la vulnerabilidad territorial y la desigual distribución de oportunidades refuerzan así brechas de acceso y una exposición

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

diferencial a los riesgos descritos, particularmente en localidades como Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Bosa y Usme y en los territorios rurales del Distrito, consolidando un ciclo de desigualdad que se traduce en mayores problemas sanitarios.

Frente a este panorama, garantizar el derecho a la salud en Bogotá exige reconocer estas dinámicas como determinantes estructurales, fortalecer la planeación territorial y consolidar respuestas intersectoriales, diferenciales, interculturales y territorializadas, capaces de abordar de manera integral las múltiples afectaciones en salud que se derivan de la complejidad urbana, social, económica y ambiental que sigue definiendo al Distrito Capital.

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

El análisis de las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida constituye un componente fundamental del ASIS al permitir comprender cómo los DSS influyen en el bienestar de la población y distribuyen las inequidades en salud[59,60]. Como marco conceptual, los DSS reconocen que el estado de salud no obedece exclusivamente a características biológicas o individuales, sino a factores estructurales (sociales, económicos, políticos y ambientales) derivados de la forma en que la sociedad distribuye el poder, los recursos y las oportunidades para el desarrollo humano[60,61].

Dado que estos factores no actúan de manera aislada, los modelos contemporáneos proponen un análisis sistémico para entender cómo las condiciones económicas, educativas, laborales y ambientales interactúan y se acumulan a lo largo del curso de vida[59,62]. Esta dinámica configura trayectorias diferenciadas de exposición al riesgo y de acceso a oportunidades, de manera que las desventajas sociales se traducen en desigualdades evitables en salud, constituyendo la base normativa para modificar las condiciones que las producen[60–62].

Con base en este enfoque, el análisis de Bogotá, D. C. se orienta a identificar cómo los determinantes estructurales e intermedios configuran las condiciones de vida de la población, y contribuyen a la persistencia de brechas entre grupos poblacionales y territorios[1]. Esta mirada permite visibilizar las desigualdades locales para aportar una comprensión integral de los procesos sociales que condicionan la salud, más allá de la simple ocurrencia de la enfermedad;

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

proporcionando, en última instancia, los elementos necesarios para orientar la formulación de políticas públicas e intervenciones intersectoriales dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población[1].

Dicha realidad se expresa a través de ejes de estratificación como los ingresos, la educación, la ocupación, el género, la pertenencia étnica y el territorio, los cuales condicionan las oportunidades de acceso a recursos materiales y sociales que influyen sobre el bienestar[59,63]. En consecuencia, estas asimetrías sociales anteceden a las diferencias observadas en las condiciones de vida de la población y constituyen la base para el estudio específico de factores como las condiciones de trabajo, la pobreza, la educación, entre otros aspectos el contexto distrital[1].

2.1 Condiciones de trabajo

Las condiciones de trabajo representan uno de los principales mecanismos mediante los cuales la estructura económica influye sobre la salud de la población. La inserción en el mercado laboral determina no solo la disponibilidad de ingresos, sino también el acceso a protección social, estabilidad económica, condiciones adecuadas de empleo y oportunidades para el desarrollo personal y familiar. En este sentido, el trabajo trasciende su función productiva para convertirse en un determinante que condiciona la calidad de vida, la exposición a riesgos y la capacidad de las personas para satisfacer necesidades básicas, elementos estrechamente relacionados con las desigualdades sociales en salud[64–66].

En Bogotá, D. C. el seguimiento de este determinante integra diferentes fuentes de información que permiten caracterizar tanto la dinámica reciente del mercado laboral como las desigualdades socioeconómicas presentes en el territorio. En este apartado se analizan indicadores provenientes del Observatorio de Desarrollo Económico de Bogotá (ODEB) y de la Encuesta Multipropósito Bogotá–Cundinamarca (EM), los cuales ofrecen una visión complementaria sobre las condiciones laborales y económicas de la población[67].

Tabla 2. Principales indicadores estadísticos del mercado laboral para Bogotá (trimestre móvil noviembre de 2025–enero de 2026)

Indicador	Bogotá	%
Población total	8,1 millones	_
Población en edad de trabajar (PET)	6,7 millones	82,6
Fuerza de trabajo	4,7 millones	70,2
Población ocupada	4,3 millones	65,0
Población desocupada	0,4 millones	7,5

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Población fuera de la fuerza de trabajo	2,0 millones	29,8

Fuente: DANE-GEIH. ODEB - Boletín Mercado Laboral No. 185. Trimestre móvil noviembre de 2025–enero de 2026.

Durante el trimestre móvil noviembre de 2025–enero de 2026, Bogotá registró una población de 8,1 millones de habitantes, de los cuales el 82,6 % correspondía a la población en edad de trabajar (PET). La ciudad presentó una tasa global de participación del 70,2 % y una tasa de ocupación del 65 %, mientras que la tasa de desempleo se ubicó en el 7,5 %. Aunque estos resultados reflejan un mercado laboral con una alta participación de la población económicamente activa, cerca del 29,8 % de la PET permanecía fuera de la fuerza laboral, lo que evidencia la persistencia de grupos poblacionales con una limitada vinculación al mercado de trabajo[68].

Así pues, aun cuando los indicadores recientes muestran una evolución favorable para Bogotá, la caracterización de las desigualdades territoriales se encuentra en la EM 2021, última versión oficial disponible con desagregación por localidades al momento de elaborar este ASIS. Si bien esta operación estadística no ha sido actualizada, continúa constituyendo la principal fuente para analizar las diferencias socioeconómicas al interior del Distrito y complementar la información proveniente de la GEIH[67].

De acuerdo con la EM 2021, el 41,6 % de los menores de 16 años residía en hogares con ingresos inferiores al 60 % de la mediana nacional, en tanto que la tasa de desempleo de la población de 15 años o más se ubicó en el 13,2 %. Al realizar la desagregación territorial, se evidencian profundas brechas entre localidades. Respecto a los hogares con bajos ingresos, las proporciones más altas se registraron en Sumapaz (55 %), La Candelaria (53,5 %) y Ciudad Bolívar (49,8 %), en contraste con Fontibón (32,4 %), Barrios Unidos (36,9 %) y Teusaquillo (38,9 %), que presentaron los porcentajes más bajos. Por su parte, la desocupación alcanzó sus valores más críticos en Bosa (18,5 %), San Cristóbal (17,6 %) y Rafael Uribe Uribe (17,6 %), una realidad opuesta a la de Chapinero (6,3 %), Teusaquillo (6,4 %) y Usaquén (7,9 %), donde se observaron las menores tasas de desempleo[67].

Las disparidades observadas demuestran que las condiciones económicas y laborales no se distribuyen de manera homogénea en el territorio distrital. En efecto, las localidades con mayor desempleo tienden a concentrar también una alta proporción de menores que viven en hogares con bajos ingresos, evidenciando una acumulación de desventajas sociales que compromete el

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

bienestar desde etapas tempranas del curso de vida. Aunque estos hallazgos provienen de la EM 2021, constituyen la información territorial oficial más reciente y aportan elementos que permiten identificar áreas prioritarias de intervención bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud[64,67].

2.2 Pobreza monetaria

La pobreza monetaria expresa la insuficiencia de ingresos de las personas y los hogares para adquirir una canasta básica de bienes alimentarios y no alimentarios, por lo que constituye una medición indirecta de las condiciones económicas de la población[69]. Sus efectos trascienden la disponibilidad inmediata de recursos, dado que restringen el acceso a alimentación adecuada, vivienda, educación, transporte y otros bienes y servicios esenciales para el bienestar[70]. En el ámbito de la salud pública, estas limitaciones incrementan la exposición a condiciones adversas, y reducen la capacidad de los hogares para afrontar necesidades cotidianas y eventos inesperados, contribuyendo a la reproducción de desigualdades sociales y sanitarias[69,70].

Para 2025 la incidencia de pobreza monetaria en Bogotá fue de 17,8 %, indicando que aproximadamente 18 de cada 100 personas tenían un ingreso per cápita inferior a la línea de pobreza definida para su dominio geográfico. Este resultado, estimado por el DANE a partir de la GEIH, representa una reducción de 1,8 puntos porcentuales frente a 2024, cuando el indicador se ubicó en 19,6 %[69].

La disminución observada adquiere mayor contexto al considerar otros indicadores de pobreza monetaria. En 2024, el ingreso per cápita promedio de la unidad de gasto en Bogotá fue de $ 2.191.517, con un tamaño promedio del hogar de 2,6 personas. Para ese mismo año, la línea de pobreza monetaria se estableció en $ 628.604 mensuales por persona, mientras que la brecha de pobreza alcanzó 7,1 % y la severidad 3,9 %. Estos indicadores complementan la incidencia de pobreza al reflejar tanto la distancia promedio entre los ingresos de la población pobre, y la línea de pobreza como la heterogeneidad existente entre los hogares que permanecían por debajo de ese umbral[71].

De igual manera, la línea de pobreza monetaria extrema se ubicó en $ 286.314 mensuales por persona. La incidencia de pobreza extrema fue de 4,2 %, con una brecha de 2,1 % y una severidad de 1,4 %, resultados que permiten caracterizar no solo la magnitud de la pobreza extrema, sino también la intensidad con la que esta afecta a la población que se encuentra en dicha condición[71].

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En comparación con las demás ciudades capitales, Bogotá se ubicó entre los territorios con menor incidencia de pobreza monetaria en 2025, por debajo del promedio nacional de 28 % y del promedio correspondiente a las trece ciudades y áreas metropolitanas, estimado en 20,6 %. No obstante, la reducción observada no implica la desaparición de las desigualdades económicas, pues el coeficiente de Gini de la ciudad se situó en 0,501, aunque disminuyó frente al valor registrado en 2024 (0,523). Los resultados muestran que la disminución de la pobreza monetaria coexistió con una distribución del ingreso todavía desigual, limitando la capacidad de algunos hogares para consolidar mejoras sostenibles en sus condiciones de vida[69,71].

La información más reciente sobre pobreza monetaria producida mediante la GEIH ofrece resultados para Bogotá como unidad territorial, pero no permite identificar diferencias entre localidades. Por esta razón, el análisis intraurbano se complementa con la EM 2021, última fuente oficial disponible con representatividad local. Según los resultados publicados en SaluData, la incidencia de pobreza monetaria presentó sus mayores valores en Usme (57,81 %), Ciudad Bolívar (57,37 %) y Bosa (53,18 %), mientras que Teusaquillo (7,9 %), Chapinero (12,83 %) y Usaquén (15,96 %) registraron las menores proporciones[72].

Finalmente, el contraste entre localidades evidencia un marcado gradiente socioeconómico al interior del Distrito, en el que los territorios con mayores niveles de pobreza concentran condiciones menos favorables para el acceso a alimentación, vivienda, transporte, educación y empleo. Aunque estas estimaciones territoriales corresponden a 2021, continúan siendo la información oficial más reciente disponible para este nivel geográfico y permiten identificar áreas donde las desventajas económicas pueden acumularse y profundizar las brechas de salud y calidad de vida.

2.3 Pobreza multidimensional

A diferencia de la pobreza monetaria, orientada a evaluar la capacidad económica de los hogares a partir de sus ingresos, la pobreza multidimensional permite comprender cómo las privaciones sociales se acumulan simultáneamente y limitan el desarrollo humano. Bajo este enfoque, un hogar puede superar el umbral de los ingresos mínimos y, aun así, experimentar restricciones críticas en educación, salud, empleo, habitabilidad o acceso a servicios básicos. Por esta razón, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

constituye una herramienta fundamental para visibilizar aquellas desigualdades que trascienden el plano monetario y que impactan de forma directa en el bienestar y la calidad de vida de la población[73,74].

En este escenario, la incidencia de pobreza multidimensional en Bogotá, D. C. se ubicó en 2,2 % para 2025, representando un descenso de 3,2 puntos porcentuales frente al 5,4 % registrado en 2024. De acuerdo con el DANE, la capital consolidó la menor incidencia de pobreza multidimensional entre los departamentos del país, un logro que evidencia una reducción estructural de la población expuesta a carencias simultáneas en dimensiones esenciales de la vida[75].

Al desagregar las privaciones que componen el índice, se identifican con claridad las barreras que todavía frenan las oportunidades de desarrollo de la población. En Bogotá, las privaciones más críticas se concentraron en el trabajo informal (51,3 %), el bajo logro educativo (18,7 %), el rezago escolar (15,2 %) y el desempleo de larga duración (14,6 %). Por el contrario, los niveles más bajos se observaron en dimensiones asociadas al entorno físico y la infancia, tales como el acceso al agua mejorada (0,1 %), materiales inadecuados en pisos y paredes (0,1 %), eliminación inadecuada de excretas (0,3 %) y trabajo infantil (0,4 %). Estos hallazgos demuestran que, si bien la ciudad sobresale positivamente en el contexto del país, persisten desafíos estructurales en los frentes laboral y educativo. Ambos aspectos operan como determinantes sociales de la salud esenciales, ya que configuran las trayectorias de empleo, los ingresos, la protección social y la capacidad real de las familias para sostener condiciones de vida saludables[71].

Complementando este panorama, el DANE señala que los factores con mayor peso en la incidencia ajustada de la pobreza multidimensional capitalina fueron el trabajo (32,8 %), la salud (24,1 %) y la educación (23,9 %), seguidas por la niñez y la juventud (15,6 %) y en menor medida, la vivienda (3,6 %). Dicho comportamiento corrobora que las deudas sociales pendientes con la ciudadanía se localizan principalmente en las dinámicas del mercado laboral, las brechas educativas y el acceso efectivo a condiciones que favorecen el bienestar, más que en la infraestructura física de los hogares.

Por último, el análisis pone de manifiesto una marcada brecha de género: la pobreza multidimensional afectó al 1,4 % de los hogares con jefatura masculina, una cifra que se duplica y alcanza el 3,2 % cuando la jefatura es femenina. La

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Tabla 3 presenta las principales privaciones que conforman el IPM en Bogotá D.C. para 2025.

Tabla 3. Proporción de hogares con privaciones según indicador del IPM. Bogotá, D. C., 2025

Indicador	Proporción de hogares (%)
Incidencia de pobreza multidimensional (hogares con jefe hombre)	1,4
Incidencia de pobreza multidimensional (hogares con jefe mujer)	3,2
Analfabetismo	1,1
Bajo logro educativo	18,7
Barreras de acceso a servicios para cuidado de la primera infancia	5,8
Barreras de acceso a servicios de salud	0,8
Desempleo de larga duración	14,6
Hacinamiento crítico	3,2
Inadecuada eliminación de excretas	0,3
Inasistencia escolar	0,6
Material inadecuado de paredes	0,1
Material inadecuado de pisos	0,1
Rezago escolar	15,2
Sin acceso a fuente de agua mejorada	0,1
Sin aseguramiento en salud	5,3
Trabajo infantil	0,4
Trabajo informal	51,3

Fuente: ODEB, con base en DANE. ECV 2025.

2.4 Educación

La educación representa uno de los principales mecanismos mediante los cuales las personas desarrollan capacidades, amplían sus oportunidades de participación social y mejoran sus condiciones de vida. Más allá de la adquisición de conocimientos, el acceso a una formación oportuna, continua y de calidad potencia la inserción laboral, fortalece la toma de decisiones, incrementa la alfabetización en salud y mitiga las desigualdades sociales que condicionan el bienestar de la población. En consecuencia, las brechas en el acceso, la permanencia y los logros educativos se reflejan en trayectorias de vida desiguales, así como en una distribución inequitativa de los riesgos y resultados en salud[1,61–63,76].

Desde la perspectiva de los DSS, la educación constituye un recurso estratégico para promover la equidad, al influir directamente sobre otros factores estructurales e intermedios como el empleo, el nivel de ingresos, la protección social y las condiciones de habitabilidad. Diversos estudios han demostrado que un mayor nivel educativo se asocia con mejores indicadores sanitarios, una

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

mayor esperanza de vida y una menor exposición a factores de riesgo. Asimismo, brinda herramientas indispensables para acceder, comprender y utilizar la información necesaria para el cuidado de la salud. Por ello, el análisis de la situación educativa permite aproximarse a las oportunidades de desarrollo de la población, visibilizando cómo las desigualdades acumuladas durante el proceso escolar impactan a largo plazo sobre la calidad de vida[61,66,76].

En Bogotá la oferta educativa ha experimentado importantes transformaciones durante los últimos años, como resultado de las dinámicas demográficas, la reorganización institucional del sistema público y privado, y las nuevas demandas del servicio. En este contexto, el comportamiento de la infraestructura escolar, la matrícula, la cobertura y la permanencia constituyen elementos fundamentales para valorar la capacidad del sistema al garantizar el acceso efectivo a la educación y cerrar las brechas que afectan a distintos grupos poblacionales y territorios[77].

Con el fin de caracterizar la capacidad instalada del sistema educativo en Bogotá, D. C., en la Tabla 4 y Tabla 5 se presenta la evolución del número de establecimientos y sedes educativas según el sector, para el periodo 2022–2025.

Tabla 4. Establecimientos educativos según sector. Bogotá, D. C., 2022–2025

Indicador	2022	2023	2024	2025
Sector oficial	405	411	417	417
Sector no oficial	1.566	1.515	1.457	1.393
Total establecimientos educativos	1.971	1.926	1.874	1.810

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito. Oficina Asesora de Planeación. Sistema Integrado de Matrícula, 2025.

Tabla 5. Sedes educativas según sector y ubicación. Bogotá, D. C., 2022–2025

Indicador	2022	2023	2024	2025
Sector oficial urbano	687	693	705	702
Sector oficial rural	52	52	51	51
Sector no oficial urbano	1.556	1.505	1.447	1.384
Sector no oficial rural	10	10	10	9
Total sedes educativas	2.305	2.260	2.213	2.146

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito. Oficina Asesora de Planeación. Sistema Integrado de Matrícula, 2025.

La infraestructura educativa constituye el soporte operativo del servicio; sin embargo, las oportunidades reales de acceso y retención se expresan a través de los indicadores de cobertura y matrícula. En 2025, Bogotá registró una cobertura bruta del 90,9 % y una cobertura neta del 83,3 %, cifras inferiores a las observadas en 2024. Esta disminución se concentró principalmente en el

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793 IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

nivel de transición, donde la tasa neta pasó del 62,1 % al 57,9 %, mientras que primaria y secundaria presentaron reducciones menores y la educación media mantuvo un comportamiento estable. Estos resultados muestran que, a pesar de conservar niveles de cobertura superiores al promedio de otros territorios, el Distrito presenta variaciones en el ingreso oportuno al sistema y en la continuidad de las trayectorias escolares[78].

La matrícula del sector oficial consolidó un total de 708.201 alumnos, de los cuales el 95,7 % se concentró en los niveles de preescolar, básica y media. La distribución interna de este volumen correspondió a la básica primaria con 277.665 usuarios (39,2 %), seguida por la básica secundaria con 232.615 (32,8 %) y la educación media con 96.672 (13,7 %). Paralelamente, el sistema absorbió a 30.219 personas mediante modelos de flexibilización curricular para extraedad, jóvenes y adultos, tales como Aceleración del Aprendizaje y Ciclos Lectivos Especiales Integrados, modalidades orientadas a la continuidad educativa de poblaciones con trayectorias escolares previas interrumpidas.

El desglose territorial de estos datos refleja diferencias en el volumen de matrícula entre localidades. Bosa (102.945 alumnos), Kennedy (97.265), Ciudad Bolívar (92.011), Suba (72.348) y Usme (62.411) concentraron el 60,3 % de la matrícula oficial del Distrito. En el extremo opuesto, Sumapaz (734), La Candelaria (2.217), Teusaquillo (2.637) y Chapinero (2.998) registraron los menores volúmenes de absorción. Esta distribución corresponde al tamaño poblacional de las localidades y a la concentración de la población infantil y adolescente local, variables demográficas que inciden en la planeación de la oferta educativa y en la asignación presupuestal orientada a mantener las condiciones de acceso y permanencia[77].

Desde un enfoque diferencial, la composición de la matrícula describe la diversidad de la población atendida en el sistema oficial. La participación por sexo mostró una distribución de 358.388 hombres (50,6 %) y 349.813 mujeres (49,4 %). Por otra parte, la población migrante representó el 9,5 % del total general (67.471 alumnos), con un registro de 64.309 personas procedentes de Venezuela, situación que se vincula al desarrollo de las estrategias de inclusión orientadas a garantizar el derecho a la educación de niños, niñas y adolescentes de forma independiente a su situación migratoria[77].

En el ámbito de la educación inclusiva, el Distrito reportó la atención de 21.877 estudiantes con discapacidad, lo que equivale al 3,1 % de la matrícula general. Al desagregar esta población por tipo de condición, la discapacidad intelectual

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

registró el volumen más alto con 12.492 usuarios (57,1 %), seguida por la discapacidad múltiple (4.766), la discapacidad mental o psicosocial (1.488), la discapacidad física (1.395) y la discapacidad auditiva (1.090). La presencia de estos segmentos determina los requerimientos del sistema en cuanto a apoyos pedagógicos, ajustes razonables y condiciones de accesibilidad arquitectónica y comunicativa para la permanencia dentro del entorno escolar[77].

La matrícula oficial integró además a 13.528 estudiantes pertenecientes a grupos étnicos, cifra que representa el 1,9 % del total matriculado. Dentro de este grupo, la población indígena (43,7 %) y la afrodescendiente (40,3 %) registraron las mayores proporciones, seguidas por las comunidades negras (14,9 %), mientras que las poblaciones raizal, palenquera y Rom se ubicaron en los rangos menores. Estos indicadores muestran la composición cultural del sistema educativo distrital y se relacionan con el diseño de estrategias pedagógicas con enfoque intercultural dirigidas a reducir las brechas entre los diferentes grupos poblacionales[77].

Finalmente, los indicadores de permanencia escolar sitúan a la retención como uno de los puntos de seguimiento para el sistema. En 2025, la tasa de deserción intraanual en el sector oficial se ubicó en el 3,0 %, frente al 2,5 % registrado en 2024, con incrementos en todos los niveles educativos y un comportamiento más marcado en la básica secundaria. Esta tendencia muestra que, junto con los indicadores de cobertura, el comportamiento del sistema incluye el desempeño de las estrategias de acompañamiento y permanencia, específicamente en los territorios con condiciones de vulnerabilidad social. Bajo la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la reducción de la deserción constituye una intervención con incidencia en las oportunidades de desarrollo, la movilidad social y las desigualdades que posteriormente se manifiestan en el empleo, los ingresos y la calidad de vida[1,61–63,76].

2.5 Servicios públicos

El acceso a los servicios públicos domiciliarios constituye uno de los determinantes intermedios que median la relación entre la posición social de la población y sus condiciones de salud. La disponibilidad continua de agua potable, el saneamiento básico y la adecuada gestión de las aguas residuales reducen la exposición a agentes biológicos, químicos y ambientales, favorecen la prevención de enfermedades transmisibles y contribuyen a la generación de entornos saludables. De igual forma, estos servicios representan un componente

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

esencial de las condiciones de vida, al incidir sobre la higiene, la seguridad alimentaria, la habitabilidad de las viviendas y la calidad ambiental del territorio[79–82].

Desde la perspectiva de los DSS, las coberturas alcanzadas por los sistemas de acueducto y alcantarillado, junto con la calidad del agua suministrada para consumo humano, constituyen indicadores que permiten valorar las oportunidades de la población para desarrollar una vida saludable y libre de riesgos ambientales prevenibles. En consecuencia, el análisis de estos servicios trasciende la evaluación de la infraestructura física, al reflejar la capacidad institucional para garantizar condiciones básicas de bienestar y reducir inequidades territoriales en salud[59,63,76,79].

Para caracterizar las condiciones relacionadas con los servicios públicos domiciliarios, en este apartado se analizan indicadores de cobertura de acueducto, alcantarillado sanitario, alcantarillado pluvial e Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA). En conjunto, estos indicadores permiten valorar tanto el acceso como la calidad de servicios esenciales para la salud pública y proporcionan elementos para identificar desigualdades territoriales en las condiciones de vida de la población.

Como punto de partida, el suministro de agua potable durante 2025 tuvo una cobertura residencial y legal del servicio que se situó en el 99,70 %; similar al comportamiento de 2024 y se mantiene ligeramente por debajo del 99,72 % que se había alcanzado en 2022 y 2023. Al analizar la desagregación territorial, se observa que la cobertura supera el 99 % en las 19 localidades urbanas; sin embargo, persisten diferencias hacia la meta del 100 %. Por un lado, La Candelaria logró la cobertura total, seguida de Tunjuelito y Antonio Nariño (99,99 %), y Kennedy, Engativá y Teusaquillo (99,98 %). Los niveles más bajos se concentran en Ciudad Bolívar (99,22 %), Usme (99,24 %), San Cristóbal (99,35 %), Rafael Uribe Uribe (99,54 %) y Usaquén (99,57 %). Aunque estas brechas porcentuales parecen menores, su distribución geográfica demuestra que el acceso legal al servicio aún no es universal en todo el distrito[83].

Estas diferencias se explican desde la ficha técnica del indicador del observatorio ambiental de Bogotá, donde se señala que el crecimiento continuo de la ciudad y la persistencia de construcciones clandestinas o ilegales frenan el cubrimiento total. Por lo tanto, estos márgenes deben leerse a la luz de la expansión urbana y de la existencia de usuarios que todavía no están incorporados formalmente

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

al sistema, dado que el indicador contabiliza estrictamente a los suscriptores registrados ante la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá[83].

Paralelamente, la evacuación de aguas residuales mediante el alcantarillado sanitario consolidó una tendencia de crecimiento constante en su cobertura urbana, alcanzando en 2025 un total de 2.325.494 usuarios conectados. Este volumen refleja un incremento frente a los 2.265.126 usuarios reportados en 2024 y sostiene la trayectoria ascendente observada desde 2022 (2.179.473 usuarios). Al evaluar su composición en 2025, la base estuvo constituida por 2.085.996 suscriptores residenciales y 239.498 no residenciales. Al igual que en el acueducto, la ficha técnica advierte que el cubrimiento enfrenta limitaciones por el crecimiento urbano y la persistencia de conexiones clandestinas[84].

Por su parte, el alcantarillado pluvial alcanzó en 2025 una cobertura del 99,12 %, resultado ligeramente inferior al 99,18 % registrado en 2024 y al 99,25 % observado en 2022. Aunque el indicador permanece próximo a la meta distrital del 100 %, la reducción reciente muestra que el cubrimiento no ha seguido una trayectoria continua; además, la ficha consultada discontinúa la serie al no presentar información para 2023[85].

En este componente pluvial las diferencias territoriales son más marcadas, ya que durante 2025 Chapinero, Los Mártires, Antonio Nariño y La Candelaria registraron el 100 % de cobertura, mientras que Barrios Unidos, Teusaquillo y Santa Fe alcanzaron valores iguales o superiores al 99,99 %. En contraste, los niveles más bajos se presentaron en Ciudad Bolívar (96,11 %), Usme (97,69 %), Bosa (98,27 %), Fontibón (98,29 %), San Cristóbal (99,06 %) y Suba (99,02 %), ensanchando una distancia de 3,89 puntos porcentuales entre Ciudad Bolívar y las localidades con cobertura total[85].

La interpretación de este indicador requiere precaución, pues su cálculo relaciona el área urbana total con el área física cubierta por redes pluviales o sistemas combinados. Por consiguiente, el porcentaje expresa proximidad de la red, pero no establece su capacidad hidráulica, estado de conservación ni su respuesta ante episodios de precipitación intensa, donde los asentamientos informales continúan siendo el principal obstáculo para la infraestructura de drenaje[85].

Finalmente, la calidad del agua suministrada por la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá mantuvo condiciones favorables durante 2025 con un IRCA promedio anual del 0,5 %, calculado a partir de 15.324 muestras de control tomadas junto a la SDS. De acuerdo con la Resolución 2115 de 2007, estos

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

valores se ubican en el nivel “sin riesgo” (0 % a 5 %), confirmando que el agua distribuida fue apta para el consumo humano[86].

En su evolución cronológica, los valores mensuales oscilaron entre 0,1 % en septiembre y 0,78 % en mayo, mejorando el promedio frente a 2024, año en el que varios meses superaron el 1 % y noviembre alcanzó el 2,55 %. No obstante, al ser el IRCA un promedio espacial y temporal, no se deben obviar las variaciones puntuales del territorio, por lo que este control no sustituye la vigilancia sanitaria específica ante posibles alteraciones localizadas[86].

2.6 Equipamiento

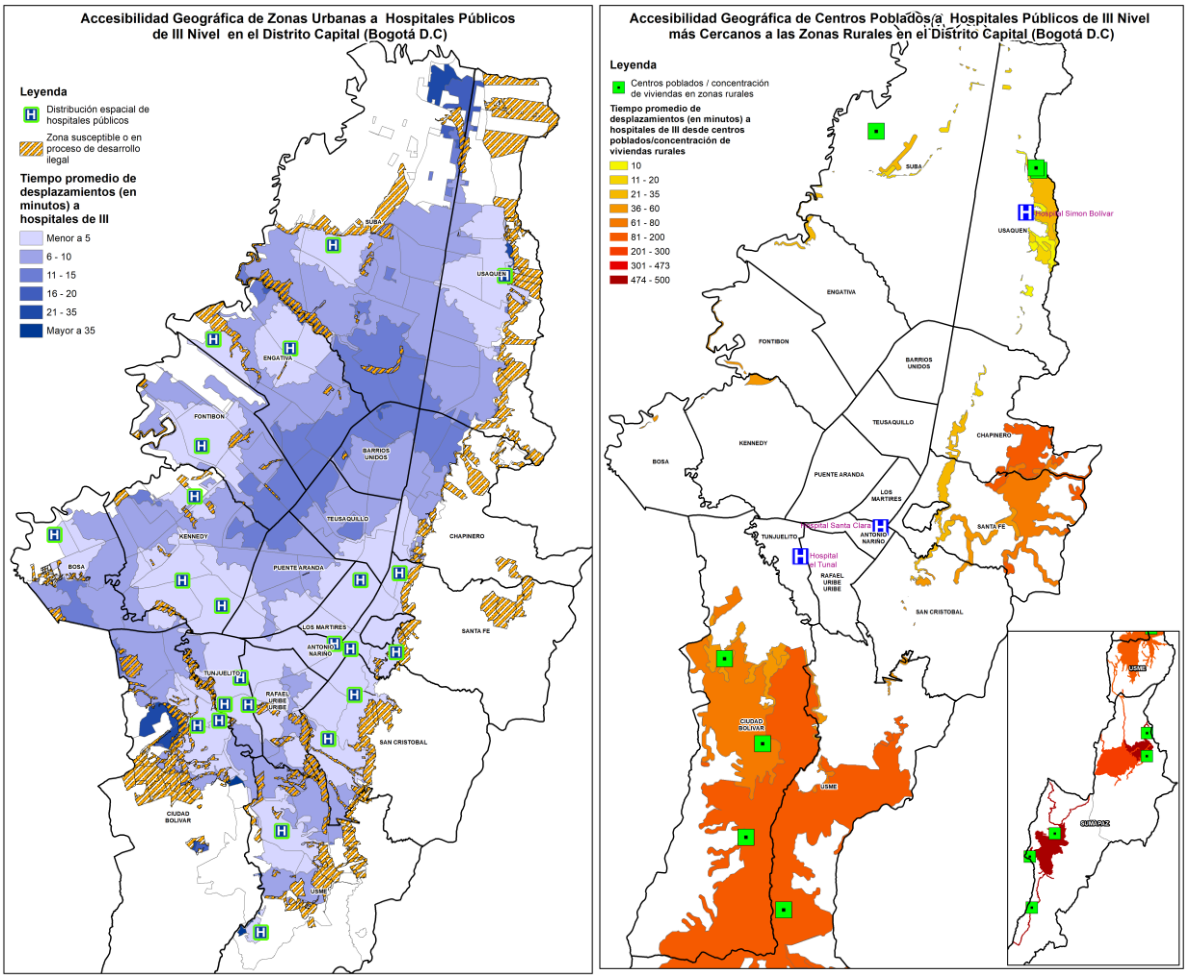
El Decreto 555 de 2021 busca garantizar una proximidad mínima entre la población y los servicios sociales y de atención ciudadana, promoviendo desplazamientos eficientes en modos no motorizados o mediante transporte público, con tiempos de viaje estimados entre 15 y 30 minutos. Vale la pena resaltar que un entorno urbano adecuadamente planificado y gestionado bajo los principios del diseño universal contribuye a mejorar y sostener la salud y la equidad en salud, en la medida en que favorece la producción cultural y económica y la generación de otros activos sociales para la comunidad[87].

A continuación, se observan los resultados de un ejercicio de tiempos de desplazamientos a equipamientos en salud de III nivel que se presentan en los mapas de la Figura 8.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 8. Accesibilidad geográfica por tiempos de desplazamiento a hospitales de III nivel por zona urbana y rural.



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.

Cerca del 84,4 % del suelo urbano de Bogotá queda a menos de 10 minutos de viaje del hospital de alto nivel más cercano, y el 99,9 % a menos de 35 minutos, Las UPZ con el tiempo promedio ponderado más alto son Guaymaral (UPZ3, Suba), con 22,3 minutos sobre un 64,3 % del área de la UPZ cubierta; Monte Blanco (UPZ64, Ciudad Bolívar), con 20,5 minutos, aunque calculados sobre apenas el 4,3 % de la UPZ; Jerusalem (UPZ70, Ciudad Bolívar), con 13,9 minutos sobre el 72,8 % de su área; Paseo de los Libertadores (UPZ1, Usaquén), con 12,8 minutos sobre solo el 21,1% de la UPZ; y Los Andes (UPZ21, Barrios Unidos), con 12,7 minutos sobre la totalidad (100 %) de su área.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

La banda más crítica del mapa de referencia ("Mayor a 35", equivalente a la banda 40-60 minutos de la capa) solo aparece en 5 UPZ, todas ubicadas en el extremo sur de la ciudad y ausentes de la lista anterior: Monte Blanco (UPZ64, Ciudad Bolívar), con 2,02 hectáreas (ha) (0,3 % de la UPZ); El Mochuelo (UPZ63, Ciudad Bolívar), con 17,16 ha (5,4%); El Tesoro (UPZ68, Ciudad Bolívar), con 5,04 ha (2,4%); Ciudad Usme (UPZ61, Usme), con 13,65 ha (1,5%); y Comuneros (UPZ58, Usme), con 0,60 ha (0,1 %), Es decir, mientras Guaymaral y Paseo de los Libertadores concentran los tiempos promedio más altos en el norte de la ciudad sin llegar a esta banda extrema, es en el borde sur, la franja de contacto entre el suelo urbano y la zona rural de Ciudad Bolívar y Usme, donde efectivamente aparece la categoría más crítica del mapa.

En otras palabras, dentro del suelo urbano, los bordes de Ciudad Bolívar (Monte Blanco, El Mochuelo, El Tesoro) y de Usme (Ciudad Usme, Comuneros), la franja de contacto entre la ciudad y la zona rural de esas dos localidades, concentran toda el área que alcanza la franja más alta en tiempos de desplazamiento. El otro punto crítico identificado, Guaymaral (UPZ3, extremo norte de Suba), no llega a esta banda extrema, aunque sí queda casi en su totalidad (97,9 % del área cubierta) en las dos bandas siguientes (15-20 y 20-35 minutos).

Sobre la "zona susceptible o en proceso de desarrollo ilegal" el achurado se concentra en tres franjas: el borde nororiental de Suba y Usaquén (junto a Guaymaral y Paseo de los Libertadores, dos de las UPZ más críticas identificadas arriba), el borde oriental de Chapinero, Santa Fe y San Cristóbal (los cerros orientales), y el borde sur y suroccidental de Ciudad Bolívar, Usme y Bosa (donde también se concentra la banda 40-60 min).

En el contexto rural se puede observar que en el norte (Usaquén/Suba), el área alrededor del Hospital Simón Bolívar aparece mayoritariamente en amarillo y naranja claro (bandas 10 a 35 min). Es la zona con mejor accesibilidad de todas las zonas rurales con presencia de concentración de viviendas rurales o centros poblados. En Ciudad Bolívar y Usme se ve una mancha naranja bastante extensa y continua (aproximadamente en el rango 61-80 a 81-200 min), que cubre buena parte del sur de esas dos localidades. El recuadro de detalle (Usme/Sumapaz, esquina inferior derecha) es donde aparece la peor accesibilidad: manchas rojas y una mancha marrón oscuro (banda 474-500 min) en Sumapaz. Esto confirma que Sumapaz es, por mucho, la localidad más crítica en accesibilidad a estos equipamientos.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Asimismo, llama la atención la franja naranja-roja que aparece en el corredor oriental de Chapinero y Santa Fe (entre esas dos localidades, hacia los cerros), que, aunque no se identifican concentración de viviendas rurales o centros poblados, si hay presencia de fincas y viviendas rurales que también muestran una mala accesibilidad hacia los hospitales de III nivel. En Chapinero también se encuentra San Luis Altos del Cabo, que, aunque no está considerado como zona rural, si está aislado de la continuidad urbana de la ciudad y se considera una zona que evidencia desigualdades territoriales y sociales, por lo que es de considerar los rangos de tiempos de desplazamientos en los que se encuentra.

De manera complementaria se observa el desplazamiento desde cada centro poblado o concentración de viviendas rurales hacia el equipamiento de salud de alta complejidad más cercano. Los 5 centros poblados de Sumapaz son, por mucho, los más críticos, entre 4 y 7 horas en hora pico hasta el Hospital El Tunal, su referencia de Subred, reflejando lo remoto de esa localidad. Los de Ciudad Bolívar y Usme quedan en un rango de 27 minutos a 1,5 horas. Los de Usaquén y Suba, servidos por el Hospital Simón Bolívar (ubicado en la propia Usaquén), tienen los tiempos más bajos del conjunto (7 a 33 minutos)[*].

2.7 Seguridad alimentaria

La posibilidad de mantener una alimentación suficiente, segura y nutritiva se construye en la vida cotidiana, donde confluyen la disponibilidad de alimentos, la capacidad económica para adquirirlos, las condiciones para su adecuado aprovechamiento y la estabilidad de dichos factores en el tiempo. Cualquier alteración puede restringir la alimentación de los hogares y comprometer su bienestar. Por ello, la seguridad alimentaria constituye una expresión de las condiciones sociales y económicas en las que vive la población[88].

Cuando esas condiciones se debilitan, la inseguridad alimentaria puede avanzar desde la preocupación por no disponer de suficientes alimentos hasta la reducción de su variedad, calidad o cantidad. En los escenarios más graves puede conducir a omitir comidas o permanecer un día entero sin comer. La Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES) reconoce esa

[*] No hay centros poblados rurales formalmente reconocidos en Santa Fe, San Cristóbal ni Chapinero en la capa fuente (Decreto 555/2021).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

progresión mediante ocho preguntas sobre las dificultades de acceso económico experimentadas por los hogares durante los últimos 12 meses[89].

En Bogotá el análisis articula las restricciones económicas para acceder a los alimentos con indicadores relacionados con el estado nutricional y las prácticas de alimentación en diferentes momentos del curso de vida. Su lectura conjunta no supone una relación directa entre la inseguridad alimentaria y los resultados nutricionales, pues estos últimos también están condicionados por enfermedades, prácticas de cuidado, saneamiento y acceso a los servicios de salud[89,90].

En 2025 la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave en los hogares de Bogotá fue del 9,6 %, representando una reducción de 4,3 puntos porcentuales frente al 13,9 % registrado en 2024. El resultado también fue inferior al promedio nacional del 21,1 %. A pesar de la evolución favorable, cerca de uno de cada diez hogares de la ciudad experimentó dificultades que afectaron la calidad o la cantidad de los alimentos consumidos[89].

En la primera infancia, durante 2025 se identificaron 2.803 casos de desnutrición aguda entre 214.929 menores de cinco años valorados, para una prevalencia del 1,3 %. Del total, 2.265 casos correspondieron a desnutrición moderada y 538 a desnutrición severa. El resultado fue inferior al 1,4 % observado en 2024, aunque representa únicamente a la población captada por el sistema de vigilancia nutricional[90,91]. La mayor prevalencia se presentó en Sumapaz, con 3,3 %, pero correspondió a tres casos entre 91 menores valorados. Le siguieron Chapinero (1,91 %), Santa Fe y Los Mártires (1,7 %). En contraste, Fontibón (1,0 %), Tunjuelito (1,1 %) y Ciudad Bolívar (1,2 %) registraron los valores más bajos. El 4,0 % de las valoraciones no contaba con información sobre la localidad de residencia, lo que limita la lectura completa de las diferencias territoriales[91].

Respecto a la lactancia materna exclusiva, durante 2025, de los 26.965 menores de seis meses valorados, 16.130 recibían lactancia materna exclusiva, equivalentes al 59,8 % del registro distrital[92]. Según los datos publicados por SaluData, Antonio Nariño (70,4 %), Tunjuelito (70,2 %) y San Cristóbal (69,4 %) presentaron las mayores proporciones entre las localidades urbanas, mientras que Usaquén (50 %), Barrios Unidos (50,5 %) y La Candelaria (52,6 %) registraron los menores resultados entre las localidades urbanas. La diferencia de 20,4 puntos porcentuales entre Antonio Nariño y Usaquén evidencia una distribución territorial heterogénea de la práctica. Por su parte,

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sumapaz alcanzó el 100 %; sin embargo, este resultado solo se basó en cinco menores valorados[92].

Para la población gestante en el 2025 entre las 71.077 mujeres valoradas, el 9,5 % presentó bajo peso, el 36,1 % un peso adecuado, el 34,9 % sobrepeso y el 19,5 % obesidad. En conjunto, el exceso de peso alcanzó el 54,4 %, mostrando la coexistencia de malnutrición por déficit y por exceso[93]. Usaquén presentó la mayor proporción de bajo peso gestacional (11,8 %), seguida de Chapinero y Usme (11,7 % y 10,5 % respectivamente). En cambio, Engativá registró el menor valor de bajo peso (8,3 %), pero una de las mayores proporciones de exceso de peso (55,2 %). Un comportamiento semejante se observó en Bosa y Kennedy, donde el bajo peso fue del 8,7 % y 8,9 %, mientras el exceso alcanzó el 55,8 % y el 56,7 %, respectivamente. En Sumapaz solo se reportaron 23 casos para exceso de peso[93].

En la población de 18 a 64 años valorada durante 2025 predominó la malnutrición por exceso. De las 1.184.598 personas incluidas en el registro, 733.055 presentaron exceso de peso, equivalentes al 61,9 %, mientras que 19.227 fueron clasificadas con delgadez, correspondientes al 1,6 %. La diferencia entre ambas proporciones evidencia que el exceso de peso constituye la principal alteración nutricional en este grupo poblacional[90].

Las mayores proporciones de exceso de peso se registraron en Ciudad Bolívar (63,5 %), Usme (63,4 %) y Rafael Uribe Uribe (62,9 %), mientras que Teusaquillo presentó el menor valor (59,5 %). La delgadez mostró variaciones más reducidas y alcanzó sus porcentajes más altos en Los Mártires (2,0 %) y Santa Fe (1,8 %). Sumapaz registró un 63,2 % de exceso de peso y un 0,7 % de delgadez, pero sus resultados correspondieron a 555 personas valoradas. Además, el 5,4 % de los registros no tenía identificada la localidad de residencia, lo que limita parcialmente la comparación territorial.

En las personas mayores de 65 años la malnutrición por exceso continuó siendo la condición más frecuente, aunque la delgadez adquirió una presencia mayor que en la población adulta. Durante 2025 fueron captadas 413.654 personas, de las cuales 181.682 presentaron exceso de peso, equivalentes al 43,9 %, y 50.477 fueron clasificadas con delgadez, correspondientes al 12,2 %[95]. Ciudad Bolívar (46,7 %), Bosa (46,6 %) y Usme (45,5 %) registraron las mayores proporciones de exceso de peso. En contraste, Los Mártires presentó uno de los menores valores de exceso (40,6 %) y la proporción más alta de delgadez (15,0 %), seguido por Santa Fe y La Candelaria (13,8 % cada una). Sumapaz registró

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

un 38,4 % de exceso de peso y un 10,5 % de delgadez, pero sus resultados correspondieron únicamente a 229 personas captadas. Además, el 3,9 % de los registros no contaba con información sobre la localidad, lo que limita parcialmente la comparación territorial[95].

2.8 Condiciones y estilos de vida

Las condiciones de vida comprenden las circunstancias materiales, sociales y ambientales en las que las personas nacen, crecen, estudian, trabajan, habitan y envejecen. Incluyen los recursos disponibles, las características del entorno, las relaciones sociales y las oportunidades de acceso a bienes y servicios, factores que pueden ampliar o restringir las posibilidades de proteger la salud[59,63,76].

Por su parte, los estilos de vida corresponden a prácticas y comportamientos cotidianos que, aunque involucran decisiones individuales, están condicionados por los entornos económicos, familiares y comunitarios. Para examinar la confluencia entre ambas dimensiones, se analizan el consumo de tabaco en personas de 60 años y más, y los casos registrados de consumo abusivo o problemático de sustancias psicoactivas (SPA). El primer indicador procede de una encuesta, mientras que el segundo corresponde a registros administrativos y no representa una prevalencia poblacional[59,63,76].

Entre las personas de 60 años y más, encuestadas durante 2025, 189 reportaron consumo actual de tabaco, para una prevalencia observada del 7,5 %. El resultado fue mayor en los hombres, con 11,2 %, (97 de 866 encuestados), que en las mujeres, con 5,5 %, (92 de 1.670). Además, 628 personas, equivalentes al 24,8 %, reportaron exposición al humo de tabaco[96].

Por localidades, las mayores proporciones de consumo actual se observaron en Barrios Unidos (14,6 %), Antonio Nariño (11,6 %), Los Mártires (11,2 %) y San Cristóbal (11,0 %). En Barrios Unidos, sin embargo, el resultado correspondió a seis casos entre 41 personas encuestadas. Los valores más bajos se registraron en Puente Aranda (2,3 %), Usaquén (3,9 %) y Engativá (4,4 %). En Sumapaz no se identificaron consumidores actuales, pero solo fueron encuestadas 14 personas[96].

El consumo abusivo o problemático de sustancias psicoactivas no constituye únicamente un comportamiento individual. El informe de calidad de vida de Bogotá señala su relación con la disfunción familiar, las lesiones intencionales y no intencionales, la siniestralidad vial y otras consecuencias que afectan tanto

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

la salud como el tejido social. Su vigilancia se realiza mediante el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo Abusivo de Sustancias Psicoactivas[97].

Los hombres concentraron 8.626 casos, equivalentes al 71,4 %, y las mujeres 3.455, correspondientes al 28,6 %; también se registraron dos casos en personas intersexuales. Por curso de vida, la mayor participación se presentó en la juventud, con 4.797 casos (39,7 %), seguida de la adultez, con 4.433 (36,7 %), y la adolescencia con 2.369 (19,6 %). En conjunto, adolescentes y jóvenes representaron el 59,3 % de los casos registrados. Además, el 85,8 % de los ingresos al tratamiento se produjo voluntariamente y el 7,7 % por iniciativa de familiares[97].

Kennedy concentró el mayor número de casos con 1.905 (15,8 %), seguida de Bosa con 1.425 (11,8 %), Engativá con 1.046 (8,7 %), Ciudad Bolívar con 1.026 (8,5 %) y Suba con 957 (7,9 %). Los menores conteos se presentaron en La Candelaria, Antonio Nariño y Barrios Unidos. Estas diferencias no representan el riesgo de consumo de cada localidad, pues no consideran el tamaño de su población y pueden estar condicionadas por el acceso al tratamiento, la captación institucional y la oportunidad del registro. En 124 casos, equivalentes al 1,0 %, no se identificó la localidad de residencia[97].

Más allá de los consumos analizados, la calidad de vida también depende de las oportunidades para desarrollar actividades físicas, recreativas y culturales. Para estas dimensiones, la información más reciente disponible corresponde a 2023 y 2024, por lo que se utiliza únicamente como referencia contextual y no como una medición de la situación en 2025 o 2026. En 2023 solo el 11 % de la ciudadanía asistió presencialmente a eventos culturales, principalmente por falta de tiempo, costos y distancia; asimismo, en 2024 la satisfacción con los parques y las zonas verdes se mantuvo alrededor del 48 %. Aunque requieren actualización, estos resultados muestran la importancia de contar con alternativas accesibles para la actividad física, la recreación, la interacción social y el disfrute de la ciudad[98].

2.9 Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

La gobernabilidad y la gobernanza constituyen dimensiones fundamentales para comprender la capacidad del sistema de salud de conducir la acción pública, articular actores y orientar recursos y decisiones hacia la garantía del derecho a la salud. La OMS reconoce el liderazgo y la gobernanza como una de las funciones esenciales de los sistemas de salud y plantea que su fortalecimiento

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

requiere políticas, regulación, información y mecanismos de coordinación capaces de orientar de manera coherente la actuación de los distintos componentes del sistema[99]. Desde una perspectiva más amplia, la gobernanza en salud comprende las reglas, relaciones y procesos mediante los cuales diferentes actores ejercen autoridad, establecen prioridades, toman decisiones y rinden cuentas, por lo que su análisis no puede restringirse a la existencia formal de instituciones o normas[100].

Esta aproximación es consistente con las orientaciones metodológicas del MSPS para la construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria. En ellas, el componente político del nivel general incorpora expresamente las capacidades de gobierno y gobernanza para formular, implementar y articular políticas públicas orientadas a reducir brechas sociales y sanitarias y garantizar derechos[101]. El análisis debe, además, relacionar estas condiciones estructurales con los contextos en los que transcurre la vida cotidiana y, posteriormente, con sus posibles manifestaciones en el proceso salud-enfermedad-atención. La metodología establece que esta comprensión debe construirse mediante triangulación de información territorial, administrativa, cuantitativa y cualitativa, y no a partir de indicadores considerados de manera aislada[59,101].

En Bogotá la escala del Distrito y la diversidad de sus 20 localidades hacen especialmente relevante analizar la capacidad de articulación entre la autoridad sanitaria, las SISS, aseguradores y prestadores, gobiernos locales, otros sectores distritales, organizaciones sociales y ciudadanía. En este escenario, la gobernanza comprende, entre otros componentes, la participación y el control social, la coordinación institucional e intersectorial, la gestión territorial, la asignación y movilización de recursos y la disponibilidad de información que permita sustentar la toma de decisiones. Estos elementos adquieren importancia en la medida en que permiten reconocer necesidades diferenciadas, establecer prioridades y organizar respuestas que requieren la actuación de múltiples actores[99–101].

Durante 2025 Bogotá contó con una estructura amplia de participación y control social en salud. Con corte al cuarto trimestre, SaluData registró 60 veedurías ciudadanas en salud integradas por 550 personas. Su distribución fue heterogénea entre las cuatro subredes: Sur registró 17 veedurías y 209 integrantes; Sur Occidente, 21 y 157; Centro Oriente, 14 y 121; y Norte, 8 y 63, respectivamente[102]. Las veedurías constituyen uno de los mecanismos

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

mediante los cuales la ciudadanía realiza control social sobre la gestión pública y participa en el seguimiento de acciones del sector salud.

Otros mecanismos de participación también tuvieron presencia distrital durante 2025. SaluData reportó 25 asociaciones de usuarios en la red pública distrital, correspondientes a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, así como información de las bases sociales de asociaciones de usuarios de 7 EAPB y de los 20 Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS) locales[103]. La propia fuente señala diferencias entre subredes en la evolución de estas bases sociales y limitaciones en la periodicidad y estandarización de algunos reportes de las EAPB, elementos relevantes para caracterizar no solo la existencia formal de los mecanismos, sino también las condiciones bajo las cuales puede realizarse su seguimiento.

La capacidad organizativa de las comunidades constituye otro componente de esta estructura de gobernanza. Entre 2021 y 2024 se habían identificado y caracterizado 630 organizaciones sociales en las 20 localidades y, durante 2025, se identificaron 160 organizaciones adicionales. Los mayores números en ese año correspondieron a Ciudad Bolívar, con 15 organizaciones; Suba, con 14; y Bosa, con 13. Los procesos de fortalecimiento desarrollados durante 2025 abordaron, entre otros asuntos, salud mental y bienestar emocional, la Política de Participación Social en Salud, el modelo MAS Bienestar y aspectos relacionados con aseguramiento. Esta información permite reconocer una base organizativa diversa a partir de la cual se desarrollan procesos de participación, gestión social e interlocución con la institucionalidad[104].

La gobernanza territorial involucra también la capacidad de movilizar recursos y desarrollar intervenciones en el ámbito local. Según SaluData, con corte a septiembre de 2025, la ejecución consolidada de proyectos de inversión local en salud financiados por los Fondos de Desarrollo Local ascendió a $ 2.127.473.900. El 45 % correspondió al otorgamiento de dispositivos de asistencia personal, el 35 % a acciones complementarias para personas con discapacidad y sus cuidadores y el 20 % a coinversión en la Estrategia Territorial en Salud. La fuente reportó aproximadamente 2.019 personas beneficiarias en las 20 localidades. Estos datos permiten caracterizar la movilización territorial de recursos, aunque por sí solos no permiten establecer la calidad de los procesos de gobernanza, la incidencia de la participación en las decisiones ni los efectos de las inversiones realizadas[104].

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En consecuencia, la caracterización de la gobernabilidad y la gobernanza en salud pública requiere diferenciar entre la existencia de mecanismos y capacidades y su funcionamiento efectivo. El número de organizaciones, veedurías, asociaciones o personas participantes permite conocer la magnitud y distribución de parte de la infraestructura participativa; los recursos ejecutados permiten reconocer capacidades de gestión territorial. Sin embargo, estos indicadores no informan directamente si las propuestas ciudadanas modifican decisiones, si los compromisos adoptados se cumplen, si diferentes sectores actúan de manera coordinada o si las respuestas desarrolladas son reconocidas por las comunidades en su vida cotidiana. Esta distinción es relevante porque la gobernanza comprende tanto las estructuras existentes como las relaciones, procesos de decisión, rendición de cuentas y capacidades de coordinación que se producen entre los actores.

Por ello, el análisis de Bogotá durante 2025 debe avanzar desde la descripción de las estructuras de participación, organización y gestión territorial hacia la comprensión de cómo estos mecanismos se relacionan, qué capacidad tienen para incorporar necesidades y perspectivas territoriales, y de qué manera se traducen en decisiones y acciones públicas. La identificación de estas relaciones debe realizarse con prudencia, distinguiendo aquellas respaldadas por evidencia cuantitativa y administrativa, de aquellas que únicamente pueden ser sugeridas por la información cualitativa disponible. Esta secuencia permite mantener coherencia con la metodología de análisis multinivel del ASIS, en la cual las condiciones políticas, económicas y territoriales se relacionan con los contextos y formas de vida y, posteriormente, con las posibles inequidades observadas en salud.

2.9.1 Afiliación al sistema de salud

El aseguramiento en salud constituye uno de los pilares fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al ser el mecanismo para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y materializar el derecho fundamental a la salud bajo los principios de universalidad, solidaridad y equidad. En Bogotá su análisis adquiere especial relevancia en el contexto de las transformaciones que ha venido experimentando el sistema de salud colombiano durante el año 2025, marcadas por procesos de intervención y reorganización de Entidades Promotoras de Salud (EPS), el fortalecimiento de los mecanismos de afiliación y la consolidación de estrategias

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

orientadas a la Atención Primaria en Salud y la Gestión Integral del Riesgo en Salud como política nacional.

De acuerdo con las cifras reportadas por el MSPS con corte a diciembre de 2025[105], el Distrito Capital registró 7.914.901 personas afiliadas al SGSSS, lo que representa una cobertura del 99,6 % frente a una población estimada de 7.945.996 habitantes de acuerdo con las proyecciones DANE, ajustadas post COVID, consolidándose como uno de los territorios con mayor nivel de aseguramiento del país. Del total de afiliados, 6.026.606 personas (75,8 %) pertenecían al régimen contributivo, 1.744.791 (22,0 %) al régimen subsidiado y 143.504 (1,8 %) a los regímenes de excepción y especiales. Esta distribución refleja la estructura económica y laboral de la ciudad, caracterizada por una alta participación del empleo formal, pero también evidencia la permanencia de una proporción importante de población cuya garantía de acceso a los servicios de salud depende de mecanismos de financiación pública, particularmente a través del régimen subsidiado.

De manera complementaria, se registraron 415.636 afiliados al régimen subsidiado sin clasificación Sisbén, 128.472 afiliados a regímenes especiales subsidiados sin Sisbén, 979 afiliaciones de oficio sin Sisbén IV y 4.136 personas clasificadas como población no pobre y no vulnerable afiliadas al régimen subsidiado. Estas cifras reflejan la coexistencia de diferentes mecanismos de afiliación previstos por la normatividad para garantizar la protección de poblaciones con condiciones diferenciales, al tiempo que evidencian oportunidades de mejora en los procesos de focalización, la depuración de la información y la gestión del aseguramiento, aspectos fundamentales para fortalecer la eficiencia y la equidad del sistema.

La distribución de la población afiliada entre las EPS evidencia, además, una alta concentración del aseguramiento en un número reducido de aseguradoras. A diciembre de 2025, Sanitas (22,6 %), Compensar (19,4 %), Famisanar (15,3 %) y Salud Total (13,7 %) concentraban conjuntamente cerca del 71 % de los afiliados del Distrito, configurando una estructura altamente dependiente de la capacidad operativa, financiera y administrativa de estas entidades. En contraste, Capital Salud, aunque representa el 11,4 % del total de afiliados, concentra cerca de la mitad de la población del régimen subsidiado, consolidándose como el principal asegurador de la población con mayores condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en Bogotá. Esta configuración adquiere especial relevancia en el contexto de las medidas de vigilancia e

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

intervención adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud sobre varias EPS con alta participación en el Distrito, las cuales generaron desafíos para la continuidad de la atención, la reorganización de las redes de prestación y la gestión del aseguramiento. En este sentido, la elevada concentración de afiliados en un reducido número de aseguradoras constituye un factor de riesgo para la resiliencia del sistema de salud[106] distrital, al incrementar la dependencia de un número limitado de aseguradoras para garantizar la continuidad de la atención, la estabilidad de las redes de prestación y la gestión integral del riesgo en salud[†].

Cabe mencionar que el nivel de cobertura en el Distrito implica un análisis más allá de la afiliación nominal, toda vez que las dinámicas del sistema de salud colombiano durante 2025 evidenciaron que la vinculación formal al SGSSS no constituye por sí sola una garantía de acceso efectivo, continuo y oportuno a los servicios de salud. En este contexto, el aseguramiento adquiere una dimensión estratégica como componente articulador de la gestión integral del riesgo, la adscripción poblacional, la conformación de redes integrales de prestación y la continuidad del cuidado, aspectos esenciales para materializar el derecho fundamental a la salud y reducir las inequidades en el acceso, siendo estos componentes incorporados en el MAS Bienestar.

Por otro lado, la concentración del aseguramiento también presenta una marcada expresión territorial, evidenciando que la composición de los regímenes de afiliación responde estrechamente a las condiciones socioeconómicas y laborales de las diferentes localidades del Distrito. Si bien el régimen contributivo concentra el 76,1 % de la población afiliada en Bogotá, su participación varía significativamente entre territorios[107]. Localidades con mayores niveles de ingreso, potencial formalización laboral y capacidad de cotización como Chapinero (99,1 %), Teusaquillo (101,3 %), Barrios Unidos (91,1 %), Usaquén (91,0 %) y Engativá (82,2 %), presentan un claro predominio del régimen contributivo, reflejando las características de su estructura económica y del mercado laboral. En contraste, localidades con mayores condiciones de vulnerabilidad social, como Ciudad Bolívar (43,8 %), Usme (40,5 %), Santa Fe (37,6 %), Rafael Uribe Uribe (36,1 %), San Cristóbal (35,6 %) y Bosa (30,3 %),

[†] A esta situación se suma las características propias de cada EAPB y de su configuración demográfica, se encuentran aquellas con índices de infancia superiores al 21 % principalmente en el régimen subsidiado Sura, Coosalud, Mallamas, Aliansalud y Mutual Ser, y aquellas con mayores índices de vejez como Capital Salud o Nueva EPS en el régimen contributivo.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

registran una participación del régimen subsidiado considerablemente superior al promedio distrital (22,0 %), lo que evidencia una mayor dependencia de mecanismos de financiación pública para garantizar el acceso a los servicios de salud.

Esta distribución territorial trasciende la caracterización administrativa del aseguramiento y constituye un reflejo de las inequidades sociales presentes en la ciudad. La mayor concentración del régimen subsidiado en estas localidades se relaciona con determinantes como la pobreza, la informalidad laboral, las condiciones de vulnerabilidad y la mayor presencia de poblaciones sujetas de especial protección, factores que incrementan la demanda de servicios financiados con recursos públicos y exigen estrategias diferenciales para la Gestión Integral del Riesgo en Salud. En este contexto, el aseguramiento se consolida como un instrumento para orientar la planeación territorial, la organización de las redes de prestación y la asignación de recursos, priorizando intervenciones que contribuyan a reducir las brechas de acceso y las inequidades en salud entre los diferentes territorios del distrito.

Las diferencias territoriales observadas en la composición del aseguramiento también se reflejan en la necesidad de implementar mecanismos diferenciales de afiliación para poblaciones con condiciones de especial protección constitucional o que enfrentan barreras estructurales para su incorporación al SGSSS.

En este contexto, el aseguramiento de las poblaciones especiales constituye un componente fundamental para avanzar en la equidad, al garantizar la protección financiera y el acceso a los servicios de salud de grupos que, por sus condiciones sociales, étnicas, jurídicas o de vulnerabilidad, requieren estrategias específicas de vinculación al sistema. La identificación de estas poblaciones se realiza mediante los listados censales, instrumento definido por la normatividad vigente para acreditar la pertenencia a grupos priorizados y facilitar su afiliación, principalmente al régimen subsidiado, cuando no cumplen los criterios de focalización establecidos mediante el SISBÉN. A diciembre de 2025[108], Bogotá registró 490.989 afiliados pertenecientes a poblaciones especiales, de los cuales 269.612 (54,9 %) se encontraban afiliados al régimen contributivo y 221.377 (45,1 %) al régimen subsidiado. Las víctimas del conflicto armado interno representan el grupo de mayor magnitud, con 433.977 personas (88,4 % del total), seguidas por las comunidades indígenas (19.899 personas), los

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

habitantes de calle (9.932) y la población registrada en otros listados censales (8.266), entre otros grupos priorizados por la normatividad nacional[‡].

Esta composición evidencia la importancia de los mecanismos diferenciales de aseguramiento para reducir las inequidades en el acceso y garantizar la continuidad de la atención de poblaciones que, por sus condiciones de vulnerabilidad, requieren un abordaje articulado entre el sector salud y otros sectores sociales.

En este mismo escenario, la dinámica migratoria continúa representando uno de los principales desafíos para el aseguramiento en salud en Bogotá. A diciembre de 2025[57], la ciudad registró 597.829 personas migrantes provenientes de Venezuela, de las cuales 368.854 (61,7 %) contaban con un Permiso por Protección Temporal autorizado, condición que facilita su afiliación al SGSSS siempre que se cumplan los demás requisitos establecidos por la normatividad vigente. Sin embargo, 147.834 personas (24,7 %) permanecían en condición migratoria irregular, ya fuera por contar con un Permiso Especial de Permanencia vencido, haber superado el tiempo autorizado de permanencia o haber ingresado al país por pasos no habilitados. Esta situación limita su acceso al aseguramiento regular y restringe, en la mayoría de los casos, la atención a los servicios de urgencias y a las excepciones contempladas en la legislación colombiana, configurando una brecha importante en la protección efectiva del derecho a la salud.

Ante este panorama, el Distrito ha fortalecido estrategias orientadas a reducir las barreras de acceso para esta población desde un enfoque de gestión del riesgo. En noviembre de 2025, en el marco del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, se suscribieron contratos con la red pública hospitalaria para prestar servicios de salud dirigidos a población migrante venezolana en condición migratoria irregular, priorizando la población de gestantes, niños y niñas menores de cinco años y las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva para la población en capacidad de gestar. Esta estrategia, articulada con las acciones de orientación para la regularización migratoria,

[‡] Asimismo, se detallan las EAPB con población que declara ser desplazada, a 2025 Mallamas es la de mayor proporción (40,4 %) junto con Nueva EPS tanto en su régimen contributivo (28,2 %) como subsidiado (36,3 %), otras de mayor proporción se encuentran en el régimen subsidiado: Salud Total (13,7 %), Sanitas (12,4 %) y Sura (9,7 %) y en movilidad a régimen contributivo: Mutual Ser (25%), Coosalud (14,7 %), Capital Salud (11,0 %) y Mutual (10,0 %).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

refleja la evolución del aseguramiento hacia un modelo que, además de promover la afiliación formal, incorpora intervenciones orientadas a la gestión anticipada del riesgo y a la protección de poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad.

En conjunto, los resultados evidencian que, Bogotá, D.C. ha consolidado una cobertura de aseguramiento cercana a la universalidad, los principales desafíos del sistema ya no se concentran en la afiliación de la población, sino en garantizar que dicha afiliación se traduzca en un acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud. Las diferencias territoriales observadas en la distribución de los regímenes de afiliación, la concentración del aseguramiento, las condiciones particulares de las poblaciones especiales y migrantes, así como las transformaciones recientes del sistema de salud colombiano, configuran un escenario en el que la garantía del derecho a la salud depende cada vez más de la capacidad institucional para gestionar el riesgo, coordinar las redes de prestación y reducir las barreras administrativas que afectan la continuidad del cuidado.

En este sentido, el comportamiento de las peticiones, quejas, reclamos y acciones de tutela adquiere un significado particular. A diferencia de otros territorios del país, donde las principales limitaciones obedecen a la insuficiencia de la oferta de servicios o a barreras geográficas para el acceso, en Bogotá las reclamaciones de los usuarios se relacionan predominantemente con dificultades administrativas, tales como demoras en la asignación de citas, autorizaciones, entrega de medicamentos o continuidad de tratamientos. Herramientas distritales como "Bogotá te Escucha", junto con otros mecanismos institucionales de orientación y participación ciudadana, han fortalecido la capacidad de la población para ejercer control social y exigir la garantía de sus derechos, lo que contribuye a explicar el mayor volumen de reclamaciones y acciones judiciales registradas en la ciudad. En este sentido, el elevado número de quejas no debe interpretarse exclusivamente como un indicador de deterioro del sistema, sino también como una expresión de una ciudadanía con mayor conocimiento de los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud y con mejores condiciones para acceder a ellos.

Con lo mencionado anteriormente, es evidente que persisten múltiples barreras que limitan la garantía plena del derecho a la salud[109]. Esta situación se refleja en el elevado volumen de reclamaciones presentadas por la ciudadanía,

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

posicionando a la capital con un elevado número de quejas reportadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Según el informe de la Defensoría del Pueblo, Bogotá encabeza el registro nacional de reclamos por medicamentos ante Supersalud, con más de 35.000 casos de negación de entrega de tecnologías o servicios, y cerca de 20.000 reportes por falta de oportunidad o entrega incompleta. Asimismo, es la segunda región con más quejas radicadas ante la Defensoría del Pueblo (2.490 peticiones), representando el 11,2 % del total nacional; de la misma manera el informe menciona que en cuanto al gasto de bolsillo, que también se ha visto afectado y aunque Bogotá presenta un impacto proporcional menor en comparación con departamentos como Vichada o Vaupés, la no entrega de medicamentos sigue afectando el ingreso de los ciudadanos, planteando como ejemplos que para cubrir tratamientos los ciudadanos han tenido que destinar aproximadamente hasta 15 % de su ingreso promedio, viéndose comprometido su gasto de bolsillo de forma significativa.

Por lo anterior, el aseguramiento materializado en una prestación real de los servicios de salud con oportunidad y resolutividad se consolida como una visión estratégica de gestión del riesgo, planeación territorial y reducción de inequidades. En consecuencia, para Bogotá es necesario fortalecer un modelo de aseguramiento que, además de preservar las altas coberturas alcanzadas, garantice la continuidad de la atención, la articulación entre aseguradores y prestadores, la respuesta diferencial a las necesidades de los territorios y poblaciones con mayor vulnerabilidad y la eliminación de barreras que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud. En este propósito, el modelo MAS Bienestar constituye una estrategia orientada a fortalecer la Atención Primaria en Salud, la adscripción poblacional, la Gestión Integral del Riesgo en Salud y la coordinación territorial de las intervenciones, contribuyendo a avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, resolutivo y centrado en las necesidades de la población.

2.9.2 Análisis de la oferta y demanda y acceso a los servicios de salud

El análisis de la oferta y del acceso a los servicios constituye un componente fundamental para comprender la capacidad de respuesta del sistema distrital, reconocer la distribución de los recursos disponibles e identificar los retos territoriales que deben ser abordados mediante acciones de planeación, articulación y gestión institucional.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En Bogotá D. C., con corte al 31 de diciembre de 2025, se encontraban inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) un total de 13.867 prestadores. Los profesionales independientes representaban el 86,02 % del total, mientras que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) correspondían al 11,03 %. Según su naturaleza jurídica, el 99,82 % de los prestadores era privado, el 0,17 % público y el 0,01 % mixto, lo que evidencia el predominio sostenido de la iniciativa privada dentro de la estructura de la oferta distrital.

Desde la perspectiva territorial, la zona Norte concentraba el 79,27 % de los prestadores inscritos, seguida por la zona Sur Occidente con el 10,15 %, Centro Oriente con el 6,90 % y la zona Sur con el 2,35 %. Por localidades, Usaquén reunía el 31,70 % de los prestadores y Chapinero el 27,26 %, mientras que Usme registraba el 0,58 %, La Candelaria el 0,20 % y Sumapaz una participación mínima dentro del total distrital. Esta distribución evidencia una concentración persistente de la oferta en el norte de la ciudad y una menor presencia relativa en localidades del sur y periféricas.

En relación con las sedes de prestadores, a diciembre de 2025 se registraron 16.169 sedes habilitadas. De estas, el 78,99 % correspondía a profesionales independientes, el 17,13 % a IPS, el 3,62 % a prestadores con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud y el 0,27 % a transporte especial de pacientes. Según su naturaleza jurídica, el 99,11 % de las sedes era privado, el 0,88 % público y el 0,01 % mixto. Frente a 2024, el número total de sedes disminuyó en 15, equivalente al 0,09 %, sin que se observaran cambios estructurales en la composición de la oferta.

La zona Norte agrupaba el 77,30 % de las sedes habilitadas, seguida por Sur Occidente con el 11,51 %, Centro Oriente con el 8,28 % y la zona Sur con el 2,86 %. Por localidades, Usaquén concentraba el 29,59 % y Chapinero el 25,15 %, por lo que ambas reunían el 54,74 % de las sedes del distrito. En contraste, Sumapaz registraba dos sedes, equivalentes al 0,01 %; La Candelaria el 0,25 %; Usme el 0,70 % y Ciudad Bolívar el 1,34 %. Este patrón constituye un elemento relevante para analizar las diferencias territoriales en la accesibilidad física a los servicios de salud.

Bogotá, D. C. contaba con 34.647 servicios de salud habilitados. Las IPS concentraban el 56,30 %, los profesionales independientes el 40,48 %, los prestadores con objeto social diferente el 3,08 % y el transporte especial de pacientes el 0,15 %. Según naturaleza jurídica, el 94,24 % de los servicios

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

correspondía a prestadores privados, el 5,74 % a públicos y el 0,02 % a mixtos. En comparación con 2024, cuando se registraron 35.445 servicios, se presentó una reducción del 2,25 %, equivalente a 798 servicios habilitados.

Con relación a la ubicación territorial de los servicios de salud habilitados en Bogotá, para el cierre de 2025 se mantiene una alta concentración en la zona Norte, con el 72,72% del total de servicios, seguida por Sur Occidente con el 13,86%, Centro Oriente con el 10,14% y la zona Sur con el 3,25%. A nivel de localidad, la mayor participación se registra en Usaquén con el 24,65%, Chapinero con el 20,31%, Suba con el 9,16%, Teusaquillo con el 6,96% y Barrios Unidos con el 6,39%; mientras que las menores participaciones corresponden a Sumapaz, La Candelaria, Usme y Tunjuelito.

Frente a 2024 la distribución territorial de los servicios mantiene un comportamiento similar, con variaciones leves en la participación relativa de las zonas y localidades, sin modificar el patrón general de concentración en el norte de la ciudad. Adicionalmente, se evidencia una mejora importante en la calidad del registro geográfico, al pasar de 269 servicios sin georreferenciación en 2024 a 11 servicios en 2025. En conjunto, la oferta de servicios habilitados mantiene una distribución territorial concentrada, principalmente en localidades del norte, aspecto relevante para el análisis de la capacidad resolutiva, la accesibilidad física y la planificación de la red de prestación de servicios en el Distrito Capital.

Del total de servicios habilitados el 57,29 % correspondía al componente primario y el 42,71 % al componente complementario. La consulta externa concentraba el 76,12 % de los servicios, seguida por apoyo diagnóstico y complementación terapéutica con el 17,83 %, servicios quirúrgicos con el 3,49 %, internación con el 1,77 % y atención inmediata con el 0,79 %. En términos generales, la composición de la oferta es coherente con un portafolio orientado al nivel primario, debido al predominio de la consulta externa, los servicios de apoyo diagnóstico y los servicios de baja y mediana complejidad. Sin embargo, esta coherencia debe analizarse también desde su distribución territorial, disponibilidad efectiva y articulación con los servicios complementarios

En cuanto a la complejidad el 50,95 % de los servicios correspondía a mediana complejidad, el 33,13 % a baja complejidad, el 2,56 % a alta complejidad y el 13,36 % no tenía clasificación de complejidad. La estructura se mantuvo relativamente estable frente a 2024, aunque los servicios de alta complejidad disminuyeron de 915 a 886 y los de mediana complejidad de 17.957 a 17.653. Las IPS continuaron concentrando la oferta de mediana y alta complejidad,

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

mientras que los profesionales independientes registraron una mayor participación en los servicios de baja complejidad.

La oferta se encontraba concentrada principalmente en la zona Norte, que reúne el 72,72 % de los servicios habilitados, mientras que la zona Sur representa el 3,25 %. Por ello, aunque a nivel distrital existe una oferta amplia de servicios de baja y mediana complejidad, su distribución no es homogénea entre zonas y localidades

La capacidad instalada habilitada alcanzó 51.574 recursos, con un incremento del 0,27 % respecto de 2024. Las IPS concentraban el 72,71 % de estos recursos, seguidas por los profesionales independientes con el 24,24 %, los prestadores con objeto social diferente con el 2,54 % y el transporte especial de pacientes con el 0,52 %. Según naturaleza jurídica, el sector privado representaba el 87,07 %, el público el 12,93 % y el mixto el 0,01 %.

La zona Norte concentraba el 66,66 % de la capacidad instalada, seguida por Centro Oriente con el 15,51 %, Sur Occidente con el 14,33 % y la zona Sur con el 3,49 %. La mayor disponibilidad de recursos por localidad se mantenía en Usaquén, Chapinero, Suba, Teusaquillo y Kennedy, mientras que Usme, Bosa y Sumapaz registraban niveles comparativamente menores en varios grupos de capacidad. Esta distribución confirma que la oferta distrital es amplia y diversificada, pero presenta diferencias territoriales relevantes para la planeación y organización de las redes de prestación.

En conclusión, la oferta de servicios de salud en Bogotá, D. C. mantiene una estructura caracterizada por el predominio del sector privado, la elevada participación de profesionales independientes entre los prestadores y las sedes, los cuales prestan servicios principalmente de medicina general, odontología y optometría, y el papel central de las IPS en la habilitación de servicios y la concentración de la capacidad instalada.

Territorialmente, la zona Norte y, particularmente, las localidades de Usaquén y Chapinero concentran una proporción significativa de prestadores, sedes, servicios y recursos físicos, mientras que la zona Sur, las áreas rurales y algunas localidades periféricas presentan una participación menor. Se evidencia que la oferta habilitada de baja y mediana complejidad es compatible, en términos generales, con el portafolio del nivel primario. No obstante, persisten retos relacionados con la concentración territorial, la articulación entre prestadores, la capacidad resolutiva y la correspondencia de la oferta con las necesidades

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

específicas de cada territorio (Anexo 1. *Análisis de Oferta de Servicios de Salud Bogotá, D. C., diciembre 31 de 2025*).

2.9.3 Indicadores de calidad en salud y talento humano

El talento humano en salud constituye un componente fundamental de la capacidad de respuesta del sistema, en la medida en que su disponibilidad, composición y articulación inciden en la atención de las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población. La presencia de perfiles profesionales, técnicos y auxiliares permite soportar los diferentes niveles y ámbitos de atención, desde las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, hasta la atención clínica, hospitalaria, comunitaria, diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación.

El análisis de la oferta de talento humano en salud en Bogotá, D. C., con corte al 31 de diciembre de 2025, registra un total de 246.824 personas inscritas en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), activas y en ejercicio. De este total, 118.268 corresponden a formación universitaria, equivalentes al 47,92 %, y 99.582 a formación auxiliar, que representan el 40,35 %. En proporciones menores se encuentran los registros correspondientes a especialización, tecnología, formación técnica profesional, maestría, doctorado y formación no definida.

Dentro de la formación universitaria, Medicina presenta la mayor participación, con 33.687 profesionales, equivalentes al 28,48 % de los registros de este nivel. A continuación, se ubican Psicología, con 22.871 profesionales (19,34 %); Enfermería, con 18.298 (15,47 %); y Odontología, con 11.955 (10,11 %). Estos cuatro perfiles representan el 73,40 % del talento humano con formación universitaria registrado en Bogotá, D. C.

La participación de Enfermería evidencia su relevancia dentro de la estructura del talento humano en salud, particularmente por su carácter transversal en los diferentes ámbitos de la atención. De igual manera, la proporción registrada en Odontología refleja una presencia significativa de profesionales orientados a la atención en salud oral.

Entre los demás perfiles universitarios se destacan Fisioterapia con 8.056 profesionales (6,81 %), y Bacteriología con 5.794 (4,90 %). En menor proporción se encuentran Fonoaudiología con 2.554 profesionales (2,16 %); Terapia Ocupacional con 1.920 (1,62 %); y Terapia Respiratoria con 1.762 (1,49

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

%). Esta distribución evidencia diferencias en la participación relativa de los perfiles asociados con rehabilitación, apoyo diagnóstico y atención terapéutica.

La oferta de talento humano con formación universitaria presenta una concentración en Medicina, Psicología, Enfermería y Odontología. No obstante, la información del RETHUS debe interpretarse como un registro de personas activas y en ejercicio, sin que permita establecer de manera directa su suficiencia, distribución territorial, modalidad de vinculación laboral o disponibilidad efectiva en las instituciones y servicios de salud.

Los diez perfiles con mayor número de registros en RETHUS concentran 11.012 registros, equivalentes al 56,42 % del total de especializaciones identificadas en Bogotá. Se destacan medicina interna, pediatría y otras especializaciones en odontología, que reúnen conjuntamente el 27,69 % de los registros. También sobresalen ginecología y obstetricia, anestesiología, cirugía general, ortopedia y traumatología, y radiología e imágenes diagnósticas, especialidades fundamentales para la atención materna, quirúrgica, hospitalaria y diagnóstica.

Por otra parte, las categorías agrupadas de especializaciones multidisciplinarias, odontológicas y de enfermería limitan la identificación de los campos específicos de formación. Por ello, es importante avanzar en una mayor desagregación de la información para analizar con mayor precisión la disponibilidad del talento humano especializado y su relación con las necesidades de salud de la población y la prestación de los servicios en Bogotá.

La oferta registrada se caracteriza por ser amplia y diversa, aunque presenta una mayor concentración en los perfiles vinculados con la atención clínica, hospitalaria, comunitaria, de salud mental y salud oral. Asimismo, se identifica presencia de profesionales en rehabilitación, apoyo diagnóstico y áreas terapéuticas, con una participación relativa menor frente a los perfiles predominantes.

Esta composición debe analizarse en relación con el perfil demográfico y epidemiológico de la ciudad. El envejecimiento progresivo de la población, la carga de enfermedades crónicas, las necesidades de salud mental, la atención materno-infantil, los requerimientos de rehabilitación y la continuidad del cuidado demandan una oferta articulada entre profesionales, técnicos y auxiliares, así como una participación equilibrada de los diferentes perfiles.

En este contexto, la caracterización del RETHUS permite identificar la disponibilidad de talento humano registrado para la atención de los distintos servicios asistenciales y reconocer diferencias en la participación de los perfiles.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Para valorar integralmente su correspondencia con las necesidades de la población, esta oferta debe interpretarse considerando su distribución territorial, vinculación efectiva, capacidad operativa y relación con la demanda de servicios. En consecuencia, el comportamiento observado evidencia una base relevante de talento humano en salud para la respuesta distrital, junto con la necesidad de mantener el seguimiento de su composición y articulación frente a los cambios demográficos, epidemiológicos y territoriales de Bogotá, D. C.

2.9.4 Gestión del riesgo en urgencias, emergencias y desastres

La ocurrencia de enfermedades endémicas, emergentes y reemergentes continúa representando un desafío para la vigilancia epidemiológica y la respuesta en salud pública a nivel mundial. Eventos como la pandemia por COVID-19 y el brote multinacional de Mpox evidenciaron la importancia de contar con capacidades fortalecidas para la detección temprana, el monitoreo continuo y la respuesta oportuna frente a amenazas con potencial de propagación internacional.

En este contexto, resulta fundamental fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, especialmente en territorios con alta movilidad poblacional. En Bogotá, D.C. la presencia del Aeropuerto Internacional El Dorado, principal puerta de entrada aérea del país, y de las terminales de transporte terrestre que conectan la ciudad con múltiples regiones nacionales e internacionales, incrementa el riesgo de introducción y circulación de enfermedades transmisibles, favoreciendo la importación de casos y la ocurrencia de brotes de importancia en salud pública.

En Bogotá la vigilancia epidemiológica permite el monitoreo permanente de eventos de interés en salud pública, entre ellos la infección respiratoria aguda (IRA), la enfermedad diarreica aguda (EDA), la varicela, la meningitis, la tosferina, la parotiditis y las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA). Estos eventos, debido a su potencial de transmisión, pueden generar brotes en poblaciones cautivas o confinadas, tales como instituciones educativas, centros penitenciarios, establecimientos de protección, albergues y otras comunidades cerradas, ocasionando un importante impacto en salud pública. Por ello, la identificación oportuna de casos y brotes orienta las acciones de investigación epidemiológica, prevención, control y respuesta, contribuyendo a reducir la transmisión y minimizar sus efectos sobre la salud de la población.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

La gestión del riesgo en salud en Bogotá se sustenta en la Ley 1438 de 2011, la Ley 1523 de 2012, el Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres y del Cambio Climático 2018-2030 y el Acuerdo 927 de 2024, que orientan la organización del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), la gestión integral del riesgo y la atención de urgencias, emergencias y desastres en el Distrito Capital. En este marco, la gestión del riesgo se desarrolla de manera articulada entre el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y la Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres (SGRED), responsables de coordinar la respuesta en salud, fortalecer las capacidades institucionales y promover acciones de preparación, prevención y atención ante situaciones de emergencia.

De manera complementaria, la gestión del riesgo en urgencias, emergencias y desastres se articula con la atención inmediata de eventos que requieren respuesta en salud a través del Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE) – Línea 123. Las solicitudes son recibidas, clasificadas y reguladas por el CRUE, que coordina la respuesta según las características de cada incidente. La atención puede incluir valoración en el lugar o traslado a una institución prestadora de servicios de salud, generando información clínica que permite realizar seguimiento a la demanda de atención prehospitalaria. El análisis de las enfermedades y condiciones atendidas facilita la identificación de patrones de ocurrencia, necesidades de atención y factores demográficos, territoriales, sociales y ambientales asociados al riesgo, aportando insumos para la vigilancia en salud pública, la definición de prioridades territoriales y la orientación de acciones de prevención, preparación y respuesta.

Durante 2025 el CRUE gestionó 698.455 incidentes de salud transferidos desde la Línea 123. De estos, 578.543 (82,8 %) fueron resueltos mediante orientación telefónica, 109.236 (15,6 %) requirieron despacho de ambulancias, 7.695 (1,1 %) correspondieron a vehículos de Salud Mental y 2.981 (0,4 %) a vehículos de atención prehospitalaria. En la red pública se realizaron 64.794 atenciones con paciente, que incluyeron 51.982 traslados y 12.812 valoraciones en sitio, mientras que 44.442 despachos finalizaron sin paciente, principalmente por traslado previo por otro recurso o cancelación del servicio. La respuesta estuvo soportada por una oferta de entre 80 y 96 ambulancias de la red pública, complementada por los equipos especializados de Salud Mental y atención prehospitalaria.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Por su parte, la SGRED registró 184 incidentes durante la vigencia, predominando los siniestros viales (59) y los incendios estructurales (52), seguidos por explosiones, eventos con materiales peligrosos, motines e intoxicaciones. Asimismo, fortaleció las capacidades institucionales y comunitarias mediante la capacitación de 8.112 personas en formación básica del SEM y 1.620 personas en formación avanzada. Como parte de las acciones de preparación y gestión del riesgo, se formularon 41 planes de gestión del riesgo, se revisaron 1.162 eventos en el sistema SUGA, se tramitaron 28 actos administrativos relacionados con la protección de la Misión Médica y se realizaron 52 gestiones o reportes asociados a incidentes e infracciones contra esta misión. Adicionalmente, durante 2025 y 2026 continuó el fortalecimiento del SIDCRUE, consolidando la articulación de la información sobre urgencias, emergencias y alertas en salud pública para mejorar la coordinación interinstitucional y la toma de decisiones en el Distrito Capital.

2.10 Conclusiones

Vistos en conjunto, los DSS se expresan en Bogotá a través de múltiples aspectos y formas de vida de las personas: las condiciones de trabajo, la educación y el equipamiento urbano inciden, de manera directa e indirecta, sobre sus estilos de vida, sus prácticas de alimentación y su relación con los servicios públicos, afectando así su salud desde etapas tempranas y a lo largo de todo el curso de vida. Aunque Bogotá muestra avances agregados favorables durante 2025: reducción de la pobreza monetaria, pobreza multidimensional y en la tasa de desocupación, estos resultados conviven con una base laboral frágil condicionando el acceso a protección social, estabilidad económica y capacidad real de las familias para sostener condiciones de vida saludables.

Esta fragilidad estructural se traduce en un patrón territorial que se repite en casi todas las dimensiones analizadas y en los mismos territorios: Ciudad Bolívar, Usme, Bosa, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y, de forma extrema, Sumapaz, donde se acumulan mayores privaciones económicas, menor cobertura de servicios y menor acceso a la atención de alta complejidad. La capacidad del Distrito para responder a estas brechas depende también de su gobernanza en salud y del aseguramiento como mecanismos articuladores del derecho a la salud. Bogotá cuenta con una infraestructura participativa amplia y ha consolidado una cobertura de aseguramiento cercana a la universalidad.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sin embargo, ambos frentes reflejan más la existencia formal de mecanismos y coberturas que su funcionamiento pleno, no es posible establecer con claridad si la participación ciudadana incide realmente en las decisiones públicas, mientras que la afiliación se concentra en pocas aseguradoras y reproduce el mismo patrón territorial señalado con mayor dependencia del régimen subsidiado y persistencia de reclamaciones ciudadanas que evidencian barreras administrativas para un acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud.

Frente a esta desigualdad territorial, la oferta de servicios de salud en Bogotá presenta una estructura amplia y diversificada, pero con un marcado predominio del sector privado y una concentración territorial en la zona Norte. Las IPS concentran la mayor proporción de servicios habilitados y de capacidad instalada, mientras que los profesionales independientes tienen una participación relevante entre los prestadores y las sedes. Persisten diferencias en la distribución de los recursos entre localidades, especialmente frente a zonas del sur, rurales y periféricas. Estas condiciones representan retos para la equidad territorial, la oportunidad de la atención y la organización de las redes.

De manera complementaria, la vigilancia epidemiológica, la atención prehospitalaria y la gestión de urgencias, emergencias y desastres constituyen componentes estratégicos para la respuesta distrital. En este sentido, fortalecer la coordinación institucional, la gestión integral del riesgo y el uso de la información permitirá anticipar necesidades, reducir inequidades y mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud.

En síntesis, los DSS operan como una red de determinantes interconectados (trabajo, educación, equipamiento, alimentación y servicios públicos) que se refuerzan mutuamente y que, pese a la amplitud de las coberturas distritales, terminan concentrando mayor riesgo en las mismas poblaciones y territorios. Esta coincidencia entre informalidad laboral, menor cobertura efectiva y mayores riesgos alimentarios y de acceso constituye el principal reto de equidad territorial, y refuerza la necesidad de respuestas intersectoriales y diferenciales que atiendan estas condiciones de vida de manera integral, y no como problemáticas aisladas.

3. CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

3.1 Morbilidad general

3.1.1 Comportamiento general

El reporte de la morbilidad se toma con información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del MSPS que integra, entre otras fuentes, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Para el análisis de 2025 se empleó el diagnóstico principal con base en la clasificación internacional de enfermedades décima edición (CIE-10) registrado en la atención; por tanto, las cifras describen morbilidad atendida y utilización de servicios y no equivalen a incidencia ni prevalencia. Una misma persona puede generar múltiples atenciones y, cuando una categoría reúne varios subcódigos CIE-10, la suma de personas atendidas puede incluir a un mismo usuario en más de un subcódigo. Por esta razón, los conteos de personas se presentan como número de atenciones reportadas en los códigos analizados y deben interpretarse con esta limitación.

Para el año 2025 la principal característica que se debe mencionar con respecto al análisis de la morbilidad atendida es la entrada en vigor de la Resolución 2275 de 2023 donde los RIPS se convierten en un soporte obligatorio para la Factura Electrónica de Venta, esto requiere de un cambio en el reporte de la información y marca un aumento notable en la cantidad de atenciones registradas, si bien esta tendencia empezó en 2024 para 2025 se registraron más de 48 millones de atenciones, un aumento del 31,8 %[§] con respecto a 2024. Durante el periodo 2025, el sistema de salud del distrito registró la atención de 7.268.808 personas, las cuales generaron un total de 48.360.046 atenciones en los diferentes niveles de complejidad. Lo que equivale a un promedio global distrital de 6,65 atenciones por usuario.

[§] Se realiza este cálculo en base a la totalidad de atenciones en los servicios de consulta, urgencias y hospitalización registradas en 2025 en prestadores de la ciudad de Bogotá. Para el análisis específico de morbilidad atendida indicadores se calculan sobre la base de la matriz agrupada con 6.327.873 personas y 36.574.444 atenciones con diagnósticos válidos para el análisis estadístico recomendado por la OMS. Se excluyen códigos R, W, X, Y y Z

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

La dinámica asistencial de Bogotá muestra un triple comportamiento: por una parte existen eventos de demanda masiva, pero con baja concentración de uso (como las afecciones orales, refractivas y respiratorias agudas), por otra parte, condiciones crónicas que representan una mayor cantidad de atenciones en menor proporción de personas atendidas, y, por otra último, condiciones crónicas que movilizan volúmenes intermedios de usuarios, pero exigen una alta concentración asistencial y continuidad en el tiempo.

El componente de mayor volumen de usuarios se concentra en condiciones predominantemente episódicas y de baja intensidad asistencial por persona. Las enfermedades de la cavidad bucal (K00-K14) encabezaron la demanda poblacional al abarcar a 1.232.676 usuarios (15,8 % de la población atendida en Bogotá), seguidas por los trastornos de la refracción y de la acomodación (H49-H52), con 722.318 usuarios (9,4 % de alcance poblacional) y una concentración de apenas 1,32 atenciones por persona. De igual manera, las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00-J06) demandaron la atención de 706.625 personas (9,1 % de extensión de uso), registrando un promedio de 1,90 atenciones por usuario.

En contraste, se identifica un bloque de patologías crónicas y recurrentes que genera un mayor volumen de atenciones en relación con la población atendida, reflejando la necesidad de un seguimiento clínico periódico. Destacan las enfermedades hipertensivas (I10-I15), con 2.022.387 atenciones distribuidas en 725.818 personas (concentración de 2,79 atenciones/persona), y los trastornos metabólicos (E70-E90) —que abarcan las dislipidemias—, con 650.243 atenciones en 417.002 usuarios (1,56 atenciones/persona). En el ámbito osteomuscular sobresalen tres agrupaciones: las artropatías (M00-M25), con 1.376.051 atenciones en 535.228 personas (2,57 atenciones/persona); las dorsopatías (M40-M54), con 1.224.356 atenciones en 529.828 usuarios (2,31 atenciones/persona); y los trastornos de los tejidos blandos (M60-M79), con 1.092.510 atenciones en 522.839 personas (2,09 atenciones/persona). Finalmente, los trastornos episódicos y paroxísticos (G40-G47) —que incluyen patologías como la migraña y la epilepsia— registraron 1.263.068 atenciones en 536.323 personas, alcanzando una concentración de 2,36 atenciones por usuario.

Un tercer bloque abarca las condiciones de alta complejidad asistencial, caracterizadas por un elevado consumo de servicios por usuario debido a la severidad y cronicidad de los diagnósticos. Dentro de las patologías del sistema

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

nervioso, la parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (G80-G83) encabezó la intensidad asistencial con 15,25 atenciones por persona (12.536 usuarios), seguida por las atrofias sistémicas que afectan principalmente al sistema nervioso central (G10-G13), con 12,35 atenciones por persona en 2.438 usuarios, y las enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central (G35-G37), con una concentración de 9,95 en 4.670 personas. Asimismo, las enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) acumularon 477.173 atenciones en 43.323 personas (11,04 atenciones/persona), mientras que la infección por VIH/SIDA (B20-B24) registró 449.687 atenciones en 46.771 usuarios (9,61 atenciones/persona). Esta marcada concentración evidencia una demanda intensiva de cuidados continuos que exige optimizar la capacidad resolutiva e implementar estrategias preventivas para asegurar la sostenibilidad y eficiencia en el uso de los recursos del sistema sanitario (ver Anexo 3 para una visión general de las patologías).

La caracterización según sexo confirma una mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, que representaron el 56,39 % del total de usuarios (3.568.454 personas) y absorbieron el 58,90 % del volumen general de atenciones (21.542.980 atenciones), alcanzando un índice de concentración de 6,04 atenciones por persona. Por su parte, los hombres representaron el 43,10 % de las personas atendidas (2.727.102 usuarios) y el 40,68 % de las atenciones (14.876.903 atenciones), con un nivel de concentración menor situado en 5,46 atenciones por persona. Las categorías marginales de registros no reportados (12.093 personas; 78.764 atenciones; 6,51 atenciones/persona) y no definidos (20.221 personas; 75.786 atenciones; 3,75 atenciones/persona) aportaron proporciones inferiores al 0,35 % en ambos rubros, consolidando la tendencia de mayor frecuentación y continuidad asistencial en las usuarias mujeres de la capital.

El análisis de la demanda por etapas del ciclo vital sitúa la mayor carga poblacional en el grupo de adultos de 29 a 59 años, con 2.779.392 personas atendidas (43,92 % del total) y 14.346.798 atenciones (39,23 %), registrando una concentración de 5,16 atenciones por usuario. Sin embargo, la población de 60 años y más registró la mayor intensidad y densidad en la prestación de servicios, ya que con 1.463.148 personas (23,12 % de los usuarios) generó 12.756.837 atenciones (34,88 % del total distrital), alcanzando la concentración más elevada entre todos los grupos etarios con 8,72 atenciones por persona. En los grupos más jóvenes, los adultos de 18 a 28 años sumaron 1.036.546 personas (16,38 %) y 4.378.281 atenciones (11,97 %; 4,22

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

atenciones/persona), la infancia de 6 a 11 años agrupó a 420.758 personas (6,65 %) y 1.537.675 atenciones (4,20 %; 3,65 atenciones/persona), la adolescencia de 12 a 17 años registró 412.605 personas (6,52 %) y 1.554.206 atenciones (4,25 %; 3,77 atenciones/persona), y la primera infancia de 0 a 5 años atendió a 374.324 personas (5,92 %) con 2.000.620 atenciones (5,47 %), exhibiendo en este último grupo infantil una concentración de 5,34 atenciones por usuario.

3.1.2 Cáncer

La morbilidad atendida por neoplasias malignas[**] en Bogotá registró un total de 208.045 personas y 1.294.656 atenciones, lo que representa una concentración media de 6,22 atenciones por usuario en el componente oncológico. Las condiciones con mayor número de personas atendidas corresponden al tumor maligno de la mama (C50) con 37.531 usuarios y 190.463 atenciones (5,07 atenciones/persona), donde las mujeres concentraron el 96,9% de los servicios (184.560 atenciones). El segundo lugar, lo ocupó el melanoma y tumores malignos de la piel (C43-C44) con 34.003 usuarios y 82.571 atenciones (2,43 atenciones/persona), el cáncer de tiroides y glándulas endocrinas (C73-C75) incurre en tercera posición con 31.112 usuarios y 93.763 atenciones (3,01 atenciones/persona; 80,2% en mujeres).

En contraste, las mayores densidades asistenciales por paciente ocurrieron en los tumores del tejido linfático y hematopoyético (C81-C96) con 11,39 atenciones/persona (21.461 personas y 244.507 atenciones) y los tumores de órganos digestivos, donde se encuentra el cáncer de colon y recto, (C15-C26) con 8,93 atenciones/persona (27.613 personas y 246.611 atenciones).

Por ciclo vital, la carga asistencial se concentró severamente en la población de 60 años y más, la cual agrupó al 55,2 % de las atenciones (114.037 personas y 662.751 atenciones), liderando la demanda en tumores digestivos (66,8 % del total del diagnóstico en todos los grupos de edad), genitales masculinos, donde se encuentra en cáncer de próstata, (C60-C63 con 81,5 % del total de las atenciones en todos los grupos de edad), piel (68,9 %) y respiratorios (C30-C39 con 69,0 %).

[**] Para el análisis de la morbilidad de cáncer se selecciona el capítulo 2 de tumores de la CIE-10, y se extrae del análisis las agrupaciones de tumores in situ (D00-D09), tumores benignos (D10-D36) y tumores de comportamiento incierto (D37-D48).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

El grupo de 29 a 59 años abarcó el 35,5 % de las atenciones (426.145 en 77.647 personas), destacando en cáncer de tiroides (53,8 % de sus servicios) y compartiendo el pico de cáncer de mama (49,7 % de las atenciones vs. 49,3 % en mayores de 60). Por su parte, el cáncer de cuello uterino y órganos genitales femeninos exhibió un impacto significativo en edad productiva, concentrando el 53,3 % de sus atenciones en mujeres de 29 a 59 años (7.992 usuarias y 46.626 atenciones). Con respecto a la población infantil y juvenil (0 a 17 años) sumó 8.170 personas y 68.361 atenciones, vinculadas principalmente a leucemias y linfomas (35.196 atenciones) y tumores del sistema nervioso central (C69-C72 con 8.999 atenciones).

3.1.3 Enfermedades cardiovasculares y cardiometabólicas

El bloque de enfermedades cardiovasculares y cardiometabólicas[††] acumuló 1.035.075 personas atendidas y 4.030.573 atenciones, promediando un indicador de concentración de 3,89 atenciones por persona. Las enfermedades hipertensivas (I10-I15) representaron el núcleo principal de atención al abarcar a 724.113 personas y 1.997.807 atenciones (49,6 % de la demanda del bloque; 2,76 atenciones/persona), seguidas por la diabetes mellitus (E10-E14) con 241.552 personas y 766.125 atenciones (19,0 % del área; 3,17 atenciones/persona), otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52) con 121.717 personas y 412.032 atenciones (3,39 atenciones/persona), y las enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25) con 95.810 personas y 272.941 atenciones (2,85 atenciones/persona). Sobresale la patología cerebrovascular (I60-I69) por registrar la mayor intensidad asistencial del área con 10,95 atenciones por paciente (41.664 personas y 456.386 atenciones).

En el análisis por sexo, las mujeres registraron mayor participación en hipertensión (62,5 % de las personas y 64,0 % de las atenciones; 1.278.996 atenciones), diabetes (57,6 % de usuarios y 56,9 % de atenciones) y afecciones cerebrovasculares (56,4 % de personas y 56,1 % de atenciones), mientras que

[††] Para el análisis de las enfermedades cardiovasculares y cardiometabólicas se seleccionaron los capítulos 4 (Enfermedades Endocrinas; Nutricionales Y Metabólicas) y 9 (Enfermedades Del Sistema Circulatorio). Dentro del capítulo uno se seleccionó la agrupación de diabetes mellitus (E101-E14) y dentro del capítulo 9 las agrupaciones de enfermedades hipertensivas (I10-I15), enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar (I26-I28), Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52), Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

los hombres mostraron un marcado predominio en enfermedad isquémica del corazón, representando el 62,6 % de las atenciones (170.978 atenciones en 56.669 hombres frente a 101.845 atenciones en 39.098 mujeres). Finalmente, por grupo de edad, las personas de 60 años y más concentraron de forma masiva el uso de servicios al representar el 64,7 % de las personas (670.114) y el 71,0 % de las atenciones del bloque (2.863.828), absorbiendo el 71,3 % de las atenciones por hipertensión, el 68,2 % de diabetes, el 73,3 % de patología isquémica y el 72,4 % de las atenciones por enfermedad cerebrovascular.

3.1.4 Enfermedades nutricionales

El bloque de morbilidad nutricional en Bogotá acumuló 259.117 personas atendidas y 493.681 atenciones, registrando una clara doble carga de la malnutrición dominada cuantitativamente por la obesidad y el exceso de peso. La obesidad[‡‡] representó el 85,9 % de las atenciones del bloque (232.388 usuarios y 423.913 atenciones; 1,82 atenciones/persona), mostrando un marcado sesgo de género hacia las mujeres, quienes abarcaron el 73,0 % de las atenciones (309.404). En el ciclo vital, la obesidad se concentró fuertemente en la adultez de 29 a 59 años con 142.099 personas y 271.183 atenciones (64,0 %), seguida por la población de 60 años y más con 44.067 personas (18,3 % de las atenciones).

En contraste, la desnutrición (E40-E46) registró 26.918 personas atendidas y 69.768 atenciones; aunque abarcó a un número menor de usuarios, demandó una mayor intensidad asistencial por persona (2,59 atenciones/persona) y presentó una distribución por sexo más equilibrada (52,5% mujeres con 14.143 personas y 46,5 % hombres con 12.525 personas).

Epidemiológicamente, la desnutrición exhibió un perfil bimodal de mayor vulnerabilidad en los extremos de la vida: la primera infancia (0 a 5 años) lideró el número de afectados con 9.870 niños y niñas y 29.899 atenciones (42,9 %; 3,03 atenciones/niño), mientras que las personas de 60 años y más constituyeron el segundo pico crítico con 8.775 usuarios y 23.043 atenciones (33,0 %; 2,63 atenciones/persona).

[‡‡] Para el análisis de la obesidad se seleccionó del capítulo 4 de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, la agrupación de “Obesidad y otros tipos de hiperalimentación” (E65-E68) y en esta las categorías de adiposidad localizada (E65) y Obesidad (E66)

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

3.1.5 Enfermedades pulmonares crónicas

La morbilidad atendida por enfermedades respiratorias crónicas[§§] en Bogotá acumuló 173.408 personas y 587.702 atenciones, con una concentración promedio de 3,39 atenciones por paciente. La demanda asistencial estuvo ampliamente dominada por el asma (J45), que abarcó a 103.208 personas y 248.635 atenciones (2,41 atenciones/persona), seguida por las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas - EPOC (J44) con 60.406 personas y 283.373 atenciones. Lo cual indica que la categoría de asma presenta mayor cantidad de personas atendidas, pero menos atenciones que la categoría de EPOC.

El análisis por ciclo vital revela una clara polarización epidemiológica entre ambas patologías principales: el asma concentró su mayor volumen de afectados en la infancia y adolescencia (0 a 17 años), agrupando a 54.805 niños, niñas y jóvenes (53,1 % de los pacientes asmáticos) y 136.177 atenciones; por el contrario, la EPOC afectó casi de forma exclusiva a la población de 60 años y más, la cual concentró el 89,2 % de sus usuarios (53.878 personas) y el 92,5 % de sus atenciones (262.095 atenciones; 4,86 atenciones/persona). De manera general, las personas adultas mayores (60+ años) sumaron el 41,2 % de los pacientes del bloque (71.406 personas) y el 53,1 % de todas las atenciones respiratorias crónicas (312.201 atenciones), mientras que las mujeres mostraron una mayor utilización global del servicio con el 55,5 % de las personas atendidas (96.269 usuarias) y 327.607 atenciones.

3.1.6 Salud mental

El área de salud mental[***] registró un volumen asistencial de 572.498 personas atendidas y 2.160.533 atenciones en el distrito, con un índice de concentración general de 3,77 atenciones por usuario. El núcleo principal de la consulta correspondió a los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48) con 243.928 personas y 617.950 atenciones, lo que significa el 28,6 % del total de las atenciones, seguidos por los trastornos del humor o afectivos (F30-F39) con 98.567 personas y 292.968 atenciones (13,56

[§§] Para el análisis de las enfermedades respiratorias crónicas se seleccionó la agrupación de Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47) y se extrajo del análisis la categoría J40 por corresponder a bronquitis no especificada como aguda o crónica.

[***] Se utilizó el capítulo 5 completo de Trastornos Mentales Y Del Comportamiento

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

%). Ambas agrupaciones presentaron un sesgo de género significativamente femenino, abarcando las mujeres el 67,6 % de los casos de trastornos neuróticos/estrés (164.951 usuarias) y el 70,1 % de los trastornos del humor (69.087 usuarias).

En contraste, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) mostraron un marcado predominio masculino (77,5% de los 33.740 pacientes). Asimismo, las afecciones de mayor cronicidad e intensidad asistencial individual correspondieron a los trastornos mentales orgánicos (F00-F09) (71.423 personas y 403.283 atenciones; 5,65 atenciones/persona) y a la esquizofrenia y trastornos delirantes (F20-F29) (21.048 personas y 119.389 atenciones; 5,67 atenciones/persona).

Por ciclo vital, la infancia y adolescencia (0 a 17 años) representó el 29,2 % de los usuarios globales de salud mental (167.413 personas), destacando en trastornos del desarrollo (F80-F89) y del comportamiento (F90-F98), mientras que en la adultez mayor (60+ años) se concentró masivamente el impacto de los trastornos orgánicos y demencias (F00-F09), acumulando el 74,1 % de sus usuarios (52.905 personas) y el 89,8 % de sus atenciones (362.016 atenciones; 6,84 atenciones/persona).

3.1.7 Salud materno-perinatal

La morbilidad atendida en la población gestante y obstétrica[†††] (capítulo O00-O99) registró un acumulado de 99.441 personas y 447.091 atenciones en Bogotá, reflejando un índice de concentración de 4,50 atenciones por usuaria. La mayor frecuencia de consulta correspondió a otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29), con 42.665 usuarias (42,9% del total del grupo) y 142.432 atenciones (3,34 atenciones/persona), seguida por la atención directa del parto (O80-O84) con 30.593 personas y 78.360 atenciones (2,56 atenciones/persona) y la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (O30-O48) con 29.433 usuarias y 82.055 atenciones.

En el ámbito de las complicaciones y eventos críticos destacan los registros por embarazo terminado en aborto (O00-O08), que abarcaron a 23.031 mujeres y 61.572 atenciones (2,67 atenciones/persona), las complicaciones del trabajo de

[†††] Se utilizaron los capítulos 15 y 16 completos para el análisis de la salud materno-perinatal

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

parto y del parto (O60-O75) con 12.868 usuarias y 26.248 atenciones, y los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio (O10-O16) con 9.714 mujeres y 37.419 atenciones, estos últimos con una alta intensidad asistencial de 3,85 atenciones por paciente.

En la distribución por curso de vida la atención materna se concentró casi en su totalidad en la adultez joven (18 a 28 años) con 47.279 usuarias (47,5 % del total; 213.931 atenciones) y en la adultez (29 a 59 años) con 48.925 usuarias (49,2 %; 213.344 atenciones), mientras que el segmento adolescente de 12 a 17 años sumó 3.307 gestantes (3,3 %) con 17.677 atenciones.

Las afecciones originadas en el periodo perinatal (capítulo P00-P96) demandaron la atención de 39.906 recién nacidos y generaron 231.038 atenciones en la ciudad, registrando una elevada densidad clínica media de 5,79 atenciones por neonato. El volumen de atención estuvo fuertemente liderado por los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08), donde se encuentra bajo peso al nacer, los cuales afectaron a 20.579 neonatos (51,6 % de la morbilidad perinatal) y demandaron 118.897 atenciones (5,78 atenciones/paciente). Le siguieron los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal (P20-P29) con 9.133 neonatos y 52.768 atenciones (5,78 atenciones/paciente), los trastornos hemorrágicos y hematológicos (P50-P61) con 7.265 neonatos y 23.625 atenciones, y las infecciones específicas del periodo perinatal (P35-P39) con 1.875 neonatos y 8.905 atenciones. Asimismo, la atención de neonatos afectados por factores maternos y complicaciones del parto (P00-P04) abarcó a 1.257 recién nacidos y 6.605 atenciones (5,25 atenciones/paciente).

Por sexo, aunque el número de recién nacidas mujeres atendidas fue ligeramente superior (19.942 niñas vs. 18.287 niños), los neonatos de sexo masculino requirieron un mayor volumen e intensidad de atención (113.404 atenciones; 6,20 atenciones/niño vs. 101.405 atenciones; 5,08 atenciones/niña).

3.1.8 Atenciones relacionadas con el contacto con los servicios de salud

La utilización de servicios de salud clasificada bajo los códigos Z (Z00-Z99) correspondientes a personas en contacto con los servicios para investigación, exámenes, detección o circunstancias socioeconómicas y reproductivas, representó la mayor masa de interacción del sistema distrital, con 3.633.452 personas atendidas y 8.672.034 atenciones (2,39 atenciones por persona). La

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

agrupación predominante fue personas en contacto para investigación y exámenes (Z00-Z13), que movilizó a 2.981.668 personas y 5.782.091 atenciones (66,7 % del total de atenciones del bloque; 1,94 atenciones/persona). Destacan igualmente los contactos por otras circunstancias o servicios generales (Z70-Z76) con 657.485 personas y 1.100.025 atenciones, la atención en circunstancias relacionadas con la reproducción (Z30-Z39) con 343.512 personas y 963.101 atenciones (2,80 atenciones/persona), y la atención asociada a historia familiar o personal de riesgo (Z80-Z99) con 183.516 personas y 348.767 atenciones. Por su parte, la intervención sobre riesgos potenciales socioeconómicos y psicosociales (Z55-Z65) abarcó a 100.514 personas y 182.888 atenciones.

En el desglose por sexo, las mujeres representaron el 58,9 % de los usuarios (2.141.359 usuarias) y el 62,7 % de las atenciones (5.438.315), mientras que, por grupo de edad, la adultez de 29 a 59 años concentró la mayor participación con 1.537.488 personas (42,3 %) y 3.585.601 atenciones, seguida por las personas de 60 años y más con 696.274 usuarios (19,2 %; 1.669.197 atenciones) y el segmento de 18 a 28 años con 623.091 personas (17,1 %; 1.554.568 atenciones).

3.2 Mortalidad general

En Bogotá entre 2016 y 2025 la mortalidad ajustada por edad según grandes causas muestra un predominio de las enfermedades del sistema circulatorio, que, aunque disminuyeron de 133,4 a 110,6 muertes por 100.000 habitantes continuaron siendo una de las principales causas de muerte, con un aumento en 2021. Los datos de mortalidad provienen de la Bodega de Datos de SISPRO, específicamente del Registro de Estadísticas Vitales (EEVV) para el periodo 2006-2025, y de SaluData.

Las neoplasias mantuvieron una carga alta y relativamente estable, pasando de 98,6 a 94,7 muertes por 100.000 habitantes, mientras que las demás causas mostraron un aumento llegando a 114,0 muertes por 100.000 en 2025.

Las causas externas permanecieron estables alrededor de 36 a 38 muertes por 100.000 habitantes, y las enfermedades transmisibles, han ido aumentando desde 17,26 muertes por 100.000 habitantes en 2022 hasta 20,57 en 2025.

Finalmente, la reducción de los signos y síntomas mal definidos de 8,4 a 4,2 muertes por 100.000 habitantes sugiere una mejora en la calidad del registro de mortalidad (ver Anexo 3 Figuras 1-3).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

3.2.1 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 2025, pasando de 8,5 a 5,3 muertes por cada mil nacidos vivos (NV), manteniéndose consistentemente por debajo del promedio nacional, que desciende de 9,4 a 6,7 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 2021 y 2024, la tasa da una ligera variación, pasando de 5,2 en 2022 a 6,3 en 2024 (ver Anexo 3 Figura 4).

Al desagregar por área, en los últimos cinco años, las tasas urbanas se han mantenido estables (entre 5,2 y 6,2), mientras que las rurales presentan fluctuaciones amplias y niveles más altos, evidenciando desigualdades territoriales (ver Anexo 3 Tabla 1).

Según 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 años 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 8,2 y 34,43 por 1.000 nacidos vivos, aunque con una leve reducción en los años 2023 y 2024. Para el total general se evidencia una disminución sostenida en la mortalidad neonatal en el país, pasando de 7,52 en 2010 a 5,2 en 2025 (ver Anexo 3 Tabla 2).

Entre 2010 y 2025 la atención perinatal en Bogotá se ha caracterizado por una cobertura casi universal, con más del 99 % de los partos institucionales[‡‡‡] y atendidos por personal calificado. El cumplimiento de cuatro o más controles

[‡‡‡] Solo se identifica la EAPB ESSC24 - COOSALUD ESS COOPERATIVA DE SALUD Y DE con un valor de 98,1 % de partos institucionales para el régimen contributivo.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

prenatales presentó una disminución en 2020 (82,26 %), con recuperación progresiva hasta 91,48 % en 2025§§§.

El porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer mostró un comportamiento estable hasta 2020, con valores cercanos al 13 %. A partir de 2021 se observa un incremento continuo que alcanza su punto más alto en 2024 (16,5 %), seguido de una ligera disminución a 16,0 % en 2025****. En conjunto, estos resultados evidencian un aumento del indicador en los últimos años, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, detección temprana y seguimiento de los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Este incremento es más acentuado en el área rural que en la urbana, con una razón rural/urbano superior a 1 en los años recientes, lo que sugiere mayor vulnerabilidad materno-fetal asociada a determinantes estructurales y barreras de acceso. Adicionalmente, el aumento en nacidos a término con bajo peso indica una mayor contribución de la restricción del crecimiento intrauterino más que de la prematuridad aislada, con implicaciones relevantes en morbimortalidad infantil y riesgo de enfermedades crónicas a lo largo del curso de vida (ver Anexo 3 Tabla 3).

Mortalidad en menores de 1 año

El indicador ha presentado una disminución sostenida entre 2006 y 2025, pasando de 13,6 a 7,9 por 1.000 nacidos vivos, lo que evidencia un avance importante en la supervivencia infantil. Durante los últimos cinco años, la tasa de mortalidad en menores de un año ha mostrado fluctuaciones moderadas, pero con una reducción importante en 2025, alcanzando el valor más bajo de toda la serie histórica presentada (ver Anexo 3 Figura 5).

Durante el periodo 2009–2025, el área rural presentó un comportamiento marcadamente variable, con tasas de mortalidad en menores de un año que, en

§§§ Sin embargo, en general las EAPB del régimen subsidiado cuentan con valores menores al 88 %, exceptuando Sura. La ESS024-Coosalud es la de menor porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales con 72,9 % y la EPS042 - Empresa solidaria de salud y desarrollo cuenta con el menor valor (80 %) en el régimen contributivo.

**** El valor fue superado por diez EPS, tanto del régimen subsidiado como del contributivo. En el régimen contributivo, los mayores valores correspondieron a Salud Bolívar EPS (28,5 %), seguida de Capital Salud y Empresa Solidaria de Salud y Desarrollo, ambas con 20,0 %. En el régimen subsidiado, los mayores valores se registraron en Coosalud (20,5 %), Salud Total (18,5 %) y Capital Salud (18,4 %).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

la mayoría de los años analizados, fueron superiores a las registradas en el área urbana. Esta desigualdad se evidencia en la razón de tasas rural/urbana, que permaneció por encima de 2 durante gran parte del período analizado y alcanzó su valor máximo de 5,07 en 2019, lo que indica que la mortalidad infantil en el área rural llegó a ser más de cinco veces la registrada en la zona urbana.

No obstante, en 2025 esta razón disminuyó a 1,19, lo que refleja una reducción de la brecha entre ambos territorios; sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela debido a la alta variabilidad de las estimaciones derivada del bajo número de nacimientos y defunciones en el área rural. Si bien Bogotá continúa presentando una situación más favorable que el promedio nacional, la persistencia de estas brechas territoriales evidencia la necesidad de fortalecer las acciones dirigidas a la salud materno-infantil en las zonas rurales, con el fin de consolidar los avances alcanzados y reducir las desigualdades en los resultados de salud.

Mortalidad en menores de cinco años

En Bogotá la tasa de mortalidad en niños de uno a cuatro años ha mostrado una tendencia general a la disminución entre 2007 y 2025, reflejando avances sostenidos en las condiciones de salud y atención infantil.

Durante los últimos cinco años, la tasa de mortalidad en menores de cinco años en Bogotá ha presentado un comportamiento fluctuante, con incrementos entre 2021 y 2024, seguido de una disminución importante en 2025, lo que sugiere 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 3 Figura 6).

Durante el periodo 2009–2025 el área rural presentó un comportamiento variable, con tasas generalmente superiores a las del área urbana y un máximo de 64,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2010. En concordancia, la razón de tasas rural/urbana permaneció por encima de 2 durante gran parte del periodo analizado y alcanzó un valor máximo de 4,90 en 2017, lo que evidencia una mayor mortalidad en la población rural. Como resultado de los avances alcanzados, en 2025 la razón se redujo a 1,02, reflejando una disminución de la brecha entre ambos territorios; no obstante, este comportamiento debe interpretarse con cautela debido a la variabilidad de las estimaciones asociada al bajo número de nacimientos y defunciones en el área rural. En conjunto, los

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

resultados evidencian la persistencia de desigualdades territoriales y la necesidad de fortalecer las intervenciones en salud infantil en las zonas rurales.

Mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en población de 30 a 70 años. Bogotá, D. C., 2015–2025

La mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población de 30 a 70 años de Bogotá, D. C. presentó un comportamiento variable entre 2015 y 2025. Entre 2015 y 2020, la tasa cruda de mortalidad se mantuvo relativamente estable, alrededor de 142 a 146 defunciones por 100.000 habitantes, y alcanzó su valor máximo en 2021, con 149,8 defunciones por 100.000 habitantes, en un periodo coincidente con la pandemia por COVID-19. Este comportamiento temporal no permite establecer, por sí solo, una relación causal entre la pandemia y el aumento observado.

Posteriormente, la tasa disminuyó durante 2022 y 2023, hasta alcanzar su valor mínimo en este último año (125,5 defunciones por 100.000 habitantes). Sin embargo, en los dos años siguientes se observó un incremento: pasó de 127,8 en 2024 a 134,1 defunciones por 100.000 habitantes en 2025, lo que representa un aumento del 4,9 %. En el mismo periodo, el número de defunciones aumentó de 5.173 a 5.527, equivalente a una variación del 6,8 %. Aunque la tasa de 2025 se mantuvo por debajo de la registrada en 2015 (142,0 defunciones por 100.000 habitantes), el incremento reciente evidencia la importancia de mantener y fortalecer las acciones de prevención, detección temprana y control de las ECNT, particularmente de las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. La interpretación de esta tendencia debe considerar el comportamiento específico de estas causas de muerte, así como el carácter preliminar de la información correspondiente a 2025 (ver Anexo 3 Figura 7).

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

3.3.1 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

Mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles según categoría de causa

Entre 2019 y 2025 la mortalidad prematura por ECNT en la población de 30 a 70 años de Bogotá, D. C. se concentró principalmente en las enfermedades cardiocerebrovasculares y las neoplasias malignas, que registraron las mayores

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

tasas durante el periodo. Las enfermedades cardiocerebrovasculares alcanzaron su valor máximo en 2021 (74,8 defunciones por 100.000 habitantes), seguido de una reducción principalmente entre 2021 y 2023. En 2024 y 2025, sus tasas presentaron relativa estabilidad, con una ligera disminución en el último año. Por su parte, las neoplasias malignas mostraron fluctuaciones entre 2020 y 2024, sin una tendencia descendente continua, y registraron un incremento en 2025, cuando la tasa alcanzó 61,3 defunciones por 100.000 habitantes. La mortalidad por diabetes mellitus aumentó a partir de 2024 y continuó incrementándose en 2025, mientras que las enfermedades respiratorias crónicas presentaron las tasas más bajas entre las cuatro categorías, con una tendencia ascendente moderada desde 2022.

La mortalidad prematura por ECNT disminuyó después del máximo registrado en 2021 y presentó un nuevo incremento en 2025, cuando la tasa total alcanzó 134,1 defunciones por 100.000 habitantes, sin superar el valor de 2015. Este aumento tuvo un comportamiento heterogéneo según la causa: mientras las enfermedades cardiocerebrovasculares registraron una ligera reducción de su tasa, las neoplasias malignas, la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias crónicas presentaron incrementos. Estos resultados resaltan la importancia de orientar las estrategias de prevención, detección temprana y control considerando las tendencias particulares de cada grupo de enfermedades (ver Anexo 3 Figura 8).

Cáncer

Entre 2016 y 2025 la morbilidad por cáncer de cuello uterino y cáncer de mama muestra una tendencia general al incremento tanto en el número de casos como en las tasas de incidencia. El cáncer de cuello uterino pasó de una tasa de 5,3 a 27,8 por 100.000 mujeres, alcanzando su máximo en 2025 (27,8). Por su parte, el cáncer de mama aumentó de 9,3 a 61,3 por 100.000 mujeres, con un crecimiento sostenido a lo largo del periodo, alcanzando su mayor tasa en 2025 (61,3). Desde 2023 ambos tipos de cáncer presentan tasas de incidencia similares, reflejando una elevada carga de enfermedad y la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana, tamización y diagnóstico oportuno (ver Anexo 3 Figura 9).

Por otra parte, entre 2016 y 2025 la mortalidad por cáncer de mama y cáncer de cuello uterino en Bogotá se mantuvo relativamente estable, con fluctuaciones moderadas a lo largo del periodo. El cáncer de mama presentó de forma consistente las tasas de mortalidad más elevadas, cercanas a 14 por 100.000

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

mujeres, con un ligero incremento en 2021 (14,8) y estabilización posterior entre 14,0 y 14,4 hasta alcanzar una tasa de 22,1 defunciones por 100.000 mujeres en 2025. En contraste, la mortalidad por cáncer de cuello uterino osciló entre 5,2 y 6,9 por 100.000 mujeres, sin una tendencia sostenida al aumento o la disminución, aunque con un incremento transitorio en 2023 (6,7), seguido de una reducción en 2024 (6,2) y un leve incremento en 2025 (6,3). Estos resultados indican que, a pesar del incremento observado en la incidencia de ambos cánceres durante los últimos años, la mortalidad ha permanecido relativamente estable, lo que podría reflejar mejoras en el diagnóstico oportuno, el acceso al tratamiento y la supervivencia[††††] (ver Anexo 3 Figura 10).

Por otra parte, los casos de cáncer de próstata presentaron un comportamiento fluctuante, pero con una tendencia general ascendente hacia el final del periodo. Entre 2015 y 2021 el número de casos se mantuvo relativamente estable, con valores entre 78 y 123 casos y tasas entre 2,2 y 3,5 casos por cada 100.000 hombres. Se destaca el descenso observado en 2016, cuando se registraron 78 casos (2,2 por 100.000 hombres). A partir de 2022 se observó un incremento, alcanzando 143 casos (3,7 por 100.000 hombres), seguido de una reducción moderada en 2023 y 2024. En 2025 se registró el mayor número de casos y la tasa más alta de la serie, con 168 casos y 4,1 por cada 100.000 hombres, lo que representa un incremento aproximado del 40 % en el número de casos y del 24 % en la tasa respecto a 2015. El cálculo de estas tasas se realizó utilizando como numerador el Registro Único de Afiliados modulo nacimientos y defunciones (RUAF-ND), Sistema de EEVV, SDS y como denominador las proyecciones de población masculina de Bogotá, D. C. y sus localidades para el periodo 2005-2035, elaboradas en el marco del Contrato Interadministrativo 500 de 2025 entre el DANE y la SDP, en agosto de 2025. La información fue suministrada por la SDS a partir del RUAF-ND y del Sistema de EEVV, con bases de datos de 2015 a 2024 y datos preliminares para 2025 (ver Anexo 3 Figura 11).

[††††] Aunque este comportamiento no es homogéneo entre las EPS y puede variar según su gestión. En la mortalidad por cáncer de mama, la Nueva EPS presenta una tasa ajustada de 94,4 en el régimen subsidiado y de 21,1 en el contributivo. En el caso de Coosalud, la tasa es de 87,5 en el régimen contributivo y de 22,5 en el subsidiado. De igual manera, para el cáncer de cuello uterino se observan diferencias entre las EPS, destacándose Mallamas, con una tasa ajustada de 1.520, seguida de Nueva EPS, con 122,7 en el régimen subsidiado, y Coosalud, con 82,4 en el contributivo y 18,6 en el subsidiado, cifras que, aunque se encuentran ajustadas son superiores a las del nivel distrital.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Enfermedades huérfanas (EHR)

En 2025 en Bogotá se notificaron 3.107 casos de enfermedades huérfanas, cifra que representa un incremento del 2,1 % con respecto a los 3.042 casos registrados en 2024. Del total de casos, el 53,5 % correspondió al sexo femenino y el 46,5 % al masculino. La mayor proporción de casos se concentró en la adultez (31,7 %), seguida de la primera infancia (23,7 %) y la vejez (23,5 %), mientras que la adolescencia (7,8 %), la infancia (7,2 %) y la juventud (6,2 %) aportaron porcentajes menores. Las enfermedades más notificadas fueron la displasia broncopulmonar, esclerosis múltiple, hepatitis crónica autoinmune, microtia e hipertensión arterial pulmonar idiopática. Territorialmente, las mayores tasas de notificación se registraron en La Candelaria (89,3 casos por 100.000 habitantes), Antonio Nariño (67,7), Los Mártires (61,9), Chapinero (59,9) y Santa Fe (58,2).

Durante el mismo año se notificaron 85 defunciones en personas con enfermedades huérfanas, lo que representa un incremento del 269,6 % frente a las 23 defunciones registradas en 2024. Adicionalmente, el cruce de los casos notificados según residencia con el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad identificó que 927 personas presentaban al menos un tipo de discapacidad, observándose en algunos casos la coexistencia de dos o más tipos de discapacidad.

3.3.2 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.

La mortalidad infantil muestra una disminución sostenida en el número de casos (-35 % entre 2019 y 2023 y –15 % entre 2024 y 2025); sin embargo, la tasa por 1.000 nacidos vivos ha permanecido relativamente estable, con fluctuaciones entre 8 y 9 por mil, indicando que la reducción de casos está influenciada parcialmente por la disminución de los nacimientos.

Finalmente, los indicadores de fecundidad adolescente presentan avances relevantes. Los nacimientos en mujeres de 10 a 14 años disminuyeron 31 % entre 2019 y 2025, mientras que en el grupo de 15 a 19 años la reducción fue del 57 %. De igual manera, las tasas específicas de fecundidad descendieron de forma consistente, especialmente en adolescentes de 15 a 19 años (-49 % entre 2019 y 2025), evidenciando una reducción sostenida del embarazo

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

adolescente[‡‡‡‡]. Este comportamiento ocurre en un contexto de descenso generalizado de los nacimientos, los cuales se redujeron 34 % entre 2019 y 2025.

*Tabla 6. Comportamiento de indicadores priorizados en salud sexual y reproductiva 2019-2026*mayo*

INDICADOR		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Variación porcentual del indicador						
									Mayo	2019 - 2021	2019 - 2022	2019 - 2023	2021 - 2024	2022 – 2024	2023 - 2024	2024 - 2025
MORTALIDAD MATERNA	Casos	21	25	46	25	19	21	17	8	119%	19%	-10%	-54%	-16%	11%	-19%
	Razón por 100000 NV	24,7	31,5	68,9	38,6	31,2	37,1	30,5	34,1	179%	56%	26%	-46%	-4%	19%	-18%
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Casos	5392	5108	4790	4881	4586	4997	6033	2683	-11%	-9%	-15%	4%	2%	9%	21%
	Razón por 100000 NV	63,4	64,4	71,5	75,4	79,7	88,4	108,1	114,3	13%	19%	26%	24%	17%	11%	22%
MORTALIDAD INFANTIL	Casos	815	651	572	590	529	528	448	223	-30%	-28%	-35%	-8%	-11%	0%	-15%
	Tasa por 1000 NV	9,6	8,2	8,5	9,1	8,7	9,3	8,0	9,5	-11%	-5%	-9%	9%	2%	7%	-14%
SIFILIS GESTACIONAL COLOMBIANAS	Casos	620	598	522	581	561	588	650	323	-16%	-6%	-10%	13%	1%	5%	11%
	Prevalencia 1000 Nacidos vivos +Fetales	7,2	7,5	7,7	8,9	9,1	10,3	11,6	13,7	7%	24%	27%	33%	16%	13%	12%
SIFILIS CONGÉNITA COLOMBIANAS	Casos	127	125	99	86	57	67	78	24	-22%	-32%	-55%	-32%	-22%	18%	16%
	Incidencia 1000 Nacidos vivos +Fetales	1,6	1,7	1,6	1,4	1	1,2	1,5	1,0	0%	-13%	-38%	-25%	-14%	20%	27%
NACIMIENTOS TOTALES	Número	85075	79322	66988	64765	60912	56541	55793	18520	-21%	-24%	-28%	-16%	-13%	-7%	-1%
NACIMIENTOS (10 A 14 AÑOS)	Número	206	181	154	139	150	172	143	51	-25%	-33%	-27%	12%	24%	15%	-17%
TEF 10-14 AÑOS	TEF	0,77	0,67	0,58	0,53	0,58	0,68	0,57	0.21	-25%	-31%	-25%	17%	28%	17%	-16%

[‡‡‡‡] Aunque se presentan tasas más altas en algunas EPS, de 10 a 14 años, en el régimen subsidiado se destacan Aliansalud (3,0), Coosalud (2,4), Capital Salud (1,0), Nueva EPS y Salud Total (0,8). En el régimen contributivo, las mayores tasas corresponden a Nueva EPS (1,2) y Salud Total (0,9). Por su parte, para 15 a 19 años se observan tasas considerablemente mayores. En el régimen subsidiado se destacan Nueva EPS (74,4), Coosalud (32,4), Salud Total (24,8) y Capital Salud (23,2), mientras que en el régimen contributivo las mayores tasas corresponden a Coosalud (60,0), Empresa Solidaria de Salud y Desarrollo (40,5) y Nueva EPS (28,5).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

NACIMIENTOS (15 A 19 AÑOS)	Número	9618	8408	6474	5716	5132	4353	4131	1661	-33%	-41%	-47%	-33%	-24%	-15%	-5%
TEF 15-19 AÑOS	TEF	33,4	29,3	22,7	20,2	18,3	15,6	15	6,1	-32%	-40%	-45%	-31%	-23%	-15%	-4%

Fuente: Registro Único de Afiliados, módulo de nacimientos y defunciones (RUAF-ND); Sistema de Estadísticas Vitales (EEVV), bases de datos 2019-2024 y datos preliminares de 2025, datos parciales y preliminares 2026.

Infecciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva

Los indicadores de VIH/SIDA muestran comportamientos divergentes entre la notificación de casos y la mortalidad asociada. La notificación de VIH/SIDA presentó una disminución inicial en 2020, probablemente influenciada por las restricciones y dificultades de acceso a los servicios durante la pandemia, seguida de un repunte en 2021, año en el que se alcanzó la mayor tasa del período (57,1 casos por 100.000 habitantes). Posteriormente, las tasas se mantuvieron relativamente estables hasta 2024 y disminuyeron en 2025 a 46,1 por 100.000 habitantes. En contraste, la mortalidad asociada a SIDA mostró una tendencia descendente entre 2019 y 2022, pasando de 4,1 a 3,1 muertes por 100.000 habitantes, lo que sugiere mejoras en el acceso al diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, desde 2023 se observa un incremento progresivo, alcanzando nuevamente una tasa de 3,9 por 100.000 habitantes en 2025, cercana a los niveles registrados antes de la pandemia. Este comportamiento indica la necesidad de fortalecer las estrategias de diagnóstico oportuno, vinculación al cuidado y adherencia al tratamiento para evitar el aumento de la mortalidad relacionada con la infección (ver Anexo 3 Figura 12).

Respecto a la sífilis gestacional en mujeres colombianas, se observa un deterioro progresivo del indicador, con un aumento de la prevalencia de 7,2 a 12,2 casos por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales entre 2019 y 2025 (+69 %), acompañado de un incremento de casos en los últimos años. Por su parte, la sífilis congénita presentó una reducción importante hasta 2023, pero desde entonces muestra una tendencia al aumento, alcanzando una incidencia de 1,5 por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales en 2025, lo que podría reflejar desafíos en la detección oportuna y el tratamiento efectivo de la sífilis durante la gestación (ver Tabla 6).

Morbilidad materna extrema y mortalidad materna

Los indicadores trazadores de salud materno-infantil muestran comportamientos heterogéneos durante el periodo 2019-2025. La mortalidad materna presentó un incremento importante durante la pandemia, alcanzando su máximo en 2021

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

(68,9 por 100.000 nacidos vivos), con un aumento del 179 % respecto a 2019. Posteriormente se observa una reducción sostenida, aunque en 2024 se registró un leve repunte de la razón y para 2025 descendió nuevamente a 30,5 por 100.000 nacidos vivos, acercándose a los niveles prepandemia (ver Tabla 6).

La razón de mortalidad materna en Bogotá alcanzó 30,5 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2025, valor que supera la meta distrital de 27,5. El análisis de brechas evidencia una marcada heterogeneidad territorial: mientras varias localidades no registraron muertes maternas durante 2025 (razón igual a 0), otras presentaron niveles considerablemente superiores al promedio distrital, destacándose Chapinero (88,6), Engativá (77,7), Fontibón (74,9) y San Cristóbal (74,1 por 100.000 nacidos vivos). Las mayores brechas relativas frente a Bogotá se observaron en Chapinero (+191 %), Engativá (+155 %), Fontibón (+146 %) y San Cristóbal (+143 %). Respecto a la meta, estas mismas localidades presentaron excesos entre 169 % y 222 %, reflejando una situación desfavorable.

Los estadísticos de desigualdad muestran una brecha absoluta extrema de 88,6 puntos en 2025, que aumenta a 206,2 puntos en 2026 (corte a mayo), impulsada principalmente por el comportamiento de Ciudad Bolívar, cuya razón alcanzó 206,2 por 100.000 nacidos vivos. Estos resultados evidencian que, aunque el indicador distrital se mantiene relativamente cercano a la meta, persisten importantes desigualdades territoriales y una concentración del riesgo en algunas localidades específicas (ver Anexo 3 Tabla 4)

Por su parte, la morbilidad materna extrema evidencia una tendencia creciente. Aunque el número absoluto de casos disminuyó entre 2019 y 2023, la razón por 100.000 nacidos vivos aumentó de manera continua, pasando de 63,4 a 108,1 entre 2019 y 2025 (+71 %), lo que sugiere una mayor frecuencia relativa de complicaciones maternas severas en un contexto de reducción de nacimientos (ver Tabla 6).

3.3.3 Salud mental

La mortalidad por suicidio muestra un comportamiento relativamente estable durante el periodo 2019-2025, con tasas que fluctúan entre 4,4 y 5,6 por 100.000 habitantes. Tras la reducción observada en 2020 con respecto a 2019, se evidencia un incremento progresivo hasta 2023, año en el que se registra la mayor tasa del período analizado (5,6 por 100.000 habitantes). A partir de ese momento, se observa un descenso en 2024 y 2025, alcanzando nuevamente

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

valores similares a los registrados al inicio del periodo posterior a la pandemia (ver Anexo 3, Tabla 5). Con relación a los niños, niñas y adolescentes de 14 a 17 años aportaron el 12,2 % de las muertes por suicidio ocurridas en 2025.

En contraste, el intento suicida presenta una tendencia ascendente durante el periodo 2019-2024, reflejada en el incremento sostenido de la tasa de notificación, que pasó de 4,9 a 10,8 por 10.000 habitantes, lo que representa un aumento superior al 100 %. Si bien en 2023 se registra una leve disminución frente al año anterior, en 2024 la tasa alcanza el valor más alto del período analizado. Para 2025 se observa una reducción hasta 9,7 por 10.000 habitantes; no obstante, este indicador continúa en niveles considerablemente superiores a los registrados antes de 2022, lo que evidencia la persistencia de una alta carga de eventos asociados al comportamiento suicida (ver Anexo 3, Tabla 5).

Mortalidad trastornos mentales y del comportamiento

Entre 2009 y 2025 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 2025 los valores más altos de toda la serie, con 5.65 muertes por cada 100.000 habitantes. El aumento ha sido consistente en ambos sexos, aunque ligeramente mayor en mujeres 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 3 Figura 13).

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 habitantes.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

3.3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Desnutrición aguda

La mortalidad por desnutrición aguda en menores de cinco años en Bogotá ha mantenido una tendencia descendente entre 2007 y 2025, con tasas consistentemente inferiores a las registradas para el país. Tras una reducción importante entre 2007 y 2013, el indicador se estabilizó en niveles inferiores a 1,0 defunción por 100.000 menores de cinco años, alcanzando una tasa de 0,0 en 2018, 2022 y 2024 y 2025. En contraste, a nivel nacional, aunque también se observa una disminución reciente, la tasa se ubicó en 4,37 por 100.000 menores de cinco años en 2025. Durante el periodo analizado, Bogotá registró tasas de mortalidad por desnutrición aguda en menores de cinco años inferiores a las observadas para el país. Este comportamiento resalta la importancia de mantener y fortalecer las acciones de vigilancia, detección temprana, seguimiento y atención integral de los niños en riesgo nutricional, con el propósito de evitar muertes prevenibles por esta causa (ver Anexo 3, Figura 14).

De manera detallada, se aclara que en las bases del DANE 2019 hay una mortalidad por desnutrición reportada, la cual hace referencia a un caso que al verificarse por unidad de análisis se clasificó como una mortalidad perinatal tardía; así las cosas, este caso se debía ajustar en el certificado de defunción por el emisor, el cual no se ha realizó en los tiempos determinados por el DANE, razón por la cual la base cerró con este caso reportado, aun así este caso no está siendo tenido en cuenta por la SDS para el conteo en este indicador.

Asimismo, en el proceso de cierre de la base de mortalidad del año 2023 con el DANE, se identificaron tres registros de defunción que permanecieron en el consolidado final pese a que, según la información de residencia, no correspondían al distrito de Bogotá. Aunque se remitieron los soportes técnicos al DANE para solicitar la reclasificación de dichos casos, no fueron considerados en el ajuste final de la base, por lo cual las defunciones quedaron asignadas a Bogotá en el cierre oficial. Los soportes que contienen dicha información están documentados y no se consideran para el seguimiento del indicador.

En cuanto a los indicadores de vigilancia nutricional, muestran avances en la reducción de la desnutrición aguda en menores de cinco años; la proporción de desnutrición aguda disminuyó de 3,7 en 2020 a 1,3 en 2025, mientras que el riesgo de desnutrición aguda se redujo de 12,3 en 2024 a 11,4 en 2025. No obstante, persisten desafíos asociados a otras alteraciones del estado nutricional

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

y a las desigualdades entre grupos poblacionales. En la población de 5 a 17 años, 38 de cada 100 niños, niñas y adolescentes presentan alteraciones nutricionales, incluyendo delgadez, riesgo de delgadez, sobrepeso u obesidad, condiciones que pueden afectar su crecimiento, desarrollo y estado de salud a lo largo del curso de vida. Asimismo, se evidencian diferencias según condición poblacional: la proporción de desnutrición en la población migrante fue de 1,9 y el riesgo de desnutrición alcanzó 13; en la población indígena, la tasa de desnutrición fue de 4,2 y el riesgo de desnutrición de 8,5; mientras que en la población desplazada el riesgo de desnutrición se situó en 8,5, lo que refleja la necesidad de fortalecer las intervenciones con enfoque diferencial en los grupos de mayor vulnerabilidad.

La proporción de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses en Bogotá mostró un comportamiento variable durante el periodo 2005-2025, con un máximo de 82,6 en 2023, seguido de una disminución a 60,4 en 2024. En 2025 el indicador se ubicó en 52,8; sin embargo, este valor corresponde a información parcial con corte al 30 de noviembre de 2025. La disminución observada podría estar influenciada por factores individuales, familiares y del sistema de salud, entre ellos el retorno de la madre a sus actividades laborales, las oportunidades de consejería en lactancia materna y las prácticas de alimentación complementaria temprana.

3.3.5 Enfermedades transmisibles

Situación de enfermedades prevenibles por vacuna y otras transmisibles

El Distrito continúa sin confirmar casos de los eventos prevenibles por vacunación en fase de eliminación y erradicación. En 2025 se cumplió la meta de vigilancia para sarampión y rubéola, con una tasa de notificación de 9,8 casos por 100.000 habitantes. En 2025 la tasa de notificación de parálisis flácida aguda fue de 1,8 casos por 100.000 menores de 15 años, mientras que la tasa en residentes de Bogotá alcanzó 1,1 por 100.000 menores de 15 años, cifras ligeramente superiores a las registradas en 2024, cuando fueron de 1,6 y 1,0 por 100.000 menores de 15 años, respectivamente.

Respecto a los eventos inmunoprevenibles bajo estrategia de control, el comportamiento observado durante 2025 se describe a continuación:

Parotiditis: entre 2021 y 2025 la notificación de parotiditis presentó una tendencia creciente en Bogotá, al pasar de 866 a 1.584 casos, lo que representa un incremento del 82,9 %. El mayor número de casos se registró en 2025, lo

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

que indica que es necesario continuar reforzando las acciones de vigilancia epidemiológica, prevención y control del evento. La incidencia fue de 19,9 casos por cada 100.000 habitantes con un leve incremento respecto al año anterior (18,2).

Varicela: en 2025 se notificaron 5.282 casos confirmados por clínica. Respecto a 2024, la notificación aumentó 14,1 %, alcanzando el mayor número de casos del periodo analizado, lo que indica la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de vigilancia, prevención y control del evento. La incidencia fue de 66,5 por 100.000 habitantes con un incremento respecto al año anterior (58,4).

Meningitis bacteriana: en 2025 se notificaron 126 casos de meningitis bacteriana por *Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis y Streptococcus pneumoniae* en residentes de Bogotá, lo que representa un incremento de 16 casos frente a los 110 confirmados en 2024. Del total de casos en 2025, el 61,1 % correspondió a *Streptococcus pneumoniae,* el 22,2 % a *Neisseria meningitidis* y el 16,7 % a *Haemophilus influenzae.* La mayor carga de enfermedad se concentró en el grupo de 70 años y más, que aportó el 15,9 % del total de casos, seguido por los grupos de 20 a 24 años y de 45 a 49 años, con el 9,5 % cada uno. En cuanto a la mortalidad se registraron 29 defunciones, de las cuales el 20,7 % ocurrió en personas de 70 años y más, seguido de los grupos de 40 a 44 años y de 55 a 59 años, que concentraron el 13,8 % de las defunciones cada uno.

Hepatitis A: en 2025 se notificaron 133 casos de hepatitis A al SIVIGILA, correspondientes a una tasa de 1,7 casos por 100.000 habitantes, inferior a la registrada en 2024 (2,1). Se destaca el brote ocurrido en 2023, cuando se alcanzó la mayor tasa del periodo (6,0). La tasa observada en 2025 corresponde a la más baja del periodo analizado, excluyendo 2020 y 2021, cuyo comportamiento fue atípico por las medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19, lo que evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de vigilancia y control del evento.

Tos ferina: en 2025 Bogotá registró una incidencia de 2,03 casos por 100.000 habitantes, correspondiente a 322 casos confirmados, lo que representa un incremento significativo frente a 2024, cuando se confirmaron 11 casos y una incidencia de 0,07 por 100.000 habitantes.

Fiebre tifoidea y paratifoidea: en 2025 no se confirmaron casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en residentes de Bogotá. En comparación con 2024, cuando se confirmaron tres casos con una incidencia de 0,04 por 100.000

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

habitantes, así, se evidencia una reducción del 100 % en la ocurrencia de este evento en el distrito.

COVID–19: En 2025 en Bogotá se notificaron 2.910 casos de COVID-19, lo que corresponde a una tasa de 3,66 casos por 10.000 habitantes, evidenciando una disminución frente a 2024, cuando se registraron 9.524 casos y una tasa de 12,03 por 10.000 habitantes. Del total de casos notificados en 2025, el 31,0 % se presentó en menores de un año, el 15,2 % en niños de 1 a 4 años y el 10,4 % en personas de 80 años y más, concentrándose el 56,6 % de los casos en estos grupos de edad. Durante el mismo año se registraron 37 defunciones asociadas a COVID-19.

Tuberculosis: en 2025 se notificaron 1.361 casos de tuberculosis en todas sus formas en residentes del Distrito, con una incidencia de 17,1 casos por 100.000 habitantes, igual a la registrada en 2024 (1.355 casos). Por su parte, la tasa de mortalidad pasó de 1,2 a 1,4 defunciones por 100.000 habitantes entre 2024 y 2025.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La mortalidad por IRA en menores de cinco años en la ciudad entre 2009 y 2025 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) seguido por 2025 (4,84), probablemente influenciado por las medidas de aislamiento y control sanitario durante la pandemia de COVID-19. Se presentó un repunte con un pico en 2022 (16,9), coincidente con el retorno a la normalidad y el aumento de la exposición a agentes respiratorios, seguido de una disminución (ver Anexo 3 Figura 15).

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Entre 2007 y 2025 la tasa de mortalidad por 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 y descendió progresivamente hasta valores cercanos a cero a partir de 2020, en concordancia con los avances 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 (ver Anexo 3 Figura 16). No obstante, el incremento observado en 2019 no corresponde a un aumento real de la mortalidad por esta

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

causa, sino a casos mal clasificados, por lo que la magnitud del descenso posterior a ese año debe interpretarse con cautela.

Para la interpretación de esta tendencia, la SDS realizó una revisión técnica de cada caso registrado entre 2019 y 2024 en las bases de cierre de EEVV-DANE, contrastando el certificado de defunción con la historia clínica y las unidades de análisis. Como resultado, en todo el periodo solo se confirmó una muerte por EDA, ocurrida en 2024. En 2019, los ocho casos registrados no cumplen el criterio técnico de muerte por EDA: corresponden a enterocolitis en recién nacidos y lactantes pequeños, en su mayoría asociada a la prematurez, afección de origen perinatal; se remitieron al DANE las solicitudes de enmienda estadística. Entre 2020 y 2022 se observó una situación similar: en 2020 el único caso registrado correspondió a enterocolitis neonatal asociada a la prematurez; en 2021, de tres casos, dos no cumplen el criterio (uno por enterocolitis neonatal asociada a la prematurez y otro originado en una neumonía viral sin antecedente documentado de diarrea, con solicitud de ajuste de la causa de muerte) y uno es no concluyente[§§§§] (sepsis bacteriana sin foco claro ni diarrea documentada, con infección respiratoria viral concomitante); en 2022 de tres casos, uno no cumple el criterio (enterocolitis neonatal asociada a la prematurez) y dos son no concluyentes (sepsis atribuida a origen intestinal sin cuadro diarreico documentado). En 2023 no se registraron casos. En 2024, de los dos casos registrados, uno correspondió a la muerte por EDA confirmada por la revisión técnica y la unidad de análisis, y el otro a enterocolitis en un lactante con antecedente de prematurez;el dato de 2025 es preliminar. La principal causa de discordancia es el diligenciamiento del certificado de defunción, en particular el uso del término “enterocolitis” sin especificar su carácter necrotizante en recién nacidos prematuros.

3.4 Análisis de desigualdades

A partir de la evidencia disponible sobre las condiciones de vida de la población del Distrito Capital y los diferentes desenlaces en salud identificados, se realizó un análisis de desigualdades orientado a reconocer diferencias sistemáticas y

[§§§§] Caso no concluyente: En estos casos la muerte se produjo por una infección generalizada (sepsis) atribuida a un origen intestinal, pero sin diarrea documentada, con otras enfermedades que también explican la gravedad (como una infección respiratoria viral) o con información clínica previa limitada.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

potencialmente evitables entre grupos poblacionales y territorios. Este análisis busca complementar la descripción de los indicadores de salud, permitiendo identificar cómo las condiciones sociales, económicas y territoriales se relacionan con la distribución diferencial de los resultados en salud y, con ello, aportar elementos para orientar respuestas diferenciadas en el territorio. Se incorporaron medidas de desigualdad simples, mediante el cálculo de brechas absolutas y relativas, y una medida basada en gradiente social mediante el Índice de Concentración en Salud (ICS).

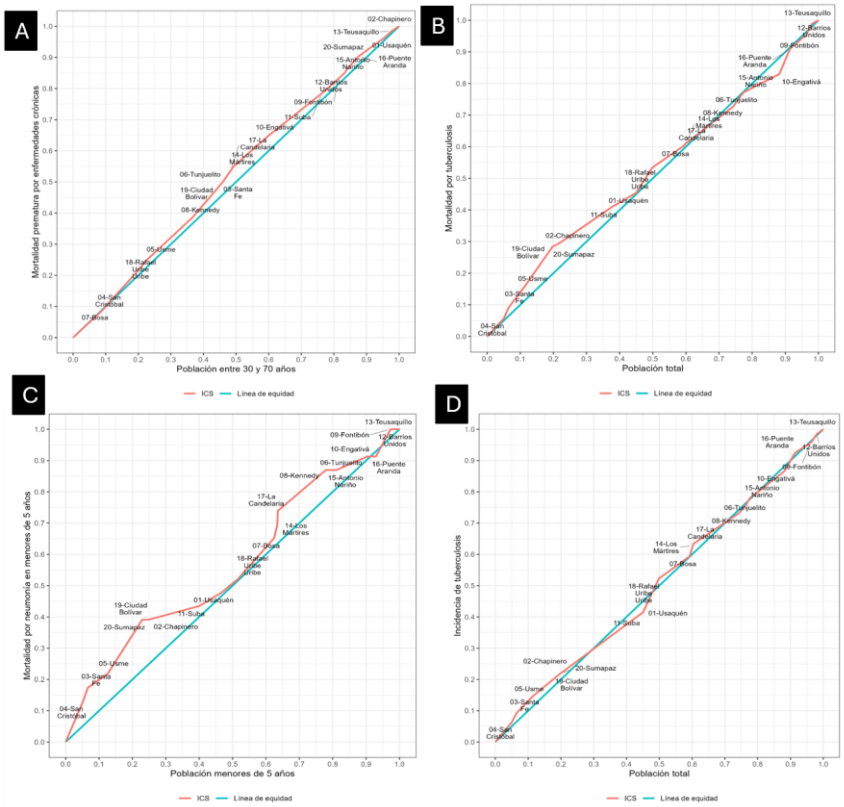
Para el análisis por localidades se seleccionaron diferentes estratificadores sociales y territoriales que permiten aproximarse a las condiciones de vida de la población. Estos correspondieron al IPM, el espacio público efectivo, la tasa de violencia intrafamiliar, el consumo problemático de sustancias psicoactivas y la tasa de desempleo.

Los análisis estratificados por IPM muestran un patrón consistente de desigualdad socioeconómica en varios eventos de salud, particularmente en los desenlaces de mortalidad (Figura 9). La mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles se concentra en Bosa, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Usme, Kennedy y Ciudad Bolívar (panel A), localidades que reúnen cerca del 49,2 % de las muertes, con un ICS de -0,058. La mortalidad por tuberculosis se concentra en San Cristóbal, Santa Fe, Usme y Ciudad Bolívar (panel B), que agrupan aproximadamente el 35,9 % de las muertes, con un ICS de -0,048. De manera similar, la mortalidad por neumonía en menores de cinco años se concentra en San Cristóbal, Santa Fe, Usme y Ciudad Bolívar (panel C), que concentran cerca del 39,1 % de las muertes, con un ICS de -0,126. Por el contrario, la incidencia de tuberculosis presenta una distribución cercana a la equidad, con un ICS de -0,004, aunque los mayores niveles se observan en San Cristóbal, Santa Fe, Usme y Ciudad Bolívar (panel D).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 9. Desigualdad socioeconómica en eventos de salud según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en Bogotá, D.C., 2025.



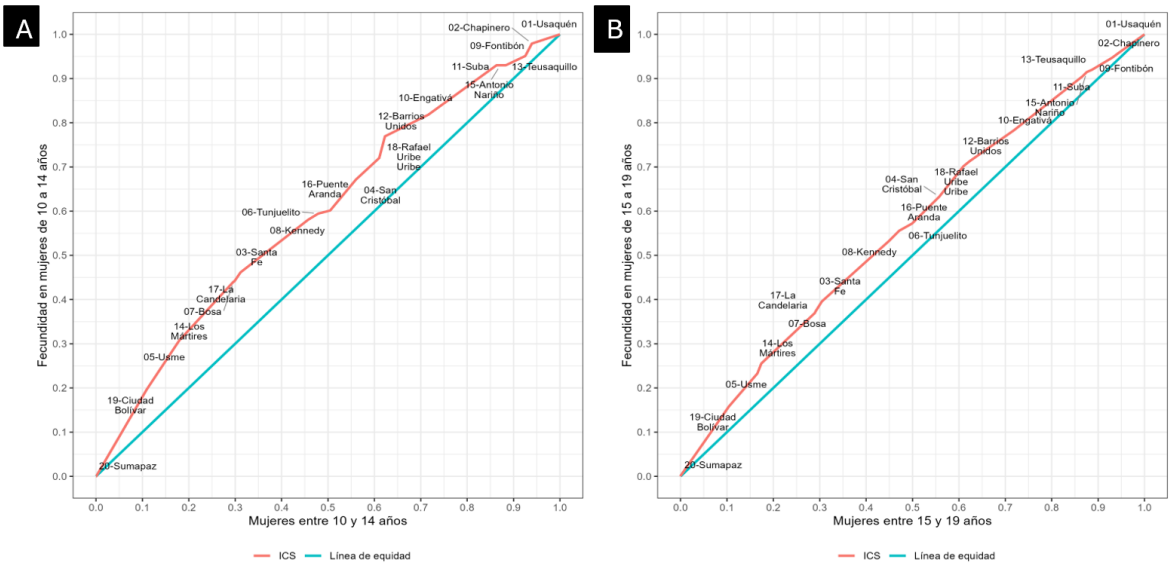
Fuente: Elaboración propia.

Se encontró una concentración de las tasas de fecundidad en los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años hacia las localidades con mayores niveles de violencia intrafamiliar, con índices de concentración de -0,194 y -0,123, respectivamente (Figura 10). Para la fecundidad de 10 a 14 años, Ciudad Bolívar, Usme, Los Mártires, Bosa, La Candelaria, Santa Fe, Kennedy y Tunjuelito concentran aproximadamente el 85 % del desenlace (panel A); mientras que, para la fecundidad de 15 a 19 años, Ciudad Bolívar, Usme, Los Mártires, Bosa, La Candelaria, Santa Fe y Kennedy acumulan el 53,2 %, proporción que alcanza el 70,2 % al incorporar Tunjuelito, Puente Aranda, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe (panel B). Esto muestra que hay una distribución territorial desigual de la fecundidad adolescente según el gradiente de violencia intrafamiliar, con mayor concentración del desenlace en las localidades ubicadas en los niveles superiores de este indicador.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 10. Curva de concentración de la fecundidad adolescente según el nivel de violencia intrafamiliar, Bogotá, D.C., 2025



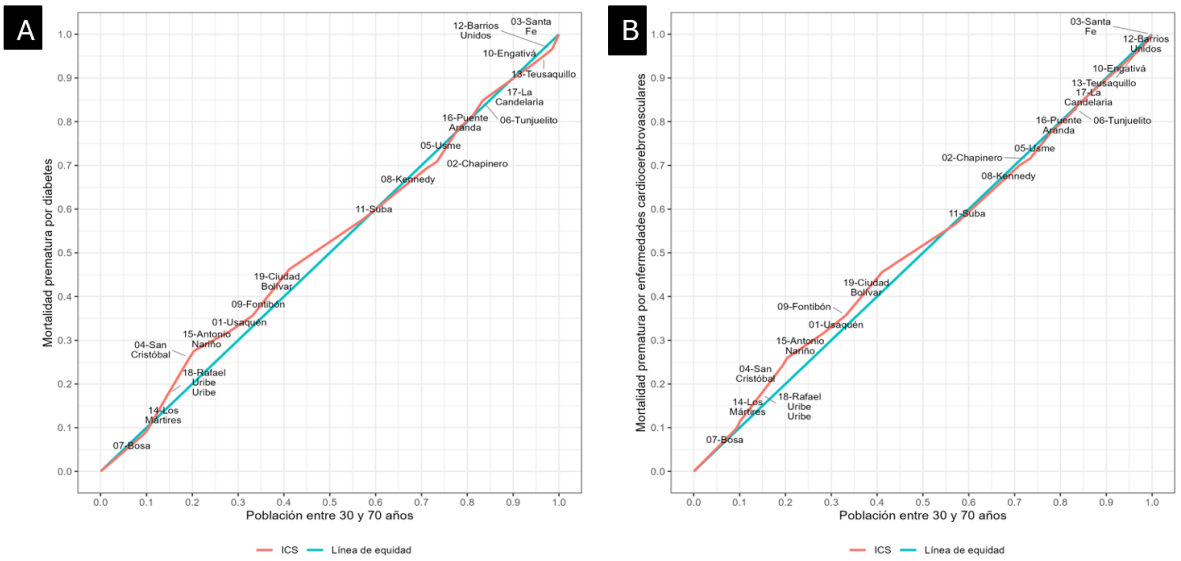
Fuente: Elaboración propia

Se observó una desigualdad territorial de baja magnitud en la mortalidad prematura por diabetes y por enfermedades cardiocerebrovasculares según el gradiente de espacio público efectivo, con ICS de -0,028 y -0,024, respectivamente. En ambos desenlaces la distribución de las muertes se mantiene cercana a la distribución poblacional a lo largo del gradiente evidenciando patrones territoriales similares y una baja desviación respecto a una distribución proporcional de los eventos entre las localidades.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

CO-SC-CER155793
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 11. Curva de concentración de la mortalidad prematura por diabetes y enfermedades cardiocerebrovasculares según espacio público efectivo, Bogotá, D. C., 2025



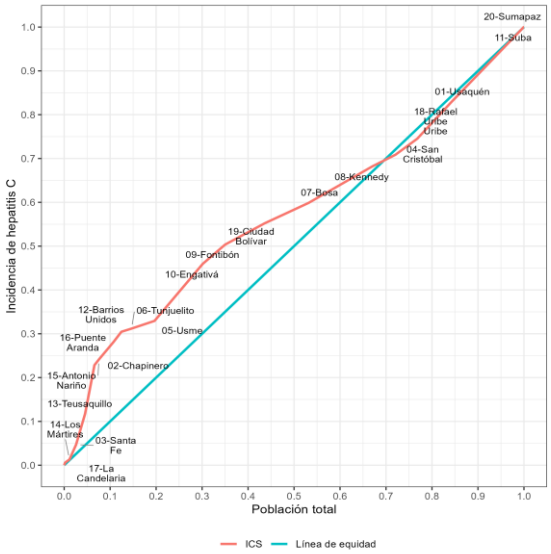
Fuente: Elaboración propia

En la incidencia de hepatitis C se evidenció una desigualdad territorial con una mayor concentración del desenlace en territorios con mayor tasa de consumo problemático de SPA (ICS= -0,14046). La distribución acumulada de los casos presenta una concentración superior a la distribución poblacional en el segmento inicial del gradiente, correspondiente a las localidades con mayores niveles de consumo problemático de SPA. En este segmento, por ejemplo, mientras se acumula aproximadamente el 12,4 % de la población, se concentra el 30,5 % de los casos de hepatitis C; asimismo, con cerca del 30,2 % de la población acumulada, se alcanza aproximadamente el 46,0 % de los casos. Posteriormente, la diferencia entre la distribución acumulada de los casos y la población se reduce progresivamente (Figura 12).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

CO-SC-CER155793
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 12. Curva de concentración de los casos de hepatitis C según el consumo problemático de sustancias psicoactivas, Bogotá, D. C., 2025



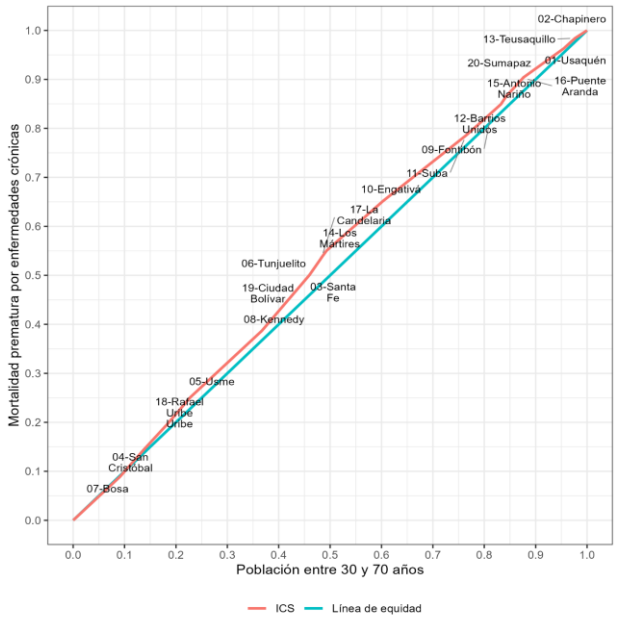
Fuente: Elaboración propia

Al analizar la mortalidad prematura por enfermedades crónicas se observa una desigualdad territorial de baja magnitud según el gradiente de tasa de desempleo, con un ICS de -0,058. La distribución acumulada de las muertes presenta una concentración ligeramente superior a la distribución poblacional en el segmento correspondiente a Bosa, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Usme, Kennedy y Ciudad Bolívar, localidades que presentan las mayores tasas de desempleo dentro del gradiente analizado, aunque las diferencias entre ambas distribuciones son de magnitud reducida y tienden a disminuir a lo largo del gradiente. Esto sugiere una distribución relativamente próxima a la proporcionalidad poblacional, con una leve concentración de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas hacia las localidades con mayores niveles de desempleo (Figura 13).

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 13. Curva de concentración de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas según la tasa de desempleo, Bogotá, D. C., 2025



Fuente: Elaboración propia

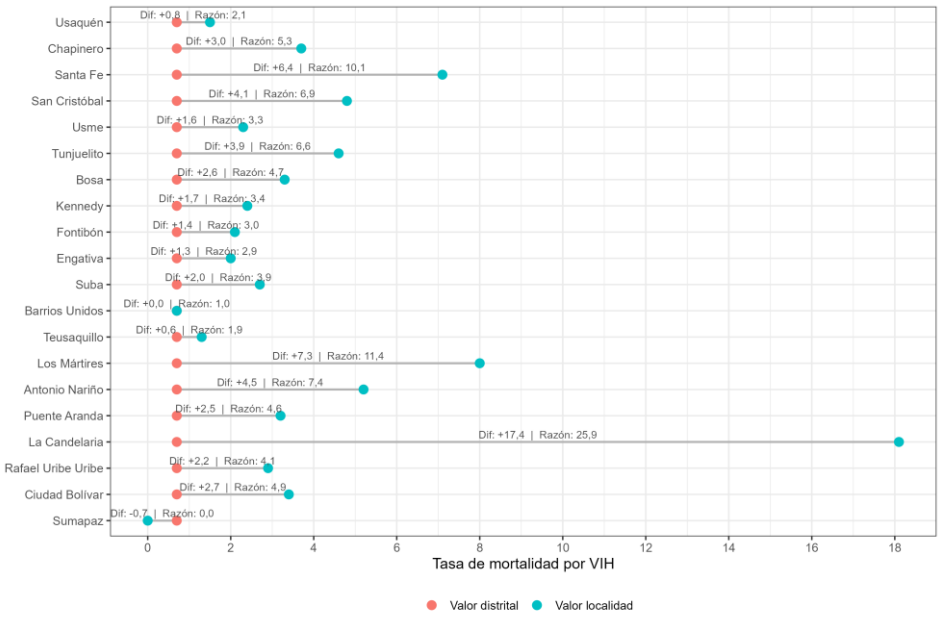
De manera complementaria, se estimaron brechas absolutas y relativas entre los grupos de interés y el valor distrital de referencia. El análisis consideró diferentes estratificadores, entre ellos el régimen de afiliación al SGSSS, el sexo y la localidad, según la disponibilidad y pertinencia para cada desenlace. Las brechas se expresaron como la diferencia entre el valor observado en cada grupo y el valor distrital, y como la razón entre ambos valores, permitiendo identificar la magnitud y dirección de las diferencias territoriales y poblacionales en los desenlaces analizados.

Se observa una marcada heterogeneidad territorial en la mortalidad por VIH (Figura 14), con la mayoría de las localidades presentando tasas superiores a la distrital (0,7). Las mayores brechas se registran en La Candelaria, Los Mártires y Santa Fe, cuyas tasas corresponden a 25,9, 11,4 y 10,1 veces el valor distrital, respectivamente. También destacan Antonio Nariño, San Cristóbal y Tunjuelito. Barrios Unidos presenta una tasa equivalente a la distrital, mientras Sumapaz registra cero. Las diferencias deben interpretarse con cautela en localidades de menor población por la mayor variabilidad asociada al reducido número de eventos.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 14. Mortalidad por VIH según localidad y comparación con la tasa distrital, Bogotá, D. C., 2025



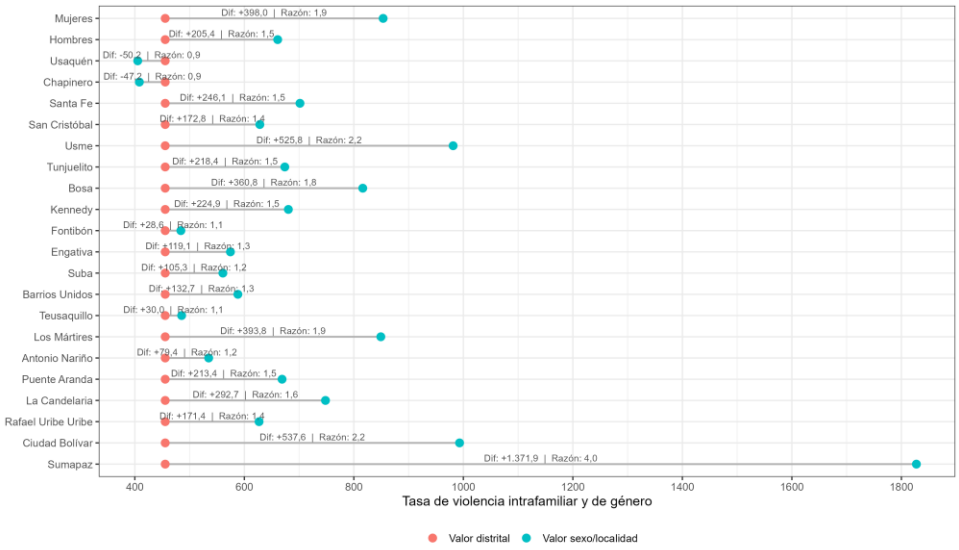
Fuente: Elaboración propia

La tasa distrital de violencia intrafamiliar o de género es de 455,5 por cada 100.000 habitantes. En la Figura 15 se observa una importante heterogeneidad territorial: Sumapaz presenta la mayor tasa (1.827,4), equivalente a 4,0 veces la distrital, seguida de Ciudad Bolívar y Usme (2,2 veces). También destacan Bosa (1,8), Los Mártires (1,9) y La Candelaria (1,6). En contraste, Usaquén y Chapinero presentan tasas inferiores a la distrital (0,9 veces). En cuanto al sexo, la tasa es mayor en mujeres (853,5; 1,9 veces) que en hombres (660,9; 1,5 veces), aunque estos valores deben interpretarse teniendo en cuenta que corresponden a denominadores poblacionales específicos por sexo.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 15. Tasa de violencia intrafamiliar o de género por localidad y sexo, en comparación con la tasa distrital, Bogotá, D. C., 2025



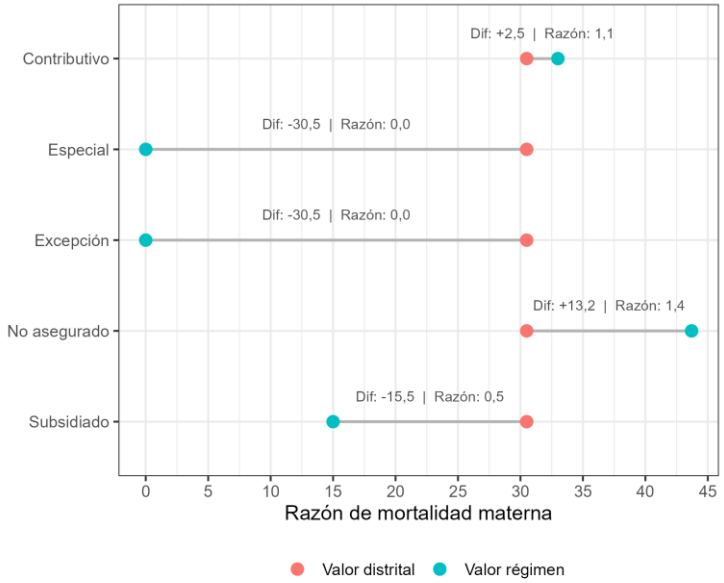
Fuente: Elaboración propia

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) distrital es de 30,5 por 100.000 nacidos vivos (Figura 16). Por régimen, la mayor RMM corresponde a la población no asegurada (43,7; razón 1,4), seguida del régimen contributivo (33,0; razón 1,1), ambos por encima del valor distrital. El régimen subsidiado presenta una RMM de 15,0 (razón 0,5), equivalente a la mitad de la distrital. Los regímenes especial y de excepción registran 0,0, con una diferencia de −30,5 frente al distrito; al igual que los eventos anteriormente mencionados, estos valores deben interpretarse con cautela, especialmente si corresponden a pocos o ningún evento.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

CO-SC-CER155793
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Figura 16. Razón de mortalidad materna según régimen de afiliación al sistema de salud, en comparación con la tasa distrital, Bogotá, D. C., 2025



Fuente: Elaboración propia

En conjunto, los resultados del análisis de desigualdades permiten reconocer que la distribución de los eventos de salud en Bogotá no es homogénea y que determinados resultados se relacionan con las condiciones sociales, económicas y territoriales en las que transcurre la vida de la población. Por tanto, estas medidas constituyen un insumo para la identificación de territorios y poblaciones que requieren respuestas diferenciales y territorializadas, hallazgos también identificados en la evidencia cualitativa la cual se puede detallar en el Anexo 4.

3.5 Conclusiones

En 2025 la morbilidad atendida en Bogotá registró un crecimiento sin precedentes en el volumen de servicios, explicado en buena parte por los cambios en el reporte derivados de la Resolución 2275 de 2023. La utilización de servicios mostró tres patrones: condiciones de alta cobertura y baja intensidad asistencial (enfermedades de la cavidad bucal, trastornos de refracción e infecciones respiratorias agudas); enfermedades crónicas con seguimiento periódico (hipertensión, trastornos metabólicos y osteomusculares); y patologías de alta complejidad con elevada concentración de atenciones por paciente (enfermedades cerebrovasculares, VIH/SIDA y

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

CO-SC-CER155793
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

trastornos neurológicos). Las mujeres representaron el 56,4 % de las personas atendidas y el 58,9 % de las atenciones, con mayor participación en cáncer de mama y tiroides, hipertensión, diabetes, obesidad y trastornos afectivos, mientras que los hombres predominaron en enfermedad isquémica del corazón y consumo de sustancias psicoactivas. La población de 29 a 59 años fue el principal grupo demandante, pero las personas de 60 años y más presentaron la mayor intensidad de uso (8,72 atenciones por persona), concentrando la carga por cáncer, enfermedades cardiovasculares, cardiometabólicas, EPOC y trastornos mentales orgánicos. Entre las agrupaciones priorizadas predominaron la hipertensión y la diabetes, la obesidad coexistió con focos de desnutrición en primera infancia y personas mayores, el asma prevaleció en niñez y adolescencia frente a la EPOC en adultos mayores, y la salud mental evidenció una alta demanda por ansiedad, estrés y trastornos del estado de ánimo.

En mortalidad el Distrito atraviesa una transición epidemiológica incompleta con doble carga: las enfermedades circulatorias, aunque en descenso, se mantienen como primera causa, mientras que las enfermedades transmisibles y las "demás causas" muestran una tendencia ascendente reciente. La mortalidad prematura por enfermedades crónicas (30 a 70 años) repuntó en 2024 y 2025 tras el descenso de 2021 a 2023, en coincidencia con el aumento en la incidencia de cáncer de mama y cuello uterino, cuya mortalidad se ha mantenido estable. En salud materno-infantil la mortalidad neonatal e infantil desciende y es inferior a la nacional, aunque con tasas rurales superiores a las urbanas; el bajo peso al nacer a término pasó de cerca del 6 % hasta 2020 a 9,0 % en 2024 y 8,5 % en 2025; y, pese a la reducción de los nacimientos en adolescentes, la razón de morbilidad materna extrema aumentó de 63,4 a 108,1 por 100.000 nacidos vivos y la sífilis gestacional de 7,2 a 12,2 por 1.000 nacidos vivos y fetos. La mortalidad por trastornos mentales alcanzó en 2025 su valor más alto desde 2020, con una proporción relevante de suicidios en adolescentes de 14 a 17 años. Se destacan como logros la baja mortalidad y la reducción de la desnutrición aguda en menores de cinco años, los resultados favorables en eventos inmunoprevenibles en eliminación y la reducción de COVID-19 y hepatitis A; en contraste, aumentaron la parotiditis, la varicela, la meningitis bacteriana y la tos ferina, y la tuberculosis mantuvo su incidencia con incremento de la mortalidad.

El análisis de desigualdades confirma que los resultados en salud no se distribuyen de manera homogénea en el Distrito y que se relacionan con las condiciones sociales, económicas y territoriales en las que vive la población. La

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

mortalidad prematura por enfermedades crónicas, la mortalidad por tuberculosis y, con mayor intensidad, la mortalidad por neumonía en menores de cinco años se concentra en las localidades con mayores niveles de pobreza multidimensional, como San Cristóbal, Santa Fe, Usme y Ciudad Bolívar. De igual forma, la fecundidad adolescente se concentra en los territorios con mayor violencia intrafamiliar, y la hepatitis C en aquellos con mayor consumo problemático de sustancias psicoactivas. Las brechas frente al valor distrital muestran una mortalidad por VIH muy superior en La Candelaria, Los Mártires y Santa Fe; violencia intrafamiliar o de género más elevada en Sumapaz, Ciudad Bolívar y Usme, y mayor en mujeres; y razón de mortalidad materna más alta en la población no asegurada.

En conjunto, la situación de salud de Bogotá combina una elevada carga de enfermedades crónicas no transmisibles con la persistencia de eventos transmisibles, materno-infantiles, nutricionales y de salud mental, cuya distribución refleja desigualdades socioterritoriales acumuladas que afectan con mayor intensidad a las localidades del sur, centro oriente y suroccidente, a la ruralidad y a poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad. Estos hallazgos, coherentes con la evidencia cualitativa recogida con la comunidad (Anexo 3), constituyen el insumo para la priorización y la formulación de respuestas diferenciales, intersectoriales y territorializadas, orientadas no solo a la atención de los eventos en salud, sino a la transformación de las condiciones que los producen.

NÚCLEOS DE INEQUIDAD SOCIOSANITARIA

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

El modelo de salud de Bogotá MAS Bienestar, a través de su estrategia de Atención Primaria Social se ha organizado para responder a los problemas de fragmentación del sistema, a través de la descentralización de las decisiones en salud por medio del sector y sus instituciones e incluir una respuesta coordinada y articulada interinstitucional e intersectorial. Sin embargo, a pesar de ello, se debe responder a las inequidades persistentes en salud de la población distrital que existen, dentro de las que se ha identificado las que tienen que ver con el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Las dificultades y brechas presentes en este núcleo tienen que ver con un entramado de condiciones del nivel estructural que incluye la organización del sistema de salud, el modelo de aseguramiento, las entidades responsables de pago, el flujo de recursos de la totalidad del sistema, la disponibilidad de la red de servicios, las condiciones laborales del talento humano en salud, tecnologías de la información y restricciones para aplicar adecuadamente la gestión del riesgo en salud[*****] que se exacerba con la situación de pobreza, la informalidad laboral, la movilidad y las condiciones de vida en la ciudad.

Actualmente, desde ASIS anteriores se ha reconocido que la distribución de servicios en el Distrito se concentra en el norte de la ciudad y el aseguramiento en salud presenta una distribución en el subsidiado en localidades con un alto índice de pobreza monetaria[†††††], por ende, ya representa una inequidad, sin embargo, enfocarse exclusivamente en esta arista, es quedarse en la punta del iceberg.

La inequidad no es exclusivamente geográfica sino administrativa y financiera, se identifican modelos de contratación constreñidos por oferta escasa, capacidad instalada limitada a unos cuantos servicios con poca facilidad de expansión del sector privado, esquemas oligopólicos de IPS, deudas de las aseguradoras y cooptación de servicios por entidades de planes voluntarios de salud que desplazan la atención de personas que dependen del aseguramiento básico de una EPS son condiciones que ahondan los problemas de calidad de la atención. Un ejemplo de esto es el aumento de la deuda de las EPS con la red adscrita al Distrito, que incrementó de 2023 a julio de 2025 en 142 %, llegando a 417.819 millones.

Estas condiciones estructurales van a afectar el relacionamiento de las personas usuarias con el sistema de salud y en general determina el proceso salud-enfermedad-atención. Uno de los indicadores más representativos para mostrar

[*****] Para el análisis de estas brechas, el marco normativo vigente reconoce como características esenciales de la calidad de la atención en salud *la pertinencia, la oportunidad, la continuidad, la accesibilidad y la seguridad.* El Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo retoma estas características e incorpora, además, la atención humanizada y centrada en las personas, familias y comunidades. Finalmente, la Política Nacional de Calidad en Salud 2026–2035 refuerza esta orientación al proponer un cuidado integral seguro, oportuno, pertinente, continuo, equitativo y humanizado.

[†††††] Ver apartado 2.9.1 de aseguramiento para mayor detalle.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

las barreras de los servicios de salud es el de tasa de reclamos por habitante, que presenta un aumento porcentual del 23,9 % con respecto a 2024, donde más del 90 % de ellas es por barreras de acceso a servicios de salud. Las EPS que más registraron quejas fueron Nueva EPS (958,8), Famisanar (636,7) y Capital Salud (660,2); se presentaron más quejas en el régimen contributivo (555,0) en comparación al subsidiado (462,2)[110]. Esto es consecuencia de cómo los diferentes actores no se integran y se fragmenta la atención en un contexto de situación nacional que compromete el flujo de recursos y funcionalidad del sistema de salud.

Adicionalmente, otro indicador importante con respecto a la calidad de la atención tiene que ver con el reporte de la oportunidad que miden el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación, en el Distrito Capital para 2025 el tiempo promedio de espera para la asignación fue de 3,12 días para medicina general, 3,75 para odontología, 10,90 para medicina interna, 5,49 para pediatría, 11,84 para cirugía general, 9,15 para ginecología y 8,22 para obstetricia, indicadores que, al compararse con los datos nacionales, presentan menor tiempo de asignación de cita. Aunque como se evidenció en las visitas técnicas de la SDS, no se registra que el indicador depende del autorreporte por parte de las IPS y que no registra el no agendamiento de estas citas, luego las listas de espera se construyen con la agenda disponible de la red; y se miden cuando la IPS habilita la agenda, no cuando se solicitó la atención o la necesidad en salud. Por lo tanto, el indicador no evidencia la experiencia viva de las personas en el territorio, ya que las tutelas asociadas a la falta de oportunidad de la asignación de citas son persistentes y no da cuenta de lo reportado por la red de prestación de servicios contratada por las EAPB.

Por otra parte, el talento humano, que a pesar de contar con el indicador de médicos por 100.000 habitantes recomendado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), (5,41 de Bogotá contra 3,7 de la OCDE), no necesariamente se traduce en adecuadas condiciones del personal médico y el talento humano en salud, porque mantiene condiciones de precarización con contratos sin prestaciones sociales, sin garantías de estabilidad, pagos retrasados y horarios de trabajo extensos[111,112]. Adicional, se identifican brechas en la disponibilidad de médicos especialistas y subespecialistas, particularmente frente a las necesidades derivadas del perfil epidemiológico y de la demanda de servicios de salud de la población.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En cuanto a infraestructura hospitalaria el indicador de razón de camas por habitante se encuentra muy por debajo de lo recomendado (1,9 camas por habitantes vs 4,2 recomendado por la OCDE). Esto, en conjunto con la precarización del talento humano, saturación de servicios, gestión y administración institucional inadecuada, facilitan la falta de empatía y humanización frente a las necesidades de su población, además de una ausencia de transparencia para transitar los obstáculos que presenta el sistema. Esto se observa en la variabilidad de porcentaje de quejas por insatisfacción con la atención en salud que presentó un aumento de 8,4 % con respecto a 2024 con 7.600 quejas, aspecto evidenciado por la comunidad, de manera textual *"Uno va al médico y le dicen 'vaya al especialista'. Entonces, para el especialista hay que autorizar; autorizar son cuatro o cinco horas allá. ¿Cuál es la opción que uno toma?: no volver al médico"*[113], o la situación con los medicamentos: *"la gente está haciendo colas eternas desde las tres de la mañana para que le entreguen sus remedios. Y cuando por fin llega el remedio, ya le dicen: sí, acá lo tenemos, pero ya su fórmula está vencida"*[114].

La situación financiera del sistema genera que cada uno de los actores se enfoque más en sostenerse a sí mismo, que en responder a las necesidades de atención primaria en salud de la población; esto termina en dificultades para responder con un enfoque de gestión del riesgo, repercute en la capacidad resolutiva del primer nivel, y se convierte en la puerta de entrada los servicios de urgencias, afectando las características de pertinencia y continuidad de la atención. En el cuarto trimestre de 2025, la ocupación promedio de los servicios de urgencias de la red pública distrital fue del 110 %, y durante todo el año 2025 (124,1%); se mantuvo encima del estándar establecido por la SDS de mantenerla en 95 % o menos, el año con el indicador más alto de 2021 a 2025.

El análisis de SaluData señala, entre los factores asociados a la sobreocupación, la permanencia prolongada de pacientes por dificultades para su traslado a hospitalización y la atención de patologías no prioritarias de personas que, ante barreras para acceder oportunamente a consulta externa, recurren a urgencias. Estos hallazgos no permiten atribuir la sobreocupación exclusivamente a problemas de pertinencia o continuidad, pero evidencian cómo las barreras de acceso, la capacidad resolutiva y la articulación entre servicios pueden trasladar necesidades de atención hacia escenarios de mayor complejidad.

Los problemas relacionados con el acceso y calidad de los servicios de salud se profundizan en situaciones de carencia económica, la informalidad laboral y

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

pobreza monetaria situación evidenciada por la comunidad: *"uno logra sacar la cita a las 10 de la mañana, son las 11 y no lo han atendido. Eso genera un malestar teniendo en cuenta que en nuestros tiempos muchas veces debemos también ir a trabajar"*[115].

Todas estas dinámicas se materializan de manera concreta en resultados diferenciales en salud, particularmente en la población pobre no asegurada que presenta, en proporción, una mayor razón de mortalidad materna (43,7), mayor tasa de morbilidad materna extrema (156,1 vs 108,1 distrital) y mayor ocurrencia de sífilis gestacional en migrantes; así como en la mayor mortalidad por VIH observada en población afiliada al régimen subsidiado (53,3 %). En la localidad de Santa Fe este indicador refleja que el 25 % de la mortalidad son de origen extranjero no asegurado, y el 62,5 % hace parte del régimen subsidiado.

También se expresan en las barreras que enfrentan las personas mayores que no cuentan con redes de apoyo, y en las dificultades para integrar los trastornos de salud visual en las Rutas Integrales de atención en Salud (RIAS), lo que puede traducirse en problemas de acceso y calidad, patologías prevenibles, discapacidad y, en algunos casos, mortalidad evitable. Todo lo anterior termina por configurar un escenario donde el flujo de recursos en salud no se invierte en estrategias de promoción y mantenimiento de la salud, sino se gasta en la atención de condiciones prevenibles y sus complicaciones.

En conclusión, se debe ampliar el enfoque sobre cómo responder a las barreras de acceso y calidad de la atención, entender que mejorar el acceso y la calidad no es únicamente contar con el personal sino garantizarles condiciones, acercar la oferta a los barrios, invertir en promoción y mantenimiento de la salud, lograr una coordinación y entendimiento entre las instituciones y actores del sistema, son requisitos indispensables para responder las necesidades básicas de la población bogotana, donde las personas que más padecen son las más vulnerables; además, estrategias que busquen fortalecer los mecanismos intersectoriales a través de la APSocial, son un punto de inflexión para poder acercarse a responder con integralidad.

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

La gobernanza en salud de Bogotá opera en un sistema plural: la SDS ejerce rectoría, pero el aseguramiento, la prestación y la participación involucran actores públicos, privados y comunitarios. En 2025 se creó la Comisión

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar para coordinar y articular políticas, programas y estrategias sobre determinantes sociales. Su marco normativo, compilado en el Decreto Único del Sector Salud 641 de 2025, reconoce la gobernanza como acción conjunta entre actores gubernamentales y no gubernamentales y permite convocar actores públicos y privados, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de base social[116]. Así, la gobernanza distrital exige articular autoridad sanitaria, aseguradores, prestadores, otros sectores y sociedad civil.

Esta necesidad es especialmente clara por la composición de la oferta de servicios de salud. Al 31 de diciembre de 2025 Bogotá registraba 13.867 prestadores en el REPS: 99,82 % privados, 0,17 % públicos y 0,01 % mixtos. De 34.647 servicios habilitados, 94,24 % correspondía a prestadores privados, y de 51.574 recursos de capacidad instalada, 87,07 % era de naturaleza privada[117]. La rectoría distrital debe, por tanto, ejercerse sobre un sistema cuya capacidad de prestación se encuentra mayoritariamente fuera de la administración pública, en línea con MAS Bienestar, que plantea articulación público-privada y una red integral e integrada de servicios[117].

La relación con EAPB e IPS no se limita a la concertación voluntaria: la SDS establece lineamientos y desarrolla asistencia, coordinación y seguimiento. En 2025 la Circular 012 definió responsabilidades para EAPB e IPS frente a la prevención, manejo y respuesta durante el pico de infección respiratoria aguda, incluidos seguimiento de redes, capacidad instalada y planes de respuesta[118]. Estas actuaciones expresan la capacidad de la autoridad sanitaria para orientar y coordinar actores con autonomía organizacional cuyas decisiones son fundamentales para la respuesta sanitaria de la ciudad.

Sobre esta estructura, el sector salud participa en 36 políticas públicas distritales y desarrolla gestión territorial en las 20 localidades. El proyecto de inversión 8127 fortalece liderazgos, participación incidente, gestión territorial, articulación entre sectores e innovación social y contempla para 2026 planes participativos, 20 equipos locales y espacios de cocreación; el 8141 incorpora una instancia específica, cuatro líneas de acción, gestión de políticas y planes y análisis de desigualdades. En discusión en mesa de expertos de la SDS (2026) se señaló que, pese al trabajo conjunto para definir problemas públicos, puntos críticos y factores estratégicos, en la gestión local predominan información y cooperación, con menor desarrollo de colaboración e integración y dificultades para asumir y sostener compromisos. El hallazgo no es ausencia de intersectorialidad, sino

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

consolidación desigual de respuestas más integradas y sostenidas. Esto coincide con MAS Bienestar, que propone involucrar actores públicos y privados y avanzar de colaboraciones puntuales hacia una responsabilidad compartida frente a problemas que exceden al sector salud; así, el tránsito hacia colaboración, corresponsabilidad e integración forma parte de la propia arquitectura del modelo[117].

La base social y comunitaria amplía este entramado. En el cuarto trimestre de 2025 se registraron 60 veedurías ciudadanas con 550 integrantes, 25 asociaciones de usuarios en la red pública, bases sociales de asociaciones de usuarios de 7 EAPB y los 20 COPACOS locales[119], además de 160 organizaciones sociales nuevas durante 2025[120]. También se realizaron 94 asistencias técnicas a oficinas de participación de EAPB e IPS, con 840 asistentes, y 103 sesiones de acompañamiento a asociaciones de usuarios y pacientes de la red pública y privada, con 1.543 participantes. Así, EAPB e IPS intervienen no solo en prestación y financiamiento, sino también en espacios de participación e interlocución con usuarios. En la mesa de expertos de la SDS (2026) se señaló mayor presencia de personas mayores y menor participación de jóvenes y personas adultas en algunos procesos, lo que plantea retos de representación.

En paralelo, se formularon 20 Planes Locales de Bienestar y se desarrollaron 194 Mesas Locales, Zonales y Distritales de MAS Bienestar, con 3.397 asistentes y 60 ejercicios de monitoreo. El seguimiento reportó avances globales entre 95 % y 100 % y oportunidades de mejora, principalmente en articulación intersectorial y componente comunitario. Existe así una infraestructura territorial activa, aunque su integración varía entre procesos y territorios y debe conectar prioridades locales con decisiones que también dependen de aseguradores y prestadores.

El modelo MAS Bienestar articula los componentes anteriores: integra toma de decisiones para la gobernanza, participación social transformadora, intersectorialidad y transectorialidad y gestión integral del riesgo. En el territorio, los Planes Locales de Bienestar, las Mesas Locales y los equipos territoriales permiten reconocer prioridades, concertar acciones y seguir compromisos. Por ello, territorializar la gobernanza no es solo coordinar secretarías y alcaldías locales, sino conectar esa acción pública con EAPB, prestadores y demás actores necesarios para responder a las prioridades identificadas[117].

Estos espacios, junto con la gestión de políticas, la Mesa Distrital y la Comisión Intersectorial, permiten priorizar problemas, distribuir compromisos y recoger

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

en los Planes Locales de Bienestar acciones acordadas entre alcaldías locales, salud, otros sectores y comunidad. La gestión se diferencia por territorio: seguimiento local a múltiples políticas, esquema específico para Sumapaz, gestión zonal para adultez, trabajo y salud oral, gestión distrital de políticas étnicas y seguimiento particular de la ruralidad en seis localidades. Esta configuración reconoce la heterogeneidad de problemas, actores y capacidades. La mesa de expertos de la SDS (2026) señaló, además, que la presencia simultánea de sectores no garantiza una respuesta integrada: persisten productos formulados desde responsabilidades separadas y dificultades para asumir o sostener compromisos. La tensión aumenta cuando una prioridad requiere decisiones de EAPB, prestadores u otros actores no subordinados administrativamente a la autoridad distrital; el reto es convertir la concertación en responsabilidades identificables, acciones complementarias y continuidad de la respuesta.

Las relaciones público-privadas se materializan mediante varios mecanismos: las conciliaciones EAPB-IPS expresan la dimensión financiera; los lineamientos y asistencias técnicas, la rectoría; las oficinas y asociaciones de usuarios, la participación y el control social; y MAS Bienestar, la integración de actores públicos y privados en la respuesta territorial[117]. En las jornadas EAPB-IPS de 2025 se concertaron pagos y depuración de cartera entre aseguradores y prestadores públicos y privados, pero la SDS documentó que los acuerdos no cubrían el volumen real de deuda y que persistían problemas de oportunidad y suficiencia del flujo. Estos espacios y compromisos son capacidades de gobernanza, aunque no garantizan por sí solos la resolución sostenida del problema concertado.

La acción comunitaria aporta capacidades propias. En los aportes cualitativos (Anexo 4) se consignaron un ecobarrio en Teusaquillo, la organización de seis barrios alrededor de un parque en Kennedy, Semillas de Paz en Usme y una junta de acción comunal con capacidad organizativa en San Luis, Chapinero. Son comunidades que sostienen iniciativas territoriales, no solo poblaciones receptoras de intervenciones; su articulación institucional exige reconocerlas como interlocutoras sin trasladarles responsabilidades institucionales.

El marco de la Comisión contempla ONG y organizaciones de base social, y SaluData documenta su fortalecimiento mediante planes de acción construidos y ejecutados conjuntamente[117]. Otra modalidad de relación no estatal es la ejecución de servicios: en octubre de 2025 Salud e Integración Social

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793 IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

convocaron entidades sin ánimo de lucro para operar el servicio sociosanitario transitorio para personas mayores en abandono hospitalario o social, con concurrencia de recursos técnicos, administrativos y económicos[121]. La gobernanza incluye así representación, control social, cocreación y ejecución concertada de respuestas, sin confundir estas funciones.

Esta arquitectura se expresa finalmente en la experiencia de las personas y comunidades. Una necesidad que requiere varios sectores o actores puede resolver algunos componentes y dejar otros sin continuidad. En la mesa de expertos de la SDS (2026) se discutieron experiencias localizadas de dificultad para obtener respuesta institucional o de actuaciones fragmentadas. La tensión no termina al visibilizar una necesidad: requiere que compromisos de actores con responsabilidades distintas se conviertan en acciones continuas y que las comunidades puedan conocer qué ocurrió con lo acordado, pues en muchos casos se desconoce la oferta institucional, como lo expresa un líder comunitario: *"Hacen, pero no se muestran. No socializan. Haciendo una labor social, tengo que decirle a la gente que existe esa labor y darles a entender"*[122].

En algunos procesos, la mesa de expertos de la SDS (2026) señaló menor presencia de jóvenes y personas adultas frente a una mayor participación de personas mayores. La experiencia de gobernanza tampoco ocurre solo frente a la administración distrital: las asociaciones de usuarios de EAPB y prestadores y el acompañamiento a organizaciones de la red pública y privada amplían los canales para formular propuestas e interlocutar con quienes deciden. Su capacidad de producir cambios depende de que esa participación encuentre actores capaces de responder y asumir compromisos y no se limite a circular información.

En conclusión, Bogotá dispone de políticas, instancias, mecanismos de participación, equipos territoriales, organizaciones sociales y relaciones con aseguradores y prestadores que constituyen una base amplia de gobernanza. La tensión es convertir esta arquitectura en respuestas integrales y sostenidas, especialmente en una ciudad donde la rectoría es pública, pero una proporción muy alta de la oferta y la capacidad instalada pertenece a prestadores privados y las decisiones pueden estar distribuidas entre entidades distritales, EAPB, IPS, otros sectores y organizaciones sociales. La mesa de expertos de la SDS (2026) señaló que el predominio de información y cooperación, la continuidad variable de compromisos y las respuestas formuladas desde responsabilidades separadas dificultan una acción común frente a problemas multicausales.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

El núcleo no plantea que la participación privada constituya una debilidad ni que Bogotá carezca de gobernanza. Gobernar un sistema plural exige que la rectoría pública conecte actores autónomos, recursos, información, decisiones y responsabilidades en torno a prioridades compartidas. MAS Bienestar, la Comisión Intersectorial, la gestión de políticas, las Mesas Locales, los mecanismos de participación, la regulación de EAPB e IPS y los espacios de concertación público-privada son capacidades existentes; la brecha es lograr que operen de forma integrada, corresponsable y sostenida para transformar prioridades territoriales y acuerdos institucionales en respuestas reconocibles para personas y comunidades.

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

En el Distrito Capital los principales problemas de salud son resultado de la interacción entre las personas y las condiciones de vida, ambientales, sociales, económicas y territoriales que generan inequidades sistemáticas a lo largo del proceso salud–enfermedad. Estas inequidades presentan una expresión territorial causadas por expansión urbana y situaciones de violencia, con mayor intensidad en las localidades del sur, centro oriente y suroccidente, y afectan de manera diferencial a comunidades y pueblos étnicos (pueblos indígenas, comunidades NARP, y pueblo Rrom gitano), población migrante y otras poblaciones, de acuerdo con su curso de vida, situación, condición, posición y género.

En la dimensión económica, las desigualdades no se explican únicamente por la informalidad laboral, sino también por la precariedad de las condiciones de trabajo, los bajos ingresos y el incremento del costo de vida dificultan el acceso a la canasta básica, situación expresada por la comunidad *"Muchos de los habitantes en la localidad viven del día a día y del rebusque. Lo que siento yo que provoca un estrés. Un estrés generalizado porque a veces si hay para comer una cosa no hay para la otra"*[123]. Estas situaciones adquieren mayor magnitud en Usme y Sumapaz, mientras que en sectores del centro de la ciudad se expresan, entre otras formas, en actividades de ventas ambulantes, como ocurre en Chapinero.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En la dimensión ambiental, tanto las condiciones del entorno natural como las del ambiente construido generan exposiciones diferenciales. La urbanización informal en sectores sin acceso a acueducto y alcantarillado incrementa la exposición a roedores y a otras condiciones ambientales adversas. Asimismo, la explotación minera y la contaminación industrial concentran impactos en localidades como Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito, con efectos sobre los cuerpos de agua y el entorno. La contaminación del aire se evidencia en puntos asociados a obras y construcción del Metro, como en Bosa, Kennedy y Chapinero, mientras que en Sumapaz la agricultura intensiva y el uso no controlado de insumos agrícolas constituyen fuentes adicionales de exposición. A estas condiciones se suman el manejo inadecuado de residuos, la contaminación auditiva, un diseño urbano con barreras de accesibilidad con mayor afectación a las personas con discapacidad y la necesidad de garantizar entornos saludables que favorezcan un envejecimiento digno.

En la dimensión política persisten dificultades en la coordinación intersectorial y transectorial, que dificulta traducir los recursos y capacidades disponibles en una reducción estructural de las brechas de desigualdad en respuesta a las necesidades poblacionales. De la misma forma, se percibe una participación social con baja incidencia efectiva en las decisiones de la administración pública y el desconocimiento de las formas propias de organización y cuidado de las comunidades y pueblos étnicos. A ello se suma la débil estructura y funcionamiento de los sistemas de información, que presentan limitaciones para identificar de manera suficiente y eficiente variables poblacionales diferenciales, en relación con el pueblo indígena y organizaciones o comunidades étnicas, lo cual restringe la capacidad de analizar integralmente las situaciones de salud y bienestar que afectan a las poblaciones, limitando información para orientar respuestas oportunas, resolutivas, pertinentes, integrales con accesibilidad e integración.

Estas condiciones estructurales se traducen en formas de vida desiguales en los diferentes entornos. En el hogar, la sobrecarga de las labores de cuidado, la precariedad laboral, el desplazamiento, la discriminación étnico-racial, el hacinamiento pueden generar barreras para generar ingresos y constituyen factores de riesgo para la salud, mientras que persisten dificultades para mantener prácticas y hábitos saludables y para realizar una detección temprana de las enfermedades crónicas. También emerge la soledad no deseada, tanto en niños, niñas y adolescentes como en personas mayores, asociada a múltiples afectaciones de salud mental; un líder comunitario manifiesta al respecto: *"La*

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

mayoría viven solos, por lo general las que yo he visto y que hablo con ellas, viven en arriendo en una piecita. La soledad, el abandono y no tener una persona que las acompañe a una cita médica, a pedirle un medicamento"[113].

En el entorno escolar se identifican el trabajo infantil, en contextos donde también existen puntos cercanos de expendio y consumo de SPA, además la comunidad pone en la discusión *"Si a mí desde la escuela me enseñan en la tienda escolar que con productos empaquetados uno puede estar bien nutrido, pues yo voy a creer eso. Hay que enseñar desde los colegios qué es lo que uno debe comer y qué no"*[124].

En el entorno comunitario, estas condiciones han dificultado la conformación y el fortalecimiento de las organizaciones sociales, en particular personas indígenas, NARP y Rrom enfrentan debilitamiento de sus redes de apoyo. Barreras estructurales como la desigualdad, la estigmatización, el adultocentrismo, el capacitismo hacia las personas con discapacidad, el racismo, la discriminación étnica, la violencia y la desarticulación sectorial limitan el involucramiento efectivo de diversos grupos poblacionales, especialmente de aquellos históricamente excluidos. Esto restringe su capacidad de incidencia en la toma de decisiones y en la transformación de las condiciones de vida de sus comunidades.

Esta cadena de condiciones estructurales y formas de vida desiguales se expresa en inequidades evitables en salud como: la presencia de sífilis gestacional en la población migrante; la desnutrición aguda, concentrada en mayor proporción en localidades como Chapinero, Santa Fe, Sumapaz y Los Mártires; el embarazo en adolescentes que se relaciona con barreras de acceso a una educación sexual integral y se presenta en al menos seis localidades; el consumo de SPA, la conducta suicida y los trastornos de salud mental adquieren mayor relevancia en territorios donde confluyen violencia, desplazamiento y precariedad económica, como Ciudad Bolívar y Tunjuelito, así como la inseguridad alimentaria en comunidades étnicas debido al riesgo de pérdida de sus prácticas y medicina tradicional.

Las exposiciones ambientales descritas anteriormente, se relacionan con enfermedades respiratorias, cardiovasculares, dérmicas y gastrointestinales, expresadas por la misma comunidad *"Una localidad que tiene el río Tunjuelo y que también tiene un gran sector industrial, que son las curtiembres, obviamente eso genera un impacto en la comunidad. Es muy conocido que en*

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

gran parte de la población que está en la ribera del río ha tenido problemas de salud, especialmente en temas respiratorios"[125].

Asimismo, las barreras de acceso a los servicios de salud desde su afiliación al SGSSS, así como las asociadas a tiempos de desplazamiento, distancias, características geográficas, entre otras, es una situación particularmente crítica en las zonas rurales de la ciudad, donde existen insuficientes rutas diarias de transporte, también visibilizado por la comunidad *"Hay un problema de fondo que pues finalmente nos toca a todos, y pues ahí esa desventaja aún más grande para el campesinado por las distancias. Entonces todo ese tema, entrega de medicamentos, las citas, las consultas con especialistas, ahí es aún más difícil"*[126].

Estas brechas no constituyen hechos aislados, sino la expresión de desigualdades socioterritoriales acumuladas, en las que confluyen condiciones económicas, ambientales y políticas. La segregación entre una periferia y una ruralidad con mayor carga de condiciones estructurales y ambientales, frente a sectores del centro y norte con una mayor oferta institucional, contribuye a reproducir estas inequidades. En consecuencia, se requiere avanzar en la descentralización de la oferta de servicios, el fortalecimiento del acceso efectivo al SGSS a través del aseguramiento universal, el fortalecimiento de la APS social y su intersectorialidad, la consolidación de sistemas de información con enfoque poblacional, diferencial y territorial y el fortalecimiento de mecanismos de participación social efectiva, de manera que las respuestas sectoriales e intersectoriales actúen sobre las condiciones que originan y reproducen las brechas de desigualdades en salud.

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

Bogotá, D. C. enfrenta un escenario complejo y diferencial de riesgo para la salud, producto de la interacción entre amenazas naturales, climáticas, ambientales y sanitarias, junto con condiciones de vulnerabilidad social y territorial. Estos riesgos se distribuyen de manera desigual en la ciudad, afectando con mayor intensidad a territorios y poblaciones con mayor exposición y menor capacidad para prevenir, afrontar y recuperarse de eventos que impactan la salud, las condiciones de vida y la continuidad de los servicios esenciales.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

La magnitud de esta problemática se evidencia en la exposición de aproximadamente 245.000 personas a zonas con amenaza alta por movimientos en masa. Durante 2025 se registraron 173 fenómenos de remoción en masa y 147 encharcamientos, principalmente en Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usme, Santa Fe, Chapinero, Usaquén y Sumapaz. Estos eventos pueden ocasionar lesiones, desplazamientos, afectaciones en la salud mental, daños materiales e interrupciones de servicios esenciales. A ello se suman los efectos ambientales y climáticos sobre la salud: en 2025 se notificaron preliminarmente 5.093 casos de ESI-IRAG, de los cuales el 82 % se presentó durante los meses lluviosos[13]; esto incluso la comunidad lo asocia a *"enfermedades respiratorias frecuentes en niños, denominadas localmente como gripas eternas, y con problemas de la piel"*[127]; adicionalmente, para 2024 se estimaron 2.813 muertes atribuibles a la exposición prolongada a $PM_{2,5}$ en población de 30 años y más[128]. El escenario epidemiológico se complejiza por la presencia de enfermedades transmisibles, zoonóticas y emergentes. Durante 2025 se notificaron 29.458 eventos zoonóticos, principalmente agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (28.489) y leptospirosis (510). Asimismo, los casos notificados de sarampión aumentaron de 487 en 2024 a 743 en 2025, equivalente a un incremento del 52,6 %, acompañado de un incremento de la tosferina, particularmente en menores de cinco años.

En el mismo año se notificaron 1.192 brotes y eventos de interés en salud pública, con predominio de enfermedad respiratoria aguda (456; 38,3 %), síndrome de boca, manos y pies (272; 22,8 %) y varicela (163; 13,7 %). Las instituciones educativas concentraron la mayor proporción de estos eventos, con 928 notificaciones, seguidas de establecimientos familiares, institucionales, centros de protección infantil y albergues. Este comportamiento evidencia la necesidad de mantener capacidades permanentes de vigilancia, detección temprana, diagnóstico, investigación y control.

La respuesta ante estos eventos requiere mecanismos oportunos y coordinados, como los Equipos de Respuesta Inmediata, que desarrollan investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos e implementación de medidas de prevención y control. Sin embargo, la capacidad de respuesta no depende exclusivamente de la vigilancia epidemiológica, sino también de la resiliencia de la infraestructura sanitaria y de la disponibilidad de servicios esenciales.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

En este sentido, durante 2025 la SDS alcanzó el 100 % de la meta de diagnósticos técnicos de las Unidades de Servicios de Salud priorizadas y viabilizadas, mientras que las obras de mejoramiento, reposición, construcción y/o reforzamiento alcanzaron un cumplimiento del 94,72 % de la meta programada. Estos avances fortalecen la capacidad instalada; no obstante, persiste la necesidad de consolidar la evaluación de la vulnerabilidad sísmica, el reforzamiento de edificaciones y las condiciones de continuidad operativa de los servicios críticos, especialmente considerando que una emergencia de gran magnitud podría generar simultáneamente daños en la infraestructura y un incremento extraordinario de la demanda de atención.

De igual manera, la disponibilidad y continuidad del agua potable constituye un componente estratégico de la preparación frente a eventos climáticos extremos, particularmente ante periodos de sequía asociados al fenómeno de El Niño. La situación registrada durante 2024, con bajos niveles de los embalses y la implementación de medidas de racionamiento, evidenció la vulnerabilidad del sistema de abastecimiento. El Sistema Chingaza continúa siendo estratégico y suministra agua aproximadamente al 70 % de la población capitalina; a su vez, la diversificación de fuentes, el fortalecimiento de Tibitoc y el proyecto Río Blanco, que aportaría cerca de 100.000 m³ diarios, contribuyen a mejorar la resiliencia hídrica. No obstante, garantizar reservas, capacidad de tratamiento y continuidad del servicio ante escenarios de sequía prolongada continúa siendo un desafío.

En este contexto, persisten brechas relacionadas con la oportunidad y disponibilidad de la información, la vigilancia epidemiológica y ambiental, la capacidad diagnóstica, la comunicación del riesgo, la seguridad y resiliencia de la infraestructura sanitaria, la disponibilidad de agua y otros servicios esenciales, así como la articulación institucional, sectorial y comunitaria. Estas condiciones pueden limitar la capacidad de anticipar riesgos, activar alertas, responder oportunamente y mantener la continuidad de los servicios ante eventos de diferente naturaleza y magnitud.

Por tanto, el principal desafío para Bogotá, D. C. es fortalecer la gestión integral del riesgo en salud, con énfasis en los territorios y poblaciones más vulnerables, mediante acciones articuladas de prevención, vigilancia, preparación y respuesta que permitan anticipar los eventos, fortalecer la resiliencia del sistema de salud y de su infraestructura, garantizar la continuidad de los servicios esenciales,

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

reducir las desigualdades y mitigar oportunamente los impactos de las emergencias, desastres y alertas sanitarias sobre la salud de la población.

Problemática "Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública"

La carga de enfermedades y eventos priorizados en salud pública no se distribuye de manera homogénea en Bogotá; persisten diferencias marcadas en la ocurrencia de enfermedad, la gravedad de sus desenlaces y las posibilidades de prevención y atención entre territorios y grupos poblacionales. Esta concentración incluye enfermedades transmisibles como las infecciones de transmisión sexual y los eventos materno-perinatales, así como enfermedades crónicas no transmisibles cuya carga de mortalidad prematura recae de manera desproporcionada sobre las localidades con mayor vulnerabilidad socioeconómica.

No obstante, entre las múltiples expresiones de la carga persistente, tres concentran particular atención en este núcleo por su magnitud, su tendencia creciente en la ciudad y la marcada desigualdad con que afectan a distintas poblaciones y territorios: las afectaciones en salud mental y conducta suicida, las violencias de género y la siniestralidad vial. En Bogotá los intentos de suicidio se duplicaron entre 2019 y 2024; las violencias de género registran decenas de miles de notificaciones anuales; y la siniestralidad vial cobra más de 600 vidas al año. Estas tres expresiones de la carga persistente comparten un rasgo que justifica su análisis conjunto: aunque su origen no es estrictamente clínico, sus consecuencias llegan inevitablemente al sistema de salud generando lesiones, discapacidad, trastornos mentales y muertes que demandan atención.

El análisis y la comprensión de estas expresiones requiere considerar distintos factores estructurales de carácter económico, sociocultural y ambiental. En el componente económico, la precariedad laboral configura la base material sobre la que se construyen los tres tipos de carga. Para el último trimestre del 2025 la proporción de informalidad de la población ocupada en Bogotá fue de 35 %[129], lo que implica inestabilidad de ingresos y ausencia de protección social ante riesgos laborales. Esta condición es especialmente relevante para la salud mental: en Colombia, las disposiciones normativas sobre riesgos psicosociales solo cobijan a la población con trabajo formal, dejando sin protección institucional a quienes más la necesitarían[130]. Asimismo, la inestabilidad de ingresos propia de la informalidad configura una exposición crónica a factores

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

psicosociales adversos, documentados como determinantes del deterioro de la salud mental: a nivel nacional, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2025 reporta que la situación financiera genera estrés grave con mayor frecuencia (6,3 %) que la propia salud (3,4 %)[131].

La precariedad económica se relaciona también con la violencia de género. La evidencia nacional muestra que la pobreza y los bajos ingresos están asociados con mayor presencia de violencia intrafamiliar en los hogares, especialmente cuando refuerzan vínculos de dependencia económica con la pareja[132]. Para Bogotá, el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género identificó que la dependencia económica es uno de los principales factores de riesgo para la violencia intrafamiliar, mientras que la independencia económica actúa como factor protector[133]. Al respecto, resulta importante destacar que para 2025 en la ciudad la brecha salarial persistió con un mínimo del 20 % a favor de los hombres en todos los niveles educativos[134], situación que acentúa la posibilidad de dependencia económica como factor de riesgo.

En el componente social y cultural, normas e imaginarios de género arraigados en la sociedad actúan como determinantes de las expresiones de carga. En Colombia, incluyendo a Bogotá, se ha documentado sistemáticamente la existencia de tolerancia social e institucional a la violencia contra las mujeres que incluye una serie de prejuicios, creencias e imaginarios culturales que justifican la violencia y dificultan su denuncia[135]. Esta tolerancia contribuye a explicar la magnitud de la brecha entre los casos reales y los denunciados en Bogotá: se estima que, por cada denuncia de violencia intrafamiliar, hay siete que no llegan a ninguna instancia[136]. Con respecto a los hombres, se ha documentado que los mandatos de la masculinidad hegemónica actúan como barrera para que busquen ayuda ante el sufrimiento emocional, situación asociada al estigma y el autoestigma que esto representa[135]. Como refiere la comunidad de Bosa: "*Los hombres que han sido maltratados no lo manifiestan, no lo dicen, no lo hablan, por miedo al rechazo o a la burla*"[137].

En el componente ambiental construido, la segregación socioespacial organiza de manera desigual el acceso a entornos que protegen la salud. El 73,7 % de los servicios de salud habilitados se concentra en el norte del distrito, con Usaquén y Chapinero reuniendo el 54,7 %, mientras el sur cuenta apenas con el 3,25 %. El déficit de espacio público efectivo —4,95 m²/habitante a nivel distrital, con valores de 1,93 en Bosa, 2,79 en Los Mártires y 3,28 en Antonio Nariño— no es solo un indicador urbanístico. La evidencia latinoamericana

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

muestra que la distribución desigual del espacio verde al interior de las ciudades tiende a concentrar el déficit en los barrios más pobres, y que el acceso a espacios verdes está vinculado con menor prevalencia de trastornos mentales en poblaciones urbanas[138–140].

Estas condiciones estructurales se traducen en formas de vida que amplifican la exposición al daño. Las mujeres en Bogotá enfrentan una doble carga de trabajo proveniente de la agregación de las actividades en el mercado laboral con las labores de cuidado no remunerado al interior del hogar: para el periodo septiembre 2024 – agosto 2025, los resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo muestran que en Bogotá las mujeres dedicaron en promedio seis horas y 58 minutos diarios a actividades de trabajo no remunerado, frente a tres horas y 41 minutos de los hombres.[131] Esta sobrecarga reduce el tiempo disponible para el autocuidado y tiene consecuencias directas en la salud: en Bogotá, el 63,2 % de quienes cuidan a una persona enferma o con discapacidad presenta sobrecarga del cuidador[131]. La situación que también es problematizada por la comunidad, por ejemplo, en La Candelaria se destacó que "*desafortunadamente a veces piensan solo en el enfermo y no en la cuidadora*"[113].

Con respecto a desenlaces en salud mental y conducta suicida, durante 2025 se notificaron en Bogotá 33.241 casos de ideación suicida y 8.298 intentos, con las mujeres concentrando el 64,3 % y el 63,7 %, respectivamente. En los 352 suicidios consumados, sin embargo, el 74,4 % correspondió a hombres[141]. Esta diferencia no es fortuita, pues da cuenta del efecto de las barreras culturales masculinas para buscar ayuda, que invisibilizan el sufrimiento hasta el desenlace fatal. Suba, Kennedy, Engativá, Bosa y Ciudad Bolívar concentraron el 55,7 % de las ideaciones, el 56,6 % de los intentos y el 52,9 % de los suicidios consumados, mostrando un patrón territorial consistente que coincide con las localidades de mayor vulnerabilidad socioeconómica y menor oferta de servicios especializados. El patrón que evidencian los indicadores, no obstante, no se traduce en que la problemática de salud mental no destaque también en otros territorios, por ejemplo, en Antonio Nariño se mencionó que "*hay mucho sufrimiento emocional silencioso. Personas con depresión funcional, tú las ves funcionando, pero viven en depresión constante, ansiedad, miedo por el futuro, ideación suicida*"[142].

Sobre las violencias de género durante 2025 se registraron en Bogotá 52.493 notificaciones por violencia intrafamiliar y de género, con las mujeres

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

representando el 66,6 % de las víctimas, proporción que escala al 87 % en juventud y adultez. La violencia sexual alcanzó 17.904 casos, con el 72,8 % en mujeres y el 77,8 % ocurriendo durante la primera infancia, la infancia y la adolescencia, configurando trayectorias de vulnerabilidad que se acumulan desde los primeros años de vida. Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar y Bosa concentraron el mayor volumen de notificaciones[143]. Adicionalmente, las mayores tasas de feminicidio entre 2020 y 2024 se concentraron en Los Mártires, Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Santa Fe y Usme, y el 49 % de los casos estuvo precedido por múltiples formas de violencia[144].

En siniestralidad vial, los 612 fallecimientos registrados en Bogotá durante 2025 afectaron de manera desproporcionada a hombres (77,3 %) y a motociclistas (45,1 %), con Kennedy, Ciudad Bolívar, Engativá, Fontibón y Usaquén concentrando el 43 % de los casos[145]. Esta distribución confirma que la siniestralidad vial no es un riesgo homogéneo sino la expresión de una desigualdad estructural que afecta de manera diferencial a hombres y a trabajadores en condiciones de mayor precariedad.

La convergencia de estas tres cargas es resultado de condiciones estructurales que se refuerzan mutuamente y que el sistema de salud enfrenta como expresiones de un mismo proceso de acumulación de desventajas. La precariedad económica alimenta el deterioro de la salud mental y la exposición a la violencia; la tolerancia social sostiene la violencia de género y silencia el sufrimiento masculino; el déficit de entornos seguros y servicios accesibles deja sin respuesta a quienes más los necesitan. Ninguna de las tres cargas puede comprenderse ni intervenirse meramente desde el sector salud: responden a una misma trama de inequidades que exige respuestas intersectoriales, sostenidas en el tiempo y diferenciadas por territorio, género y curso de vida.

4. CAPÍTULO IV. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO

La priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el Distrito Capital parte de los hallazgos obtenidos desde el inicio de su elaboración en el marco del PTS, que consideró los distintos aportes derivados de los ejercicios participativos con el propósito de establecer un orden de importancia que contribuyera a orientar la planeación integral para la salud. Así, el orden final de priorización refleja la valoración integral de los criterios establecidos en la metodología: magnitud, pertinencia social, trascendencia del problema o

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

necesidad, factibilidad de intervención y viabilidad social y política. En este contexto, la asignación presupuestal constituye uno de los elementos que permite interpretar la capacidad de respuesta y las posibilidades de intervención existentes en el territorio. Para esta vigencia no se reflejan cambios en el orden frente a vigencias anteriores reconociendo que los núcleos presentan una importancia sanitaria y social relevante, aunque existen diferencias en las condiciones que favorecen su abordaje y en la capacidad institucional y territorial para intervenir sobre los procesos que los generan.

En el marco del componente plurianual de inversiones del Distrito, cuya programación se desarrolla para el periodo de gobierno, para el año 2026 el núcleo relacionado con las inequidades en el acceso a los servicios de salud concentra el 84,65 % de los recursos programados, seguido por el núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales, con 7,93 %; el núcleo de insuficientes capacidades de respuesta ante emergencias, con 5,10 %; el de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial, con 2,01 %; y, finalmente, el núcleo relacionado con la carga persistente de enfermedad, con 0,30 % (Tabla 7).

Esta distribución evidencia una mayor capacidad de intervención directa del sector salud sobre las barreras de acceso y las condiciones relacionadas con la garantía efectiva del derecho a la salud. En consecuencia, el núcleo de acceso ocupa la primera posición, no únicamente por la magnitud de los recursos destinados a su abordaje, sino por la convergencia entre su relevancia para la garantía del derecho a la salud, su reconocimiento dentro de la planeación territorial y las capacidades institucionales existentes para intervenir progresivamente sobre las barreras identificadas.

El segundo lugar corresponde al núcleo de inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales. Su posición responde a la amplitud de las condiciones que comprende y a su relación con las desigualdades que afectan de manera diferenciada a poblaciones y territorios. Aunque su abordaje excede en diversos aspectos la capacidad exclusiva del sector salud, presenta una alta pertinencia social y trascendencia, por lo que requiere mantener una intervención sostenida y articulada con otros sectores y actores del territorio.

El núcleo relacionado con las insuficientes capacidades de respuesta ante emergencias ocupa el tercer lugar. Su priorización reconoce la importancia de fortalecer las capacidades institucionales y territoriales para reducir los efectos

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

de emergencias, desastres y otros eventos que pueden afectar la salud colectiva. No obstante, a diferencia de otros núcleos, no se encuentra asociado de manera directa con un grupo poblacional específico, aspecto que puede incidir en su valoración de pertinencia social y, consecuentemente, en su posición relativa dentro del orden final.

En cuarto lugar se encuentra el núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial. Aunque presenta una alta relevancia estratégica y constituye una condición habilitante para el abordaje de los demás núcleos, su efecto sobre la salud de la población es principalmente indirecto. Por esta razón, su posición no debe interpretarse como una menor importancia, sino como el resultado de su carácter transversal y de la forma en que se expresa dentro de las categorías de priorización. El fortalecimiento de la gobernanza continúa siendo fundamental para articular capacidades, actores y sectores en torno a los determinantes sociales de la salud.

Finalmente, el núcleo relacionado con la carga persistente de enfermedad ocupa el quinto lugar. Su menor posición relativa se relaciona principalmente con la capacidad de intervención y la distribución de recursos disponibles, particularmente aquellos asociados a ciencia, tecnología e innovación. Esta ubicación no implica que la carga de enfermedad tenga una menor relevancia sanitaria. Por el contrario, los resultados del análisis de situación evidencian la persistencia de eventos y condiciones que requieren acciones de prevención, gestión del riesgo, atención y seguimiento. Su posición refleja, por tanto, una priorización relativa para efectos de planeación y no una exclusión de las intervenciones requeridas.

Tabla 7. Priorización núcleos de inequidad sociosanitaria. Bogotá, D. C., año 2026

Núcleo de inequidad	Magnitud	Pertinencia social	Trascendencia del problema o necesidad	Factibilidad de intervención	Viabilidad social y política	Total
Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	20
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	19
Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Alto	Muy Alto	17
Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud	Alto	Muy Alto	Alto	Muy Alto	Muy Alto	18

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

CO-SC-CER155793

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	19

Fuente: Elaboración propia a partir de las mesas de trabajo

Los núcleos de inequidad reconocen problemáticas que afectan la calidad de vida y la garantía del derecho a la salud, con impactos que pueden extenderse en el tiempo y generar consecuencias sobre el sistema de salud, la productividad, la economía y el tejido social. Asimismo, el Distrito ha fortalecido sus capacidades institucionales, programas y estrategias para su abordaje, aunque existen diferencias en la capacidad de intervención directa del sector salud frente a aquellos núcleos relacionados con determinantes sociales, ambientales, económicos y territoriales. A su vez, esta lectura debe incorporar las particularidades de las áreas rurales, donde las condiciones de acceso, conectividad, disponibilidad de servicios y condiciones de vida pueden intensificar las inequidades. En términos de viabilidad social y política, los núcleos se encuentran reconocidos en los instrumentos de planeación distrital e incluso desde la mirada de políticas públicas, por lo que las diferencias en su posición responden principalmente a la combinación de los demás criterios y a las capacidades existentes para su abordaje.

4.1 Conclusiones

Los cinco núcleos de inequidad mantienen relevancia sanitaria y social, por lo que el orden establecido constituye una organización relativa de los esfuerzos y no implica la exclusión de aquellos que ocupan posiciones posteriores. El predominio del núcleo de inequidades en el acceso refleja la necesidad de avanzar en la garantía efectiva del derecho a la salud y en la reducción de las barreras que afectan de manera diferencial a las poblaciones y los territorios. La posición de los demás núcleos reafirma la necesidad de mantener una perspectiva integral frente a las condiciones poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales, así como frente a las capacidades de respuesta y la gobernanza. Por su parte, la carga de enfermedad conserva su importancia sanitaria y evidencia la necesidad de mantener las acciones de promoción, prevención, gestión integral del riesgo, atención y generación de conocimiento. De manera transversal, la ruralidad requiere una lectura diferenciada, dado que las brechas de acceso, las condiciones territoriales y ambientales y las características de las poblaciones que habitan estos espacios pueden profundizar las inequidades identificadas. Por ello, su abordaje debe

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

incorporar respuestas territorializadas y progresivas, articuladas con las capacidades institucionales y comunitarias disponibles.

Esta priorización articula el análisis de las inequidades con la definición de respuestas, sin crear líneas paralelas de intervención ni establecer nuevas metas presupuestales. Su aporte consiste en orientar dónde concentrar esfuerzos, qué capacidades fortalecer y en qué ámbitos se requiere una mayor articulación intersectorial. En este marco, el modelo MAS Bienestar, a través de sus cuatro pilares (gestión integral del riesgo, participación social transformadora, toma de decisiones para la gobernanza e intersectorialidad para el bienestar), constituye un referente para materializar las respuestas frente a las inequidades priorizadas, bajo una perspectiva de derechos, equidad y enfoques diferencial y territorial. De este modo, se mantiene la continuidad entre el diagnóstico, la priorización, la respuesta y la planeación integral para la salud en los territorios del Distrito.

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

Teniendo en cuenta las problemáticas identificadas, este capítulo presenta el análisis de las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias (las últimas en el Anexo 4) frente a los núcleos de inequidad priorizados, con el fin de reconocer cómo las acciones de los diferentes actores contribuyen a su transformación. Este análisis permite identificar avances, vacíos y oportunidades para fortalecer las respuestas integrales y articuladas, orientadas a mejorar las condiciones de vida y reducir las inequidades en salud. El detalle de las respuestas identificadas y las recomendaciones formuladas se presenta en el Anexo 6, que complementa los resultados expuestos en este capítulo.

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

La respuesta del sector salud en Bogotá frente a las barreras históricas de acceso, la fragmentación asistencial y las inequidades territoriales se articula de manera unificada a través del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar. Este modelo posiciona a la APSocial como el eje conceptual y operativo que transforma la atención pasiva y principalmente biomédica en una gestión

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

integral orientada por los determinantes sociales, territoriales y poblacionales de la salud. Bajo esta perspectiva, el sector salud no actúa de forma aislada, sino como un articulador que interviene de raíz factores estructurales como la segregación socioespacial, las condiciones socioeconómicas y las barreras administrativas, garantizando que el ejercicio del derecho a la salud no dependa de la ubicación geográfica ni de la condición de vulnerabilidad de los ciudadanos.

Para revertir la histórica concentración de los servicios de salud en la zona norte de la ciudad y resolver las brechas de atención en el sur, sur occidente y zonas rurales, la respuesta del sector salud reorienta la inversión pública en infraestructura y dotación biomédica. La asignación de recursos para obra nueva, adecuación de sedes y equipamiento se fundamenta de manera prioritaria en la carga de enfermedad, la vulnerabilidad socioeconómica y el nivel de desabastecimiento de cada territorio, beneficiando especialmente a localidades como Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y la ruralidad de Sumapaz.

Este rediseño espacial se materializa con la estrategia de los Servicios Especializados Resolutivos (SER) que busca disminuir las brechas de acceso administrativas, geográficas y financieras del sistema y pretende acercar a la comunidad a los servicios especializados y subespecializados y, de esta forma, fortalecer la capacidad resolutiva. Hasta abril de 2026 se han entregado 10 SER ubicados en ocho localidades: Bosa, Kennedy, Usme, Suba, Fontibón, Usaquén, Chapinero, Ciudad Bolívar[146]. Estos SER incluyen servicios como ortopedia, cardiología, urología, fisiatría, otorrinolaringología, medicina alternativa, cirugía y subespecialidades de cirugía; específicamente el SER Chapinero integra dentro de sus servicios la Ruta Mujer, atención especializada de dolor crónico y Clínica de Género.

Por otra parte, se ha favorecido el acceso a los servicios de salud mediante la implementación y operación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (EMBH) (que integran la atención en casa y la rehabilitación basada en la comunidad), que son equipos multidisciplinarios que se despliegan de manera extramural en las 20 localidades del Distrito, en territorios priorizados de las localidades de Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y la ruralidad de Sumapaz, para realizar la identificación temprana de riesgos, búsqueda activa de personas con eventos de interés en salud pública, seguimiento nominal y atención integral directamente en las viviendas de los ciudadanos.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Los EMBH permiten eliminar barreras físicas, económicas, actitudinales y geográficas que históricamente han bloqueado el acceso a los servicios de salud. Esta estrategia resulta fundamental para poblaciones en condición de alta vulnerabilidad, como personas con discapacidad severa o movilidad reducida, pacientes con enfermedades crónicas y cuidadoras que sufren sobrecarga y deterioro en su salud mental, a quienes se les ofrecen atenciones médicas, valoración funcional, programas de relevo domiciliario y entrega de dispositivos de asistencia personal no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Con corte a mayo de 2026, los EMBH han abordado 752.886 personas, 597.831 familias y han instaurado 76.675 planes de bienestar, han identificado 11.820 gestantes, 174.758 personas con enfermedades crónicas, 22.708 personas con condición de discapacidad.

Con el propósito de resolver la sobreocupación promedio del 110 % en los servicios de urgencias de la red hospitalaria, la regulación y descongestión asistencial se gestionan a través de la atención prehospitalaria, la regulación telefónica de urgencias y las auditorías de egreso en campo (Grupo GAMA), las cuales agilizan el giro de camas, las altas y los traslados hospitalarios. De manera paralela, la gestión integral de la Red Distrital de Sangre asegura el monitoreo diario de hemocomponentes para prevenir la mortalidad materna por hemorragias obstétricas y mantener la oportunidad quirúrgica en traumas de alta complejidad.

En materia de calidad e inspección prestacional, la respuesta del sector salud introduce la medición obligatoria de la demanda no agendada y las listas de espera informales, corrigiendo los sesgos de los reportes institucionales tradicionales y visibilizando el tiempo real que aguarda la ciudadanía para acceder a una cita. A través del Tablero Integrado de Brechas, el sector unifica las fuentes de información de calidad, habilitación y quejas ciudadanas para estratificar a los prestadores y concertar acuerdos con las EAPB orientados a eliminar trámites de autorización en eventos clínicos trazadores (cáncer, VIH, salud materno-perinatal, infarto agudo de miocardio y ataque cerebrovascular).

Reconociendo que la saturación hospitalaria y las barreras de acceso responden a condicionantes que desbordan el ámbito asistencial, el sector salud consolida el Sistema Sociosanitario en alianza con el sector de Integración Social. Esta respuesta conjunta permite habilitar alternativas de egreso hospitalario seguro para personas mayores en abandono o habitantes de calle, liberando camas de agudos y resolviendo las estancias prolongadas provocadas por causas sociales.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Asimismo, el modelo impulsa la prescripción social y cultural en articulación con los sectores de Cultura y Ambiente, canalizando a personas mayores o ciudadanas con soledad no deseada y sufrimiento emocional hacia entornos comunitarios, parques y oferta cultural para evitar la medicalización innecesaria del primer nivel de atención. En el entorno escolar, la acción articulada con el sector Educación interviene precozmente los factores de riesgo de salud mental y promueve la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes.

Desde la función de inspección, vigilancia y seguimiento sobre las EAPB, la respuesta distrital exige que la afiliación formal al sistema se traduzca en acceso efectivo, oportuno y continuo a las RIAS establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El sector salud monitorea el alineamiento de los aseguradores con el modelo MAS Bienestar y efectúa seguimiento nominal a cohortes de alto riesgo (maternidad, infancia, cáncer, enfermedades huérfanas y VIH).

Finalmente, la respuesta institucional traduce el Modelo MAS Bienestar en intervenciones de alta pertinencia cultural e inclusión social para poblaciones con barreras estructurales de acceso:

Población Habitante de Calle: Mediante la estrategia *"Más Bienestar en Calle"*, articulada en el Sistema Sociosanitario (SDS, SDIS, Capital Salud EPS-S e IDIPRON), se brinda atención de bajo umbral en campo sin exigir documentos ni afiliación previa en el primer contacto, garantizando canalización a servicios de salud mental, adicciones y acompañamiento en traslados no urgentes.

Comunidades NARP: Se ejecuta la Estrategia Distrital de Salud Intercultural para erradicar las causas del racismo estructural e institucional, formando al talento humano en atención antirracista, incorporando la variable étnica en las bases de datos de salud e integrando los saberes de la medicina ancestral, priorizando territorios de alta concentración poblacional como Kennedy, Bosa, Suba y Ciudad Bolívar.

Pueblo Rrom (Gitano): Se concertan rutas de atención adaptadas y adecuaciones culturales con la Instancia Consultiva Rrom, focalizando atenciones en Puente Aranda y Kennedy (CAMI Trinidad Galán), flexibilizando agendas y eliminando el subregistro en los sistemas de información.

Sectores Sociales LGBTI: Se estructuran rutas integrales afirmativas y libres de discriminación, orientadas a la salud mental, salud sexual y reproductiva de

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

personas trans, no binarias y migrantes, simplificando además los trámites administrativos para el reconocimiento de la identidad de género.

Personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas: Se adelantan acciones de asistencia técnica y sensibilización para eliminar el estigma y la discriminación en los centros de atención, garantizando servicios integrales en salud mental, sexual y reproductiva con enfoque de derechos, de género e interseccionalidad.

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

La transformación esperada es avanzar de instancias y actuaciones fragmentadas hacia una gobernanza capaz de definir prioridades compartidas, asignar responsabilidades y recursos y ejecutar respuestas coordinadas frente a los determinantes sociales de la salud. Debe reflejarse en participación comunitaria con incidencia y resultados verificables en bienestar y equidad.

Persisten dificultades para armonizar políticas, planes y presupuestos, y articular sectores, localidades, EAPB, IPS y organizaciones sociales. Por ello, se deben diferenciar las capacidades institucionales, las actividades realizadas, los resultados de implementación y los cambios poblacionales, evitando considerar que la creación de instancias o el cumplimiento administrativo demuestran, por sí solos, reducción de inequidades.

Rectoría y articulación intersectorial

En 2025 la SDS reportó su participación en 36 políticas públicas distritales. Ese año se creó la Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar, presidida por la Secretaría General y con secretaría técnica de salud. Sus prioridades comprenden la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes, la mitigación de riesgos y daños en habitantes de calle y la soledad no deseada en personas mayores.

La Comisión ha avanzado en la comprensión compartida de los problemas, la formulación de productos intersectoriales y la construcción de índices de bienestar para niños, niñas, adolescentes y personas mayores. Estos índices todavía no incluyen Sumapaz, lo que limita su utilidad para comparar integralmente brechas urbano-rurales. La vinculación formal de organizaciones comunitarias a la Comisión continúa en preparación y esta no dispone de recursos propios de ejecución directa. El reto es convertir los acuerdos y

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

productos técnicos en acciones territoriales con corresponsables, financiación y seguimiento, articuladas con la planeación distrital y local.

El análisis de las respuestas también plantea la necesidad de fortalecer la articulación entre los niveles distrital, local y nacional, especialmente frente a decisiones normativas, financieras y operativas que exceden las competencias del sector salud. Asimismo, persiste el desafío de vincular las prioridades territoriales y poblacionales con la asignación de recursos, la corresponsabilidad institucional y mecanismos de rendición de cuentas que permitan verificar el cumplimiento de los compromisos y su contribución a la reducción de inequidades.

Territorialización y participación social

MAS Bienestar dispone de Planes Locales de Bienestar, equipos y mesas intersectoriales. En 2025 se reportaron 20 planes locales, 20 equipos y 194 mesas locales, zonales y distritales, con 3.397 asistencias. Durante el primer semestre de 2026 se informaron 107 Mesas de Bienestar y 1.938 asistencias. Los registros corresponden a actividades, no son directamente comparables ni permiten conocer el número de personas únicas participantes o de necesidades resueltas.

Al cierre de 2025 se reportaban 60 veedurías ciudadanas, 25 asociaciones de usuarios de la red pública y 20 COPACOS locales. Aunque son capacidades para el diálogo y el control social, su incidencia requiere verificar qué propuestas comunitarias orientan decisiones, qué compromisos se ejecutan y cómo se comunican sus resultados, considerando los enfoques diferenciales y las particularidades de la ruralidad.

Gobernanza del sistema, información y balance

La gobernanza sanitaria requiere coordinar actores públicos y privados con responsabilidades distintas. A diciembre de 2025 el 94,24 % de los servicios habilitados correspondía a prestadores privados y el 72,72 % de los servicios habilitados se ubicaba en la zona norte. Esta distribución no demuestra por sí sola déficit o exclusión en otras zonas: debe examinarse junto con necesidades, demanda, movilidad, aseguramiento y organización de las redes.

La Secretaría desarrolla orientaciones y asistencia técnica para que EAPB e IPS incorporen el enfoque diferencial, identifiquen barreras, fortalezcan capacidades del talento humano y promuevan ajustes razonables. Es necesario verificar la adopción y continuidad de estas medidas. Paralelamente, SaluData, los sistemas

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

de información y las iniciativas de investigación e innovación ofrecen capacidades para orientar decisiones, aunque persisten desafíos de interoperabilidad, integración de información y utilización efectiva del conocimiento.

En conjunto, Bogotá dispone de una arquitectura institucional y territorial de gobernanza en funcionamiento, con avances en coordinación, planificación, participación y capacidades técnicas. Sin embargo, la evidencia disponible es más sólida para demostrar capacidades instaladas y productos de gestión que para establecer resultados sostenidos sobre la salud y las desigualdades.

La brecha principal se encuentra entre la coordinación formal y la implementación intersectorial verificable. Su superación requiere consolidar acuerdos con responsables y recursos definidos, fortalecer la corresponsabilidad entre actores públicos, privados y comunitarios, documentar la resolución de problemas territoriales y evaluar cambios en acceso, continuidad asistencial, bienestar y equidad. Estos resultados, y no únicamente el cumplimiento administrativo, deben constituir el criterio central para valorar la transformación esperada.

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

Frente a este núcleo de inequidad, la SDS coincide en que la transformación esperada no se limita a identificar los grupos poblacionales presentes en el territorio, sino que exige una respuesta institucional capaz de reconocer sus necesidades, apoyos y ajustes diferenciales antes de que las diferencias sociales, económicas y territoriales se conviertan en barreras para el derecho a la salud, de modo que la condición social, el territorio, la pertenencia étnica, la discapacidad o el género pesen cada vez menos sobre las oportunidades de alcanzar y mantener mejores condiciones de salud y calidad de vida.

En particular, se espera desconcentrar los servicios sociosanitarios ubicados principalmente en la zona norte de la ciudad, eliminar las barreras de acceso a servicios y programas de salud y sociales, económicas, administrativas, entre otras que enfrentan las distintas poblaciones, así como contribuir a la reducción de las desigualdades derivadas de la discriminación y la exclusión que históricamente vienen enfrentando los grupos poblacionales que habitan Bogotá,

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

como la comunidad LGBTI, personas con discapacidad, sus familias, personas cuidadoras, ciudadanos habitantes de calle, población migrante internacional, mujeres, comunidades étnicas, rurales, personas que ejercen actividades sexuales pagadas. Los factores estructurales por modificar son la segregación socioterritorial entre el centro-norte y el sur, el suroccidente y la ruralidad; la pobreza multidimensional, la informalidad laboral y las brechas de conectividad y transporte; las condiciones ambientales diferenciales; las responsabilidades de cuidado no reconocidas; el racismo estructural y las barreras culturales e institucionales hacia los pueblos indígenas, el pueblo Rrom y las comunidades NARP; y la debilidad de los sistemas de información poblacional y diferencial, a lo que se suman, para los habitantes de calle, el acceso a vivienda, la empleabilidad y la rehabilitación de calidad. Puede abordarse directamente la caracterización, la implementación del Modelo MAS Bienestar y de la APSocial, la participación y los criterios diferenciales en el aseguramiento y la prestación; los determinantes de fondo exigen la concurrencia de otros sectores del Distrito, y los ajustes normativos sobre el aseguramiento, la interoperabilidad de los sistemas y el reconocimiento de la ruralidad de Bogotá requieren decisiones del Gobierno Nacional.

La respuesta se enmarca en el PTS y se concreta, de manera especial, en el proyecto de inversión 8141, “Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la Atención Primaria Social”, que contempla 68 actividades relacionadas con el núcleo y una gestión reportada del 100 % a 2025 en sus metas, y en tres acciones del proyecto 8145 dirigidas a las víctimas del conflicto armado. Todo ello persigue tres propósitos: actuar sobre los determinantes sociales de las desigualdades con acciones sectoriales e intersectoriales, fortalecer la rectoría en salud pública y desarrollar capacidades individuales y colectivas de autocuidado y cuidado de la salud. En el plano sectorial, la Dirección de Aseguramiento reporta que, entre 2024 y 2026 la cobertura del régimen subsidiado avanzó hasta el 23,1 % y la vinculación de población especial se sostuvo entre el 98,4 % y el 100 %, con acciones específicas para migrantes, personas privadas de la libertad y habitantes de calle, aunque reconoce que el aseguramiento es condición necesaria pero no suficiente; la Dirección de Provisión de Servicios ha construido y acompañado orientaciones técnicas de atención en clave diferencial para las EAPB y las IPS, con el reto de lograr que se apropien de ellas; por su parte, las Direcciones de Participación Social y de Servicio a la Ciudadanía han traducido la apuesta diferencial en las redes distritales de Jóvenes, Mujeres y Personas Cuidadoras

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

por la Salud (ver Anexo 7) y en la adaptación de canales e información, con el reto de transformar los diseños institucionales que reproducen las brechas.

Para las poblaciones con mayores barreras, la respuesta adopta formas específicas. Las organizaciones NARP, con interlocución en la Comisión Consultiva Distrital de Comunidades Negras, describen acciones de atención social integral, seguridad alimentaria y formación para el trabajo; con el pueblo Rrom Gitano se han construido una Mesa de Salud con la Instancia Consultiva, Prorrom y Unión Romaní y mesas con Capital Salud, Famisanar y Sanitas para adecuar culturalmente la atención, pero persiste el subregistro étnico. La Estrategia Más Bienestar en Calle, en el Sistema Sociosanitario con Integración Social, Capital Salud EPS-S e IDIPRON, acerca la oferta mediante búsqueda activa, vacunación y agendamiento de citas en sitio. Según el seguimiento del proyecto 8141, la Rehabilitación Basada en Comunidad, sostenida en las veinte localidades, vinculó entre enero y mayo de 2026 a 10.108 personas (7.060 con discapacidad o afectaciones psicosociales y 3.048 cuidadoras); y las metas de vinculación de las personas LGBTI y que ejercen actividades sexuales pagadas, se expresan en jornadas de promoción y prevención con enfoque diferencial y de género para las primeras y en 6.180 personas vinculadas a mayo de 2026.

En conjunto, estas respuestas benefician de manera más clara a la población ya organizada o caracterizada (jóvenes, mujeres y cuidadoras de las redes, comunidades NARP, pueblo Rrom vinculado a la Instancia Consultiva y habitantes de calle incluidos en los listados censales) y dejan insuficientemente cubierta a la población dispersa, no organizada, con alta movilidad o en situación migratoria irregular (incluido el pueblo Rrom en tránsito desde municipios aledaños), a los habitantes de calle sin documento de identificación y a la ruralidad de Sumapaz, cuyos instrumentos de caracterización y seguimiento siguen incompletos. Las propias dependencias reconocen que buena parte de la respuesta actúa sobre efectos ya instalados, como la desnutrición, el embarazo adolescente o la soledad no deseada, más que sobre las causas raíz, y que el cambio esperado reduce brechas sobre todo en las zonas urbanas consolidadas, por lo que el reto pendiente es extender esa contribución a la ruralidad.

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

Como respuesta a esta problemática, el Distrito desarrolló estrategias orientadas a fortalecer las capacidades institucionales, operativas y comunitarias para la

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

prevención, preparación, detección temprana y atención de alertas sanitarias, emergencias, desastres y otros eventos de interés en salud pública. En este contexto, el Informe de Seguimiento a la Inversión Directa del Fondo Financiero Distrital de Salud evidencia los avances alcanzados mediante el Proyecto 8149 "Mejoramiento del Sistema de Emergencias Médicas en el nuevo Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar Bogotá D.C.", a través del fortalecimiento del CRUE, la articulación del Sistema de Emergencias Médicas, la gestión del riesgo y la vigilancia epidemiológica.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2026, se garantizó la atención del 100 % de los incidentes en salud reportados a través de la Línea 123, con la gestión de 286.091 casos que dieron lugar a 292.641 acciones de regulación médica, despacho de ambulancias, atención prehospitalaria y orientación telefónica. De igual forma, el Grupo GAMA efectuó 279 visitas a instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin de contribuir al manejo de la ocupación hospitalaria, reducir las estancias prolongadas en urgencias y mejorar la oportunidad de la atención.

Adicionalmente, en este mismo periodo se fortalecieron las capacidades de gestión del riesgo mediante la formación de 6.299 ciudadanos y actores del sector salud en Primer Respondiente, Salud Mental, Misión Médica y Soporte Vital Básico y Avanzado; la participación en la formulación y seguimiento de 17 planes distritales de preparación y respuesta frente a eventos sanitarios, climáticos y tecnológicos; y la intervención en 796 espacios de coordinación operativa. Asimismo, se brindó acompañamiento a 295 instituciones de salud para fortalecer sus Planes de Gestión del Riesgo de Desastres en el Contexto Hospitalario y se emitieron 702 conceptos técnicos relacionados con eventos de aglomeración masiva de público.

En cuanto a la vigilancia y atención de alertas sanitarias, el Distrito mantuvo 12 Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) distribuidos en las cuatro subredes de salud, logrando intervenir oportunamente el 100 % de los eventos epidemiológicos notificados dentro de las primeras 24 horas. Entre febrero y junio de 2026 se atendieron 783 eventos asociados con brotes y otras situaciones de interés en salud pública. De igual manera, las acciones de sanidad portuaria permitieron realizar vigilancia activa a más de 2,7 millones de pasajeros internacionales, sin identificarse casos de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Estas intervenciones se articulan con el Modelo MAS Bienestar, que promueve una gestión integral y anticipatoria del riesgo mediante herramientas de analítica de datos y modelos predictivos para identificar riesgos y priorizar intervenciones según las condiciones de salud de la población. Igualmente, contempla el fortalecimiento de la articulación de la red de servicios, la regulación del Sistema de Emergencias Médicas, la disponibilidad de apoyos especializados remotos las 24 horas y la formulación de lineamientos técnicos para la atención de grupos prioritarios, urgencias y emergencias.

En conjunto, los resultados alcanzados evidencian avances en la capacidad del Distrito para anticipar, vigilar, coordinar y actuar frente a situaciones que afectan la salud de la población. No obstante, su aporte a la reducción de inequidades está condicionado por factores territoriales y poblacionales que inciden en la oportunidad de la respuesta, entre ellos la ruralidad dispersa, la accesibilidad geográfica, la conectividad y la vulnerabilidad social. En este escenario, el CRUE, las Subredes Integradas de Servicios de Salud y la SGRED articulan sus acciones con las entidades del Sistema Distrital de Gestión del Riesgo, entre ellas el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático (IDIGER), Bomberos, Policía, Movilidad, Integración Social, organismos de socorro y autoridades locales, de acuerdo con las características de cada situación.

Si bien estas intervenciones no inciden directamente sobre todas las causas que originan emergencias y desastres, sí contribuyen a reducir sus impactos mediante la preparación institucional, la vigilancia, la coordinación operativa y la atención oportuna. En consecuencia, el principal reto consiste en consolidar las capacidades desarrolladas, fortalecer su enfoque territorial y diferencial, y profundizar la articulación sectorial e intersectorial.

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

Como respuesta frente a las problemáticas prioritarias identificadas, el sector salud del Distrito Capital articula sus intervenciones estratégicas bajo el eje articulador del Modelo MAS Bienestar. Este modelo concibe la atención integral en salud como un proceso continuo que conecta la atención primaria con la gestión de los determinantes sociales, permitiendo dar una respuesta resolutiva, territorializada y diferencial ante la alta carga de morbimortalidad generada por los trastornos mentales, las violencias y la siniestralidad vial. Desde esta perspectiva, MAS Bienestar busca superar la fragmentación de los servicios y las

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

barreras históricas de acceso mediante la expansión de la capacidad instalada física, la transformación digital y la integración de las redes comunitarias e intersectoriales en los territorios con mayor vulnerabilidad sociosanitaria.

Frente a la prioridad epidemiológica en salud mental y conducta suicida, el Modelo MAS Bienestar despliega una estrategia multidimensional que combina la respuesta operativa ante la crisis con la predicción analítica y la acción comunitaria. Desde la vertiente asistencial y prehospitalaria, el CRUE reglamentó e integró la operación de unidades móviles especializadas en Salud Mental vinculadas a la Línea 123, logrando atenciones efectivas en territorio y el acompañamiento a situaciones de emergencia.

En el ámbito tecnológico, la estrategia de Salud Digital del modelo automatizó el modelo predictivo de riesgo individual de depresión dentro de la plataforma Bogotá Digital, facilitando la detección temprana e intervención oportuna en la red asistencial antes de que escalen las conductas autolesivas. Asimismo, la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar ataca causas estructurales como la soledad no deseada en personas mayores mediante prescripción social y cultural, e interviene en entornos escolares para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas como detonante del sufrimiento emocional.

En el componente de prevención y atención integral a las violencias, el Modelo MAS Bienestar sitúa en el centro la transformación de las inequidades de género y el alivio del desgaste psicosocial en los hogares. Reconociendo que la sobrecarga del cuidado no remunerado constituye un determinante crítico de la salud mental y de la dinámica familiar, el sector implementa estrategias de relevo domiciliario, asesoría en el hogar y grupos de soporte socioemocional, promoviendo paralelamente la corresponsabilidad masculina en las labores del hogar.

En materia asistencial e intersectorial se consolida la Red Distrital de Mujeres por la Salud y el Tablero de Riesgo de Feminicidio, asegurando un seguimiento analítico de los casos de mayor vulnerabilidad. De igual forma, se garantiza la rehabilitación psicosocial con enfoque de derechos a las víctimas del conflicto armado a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), manteniendo atención constante en seis Centros de Encuentro comunitarios. A su vez, la Dirección de Calidad transversaliza los lineamientos de humanización para erradicar el maltrato e invisibilización institucional hacia las víctimas al momento de solicitar atención médica.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Por otra parte, para la población en condición de discapacidad, se consolida la Rehabilitación Basada en Comunidad como sombrilla articuladora entre la salud primaria y el entorno. En las poblaciones LGBTI y las que ejercen actividades sexuales pagadas, el modelo prioriza la prevención combinada de ITS/VIH, el acompañamiento psicosocial frente a violencias por prejuicio y la inclusión de variables diferenciales en los sistemas de información.

Con las comunidades NARP y el pueblo Rrom se impulsan rutas interculturales de salud mental comunitaria y atención concertada para superar el subregistro epidemiológico y mitigar las secuelas del racismo estructural y la pérdida de prácticas culturales. Asimismo, para la población habitante de calle, el modelo formaliza la estrategia "Más Bienestar en Calle", descentralizando la atención sociosanitaria hacia 19 localidades urbanas, realizando tamizajes de ITS, orientación psicosocial y rutas flexibles de rehabilitación por consumo de sustancias para reducir la dependencia de los servicios de urgencias.

Respecto al eje de siniestralidad vial y movilidad segura, MAS Bienestar concibe la protección de la vida en la vía como un desafío de salud pública profundamente ligado a los entornos urbanos y las conductas colectivas. A través del Plan Distrital de Seguridad Vial, el sector salud ejecuta acciones masivas de educación y sensibilización enfocadas en los actores viales más vulnerables. Esta labor pedagógica y de prevención se articula directamente con la agenda intersectorial junto a la Secretaría de Movilidad, el Instituto de Desarrollo Urbano (IDU), TransMilenio y la Empresa Metro, orientando la planeación urbana de senderos peatonales y ciclorrutas seguras en torno a los centros de salud para modificar estructuralmente los determinantes del riesgo en el tránsito.

En términos de sostenibilidad y gestión del gasto público al corte del primer semestre de 2026, la implementación del Modelo MAS Bienestar refleja una sólida ejecución técnica y presupuestal en los proyectos estratégicos dirigidos a atender estas problemáticas. Los proyectos dedicados a la prevención de violencias intrafamiliares y de género, atención a víctimas del conflicto y seguridad vial alcanzaron un cumplimiento del cien por ciento en la contratación de sus compromisos, evidenciando niveles de giro eficientes y avances físicos acumulados superiores al ochenta por ciento en las metas de producto del PDD. Igualmente, las metas asociadas al plan distrital de prevención del suicidio registran un avance físico cercano al 80 %, respaldado por la operatividad de los vehículos de salud mental y los modelos predictivos.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

5.6 Conclusiones

- El Modelo MAS Bienestar consolida un avance fundamental en Bogotá, D. C. al posicionar a la APS Social, la reorientación territorial de la inversión y el enfoque diferencial e intercultural como ejes para transformar la gestión sanitaria, acercando la respuesta en salud a las comunidades a través de los SER, los EMBH y el Sistema Sociosanitario. No obstante, se requiere superar retos estructurales persistentes, como la descongestión real de los servicios de urgencias mediante un mayor fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primer nivel, cerrar las brechas de infraestructura y tecnología en el sur y occidente de la ciudad, y garantizar la interoperabilidad de los sistemas de información intersectoriales. Asimismo, el sistema debe avanzar decididamente en la erradicación del racismo estructural, el estigma y las barreras administrativas, asegurando que la afiliación formal se traduzca en acceso efectivo a servicios de salud oportunos y de calidad.
- Persisten retos relacionados con la equidad territorial y la sostenibilidad de las capacidades alcanzadas, especialmente frente a condiciones de ruralidad, accesibilidad geográfica, conectividad y vulnerabilidad social. Por ello, resulta necesario fortalecer los enfoques territorial y diferencial y profundizar la articulación sectorial e intersectorial para abordar tanto las consecuencias como los determinantes asociados a estas situaciones.
- Durante 2026 se consolidaron avances significativos en el fortalecimiento de la capacidad distrital para la prevención, detección y respuesta ante alertas sanitarias, emergencias y desastres, mediante la articulación de la vigilancia epidemiológica, la gestión del riesgo, la preparación institucional y comunitaria, y la coordinación intersectorial. Asimismo, la implementación del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar ha contribuido al desarrollo de una gestión anticipatoria e integral del riesgo, fortaleciendo la red de servicios, el uso de herramientas de analítica de datos y el apoyo especializado, con el fin de mejorar la oportunidad y capacidad de respuesta frente a las necesidades de salud de la población.
- En conjunto, la respuesta intersectorial articulada mediante el Modelo MAS Bienestar refleja una transformación estructural frente a las inequidades asociadas a la carga persistente de enfermedad en el Distrito Capital. Al integrar la gestión sobre los determinantes sociales, la capacidad asistencial resolutiva, la analítica predictiva en salud digital y

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

un enfoque diferencial territorializado, la estrategia logra abordar de manera integral los desafíos prioritarios en salud mental, violencias y siniestralidad vial. De este modo, la alineación entre la acción comunitaria, la articulación intersectorial y el sólido desempeño presupuestal fortalece la capacidad de respuesta del sistema de salud y consolida un modelo más equitativo, inclusivo y protector para las poblaciones de mayor vulnerabilidad en Bogotá.

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 (APS)

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

Frente a la histórica concentración territorial de la oferta en el norte de la ciudad y la persistente sobreocupación en los servicios de urgencias, las recomendaciones futuras exigen un viraje estructural en la planificación presupuestal y en la gestión de la infraestructura pública y privada. Se propone que la asignación de recursos para obra nueva, reposición de sedes y dotación de tecnología biomédica no continúe guiándose por la demanda proyectada ni por la oportunidad presupuestal, sino de manera estricta por la magnitud de las brechas territoriales y la carga de enfermedad en las localidades periféricas (Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal) y rurales (Sumapaz).

Para hacer viables estos proyectos, se requiere una corresponsabilidad intersectorial de alto nivel que garantice la reserva y el saneamiento jurídico del suelo mediante la acción conjunta con la Secretaría de Planeación, Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público, Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá (RenoBo) y la Secretaría Distrital del Hábitat, así como la inclusión prioritaria de la red de salud en los planes de accesibilidad vial y transporte público con la Secretaría de Movilidad y el IDU. Asimismo, se recomienda instar al Ministerio de Salud y Protección Social a cofinanciar la infraestructura y reconocer formalmente la especificidad de la ruralidad distrital dentro del Plan Nacional de Salud Rural.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Es necesario continuar con el fortalecimiento del componente primario a través de los SER ambulatorios, con una proyección inicial de 38, algunos de ellos dependientes de proyectos de inversión, disponibilidad de terrenos y culminación de obras, con distribución en las cuatro SISS, con el fin de fortalecer la capacidad resolutiva e integralidad en la atención en el Distrito. En el ámbito del aseguramiento y la gestión de la calidad asistencial, las propuestas futuras buscan trascender la simple verificación de cobertura formal para evaluar la garantía real del derecho a la salud. Se recomienda instar al Gobierno Nacional y a la Superintendencia Nacional de Salud a ajustar los marcos regulatorios y de IVC, evaluando a las EAPB no solo por sus metas administrativas, sino por indicadores de resultados sanitarios, continuidad de las trayectorias de atención y experiencia del usuario. Esto implica incorporar de manera obligatoria la medición de la "demanda no agendada" y las listas de espera informales para visibilizar las verdaderas barreras de acceso.

A nivel distrital se ha mantenido el tablero integrado de brechas, y se busca pasar de la consolidación de información a formalizar acuerdos vinculantes entre aseguradores y prestadores para eliminar de manera definitiva los trámites de autorización administrativa en eventos trazadores de alta complejidad como cáncer, VIH, salud materno-perinatal, infarto agudo de miocardio y ataque cerebrovascular. De forma complementaria, la evaluación de las políticas públicas y proyectos de inversión debe reorientarse hacia la medición del impacto en la reducción de inequidades y no solo al conteo del volumen de actividades ejecutadas.

Para ayudar a alivianar la saturación hospitalaria una de las recomendaciones es la consolidación definitiva del Sistema Sociosanitario, articulando de forma permanente al sector salud con el sector de integración social. Es prioritario afianzar la ruta de egreso sociosanitario para personas mayores en condición de abandono o habitantes de calle. A esta estrategia se suma la necesidad de desplegar esquemas de "prescripción social y cultural" en alianza con las secretarías de Cultura y Ambiente, canalizando a la población hacia entornos comunitarios protectores de la salud.

Para tener una trazabilidad y transparencia de la información se recomienda desarrollar e implementar, de manera prioritaria, un sistema de datos nominal e interoperable entre sectores y prestadores, que elimine los reprocesos administrativos, evite remisiones sin resolución y permita un seguimiento continuo de las personas según su curso de vida.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Finalmente, las propuestas para cerrar las brechas en poblaciones vulnerables exigen que la respuesta diferencial deje de depender de iniciativas aisladas y se institucionalice en los procesos permanentes de gestión y atención en salud. Se recomienda aplicar protocolos obligatorios de atención intercultural y formación en la prevención del racismo y la discriminación racial para todo el talento humano, garantizando la inclusión estandarizada de la variable étnica en los registros para responder a las necesidades de las comunidades NARP y del pueblo Rrom Gitano.

En discapacidad, se debe asegurar la financiación continua de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, la entrega oportuna de ayudas técnicas no PBS, la simplificación del trámite de certificación y el apoyo permanente a las cuidadoras. Para la población habitante de calle, se aconseja institucionalizar la estrategia "Más Bienestar en Calle" como un producto permanente de la política pública distrital con atención de bajo umbral y recursos para transporte no urgente; mientras que para las personas LGBTI y quienes realizan actividades sexuales pagadas, se debe consolidar una red de atención afirmativa libre de estigma y discriminación, agilizando trámites de identidad de género y garantizando servicios integrales de salud sexual, reproductiva y salud mental.

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

La transformación propuesta consiste en fortalecer la capacidad del Distrito para tomar decisiones conjuntas, coordinar recursos y ejecutar respuestas integradas frente a los determinantes sociales de la salud, con participación comunitaria y resultados verificables. En concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan Territorial de Salud y MAS Bienestar, se plantean tres estrategias complementarias que aprovechan los mecanismos existentes y buscan superar la fragmentación institucional, las dificultades de articulación territorial y las limitaciones para evaluar los resultados de las intervenciones.

Estrategia 1. Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza intersectorial para la toma de decisiones y la ejecución conjunta.

Meta: Fortalecer la capacidad institucional para formular prioridades compartidas, establecer compromisos entre sectores y garantizar que las decisiones se traduzcan en acciones ejecutadas, con responsables, recursos y mecanismos de seguimiento definidos.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Para ello, se propone consolidar el funcionamiento de la Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar y su Unidad Técnica de Apoyo, fortaleciendo la articulación entre los niveles directivos, técnicos y territoriales. Se recomienda avanzar en la implementación de los productos priorizados frente al consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes, los riesgos y daños en habitantes de calle y la soledad no deseada en personas mayores, asegurando la corresponsabilidad de las entidades competentes.

Cada intervención priorizada debería contar con un problema claramente definido, responsabilidades institucionales, recursos identificados, actividades verificables y mecanismos de seguimiento. Estos compromisos deben incorporarse a los instrumentos de planeación existentes, articulando el PDD, el PTS y los planes de acción sectoriales. Considerando que la Comisión no dispone de recursos propios de ejecución, resulta necesario aprovechar las capacidades institucionales disponibles y evaluar las necesidades adicionales de financiación, sin duplicar funciones ni crear estructuras paralelas.

Se recomienda fortalecer la gestión presupuestal intersectorial, procurando que la asignación de recursos responda a las prioridades y desigualdades identificadas en los territorios. Asimismo, establecer mecanismos de rendición de cuentas y articular con las entidades del orden nacional aquellas decisiones normativas, financieras u operativas que superen las competencias distritales.

Estrategia 2. Fortalecimiento de la articulación territorial, la atención integral y la participación comunitaria.

Meta: Mejorar la capacidad de los mecanismos territoriales y de los actores del sistema de salud para desarrollar respuestas conjuntas, oportunas y pertinentes a las necesidades de las comunidades, considerando las desigualdades poblacionales y territoriales.

Se propone fortalecer los Planes Locales de Bienestar, los equipos territoriales y las Mesas de Bienestar como mecanismos para identificar problemas prioritarios, concertar intervenciones entre sectores y realizar seguimiento a su resolución. La selección de las intervenciones debe considerar las necesidades identificadas, las barreras de acceso, las capacidades institucionales y las prioridades comunitarias. Se requiere especial atención a la ruralidad, particularmente Sumapaz, mediante respuestas adaptadas a sus condiciones geográficas, sociales y de disponibilidad de servicios.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Asimismo, se recomienda profundizar la coordinación entre la SDS, las EAPB, IPS y demás actores responsables de la atención, respetando sus competencias, para fortalecer la continuidad asistencial, la articulación de redes, la referencia y contrarreferencia y la resolución de barreras. Esto implica consolidar la apropiación de las orientaciones técnicas existentes, la formación del talento humano y la implementación de ajustes razonables y enfoques diferenciales en los procesos de atención.

La participación social debe incorporarse a la identificación de prioridades, formulación, ejecución y evaluación de las respuestas. Se propone fortalecer la incidencia de veedurías, COPACOS, asociaciones de usuarios y organizaciones comunitarias, así como concretar los mecanismos de participación previstos en la Comisión Intersectorial. Cada propuesta comunitaria priorizada debería recibir una respuesta institucional motivada y una devolución comprensible sobre las decisiones y acciones desarrolladas.

Estrategia 3. Fortalecimiento de la gestión del conocimiento, la evaluación y la sostenibilidad de las respuestas intersectoriales.

Meta: Mejorar la utilización de información y evidencia para orientar decisiones, evaluar la implementación de las intervenciones y fortalecer su continuidad, con énfasis en la reducción de desigualdades.

Se propone fortalecer el aprovechamiento de SaluData, los sistemas de información sectoriales, los análisis territoriales y los índices de bienestar para reconocer necesidades, priorizar respuestas y orientar recursos. Es necesario avanzar en la interoperabilidad, la calidad de los registros y el intercambio seguro de información entre entidades. Particularmente, se recomienda desarrollar alternativas de medición que permitan incorporar las condiciones de Sumapaz, actualmente ausente de los índices de bienestar de la Comisión, evitando comparaciones territoriales sin información suficiente.

El seguimiento debe diferenciar las actividades realizadas, los compromisos ejecutados y los resultados alcanzados. Se recomienda considerar indicadores como la proporción de acuerdos con responsables y recursos definidos, el cumplimiento oportuno de compromisos, las necesidades territoriales con resolución documentada y las propuestas comunitarias que reciben respuesta e inciden en las decisiones. Su implementación requiere establecer previamente fuentes, líneas de base, periodicidad y responsabilidades de reporte.

Finalmente, se propone fortalecer las capacidades de planificación, investigación aplicada, evaluación de políticas e innovación institucional. La evaluación debe

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

combinar información cuantitativa y cualitativa para identificar avances, dificultades y oportunidades de mejora, evitando atribuir automáticamente cambios poblacionales a las acciones intersectoriales. La sostenibilidad dependerá de incorporar los aprendizajes y compromisos en los instrumentos de gestión existentes, asegurar continuidad institucional y demostrar que las respuestas contribuyen progresivamente a mejorar el acceso, el bienestar y la equidad en salud.

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

Tomando el núcleo como unidad de referencia, y en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, las dependencias proponen orientar la acción hacia los determinantes sociales y no únicamente hacia los eventos de salud que de ellos se derivan, incorporando los enfoques de derechos humanos, equidad, diferencial, poblacional, territorial, ambiental, de participación social y de interseccionalidad, para que la política pública avance desde respuestas fragmentadas y asistenciales hacia una transformación estructural, equitativa y sostenible.

La estrategia central consiste en implementar el pilar de intersectorialidad del Modelo MAS Bienestar, pasando del mapeo de entidades a la identificación conjunta de las acciones que inciden en la raíz de los determinantes, con una mirada poblacional y territorial sobre el aseguramiento, una caracterización que incorpore barreras y necesidades de apoyo, y la apropiación del enfoque diferencial por parte de las EAPB y las IPS mediante orientaciones técnicas, ajustes razonables y seguimiento. De ella se derivan el mapeo conjunto de actores y determinantes, la ampliación de las redes de participación diferencial a las veinte localidades, el fortalecimiento del registro étnico y de un sistema de información nominal e interoperable entre sectores, la focalización de los servicios que incluye el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), según las brechas territoriales y la consolidación de los tres productos de la Comisión Intersectorial. Todo ello se articula con el Plan Territorial de Salud, el Plan de Acción en Salud, las políticas públicas de mujeres y equidad de género, del pueblo Rrom, de los pueblos y comunidades étnicas, de superación del racismo y de discapacidad, el CONPES 38 y 39 de equidad racial y el Decreto 397 de 2025 de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

A esta estrategia se suman respuestas específicas: para las comunidades NARP y los demás pueblos étnicos, intervenciones integrales con enfoque de equidad racial y territorial, y para el pueblo Rrom Gitano la gestión articulada de las barreras ante las EAPB y las IPS y la concertación de rutas culturalmente pertinentes; para los habitantes de calle, la consolidación de la Estrategia Más Bienestar en Calle como producto de la política pública distrital de habitabilidad en calle (actualmente en formulación y en armonía con la Ley 1641 de 2013), con permanencia en el tiempo y fortalecida en analítica de datos y seguimiento nominal de los casos, además de la desconcentración de la oferta y la posibilidad de rehabilitación fuera de la ciudad sin perder la trazabilidad; para las personas con discapacidad, sus familias y cuidadoras, el fortalecimiento de la Rehabilitación Basada en Comunidad, concebida como sombrilla de las acciones de salud, con certificación y registro, asesoría en el hogar, relevo domiciliario y red de personas cuidadoras; y para las personas LGBTI y en actividades sexuales pagadas, la atención integral con enfoque diferencial y de género, mediante el fortalecimiento de capacidades del personal de salud, el seguimiento a las barreras y a la discriminación y el acompañamiento social.

La propuesta prioriza el sur, el suroriente y el suroccidente de la ciudad (con especial atención a Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, San Cristóbal, Chapinero, Santa Fe y Los Mártires) y la ruralidad de Sumapaz, con enfoque diferencial hacia los pueblos étnicos, la población migrante, las personas con discapacidad, las mujeres, las personas LGBTI y en actividades sexuales pagadas y las personas mayores; para los habitantes de calle, en cambio, la oferta se orienta según la distribución del fenómeno en las localidades, de acuerdo con el censo.

De manera específica las propuestas se enmarcan y son objeto de seguimiento a través del proyecto de inversión 8141, financiado por el Fondo Financiero Distrital de Salud dentro del programa “Salud Pública Integrada e Integral” del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027, y la pertinencia de sus intervenciones debe medirse no solo por el número de actividades realizadas, sino por la reducción efectiva de las brechas entre grupos poblacionales y territorios. Su implementación requiere la corresponsabilidad de las EAPB y las IPS, de las secretarías de Ambiente, Integración Social, Educación, Cultura, Desarrollo Económico, Mujer, Gobierno, Movilidad y Hábitat, de la academia y la cooperación internacional, de las alcaldías locales y de las organizaciones sociales y comunitarias, incluidas las de personas con discapacidad, LGBTI y en actividades sexuales pagadas; a las EAPB, las IPS y las secretarías les

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

corresponde, además, cualificar su talento humano en enfoque diferencial, invertir en infraestructura accesible, incorporar variables diferenciales en sus sistemas de información y asegurar la sostenibilidad presupuestal de su oferta.

Para los habitantes de calle se requiere, además, la corresponsabilidad de Integración Social y del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), que acompaña a las juntas de acción comunal, frente a los conflictos familiares y el consumo de sustancias psicoactivas, principales causas del fenómeno según el censo. Para el pueblo Rrom Gitano se recomienda fortalecer el seguimiento a los compromisos con la Instancia Consultiva desde la Secretaría Distrital de Gobierno, con el acompañamiento de los organismos de control.

Frente a los determinantes que superan la competencia distrital, se recomienda gestionar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y Migración Colombia sistemas de información con variables poblacionales y diferenciales y el reconocimiento de la ruralidad de Bogotá, y que el Ministerio emita lineamientos claros que reconozcan las diferencias territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud responda oportunamente a los requerimientos ciudadanos y refuerce el control y la vigilancia. En suma, ninguna de estas propuestas bastará por sí sola, y solo la concurrencia del Distrito, la Nación y los actores sociales, dirigida a las causas estructurales del núcleo y no únicamente a sus efectos, hará que la reducción de las brechas en salud entre grupos poblacionales y territorios de Bogotá deje de ser una aspiración y se convierta en un resultado verificable.

6.4 Problemática "Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres"

La reducción de las inequidades asociadas a la preparación y respuesta ante alertas sanitarias, urgencias, emergencias y desastres requiere fortalecer las capacidades institucionales, la articulación sectorial e intersectorial y la gestión territorial del riesgo, considerando las diferencias poblacionales, geográficas y de accesibilidad de Bogotá. Desde las competencias de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES), a través del CRUE y la SGRED, se plantean dos estrategias complementarias:

Estrategia 1. Fortalecimiento de la respuesta territorial oportuna y equitativa ante urgencias y emergencias en salud.

Meta: fortalecer la disponibilidad, distribución y capacidad operativa de los recursos de atención prehospitalaria y regulación de urgencias, priorizando los territorios con mayores barreras de acceso.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Para ello, se propone fortalecer la articulación del CRUE con las Subredes Integradas de Servicios de Salud y optimizar la planeación de los recursos a partir del análisis de la demanda, los tiempos de respuesta, la disponibilidad efectiva y las condiciones de accesibilidad, especialmente en zonas rurales, periféricas y de difícil acceso. Asimismo, se plantea fortalecer los sistemas de información y las herramientas tecnológicas para apoyar la regulación, coordinación y toma oportuna de decisiones, incorporando un enfoque territorial y diferencial.

Estrategia 2. Fortalecimiento de la preparación, resiliencia sanitaria y articulación institucional ante emergencias y desastres.
Meta: consolidar las capacidades institucionales, logísticas y de coordinación para garantizar una respuesta sanitaria continua, articulada y territorialmente pertinente ante emergencias, desastres y otros eventos que puedan afectar la salud o la continuidad de los servicios.

Esta estrategia busca fortalecer la articulación de la SGRED con los actores distritales de gestión del riesgo, mejorar las condiciones logísticas y operativas requeridas para mantener la capacidad de respuesta del CRUE y la SGRED, y avanzar en la resiliencia hospitalaria mediante la evaluación y mejora de las condiciones estructurales, no estructurales y funcionales de las instituciones de salud. Se priorizan los territorios y poblaciones con mayor exposición y vulnerabilidad frente a amenazas naturales, climáticas, tecnológicas o sanitarias.

Se recomienda avanzar hacia una gestión integral del riesgo con enfoque territorial, diferencial e intersectorial, incorporando criterios de equidad, accesibilidad, disponibilidad de recursos, preparación institucional, resiliencia y continuidad operativa. Aunque la DUES, el CRUE y la SGRED contribuyen principalmente a la preparación, coordinación y mitigación de las consecuencias de las emergencias y desastres, la intervención de sus determinantes requiere la participación articulada de otros sectores relacionados con la gestión del riesgo, movilidad, ambiente, ordenamiento territorial, infraestructura y protección social.

En este sentido, las acciones deberán mantener su articulación con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Plan Territorial de Salud, el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027, el modelo MAS Bienestar, el Sistema de Emergencias Médicas y los instrumentos distritales de gestión del riesgo, promoviendo una respuesta sostenible, coordinada y orientada a reducir las inequidades territoriales en salud.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

6.5 Problemática "Inequidades relacionadas con la carga persistente de las enfermedades priorizadas en salud pública"

Para la futura planeación el sector debe consolidar y profundizar el Modelo MAS Bienestar como el eje orientador de la gestión territorial e intersectorial, reconociendo que los trastornos mentales, la conducta suicida, las violencias y la siniestralidad vial no son fenómenos aislados sino el resultado de determinantes sociales y estructurales complejos que afectan los mismos territorios.

En este sentido, la planeación debe asegurar la sostenibilidad financiera y el fortalecimiento continuo de la capacidad instalada en urgencias, trauma e imágenes diagnósticas dentro de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, garantizando que la expansión hospitalaria responda de manera oportuna a las secuelas graves del trauma y reduzca la letalidad en vía especialmente en las localidades del sur y suroccidente de la ciudad como Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito.

En materia de salud mental y prevención de la conducta suicida se debe escalar la integración entre la analítica predictiva de datos y las estrategias comunitarias de respuesta rápida. Se sugiere consolidar e interconectar las herramientas de salud digital, como el modelo de analítica predictiva de riesgo de depresión en Bogotá Digital, con los equipos de atención primaria y las unidades móviles especializadas de Salud Mental del CRUE. Esta articulación permitirá transitar de un esquema puramente reactivo ante el intento suicida hacia un modelo de detección e intervención temprana en la red de atención. Paralelamente, es indispensable que los planes operativos mantengan la formación masiva en Primer Respondiente y Primeros Auxilios Psicológicos en los entornos comunitarios y escolares, para contrarrestar factores detonantes como el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y el fenómeno de la soledad no deseada en personas mayores, mediante la prescripción social y cultural.

Respecto al abordaje integral de las violencias intrafamiliares y basadas en género, es fundamental abordar con mayor contundencia la inequidad en las labores de cuidado como una causa raíz de la sobrecarga emocional y el desgaste psicosocial en las mujeres. Se recomienda institucionalizar y expandir las acciones de relevo domiciliario, los grupos de soporte socioemocional y los programas de fomento de la corresponsabilidad masculina en el hogar, vinculando estos servicios al sistema distrital de cuidado. Asimismo, para garantizar una atención libre de barreras y revictimización, es esencial

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

incorporar de forma obligatoria los lineamientos de la Política Nacional de Humanización en Salud en las IPS públicas y privadas, complementado con el uso estratégico de herramientas de seguimiento analítico como el Tablero de Riesgo de Feminicidio, y la continuidad garantizada de los procesos de rehabilitación psicosocial (PAPSIVI) para las víctimas del conflicto armado en los Centros de Encuentro comunitarios.

Un pilar fundamental para la planeación futura es la superación de las fallas de diagnóstico y el subregistro epidemiológico mediante la incorporación sistemática de variables diferenciales y étnicas en todos los sistemas de información en salud. Se debe planear una respuesta adaptada a la diversidad territorial, fortaleciendo la Rehabilitación Basada en Comunidad para personas con discapacidad, las rutas interculturales concertadas con las comunidades NARP y el pueblo Rrom, y las acciones de prevención combinada de ITS/VIH y atención psicosocial diferencial para poblaciones LGBTI y personas en actividades sexuales pagadas.

En lo concerniente a la siniestralidad vial y la movilidad segura, la planeación en salud debe consolidar la agenda de trabajo intersectorial con la Secretaría de Movilidad, el IDU, TransMilenio y la Empresa Metro. Es necesario que las intervenciones en salud pública no se limiten a la sensibilización pedagógica, sino que influyan activamente en el diseño de los entornos construidos, asegurando que la planificación de rutas, senderos peatonales y ciclorrutas seguras rodee prioritariamente a los centros de salud y zonas de alta afluencia peatonal.

Por último, en el plano financiero y de gestión, los elevados porcentajes de ejecución presupuestal y avance físico observados al primer semestre de 2026 demuestran la efectividad del modelo, por lo que las recomendaciones finales apuntan a blindar estos recursos en los subsecuentes planes operacionales de inversión, garantizando la fluidez en los giros efectivos y la alineación permanente entre las metas de producto y las necesidades prioritarias identificadas en la caracterización del ASIS.

6.6 Conclusiones

- Con el fin de responder de manera dinámica y precisa a los problemas de acceso, distribución y calidad de los servicios de salud es necesario reorientar la inversión presupuestal, de infraestructura (incluyendo los SER ambulatorios e integrales) y dotación biomédica hacia las localidades

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

periféricas y la ruralidad según la carga de enfermedad, garantizando la corresponsabilidad intersectorial para la gestión del suelo y la accesibilidad vial.

- Se hace necesario transformar la regulación del aseguramiento y la calidad exigiendo al Gobierno Nacional evaluar a las EAPB por resultados sanitarios y la medición obligatoria de la "demanda no agendada", formalizando acuerdos vinculantes para eliminar definitivamente las autorizaciones en eventos trazadores de alta complejidad.
- Es imperativo implementar un sistema de datos interoperable que respalde la consolidación del Sistema Sociosanitario y el sistema de salud distrital, el egreso seguro de pacientes vulnerables y la "prescripción social" para descongestionar la red hospitalaria; y, por último, institucionalizar de manera permanente el enfoque diferencial e intercultural a través de protocolos antirracistas, simplificación de trámites, soporte a cuidadoras y rutas afirmativas y de bajo umbral para poblaciones vulnerables (NARP, Rrom, Discapacidad, Habitante de Calle, LGBTI y en actividades sexuales pagadas), garantizando una atención equitativa, continua y centrada en la dignidad humana.
- El fortalecimiento de las capacidades institucionales para la prevención, preparación, alerta y respuesta ante emergencias y desastres constituye una estrategia fundamental para avanzar en los propósitos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud. En este contexto, resulta prioritario consolidar la articulación sectorial e intersectorial, fortalecer las capacidades operativas, logísticas y hospitalarias, e incorporar criterios de equidad territorial, accesibilidad y enfoque diferencial en la gestión del riesgo, garantizando una respuesta sanitaria oportuna, resiliente e integral que contribuya a reducir las inequidades en salud y a proteger de manera efectiva a las poblaciones y territorios con mayores condiciones de vulnerabilidad.
- La consolidación del Modelo MAS Bienestar como eje orientador de la planeación territorial ofrece una ruta prospectiva y estructurada para impactar los determinantes de la salud mental, las violencias y la siniestralidad vial en Bogotá; sin embargo, su éxito dependerá de la capacidad del sector para resolver retos operacionales y estructurales críticos. Entre los que destacan la necesidad de transitar definitivamente de un esquema asistencial reactivo hacia la intervención temprana

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

articulada con analítica predictiva, la eliminación del subregistro epidemiológico mediante la incorporación real del enfoque diferencial y étnico en los sistemas de información, y la erradicación de las barreras de estigma e inequidad en las labores de cuidado.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 CO-SC-CER155793
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de situación en salud en el territorio. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construcion-asis-territorios.pdf (2026).
2. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Decreto 555 de 2021. Por el cual se adopta la revisión general del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119582 (2021).
3. Ramirez, L. Consecuencias del cambio climático para Bogotá en 20 años. https://bogota.gov.co/mi-ciudad/ambiente/consecuencias-del-cambio-climatico-para-bogota-en-20-anos (2021).
4. Secretaría Distrital de Ambiente. Bogotá, una de las ciudades más vulnerables a los efectos del cambio climático. https://oab.ambientebogota.gov.co/bogota-vulnerable-cambio-climatico/ (2024).
5. Concejo de Bogotá. Bogotá: Entre las Ciudades con Mayor Riesgo por el Cambio Climático. https://concejodebogota.gov.co/bogota-entre-las-ciudades-con-mayor-riesgo-por-el-cambio-climatico/cbogota/2019-02-21/143027.php (2026).
6. Secretaría Distrital de Salud. Índice de vulnerabilidad - Salud Ambiental. https://saludambiental.saludcapital.gov.co/cambio_climatico_vulnerabilidad (2026).
7. Fortich, F. ¿Está haciendo más calor en Bogotá? La explicación detrás de las altas temperaturas. https://www.elespectador.com/ambiente/bibo/esta-haciendo-mas-calor-en-bogota-la-explicacion-detras-de-las-altas-temperatura-en-2024/ (2024).
8. Bernal-Sotelo, J. K. *Riesgo de Desarrollo de Enfermedades Asociadas a Olas de Calor En Antioquia, Atlántico y Valle Del Cauca*. https://epidemiologiains.org/index.php/ren/article/view/52 (2020) doi:10.33610/01229907.2020v2n2a2.
9. Barreto, L. Autoridades del Distrito apoyan puntos afectados por lluvias en Ciudad Bolívar. https://bogota.gov.co/mi-ciudad/emergencias/distrito-apoya-los-puntos-con-afectacion-por-las-lluvias (2020).
10. Veillard, J., Aguirre, G. & Iglesias, M. Desafíos para la salud ante el cambio climático en Colombia. https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/desafios-salud-cambio-climatico-colombia (2024).
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud emite directrices de contingencia ante el incremento de las lluvias y la llegada de "La Niña" a Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Comunicaciones/noticias/2024/Paginas/minsal

ud-emite-directrices-de-contingencia-ante-el-incremento-de-las-lluvias.aspx (2024).
12. Sarmiento, R. Impacto en la salud por el cambio y la variabilidad del clima en Bogotá, D.C. https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/RIS/article/view/507 (2014).
13. Secretaría Distrital de Salud. Cambio climático - SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cambio-climatico/ (2026).
14. Pastor-Sierra, K. *et al.* Factores ambientales en la transmisión del SARS-CoV-2/COVID 19: panorama mundial y colombiano. *Salud UIS* **53**, (2021).
15. Cortes, J. Prevenga las enfermedades respiratorias con estas recomendaciones. https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/prevenga-las-enfermedades-respiratorias-con-estas-recomendaciones (2016).
16. Villamil, W. Dengue y cambio climático. https://iraka.unisimon.edu.co/dengue-y-cambio-climatico/ (2025).
17. Sánchez, A. & Posada, M. Impacto del cambio climático en los vectores Aedes aegypti y Aedes albopictus y su importancia en su distribución geográfica en Colombia. https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/Biociencias/article/download/6275/5965 (2022).
18. Instituto Nacional de Salud de Perú. Incremento de la temperatura por el cambio climático favorece la propagación y expansión del zancudo transmisor del dengue. https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/820651 (2023).
19. Organización Mundial de la Salud. *WHO Global Air Quality Guidelines: Particulate Matter (PM2. 5 and PM10), Ozone, Nitrogen Dioxide, Sulfur Dioxide and Carbon Monoxide*. (World Health Organization, Geneva, 2021).
20. U.S. Environmental Protection Agency. Integrated Science Assessment for Particulate Matter. https://www.epa.gov/system/files/documents/2026-06/isa_pm_final2019.PDF (2019).
21. Orellano, P., Reynoso, J., Quaranta, N., Bardach, A. & Ciapponi, A. Short-term exposure to particulate matter (PM10 and PM2.5), nitrogen dioxide (NO2), and ozone (O3) and all-cause and cause-specific mortality: Systematic review and meta-analysis. *Environ. Int.* **142**, 105876 (2020).
22. Pope, C. A. & Dockery, D. W. Health Effects of Fine Particulate Air Pollution: Lines that Connect. *J. Air Waste Manag. Assoc.* **56**, 709–742 (2006).
23. Brook, R. D. *et al.* Particulate Matter Air Pollution and Cardiovascular Disease: An Update to the Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* **121**, 2331–2378 (2010).
24. Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire ambiente (exterior) y salud. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health (2024).
25. Secretaría Distrital de Salud. Evaluación de Impacto en salud: Bogotá, años 2018 – 2022. Análisis de la mortalidad y costos indirectos atribuibles a

la exposición a material particulado en la Bogotá urbana. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/evaluacion-impacto-salud-bogota-2018-2022/ (2026).
26. Organización Mundial de la Salud. 10 chemicals of public health concern. https://www.who.int/news-room/photo-story/detail/10-chemicals-of-public-health-concern (2020).
27. Escolar González, A. Plomo, arsénico, cadmio y mercurio: efectos y estudios en Colombia. https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/bc87df28-a4cb-4982-8b49-f4c78df397e7 (2018).
28. Jardín Botánico de Bogotá. Arbolado Urbano de Espacio Público de Bogotá D.C. https://jbb.maps.arcgis.com/apps/dashboards/d4f25367cfea4b25b5c7bc64f43bb926# (2026).
29. Departamento Administrativo de La Defensoría Del Espacio Público. Observatorio del espacio público de Bogotá. *Indicadores Espacio Público UPL* https://geo.dadep.gov.co/portal/apps/sites/#/indicadoresactual/datasets/b56dd7ff10b94efaad6f7ccbac8817d5/about (2025).
30. Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos. Área afectada por incendio forestal. Bogotá D.C. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/areas-afectadas-por-incendios-forestales-bogota-d-c (2025).
31. Robles, D. Análisis Jurídico del Fenómeno de los Asentamientos Irregulares en Bogotá. (2022).
32. Ceballos Ramos, O. Los derechos de la infancia y las políticas públicas. Reflexiones sobre la incidencia del hábitat en los asentamientos de origen informal en Bogotá. (2018).
33. Castiblanco, D., Llamosa, D. & Rincón, R. Impacto ambiental de las curtiembres, una problemática de vieja data sobre el río Bogotá. (2020).
34. Vargas-Madrid, M. *et al.* Estimativo de la abundancia y densidad poblacional de perros deambulantes (Canis lupus familiaris) en Bogotá D.C., Colombia: una aproximación al bienestar animal. https://www.animalesbog.gov.co/documentos/estimado-poblacional-bogota.pdf (2022).
35. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Enfermedades zoonóticas en Bogotá, D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/enfermedades-zoonoticas-en-bogota-d-c/ (2026).
36. Loaiza-Cordero, N., Santana-Deaza, K., Benavides-Torres, L., Moreno-Velásquez, J. & Rojas-Martínez, L. Priorización de zonas para la implementación de programas de protección y bienestar animal en Bogotá: variable maltrato. https://www.animalesbog.gov.co/images/documentos/observatorio/investig

aciones/20251202-componente-biotico-maltrato-verificado-25nov2025-idpyba.pdf (2025).
37. Secretaría General de la Alcaldía de Bogotá. Estudio técnico de los entornos de la Administración Distrital para analizar los factores externos y su incidencia en el funcionamiento de la organización distrital. https://secretariageneral.gov.co/sites/default/files/documentos_informacion_ppe/2025-07/Documento%20final%20aprobado.pdf (2025).
38. Monroy Hernández, J. Transformación del paisaje y pérdida del servicio ecosistémico de regulación hídrica en cuencas urbanas. Casos microcuencas Tintal y Torca en la ciudad de Bogotá, Colombia. *Rev. Geogr. Norte Gd.* 249–268 (2022) doi:10.4067/S0718-34022022000200249.
39. Departamento Administrativo Nacional de Estadística & Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Producto Interno Bruto de Bogotá D.C. Cuarto trimestre de 2025. (2026).
40. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Bogotá en cifras. Edición 2026. (2026).
41. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Boletín de dinámica empresarial No. 55: diciembre de 2025. (2026).
42. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Más de 64 mil personas encontraron empleo en Bogotá entre enero y septiembre y el desempleo cayó a 8,8 %. (2026).
43. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Boletín Mercado Laboral General No. 184: año 2025 y trimestre octubre-diciembre de 2025. (2026).
44. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Boletín Mercado Laboral General No. 188: trimestre febrero-abril de 2026. (2026).
45. Grupo del Banco Mundial. Guías generales sobre medio ambiente, salud y seguridad. (2007).
46. Secretaría Distrital de Ambiente. ¡Bogotá protege sus recursos naturales! La Secretaría de Ambiente impuso más de 1.500 millones en multas durante el 2025. (2026).
47. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Producto Interno Bruto de Bogotá D. C. (PIB). IV trimestre 2025 preliminar. (2026).
48. Secretaría Distrital de Ambiente. En 2025, Bogotá aprovechó más de 2 millones de toneladas de residuos de construcción y demolición. (2026).
49. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Ocupación informal. Trimestre móvil noviembre 2025-enero 2026. (2026).
50. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal. (2015).
51. Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones población base censo 2018 - Actualización agosto de 2025. *Información y Estadísticas* https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/informacion-estadisticas/censo-2018-act-agosto2025/proyecciones-de-poblacion (2026).
52. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 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 (2023).
53. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Boletín Trimestral Víctimas del Conflicto Armado Ubicadas en Bogotá. Corte enero - marzo 2026. *Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado* https://observatorio.victimasbogota.gov.co/sites/default/files/documentos/BOLETIN_TRIMESTRAL_ENERO_MARZO_2026_VF.pdf (2026).
54. Secretaría Distrital de Planeación. Migrantes venezolanos en Sisbén Bogotá. https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/politica_2_migran_vene_0.pdf (2025).
55. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Fecundidad global y general en Bogotá D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/tasa-global-general-fecundidad-bogota/ (2025).
56. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Mortalidad general en Bogotá D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mortalidad-general/ (2025).
57. Observatorio de Migraciones, Migrantes y Movilidad Humana - OM3 de Migración Colombia. Migrantes venezolanos en Colombia. https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/MigrantesvenezolanosenColombia-Junio2024/MigrantesvenezolanasosenColombia (2026).
58. El Dorado. Estadísticas del aeropuerto. https://eldorado.aero/comunicados/estadisticas-del-aeropuerto (2026).
59. Solar, O. & Irwin, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). (2010).
60. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. (World Health Organization, Geneva, 2008).
61. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. & Taylor, S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* **372**, 1661–1669 (2008).
62. Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. (1991).
63. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1035 DE 2022. (2022).
64. Organización Internacional del Trabajo. Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo 2025. https://www.ilo.org/es/publications/flagship-reports/perspectivas-sociales-y-del-empleo-en-el-mundo-2025 (2025).
65. Benach, J., Muntaner, C., Orielle Solar, Santana, V. & Quinlan, M. *Employment, Work and Health Inequalities: A Global Perspective*. (Unpublished, 2013). doi:10.13140/2.1.3521.1528.

66. Institute of Health Equity. Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review (2010).
67. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Técnico Encuesta Multipropósito Bogotá - Cundinamarca (EM). https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/multi/Boletin_EM_2021.pdf (2022).
68. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Informes Mercado laboral general. https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/informes-mercado-laboral-general/ (2026).
69. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín técnico: Pobreza monetaria en Colombia, año 2025. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PM-2025.pdf (2026).
70. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024: desafíos de la protección social no contributiva para avanzar hacia el desarrollo social inclusivo. https://www.cepal.org/es/publicaciones/80858-panorama-social-america-latina-caribe-2024-desafios-la-proteccion-social (2024).
71. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Información sobre indicadores de pobreza, pobreza extrema y desigualdad en Bogotá y 13 áreas metropolitanas. (2026).
72. Departamento Administrativo Nacional de Estadística & Secretaría Distrital de Planeación. Pobreza en Bogotá D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/pobreza-y-desigualdad-en-bogota-d-c/ (2021).
73. Alkire, S. & Foster, J. Counting and multidimensional poverty measurement. *J. Public Econ.* **95**, 476–487 (2011).
74. Departamento Nacional de Planeación. Índice de Pobreza Multidimensional para Colombia (IPM-Colombia) 1997-2010. https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/estudios%20econmicos/382.pdf (2011).
75. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Índice de Pobreza Multidimensional -IPMen Bogotá en 2024. https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/wp-content/uploads/2025/05/ne_ipm2024.pdf (2024).
76. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud. (2008).
77. Secretaria Distrital de Educación. Comportamiento de la Matrícula Oficial. https://oape.educacionbogota.edu.co/sites/default/files/2026-02/2025_Oficial_Boletin.pdf (2025).
78. Ministerio de Educación Nacional. Información Cobertura en cifras 2025. https://www.mineducacion.gov.co/portal/anos/2026/350799:Informacion-Cobertura-en-cifras-2025 (2026).

79. Organización Mundial de la Salud. Agua para consumo humano. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water (2023).
80. Organización Mundial de la Salud. WHO global water, sanitation and hygiene. (2025).
81. Organización Mundial de la Salud. Water, sanitation and hygiene (WASH). https://www.who.int/health-topics/water-sanitation-and-hygiene-wash#tab=tab_1 (2026).
82. Howard, G. *et al. Domestic Water Quantity, Service Level and Health*. (World Health Organization, Geneva, 2020).
83. Secretaría Distrital de Ambiente. Cobertura Residencial y Legal Servicio de Acueducto - CAC. https://oab.ambientebogota.gov.co/cobertura-residencial-y-legal-servicio-de-acueducto/ (2026).
84. Secretaría Distrital de Ambiente. Usuarios con Servicio de Alcantarillado de la EAB ESP - NUSA. https://oab.ambientebogota.gov.co/usuarios-con-servicio-de-alcantarillado-de-la-eab-esp/ (2026).
85. Secretaría Distrital de Ambiente. Cobertura del Sistema de Alcantarillado Pluvial - CAPL. https://oab.ambientebogota.gov.co/cobertura-del-sistema-de-alcantarillado-pluvial/ (2026).
86. Secretaría Distrital de Ambiente. Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano- EAAB- E.S.P. - IRCA. https://oab.ambientebogota.gov.co/indice-de-riesgo-de-la-calidad-del-agua-para-consumo-humano-eaab-e-s-p/ (2026).
87. Organización Mundial de la Salud. Integrar la salud en la planificación urbana y territorial. https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/06/21116_spanish_integrating_health_in_urban_and_territorial_planning.pdf (2021).
88. Food and Agriculture Organization of the United Nations. An Introduction to the Basic Concepts of Food Security. https://www.fao.org/4/al936e/al936e00.pdf (2008).
89. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín técnico: Inseguridad alimentaria a partir de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES), Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2025. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/FIES/bol-FIES-2025.pdf (2026).
90. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf (2024).
91. Secretaría Distrital de Salud. Malnutrición en niños menores de 5 años en Bogotá. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/desnutricion-y-excesos-de-peso-en-ninos-menores-de-5-anos-en-bogota-d-c (2026).
92. Secretaría Distrital de Salud. Proporción de Lactancia Materna Exclusiva Bogotá D.C. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/proporcion-de-lactancia-materna-exclusiva (2025).

93. Secretaría Distrital de Salud. Malnutrición en población gestante en Bogotá D.C. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/malnutricion-en-poblacion-gestante-en-bogota-d-c (2025).
94. Secretaría Distrital de Salud. Malnutrición en población de 18 a 64 años en Bogotá. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/malnutricion-en-poblacion-de-18-a-64-anos-en-bogota (2025).
95. Secretaría Distrital de Salud. Malnutrición en población mayor de 65 años. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/malnutricion-en-poblacion-mayor-de-60-anos-en-bogota-d-c (2026).
96. Secretaría Distrital de Salud. Exposición a tabaco en personas de 60 años y más en Bogotá D.C. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/consumo-de-tabaco-en-bogota-d-c (2026).
97. Secretaría Distrital de Salud. Consumo abusivo o problemático de sustancias psicoactivas. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/consumo-abusivo-o-problematico-de-sustancias-psicoactivas (2026).
98. Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida Bogotá 2024. https://bogotacomovamos.org/informe-de-calidad-de-vida-2024/ (2024).
99. Organización Mundial de la Salud. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809f813f-5b90-4187-861b-3953bb54e244/content (2007).
100. Barbazza, E. & Tello, J. E. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* **116**, 1–11 (2014).
101. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la construcción de núcleos de inequidad sociosanitaria. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-nucleos-inequidad.pdf (2026).
102. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Veedurías ciudadanas en salud en Bogotá D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/veedurias-ciudadanas-salud/ (2026).
103. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Personas que participan en espacios e instancias de Participación Social en Salud en Bogotá D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/espacios_instancias/ (2026).
104. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Organizaciones fortalecidas para la participación en salud en Bogotá D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/gestion_poblaciona_territorial/ (2026).
105. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de afiliación en salud. https://www.minsalud.gov.co/Proteccion-Social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx (2026).

106. Organización Mundial de la Salud. Health Systems Resilience. https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience (2026).
107. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud 2025 Situación de Salud en Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2025 (2025).
108. Secretaría Distrital de Salud. Estadísticas Aseguramiento. https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Estadisticas-aseguramiento.aspx (2026).
109. Defensoria del Pueblo. Medicamentos inaccesibles, derechos vulnerados; Un análisis con enfoque territorial en Colombia. https://www.defensoria.gov.co/documents/3330994/3908544/4_Medicamentos_inaccesibles_derechos_vulnerados.pdf/5e193c89-6b36-ff04-f98f-f39b0149ff90?t=1778183522535 (2025).
110. Supersalud. Observatorio Estadística AnaliSalud. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTMwY2Y4ZjEtNWI0MC00YjAxLThjOGUtMjdiYWZhZjVlZjgzIiwidCI6IjE3YzQwYzUxLWIxZGYtNGUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCIsImMiOjR9 (2026).
111. Vera, D. F. J. Análisis de la Tercerización Estatal en el Sector Salud de Bogotá y las Diferentes Políticas Públicas de Intervención. (Escuela Superior de Administración Pública).
112. Más de 400 trabajadores de la salud denuncian precariedad laboral ante Mintrabajo y Procuraduría. https://consultorsalud.com/400-trabajadores-de-la-salud-precariedadlaboral/.
113. Líder comunitaria, La Candelaria. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
114. Líder comunitaria, Usaquén. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
115. Líder comunitario, Kennedy. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
116. 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. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=190254 (2025).
117. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Consolidado para Bogotá D.C., corte 31 de diciembre de 2025. https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ (2025).
118. Secretaría Distrital de Salud. Secretaría de Salud realizó las tres primeras mesas de conciliación de pagos entre EAPB e IPS. https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=2578 (2025).
119. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá, SaluData. Veedurías ciudadanas en salud en Bogotá D.C. Corte cuarto trimestre de 2025.

https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/veedurias-ciudadanas-salud/ (2025).
120. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá, SaluData. Personas que participan en espacios e instancias de Participación Social en Salud en Bogotá D.C. Corte cuarto trimestre de 2025. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/espacios_instancias/ (2025).
121. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Convocatoria para operar servicio dirigido a personas mayores en situación de abandono hospitalario o social en Bogotá. *Portal Bogotá* https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/convocatoria-para-operar-servicio-personas-mayores-en-bogota-2025 (2025).
122. Líder comunitario, Santa Fe. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
123. Líder comunitario, Ciudad Bolívar. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
124. Líder comunitario, Rafael Uribe Uribe. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
125. Líder comunitario, Tunjuelito. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
126. Líder comunitario, Usme (zona rural). Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
127. Subred Sur, Ciudad Bolívar. Registro de campo. (2026).
128. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá – SaluData. Mortalidad atribuida a la exposición de largo plazo a PM2,5. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mortalidad-calidad-aire/ (2024).
129. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. *Boletín Técnico GEIH. Ocupación Informal Trimestre Octubre - Diciembre 2025*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHEISS-oct-dic2025.pdf (2026).
130. Ámbito Jurídico. Panorama del estrés laboral en Colombia. *Ámbito Jurídico* https://www.ambitojuridico.com/noticias/informe/laboral-y-seguridad-social/panorama-del-estres-laboral-en-colombia (2019).
131. Ministerio de Salud y Protección Social. *Resultados Encuesta Nacional de Salud Mental 2025*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/resultados-ensm-2025.pdf (2025).
132. González, A., Santander, J. & Rojas, S. Violencia intrafamiliar: un análisis de la política pública. (2023).
133. OMEG. Cuando el hogar no es seguro: hallazgos sobre la violencia intrafamiliar en Bogotá. https://bogota.gov.co/mi-ciudad/mujer/el-hogar-el-lugar-con-mas-violencia-intrafamiliar-en-bogota-2025 (2025).
134. OMEG. Aún con altos niveles de formación, las mujeres enfrentan una brecha salarial de al menos 20% en Bogotá. https://bogota.gov.co/mi-

ciudad/mujer/bogota-evidencia-brechas-salariales-en-mujeres-segun-nivel-educativo (2026).
135. ONU Mujeres & Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. *Tercera Medición Del Estudio Sobre Tolerancia Social e Institucional de Las Violencias Contra Las Mujeres (VCM)*. (2021).
136. Secretaría Distrital de la Mujer. Cuando el hogar no es seguro: hallazgos sobre la violencia intrafamiliar en Bogotá. https://www.sdmujer.gov.co/noticias/news/cuando-el-hogar-no-es-seguro-hallazgos-sobre-violencia-intrafamiliar-en-bogota.
137. Líder comunitaria, Bosa. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
138. ONU. Los espacios verdes: un recurso indispensable para lograr una salud sostenible en las zonas urbanas. *United Nations* https://www.un.org/es/chronicle/article/los-espacios-verdes-un-recurso-indispensable-para-lograr-una-salud-sostenible-en-las-zonas-urbanas (2016).
139. Peciña-Lopez, A. R., Roberto Madera-Arends, Editor: Daniel. *Los espacios públicos en América Latina y el Caribe: guía práctica para su reactivación en la pospandemia*. (Banco Interamericano del Desarrollo, 2022).
140. Martínez-Soto, J., Montero, M., López-Lena, M. & RocaChiapas, J. M. de la. Efectos Psicoambientales De Las Áreas Verdes En La Salud Mental. *Interam. J. Psychol.* **50**, 204–2014 (2016).
141. Secretaría Distrital de Salud. Conducta suicida en Bogotá D.C. *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/conducta-suicida/ (2026).
142. Líder comunitaria, Antonio Nariño. Entrevista mesa local MAS Bienestar. (2026).
143. Secretaría Distrital de Salud. Violencia intrafamiliar y de género en Bogotá D.C. *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/violencia-intrafamiliar/ (2026).
144. Observatorio de Mujeres y Equidad de Género, Pontificia Universidad Javeriana & Universidad de Antioquia. *Vidas Que Importan, Datos Que Cuentan: Comprensión Del Feminicidio En Bogotá*. (Secretaría Distrital de la Mujer, 2025).
145. Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad por accidentes de tránsito. *SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá* https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mortalidad-de-accidentes-de-transito/ (2026).
146. Nuevo Servicio Especializado Resolutivo SER en Suba al norte de Bogotá | Bogota.gov.co. https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/nuevo-servicio-especializado-resolutivo-ser-en-suba-al-norte-de-bogota.


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ