

Plan de Territorial de Salud

Bogotá Mejor para Todos

2016 - 2020



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020

“Bogotá Mejor para Todos”

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
Bogotá D.C. Junio de 2016

Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 **“Bogotá Mejor para Todos”**

<p>Enrique Peñalosa Londoño Alcalde Mayor de Bogotá D.C.</p> <p>Luis Gonzalo Morales Sánchez Secretario Distrital de Salud de Bogotá D.C.</p> <p>Juan Carlos García Ubaque Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial</p> <p>Gilberto Álvarez Uribe Subsecretario de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Patricia Arce Guzmán Subsecretaría de Salud Pública</p> <p>Sulby Patricia McBain Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento</p> <p>Luz Marina Agudelo Subsecretaria Corporativa</p> <p>Asesores de Despacho Alfredo Luis Rueda Prada Héctor Mario Guzmán Acosta Diego Felipe Rengifo Velásquez Manuel José Sáenz Ardila María Helena Buritica de V. Lucía Y. Alfaro de Salamanca María Luisa Castro Latorre Juan Pedro Mendoza Ramírez</p>	<p>Adriana Jiménez Báez Jefe Oficina Asesora Jurídica</p> <p>Ronald Ramírez López Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones</p> <p>Yilda Ponce Yanci Jefe Oficina Asuntos Disciplinarios</p> <p>Adriana Posada Suarez Directora Planeación Sectorial</p> <p>Omar Tarsicio Cañas Director de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud</p> <p>Jairo Enrique Berján Vásquez Director de Infraestructura y Tecnología</p> <p>Juan Alvarado Solano Director Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad</p> <p>Laura Milena Ramírez Serrano Directora Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Juan Carlos Pinto Director Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva</p>	<p>Libia Esperanza Forero Ramírez Directora Salud Colectiva</p> <p>Gabriel Darío Paredes Zapata Director Urgencias y Emergencias en Salud</p> <p>Anabelle Arbeláez Vélez Directora Calidad de Servicios de Salud</p> <p>Juan Carlos Ordóñez Garzón Director Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud</p> <p>Consuelo Peña Aponte Directora Provisión de Servicios</p> <p>Graciela C. Retamoso Llamas Directora de Gestión de Talento Humano</p> <p>Ana Sofía Alvarado Directora Administrativa</p> <p>Gabriel Lozano Díaz Director Financiero</p> <p>Rafael Alfredo López Forero Director TIC</p> <p>Luis Enrique Martínez Riveros Director de Planeación Institucional y Calidad</p>
<p>Equipo Técnico Dirección de Planeación Sectorial</p> <p>Alejandro Castaño Vásquez Mirian Andrea Ruiz Dionisio Guerly Alfonso López Palacios Ángela Andrea Pórtela Dussan Nirley Stella Vargas Diaz</p> <p>Equipo Líder Salud Pública</p> <p>Libia Janet Ramírez Garzón Ricardo Rojas Higuera Fernán del Cristo Espinosa Tamara</p>	<p>Equipo Coordinador PASE a la Equidad en Salud María Claudia Franco Morales Irlena Salcedo Pretelt Claudia Serrano Marina García de Lichst Lilian Maritza Núñez Forero Yolanda Ramírez Mónica L. Ganados Rodríguez Gloria Milena Gracia Charry</p> <p>Coordinación General Lucía A. Forero Rojas Dirección de Planeación Sectorial Juan Carlos García Ubaque Subsecretaria de Planeación y Gestión</p>	<p>Coordinación Técnica por Dimensiones PASE</p> <p>Libia Janet Ramírez Garzón Andrea Liliana Pachón S. Luz Helena Rúa Martínez Daniel Arévalo Penagos Manuel A. González Martínez Oscar Andrés Cruz Martínez José N. Navarrete Rodríguez Laura Martínez Ivonne Arévalo Moreno Isabel Rojas Lindarte Alix Moreno Addie Dilson Ríos Romero</p>

Tabla de Contenido

Presentación	10
Introducción	11
1 Fundamentos de la Política de Salud 2016-2020	13
1.1 Cumplir con lo prometido	13
1.2 Cumplir con la normatividad vigente	15
1.3 Escuchar recomendaciones de la OMS y de la OPS	17
1.4 Construir sobre lo construido	18
2 Referentes Conceptuales	20
2.1 Salud Urbana un concepto marco orientador para el Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C.	20
2.2 Atención Primaria en Salud Resolutiva	23
2.3 Los determinantes sociales de salud en Bogotá D.C.	24
2.4 Gestión Integral del Riesgo en Salud para orientar acciones y mejorar resultados.....	25
2.5 Abordaje individual durante el Curso de Vida	27
2.6 Redes integradas de servicios de salud.....	28
2.7 Gobernanza y Rectoría.....	30
3 Sustento Normativo	32
4 Metodología	34
4.1 Primer Proceso: De Alistamiento Institucional	34
4.2 Segundo Proceso: De Ruta Lógica	36
4.3 Tercer Proceso: De Gestión Operativa.....	39
4.4 Estimación de diferenciales en salud por localidades 2014.....	40
5 Análisis de la Situación de Salud en Bogotá D.C.	43
5.1 Caracterización de los Contextos Territorial, Poblacional, Urbanístico, Social y Económico.....	43
5.1.1. Caracterización del Territorio y del Medio Ambiente.....	43
5.1.2. Estructura y Dinámica de la Población Residente en Bogotá D.C.	45
5.1.3. Contexto Urbano, Económico y Social de Bogotá D.C.	50
5.2. Efectos Sobre la Salud.	58
5.2.1. Perfil de Mortalidad en Bogotá D.C.	58
5.2.2. Perfil de Morbilidad en Bogotá D.C.....	61
5.2.3. Diferenciales en Salud por Dimensiones Prioritarias	64
5.2.3.1. Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles	64
5.2.3.2. Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles.....	70
5.2.3.3. Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	75
5.2.3.4. Salud Ambiental	78
5.2.3.5. Salud Laboral	82
5.2.3.6. Salud Mental y Convivencia Social	85
5.2.3.7. Accidentes y Violencia	87
5.2.4. Otras Intervenciones en Salud Pública.....	90
5.2.4.1. Salud Pública en Emergencias y Desastres	90
5.2.4.2. Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	91
5.3. Respuesta del Sistema a las Condiciones de Salud	92
6 Orientación Estratégica del Plan	96
6.1. Plataforma Estratégica	96
6.1.1. Misión	96
6.1.2. Visión.....	96
6.1.3. Objetivos Estratégicos.....	96
6.2. Pilares y Estrategias Transversales.....	97

6.3.	Primer Pilar: Igualdad de Calidad de Vida	98
6.3.1.	Programa Atención Integral y Eficiente en Salud.....	98
6.3.1.1.	Proyecto de Inversión Atención Integral en Salud.....	99
6.3.1.2.	Proyecto de Inversión Redes Integradas de Servicios de Salud.....	104
6.3.1.3.	Proyecto de Inversión Conocimiento e Innovación al Servicio de la Salud.....	106
6.3.2.	Programa Infraestructura Física y Tecnológica de las Sedes de Salud	108
6.3.2.1.	Proyecto de inversión Infraestructura Física y Tecnológica de las Sedes de Salud	109
6.4.	Eje Transversal 4: Gobierno Legítimo y Eficiencia Administrativa y Fortalecimiento Local.	110
6.4.1.	Proyecto de inversión Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud.	111
7	Responsabilidades de los Diferentes Agentes con el Plan Territorial de Salud 2016-2020	115
8	Financiación Plan Territorial de Salud.....	118
9.	Bibliografía	123
10	Anexos Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020	125

Listado de Tablas

Tabla 1. Población por Sexo y Agrupaciones de Edad. Bogotá D.C. 2016.....	47
Tabla 2 Indicadores económicos. Bogotá 2014	51
Tabla 3 Coberturas de Servicios Públicos Por Hogares y Estratos Bogotá, 2014	51
Tabla 4 Tasas de Participación, Ocupación, Desempleo y Subempleo	53
Tabla 5 Población por Estratos Bogotá D.C. 2014.....	53
Tabla 6 Pobreza Multidimensional Colombia y Regiones, 2014 y 2015 (%)	54
Tabla 7 Indicadores de Mortalidad en Bogotá D.C. Total y por Localidades 2014	60
Tabla 8 Comportamiento de los indicadores de morbilidad en Bogotá por localidad 2014	62
Tabla 9 Tasa de mortalidad en menores de 5 años Bogotá, 2010-2014.....	70
Tabla 10 Casos de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia n Bogotá D.C. 2012- 2015*	81
Tabla 11 Notificación de brotes atendidos. Bogotá, 2012-2014.....	90
Tabla 12 Ingresos FFDS 2006-2016 en Pesos Corrientes	118
Tabla 13 Ingresos FFDS 2006-2016 en Pesos Constantes	119
Tabla 14 Gastos Fondo Financiero Distrital de Salud 2006-2016 en Pesos Corrientes.....	120
Tabla 15 Gastos FFDS 2006-2016 en Pesos Constantes.....	121
Tabla 16 Plan Financiero Plurianual Bogotá Mejor Para Todos 2016-2020 FFDS	122

Listado de Gráficos

Gráfico 1 Probación Urbana y Rural 1950-2000-2050	20
Gráfico 2 El Nuevo Modelo de Atención: Operación	22
Gráfico 3 Modelo de Atención en Salud para Bogotá D.C. Operación.....	26
Gráfico 4 Primer Proceso: Alistamiento Institucional (Momentos Pasos y Actividades).....	35
Gráfico 5 Segundo Proceso: De Ruta Lógica (Momentos, Pasos y Actividades)	37
Gráfico 6 Metáfora Actual Bogotá D.C.....	39
Gráfico 7 Metáfora Deseada Para Bogotá	39
Gráfico 8 Tercer Proceso: De Gestión Operativa (Momentos Pasos y Actividades)	40
Gráfico 9 Pirámide Poblacional Bogotá D.C. 2005 - 2015 –2020	47
Gráfico 10 Hogares con Internet por Estrato.....	52
Gráfico 11 Hogares con Servicios Públicos por Localidad Bogotá D.C.2011-2014.....	52
Gráfico 12 Estructura de la Fuerza Laboral en Bogotá D.C.	52
Gráfico 13 Tasa de Desempleo Bogotá D.C. y País 2003-2014	53
Gráfico 14 Incidencia de la Pobreza Monetaria en Bogotá D.C. 2002-2014.....	54
Gráfico 15 Índice de Pobreza Multidimensional Bogotá - Nación 2010 a 2015.....	55
Gráfico 16 Coeficiente de Gini Bogotá - Colombia 2010 a 2015.....	56
Gráfico 17 Población De Bogotá D.C. En El Sistema De Seguridad Social En Salud 2015	56
Gráfico 18 Población de Bogotá D.C. 2008-2015 Según Condición en el SGSSS.....	57
Gráfico 19 Estado nutricional peso para la edad menores de 5 años Bogotá, D.C. 2009-2014.....	91
Gráfico 20 Estructura Plan Distrital de Desarrollo: Bogotá Mejor Para Todos	97
Gráfico 21 El Nuevo Modelo de Atención en Salud para Bogotá D.C.	99
Gráfico 22 Ingresos 2016 Fondo Financiero Distrital de Salud	118
Gráfico 23 Ingresos en pesos Constantes FFDS 2006-2016	119
Gráfico 24 Gastos FFD 2006-2016 en pesos corrientes	120
Gráfico 25 Gastos FFDS en pesos contantes 2006-2016.....	121

Listado De Mapas

Mapa 1 Población Urbana y Rural en Bogotá .D.C. 2016.....	21
Mapa 2 Redes Integradas de Servicios de Salud.....	27
Mapa 3 Estructura Ecológica de Bogotá D.C.....	44
Mapa 4 Zonas de Riesgos Naturales Bogotá D.C.	45
Mapa 5 Área Rural y Urbana del Distrito Capital	46
Mapa 6 Mortalidad por EPOC, Diabetes e HTA en menores de 70 años 2014 Bogotá D.C.	65
Mapa 7 Mortalidad por cáncer total población según localidad. Bogotá 2014.....	66
Mapa 8 Morbilidad por Condiciones no Transmisibles (Crónicas) Bogotá 2014 Población Total	68
Mapa 9 Mortalidad por Transmisibles 2014 Bogotá D.C.	71
Mapa 10 Morbilidad 2014 por Localidades de Bogotá D.C. por Eventos Trasmisibles Vida saludable y condiciones transmisibles.....	73
Mapa 11 Mortalidad Materna 2014 por Localidades Bogotá D.C.	76
Mapa 12 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en Bogotá 2014	78
Mapa 13 Establecimientos vigilados y controlados, Bogotá D.C., año 2014	79
Mapa 14 Control Emisiones Atmosféricas	80
Mapa 15 Enfermedades de salud ambiental y ámbito laboral en Bogotá 2014.....	84
Mapa 16 Consumo de sustancias psicoactivas en infancia adolescencia 2015 Bogotá D.C.	86
Mapa 17 Salud mental y convivencia social en Bogotá 2014	87
Mapa 18 Violencia intrafamiliar en niños niñas adolescentes 2015 Bogotá D.C.....	88
Mapa 19 Morbilidad por Accidentes y Violencias Bogotá D.C. 2014.....	89
Mapa 20 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas Bogotá, D.C.....	93
Mapa 21 Población e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Bogotá, D.C. 2013	95

Presentación

En cumplimiento de la Ley 152 de 1994, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo; así como, de lo estipulado en el Acuerdo 12 de 1994, por el cual se adopta el Estatuto de Planeación del Distrito Capital, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. pone a consideración de la ciudad y de sus habitantes el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. para el período 2016-2020, el cual fue formulado siguiendo los lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social establecidos para los entes territoriales en el contexto del proceso de planeación integral para la salud reglamentado en la Resolución 1536 de 2015 en desarrollo de las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

Como punto de partida y eje central el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 se tiene el Programa de Gobierno “Recuperemos Bogotá D.C.”, para lo cual se articula con el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos” en sus Pilares y Estrategias Transversales. En particular el plan propuesto contribuye con el primer Pilar “Igualdad de Calidad de Vida”, en el cual se propicia la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más pobre con el fin de lograr la reducción de diferenciales de riesgos en salud, por medio de los programas “Atención Integral y Eficiente en Salud” y “Modernización de la Infraestructura Física y Tecnológica en Salud”

Igualmente se participa de la cuarta estrategia transversal: “Gobierno Legítimo, Eficiencia Administrativa y Fortalecimiento Local” restableciendo condiciones para el buen gobierno de la salud en la ciudad a través del programa Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud.

El Plan se construyó siguiendo los lineamientos de la metodología “PASE a la Equidad en Salud” conforme a lo establecido en la Resolución 1536 de 2015 por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud:

“...Para elaborar la priorización en salud pública, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud” en los pasos (1) uno al (8) ocho de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin...”.

El proceso se inició en 2015, momento desde el cual se contó con participación de los demás sectores de la administración distrital.

El Documento final está conformado por diez (10) apartes: i) Los lineamientos generales de la que será la política distrital de salud y los fundamentos fácticos sobre los cuales éste se desarrolla; ii). El referente conceptual y los principios rectores; iii). El sustento normativo; iv). La metodología; v). El análisis de la situación de salud en Bogotá D.C.; vi). La orientación estratégica del Plan; vii). Las responsabilidades de los diferentes actores con el Plan Territorial de Salud; viii). El Financiamiento del Plan Territorial de Salud; ix). Bibliografía y x). Anexos.

Introducción

El sistema de salud en Bogotá D.C. atraviesa hoy por una grave crisis, que afecta notoriamente su legitimidad social. El desempeño general es fiel reflejo de la fragmentación manifiesta en la falta de coordinación entre entidades del sector, duplicidades de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa o sobresaturada, servicios no resolutivos y competencia desleal entre prestadores públicos.

Los servicios del plan de intervenciones colectivas (PIC) y del plan obligatorio de salud (POS) llegan a la población de manera fraccionada y con frecuencia inoportuna, hay pérdida de continuidad en la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de la población. El modelo asistencial sigue centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y en la atención hospitalaria. La capacidad rectora de la autoridad sanitaria territorial es débil.

Tampoco hay una gestión adecuada del riesgo de enfermar y morir, dado en la ciudad por el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la comorbilidad, la presencia de enfermedades infecciosas y transmisibles, el deterioro de la salud mental de la población, el aumento de la violencia y de las lesiones y el deterioro de la salud ocupacional, que exigen respuestas más equitativas e integrales del sistema de salud incluidos sectores de la administración local y nacional.

Así las cosas, la nueva administración de Bogotá D.C. enfrenta grandes desafíos en materia de salud y calidad de vida. El más importante sacar la salud de la crisis y dirigirla por la senda que le señalan los desarrollos normativos y las tendencias mundiales, En el primer aspecto esta la Ley Estatutaria, que ratifica la salud como derecho fundamental y el Plan Nacional de Desarrollo que ordena avanzar en un nuevo modelo de salud y prestación de servicios, fundamentados en la atención integral y las redes integradas de servicios; En el segundo están las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que sugieren avanzar en modelos de cobertura universal y planes de salud integrales prestados por Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS resolutivas.

La política distrital de salud para el cuatrienio 2016-2020 parte de reconocer la existencia de un conjunto de políticas nacionales en torno a un sistema de salud que viene operando desde 1993, consistente en un esquema de aseguramiento social de carácter universal y obligatorio, que separa y especializa en entidades diferentes las funciones de rectoría, vigilancia y control, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Este modelo a pesar de sus logros en materia de cobertura casi total del aseguramiento y de la progresiva disponibilidad de servicios de salud básicos y especializados en ciudades intermedias y pequeñas, que antes no los tenían, enfrenta hoy una grave crisis financiera y de legitimidad que tiene al borde del colapso a varias Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 se constituye en una herramienta para lograr la recuperación y transformación del sistema de salud en la ciudad, centrándose en superar las dificultades que enfrenta, alcanzar la universalidad, eliminar las fronteras entre regímenes, planes de beneficios y formas de financiación y alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos, tal y como lo prometiera en su campaña el Alcalde de Bogotá D.C. Dr. Enrique Peñalosa Londoño: **“...los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva...”**.

A la vez con el Plan se busca a través de un modelo de salud urbana afectar los determinantes de salud que afectan a la mayor parte de la población residente en Bogotá D.C. y reducir los diferenciales e inequidades de salud presentes entre grupos, y localidades bajo un enfoque de gestión del riesgo en salud.

La estrategia incluye el desarrollo e implementación de un nuevo modelo de atención en salud fundamentado en la Atención Integral en Salud desde la promoción y fomento de la salud en los ámbitos, primordialmente en vivienda, trabajo, educación y espacio público, hasta la atención especializada a nivel domiciliario y hospitalario, utilizando como herramientas la Gestión Integral del Riesgo en Salud y la Atención Primaria en Salud Resolutiva, operando bajo un nuevo modelo de prestación de servicios sustentado en la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cual se ofrecen y garantizan integralmente los servicios del POS y del PIC, y se atienden las poblaciones por equipos multidisciplinarios, borrando las fronteras artificiales que se crearon en torno a planes de beneficios, esquemas de afiliación, operación y financiación.

La organización y operación de los servicios se enfoca en combatir las causas prioritarias de enfermar y morir en las poblaciones más vulnerables afectando los determinantes y en avanzar en la gestión integral del riesgo en salud para mejorar el nivel de salud y transformar la experiencia del ciudadano cuando utiliza los servicios de salud; así como en reducir diferencias en morbilidad evitable entre localidades y territorios con unos costos acordes con los beneficios recibidos.

Como se mencionó, la Atención Primaria en Salud seguirá siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, pero superando el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención, así como también el de la separación artificial de lo individual y lo colectivo, para dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas de atención.

Dentro de este esquema se activarán las rutas integrales de atención que permiten respuesta oportuna y de calidad, garantizando una relación equilibrada entre asegurador y prestador; un modelo de atención centrado en el sur y occidente de Bogotá D.C. y una ampliación de la atención del sector a afiliados del régimen contributivo.

Para el adecuado funcionamiento del modelo de gestión de servicios e instituciones es fundamental el desarrollo de la transparencia y la excelencia en la calidad, al igual que el mejoramiento continuo y la innovación de sus componentes técnicos y humanos, con total respeto al paciente y a la autonomía de los profesionales, aspectos que exigen una fuerte presencia de las instituciones universitarias en todos sus ámbitos de acción.

1 Fundamentos de la Política de Salud 2016-2020

“... En materia de salud los ciudadanos contaremos con un sistema eficiente digno y que valore a las personas. A través de los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) en todas las localidades, con esquemas multidisciplinarios de prevención y una red de atención acreditada y saneada, la ciudad garantizará este derecho fundamental. Se reducirán las enfermedades de alto impacto, la mortalidad materna e infantil y los embarazos adolescentes. Con gerencia efectiva garantizaremos una reducción en los tiempos de espera para atención y el acceso oportuno y universal a la misma...”

Enrique Peñalosa Londoño
..... Bogotá D.C. diciembre de 2015

El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 se fundamenta en los cuatro pilares que el Alcalde Enrique Peñalosa planteó en su Programa de Gobierno a saber: i) Cumplir con lo prometido, ii) Cumplir con la normatividad vigente, iii) Guiarse por las recomendaciones de organismos internacionales y iv) Construir sobre lo construido.

1.1 Cumplir con lo prometido

En el Programa de Gobierno 2016–2020 inscrito en la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Alcalde Peñalosa y el “Equipo por Bogotá” se comprometieron a recuperar para los ciudadanos el derecho a acceder a un sistema de salud en el cual los atiendan con dignidad, de forma rápida y efectiva en el cual el Distrito asume y consolida su responsabilidad como primera autoridad en salud con mayor control social en los servicios de salud, como respuesta a la situación actual de la salud en la ciudad: “...Los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva...”. “...la atención en salud en Bogotá no puede esperar más debemos realizar el cambio de fondo que nuestra ciudad necesita...”¹.

La Administración Distrital hará que el Distrito asuma y consolide su responsabilidad como primera autoridad en salud de la ciudad. “...La ciudad requiere una estrategia renovada de Atención Primaria en Salud más efectiva, que responda a la creciente demanda de mayor oportunidad, calidad y priorización de los servicios. No podemos seguir echándole la culpa a la Ley 100 o esperando que el Gobierno Nacional resuelva los problemas de salud de la ciudad. Hay que actuar ya, de manera planificada y en coordinación con ciudadanos y actores del sector salud...”

Otros aspectos a destacar en el programa de gobierno son:

- “...Se crearán Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), distribuidos en todas las localidades de la ciudad que, cercanos a la gente, atenderán con éstos para resolver integralmente las demandas de salud de la población...”. En estos centros se resolverán más del 70% de las consultas que hoy se hacen injustificadamente por urgencias. Estarán ubicados

¹Equipo Por Bogotá D.C. Programa de Gobierno Coalición Equipo por Bogotá D.C. “Recuperemos Bogotá D.C.” Enrique Peñalosa Londoño Alcalde de Bogotá D.C. 2016–2019. Bogotá D.C. julio de 2015. Disponible en <http://www.registraduria.gov.co/PLANES-DE-GOBIERNO-CANDIDATOS.html>. Fecha de consulta, Bogotá D.C. abril 4 de 2016.

cerca de los hospitales para permitir el alivio a sus servicios de urgencias, operando en coordinación con éstos...”.

- “...La Nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutiva y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Contará con equipos multidisciplinarios extramurales de atención, en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables. Dentro de éstos, además existirán los Equipos de Atención Integral a Poblaciones Especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de la calle, personas en situación de discapacidad y población vulnerable. Focalizarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud. Estos equipos se ampliarán de acuerdo a la demanda observada...”.
- “...Se garantizará, a través de un Programa Preventivo Integral para los ciudadanos, con la articulación entre las EPS, IPS y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. acciones promocionales y preventivas para los habitantes de la ciudad con el fin de prevenir y detectar enfermedades y situaciones de riesgo tempranamente...”.
- “...Se creará la Central de Urgencias del Sur (CEUS) que servirá para fortalecer y coordinar la atención de urgencias en el sur de la ciudad que hoy es totalmente insuficiente. Desde allí se realizará la recepción, manejo inicial y posterior atención o remisión a la red de hospitales distritales, de los pacientes urgentes que requieran de atención de mediana y alta complejidad. Además, se creará el Instituto Distrital para la Gestión de las Urgencias y Emergencias y de la Atención Pre-Hospitalaria y Domiciliaria en Bogotá D.C. (IDGUAPH), desde el cual se desarrollará el nuevo modelo de Ambulancias y Atención Pre-hospitalaria...”.
- “...Se reactivará y renovará el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud en su composición y operación, bajo el liderazgo del Distrito y con una fuerte participación de las comunidades usuarias. Este Consejo actuará como la verdadera Junta Directiva de la salud de la ciudad. A este Consejo asistirán, como miembros permanentes, destacadas personalidades del sector empresarial y universitario de la ciudad que aporten al cuidado y desarrollo de la salud...”.
- “...Se implementará el Programa Bogotá Salud Digital para poner fin a las inhumanas filas que a diario se ven desde tempranas horas en prácticamente todas las instituciones de salud de la ciudad. Tenemos que acercar la salud al ciudadano. A través de esta plataforma y de una aplicación móvil, los ciudadanos podrán acceder a información de salud, disponer de su historial médico, hacer denuncias, realizar trámites, evaluar el desempeño de las instituciones del sector y hacer seguimiento a las solicitudes de servicios de salud...”.
- “...A través de la implantación de los Acuerdos de Gestión por Desempeño, firmados por los hospitales y la administración Distrital, vamos a garantizar la oportuna y satisfactoria atención de los pacientes. Estos acuerdos serán promovidos y vigilados por las Juntas Directivas de los Hospitales Distritales, quienes a su vez deberán rendir cuentas al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud sobre su desempeño y resultados...”.
- “...La totalidad de los hospitales Distritales deberá iniciar un proceso de Acreditación de Calidad Hospitalaria como primer paso hacia la búsqueda de la excelencia en el servicio, el cual además, será la base para la evaluación del desempeño de sus gerentes. Con esta iniciativa vamos a elevar la calidad de los hospitales distritales, ubicándolos entre los mejores del país...”.
- “...Se creará un Equipo Especializado en Administración y Finanzas Hospitalarias (...) con el fin de apoyar técnicamente el desarrollo de las actividades de planificación y control que debe ejercer la Administración Distrital desde las Juntas Directivas de sus hospitales. Con estos equipos se busca promover una gestión transparente y eficiente de sus recursos...”.

1.2 Cumplir con la normatividad vigente

Bogotá Mejor para Todos, cumplirá con la normatividad vigente para avanzar en la organización de los servicios de salud de manera que le permitan a la población de Bogotá D.C. atención integral permanente con oportunidad y accesibilidad, bajo el enfoque de la gestión del riesgo en un modelo de salud urbana en espacios de vivienda, educación, trabajo y espacio público y un modelo de salud rural, según las condiciones particulares de cada individuo y grupo poblacional.

Para la atención en Bogotá D.C. se definirán rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, rutas de atención específicas por grupos de riesgos, fortalecimiento del prestador primario, operación en redes integrales de servicios, desarrollo del talento humano en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, desarrollo de incentivos en salud y definición de requerimientos de información soportados en una única plataforma digital.

De manera especial se considera:

- **Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud**

Los apartes más relevantes en esta Ley que son afines a la propuesta de salud y a las responsabilidades más directas del Distrito en este campo, y que además señalan el desarrollo futuro del sector salud en el país y en la ciudad, se describen enseguida:

- “...Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas...”.
- “...Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario...”.
- “...Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados...”.
- “...Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud...”.

- “...Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan...”.
- “...Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas...”.
- “...Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas...”.
- “...Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica...”.
- “...Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales...”.
- “...Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros...”.
- “...Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud...”.

• Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018

En los apartes más relevantes de esta Ley que son afines a la propuesta de salud y a las responsabilidades más directas del Distrito Capital en este campo y que además señalan el desarrollo futuro del sector salud en el país y en la ciudad, se establece la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

De igual forma se estipula la integralidad de los servicios de salud que deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador, sin fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. “...La ley mantiene el enfoque de Determinantes sociales de salud, las redes de servicios, como base para la organización de los servicios; la atención integral en salud que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas...”.

Incorpora lineamientos para la política para el manejo de la información en salud, con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones y la política pública en salud como política de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

Esta Ley en su Artículo 65 establece que en la Política Integral en Salud se integrarán los siguientes enfoques: Atención Primaria en Salud (APS); salud familiar y comunitaria; articulación de las actividades individuales y colectivas y enfoque poblacional y diferencial. Igualmente se señala que dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a: las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

1.3 Escuchar recomendaciones de la OMS y de la OPS

Bogotá Mejor para Todos en Salud, acoge algunos de los aportes de organismos internacionales, particularmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, expresados en particular en el documento “La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas No. 4, Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para implementación en las Américas.”, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington D.C. OPS, 2010, en el cual se señala:

“...Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos...”. “...En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales...”.

“..las causas principales de la fragmentación a nivel regional corresponden a: segmentación institucional del sistema de salud; descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales, entre otras...”.

“...El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros...”.

“...Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas...”.

De igual forma estos organismos internacionales plantean que en los próximos 20 años, más del 85% de la población del mundo va a estar viviendo en grandes centros urbanos y Bogotá es uno de ellos, por tanto es pertinente aplicar el concepto de “salud urbana”, en el que las personas son el centro de la atención en salud y se gestiona su riesgo de morir y enfermar en los espacios en los que transcurre su actividad, el hogar, la escuela, el trabajo y el espacio público

Con este enfoque se busca fortalecer la estrategia renovada de atención primaria en salud resolutiva y la construcción de redes integradas de servicios de salud que solucionen la fragmentación, mejoren la oportunidad, la calidad y permitan priorización de los servicios que tiene hoy el sistema de salud, al tiempo que se ejecutan acciones en pro de la salud de manera planificada y coordinada con los ciudadanos y demás agentes, logrando impactos favorables en la calidad de vida y la felicidad de la población del Distrito Capital, lo mismo que en la satisfacción y los años de vida saludable.

1.4 Construir sobre lo construido

En materia de salud y calidad de vida Bogotá D.C. ha tenido importantes iniciativas, algunas de las cuales no han sido debidamente articuladas o no se han podido desarrollar o concretar. En Bogotá Mejor para Todos se construirá sobre lo construido, por tanto se rescatarán las prácticas y esfuerzos de salud pública que alrededor de diferentes temas se vienen haciendo bien y se transformarán aquellas que no han podido desarrollarse con éxito o que siendo importantes no responden al principio de la eficiencia estatal.

Una de ellas es la Atención Primaria en Salud (APS), frente a la cual se enfatizará en el enfoque resolutivo, superando el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención, lo mismo que la separación artificial de lo individual y lo colectivo, entendiendo que la atención integral se soporta en redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas inmediatas de servicios. Por tanto el enfoque incluirá un modelo de gestión de servicios e instituciones que tendrá como eje central el desarrollo de la transparencia y excelencia en la calidad, lo mismo que el mejoramiento continuo y la innovación de sus componentes técnicos y humanos, igualmente se respetará al paciente y reconocerá la autonomía de los profesionales y fomentará su desarrollo. Estos aspectos exigen una fuerte presencia de las instituciones universitarias en todos sus ámbitos de acción.

Igualmente se reconoce la importancia de algunas áreas estratégicas de la secretaría distrital de salud, las cuales darán un salto importante al convertirse en centros de investigación e innovación en salud y desarrollarse como instituciones autónomas e independientes.

La primera, que ya fue creada mediante acuerdo del concejo de la ciudad, se encargará de liderar los procesos de innovación, desarrollo y prestación de servicios en biotecnología, sangre y hemoderivados, células madre, trasplantes y tejidos. La segunda estará encargada de liderar los procesos de gestión de urgencias, atención pre hospitalaria y transporte de pacientes. La tercera será la responsable de liderar el desarrollo de las acciones técnico administrativas en los servicios de atención a las personas y al medio ambiente, con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación. La cuarta estará encargada de

la protección y el bienestar animal y la quinta de la actualización del talento humano en salud y la investigación en la gestión de los servicios de salud.

Se reconoce el esfuerzo en integrar los servicios en redes de atención, particularmente en el enfoque de Subredes Territoriales: Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente, así que se avanzará en el proceso de fusión de las empresas sociales del estado que las conforman.

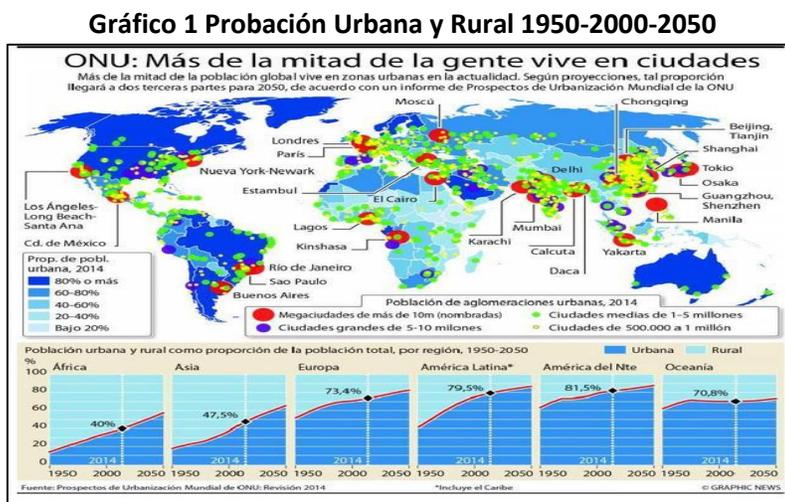
Adicional el plan busca el avance en un modelo especial de atención para las zonas rurales del Distrito Capital y la interoperabilidad de los sistemas de información en salud.

También pretende la recuperación, estabilización y fortalecimiento de la EPS Capital Salud con el propósito de alcanzar en el corto plazo una operación ordenada y eficiente de la entidad en aspectos administrativos, técnicos, de contratación, auditoría de servicios y financieros que le permitan en seis meses disminuir progresivamente las pérdidas operativas, alcanzar un nivel de equilibrio presupuestal y recuperar un flujo de caja positivo para cumplir con sus obligaciones en los tiempos acordados.

2 Referentes Conceptuales

2.1 Salud Urbana un concepto marco orientador para el Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C.

En el informe sobre la situación demográfica en el mundo realizado por la Agencia de Naciones Unidas en 2014²² se muestra como hoy más de la mitad de la población reside en zonas urbanas. El ritmo mundial de urbanización ha sido acelerado. En 1950, solo 30% de la población del planeta vivía en ciudades, ahora lo hace el 54% y para 2050, casi dos tercios de la humanidad vivirán en ciudades (Gráfico 1). Esto hace que la gestión de las áreas urbanas se haya convertido en uno de los más importantes desafíos para el desarrollo en el siglo XXI y que en el campo de la salud pública se haya entrado a mirar la trascendencia de los efectos de la urbanización sobre la salud y a considerarla como uno de los factores claves para el desarrollo de la ciudad y de sus habitantes.



Fuente: Organización de Naciones Unidas [ONU]

Dentro de este contexto, Bogotá D.C. se ubica como una de las diez ciudades con mayor población en América Latina, ocupa el sexto lugar en el Continente y el primero en Colombia. Esto significa que la ciudad forma parte de una sociedad urbana con dinámicas e interrelaciones complejas; estilos de vida, conductas y patrones específicos de consumo, trabajo y sociales que determinan de manera particular y ponen en riesgo el estado de salud enfermedad de sus habitantes y difieren de aquellos que se presentan en contextos no urbanos o muy bajamente poblados. En la ciudad existen zonas y población rural mínima en nueve (9) de las veinte localidades (Mapa 1).

El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 se apoya en el concepto de salud urbana y en el enfoque de equidad urbana lo cual implica orientar los esfuerzos hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas, localidades y grupos humanos

²²Organización de Naciones Unidas (ONU). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA). La Situación Demográfica en el Mundo 2014. Informe Conciso. New York. EUA. 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf> . fecha de Consulta: Bogotá D.C. abril 4 de 2016.

un enfoque mediante el cual se identifique y responda a las necesidades de las poblaciones de manera que se disminuyan diferenciales en morbilidad, Mortalidad y discapacidad entre localidades y grupos poblacionales. Se trata de una gobernabilidad sostenible y permanente entre sectores, niveles y grupos sociales. En este sentido se requiere de esfuerzo hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas y grupos con acciones individuales focalizadas y generales de políticas públicas para la población.

Dentro de este contexto de salud urbana se parte de reconocer a Bogotá D.C. como una ciudad producto de la construcción permanente e inacabada que enlaza con la importancia de ésta como creación colectiva, destacándose la aceleración de su heterogeneidad, estimulada por los flujos internacionales, nacionales, comunicacionales y tecnológicos que la atraviesan y a su vez por la influencia de migraciones e intercambios culturales internos y externos permanentes, que nos conllevan a una composición multiregional con ella y a que existan diferenciales en movilidad, mortalidad y discapacidad entre localidades y grupos humanos sobre los cuales sin desconocer acciones y decisiones de políticas públicas de carácter general, se realizaran intervenciones diferenciadas y focalizadas en grupos y territorios.

Las acciones del sector salud para la gestión del riesgo, con enfoque de salud urbana, se desarrollarán con intervenciones en los espacios en donde ocurre la vida y la cotidianidad: la vivienda, la escuela, el trabajo y el espacio público. En ellos serán abordados los individuos de manera integral, con acciones sectoriales e intersectoriales a través de las denominadas rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, desde lo individual hasta lo comunitario, vinculando a los individuos y familias con su entorno ambiental, social, económico y cultural (Gráfico 2).

Gráfico 2 El Nuevo Modelo de Atención: Operación



Fuente: Programa de Gobierno "Recuperemos Bogotá D.C." Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos"

Dado que Bogotá D.C. tiene en su territorio zonas rurales, se construirá un modelo de salud rural que reconozca en estas zonas las particularidades y de respuesta a sus necesidades de acuerdo con las condiciones propias de los pobladores de cada zona rural. En estas áreas se deberán fortalecer allí los servicios complementarios de telemedicina y favorecer mecanismos de acceso a niveles de complejidad, atendiendo que es evidente la poca capacidad de resolución; se debe entonces complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en aéreas cercanas y minimizar las barreras de acceso, sobre todo las geográficas.

Para afectar los determinantes sociales se fortalecerá el rol de la autoridad sanitaria territorial. Se recuperará la gobernanza, la institucionalidad y el liderazgo que le corresponde al ente rector en salud en el Distrito Capital por delegación de la constitución, la ley y normatividad vigente. Se avanzará en la estructuración de acciones sobre los determinantes de la salud por medio de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana, liderada por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., en la cual participarán la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., los sectores de la administración distrital, otras secretarías y el aporte de las alcaldías locales y en lo posible la participación concertada de organismos del gobierno nacional y del gobierno departamental

2.2 Atención Primaria en Salud Resolutiva

La necesidad imperiosa de avanzar en Bogotá D.C. hacia la promoción de la salud y la intervención en determinantes del proceso de salud enfermedad y hacia la integración de servicios en un contexto de salud urbana exige la aplicación de métodos y técnicas mundialmente reconocidas. La Atención Primaria en Salud Resolutiva es la estrategia mundialmente reconocida que permite a un bajo costo, mejores resultados de salud a nivel poblacional, mayor equidad en el nivel de salud y en el acceso a los servicios, mejor eficiencia global del sistema de salud, menores costos y mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), La APS es la estrategia que busca, "...mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como primer elemento de asistencia sanitaria..."³.

Es reconocida su efectividad para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales, aporta a la reducción de las inequidades en salud, considera la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la atención primaria en salud (APS) a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros:

"...Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos,

³Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Mundial de la Salud UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf> . Fecha de Consulta: Bogotá D.C. abril 4 de 2016.

económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud...”.

El nuevo modelo de atención en salud propuesto para la ciudad se basa en un modelo de salud urbana para afectar determinantes y se fundamenta en una estrategia de Atención Integral en Salud. En el contexto de este nuevo modelo, la Atención Primaria en Salud sigue siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, pero superando el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención, como también el de la separación artificial de lo individual y lo colectivo, para dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas inmediatas de servicios.

La Atención Primaria de Salud Renovada (APSR) “...ha sido considerada una estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales, aporta a la reducción de las inequidades en salud, se realiza a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria...”⁴.

En Bogotá D.C., tal y como quedará en el programa de gobierno, la atención primaria en salud se constituirá en una estrategia resolutive en todos los niveles, con la cual se dará respuesta a necesidades de salud de la población: “...La nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutive y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Contará con equipos multidisciplinarios extramurales de atención en coordinación con EPS y prestadores de servicios, encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables. Dentro de éstos, existirán los Equipos de Atención Integral a Poblaciones Especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de la calle, personas en situación de discapacidad y población vulnerable. Focalizarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud, beneficiando alrededor de 1,5 millones de personas. Estos equipos se ampliarán de acuerdo a la demanda observada...”.

En el ámbito de lo estructural la Atención Primaria en Salud Resolutive se orientará a promocionar y gestionar acciones intersectoriales para abordar otros determinantes proximales y estructurales de la salud y de la equidad para lo cual se acudirá al rescate y fortalecimiento de la función de rectoría y gobernanza del Ente Territorial y se creará la Comisión Intersectorial de Determinantes en Salud, liderada desde la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

2.3 Los determinantes sociales de salud en Bogotá D.C.

Los determinantes sociales de la salud hacen referencia a aquellas condiciones sociales, políticas, ambientales en que las personas viven, estudian y trabajan, que tienen sus impactos en su estado de salud.

⁴WHO Commission on the Social Determinants of Health, June 2007. KNHS - Knowledge Network on Health Systems, 2007. The final report of the Health Systems Knowledge Network en Román Vega-Romero, Naydú Acosta-Ramírez, Paola Andrea Mosquera-Méndez y María Ofelia Restrepo-Vélez, La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud.2008

Este modelo explicativo propone, centrar las acciones de salud en incrementar las capacidades del Estado y del gobierno en el proceso de formulación de políticas públicas, dentro de un contexto de inter-sectorialidad y transectorialidad con consensos y acciones sinérgicas entre sectores y al interior de los gobiernos y entre los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil.

Existe un amplio rango de determinantes del deterioro de la salud, desde los proximales, asociados a variables del nivel individual, hasta los estructurales, asociados a variables sociales y económicas que marcan inequidades en las poblaciones.

El sector salud en Bogotá D.C. reconoce esta situación por lo que en Bogotá Mejor para Todos centrará sus acciones en la afectación de los determinantes relacionados con los estilos de vida y con las condiciones individuales; así como en aquellos ubicados en los entornos más cercanos al individuo, como la estructura psicosocial y el entorno familiar (los comportamientos, hábitos y valores), al tiempo que considera las condiciones personales, tales como la edad, el sexo y las condiciones de salud, entre otros, sin desconocer y abogar por acciones de carácter más general que requiere de un gran esfuerzo de coordinación con los demás sectores y niveles de la administración territorial, local y nacional.

2.4 Gestión Integral del Riesgo en Salud para orientar acciones y mejorar resultados

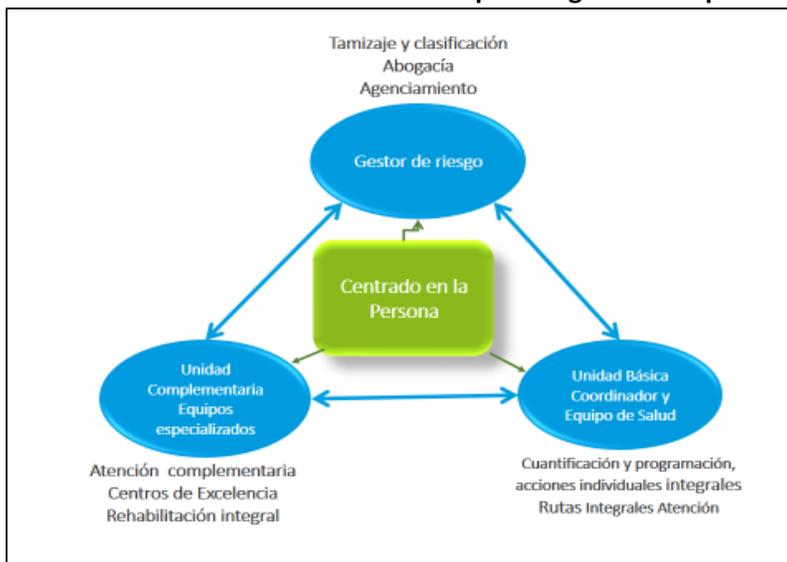
La Gestión Integral del Riesgo en Salud es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos, para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias.

Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extra-sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 plantea como enfoque principal orientador la gestión integral del riesgo en salud. Esta gestión integral del riesgo en salud exige de una articulación entre el Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan Obligatorio de Salud es decir entre la Entidad Territorial y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, a fin de construir y coordinar la realización estrategias, procedimientos, acciones, actividades e intervenciones, que se deben hacer las instituciones, para la gestión del riesgo, de acuerdo a las necesidades de salud de la población y la operación de los programas prioritarios en salud pública.

El objetivo es favorecer el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud; la generación de respuestas integradas que articulen acciones de detección temprana, protección específica y la integración con otros niveles de complejidad y actores del Sistema (Gráfico 3).

Gráfico 3 Modelo de Atención en Salud para Bogotá D.C. Operación



Fuente: Programa de Gobierno “Recuperemos Bogotá D.C.” Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”

La Gestión del Riesgo en Salud permite además identificar algunas de las inequidades en salud, materializadas en amenazas (elementos externos a la persona) tales como deficiencias en la infraestructura, la oferta educativa o de salud, la falta de oferta de oportunidades, la limitación en el desarrollo de capacidades y la exclusión social, entre otros, así como las vulnerabilidades (elementos internos, propios de la persona) representadas por hábitos alimenticios, actividad física, prácticas sexuales o ser víctimas de estigma y discriminación, entre otras que se constituyen en un riesgo, para que las personas presenten eventos en salud, que pueden ser no solo enfermedades, sino discapacidad, pérdidas laborales, modificaciones en las dinámicas de pareja o familiares, intervenciones en salud prolongadas, entre otras.

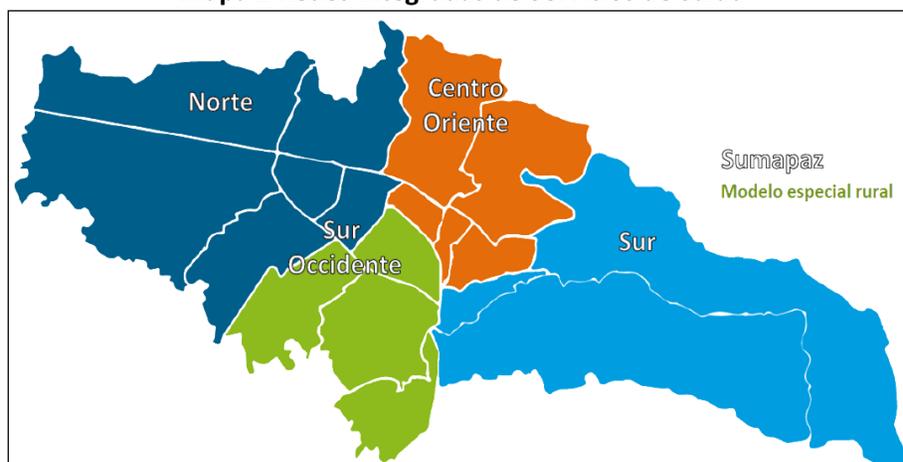
La identificación de estos aspectos en forma clara y oportuna permite a un sistema de salud organizado adecuadamente, aportar positivamente para la modificación de dichas inequidades, buscando finalmente la no ocurrencia del evento ni sus consecuencias negativas para la vida de las personas y transcurrir de las comunidades, además de potenciar aquellos aspectos positivos que permita alcanzar los objetivos propuestos.

La gestión integral del riesgo en salud se entenderá como la acción coordinada de la autoridad sanitaria, los aseguradores, los prestadores, las comunidades y las familias y las personas, en la ejecución de acciones orientadas a anticiparse a la enfermedad para que no se presente o si se tiene, que su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles, al tiempo que se facilita la rehabilitación de las eventuales secuelas que se presenten.

La organización y operación de los servicios estará pues enfocada a combatir las causas prioritarias de enfermar y morir en las poblaciones más vulnerables en aras de mejorar el nivel de salud y mejorar la experiencia del ciudadano cuando debe utilizar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, aplicando los principios de eficiencia, eficacia y efectividad.

El nuevo modelo de prestación de servicios de salud basado en la gestión del riesgo se organizara en redes integradas de servicios de salud (Mapa 2).

Mapa 2 Redes Integradas de Servicios de Salud



Fuente: Programa de Gobierno "Recuperemos Bogotá D.C." Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos"

La atención integral abarca el diseño y ejecución por un equipo especializado de las acciones de salud colectivas intersectoriales y las acciones individuales sectoriales que tienen como eje de acción la persona. Las acciones individuales se basan en la ficha individual de riesgo y en las rutas integrales, realizadas por equipo de gestores comunitarios de riesgo, médicos-enfermeras de cabecera, equipos especializados de apoyo, atención domiciliaria integral, Centros Atención Prioritaria, Tele Consulta y Tele Diagnóstico.

2.5 Abordaje individual durante el Curso de Vida

El concepto de curso de vida, es entendido como el conjunto de trayectorias o el transcurrir que tiene un individuo y su familia de acuerdo a los roles que desarrolla a lo largo de la vida, las cuales están marcadas por transiciones, momentos significativos, situaciones, condiciones y sus particularidades. Está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales de los mismos individuos y de los entornos en los que se desenvuelve a lo largo de su existencia.

El curso de vida implica, que en el abordaje de las personas, se tengan en cuenta todos sus momentos, reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del proceso vital, de las experiencias acumulativas y las situaciones y condiciones, presentes de cada individuo, las cuales son influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural.

Para el Plan Territorial de Salud 2016-2019, el ser humano, es el centro de atención, lo que implica un necesario abordaje desde el curso de vida de cada individuo y su familia; lo anterior, en enlace con la reorganización de las redes de prestación de servicios, repercutirá en que las atenciones oportunas y con calidad, producirá los resultados necesarios para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población bogotana.

Bogotá como ciudad pluriétnica y multicultural, contiene en su heterogeneidad, individuos que pertenecen a diferentes generaciones, con diversidades étnicas y con condiciones y situaciones particulares, como la orientación sexual, el grado de discapacidad o el tener una condición de vida particular, entre muchas otras variables que se consideran desde una perspectiva contextual con el fin de mejorar la respuesta en salud.

El Plan Territorial, a través del abordaje con enfoque de curso de vida y de su concepto de salud urbana, establece el reconocimiento de la diversidad y las diferencias de la población, de las inequidades y desigualdades dadas por la no garantía de los derechos fundamentales de las personas; busca garantizar que las necesidades, experiencias, expectativas y potencialidades para las diferentes poblaciones, sean el elemento central para el análisis de la situación de calidad de vida y salud; consecuentemente, sean prioridad, en la formulación de las políticas públicas y en la definición de intervenciones en los territorios sociales, en la perspectiva de garantizar los derechos humanos e impedir la perpetuación de inequidades.

2.6 Redes integradas de servicios de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la siguiente definición preliminar de servicios de salud integrales:

“...la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida...”. El concepto de red de servicios se asocia con: "I) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; II) organización jerárquica según niveles de complejidad; III) un referente geográfico común; IV) el comando de un operador único; V) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y VI) un propósito común".

En el sistema de salud colombiano, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, las redes integradas de servicios de salud, se entienden como:

“... el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda...”. En su artículo 62, le otorga a “las entidades territoriales la competencia para conformar dichas redes, en coordinación con las entidades promotoras de salud a través de los consejos territoriales de seguridad social en salud, incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el plan de beneficios a su cargo...”.

Para un adecuado funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud la Organización Panamericana de la Salud propone un modelo organizacional que requiere:

- Una población y territorio a cargo definidos y con un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, para poder determinar la oferta de servicios necesaria.
- Una extensa red de establecimientos de salud que preste servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, que integre los programas de atención de enfermedades, riesgos y poblaciones específicas con los servicios de salud de las personas.
- Un primer nivel de atención multidisciplinaria que cubra a toda la población y funcione como principal puerta de entrada al sistema de salud, para integrar y coordinar la atención de salud que satisfaga la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, con la posibilidad de oferta en entornos extra hospitalarios.
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, de género, y diversidad de la población.

Una Red Integral de Servicios de Salud – RISS-, se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud individuales y colectivos, públicos y privados, o mixtos ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del Modelo de Atención en Salud. Implica una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad⁵. Debe disponer además de los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud.⁶

La red se debe definir a partir de las necesidades y expectativas de la población ubicada en un ámbito territorial, las cuales se identifican mediante la caracterización del riesgo que realizan las administradoras de planes de beneficios a sus afiliados. Una vez analizados y definidos los riesgos, se configuran grupos poblacionales de riesgo, se activan las Rutas Integradas de Atención en Salud, que mitigarán o eliminarán las posibilidades de enfermar, morir o adquirir discapacidades evitables. Se considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como: la cobertura y el acceso universal; el primer contacto con las personas; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros.⁷

Las redes, buscarán que el servicio integral de salud del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC- y del Plan Obligatorio de salud –POS- , se brinde de forma continua, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La gestión en salud pública y articulación del PIC con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, tiene como propósito general contribuir a la gestión compartida del riesgo, articulando acciones que dan respuesta integral e integrada a las necesidades de salud identificadas por los equipos de atención primaria en salud, y la correspondiente atención efectiva de las personas de acuerdo al riesgo en salud identificado.

El Plan Territorial de Salud, propone la reorganización de la red pública de prestadores de servicios de salud, para contribuir al fortalecimiento de la APS, dado que el funcionamiento adecuado de las redes, disminuyen las barreras de acceso, incrementan la resolutive en el primer nivel, descongestionando los otros niveles de atención.

Bajo estos preceptos, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., considera que existe una red distrital conformada por cuatro sud-redes integradas y un modelo de salud para las zonas rurales de la Ciudad.

Cada Sub-Red se complementa con redes privadas en lo no disponible, actúa bajo una junta directiva, integran servicios PIC-PyP, POS y NO POS, cuentan con un solo sistema de información, unidad jurídica y funcional por sub-red, se apoyan en una empresa logística de servicios compartidos, son cercanas a la gente, actúan con un gestor en salud como puerta de entrada, están enfocadas en la promoción y fomento de la salud en el espacio urbano, con atención

⁵ Ley 1438 de 2011, Bogotá D.C.

⁶ Ministerio de Salud y protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C. 2016

⁷ Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010.

prioritaria y domiciliaria en horario extendido, especialidades y servicios de apoyo altamente resolutivos, dotadas de teleconsulta y tele diagnóstico soportadas en dos tipos de centros de atención: básicos y especializados⁸:

2.7 Gobernanza y Rectoría

La OMS define Rectoría como una función de la autoridad sanitaria, quien ejerce las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables, en el contexto de relaciones entre gobierno y sociedad, lo que permite la toma de decisiones y la realización de acciones públicas, encaminadas a satisfacer y garantizar del derecho a la salud⁹. Esta se desarrolla entonces a través de la conducción, la regulación y fiscalización, la ejecución de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión. El desarrollo armónico de estas competencias, debe garantizar el ejercicio de esta función vital del sector salud.

La gobernanza, referida en particular al sector salud, se define como competencia del Estado, ejercida por la autoridad sanitaria nacional, es decir por el Ministerio de Salud y Protección Social y su delegación respectiva a los entes territoriales, en este caso, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Su realización, atiende a principios como¹⁰ visión estratégica, normatividad, transparencia, orientación de la participación y el consenso, capacidad de respuesta, equidad e inclusividad, efectividad y eficiencia, responsabilidad por rendir cuentas, e inteligencia, información y ética. Abarca el concepto de *Autoridad Sanitaria*, como el custodio del bien público que es la salud y su principal objetivo es la protección y promoción de la salud de la población incidiendo sobre las responsabilidades que le son propias e influyendo sobre aquellas que siendo competencia de otros sectores, modifican aquellas condiciones que son determinables y que están involucradas en la generación de la salud. La gobernanza se refiere a la capacidad para definir e implementar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos.

El ejercicio de gobernanza y rectoría de la salud en contextos urbanos toma especial relevancia como acción en política pública para avanzar en la gestión intersectorial de los determinantes de la salud. Como función esencial en salud pública, contempla los componentes de: conducción, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, funciones esenciales salud pública, y la armonización de la provisión de los servicios.

El concepto plantea un reto importante en el desarrollo del Plan Territorial de Salud 2016-2019, conllevando a la necesaria reorientación de las estrategias sectoriales actuales, involucrando en el debate a la totalidad de la sociedad civil, lo que enriquecería el ejercicio de análisis y visualización de la Ciudad al incorporar perspectivas científicas, gubernamentales, comunitarias, económicas, entre otros, con lo que se generarían estrategias de intervención sinérgicas que incidan en mejorar la calidad de vida y la salud.

La conducción, implica orientar las instituciones del sector, movilizar otros sectores y grupos en desarrollo de las políticas de salud. Sus elementos básicos son: análisis de situación de salud;

⁸ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Política de Provisión de Servicios de la Salud para Bogotá, D.C. 2009.

⁹ El aporte de la política pública y la Nueva Gestión Pública a la gobernanza. Aguilar, Luis. 2007.

La Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en Acción: Lecciones Aprendidas en CONDUCCIÓN y REGULACIÓN Washington D.C., Septiembre, 2007. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP) Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS) Oficina de la Subdirectora, (OPS/OMS).

¹⁰ La Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en Acción: Lecciones Aprendidas en CONDUCCIÓN y REGULACIÓN. Washington D.C., Septiembre, 2007. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP). Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS) Oficina de la Subdirectora, (OPS/OMS).

definición de prioridades y objetivos sanitarios; formulación, disseminación, monitoreo y evaluación de estrategias, políticas y planes de salud; dirección, concertación y movilización de actores y recursos; promoción de la salud; participación y control social en salud; armonización de la cooperación técnica internacional; participación política y técnica en organismos nacionales y subregionales y evaluación del desempeño del sistema de salud, incluyendo medición de logro de metas y recursos utilizados en la asistencia.

La modulación del financiamiento, incluye la garantía, vigilancia y modulación de la complementariedad de los recursos de diversas fuentes, para asegurar un acceso equitativo de la población a los servicios de salud. Para el desarrollo de este aspecto, el ente rector, debe formular políticas que disminuyan desviaciones y permitan vigilar el financiamiento del sector, y la redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado, la regulación y el control del cumplimiento de los planes de beneficios, bajo estándares de prestación verificables. De igual manera, vigilar la liquidez y solvencia financiera de las aseguradoras.

De igual forma, la búsqueda de la complementariedad y armonización de la provisión de los servicios, acorde a las necesidades de la población, de manera equitativa y eficiente a través del diseño y aplicación de normas de atención en salud; el desarrollo de programas, la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas y la medición del cumplimiento de los estándares establecidos. Adicionalmente el fomento de alianzas estratégicas entre pagadores, proveedores y usuarios, así como la incorporación de tecnologías de punta.

3 Sustento Normativo

El Régimen Especial establecido para Bogotá D.C., contenido en el Decreto Ley 1421 de 1993, le plantea el reto a la administración de la Ciudad de alcanzar firme y progresivamente un nivel equitativo de oportunidades para la población. Para este cometido confluyen todas y cada una de las instituciones que forman parte de la estructura administrativa del Distrito Capital de Bogotá D.C., siendo la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. la responsable de aportar al cumplimiento de este mandato territorial, al tiempo que debe cumplir con las tareas delegadas por el nivel nacional en estas materias.

Esta dualidad funcional hace que la Secretaría de Salud Distrital sea la máxima autoridad sanitaria territorial, responsable de dirigir el sector y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá D.C.; así como de formular ejecutar y evaluar políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, , para lo cual la Entidad debe cumplir y verificar el cumplimiento tanto con la normatividad nacional como con la territorial no solo en materia de salud, sino de soporte a ordenación y organización del territorio y del uso del suelo, ordenamiento administrativo, en materia de financiamiento sectorial, planeación, prestación de servicios e inspección, vigilancia y control así como la normatividad específica para grupos poblacionales y para las diferentes etapas de la vida.

En desarrollo del Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991 se organiza el Sistema de Seguridad Social Integral bajo los principios rectores de eficiencia, solidaridad, integralidad, complementariedad, universalidad, accesibilidad, unidad, participación y calidad; el cual, está orientado a garantizar los derechos irrenunciables de las personas y de las comunidades en aras de alcanzar una calidad de vida más acorde con la dignidad humana sobre la base de un sistema de protección de las contingencias que la afectan.

El Sistema de Seguridad Social Integral en Salud vigente hoy para el país y que viene operando desde 1993, se fundamenta en una serie de Leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y demás normas reglamentarias¹¹, así como una extensa jurisprudencia, que se esbozan en el Anexo 1.

Sin embargo existen algunos desarrollos normativos recientes que le señalan al sector salud un derrotero de hacia dónde debe evolucionar en su forma de concebir, organizar, financiar y operar los servicios de salud.

En primera instancia en el Resumen Ejecutivo del documento **“La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas No. 4, Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para implementación en las Américas”**¹², a la vez que se define el perfil de la situación actual de los sistemas de salud en las Américas, dentro de los cuales se destaca la excesiva fragmentación de los servicios de salud, como uno de los principales problemas para el acceso a los servicios de salud, la baja calidad y el uso irracional e ineficiente

¹¹ La normatividad expedida al interior del país abarca un número considerable entre leyes, acuerdos, conceptos, sentencias decretos y resoluciones. Como parte de normativa nacional cabe resaltar las Leyes 9 de 1979, 100 de 1993, 152 de 1994, 388 de 1997, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1450 de 2011, 1448 de 2011, 454 de 2011, 1616 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, las Sentencias 355 de 2006 y T-760 de 2008 y los Decretos 1757 de 1994, 1011, 3518 y 2181 de 2006 y 3039 de 2007.

¹² Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. No. 4, Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Implementación en las Américas”. Washington mayo 7 de 2010, página 7. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250. Fecha de consulta, Bogotá D.C. enero de 2016.

de los servicios, un incremento de los costos y una baja satisfacción de los usuarios, se plantean alternativas y recomendaciones que son necesarias para los sistemas de salud incluido el de Bogotá D.C.:

”...En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios (...) la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos (...) En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales (...) El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos...”

En segundo lugar está la ley 1751 de 2015, conocida como ley estatutaria en salud, que señala la oportunidad, la calidad y el acceso a los servicios como elementos constitutivos del derecho fundamental a la salud; al tiempo que enfatiza en la integralidad y la no fragmentación de la atención y en la implementación de políticas públicas para reducir el impacto de los determinantes de la salud; Igualmente señala la organización del sistema de salud en redes integradas (RISS) y prioriza el sistema único de información en salud.

De otra parte en la Ley 1753 de 2015 se establece la política pública de atención integral en salud obligatorio cumplimiento para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud se organiza bajo los enfoques de la atención primaria en salud (APS), la salud familiar y comunitaria, la articulación de las actividades individuales y colectivas, el enfoque poblacional y diferencial; teniendo en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención integral en salud, para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupo de riesgos, la operación en RISS, la articulación de las acciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud, así como la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

Finalmente, en las Resoluciones 1841 de 2013 y 1536 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social se establece la obligatoriedad para los Entes Territoriales, incluida Bogotá D.C., de implementar, ejecutar, realizar monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de acuerdo con la metodología, condiciones y periodicidad que defina dicho Ente, así como de implementarla Estrategia Poblacional Ambiental Social y Económica “PASE a la Equidad en Salud” como la metodología de obligatorio cumplimiento.

En particular en relación con ejecutar los pasos del uno (1) al ocho (8) de la “Ruta Lógica” y los contenidos de la priorización en salud pública en lo relacionado con la intensidad de la tensión, la tendencia de la cronicidad de la tensión en el tiempo, la tendencia del impacto de la tensión en el mediano y largo plazo, la ingobernabilidad de la tensión en la Entidad Territorial y la valoración final de la tensión (puntaje ordenado de mayor a menor).

4 Metodología

La metodología de la **“Estrategia PASE a la Equidad en Salud”** fue instituida por el Ministerio de Salud y Protección Social para la formulación de los planes territoriales de salud por parte de los Entes Territoriales en desarrollo del proceso de planeación integral en salud¹³.

De manera específica en la Resolución 1841 de 2015 se determinó: **“...Para elaborar la priorización en salud pública, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la estrategia PASE a la Equidad en Salud” en los pasos uno (1) al ocho (8) de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin...”**.

La metodología se soporta en un enfoque sistémico como forma de orientación para el trabajo interdisciplinario sobre la base de los desarrollos normativos, conceptuales, técnicos y operativos que se entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral de los Planes Territoriales de Salud. Se apoya en el balance de tensiones e interacciones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas. Sigue una secuencia lógica sistemática y ordenada de procesos, momentos y pasos con una batería de herramientas y de soportes técnicos¹⁴.

El componente pedagógico se basa en el aprendizaje colaborativo, participativo, no jerárquico, donde todos desde su saber y conocimiento aportan a la comprensión del territorio, de sus condiciones y a la visión de desarrollo del mismo.

La Estrategia se estructura en cuatro componentes. El primero comprende un modelo conceptual, el segundo trata sobre la estructura normativa, el tercero se ocupa de la estructura logística y operativa y el cuarto se centra en el desarrollo metodológico, pedagógico y técnico. Este último componente incluye los elementos que orientan la acción planificadora de los equipos territoriales a través de cuatro guías: una conceptual, una metodológica, una pedagógica, y una operativa, así como un conjunto de aplicativos e instructivos diseñados para su puesta en práctica.

De igual forma, incorpora tres procesos: i). Alistamiento institucional; ii). Ruta lógica; y iii). Gestión Operativa. Al interior de estos procesos hay seis momentos, diecisiete pasos y treinta y nueve actividades (Anexo 9).

4.1 Primer Proceso: De Alistamiento Institucional

El primer proceso involucró dos momentos: de organización y dinamización; y, cinco pasos: i). De Organización y generación de condiciones político institucionales y conformación de equipos territoriales; ii). De sondeo de información y análisis de Situación en Salud (ASIS); iii). De definición de recursos; iv). De dinamización y caracterización de actores institucionales y comunitarios; v). De elaboración de plan de trabajo (Gráfico 4).

¹³UNFPA. Universidad Externado de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social “Plan decenal de salud Pública 2012-2021” Estrategia PASE a la Equidad en Salud Guía Pedagógica. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/4.1.3%20EPALES_Pedag%C3%B3gico_28_08_2014_Credi.pdf. Fecha de consulta abril 4 de 2016.

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos. Noviembre 2015.

El desarrollo de éste proceso permitió identificar, organizar y dinamizar los diferentes actores de la entidad territorial, del sector salud y de otros sectores, comunidad, sociedades científicas alrededor de la formulación del Plan Territorial de Salud, elaborar un plan de trabajo, llegar a consensos y agendas comunes, reconocer los recursos disponibles, para el desarrollo del proceso de planeación integral en salud.

Gráfico 4 Primer Proceso: Alistamiento Institucional (Momentos Pasos y Actividades)



Fuente: Universidad Externado de Colombia 2015.

Durante este primer proceso se llevaron a cabo, bajo el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., la organización, dinamización y generación de condiciones políticas e institucionales de alistamiento para a partir de allí adelantar el desarrollo de todo el ejercicio. Se conformó el equipo de trabajo interno y se definieron responsabilidades; se adelantó el ejercicio de identificación, caracterización y convocatoria de actores estatales, institucionales, comunidad, sociedades científicas y se conformó el equipo de trabajo territorial para la formulación del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020; se adelantó la concertación de un plan de trabajo intersectorial y se llegó a consensos y agendas entre la Entidad, el sector y los demás sectores de la administración distrital.

El plan de trabajo para la armonización entre planes fue aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social y se avanzó en el análisis de situación de salud (ASIS).

Entraron a participar y a conformar el equipo para la formulación del Plan Territorial de Salud 2016-2020 delegados de la administración central y descentralizada. Participaron los sectores de Hacienda; Planeación; Desarrollo Económico, Industria y Turismo; Educación; Salud; Integración Social; Cultura Recreación y Deporte; Movilidad; Hábitat; Sector de la Mujer y Ambiente. De las

instituciones descentralizadas participaron el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), la Unidad Administrativa de Servicios Públicos (UAESP), el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- (IDRD), la Caja de Vivienda Popular, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá D.C., el Instituto para la Economía Social (IPES) y el Instituto de Infraestructura de Datos Espaciales para el D.C. (IDECA).

Como parte del alistamiento institucional, se coordinó con la oficina de comunicaciones de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., la construcción de un plan de divulgación del Plan Decenal de Salud Pública y por redes sociales, se divulgaron mensajes relacionados con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Se organizó un “Taller de relacionamiento” para identificar los actores claves del nivel distrital, que por sus competencias y responsabilidades deberán participar en la consecución de metas del Plan Decenal de Salud.

Al taller asistieron representantes de comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, representantes del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, profesionales de la Dirección de Salud Pública, Aseguramiento, Planeación y Sistemas, Participación Social, Desarrollo de Servicios de la Entidad.

4.2 Segundo Proceso: De Ruta Lógica

En el segundo proceso se llevaron a cabo tres pasos: i). Identificación; ii). Comprensión y iii). Respuesta. El primero incorporó cuatro momentos: i). Reconocimiento inicial del territorio y de su dinámica demográfica; ii). Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicación de las dinámicas PASE para la planeación en salud; iii). Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio; iv). Proyección de tensiones si no se realizan intervenciones algunas.

El segundo paso, de comprensión, se desarrolló en cuatro momentos:

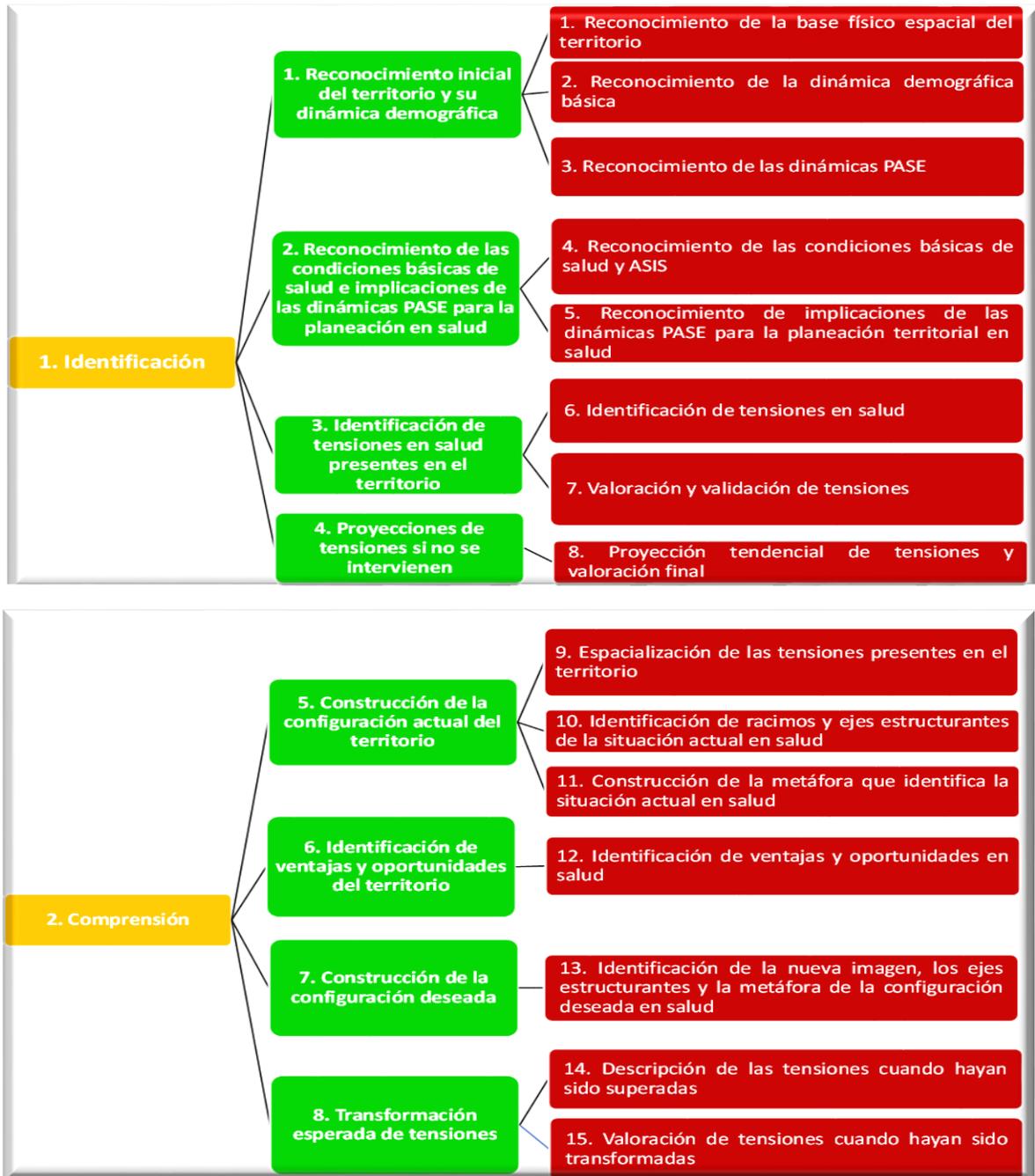
- i). Construcción de la configuración actual del territorio;
- ii). Identificación de ventajas y oportunidades del territorio;
- iii). Construcción de la configuración deseada; y
- iv). Transformación esperada de tensiones.

El proceso de respuesta se llevó a cabo en dos momentos: i). Construcción del componente estratégico y del Plan de inversiones y definición de mecanismos para implementación, monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 (Gráfico 5).

En desarrollo del proceso de ruta lógica se realizó un trabajo conjunto con los demás sectores de la administración distrital para el reconocimiento del territorio desde lo físico espacial, demográfico, condiciones básicas de salud, reconocimiento de las dinámicas PASE y su interacción, las implicaciones y tensiones de éstas en el estado de salud de la población, dadas los desequilibrios e interacciones entre ellas, su valoración y priorización para comprender el territorio actual y proyectar su transformación.

Ésta comprensión y priorización permitió definir elementos fundamentales del Plan Territorial de Salud, desde lo estratégico, lo táctico y lo operativo en términos de objetivos, metas y estrategias, definición de prioridades en salud pública, intervenciones y recursos para aprobación.

Gráfico 5 Segundo Proceso: De Ruta Lógica (Momentos, Pasos y Actividades)



Fuente: Universidad Externado de Colombia 2015.



Fuente: Universidad Externado de Colombia 2015.

El trabajo colectivo realizado con los demás sectores de la administración distrital permitió avanzar en la identificación y caracterización de las dinámicas poblacional, ambiental, social y económica; así como en el reconocimiento de las condiciones básicas de salud para cada una de las dimensiones prioritarias, bajo la mirada de los demás sectores de la administración. Se identificaron las implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación en salud y se valoraron las tensiones en salud. Los productos se corresponden con los aplicativos PASE 1 a 8 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente la formulación del Plan Territorial de Salud 2012-2016 conto con participación de la comunidad, sociedades científicas y se logró llegar a consensos y agendas comunes y acuerdos de gestión.

Como resultados prácticos se tienen que en la metáfora construida en 2016 con participación de los demás sectores de la administración, Bogotá se asimila a un bus articulado de Transmilenio, a su interior es fiel reflejo de la diversidad poblacional, de la cotidianidad. Para acceder al servicio de transporte, la población debe contar con la tarjeta de pago que adquiere previamente, la cual le asegura la prestación del servicio, más no la calidad del mismo; tal como ocurre en la prestación de servicios de salud, mediada por el aseguramiento, el cual se constituye en una condición indispensable para acceder a la atención en salud, más no la garantía de la calidad de la misma. En este bus se reflejan los diferenciales presentes en las localidades de la ciudad y en las coberturas y acceso a servicios.

Como metáfora deseada “**Bogotá el gran frailejón que debemos resguardar**”, se espera que Bogotá D.C. se transforme en un frailejón que representa armonía, belleza, orden, diversidad, respeto del medio ambiente, equidad y libertad, que se adapta a las condiciones críticas del ambiente y que en sus hojas sustenta el territorio distrital, permitiendo la superación de la pobreza y la exclusión, con justicia y equidad en la distribución de los beneficios del desarrollo y la sostenibilidad.



El frailejón aporta al equilibrio del ecosistema y al desarrollo del medio ambiente, de igual forma Bogotá, contribuye al desarrollo de la Sabana Centro y de Colombia, convirtiéndose en una ciudad región de auge, de desarrollo económico, social, cultural e industrial, que favorece la conservación del ambiente y el desarrollo sostenible y sustentable.

En el centro del frailejón existe una yema de crecimiento, que si se daña, la planta no crece más; de igual forma la acción articulada entre los diferentes sectores de la administración distrital, los actores sociales y comunitarios, se convierten en el soporte principal para la identificación de necesidades de la población que habita tanto en la zona rural como urbana de la ciudad, así como en la búsqueda y desarrollo de acciones orientadas a reducir los índices de vulnerabilidad y fragilidad socioeconómica, a través del fortalecimiento de los programas sociales, la generación de oportunidades y formalización laboral, promoción del emprendimiento, mejoramiento de la calidad y oferta de programas educativos y de vivienda, con énfasis en localidades con mayores índices de pobreza.

Las tenues hojas verdes del frailejón, y todo ese entramaje de nervios que conforma cada hoja se asemejan a las grandes avenidas de Bogotá, sus majestuosas construcciones y la amplia distribución espacial, convirtiéndola en una ciudad cosmopolita, multiétnica y pluricultural. Por otro lado los delicados vellos blancos que recubren cada hoja del Frailejón, que absorben el agua de la neblina, nos rememora la labor social que debe cumplir cada ciudadano, no solo con el cuidado del medio ambiente sino con el trabajo sinérgico, para que al igual que el frailejón, todos los sistemas que de él hacen parte, puedan trabajar de manera mancomunada y avancen al cuidado y protección de la vida a través de la sana convivencia, el respeto por la diferencia, para construir una Bogotá mejor para todos.

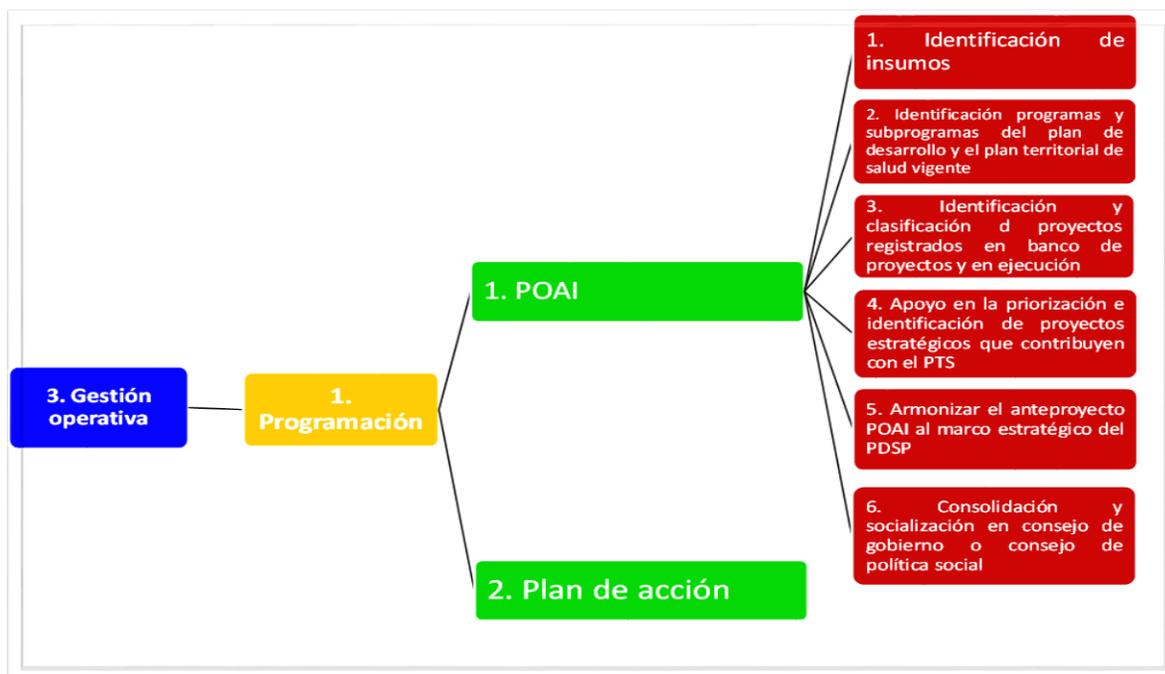
4.3 Tercer Proceso: De Gestión Operativa.

En éste proceso se desarrollan el componente operativo y plan de acción del plan Territorial de Salud aprobado. Se identifican y programan los recursos existentes y se gestionan los nuevos, se elabora el Plan Operativo Anual de inversiones para aprobación de la autoridad máxima del

territorio, para plasmarlo posteriormente en el plan de acción de salud, implementación, monitoreo y evaluación.

En desarrollo de éste proceso se adelanta la formulación del componente operativo incluido el plan de acción del plan Territorial de Salud 2016-2020, una vez sea aprobado por las diferentes instancias. Se identifican y programan recursos existentes y se gestionan nuevos, se elabora el Plan Operativo Anual de Inversiones para aprobación de la autoridad máxima del territorio, para plasmarlo en el plan de acción de salud y realizar su implementación, monitoreo y evaluación. (Gráfico 8).

Gráfico 8 Tercer Proceso: De Gestión Operativa (Momentos Pasos y Actividades)



Fuente: Universidad Externado de Colombia 2015.

El ejercicio adelantado en 2016 para la formulación del Plan Territorial de Salud 2016-2020 en el componente de la aplicación de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, tomo como punto de partida todos los avances alcanzados en 2015 en desarrollo del proceso de armonización del Plan Territorial de Salud 2012-2016 con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, sin desconocer los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y protección Social. Se partió del equipo de trabajo conformado en 2015, se actualizaron delegados por sectores. De igual forma, se tomaron en consideración los avances alcanzados en desarrollo de todos y cada uno de los procesos, momentos y pasos adelantados con anterioridad en 2015 (Anexo 10).

4.4 Estimación de diferenciales en salud por localidades 2014

Para el análisis de la situación de salud de morbilidad en el Distrito Capital en 2014, se adelantó mediante la consulta a los registros disponibles de atenciones prestadas en salud a la población [RIPS] total Bogotá D.C. disponibles en la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social. A esta base de datos se agregaron los registros de atenciones No POS disponibles en la

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. en la Dirección de Planeación Sectorial¹⁵. La base de datos de la Entidad incluye las atenciones no POS que se prestaron en el periodo de análisis. Así mismo se consultó la Base de datos única de afiliados [BDUA] al SGSSS con el fin de disponer del nivel de SISBEN de los usuarios y localidad de residencia. Para disponer de variables como el estado civil y dirección de localidad y UPZ se consultó la Base de datos de APS, la cual dispone de información histórica de las personas desde el inicio del Programa en los territorios.

El Plan de trabajo fue el siguiente:

- Identificar las seis prioridades propuestas a intervenir en el Plan Territorial de salud de la vigencia 21016 – 2020, en cada una de las localidades de la ciudad.
- A cada una de las prioridades se les identificaran las primeras causas de consulta de los usuarios teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de enfermedades CIE10
- Para cada una de las prioridades se clasificará las localidades con mayor riesgo o problemática identificada teniendo como elemento de agrupación o identificación la tabla de Pareto en cual quedó definido como límite el 70%.
- Cruce de bases de datos de RIPS, BDUA y APS.
- Georreferenciar las prioridades (elaboración de mapas)
- Establecer las diez primeras causas de atención por prioridad en la ciudad y por localidad
- Establecer los diferenciales por prioridad y por localidad. Las variables definidas para los diferenciales fueron: Nivel de SISBEN, edad, sexo, estado civil, tipo de usuario frente al SGSSS.
- Presentación de análisis y conclusiones.

Desarrollo del trabajo

Población - Universo. Total de población en Bogotá.

Población blanco. Población que consulta a instituciones de salud en Bogotá D.C. tanto a instituciones prestadoras de servicios de salud [IPS] sean públicas o privadas

Población de estudio. Pacientes identificada con los siguientes diagnósticos en Bogotá, D.C.

El listado definido de causas en las consultas corresponde a las prioridades definidas para intervención durante la vigencia 2016-2020 en el Distrito Capital. Los códigos corresponden a los establecidos en el Código Internacional de Enfermedades CIE10 (Anexo 11)..

Criterios de inclusión

- ✓ Los pacientes que consultan por consulta externa, hospitalización o urgencias en Bogotá, D.C. durante el 2014
- ✓ Individuos con los diagnósticos más frecuentes que representan el 70% de cada una de las prioridades del plan territorial de salud Bogotá Mejor Para Todos 2016 - 2020
- ✓ Fuentes de información
Sistema de Información Registro Individual de Prestación de Servicios De Salud RIPS, base datos atención primaria en salud APS histórica consolidada, Base de datos única de afiliados BDUA - SISBEN 2014. 2010 – 2014
- ✓ Prioridades del Plan Territorial de Salud 2016-2020: 1.Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles [Crónicas], 2.Enfermedades infecciosas, 3.Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, 4.Salud Ambiental y Ámbito Laboral, 5.Salud Mental y Convivencia Social y 6. Accidentes y Violencia.

Procedimientos

¹⁵ Registros suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO.

Posterior a tener la base de datos se realizó análisis por prioridades: crónicas, infecciosas, sexualidad, ambiente y laboral, salud mental y violencia y accidentes encontrando cuáles eran los diagnósticos de mayor frecuencia de atención por prioridad representando el 70% del total de atenciones en salud registradas para cada una de la prioridades del plan territorial de salud Bogotá Mejor para Todos 2016 - 2020 con las cuales se les generó la codificación del CIE 10;

A continuación se realizó un cruce de base datos entre Sistema de Información Registro Individual de Prestación de Servicios De Salud RIPS, base datos atención primaria en salud APS consolidada y base de datos SISBEN 2014 con la finalidad de establecer una validación de la localidad de residencia e integrar variables de aspectos sociodemográficos que nos permita valorar diferenciales poblacionales, posteriormente se realiza una descripción de cada una de las variables, las variables de razón se describieron utilizando medidas de tendencia central y dispersión; las variables nominales y ordinales se describieron utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativas.

En la variable localidad residencia se generó una única variable según la validación realizada anteriormente por el cruce de base de datos para la cual se calculó según las prioridades del Plan Territorial de Salud Bogotá Mejor Para Todos 2016 - 2020 número de individuos únicos, porcentaje, proporción de prevalencia específica y proporción de prevalencia ajustada tomando como población estándar la de Bogotá. Para las poblaciones se utilizó población proyectada al año 2014 según censo DANE 2005.

Indicadores

Para realizar el análisis se calcularon los siguientes indicadores:

Porcentaje por localidad de residencia

$$\frac{\text{Número de atenciones según individuo único por localidad en Bogotá año 2014}}{\text{Total atenciones según individuo único por prioridad para Bogotá año 2014}} \times 100$$

Tasas de prevalencia específicas: es el riesgo que tiene una persona de enfermar siendo residente de una localidad

$$\frac{\text{Número de atenciones según individuo único por localidad en Bogotá año 2014}}{\text{Población por localidad de Bogotá según proyección DANE}} \times 1000$$

Tasas de prevalencia ajustadas: es el riesgo que tiene una persona de enfermar por alguna de las prioridades ajustado por población y edad en una localidad siendo residente de Bogotá

$$\frac{\text{Número de atenciones según individuo único por localidad en Bogotá año 2014}}{\text{Población por localidad de Bogotá según proyección DANE}} \times 1000$$

5 Análisis de la Situación de Salud en Bogotá D.C.

El análisis de la situación de salud en Bogotá D.C. parte de reconocer los contextos territorial, urbano, ambiental, demográfico, social y económico y de respuesta, seguidos del examen sobre los efectos en la salud que involucran la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad o daño; en una ciudad en la cual los determinantes de la salud registran las particularidades y especificidades propias de la dinámica y cotidianidad de lo urbano, en la cual se requieren intervenciones de carácter generalizado, pero a la vez se demandan acciones focalizadas y priorizadas sobre factores de riesgo y determinantes en puntos estratégicos y grupos poblacionales específicos, encaminadas a disminuir y eliminar la segregación y la diferenciación que presenta el perfil de morbimortalidad en el Distrito Capital que se hace visible entre territorios y grupos poblacionales.

5.1 Caracterización de los Contextos Territorial, Poblacional, Urbanístico, Social y Económico

Administrativamente Bogotá D.C.¹⁶ comprende los Sectores Central, Descentralizado y de las Localidades. El Despacho del Alcalde, los Consejos Superiores de la Administración Distrital; las Secretarías de Despacho, los Departamentos Administrativos y las Unidades Administrativas Especiales hacen parte del Sector Central.

Los Establecimientos Públicos, las Unidades Administrativas Especiales, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, las Empresas Sociales del Estado, las Empresas de Servicios Públicos Domiciliarios, las Sociedades de Economía Mixta, las Entidades Descentralizadas Indirectas y los Entes universitarios, forman parte del Sector Descentralizado

El Sector de las localidades está integrado por las Juntas Administradoras Locales y las Alcaldías Locales.

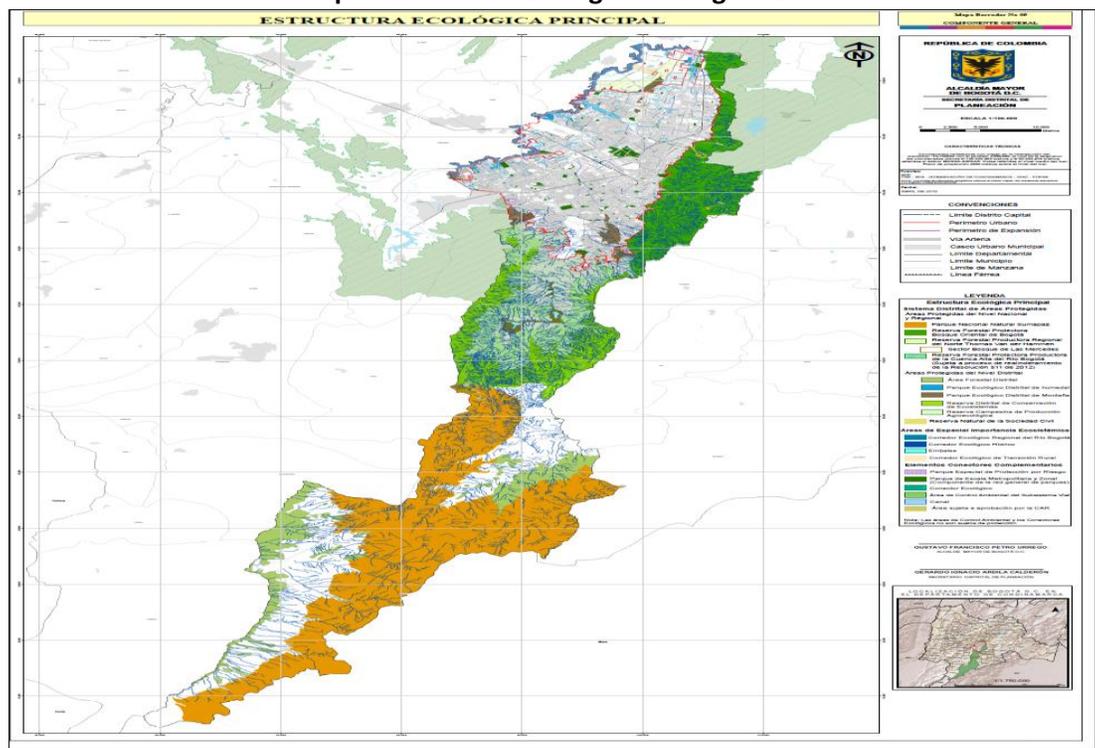
5.1.1. Caracterización del Territorio y del Medio Ambiente

Bogotá D.C. se ubica en la franja de altitud subalpina sobre la Cordillera Oriental de los Andes a 2.625 metros sobre el nivel del mar en la Sábana de Bogotá D.C. Es la tercera capital más alta en América del Sur después de La Paz y Quito. Los elementos sobresalientes de su estructura ecológica son los cerros de Monserrate y Guadalupe, el valle aluvial de río Bogotá y sus afluentes, las zonas de humedales, corredores biológicos indispensables para futuras implementaciones de planes de restauración y parques metropolitanos. Posee una extensión aproximada de 177.598 hectáreas.

De estas, 30.736 (17,3%) corresponden al área urbana, 17.045 (9,5%) al área suburbana y 129.815 (73%) al área rural. Entre estas últimas se destacan las localidades de Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Santa Fe, Chapinero, Suba, Bosa y Usaquén. (Mapa 3).

¹⁶Presidencia de la República. Ministerio de Gobierno. Bogotá D.C. julio 21 de 1993. Artículo 54 Decreto Ley 1421 de 1993, por el cual se dicta el Régimen Especial para el Distrito Capital de Santa fe de Bogotá D.C. y demás normas concordantes, entre otras, Acuerdo Distrital 257 de 2006, por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las Entidades de Bogotá D.C. y se expiden otras disposiciones.

Mapa 3 Estructura Ecológica de Bogotá D.C.



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Información Decreto 190 del 2004 (POT). Elaboró Equipo ASIS-SDS.

El territorio donde se asienta la ciudad fue antiguamente un lago. De esto dan evidencia los humedales que cubren algunos sectores no urbanizados de la Sabana y los ubicados en la localidad de Suba. Bogotá D.C. tiene en su territorio el páramo de Sumapaz, el más grande del mundo, localizado en la localidad de Sumapaz¹⁷. Se caracteriza por clima frío de montaña, temperatura media anual de 14°C, máxima de 19,9°C, mínima de 8,2°C y mínima absoluta de 5,2°C y humedad relativa media anual de 72%¹⁸. En la ciudad se presentan escasas lluvias en enero, febrero, junio, julio, agosto y septiembre y lluvias fuertes en marzo, abril, mayo, octubre, noviembre y diciembre. En la Ciudad se han venido presentando variaciones en estos períodos de lluvia en los niveles de temperatura debido a los fenómenos climatológicos ocurridos en los últimos tiempos.

Limita al sur con los departamentos del Meta con los municipios de Guamal, Cubarral y La Uribe y del Huila, al norte con el municipio de Chía y Sopó, al oeste con el río Bogotá y los municipios de Cota, Funza, Mosquera, Soacha (zona urbana), Pasca, San Bernardo, Arbeláez, Cabrera y Venecia (zona rural) del departamento de Cundinamarca. Por el este llega hasta los cerros Orientales y los municipios de La Calera, Chipaque, Choachí, Gutiérrez, Ubaque, Une. Está delimitada por un sistema montañoso en el que se destacan los cerros de Monserrate (3.152 msnm de altura) y Guadalupe (3.250 msnm de altura) al oriente de la ciudad. Se encuentra comunicada con el cerro de Monserrate a través de los servicios de transporte de teleférico y funicular.

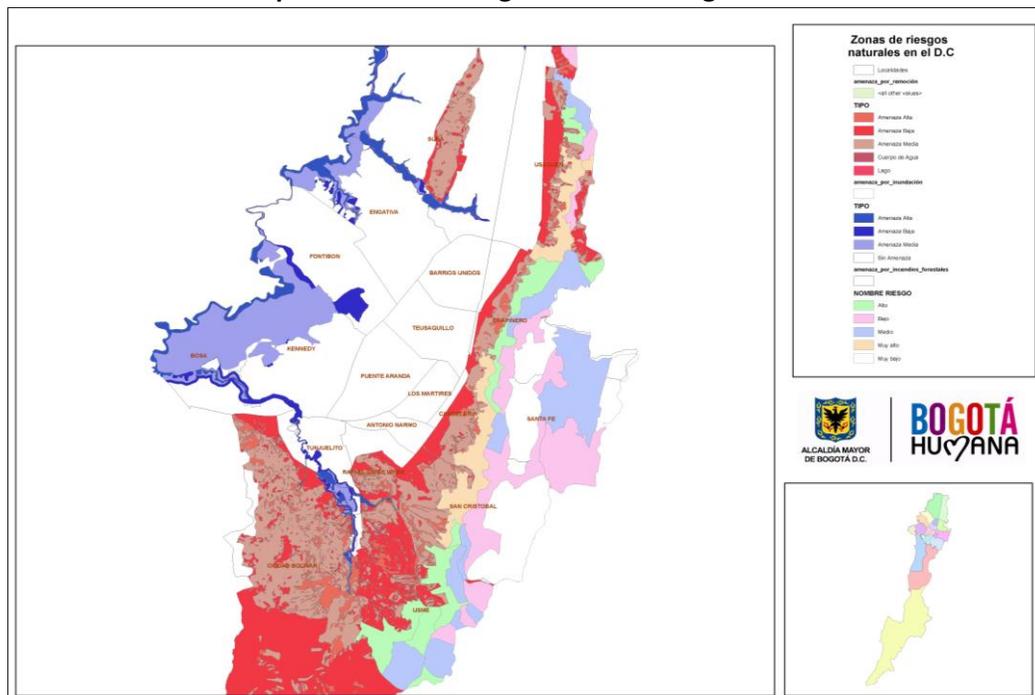
¹⁷ El Gran Libro de los Páramos. Proyecto Páramo Andino. Conservación de la Diversidad en el Techo de los Andes. Corporación Autónoma regional (CAR) Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt. Editorial Humboldt. Bogotá D.C. Colombia. Diciembre 2011. 208 páginas. (Página 42). Disponible en: http://www.paramo.org/files/El_Gran_Libro_de_los_Paramos.pdf. Fecha de consulta Bogotá D.C. abril 1 de 2016.

¹⁸ Weatherbase: Historical Weather for Bogota, Colombia.

La riqueza ecológica de la ciudad se ha venido reduciendo de manera importante. Bogotá D.C. cuenta con áreas protegidas de orden nacional, distrital y regional, parques, corredores ecológicos y un área especial de manejo del río Bogotá, las cuales deben ser protegidas por la sociedad y la Administración Distrital, para garantizar la calidad de vida de la actual y de las futuras generaciones. Las zonas de protección nacional se ubican en su mayoría en la zona oriental de la ciudad, y las del orden distrital se encuentran en la parte sur y sur occidental

Bogotá D.C. es hoy una ciudad con alto grado de vulnerabilidad ambiental. Las zonas aledañas a las riveras de los ríos son susceptibles de inundaciones y las zonas montañosas con alto grado de erosión, presentan riesgo de deslizamiento. Las condiciones ambientales de la ciudad se han modificado debido a la variabilidad climática que durante los últimos años viene afectando con gran magnitud al país. Las localidades con mayor nivel de amenaza de inundación son las ubicadas en el occidente de la ciudad como Bosa, Kennedy, Engativá y Suba. Por otro lado, las localidades que se ubican en el costado oriental como Usme, Santa Fe y Chapinero tienen mayor nivel de amenazas por incendios forestales. Las localidades de Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, parte de San Cristóbal y Usme, presentan mayor nivel de amenaza por remoción en masa (Mapa 4)¹⁹.

Mapa 4 Zonas de Riesgos Naturales Bogotá D.C.



Fuente: Dirección de Prevención y Atención de Emergencias (DEPAE), 2009. Elaboró: Grupo ASIS Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

5.1.2. Estructura y Dinámica de la Población Residente en Bogotá D.C.

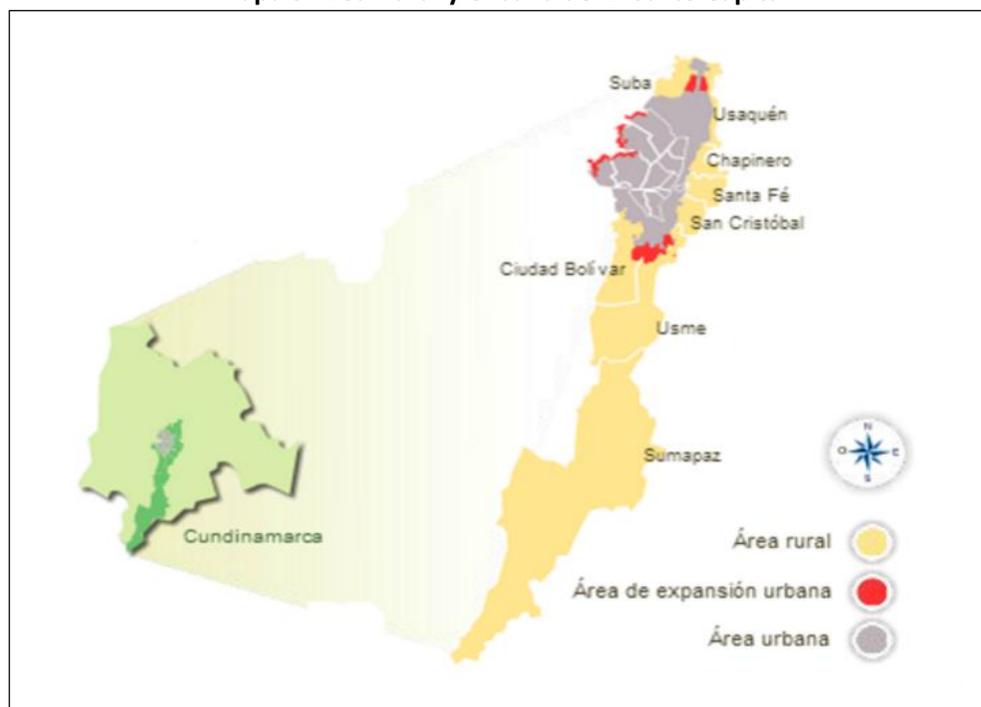
Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)²⁰, en el año 2010 Bogotá D.C. contaba con una población de 7.363.782 habitantes, con proyección al 2016 de 7.980.001 pobladores y al 2020 de 8.380.801 habitantes (Anexo 2). La densidad poblacional

19 Secretaría de Planeación Distrital. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales resultados - Temas nuevos. Condiciones urbanas

20 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Resultados y proyecciones de población 2005-2020 con base en cifras del censo 2005.

aproximada es de 4.321 habitantes por kilómetro cuadrado. La ciudad alberga la mayor aglomeración de personas del país, superando por más del 18 % a la segunda a nivel nacional; el departamento de Antioquia incluida su capital (6.534.764 hab). Solo 16.962 habitantes se ubican en la zona rural y 7.861.821 en el área urbana. Se puede afirmar que el territorio del Distrito es rural 82.7%, mientras que el territorio urbano corresponde al 17.3% (Mapa 5).

Mapa 5 Área Rural y Urbana del Distrito Capital



Fuente: <http://www.observatorioruralbogota.gov.co/>

Bogotá D.C. presenta una alta densidad de población urbana ubicada en mayor proporción en 18 de las 20 localidades siendo San Cristóbal y Kennedy las dos con mayor densidad poblacional (Anexo 2). Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar presentan importantes fenómenos de urbanización informal producto del desplazamiento de personas desde otras ciudades o municipios a la ciudad capital, muchos de ellos relacionados con la violencia.

En Bogotá D.C., al igual que en todo el resto del país, el crecimiento demográfico es el resultado de complejas razones políticas, sociales, económicas y de seguridad las cuales han motivado la migración hacia la ciudad, determinando un crecimiento exponencial de la población en las zonas urbanas y el establecimiento de cinturones de miseria en sus alrededores. Un ejemplo de lo anterior, es el número de desplazados que han llegado a Bogotá D.C. Según la Consultoría para los Derechos Humanos, Codhes, entre 1999 y 2012 llegaron a Bogotá D.C. más de 540.714 desplazados, aproximadamente el 6,8% del total de la población.

El incremento total de la población con respecto a 2010 fue de 8,4%, 616.219 habitantes; la proporción por sexo muestra a las mujeres con el 51,6% (4.118.377) y un 48,4% (3.861.624) de hombres (Tabla 1); la mediana de edad ha ido en incremento a través de los años, en 2005 era de 27,6, en 2010 era de 29,5 y para el año 2016 es de 30,4, esto refleja la estructura de una sociedad madura. La población menor de 15 años representa el 22,7% (1.808.863 habitantes) del total con un decrecimiento del 0,7% con respecto al 2010 (1.820.898 habitantes), en tanto que los mayores de 64 años son para 2016 el 7,8% (621.952 habitantes), mientras que para el 2010 fueron el 6,3% (465.370 habitantes).

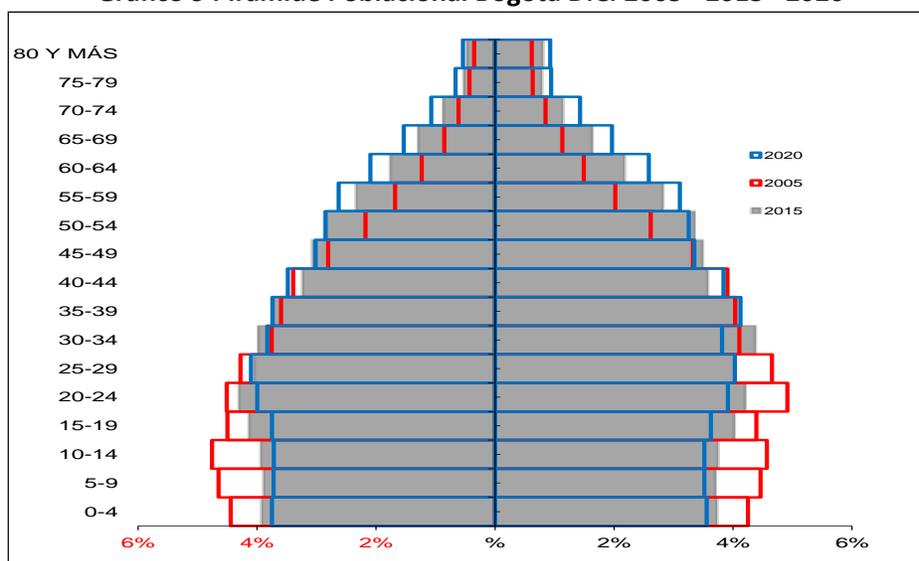
Tabla 1. Población por Sexo y Agrupaciones de Edad. Bogotá D.C. 2016

Edad (años)	Mujeres	Hombres	Ambos Sexos	Porcentaje	Índice de masculinidad
0 a 14	881.454	927.409	1.808.863	22,7	105
15 a 19	314.052	323.548	637.600	8,0	103
20 a 59	2.381.592	2.204.478	4.586.070	57,5	93
60 y +	541.279	406.189	947.468	11,9	75
Total	4.118.377	3.861.624	7.980.001	100	94
Porcentaje	51,6	48,4	100		

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La estructura de la población ha variado durante la última década por reducción de los menores de 15 años y ampliación de los grupos mayores de 50 años de edad, envejecimiento paulatino de la población y menor natalidad acompañada de menor mortalidad de menores de cinco años (Gráfico 9).

Gráfico 9 Pirámide Poblacional Bogotá D.C. 2005 - 2015 –2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La relación Hombre Mujer es de 94, indica que son 94 hombres por cada 100 mujeres. El 24.5% (1.951.454 habitantes) de la población se encuentra en el rango de 15 a 29 años de edad en relación con la población total (7.980.001 habitantes). El índice de envejecimiento es de 34.4%. Este indicador expresa la relación entre los menores de 15 años (de 0 a 14 años, 1.808.863 habitantes) y los mayores de 64 años (65 años y más, 621.952 habitantes), es decir por cada 100 menores de 15 años hay 34.4 personas mayores de 64 años.

El índice de dependencia es 43.8%, expresa que por cada 100 personas entre las edades de 15 a 64 años (5.549.186 habitantes) hay 43.8 personas menores de 15 (de 0 a 14 años) y mayores de 64 años (65 y más años) (2.403.815 habitantes). El índice de Friz es de 104, expresa la relación compara la población productiva y la población dependiente. El índice de Friz es de 105, muestra que en la ciudad la población es todavía joven. El índice valora en su conjunto si la población es

joven o se está envejeciendo. Cuando el valor obtenido supra 160 se considera que la población es joven, si es menor a 60 la población se ha envejecido.

Para el último quinquenio el Distrito registró una tasa de crecimiento natural de 11.4, una tasa de migración de 2.1 y una esperanza de vida al nacer de 79 años²¹ (Anexo 3). La Capital registra una tasa bruta de natalidad de 15,9, una tasa general de fecundidad de 68.6, una edad media de fecundidad de 29 años, una tasa bruta de reproducción de 1 y una tasa bruta de mortalidad de 4.5 (Anexo 4). La relación Hombre-Mujer es de 93.622, el Índice de juventud es de 27% y oscila entre los 15 y 29 años de edad, el índice de envejecimiento es 32.8%²³ y de dependencia es 43.8%²⁴.

La esperanza de vida, expresión del desarrollo, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. La esperanza de vida al nacer ha presentado un aumento de 10 años frente al periodo 1985 lo cual refleja las mejoras del sistema sanitario, la disminución de la mortalidad por algunos eventos dadas las acciones de promoción y prevención y los cambios en el estilo de vida. En Bogotá, la esperanza de vida pasó de 75,4 años en el 2005 a 79 años en el año 2015. El grupo de la mujeres presentan una mayor esperanza de vida 80.1 años, el grupo de los hombres 75.9 años (Anexo 5).

El Plan Territorial en Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 da especial relevancia al reconocimiento de las personas y sus particularidades, incluyendo el enfoque diferencial y poblacional, para la definición e implementación de las acciones, estrategias y actividades rescatando además, el concepto de curso de vida entendiendo que durante el transcurso de la vida de las personas, ocurren diversas situaciones, factores y experiencias acumulativas que afectan la calidad de vida y salud, según pertenezcan a diferentes momentos vitales, la generación, procesos de identidad, la diversidad de etnia y cultura, la orientación sexual, el género e identidad de género y las condiciones y situaciones particulares, como la persona con discapacidad, las personas o comunidades que han sido víctimas del conflicto armado interno, el habitante de calle y las ocupaciones de las personas (trabajo sexual, recicladores, entre otras).

Bogotá D.C. se caracteriza por ser una ciudad con diversidad poblacional y étnica. Aunque la mayor parte de la población corresponde a una mezcla étnica generada durante siglos, existen cuatro étnicos minoritarios reconocidos: indígenas, afrodescendientes, pueblo Gitano o ROM y Raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia.

De acuerdo con el censo 2005, en Bogotá D.C. en 2015 cohabitan 15.032 indígenas y 523 ROM o Gitano, lo mismo que 1.800 raizales y 97.885 afrodescendientes. En los dos primeros grupos la atención en salud para estas poblaciones étnicas está regulada por la normatividad vigente en materia de poblaciones especiales, lo que permite que accedan a los servicios de salud, sin el cobro de cuotas de recuperación y se afilien al Régimen Subsidiado por listado censal.

En la ciudad se reconocen Catorce pueblos indígenas identificados, nueve en busca de reconocimiento como cabildos: Uitoto, Misak Misak, Yanacona, Nasa y Pastos, Tubu, Eperara, Camentsa y Wounaan y cinco con cabildos indígenas reconocidos legalmente ante el Ministerio del Interior y la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.: Muisca de Suba, Muisca de Bosa, Ambiká Pijao, Inga y Kichwa. Sin embargo se ha detectado la presencia de familias o individuos con pertenencia indígena a otros pueblos como Emberá, Wuayu, Aruhacos.

21Ciudad Bolívar y Sumapaz presentan la menor esperanza de vida tanto en el grupo de los hombres como en el grupo de las mujeres, en Usaquén, Chapinero, Suba y Teusaquillo que alcanzan mayor esperanza de vida en relación con las otras localidades de la ciudad (Anexo 4).

22 Indica que por cada 100 mujeres hay 93 hombres.

23Expresa que por cada 100 menores de 15 años hay 32.8 personas mayores de 65 años.

24Registra que por cada 100 personas entre las edades de 15 a 64 años hay 43.8 personas menores de 15 y mayores de 65 años.

Por su parte los gitanos, se caracterizan por su tradición nómada, llegaron a Colombia desde los primeros años de la colonia aunque la mayor parte de los romaníes colombianos pertenecen a la etnia Vlax y llegaron por voluntad propia desde 1880 hasta 1920; tienen una larga tradición nómada y hoy día tienen nuevas formas de itinerancia, tienen un idioma propio; preservan un conjunto de normas tradicionales así como de instituciones que regulan la aplicación de su derecho interno conocido como ‘la ley gitana’ o Kriss²⁵.

Actualmente en Bogotá existe una Compañía y dos organizaciones (Unión Romaní y Pro ROM) y se han identificado 316 Gitanos (individuos), de la siguiente manera: Unión Romaní (154 personas) y Pro ROM (162 personas); de los cuales 167 son mujeres (53%) y 149 (47%) son hombres. La mayoría de la población se ubica en las localidades de Kennedy y Puente Aranda, actualmente su condición de aseguramiento refleja que un 54% de la población se encuentra vinculada al régimen subsidiado como población especial y un 46% vinculada al régimen contributivo.

En Bogotá D.C. existen 97.885 afrodescendientes, que se ubican principalmente en las localidades de Kennedy, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Engativá, Santafé, Bosa, Suba, Rafael Uribe, Antonio Nariño y Teusaquillo.

Es frecuente que entre estas poblaciones exista un número importante de migrantes y desplazados, razón por la cual se evidencia con frecuencia una fuerte confrontación entre el modelo de vida urbano y el modelo tradicional propio de la comunidad a la que pertenecen; ello se evidencia en espacios escolares, en la práctica de la medicina tradicional, en la realización de actividades que en la ciudad son tomadas como laborales y en el uso de las tecnologías de información y comunicación.

Las patologías más frecuentes en estos grupos son las enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial, situación posiblemente asociada a causas como los hábitos alimentarios y sedentarismo, entre otras. También son frecuentes las Infecciones respiratorias, afecciones del sistema digestivo, lesiones de piel y faneras, infecciones genitourinarias, defectos de refracción, patologías orales y dentales. De otro lado, se reportan los problemas respiratorios, seguido de los problemas de visión, digestivos y dentales entre otros. De igual forma se presentan problemas de desnutrición, enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda y dermatitis.

Los raizales se constituyen como “Pueblo Indígena Afro descendiente” el cual se fue configurando a lo largo de más de trescientos años, como descendientes de los puritanos británicos que llegaron a las islas en el siglo XVII, los esclavos africanos traídos por éstos y los indígenas que habitaban el archipiélago. La gran mayoría de los raizales manejan los idiomas inglés, español y Creole, esta última es su lengua nativa.

En relación con el aseguramiento en salud el 70% de la población se caracteriza por encontrarse afiliada al régimen contributivo, un 20% al régimen subsidiado, un 8% al régimen especial y 2% sin aseguramiento en Bogotá. Y su distribución por localidades está en mayor relevancia con un 48% en Teusaquillo, seguido de 12% en Chapinero y finalmente con un 8% en Usaquén.

En general las problemáticas que se presentan en la población raizal son similares a las que se presentan en el resto de la población, pero se ha identificado que las de mayor afectación tiene son las enfermedades respiratorias, afecciones del sistema digestivo, lesiones de piel, infecciones

²⁵Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Diagnostico Sectorial de Salud. Directiva 009 de 2015 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá D.C. 92 páginas. Documento disponible en www.saludcapital.gov.co fecha de consulta abril 4 de 2016

genitourinarias, defectos de refracción, patologías orales, así como la presencia temprana de hipertensión arterial y Diabetes.

Otra de las poblaciones especiales, de acuerdo con la Ley 1448 de 2011, son las víctimas del conflicto armado

“...las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno...”.

También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. Y las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

En Colombia se calcula que existen 7.999.663 personas víctimas, de las cuales 636.824 se ubican en Bogotá D.C.²⁶, principalmente en las localidades de Ciudad Bolívar (15%), Bosa (15%) y Kennedy (15%); seguidas de Suba (9%), San Cristóbal (8%) y Usme (7%), Engativá (5%) y Rafael Uribe (5%).

De esta población, 344.438 se encuentran vinculadas en el sistema general de seguridad social en salud; 78.539 se encuentran afiliadas al régimen contributivo, 112.268 en el régimen subsidiado y 53.631 corresponden a afiliación especial al magisterio²⁷.

Esta población presenta afectaciones psicosociales como consecuencia de la fractura de proyectos de vida, redes familiares y el tejido social, así como del debilitamiento de la calidad de vida familiar y la insatisfacción por no contar con mecanismos propios para la satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia.

Respecto a las demandas en salud ms frecuentes de parte de las personas víctimas del conflicto armado se encuentran, la rehabilitación en salud física y psicosocial a nivel individual, familiar y comunitaria desde una mirada interdisciplinar y la atención diferencial según hechos victimizantes, etapa de ciclo y género.

Algunos grupos incluyen además la incorporación efectiva de los saberes ancestrales, la activación efectiva de rutas para la atención en casos de violencia sexual por conflicto armado, la prevención de eventos en salud mental sin barreras de acceso y con oportunidad y calidad, reconociendo sus diversos contextos y las historias y afectaciones dadas en el marco del conflicto armado.

5.1.3. Contexto Urbano, Económico y Social de Bogotá D.C.

Bogotá D.C. se constituye en el epicentro político, económico, administrativo, artístico, cultural, deportivo y turístico del país por ser el principal centro de servicios industriales y comerciales, además de que alberga el grueso del sector terciario del país²⁸.

²⁶Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas. Dirección de Registro y Gestión de la Información. Subdirección Red Nacional de Información. Información actualizada hasta el 1º de abril de 2016. Fecha de consulta: 22 de abril de 2016.

²⁷ Régimen Subsidiado FOSYGA-BDUA cruce con Maestro de Afiliados SDS, corte 30 de diciembre de 2015

²⁸ Secretaría de Planeación Distrital. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales Resultados Bogotá D.C. 2011

Esto implica que la ciudad debe construir condiciones que permitan un ambiente sano para enriquecer el hábitat; la movilidad en vías adecuadas; espacio público bien dotado y apropiado; equipamientos y servicios públicos suficientes; viviendas y espacios de estudio y trabajo saludables, y lo más importante, la tranquilidad que facilite el goce de vivir, condiciones que no se observan en buena parte de la ciudad, ni son posibles para todas las personas, máxime si se tiene en cuenta que la velocidad con que se vive en la ciudad muchas veces se resta sensibilidad a las personas para percibir su aspecto humano.

Indicadores Económicos y Sociales

Bogotá es la ciudad con mayor crecimiento económico del país, en 2015 alcanzó 3.9%, estando a 0,8 puntos porcentuales por encima del crecimiento nacional. La Ciudad aporta el 24,9% del producto interno bruto (PIB) nacional. Sin embargo tiene un alto índice de desigualdad, el 9,2% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas y el 1,4% viven en la miseria (Tabla 2).

Tabla 2 Indicadores económicos. Bogotá 2014

Nombre del indicador	Valor
PIB (Millones)*	US\$94000
PIB per cápita*	US\$12.091
% del PIB total de Colombia*	24,9%
Crecimiento económico*	4,4%
Inflación*	3,8%
Índice de Gini (2014)**	0,502
Índice de Desarrollo Humano(2007)***	0,8
Población en Necesidades Básicas Insatisfechas****	9,2%
Proporción de personas en miseria****	1,4%

Fuente: *<http://www.investinbogota.org/bogotaencifras>. Investigación en Bogotá con base en estimaciones del DANE 2014

****<http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), de los 2.437.996 hogares de la ciudad, en 2014, el 84,5% pertenece a estratos 1, 2 y 3; mientras que en 2011 eran el 82,4%.

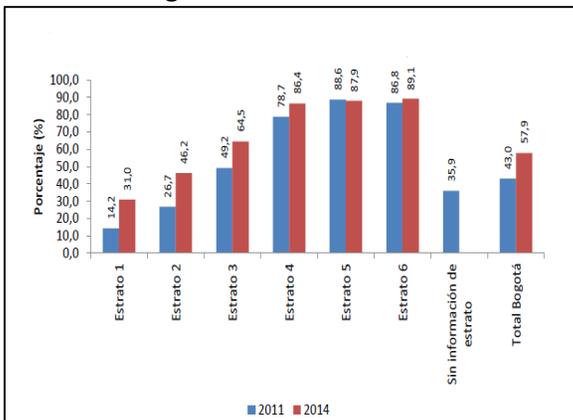
En 2014, los hogares contaron con 100% de cobertura de servicios públicos de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y recolección de basuras. El acceso al gas natural fue superior en los estratos 1 y 5 alcanzando un 90.1% y 92.1% respectivamente. El servicio de Internet refleja diferencias notorias, el 31% en el estrato 1, en comparación con el 89,1% en el estrato 6. El acceso a telefonía fija ha disminuido en 2014 en comparación con 2011, lo cual puede deberse al posicionamiento de otros medios de comunicación. (Tabla 3, Gráficos 10 y 11).

Tabla 3 Coberturas de Servicios Públicos Por Hogares y Estratos Bogotá, 2014

Estrato	Acueducto		Alcantarillado		Rec. de Basuras		Energía Eléctrica		Gas natural	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1	221.023	99,3	217.630	97,8	219.653	98,7	222.600	100,0	200.500	90,1
2	938.436	99,9	938.315	99,8	938.101	99,8	939.477	100,0	865.679	92,1
3	897.374	99,9	897.111	99,8	897.846	99,9	896.808	99,8	791.772	88,1
4	230.190	100,0	230.149	100,0	230.190	100,0	230.190	100,0	200.358	87,0
5	79.965	100,0	76.867	96,1	79.965	100,0	79.965	100,0	70.603	88,3
6	66.743	100,0	66.743	100,0	66.743	100,0	66.743	100,0	59.202	88,7
Total	2.433.731	99,8	2.426.816	99,5	2.432.497	99,8	2.435.784	99,9	2.188.113	89,8

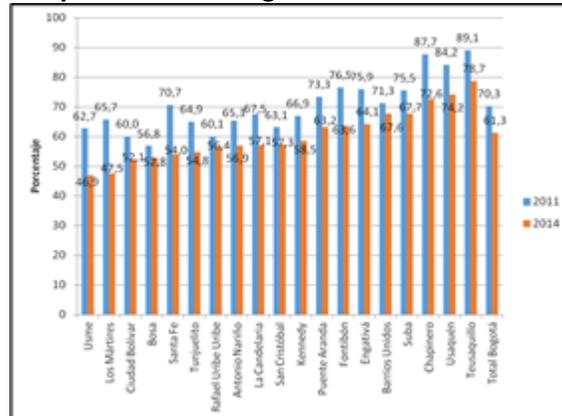
Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014. Nota: No incluye la localidad de Sumapaz

Gráfico 10 Hogares con Internet por Estrato Bogotá D.C. 2011-2014



Fuente: DANE–DP. Encuesta Multipropósito Bogotá D.C.2014. Nota: No incluye la localidad de Sumapaz.

Gráfico 11 Hogares con Servicios Públicos por Localidad Bogotá D.C.2011-2014

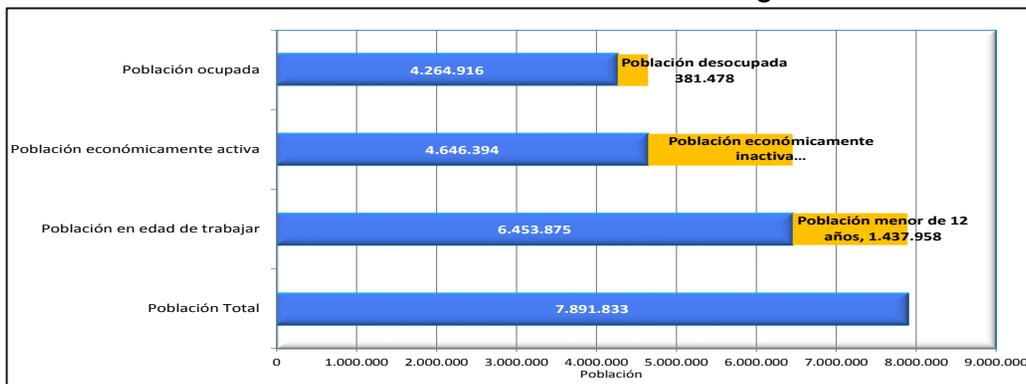


Fuente: DANE–SDP. Bogotá D.C. Encuesta Multipropósito para Bogotá D.C.2014.

Bogotá D.C. es la ciudad que cuenta con el mayor mercado de trabajo y la principal ciudad generadora de empleo del país. La ciudad genera uno de cada cuatro empleos del país. Desde el año 2013, la tasa global de participación de la ciudad ha sido la más alta registrada a nivel nacional, 72.5% en el 2014 y 71.4 en 2015.

Durante 2015 la fuerza laboral en Bogotá la conformaron 6.453.875, el 81.7 del total de personas en Bogotá D.C., no obstante sólo el 71,9% está económicamente activa y de este porcentaje, el 91,7% permanece ocupada (Gráfico 12).

Gráfico 12 Estructura de la Fuerza Laboral en Bogotá D.C.



Fuente: DANE, Encuesta Integrada de Hogares Secretaría Distrital de Hacienda: Análisis del Empleo de la Dirección de Estadísticas y Estudios Fiscales Bogotá D.C. Diciembre de 2015

Las actividades que generan mayor número de plazas de trabajo en su orden son: comercio, hotelería, restaurantes, servicios comunales, sociales, personales, industria manufacturera y actividades inmobiliarias; sin embargo entre los sectores que más expulsaron trabajadores en el 2015 se encuentran la industria manufacturera, transporte y comunicaciones.

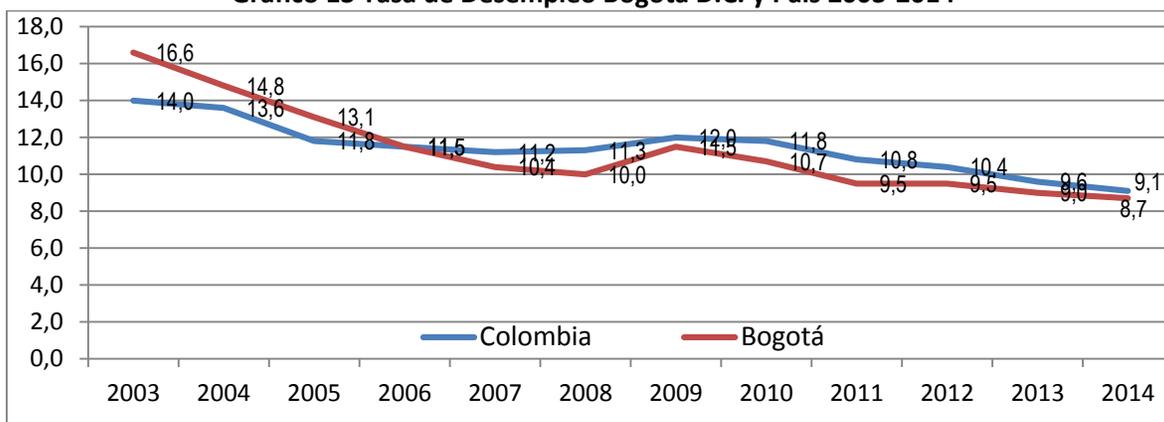
En indicadores que definen el estado de empleo y desempleo está la tasa de ocupación la cual se encuentra en 64,0% a enero de 2016 (Tabla 4 y Gráfica 13).

Tabla 4 Tasas de Participación, Ocupación, Desempleo y Subempleo

Año	Tasa Global de Participación	Tasa de Ocupación	Tasa de Desempleo	Tasa de Subempleo
2012	72,1	65,2	9,5	13,2
2013	72	65,5	9	13,5
2014	72,5	66,2	8,7	12,8
2015 - 2016*	71,4	64,0	10,4	10,0

Fuente: DANE – Gran encuesta Integrada de Hogares – Boletín Técnico 29 de febrero de 2016

Gráfico 13 Tasa de Desempleo Bogotá D.C. y País 2003-2014



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

La proporción de informalidad para el trimestre de octubre a diciembre de 2015 se encuentra en un 42,2%, lo que según el DANE son alrededor de 1,7 millones de bogotanos. Según el último censo realizado por el Instituto para la Economía Social (IPES), en Bogotá hay un número estimado de 47.800 vendedores informales, de los cuales 2.284 se ubican en Chapinero, 1.494 en Suba y 608 en Usaquén.

Bogotá D.C. muestra una estructura de estratificación del territorio con seis estratos para zonas residenciales y una clasificación especial para las áreas comerciales, industriales e institucionales, predominando el estrato 2. Se evidencian claras concentraciones de estrato 1 y 2 en la periferia y en la zona sur, entre las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Tunjuelito, Rafael Uribe y Bosa, entre otras. El 87,7% de la población se encuentra en los estratos 1, 2 y 3 (Tabla 5).

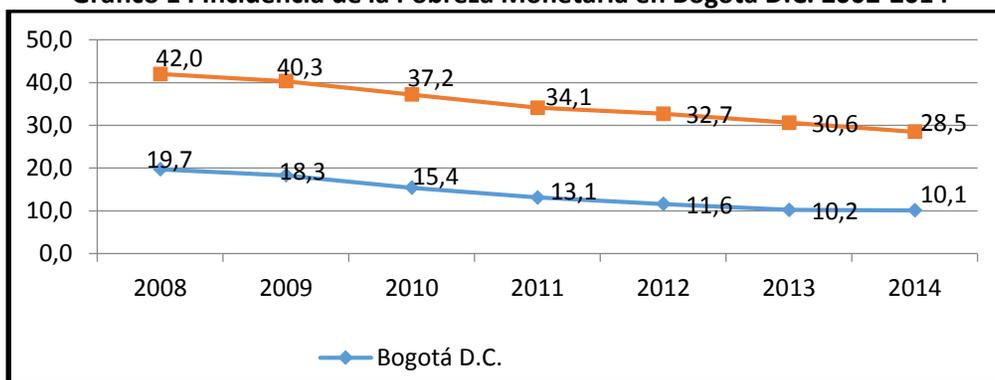
Tabla 5 Población por Estratos Bogotá D.C. 2014

Estratos	Población	%
1	810.266	10,4%
2	3.220.105	41,3%
3	2.807.349	36,0%
4	604.219	7,8%
5	204.002	2,6%
6	148.522	1,9%
Total	7.794.463	100,0%

Fuente: Encuesta Multipropósito para Bogotá D.C. 2014. Nota 1: No incluye la localidad de Sumapaz

En Bogotá D.C. la pobreza monetaria ha venido disminuyendo. De una tasa de incidencia de 19,7 en 2008 se redujo a 10,1 en 2014 (Gráfico 14). Este indicador toma como base el ingreso per-cápita, lo que significa que este indicador ha aumentado reflejando una reducción de la pobreza en términos de ingresos. Por el contrario, en el caso de la pobreza extrema, se presentó un aumento de 0,3 puntos, puesto que pasó de 1,6% en el 2013 a 1,9%. El ingreso per cápita tuvo un aumento de 4,6% de un año a otro (2013 a 2014), con un promedio de \$999.195, lo que indica que una familia promedio en Bogotá D.C. compuesta por cuatro personas, tuvo un ingreso de \$3.996.780.

Gráfico 14 Incidencia de la Pobreza Monetaria en Bogotá D.C. 2002-2014



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico 9 de junio de 2015

La línea de pobreza²⁹ en 2014 fue de \$229.672 en Bogotá D.C., presentando un aumento de 2,7% frente al año anterior. Esto indica que un hogar compuesto por cuatro personas, con un ingreso inferior a \$918.688 es considerado pobre mientras que se considera en pobreza extrema si cuenta con un ingreso por debajo de \$397.188, debido a que la línea de pobreza extrema fue de \$99.297.

En 2015 disminuyó la pobreza multidimensional en Bogotá D.C. El indicador pasó de 5,4% en 2014 a 4,7%, se presentó una reducción de 0,7. Cabe anotar, que el indicador de pobreza multidimensional se presenta significativamente más bajo en Bogotá comparado con las demás regiones del país (Tabla 6 y Gráfico 15).

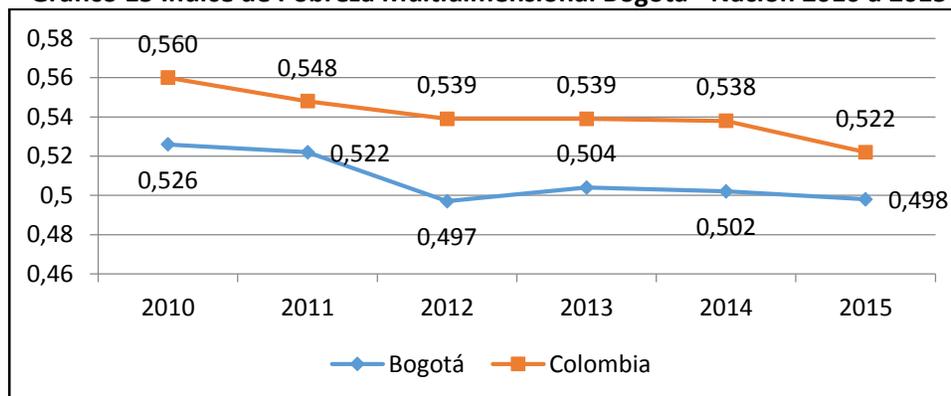
Tabla 6 Pobreza Multidimensional Colombia y Regiones, 2014 y 2015 (%)

Regiones	2014	2015	Variación 15/14
Bogotá D.C.	5,4	4,7	0,7
Pacífica (sin incluir Valle)	34,6	33,8	0,8
Atlántica	34,6	31,2	3,4
Central	28,1	22,1	6
Antioquia	19,5	18,7	0,8
Oriental	18	17,5	0,5
Valle del Cauca	15,7	15,7	-
Colombia Cabeceras	15,4	14,4	1
Colombia Centros Poblados y Resto	44,1	40	4,1
Colombia	21,9	20,2	1,7

Fuente: DANE – ENCV – Observatorio de Desarrollo Económico

²⁹ Costo per cápita mínimo de una canasta básica de bienes en un área geográfica determinada.

Gráfico 15 Índice de Pobreza Multidimensional Bogotá - Nación 2010 a 2015



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Al desagregar este indicador en sus dimensiones constitutivas, tenemos que en relación con las condiciones educativas, el porcentaje de bajo logro educativo en Bogotá ha disminuido en siete puntos porcentuales desde 2010 y a 2015 se presenta con un 28,3%, mientras que el analfabetismo se muestra un porcentaje de 2,5%.

En relación con las Condiciones de la niñez y la juventud, en 2015 el porcentaje de hogares con inasistencia escolar es de 0,6%, los hogares con rezago escolar componen un 24,2%. Este indicador hace referencia a los hogares con al menos un niño entre 7 y 17 años con un número de años aprobados menor a la norma nacional³⁰.

En cuanto a los hogares sin acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia (salud, nutrición y cuidado), el porcentaje de Bogotá es superior en relación con el Nacional con un 10,4% frente al 9,1% de Colombia en el 2015.

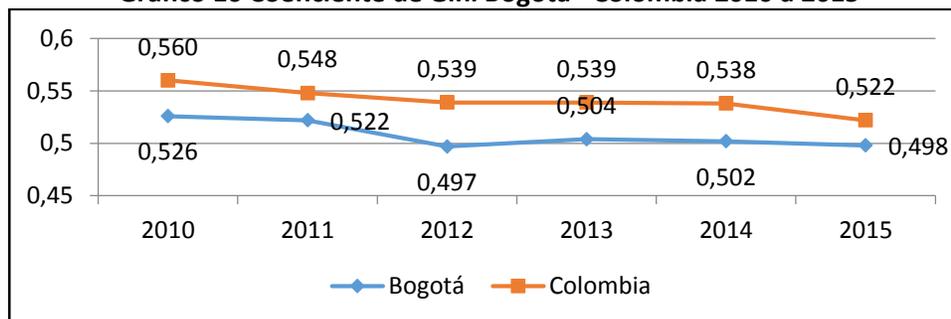
El trabajo infantil es el último indicador que conforma esta condición; en 2015 el porcentaje de hogares con al menos un niño entre 12 y 17 años trabajando fue de 1,1%, aumentando 0,9% con respecto al 2014, no obstante comparado con el nivel nacional es aún menor, ya que en Colombia el porcentaje de hogares con esta situación fue de 3,2%.

Para la dimensión de Condiciones de vivienda, el 6,5% de los hogares presentan hacinamiento crítico, el 0,4% cuenta con paredes exteriores inadecuadas en sus viviendas, el 0,2% consta de material inadecuado en sus pisos, el 0,4% tiene inadecuada eliminación de excretas y el 0,1% no tiene acceso a fuente de agua mejorada.

Por último, en términos de desigualdad, en Bogotá el coeficiente de Gini para 2015 fue de 0,498 según el DANE y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (Gráfico 16).

³⁰ Definición tomada de la Nota Editorial: Pobreza y desigualdad en Bogotá DESR – n° 157 Abril de 2016 del Observatorio de Desarrollo Económico de Bogotá.

Gráfico 16 Coeficiente de Gini Bogotá - Colombia 2010 a 2015



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

5.1.4. Acceso al Sistema General de la seguridad Social en Salud

En Bogotá D.C. el 96,04% de la población se encuentra cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes contributivo, subsidiado y especiales. Del total de la población 7.878.783 habitantes; 7.567.287 pobladores cuentan con el seguro de salud. De estos, el 77.1% (6.072.240 habitantes), están afiliados en el Régimen Contributivo; el 16.4% (1.291.158 pobladores), en el Régimen Subsidiado y el 2.6% (203.889 habitantes) en Regímenes de excepción (Anexo 6). La población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, vinculada, de niveles 1 y 2 asciende a 97.558 habitantes y los no afiliables, con puntajes superiores a niveles 1 y 2 equivale a 90.687; el 2.4% (Gráfico 17).

Gráfico 17 Población De Bogotá D.C. En El Sistema De Seguridad Social En Salud 2015



Fuente: [1]. Afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado BDU-A-FOSYGA, 31 de diciembre de 2015; [2]. Encuestados SISBEN Base de datos SISBEN certificada por el Departamento Nacional de Planeación [DNP], 30 de diciembre 2015; DANE-SDP, encuesta Multipropósito 2014; [3]. Proyección de Población Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE].

La dinámica poblacional de afiliación registrada durante los últimos años para la Ciudad entre los Regímenes Contributivo y Subsidiado de Salud refleja una tendencia positiva para el primero pero no en la misma proporción para el segundo, en donde la propensión es más plana, dando a entender que no todos los usuarios que ingresan al Régimen Contributivo, provienen del Régimen Subsidiado. Esto bien podría insinuar que la dinámica poblacional y de afiliación en el Distrito Capital es el resultado de una relación un tanto asimétrica entre regímenes posiblemente porque bien pudieran existir variables asociadas a la dinámica poblacional por incorporar dentro de la estructura e instrumentos del modelo de afiliación del sistema de seguridad social en salud (SGSSS) en Bogotá D.C. (Gráfico 18).

Gráfico 18 Población de Bogotá D.C. 2008-2015 Según Condición en el SGSSS



Fuentes: BDUA y Encuestados SISBEN No Afiliados, cortes anuales.

No obstante las coberturas alcanzadas, las barreras de acceso a la prestación de servicios se constituyen en una de las principales problemáticas dentro del aseguramiento (barreras de tipo administrativo, económico, cultural y geográfico).

Según Bogotá Como Vamos en Salud³¹ el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que es detectado en las actuaciones de Inspección, Vigilancia y Seguimiento llevadas a cabo por la SDS, evidenciando la necesidad de que se implementen de mecanismos efectivos que eviten prácticas que atentan contra la debida gestión del riesgo en salud y sancionen a los actores que incumplan con las obligaciones propias del aseguramiento.

Estas barreras de acceso se evidencian en la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas.

Esta situación tiene dos causas. En primer lugar, la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios. En segundo lugar, la poca resolutivez clínica en los servicios básicos. En su conjunto estas situaciones tienen efectos en el componente financiero del sector por los elevados costos que se generan y el pobre impacto en salud a causa de duplicidad de acciones.

Estas circunstancias, que afectan de manera negativa la calidad de vida de los ciudadanos, ocurren también en otros lugares, por lo que han sido abordadas por organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) quienes recomiendan afrontarlas con enfoques de atención primaria en salud resolutivez y de gestión del riesgo, así como con el desarrollo e implementación de redes integradas de prestación de servicios de salud, lo cual ha sido acogido por Colombia en normas diversas como la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la Ley 1438 de 2011, el Plan de Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015).

³¹Universidad de los Andes, Fundación Corona, Periódico El Tiempo. Programa Bogotá Como Vamos en Salud. Encuesta de Percepción Ciudadana, "Bogotá Cómo Vamos 2015".

5.2. Efectos Sobre la Salud.

El perfil epidemiológico de Bogotá D.C. es propio de un contexto urbano y de una ciudad en desarrollo, el cual se caracteriza porque junto a la transición demográfica, expresada como una reducción durante la última década de los menores de 15 años y el incremento de los grupos mayores de 50 años de edad, ocurre un cambio de incidencia de enfermedades transmisibles por prevalencia de las no transmisibles, así que se ha pasado de la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y la desnutrición a la caracterizada por enfermedades crónico degenerativas, al tiempo que se hacen presentes las lesiones por causa externa, las adiciones y enfermedades mentales.

Aunque durante los últimos años los indicadores en Bogotá D.C. mostraron tendencia a la reducción [Anexo 7], estos han disminuido levemente en su velocidad de descenso y registran diferenciales significativos entre localidades, territorios y grupos poblacionales, teniendo su mayor expresión en términos de tasas diferenciales de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

La mortalidad materna, perinatal, infantil y en el grupo de menores de cinco años, lo mismo que por enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar o coronaria (EPOC), la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer de mama, útero y próstata, son las causas y eventos que mayor número de vidas cobran a la ciudad y se caracterizan porque en su conjunto son potencialmente evitables y prevenibles si se toman medidas tempranas sobre sus determinantes y se incide oportunamente sobre los factores de riesgo, los cuales están condicionados por factores estructurales; así como por condiciones, estilos y modos de vida; frente a los cuales el fraccionamiento en la respuesta y las barreras de acceso a servicios de salud exigen la adopción de un modelo de salud más resolutivo, así como de un verdadero ejercicio de gobernanza y rectoría del sistema de salud en la ciudad.

5.2.1. Perfil de Mortalidad en Bogotá D.C.

Por grupos de edad, la mortalidad se presenta en un 59% de los casos entre los 60 a 69 años y está dada en un 32% por enfermedades crónicas, con una tasa de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes; un 15% por enfermedades mentales, con una tasa de 18,5 por 100.000 habitantes; un 10% por enfermedades de transmisión sexual; un 9% por enfermedades infecciosas, el resto se debe a causas como lesiones de causa externa, enfermedades laborales y violencia.

De acuerdo con las estadísticas distritales, en Bogotá D.C. ocurren al año 29 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, se registran 10 muertes en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos y ocurren 19 en menores de 5 años; Igualmente ocurren 16,3 muertes por cada 100.000 menores de 70 años por enfermedades crónicas y se presentan 17.101 partos en adolescentes³².

Dentro del grupo de las crónicas, se registran cuatro (4) casos por 100.000 habitantes por EPOC, diabetes y cáncer de mama; dos (2) casos por 100.000 habitantes por hipertensión arterial y por cáncer de próstata y tres (3) casos por 100.00 habitantes por cáncer de útero.

³²Secretaría Distrital de salud de Bogotá D.C. Sistema de Estadísticas Vitales con fecha de corte a 31 de diciembre de 2014, cifras preliminares. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SeriesdeEstadisticasVitalesVSP>

La mortalidad evitable expresada por la mortalidad materna, perinatal, infantil, en menores de cinco años general y por enfermedad diarreica, neumonía y desnutrición han presentado en los últimos 15 años tendencia hacia la reducción. Sin embargo, aún persisten diferencias notorias comparadas con las tasas de la ciudad.

En mortalidad materna las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo presentaron tasas en más de dos veces por encima a la del distrito.

La mortalidad perinatal y la mortalidad infantil, presenta una probabilidad más alta de presentarse en la localidad de Candelaria.

La tasa mortalidad en menores de 5 años es superior a la de la ciudad en siete localidades, siendo la de La Candelaria tres veces más alta a la tasa de la ciudad.

Mortalidad por neumonía en menores de 5 años no se registró en seis localidades, pero en siete hubo tasas por encima del promedio distrital. La mortalidad por enfermedad diarreica aguda se presentó en tres localidades Usme, Kennedy y Rafael Uribe Uribe.

El cáncer de mamá, presenta tasas por encima de la tasa de la ciudad en Usaquén, Chapinero, Tunjuelito, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe y Candelaria, siendo esta la localidad con la tasa más alta en cerca de 3 veces por encima a la de la ciudad.

El cáncer de útero presenta a las localidades de Santa Fe, Bosa, Fontibón, Mártires y Candelaria.

La mortalidad asociada al cáncer de próstata presenta las tasas más altas de la ciudad en las localidades de Mártires y Teusaquillo, con cerca de tres veces mayor la tasa comparada con la de Bogotá.

Otras causas de mortalidad asociadas a condiciones crónicas fueron la diabetes, la hipertensión arterial y por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. La mortalidad en enfermedades crónicas en menores de 70 años presenta una tasa de 16.3 por 100.000 habitantes. Diez (10) localidades presentan tasas superiores a la ciudad, particularmente en la localidad de Candelaria con la tasa más alta de la ciudad en casi tres veces por encima.

La mortalidad causada por EPOC presenta en diez localidades tasas más altas a la de la ciudad; Puente Aranda tiene la tasa más alta, superando en casi 5 veces la de la ciudad, mientras que la localidad de Santa Fe presentó una tasa en dos veces por encima a la de la ciudad.

La mortalidad por diabetes presentó una tasa de 3.7 por 100.000 habitantes, ocho localidades presentaron las tasas más altas de la ciudad, es decir están por encima de la tasa de la ciudad.

La mortalidad por hipertensión arterial presentó una tasa de 1.5 por 100.000 habitantes, seis localidades presentaron las tasas más altas de la ciudad, es decir están por encima de la tasa de la ciudad (Tabla 7).

Tabla 7 Indicadores de Mortalidad en Bogotá D.C. Total y por Localidades 2014

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	1-Usaquen	2-Chapinero	3-Santafe	4-San Cristóbal	5-Usme	6-Tunjuelito	7-Bosa	8-Kennedy	9-Fontibón	10-Engativa	11-Suba	12-Barrios Unidos	13-Teusaquillo	14-Martires	15-Antonio Nariño	16-Puente Aranda	17-Candelaria	18-Rafael Uribe	19-Ciudad Bolívar	
Mortalidad Materna	2014	Razón x 1.000 nacidos vivos	29	33,3	0	0	0	0	35,8	40,1	33,3	23	30,2	40,7	62,9	62,9	0	0	31,9	0	0	28,4	
Mortalidad perinatal	2014	Razón x 1.000 nacidos vivos	13,7	13,3	15	16,7	12,6	15,6	14,2	12,2	14,2	10,3	10,7	12,5	11,7	13,1	12,4	10,1	16,6	26,4	14,6	14,2	
Mortalidad Infantil	2014	Razón x 1.000 nacidos vivos	9,6	10,1	9,4	6,9	9,9	10,5	11,1	10,3	8,4	7,6	7,8	9,6	8,7	9,7	7,8	9,4	7,6	19,6	8,2	9,8	
Mortalidad en menores de 5 años	2014	Tasa x 10.000 menores de 5 años	19,2	22,6	31,7	18,8	22,7	16,3	22,6	19,6	17,6	15,4	15,1	18,8	12,5	22,3	21,4	14,6	16,6	67	18	17,8	
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	2014	Tasa x 100.000 menores de 5 años	7,8	6,9	16,7	0,0	8,5	7,2	12,9	10,2	8,1	3,8	5,1	10,6	0	16	0	0	0	0	0	6,5	7,4
Mortalidad por EDA en menores de 5 años	2014	Tasa x 100.000 menores de 5 años	0,5	0	0	0	0	2,4	0	0	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	2014	Tasa x 100.000 menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años	2014	Tasa x 100.000 habitantes	16,3	16,3	17,5	20	22,6	15	20,4	18,9	14,6	16,2	16,6	12,1	12,6	8,7	23,3	19,3	15,9	41,4	19,4	15,8	
Mortalidad por EPOC	2014	Tasa x 100.000 habitantes	3,4	2,2	5,5	7,6	5,2	4	6,2	2,5	2,6	4,3	2,4	2,6	2	5,1	5,5	2,3	16,6	4,5	3,3	0	
Mortalidad por diabetes	2014	Tasa x 100.000 habitantes	3,7	3,6	3,7	2,7	4,4	5,7	6,4	4,3	3,6	3,8	2,6	2,7	2,6	0,7	5,1	5,5	3,5	8,3	3,7	4,4	
Mortalidad por hipertensión arterial	2014	Tasa x 100.000 habitantes	1,5	0,8	1,5	2,7	2	1	1,5	1	0,8	1,4	1,4	1,6	1,3	0,7	1	5,5	1,9	0	2,6	1,7	
Mortalidad por cáncer de mama	2014	Tasa x 100.000 habitantes	3,9	5,1	5,2	2,7	3,9	1,6	5	3,6	3,5	3,8	4	4,1	4,3	2,7	4,1	2,8	4,6	12,4	5	3,8	
Mortalidad por cáncer de útero	2014	Tasa x 100.000 habitantes	2,8	2,5	3	6,4	3,2	2,4	2	4,1	3,5	4,6	3,2	1,4	1,7	0	5,1	0	2,3	4,1	2,4	3,1	
Mortalidad por cáncer de próstata	2014	Tasa x 100.000 habitantes	1,1	1,5	2,2	0	1,5	0,8	1,5	1,2	1,1	1,2	1,5	0,7	0,4	2,7	3,1	0	1,2	0	1,1	0,5	

Fuente: Preliminar 2014. Bases de datos SDS- RUAFA-ND AJUSTADO 16-07-2015

5.2.2. Perfil de Morbilidad en Bogotá D.C.

El perfil de morbilidad se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas e infecciosas y eventos relacionados con salud sexual y reproductiva. Durante el 2014 del total de las atenciones, el 42,2% se relacionaron con enfermedades crónicas, el 27,4% con infecciosas y el 12,1% con eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva. De igual forma se prestaron atenciones por enfermedades de salud mental en un 9,5%, enfermedades asociadas a problemas ambientales 6,2% y violencia y accidentes en un 2,7%.

Las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, insuficiencia venosa de miembros inferiores, asma y epilepsia se encuentran entre las primeras 20 causas de consulta en el Distrito Capital (Tabla 8). Estas enfermedades son de origen multicausal y son señal de que Bogotá D.C. se encuentra en una transición epidemiológica y se hace necesario fortalecer los procesos de gestión del riesgo en salud para de esta manera identificar diferenciales, analizar consecuencias e impactar en la ocurrencia en la morbilidad y mortalidad mejorando calidad de vida.

Las enfermedades transmisibles o infecciosas más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y amebiasis y el dengue: Estos eventos deben ser intervenidos, intensificando las estrategias para afectar los condicionantes y factores de riesgo identificados. Llama la atención la presencia de los eventos transmitidos por vectores como el dengue, ya que Bogotá D.C. no es una zona endémica pero si representan una alta demanda de atenciones los casos importados por residentes que viajan a zonas endémicas o por las remisiones de otros departamentos del país.

Dentro del perfil no se hacen visibles las patologías inmunoprevenibles, esto se debe a las coberturas de vacunación y a las intervenciones oportunas, acciones que deben continuarse con el apoyo de los sistemas de vigilancia epidemiológica activa y pasiva y los procesos de detección temprana e intervención inmediata.

La sífilis congénita se continúa presentando, las localidades con mayores incidencias son Santafé, Ciudad Bolívar, Usme, Mártires, Antonio Nariño, San Cristóbal, Tunjuelito, Barrios Unidos, Chapinero y Rafael Uribe, y requiere de intervención.

La morbilidad durante el 2014, expresada en el indicador de proporción de prevalencia por 1.000 habitantes, muestra que en la ciudad por cada 1.000 habitantes 215 presentaron una alteración o daño en la salud. Por localidad el resultado de la razón de las proporciones de prevalencia muestra a las localidades de Santa fé, San Cristóbal, Tunjuelito, Usme, Chapinero, Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Sumapaz como las que presentan en su población mayores problemas de salud.

Por entidad específica las enfermedades más frecuentes fueron las de la pulpa y la dentina, con el 17,5%, seguidas por la infección respiratoria aguda con 13,04%, hipertensión arterial 10,8%, enfermedades diarreicas 6,9%, migraña 3,8% y diabetes mellitus 3,7%.

También existen diferenciales relacionados con la localidad de residencia. Algunas localidades presentan tasas superiores a las de la ciudad como es el caso de Santafé, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar.

Las edades con mayor prevalencia son entre 27 y 59 años siendo edades económicamente activas lo cual generan para Bogotá un alto gasto laboral y familiar.

Tabla 8 Comportamiento de los indicadores de morbilidad en Bogotá por localidad 2014

Diagnostico	Unidad De Medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Chapinero	Santafé	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Los Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Cuidad Bolívar	Sumapaz
Enfermedades De La Pulpa Y La Dentina	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	37,699	17,85	14,80	39,19	56,58	57,22	44,08	63,80	42,99	29,01	27,39	23,44	11,57	2,72	23,92	22,48	24,32	25,31	52,08	59,63	28,78
Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	28,583	15,55	10,72	27,68	44,54	39,29	29,77	49,56	32,13	21,36	21,67	20,09	9,22	2,23	18,64	18,08	20,91	18,56	39,95	40,10	23,62
Infección Respiratoria Aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	28,114	15,83	10,44	29,68	41,77	34,00	35,61	41,35	29,61	24,00	23,93	21,05	11,02	2,94	25,07	24,92	22,78	24,28	40,20	39,24	21,59
Hipertensión Esencial (Primaria)	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	23,224	11,17	6,99	28,99	41,01	31,28	31,11	34,14	23,90	17,05	18,22	15,56	7,56	1,75	21,42	22,17	21,17	23,61	36,27	31,90	35,66
Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	14,802	7,67	4,81	13,48	21,17	19,24	15,96	24,77	17,03	12,33	11,50	11,78	4,41	0,95	8,61	9,26	10,06	9,69	20,68	20,55	4,07
Migraña	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	8,296	3,89	2,39	8,07	13,06	10,32	9,27	15,26	9,19	6,55	6,21	5,91	2,46	0,51	4,10	5,27	5,55	5,59	12,12	12,03	6,26
Diabetes Mellitus	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	7,958	3,98	2,13	9,55	12,61	8,88	11,47	10,79	8,27	6,53	7,01	5,61	2,94	0,40	6,93	7,97	7,79	7,62	13,15	11,02	3,44
Amigdalitis Aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	7,864	4,14	2,62	6,60	11,06	11,67	8,71	12,71	8,25	5,86	5,69	6,56	2,36	0,43	4,36	5,35	4,74	3,60	11,94	11,81	10,01
Insuficiencia Venosa Miembros Inferiores	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3,384	1,66	1,23	3,48	5,32	4,58	3,72	5,28	3,47	2,70	3,12	2,68	1,09	0,15	2,48	2,90	2,36	2,20	4,71	4,49	3,60
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3,309	1,66	1,26	5,65	5,27	4,11	4,43	4,87	3,03	2,23	2,49	2,45	1,19	0,28	3,34	3,15	2,38	4,93	5,51	5,09	5,16
Sinusitis	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3,256	1,83	1,15	3,15	5,25	3,99	3,60	4,83	3,58	2,82	2,66	2,59	1,21	0,21	2,09	2,58	2,58	2,28	4,84	4,24	1,25
Infección Intestinal Viral	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3,131	1,65	0,72	1,96	4,69	4,64	3,71	5,74	3,70	2,54	2,11	2,26	0,75	0,17	1,29	1,82	1,85	1,37	4,55	4,39	0,78
Asma	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	2,791	1,35	0,93	2,36	3,59	3,10	2,92	5,02	3,05	1,99	2,27	2,51	0,83	0,19	1,90	1,80	2,25	1,33	3,83	3,92	2,19
Epilepsia	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	2,028	0,95	0,60	2,56	3,75	2,85	2,32	2,85	2,09	1,43	1,59	1,31	0,63	0,26	1,69	1,41	1,49	1,82	3,29	3,16	1,25
Dermatitis Alérgica De Contacto	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,862	1,09	0,58	2,13	2,53	2,04	2,13	3,61	2,07	1,47	1,42	1,50	0,53	0,07	1,04	1,06	1,40	1,33	2,33	2,56	0,94
Síndrome Del Túnel Carpiano	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,808	0,93	0,62	1,80	3,04	2,11	2,25	3,08	1,93	1,73	1,48	1,29	0,38	0,09	0,99	1,40	1,22	0,75	2,65	2,45	1,25
Leiomioma Del Útero	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,797	0,88	0,47	1,53	2,48	2,02	2,31	3,17	2,11	1,60	1,48	1,35	0,52	0,05	1,22	1,45	1,53	1,28	2,30	2,40	1,09
Trastorno Afectivo Bipolar	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,693	0,92	0,61	1,76	2,46	1,67	2,00	2,18	1,99	1,43	1,69	1,39	0,75	0,21	1,60	1,56	1,54	1,86	2,14	2,16	1,09
Trastornos Depresivo	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,466	0,66	0,65	1,50	2,14	1,44	1,68	1,79	1,68	1,24	1,84	1,14	0,73	0,17	1,20	1,15	1,38	1,28	1,93	1,73	0,94
Hipoacusia, No Especificada	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,030	0,62	0,36	1,12	1,64	1,28	1,21	1,48	1,11	0,87	0,88	0,83	0,43	0,06	0,86	0,76	0,77	0,83	1,32	1,39	0,47
Apnea Del Sueño	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,846	0,41	0,23	0,72	1,06	0,80	1,21	1,02	1,04	0,84	0,96	0,63	0,42	0,05	0,79	1,08	0,98	0,87	1,27	0,88	0,00
Trastorno De Ansiedad, No Especificado	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,816	0,38	0,14	0,73	1,09	0,79	1,07	1,22	0,98	0,74	0,84	0,61	0,26	0,08	0,68	0,95	0,84	0,75	1,15	0,96	0,63
Conjuntivitis Atópica Aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,767	0,47	0,38	0,86	1,29	0,94	0,92	1,08	0,84	0,55	0,63	0,52	0,23	0,04	0,62	0,54	0,49	0,46	1,01	1,26	1,25
Tumor Benigno De La Piel	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,763	0,36	0,26	0,51	1,19	0,84	0,96	1,09	0,84	0,70	0,70	0,57	0,24	0,04	0,56	0,74	0,71	0,54	1,25	1,00	0,00
Parto	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,690	0,57	0,39	1,35	0,95	0,83	1,32	0,94	0,58	0,69	0,49	0,43	0,40	0,13	1,14	0,74	0,69	1,12	1,03	0,89	1,09
Hipoacusia Neurosensorial, Bilateral	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,676	0,33	0,19	0,62	0,91	0,68	0,98	0,86	0,80	0,60	0,70	0,52	0,28	0,03	0,60	0,76	0,69	0,83	0,92	0,84	0,47
Abortos	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,643	0,54	0,44	0,85	0,80	0,76	1,13	0,90	0,57	0,64	0,52	0,46	0,36	0,07	0,85	0,66	0,67	0,83	0,96	0,77	0,78
Esquizofrenia	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,612	0,35	0,23	1,40	1,11	0,75	0,78	0,60	0,47	0,39	0,56	0,55	0,29	0,15	0,79	0,51	0,62	1,08	0,95	0,85	0,31

Diagnostico	Unidad De Medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Chapinero	Santafé	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Los Mártires	Antonio Narino	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz
Tumor De Mama	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,560	0,27	0,10	0,70	0,81	0,50	0,81	0,81	0,62	0,53	0,54	0,44	0,23	0,06	0,55	0,64	0,57	0,70	0,85	0,62	0,47
Laringitis Aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,557	0,33	0,17	0,46	0,66	0,72	0,60	0,98	0,75	0,35	0,39	0,45	0,20	0,03	0,29	0,41	0,46	0,25	0,70	0,73	0,16
Cardiomiopatía Isquémica	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,552	0,32	0,12	0,53	0,73	0,56	0,79	0,58	0,59	0,49	0,60	0,39	0,30	0,02	0,63	0,80	0,60	0,37	0,90	0,74	0,00
Tumor Maligno De La Piel	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,485	0,28	0,16	0,49	0,65	0,46	0,61	0,55	0,55	0,46	0,50	0,39	0,23	0,03	0,54	0,56	0,45	0,95	0,76	0,60	0,00
Trastornos De Adaptación	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,475	0,23	0,12	0,46	0,84	0,39	0,54	0,55	0,52	0,36	0,41	0,62	0,16	0,03	0,31	0,43	0,29	0,37	0,55	0,57	0,00
Desviación Del Tabique Nasal	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,461	0,25	0,15	0,41	0,70	0,44	0,57	0,66	0,54	0,48	0,46	0,34	0,13	0,03	0,50	0,27	0,39	0,58	0,65	0,57	0,00
Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana [Vih]	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,400	0,25	0,36	1,19	0,60	0,48	0,65	0,52	0,32	0,35	0,30	0,25	0,28	0,12	1,00	0,38	0,31	0,99	0,59	0,50	0,00
Tinnitus	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,360	0,17	0,06	0,27	0,46	0,33	0,43	0,54	0,41	0,38	0,41	0,28	0,16	0,05	0,35	0,37	0,34	0,33	0,47	0,41	0,16
Amebiasis	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,352	0,21	0,48	0,32	0,49	0,41	0,38	0,60	0,37	0,17	0,44	0,19	0,13	0,01	0,17	0,17	0,34	0,33	0,43	0,45	0,94
Enfermedad Cerebrovascular	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,338	0,16	0,06	0,25	0,39	0,34	0,44	0,41	0,36	0,37	0,35	0,27	0,14	0,04	0,28	0,45	0,36	0,41	0,45	0,51	0,16
Pre eclampsia	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,229	0,16	0,11	0,35	0,26	0,33	0,36	0,36	0,23	0,22	0,18	0,18	0,06	0,03	0,18	0,13	0,17	0,17	0,30	0,32	0,00
Abuso Psicológico	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,025	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,25	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,94
Eclampsia En El Embarazo	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,025	0,02	0,00	0,02	0,03	0,03	0,03	0,05	0,03	0,01	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,04	0,04	0,00
Dengue	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,098	0,04	0,01	0,03	0,15	0,11	0,10	0,14	0,12	0,12	0,10	0,08	0,04	0,01	0,05	0,05	0,09	0,00	1,04	0,13	0,16
Abuso Sexual	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,024	0,01	0,01	0,03	0,05	0,05	0,01	0,03	0,01	0,01	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	0,03	0,02	0,00	0,05	0,03	0,00
Abuso Físico	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,002	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31
Otras Causas	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	20,669	10,39	7,09	22,55	31,54	25,87	25,92	31,87	22,93	16,68	17,03	15,13	6,90	1,51	16,20	15,96	15,38	17,07	29,76	29,16	13,45
Total Morbilidad	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	215,516	110,78	75,32	227,34	330,71	283,18	258,88	342,89	235,62	170,91	171,76	154,65	72,05	16,40	159,86	163,16	163,54	168,52	310,93	307,11	174,72

Fuente: base de datos RIPS SDS, 2014 preliminar, población vinculada, desplazada y atenciones no pos, (2015 fecha corte de recepción 31 de diciembre de 2015), base de datos RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, 2014 preliminar, población contributiva y subsidiada (2015 fecha de recepción febrero 01 2016), Proyecciones de población DANE periodo 2010 a 2015 (información preliminar. Convenciones; Amarillo, cuando la razón es uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en el valor que toma el indicador por localidad comparado con el indicador distrital. Rojo cuando la razón es mayor de uno, indica que el indicador es significativamente más alto por localidad comparado con el indicador distrital. Verde, cuando la razón es menor de uno, indica que el indicador es significativamente más bajo por localidad comparado con el indicador distrital.

	Cuando la razón es menor de uno, indica que el indicador es significativamente más bajo por localidad comparado con el indicador distrital
	Cuando la razón es uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en el valor que toma el indicador por localidad comparado con el indicador distrital
	Cuando la razón es mayor de uno, indica que el indicador es significativamente más alto por localidad comparado con el indicador distrital

5.2.3. Diferenciales en Salud por Dimensiones Prioritarias

De acuerdo con el perfil de morbilidad y de mortalidad de Bogotá D.C. se consideran prioritarias para la ciudad las dimensiones Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles, Convivencia Social y Salud Mental, Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles, Salud Ambiental y Salud y Ámbito Laboral.

5.2.3.1. Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles

5.2.3.1.1. Mortalidad

Para 2014 en Bogotá D.C. el 32% de la carga de la enfermedad está dada por las enfermedades crónicas, con una tasa de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes (Tabla 7), constituyéndose en la primera causa de mortalidad en Bogotá D.C. En general las principales causas están asociadas a enfermedades cardio cerebro vasculares con una tasa de 120,4 por 100.000 habitantes (Hipertensión Arterial, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebro Vascular y Enfermedad Arterioesclerótica), cánceres malignos con una tasa 82,24 por 100.000 habitantes (el 30% corresponde a menores de 18 años); diabetes con una tasa 12,4 por 100.000 habitantes, Insuficiencia renal crónica 12,4 por 100.000 habitantes; y enfermedades respiratorias (EPOC y EPID) 12,4 por 100.000 habitantes (Mapa 6).

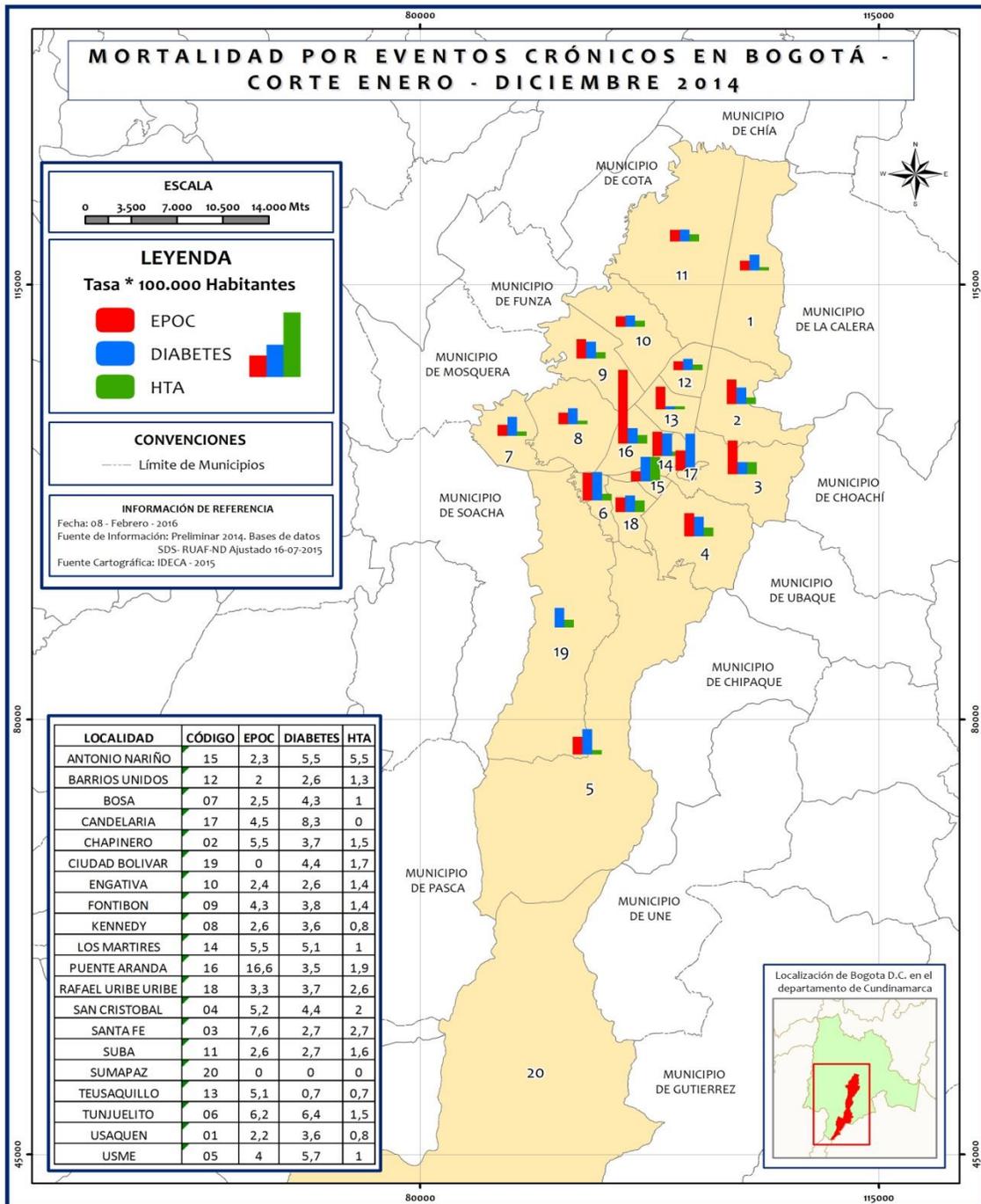
La mortalidad en menores de 70 años registra una tasa de 16,3 por 100.000 habitantes. La mayor proporción se registra en las localidades de Chapinero, Santafé, San Cristóbal, Tunjuelito, Mártires, Candelaria, Rafael Uribe y Puente Aranda. Los eventos por EPOC son mayores en las mismas localidades, mientras que las tasas más altas por diabetes se presentan en Candelaria, Tunjuelito, Usme, Antonio Nariño y Mártires. La Hipertensión Arterial es mayor en Antonio Nariño, Santafé y Rafael Uribe, en el primero con una tasa de casi cuatro veces la del distrito.

La mayor proporción de casos de mortalidad por cáncer se presenta en Suba, con un 15,46%; Kennedy, con 12,52%; Engativá, con 11,61%; Usaquén, con 9,12%; y Bosa con 6,08%. Al ajustar las tasas de prevalencia por la población estándar de Bogotá D.C., se estableció que las localidades con tasas más altas son Chapinero con una tasa de 134.03 por 100.000 habitantes; Usaquén con una tasa de 127.88 por 100.000 habitantes; La Candelaria con una tasa de 124.28 por 100.000 habitantes; Teusaquillo con una tasa de 115.82 por 100.000 habitantes; Puente Aranda con una tasa de 108.46 por 100.000 habitantes y Los Mártires, con una tasa de 99.35 por 100.000 habitantes (Mapa 7).

Frente a las denominadas enfermedades huérfanas como malformaciones congénitas, epilepsia, hipoacusia neurosensorial, conjuntivitis crónica e hipotiroidismo congénito, entre otras, Bogotá D.C. representa el 30% (3.528 casos) del total de estos eventos del país. El grupo poblacional con mayor implicación en estas patologías es el de personas entre 60 y 69 años que origina el 59% de las defunciones y una alta carga de discapacidad; seguido por la población adulta con un 16,2% en la morbilidad.

Aunque afecta al resto de las poblaciones en menor proporción, la obesidad mórbida es un problema de salud pública que requiere instaurar importantes medidas de promoción y prevención desde la infancia, para disminuir la morbilidad y mitigar la mortalidad.

Mapa 6 Mortalidad por EPOC, Diabetes e HTA en menores de 70 años 2014 Bogotá D.C.

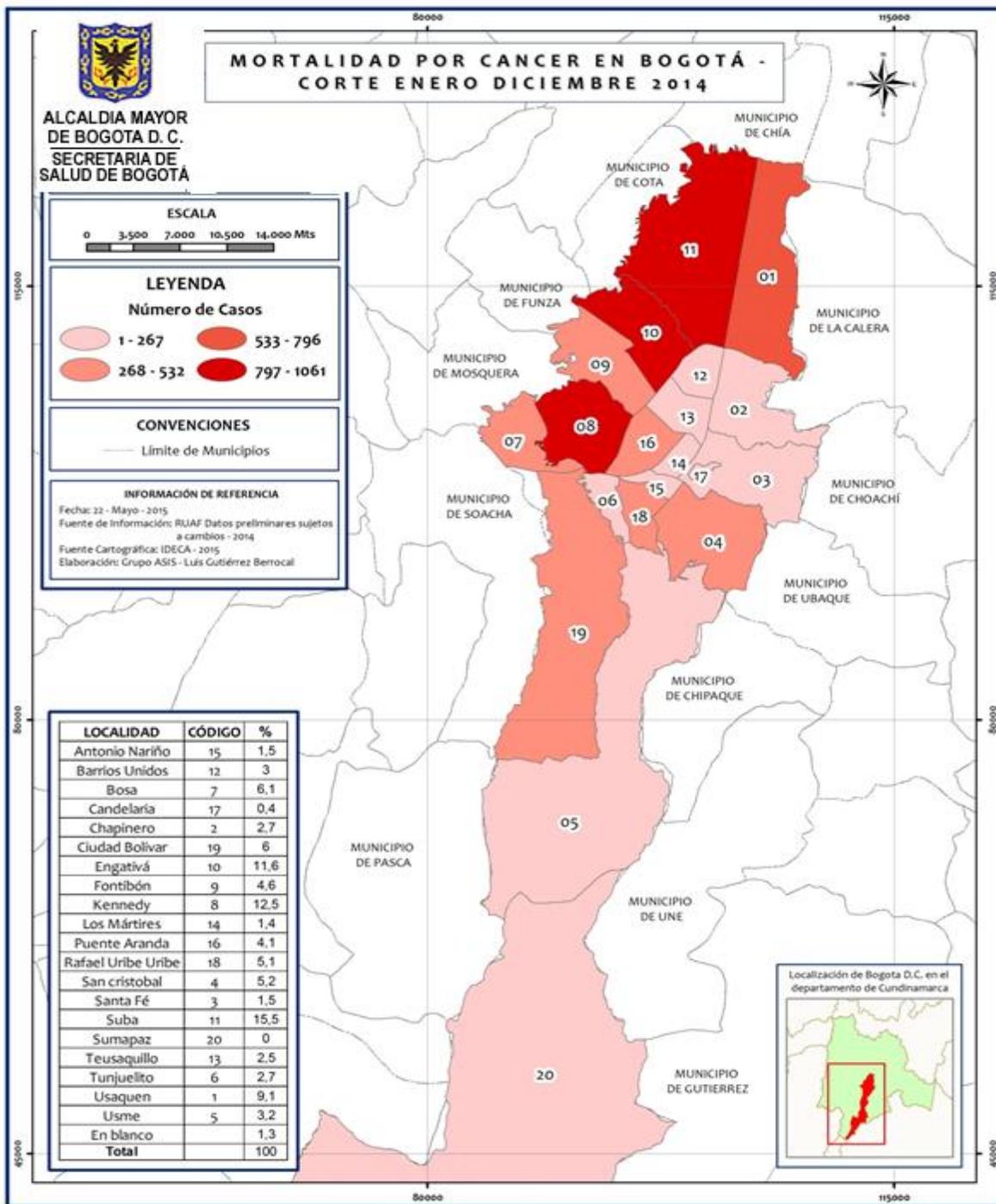


Fuente: estadísticas vitales. SDS - procesado Dirección de Planeación Sectorial

En las enfermedades crónicas la problemática más frecuente es el desconocimiento de los signos de alarma, la falta de controles periódicos, las barreras de acceso a servicios de salud, la demora en el diagnóstico y el tratamiento, en particular asociadas a situaciones como la negociación de servicios o los inconvenientes relacionados con inoportunidad en las citas

médicas o inconsistencias en las bases de datos, lo mismo que con problemas para entrega de medicamentos POS y No POS y demoras y negación de servicios No POS. También lo es el personal de salud no capacitado.

Mapa 7 Mortalidad por cáncer total población según localidad. Bogotá 2014



Fuente Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Sistema de Estadísticas Vitales

Las complicaciones de todas estas enfermedades podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de exposición o de riesgo común como: alimentación no saludable, sedentarismo, exposición al humo del cigarrillo y uso abusivo de alcohol. Por esto conllevan grandes retos y desafíos tanto a nivel del sector, como con otros sectores.

Para su abordaje desde el sector es necesario el fomento de prácticas de auto cuidado (como alimentación saludable, manejo del stress y actividad física), la valoración psicosocial, el fomento de la salud mental, la relación con la vida cotidiana y el entorno físico y social inmediato, promoción de una cultura protectora, de buen trato y sana convivencia, la realización de tamizaje para valoración del riesgo de patologías de evolución hacia la cronicidad, reconocimiento de signos de alarma, personal de salud capacitado para un diagnóstico precoz, disponibilidad de medicamentos e insumos para un tratamiento oportuno y programas de rehabilitaciones adecuados que disminuyan el progreso de complicaciones.

5.2.3.1.2. Morbilidad

En Bogotá D. C. la tasa de prevalencia por enfermedades crónicas fue de 79,85 por 1000 habitantes en 2014. Las enfermedades crónicas más frecuentes son por enfermedades cardiovasculares, cáncer maligno y tumores benignos, diabetes, insuficiencias renales, enfermedades respiratorias y cirrosis hepáticas. Al ajustar las tasas de morbilidad por la población estándar de Bogotá D.C. se tiene que en las localidades con mayor tasa de prevalencia se presentan en Usme 387,78 por 1000 habitantes, Suba 364,00 por 1000 habitantes, Teusaquillo 363,09 por 1000 habitantes, Candelaria 336,71 por 1000 habitantes, Engativá 332,72 por 1000 habitantes y San Cristóbal 282,05 por 1000 habitantes (Mapa 8).

A nivel mundial, las enfermedades no transmisibles (ENT) son en esta época el mayor desafío para la salud y el desarrollo social y económico, ya que representan una elevada carga de enfermedad que seguramente continuará aumentando en la medida en que no se implementen estrategias integrales con los diferentes sectores y en diferentes niveles para contrarrestar los determinantes sociales y de salud que las ocasionan.

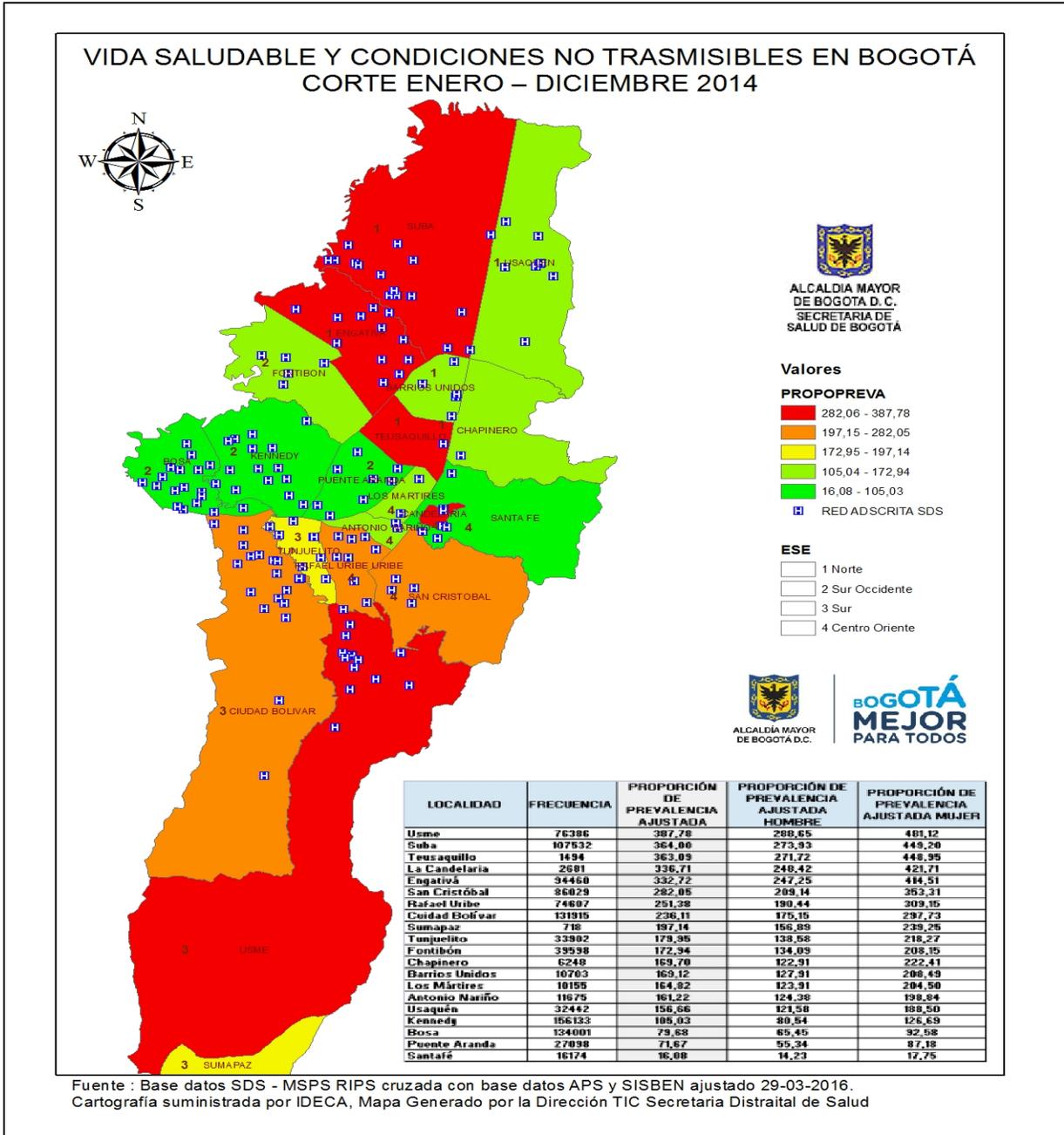
Colombia, como estado miembro, suscribió la Declaración Política de la reunión de Alto Nivel de la Organización de Naciones Unidas para la lucha de las enfermedades no transmisibles, reconociendo que estas plantean un gran desafío para los gobiernos y las autoridades sanitarias porque afectan el desarrollo social y económico de los países, comprometiéndose a cumplir con las líneas estratégicas de acción contenidas en la misma: políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control; reducción factores de riesgo y promoción de factores protectores; respuesta de los sistemas de salud a las enfermedades crónicas y a sus factores de riesgo y vigilancia e investigación.

El Plan Decenal de Salud Pública, en la Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles establece metas y objetivos concretos en dos componentes claves: Modos, condiciones y estilos de vida saludables y Condiciones crónicas prevalentes. Para el primer componente, el cual pretende a través de intervenciones colectivas e individuales lideradas por el sector salud, conjunto con otros sectores y desde una base comunitaria, propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable, en las personas, familias y comunidades.

El análisis de los indicadores de este componente refleja que en el Distrito Capital los hábitos de vida saludable presentan un comportamiento que favorece la aparición de

factores de riesgo para adquirir una condición crónica. En relación con el tabaco se encuentra una prevalencia de consumo para el año 2015 del 25.8% de los hogares, con un incremento del 1% frente al año anterior, asociado a que aún existen establecimientos que incumplen la Ley 1335 de 2009.

Mapa 8 Morbilidad por Condiciones no Transmisibles (Crónicas) Bogotá 2014 Población Total



Frente al consumo de alcohol, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, para el año 2013 fue de 39.9% en las edades de 12 a 65 años la cual está 3,72 por encima del consumo a nivel nacional.

Respecto a alimentación saludable se encontró que en Bogotá el 74,4% de personas consume frutas mientras que el consumo de verduras y hortalizas es del 33% con un notorio incremento del consumo de productos ultraprocesados.

Adicionalmente en Bogotá el promedio de actividad física en la población de los 13 años en adelante es del 33%.

Estos comportamientos se ven afectados desde lo ambiental por las condiciones, el hacinamiento crítico y los entornos no saludables así como por el uso inadecuado del espacio público, una malla vial en mal estado y congestionada y la alta percepción de inseguridad en la población limitan las prácticas de actividad física (uso de bicicleta, caminar, etc.) y el acceso a los escenarios deportivos y recreativos por parte de la población. Desde la dimensión social los imaginarios, representaciones sociales, las creencias, valores, prácticas, hábitos higiénicos y culturales pueden llegar a generar un contexto propicio para la reproducción de prácticas no saludables en la población.

Por otra parte la urbanización y globalización traen consigo una oferta de dieta cariogénica y obesogénica con alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas ricas en grasas trans, entre otros; así como el alcohol y el tabaco, sin regulación por parte del Estado, lo que favorece adquisición de hábitos no saludables y el deterioro de la salud de la población.

Las condiciones crónicas prevalentes en Bogotá D.C., se encuentran también asociadas a la tendencia al envejecimiento de la población, siendo importante en el pronóstico el hecho de que en Bogotá D.C. persiste la presencia de importantes barreras de infraestructura para la población en condición de discapacidad y las personas mayores, siendo los servicios de mayor prioridad la usabilidad de la vía pública, las escaleras y el servicio de transporte público (vehículos, paraderos, estaciones de servicio, señalizaciones, etc.).

A manera de síntesis en este apartado, se presentan dos situaciones que generan dificultad y reto para el adecuado abordaje de este grupo de riesgo, la primera se relaciona con la exposición prologada de hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo, abuso en el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas así como deficientes hábitos higiénicos de la población de Bogotá D.C. asociado a factores sociales y culturales de la población y a la falta de acciones intersectoriales para intervenir de manera adecuada los determinantes sociales. La segunda se relaciona con el aumento del riesgo de mortalidad prematura y de la carga de enfermedad relacionadas con la inadecuada prestación de los servicios de salud y a la falta de integralidad en la atención.

Por ende se hace impostergable el implementar respuestas integrales del sector salud en coordinación con otros sectores y la comunidad, para promover el acceso y abordaje efectivo a través del gestión del riesgo y de la intervención de los determinantes sociales incluidos los factores de riesgo arriba mencionados, el daño acumulado para disminuir la carga de la enfermedad y la discapacidad de los individuos y sus familias.

Se trata de enfermedades de larga duración, evolución prolongada, relativa incurabilidad y carácter degenerativo que representan un alto costo para la ciudad, pero que con un manejo adecuado pueden permitir el llevar una vida productiva y digna.

5.2.3.2. Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles

Las enfermedades transmisibles son aquellos eventos causados por agentes de origen infeccioso, o sus productos biológicos, los cuales se caracterizan por su transmisión de una persona a otra o de un animal o reservorio, afectando directamente el estado de salud de un individuo o colectivos, generando un alto impacto en términos epidemiológicos en una población, con la afectación del bienestar y la calidad de vida, produciendo un alto grado de externalidades y de costos en el sistema de salud³³.

5.2.3.2.1. Mortalidad

En Bogotá D.C. el 9% de la carga de enfermedad¹ es por enfermedades transmisibles. La tasa de mortalidad registrada en Bogotá fue de 18,1 por 100.000 habitantes en 2014. Las principales causas son por neumonía con una tasa mortalidad de 7,8 por 100.000 menores de 5 años, tuberculosis con una tasa de 14 casos por cada 100 mil habitantes con mayor afección al sexo masculino, en una razón de 2 hombres por cada mujer, en edades de 24 a 35 años y se presenta una alta carga en mayores de 65 años; Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) con una tasa de 0,5 casos por cada 100.000 menores de 5 años (Tabla 9), Enfermedades Transmitidas Por Vectores, dengue con una letalidad 0,41%; si bien Bogotá D.C. no es una zona endémica, si representa una alta demanda de atenciones de casos importados de residentes que viajan a zonas endémicas o las remisiones de otros departamentos por ser Bogotá D.C. centro de atención por excelencia²

Tabla 9 Tasa de mortalidad en menores de 5 años Bogotá, 2010-2014

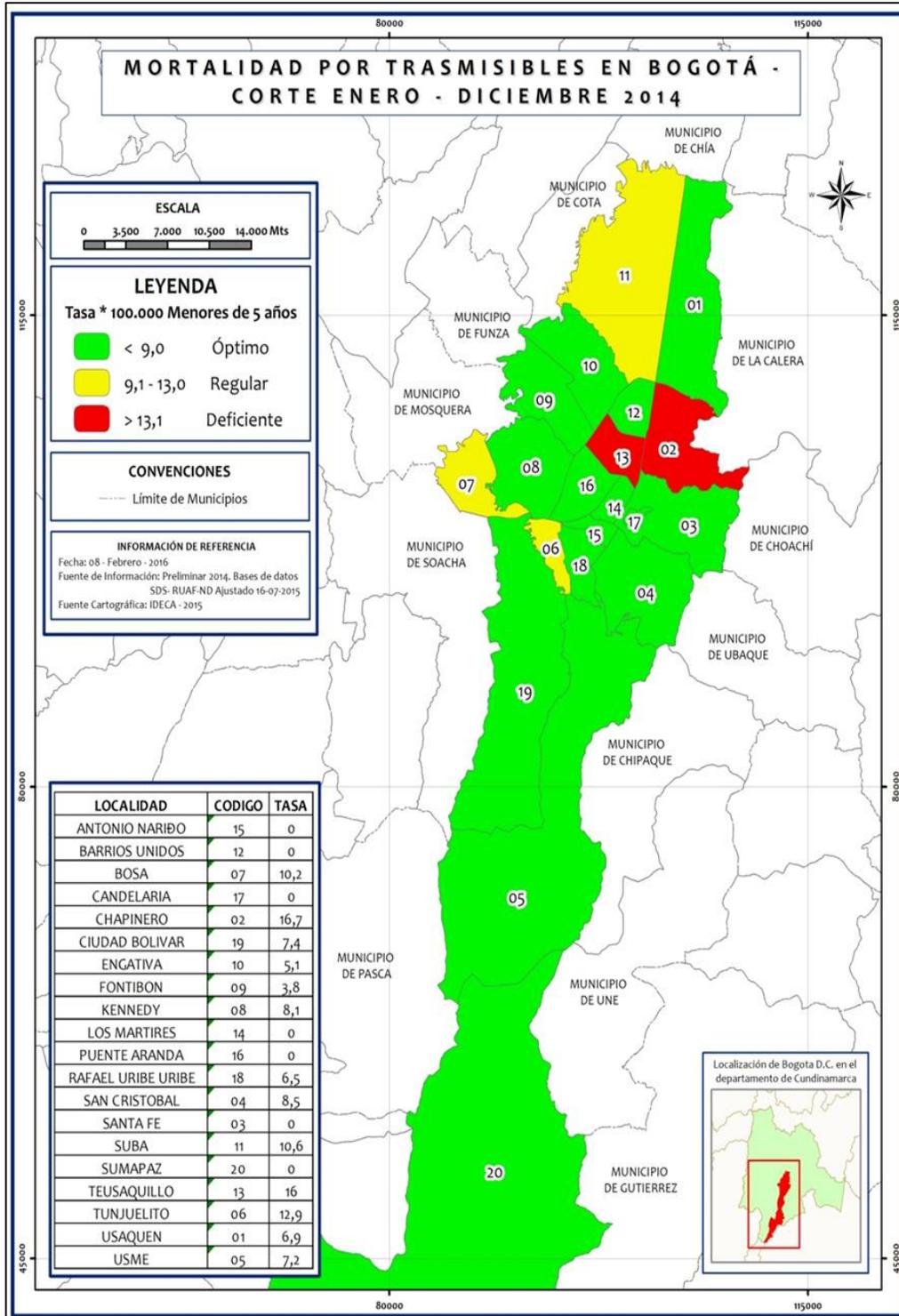
Eventos	2010		2011		2012		2013		2014	
	Casos	Tasa								
NEUMONÍA Tasa por 100.000 <5 años	102	17,2	65	10,9	55	9,2	41	6,8	47	7,8
EDA Tasa por 100.000 <5 años	5	0,8	7	1,2	8	1,3	3	0,5	3	0,5
MENORES DE 5 AÑOS Tasa por 10.000 <5 años	1512	25,5	1463	24,5	1429	23,9	1194	19,9	1157	19,2

Fuente: SDS – Estadísticas vitales 2011 - 2014

Estas afectan a las poblaciones más vulnerables como los menores de cinco años y adultos mayores, así como a grupos de población en condiciones deficientes de calidad de vida. Bogotá D.C. Las mayores tasas se presentan en las localidades de Chapinero y Teusaquillo (Mapa 9).

³³ Yadón, Zaida ed. Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. Buenos Aires, Argentina: OPS, © 2006. 320p. ISBN 92 75 07397

Mapa 9 Mortalidad por Transmisibles 2014 Bogotá D.C.



Fuente Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Sistema de Estadísticas

Los eventos de erradicación eliminación (rubeola sarampión y parálisis flácida) no se han presentado casos autóctonos de Bogotá. En cuanto a varicela Bogotá presenta una alta incidencia con baja mortalidad, la hepatitis A se ha presentado una reducción significativa en la tasa de incidencia llegando al último año a ser menor de 5 casos por 100.000 habitantes.

Meningitis muestra en 2014 una tendencia irregular presentando tasas de incidencia para neumococo de 0,5 casos por 100.000 habitantes y meningococo 0,1 casos por 100.000 habitantes. Durante ese mismo año se notificaron un total de 2715 casos de parotiditis, observándose una disminución del 66% en la notificación del evento respecto al 2013, lo cual se explica en gran medida en la intervención oportuna que realizan sobre los brotes las UCSP; el 75% de los casos procedentes de fuera del distrito.

5.2.3.2.2. Morbilidad

La vida saludable libre de enfermedades transmisibles, acorde a lo dispuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021³⁴, constituye en Colombia y en la ciudad de Bogotá D.C. una prioridad desde el accionar de las políticas, programas, proyectos en salud pública, que requieren la gestión sectorial, transectorial y comunitaria, para la modificación de los determinantes sociales de la salud, relacionados a los modos, condiciones y estilos de vida de la población.

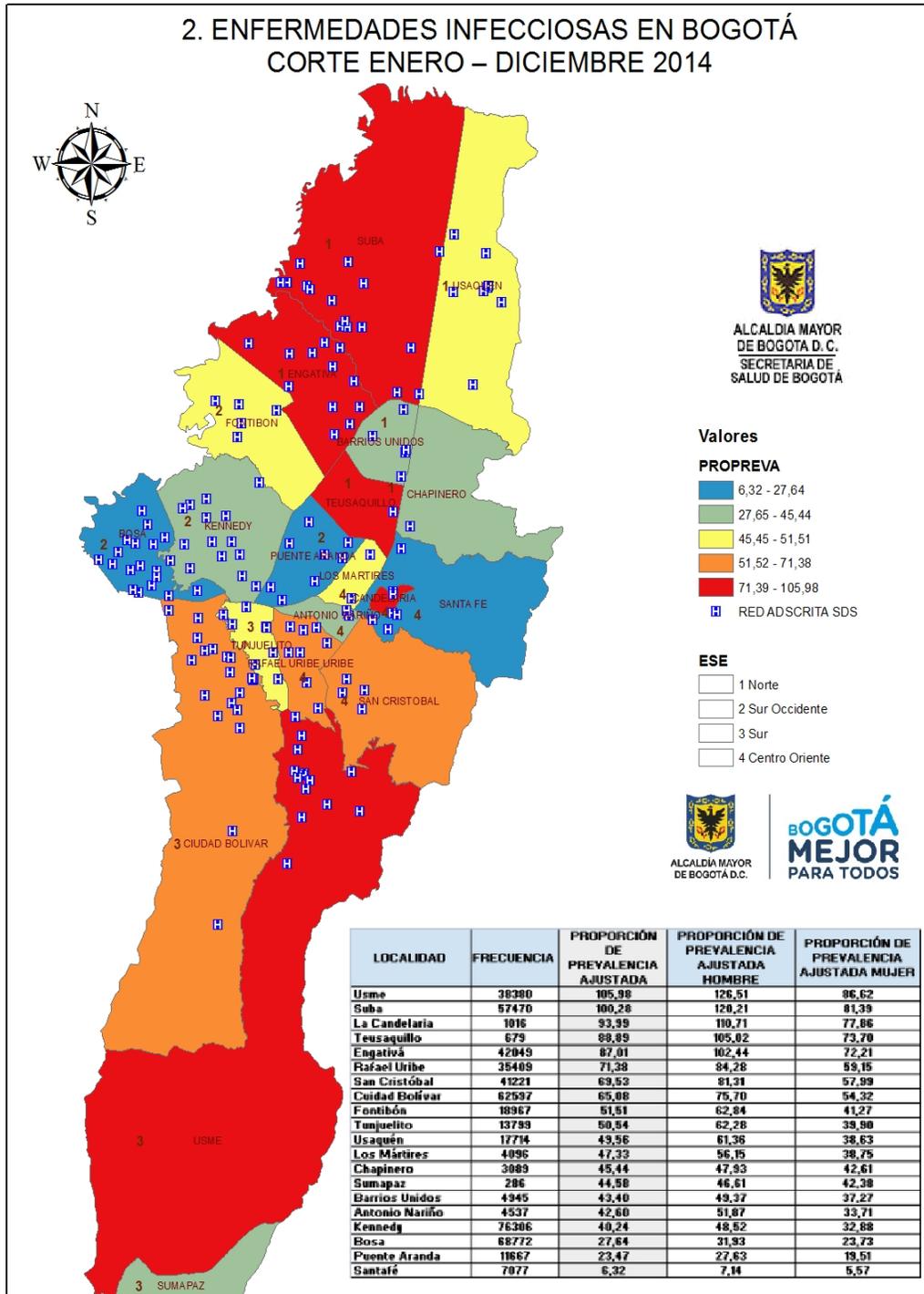
La tasa de prevalencia de la morbilidad por enfermedades infecciosas en Bogotá D.C. es de 51,77 por 1000 habitantes. De estas se destacan la enfermedad diarreica aguda con una tasa de morbilidad de 2.532,54 por 100.000 habitantes; el dengue, con una tasa de 2.513,20 por 100.000 habitantes y la neumonía, la cual registró una tasa de 105,53 por 100.000 habitantes. La mayor proporción de morbilidad se presenta en mujeres con un 57,68%; en edades de 27 a 59 años, con un 40,51% del total, en niveles educativos bajos y en niveles sisben1, con un 45,29%. Las localidades con mayor afectación son: Usme con una tasa de morbilidad ajustada de 105,98 por 1000 habitantes, Suba, con una tasa de 100,28 por 1000 habitantes, La Candelaria con una tasa de 93,99 por 1000 habitantes, Teusaquillo con una tasa de 88,89 por 1000 habitantes, Engativá con una tasa de 87,01 por 1000 habitantes y Rafael Uribe con una tasa de 71,38 por 1000 habitantes (Mapa 10).

Uno de los eventos de mayor seguimiento y vigilancia es la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años, la cual aunque presentó una disminución del 16,7%, entre el 2014 al 2015, (78-65 casos), aún corresponde a una de las principales causas de muerte en esta población.

También ocurren las enfermedades infecciosas transmitidas por alimentos, entre las cuales se presentan brotes ocasionados por la manipulación inadecuada de alimentos, principalmente cárnicos.

³⁴ Ministerio de salud y protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por el cual se adopta el Plan decenal de Salud Pública 2012-2021.

Mapa 10 Morbilidad 2014 por Localidades de Bogotá D.C. por Eventos Trasmisibles Vida saludable y condiciones transmisibles



Fuente : Base datos SDS - MSPS RIPS cruzada con base datos APS y SISBEN ajustado 29-03-2016.
Cartografía suministrada por IDECA, Mapa Generado por la Dirección TIC Secretaria Distrital de Salud

Se asocian con esta dimensión las condiciones emergentes, reemergentes y desatendidas, es decir con las enfermedades transmitidas por vía aérea o contacto directo y las transmitidas por vectores. Dentro de estas están la Tuberculosis, infección respiratoria aguda y enfermedad de Hansen que afectan principalmente a población menor de 5 años y adultos mayores de 65 años. Estos eventos están influenciados por las condiciones de hacinamiento, contaminación ambiental, desnutrición y bajo acceso educativo y económico.

Se encuentran también las Infecciones de Transmisión Sexual-ITS; En el caso del VIH-SIDA se debe resaltar que Bogotá D.C. presenta una prevalencias alta en poblaciones de riesgo como transgeneristas 17% y HSH 15%. En cuanto a Hepatitis B se reportó en 2.015 un total de 4,00 casos por 100 mil habitantes afectando tanto a población general como a grupos de riesgo tales como mujeres y hombres en ejercicio de la prostitución, LGBT, habitante de calle y consumidores de sustancias psicoactivas. En este caso las estadísticas muestran un comportamiento errático para los últimos 5 años, debido posiblemente a subdiagnóstico en la ciudad y el país.

Otra ITS de gran relevancia es la sífilis gestacional la cual viene aumentando su razón de prevalencia en la ciudad en los últimos 5 años pasando de 4,2 en 2.011 a 6,2 casos por 1.000 nacidos vivos en 2.015, lo cual podría obedecer a la estrategia mencionada, que viene aumentando el acceso al tamizaje para ITS; en comparación la sífilis congénita ha mostrado una leve disminución en su incidencia pasando de 2,2 en 2.012 a 2,0 casos por 1.000 NV en 2.014; para 2.015 no es posible hacer la comparación dado que se presentó cambio en la definición de caso y se reporta 1,1 por 1.000 nacidos vivos. Estas últimas cifras distan aún de la meta distrital y nacional de 0,5 casos. .

De otro lado los eventos prevenibles por vacuna, se relacionan con enfermedades que se pueden controlar a través de la gestión integral del Plan Ampliado de Inmunizaciones, el cual ha alcanzado coberturas en los últimos años por encima del 95%, y en algunos casos del 100%. Sin bien se presenta una alta cobertura de vacunación en la ciudad, en el marco de la vigilancia epidemiológica, se ha detectado, 1 caso probable de PFA(parálisis flácida aguda), 1575 casos sospechosos de sarampión, 102 casos de tosferina con 4 muertes atribuibles, 2.410 casos de parotiditis, 99 casos de Hepatitis A, 20 casos de meningitis por meningococo, y 34.161 casos de varicela, principalmente afectando población menores de 5 años, relacionado con la baja oferta de la red privada en localidades como Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, y de las acciones de información y comunicación generadas por los prestadores y aseguradoras.

Los eventos endemo-epidémicos, que se relacionan con las enfermedades transmitidas por vectores-ETV y las zoonosis, muestran que para el 2015, comparado con el año 2011, la demanda de atención por estas enfermedades se incrementó en 6 veces, pasando de 1.123 a 7.919 casos notificados, asociados con la exposición de vectores, transmisión congénita (malaria, chagas, chikungunya, zika), transmisión por alimentos (chagas), transfusión sanguínea y a los accidentes laborales. Las ETV y zoonosis afectan a la población general viajeros y migrantes; distribuidos en todas las localidades dado por el alto número de casos de dengue y chikungunya en los residentes de Bogotá D.C.

Adicionalmente, en la ciudad se atienden zoonosis como leptospirosis procedentes de Bogotá y accidentes ofídicos procedentes de otros departamentos. Para una respuesta integral ante esta situación, Bogotá D.C. requiere de la implementación de la Estrategia de Gestión Integrada a nivel intra-institucional, sectorial e intersectorial en la que se articulan las acciones de promoción del autocuidado de la población que se desplaza a zonas

endémicas y la atención integral de pacientes afectados por enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.

A partir del diagnóstico de las enfermedades transmisibles, se pretende impactar en relación a la disminución de la carga de la enfermedad en la ciudad de Bogotá, en marco del desarrollo del Plan Territorial de Salud Pública 2016-2019, lo cual implica el desarrollo de acciones sectoriales a nivel de IPS y aseguradoras que garantice la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad para la atención integral en salud de pacientes, fortaleciendo la detección temprana, protección específica, las acciones de Información, educación y comunicación que contribuyan a la disminución de la carga de la enfermedad, secuelas, discapacidades y mortalidad.

5.2.3.3. Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Aunque en la ciudad se han logrado importantes avances en relación con la salud sexual y la salud reproductiva, se continúan observando eventos negativos como embarazos no planificados, esperados o deseados, infección por VIH y otras ITS (hepatitis B, hepatitis C, sífilis gestacional y sífilis congénita), mortalidad asociada a SIDA, morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal asociada a causas evitables, interrupciones del embarazo en condiciones no seguras, transformaciones corporales inadecuadas, prácticas sexuales de riesgo, encuentros sexuales en sitios o establecimientos que no cumplen condiciones higiénico-sanitarias, ejercicio de la prostitución en condiciones no dignas, estigma social para las personas LGBTI, violencia y abuso sexual, entre otras.

Estas situaciones tienen un grado importante de complejidad y están influenciadas por las construcciones culturales relacionadas con la sexualidad y la reproducción, las condiciones en los entornos familiares, sociales, académicos e individuales, el grado de empoderamiento, autoestima y toma de decisiones y las limitaciones en las capacidades y estrategias de afrontamiento y construcción de proyectos de vida.

También resulta determinante la ocurrencia de eventos negativos relacionados con la sexualidad en particular el abuso y la violencia sexuales.

Igualmente es importante la limitada oferta de servicios educativos, sociales, laborales, recreativos, culturales y de salud que afectan el proyecto de vida y por tanto la libertad y responsabilidad en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

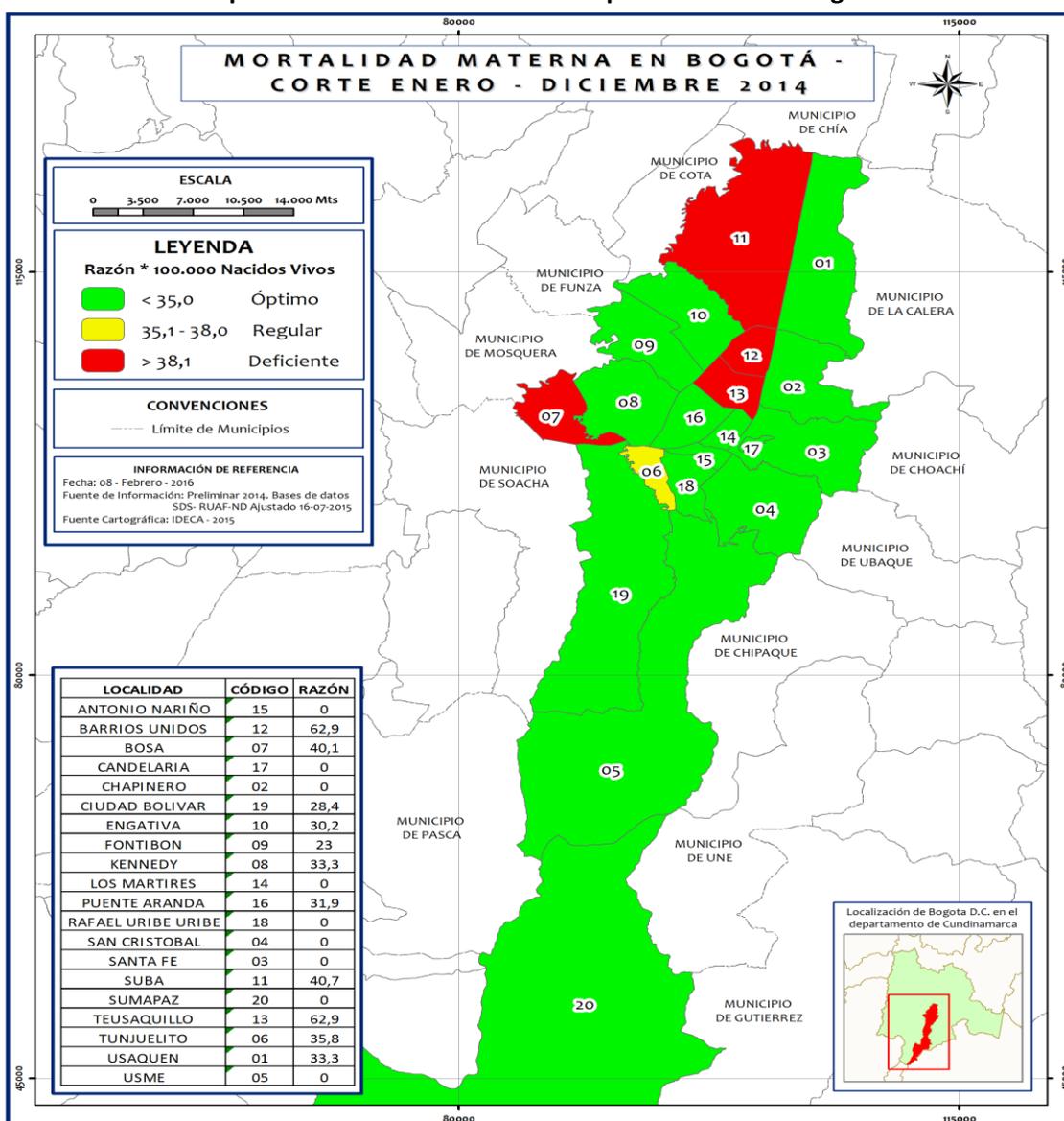
También está la pobreza multidimensional que históricamente afecta en promedio al 20% de los hogares, principalmente en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe, Bosa, Tunjuelito y Santafé y la denominada pobreza vergonzante que ha hecho presencia en localidades como Teusaquillo, Chapinero y Engativá que repercuten de manera negativa en las condiciones de vida y el bienestar de la población.

La respuesta social a estas situaciones, particularmente desde el sector salud, evidencia problemas asociados a la fragmentación del sistema que afecta la integralidad de la atención, así como la continuidad, oportunidad, pertinencia, acceso y seguridad. Igualmente se encuentran niveles de desconocimiento y poca adherencia a los derechos y deberes en este campo por parte de los habitantes de la ciudad.

5.2.3.3.1. Mortalidad Materna VIH y Embarazo en Adolescentes

En la mortalidad asociada a salud sexual y reproductiva se presentan eventos como la mortalidad materna, por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mortalidad perinatal y mortalidad por interrupción voluntaria del embarazo. Las causas de la mortalidad materna son por pre-eclampsia con 26,7%, complicaciones del trabajo de parto 14,1% y complicaciones principales con el puerperio 13,4%, mortalidad perinatal 13,7 por 1000² nacidos vivos la causa principal malformaciones congénitas, transmisión materna infantil del VIH, con un promedio de 1,8 casos anualmente. Existen los mayores riesgos de ocurrencia de muertes maternas en las localidades de Barrios Unidos, Teusaquillo, Suba, Bosa, Tunjuelito y Usaquén (Mapa 11).

Mapa 11 Mortalidad Materna 2014 por Localidades Bogotá D.C.



Una de las explicaciones de la mortalidad materna obedece a las cuatro barreras o demoras: decisión de consultar, acceso a servicios de salud, calidad en la prestación de los servicios y atención efectiva. Así mismo el inicio tardío o inexistente de controles prenatales, las barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud que limitan el acceso oportuno a pruebas rápidas así como a los esquemas profilácticos requeridos, y el desconocimiento o no adherencia a los protocolos y guías de manejo.

De embarazos en adolescentes se presentaron 415 casos en el grupo de 10 a 14 años y 16.686 casos en las mujeres de 15 a 19 años. El embarazo adolescente conlleva riesgos de malnutrición en las gestantes y la baja asistencia a controles prenatales, así como inicio tardío de los mismos.

En cuanto la interrupción voluntaria del embarazo, ocurrió en 8.835 casos de los cuales el 69% obedecieron a solicitudes relacionadas riesgos para la salud de la mujer.

Se destaca la persistencia de violencias basadas en género; de acuerdo con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIM, para los años 2013 y 2014 se captaron 43.236 casos de violencias contra las mujeres, (violencia física, emocional, sexual, económica, así como casos de abandono y negligencia), de estos 7.617 fueron casos de mujeres víctimas de violencia sexual, ocurriendo la mayoría (5.551 casos) hacia niñas y mujeres adolescentes.

La proporción de incidencia del VIH es de 26,6 x 100.000. Los grupos quinquenales más afectados son los de 25 a 29 con 22,6% y 20 a 24 con 18,9%, aunque seguido de cerca por el grupo de 30 a 34 años con 18,7% otras poblaciones son la población lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexual LGBTI, sífilis gestacional una tasa prevalencia de 5,5 x 1.000 NV, la cobertura de tratamiento antirretroviral es del 95% la dificultad radica en las personas que viven con VIH no conoce su diagnóstico por tanto no accede al tratamiento.

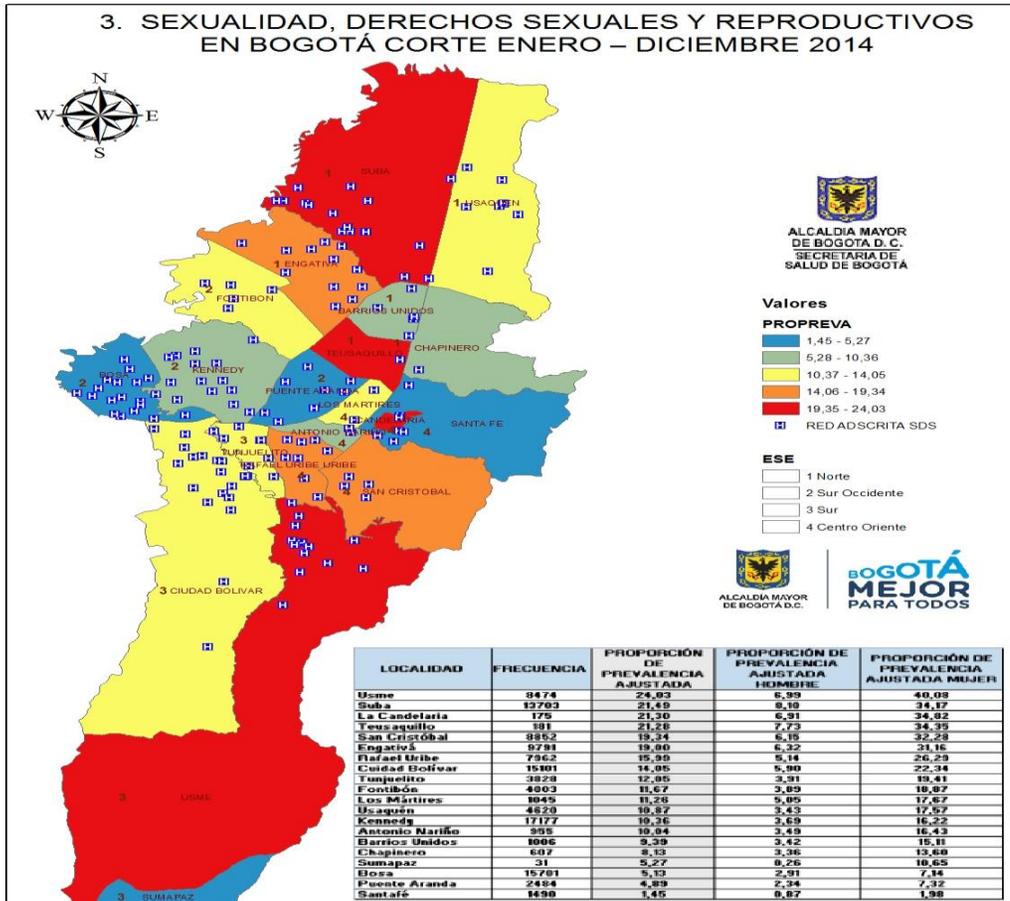
5.2.3.3.2. Morbilidad Asociada a Salud sexual y Reproductiva

A nivel de la salud sexual y reproductiva se encontró como primera causa de consulta en Bogotá D.C. las atenciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En primer lugar está el parto con una tasa de 1151,43 por 100.000 habitantes, los problemas relacionados con el parto con una tasa de 1051,6 por 100.000 habitantes y la eclampsia con una tasa de 269,7 por 100.000 habitantes.

En Bogotá D.C. se tiene que la morbilidad asociada con la salud sexual y reproductiva se presenta con mayor proporción en el sexo femenino con un 83,75%, en el grupo de 18 a 59 años, con un 71,5%, en el nivel educativo bajo y en nivel SISBEN 1, con 48,25%.

Las localidades con mayor afectación son Usme con una tasa ajustada de morbilidad de 24,03 por 1000 habitantes; Suba con una tasa de 21,49 por 1000 habitantes, Candelaria con una tasa de 21,30 por 1000 habitantes, Teusaquillo con una tasa de 21,28 por 1000 habitantes y San Cristóbal con una tasa de 19,34 por 1000 habitantes (Mapa 12).

Mapa 12 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en Bogotá 2014



Fuente : Base datos SDS - MSPS RIPS cruzada con base datos APS y SISBEN ajustado 29-03-2016.
 Cartografía suministrada por IDECA, Mapa Generado por la Dirección TIC Secretaría Distrital de Salud

5.2.3.4. Salud Ambiental

El Distrito se encuentra en una zona de amenaza intermedia y cuenta con una alta vulnerabilidad sísmica, principalmente en las localidades de La Candelaria, Tunjuelito y Santa Fe. Ante un evento sísmico, los daños se pueden presentar ante todo en las edificaciones de desarrollo informal de los estratos socio económicos 1, 2 y 3. Se calcula que para el escenario de un sismo de magnitud 7, que se origine en la falla frontal de la Cordillera Oriental, pueden ocurrir daños fuertes en cerca de 4.441 manzanas y daños severos en otras 1.124. Además, pueden presentarse múltiples roturas en las tuberías de acueducto y alcantarillado, daños en redes de cableados y en general en infraestructura vial y de servicios. Por otra parte, en las zonas de cerros y piedemonte, se encuentran 31.073 Ha en amenaza por remoción en masa con la siguiente distribución: en amenaza alta 3.904 Ha., donde se localizan 37.816 predios, en amenaza media 9.034 Ha., con cerca de 159.933 predios y en amenaza baja 18.135 Ha. y 117.459 predios.

Actualmente existe un total de 67 áreas protegidas del orden Distrital distribuidas en cada una de las tres categorías de la siguiente forma Área de Manejo Especial Sierra Morena -

Ciudad Bolívar, Área de Manejo Especial Urbana Alta, Reserva Forestal Protectora Bosque Oriental de Bogotá, Parque Nacional Natural del Sumapaz, Área de Reserva Forestal Regional del Norte Thomas Van der Hammen, incorporando a cerca de 1.395 hectáreas³⁵. El total de suelos de protección del Distrito Capital, corresponden aproximadamente al 53% del territorio, y su principal característica es la restricción para ser urbanizados, esto debido a sus condiciones geográficas, ambientales, o por estar localizados en zonas de amenaza y riesgo no mitigable.

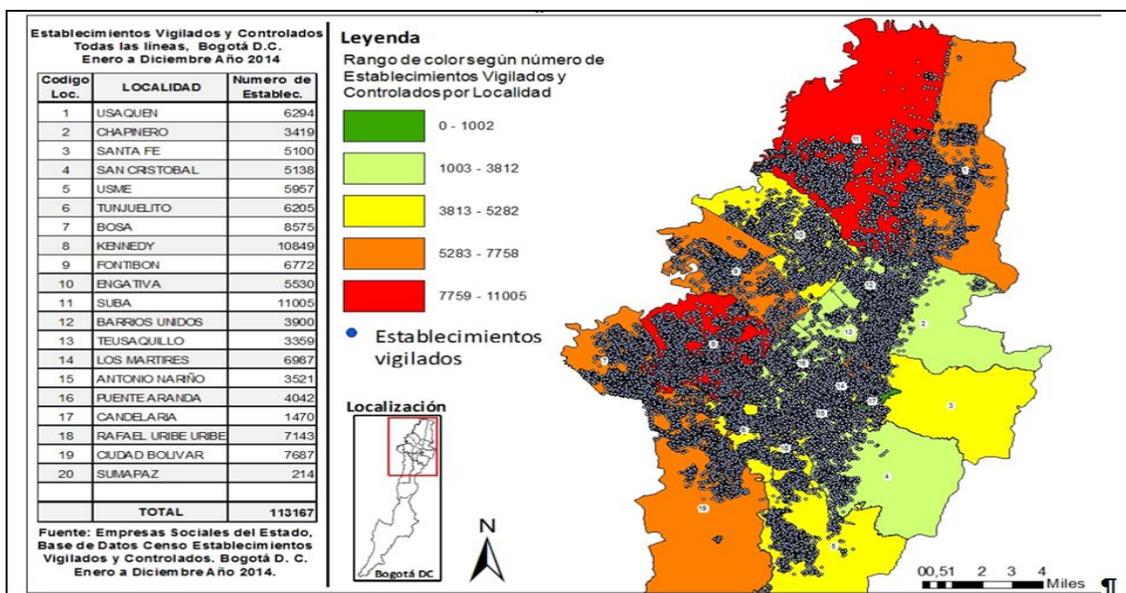
El espacio público total por habitante es de 16.9 mts². Las localidades de Mártires y Calendaría son las localidades con menor número de recreación y equipamiento. Y la Localidad de Teusaquillo es la Localidad con mayor espacio público per cápita.

Bogotá D.C. cuenta con abastecimiento de agua para consumo humano en condiciones apropiadas y seguras por parte de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá. Los pobladores de zonas rurales y de asentamientos fuera del área de cobertura de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, tienen otras fuentes de abastecimiento los cuales no son tan seguras favoreciendo la presentación de eventos mórbidos como enfermedad diarreica aguda.

La cobertura de recolección de basuras en hogares es de 99.8% y el ingreso de residuos al relleno sanitario año 2015 fue de 2.199.508.52 toneladas. Según el Sistema de Información para la Gestión del Arbolado Urbano-SIGAU, desde el 2012 hay 0,16 árboles por persona.

Las industrias y comercios se encuentran ubicadas en todo el distrito capital sin tener áreas específicas para el desarrollo de las diversas actividades económicas, así que en riesgos para la salud, tanto físicos y químicos, como biológicos y del consumo, para el año 2014, fueron intervenidos 113.167 establecimientos en el Distrito Capital (Mapa 13).

Mapa 13 Establecimientos vigilados y controlados, Bogotá D.C., año 2014

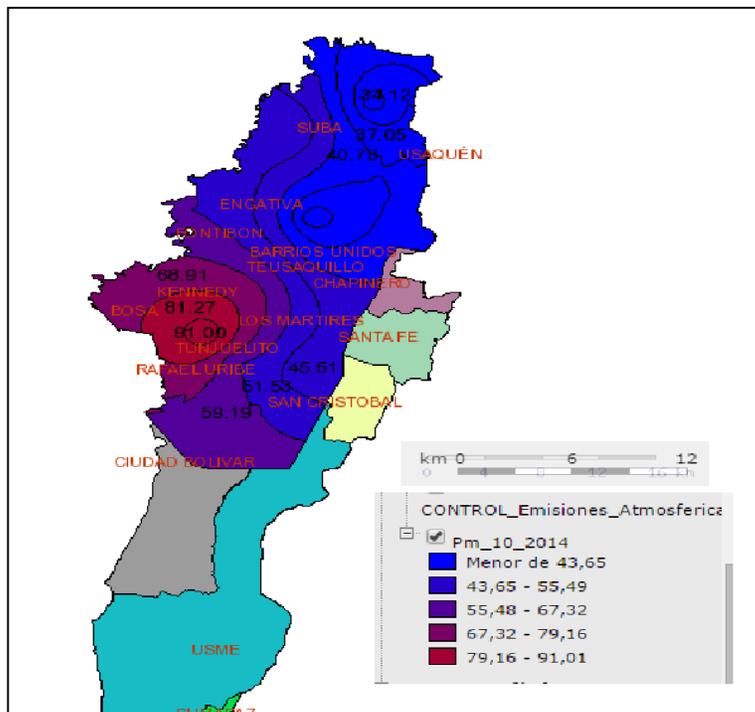


Fuente: SDS – Sistema Sivigila D.C - Base censo establecimientos, año 2014

³⁵ Bogotá. D.C. Balance de resultados del plan de desarrollo distrital, 2012 -2016 “Bogotá humana” A 31 de diciembre de 2014. Bogotá D. C., 10 de marzo de 2015

En contaminación ambiental las tendencias observadas indican que las localidades más afectadas por concentraciones altas fueron para PM₁₀ las ubicadas en el sur de la ciudad, especialmente en las localidades de Kennedy, Bosa y Puente Aranda, para el caso del PM_{2.5} el comportamiento es similar (Mapa 14). En contraposición, las zonas menos afectadas fueron las ubicadas en San Cristóbal y Barrios Unidos en el suroriente y noroccidente de la ciudad. Por obvias razones la concentración de contaminantes en el aire es inversamente proporcional a la tendencia de las lluvias. Se destaca igualmente la importancia de no generalizar el comportamiento de la contaminación atmosférica sobre Bogotá con promedios globales y la conveniencia de mantener su sectorización para los análisis respectivos.

Mapa 14 Control Emisiones Atmosféricas



Fuente: <http://oab.ambientebogota.gov.co/mig/map.phtml>

El sector de curtiembres y el área de expendios cárnicos están concentrados en el sector San Benito de la Localidad Tunjuelito y barrio Guadalupe, ubicado en la localidad de Kennedy, en zonas próximas a la cuenca del río Tunjuelo, de hecho, se observan varias industrias y expendios sobre el cauce del río, generando impacto negativo sobre el recurso hídrico debido a los vertimientos y a la mala disposición de residuos, siendo la problemática más relevante del sector. De las 20 localidades en que se divide la ciudad de Bogotá, 8 de ellas cuentan con zona rural, las cuales son: Usaquén, Suba, Chapinero, Santafé, San Cristóbal, Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz.

En cuanto a riesgo biológico, para el año 2016, se cuenta con un estimativo poblacional de 903.573 caninos y 293.000 felinos: En la ciudad se evidencia la inadecuada tenencia de mascotas al interior de los hogares, así como en espacio público con mayor afectación en las localidades de Kennedy, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar y Usme, ocasionando eventos

como accidentes ocasionados por agresión animal, de los cuales se presentaron 17.251 durante el año 2015, siendo las localidades más afectadas Suba (13%); Engativá (9.2%) y Kennedy (9.1%), requiriendo el fortalecimiento de acciones dirigidas a disminuir el crecimiento de población canina y felina así como acciones de prevención ante la presencia de eventos transmisibles de origen zoonótico. Es importante aclarar que en la ciudad no se presentan casos autóctonos de rabia animal desde 2001 y de rabia humana desde 1982, no obstante se presentaron casos de agresión por animales (Tabla 10).

Tabla 10 Casos de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia n Bogotá D.C. 2012-2015*

AÑO	Agresiones Perros	Porcentaje	Agresiones Gatos	Porcentaje	Otros animales	%	Total
2012	11.034	85%	1.791	14%	128	1%	12.953
2013	13.932	85%	2.392	15%	107	1%	16.431
2014	15.951	85%	2.767	15%	122	1%	18.840
2015	6.957	84%	1.237	15%	119	1%	8.313

Fuente: SIVIGILA 2012-2015

De acuerdo con la aplicación de audiometrías zonales se identificó para el año 2013 la prevalencia más alta de hipoacusia en la localidad de Fontibón con 65,9 %, para el año 2014, se identificó en la localidad de Puente Aranda con una prevalencia de 74,5% y 2015 en la misma localidad con una prevalencia de 53,07% , así mismo se identificó una prevalencia de hipoacusia en zonas de contaminación por ruido en Bogotá año 2014 de 36.50% (con extremos dentro de las localidades así: Puente Aranda 72.50%, Fontibón 59.10%, Engativá 26.20%, Chapinero 18%, Santa Fe 11.90%, y La Candelaria 7.80%).

5.2.3.4.1. Mortalidad por enfermedades ambientales

En Bogotá, la carga de la enfermedad en menores de 5 años recae principalmente en las infecciones respiratorias agudas, siendo una de las principales causas de mortalidad en esos grupos etáreos (73,8 x 100.000 habitantes en menores de 1 año, 4,9 x 100.000 habitantes en población de 1 a 4 años). Se evidencia una tendencia en el aumento de los casos de ERA en la temporada de lluvia cuya incidencia en el comportamiento se ve afectada por el efecto de la variabilidad climática, observando que el año 2013 y 2014, el 73% y 79% de los casos respectivamente se presentaron en el periodo de alta precipitación.

El comportamiento de la letalidad de intoxicación aguda por plaguicidas en el distrito presenta una tendencia ascendente, pasando del 0,30% en el año 2007 a 0,83% en el 2013. Por otra parte, se observa una tendencia decreciente entre los años 2013, 2014 y primer semestre del año 2015 donde se calculó esta letalidad en un 1.00%, este comportamiento se debe a que en la mayoría de las exposiciones, las dosis fueron sub letales, tratándose de casos leves o moderados principalmente. En el año 2014 y el primer semestre del año 2015, el 100% de las mortalidades asociadas a plaguicidas fueron por intento suicida, evidenciando una problemática en el uso inadecuado de los plaguicidas, así como problemas de salud mental, que hacen necesario el trabajo articulado del área de salud mental y vigilancia de intoxicaciones por sustancias químicas. Bogotá cuenta con una línea base de niveles de mercurio y plomo en población general, gracias a la toma de muestras

biológicas: sangre cabello orina y examen médico específico realizado a 401 residentes de las 20 localidades de Bogotá con corte a septiembre del 2015.

De igual forma, se estimó una prevalencia de insomnio en zonas de contaminación por ruido en Bogotá D.C. año 2014 así: Fontibón 61.10%, Puente Aranda 54.70%, Engativá 37.20%, Santa Fe 25.30%, La Candelaria 20%, para un total distrital del 47%. Sin embargo, como factor positivo se encuentra que el índice de calidad del sueño de Pittsburg –ICSP, para la localidad de Fontibón presenta un aumento en el transcurso de los años 2013 al 2015, al pasar de 61,11% a 73,17% respectivamente. Para el año 2014 se identificaron las localidades de Fontibón, Chapinero y Puente Aranda con los mayores índices de calidad de sueño con 61,11%, 61% y 60, 7 respectivamente y para el año 2015 se identifican las localidades de Fontibón, Teusaquillo y Chapinero con los índices de 73,17%, 62,07% y 55, 88% respectivamente.

5.2.3.4.2. Morbilidad por enfermedades ambientales

En la ciudad se ha evidenciado un incremento en el número de medidas sanitarias y presencia de establecimientos comerciales, institucionales o industriales que no cumplen las condiciones sanitarias constituyéndose como factores de riesgo que favorecen la presencia de eventos mórbidos o mortales en las personas que laboran allí o que los visitan. En la ciudad se presentan intoxicaciones asociadas al uso de benzodiazepinas con intencionalidad delictiva, en el año 2014 se reportaron 500 casos (39,4%) y primer semestre del 2015 n 174 casos (38,6%). De las enfermedades asociadas a problemas ambientales, la que presentó mayor tasa de prevalencia fue hipoacusia con 711,65 por 100.000 habitantes, dermatitis de contacto 344,25 por 100.000 habitantes y conjuntivitis alérgica 108,33 por 100.000 habitantes.

En 2014 se notificaron un total 123 brotes , entre las principales riesgos identificados para su desarrollo se encuentra la manipulación inadecuada de alimentos; asociado a factores como la: no aplicación de las buenas prácticas de manufactura, incumplimiento de las normas sanitarias de alimentos en la elaboración, distribución, expendio y transporte de alimentos, presencia de ventas ambulantes; ingreso de alimentos a la ciudad en condiciones inadecuadas de transporte; establecimientos clandestinos e ilegales destinados a la preparación y expendios de alimentos; comercialización de alimentos y bebidas, adulterados y alterados; condiciones inadecuadas de conservación y almacenamiento de alimentos a nivel de hogares y creencias culturales relacionadas con inadecuados hábitos alimenticios, entre otros.

5.2.3.5. Salud Laboral

El boletín técnico del DANE del 12 de enero de 2016, registra que el 50% de la población que migra a la ciudad lo hace principalmente para mejorar sus condiciones de vida a través del trabajo. Con relación a la formalidad, el 52,3% de los ocupados son asalariados, cuantificada como la proporción de empleo asalariado sobre el total de ocupados y el 47,7% obedece a los ocupados informales. Según el lugar de trabajo, los nuevos informales están incidiendo en los negocios que operan en locales fijos trasladándose a trabajar abiertamente en la calle y en las viviendas, de manera precaria, los dos niveles de informalidad superan el 80% en ambos casos.

Según, estudio de la Universidad de los Andes el 44% de las personas con trabajo son formales y 56% informales. Aunque se trata de un fenómeno heterogéneo en el cual conviven diversas realidades, los datos recopilados demuestran que hay un fuerte vínculo entre informalidad, pobreza y exclusión social. Los trabajadores informales tienen deficientes condiciones de trabajo y empleo, que afectan potencialmente su estado de salud y el bienestar psicológico, además el trabajo, es uno de los factores de mayor impacto sobre los determinantes sociales y de salud de la población, principalmente la infantil y adolescente debido a su temprana vinculación.

En el Distrito, el trabajo informal, hace presencia en las 20 localidades, sin embargo, existe mayor concentración de la informalidad en localidades como Chapinero, Kennedy, Mártires, Antonio Nariño, Fontibón, Suba, Bosa, Engativá y Barrios Unidos y los espacios donde se desarrollan en mayor proporción estas actividades son las calles, plazas de mercado de las localidades, comercio callejero, pasajes comerciales, y parques principales entre otros.

Algunas actividades económicas informales son fuente de contaminación en viviendas o establecimientos, por mala disposición de desechos e impacto negativo en la calidad del aire (restaurantes, frigoríficos, curtiembres, talleres de mecánica, talleres de ornamentación, carpinterías, centro de latonería y pintura, carboneros, chircaleras, transformación de la materia a través de agentes químicos, entre otras) lo que implica que la administración pública promueva el conocimiento y cumplimiento de las normas relacionadas con la protección del ambiente, vigilar y hacer más acompañamiento al cumplimiento de condiciones adecuadas de trabajo, fortalecer, ajustar o definir los planes, proyectos y programas de intervención en el marco del entorno de trabajo y ambiente saludable, a fin de lograr un abordaje diferenciado con la participación activa de los actores en ámbitos territoriales.

De igual manera, estas unidades de trabajo generan invasión del espacio público que aumenta riesgos relacionados con la seguridad, accidentalidad, exposición a fuentes de ruido y emisión de gases vehiculares; estas situaciones requieren avances en la caracterización de la población trabajadora vulnerable del sector informal de la economía. Por su parte, el trabajo infantil y trabajo adolescente se presenta con mayor proporción en las localidades Santa Fe, Mártires, Chapinero, Barrios Unidos, Engativá, Ciudad Bolívar, Kennedy (Central de Abastos) Bosa y Antonio Nariño, en quienes se evidencian condiciones de salud asociadas a la exposición a riesgos.

En la problemática laboral se encuentra la población recicladora, existen 20960 recicladores³⁶, con presencia en todo el distrito, principalmente en las localidades de Kennedy (19%), Ciudad Bolívar (11%), Suba (10%) y Bosa (9%). La mayor parte de la población se ubica en zonas precarias de la ciudad y la condición de informalidad del oficio acrecienta las problemáticas de salud, sociales y económicas de la población. Como personal involucrado en el contacto con la basura y bajo condiciones de trabajo precarias, se exponen a riesgos para la salud y su integridad física permanentemente que son propios de su actividad y que no les permite contar con las garantías de seguridad social establecidas por la ley. Además expuestos a enfermedades infecciosas y transmisibles como enfermedad diarreica aguda (EDA), hepatitis A, parasitosis intestinales, enfermedades respiratorias, entre otras. De igual manera, una gran proporción de la población tiene contacto directo con material contaminado con heces de humanos (papel higiénico) y animales, sangre

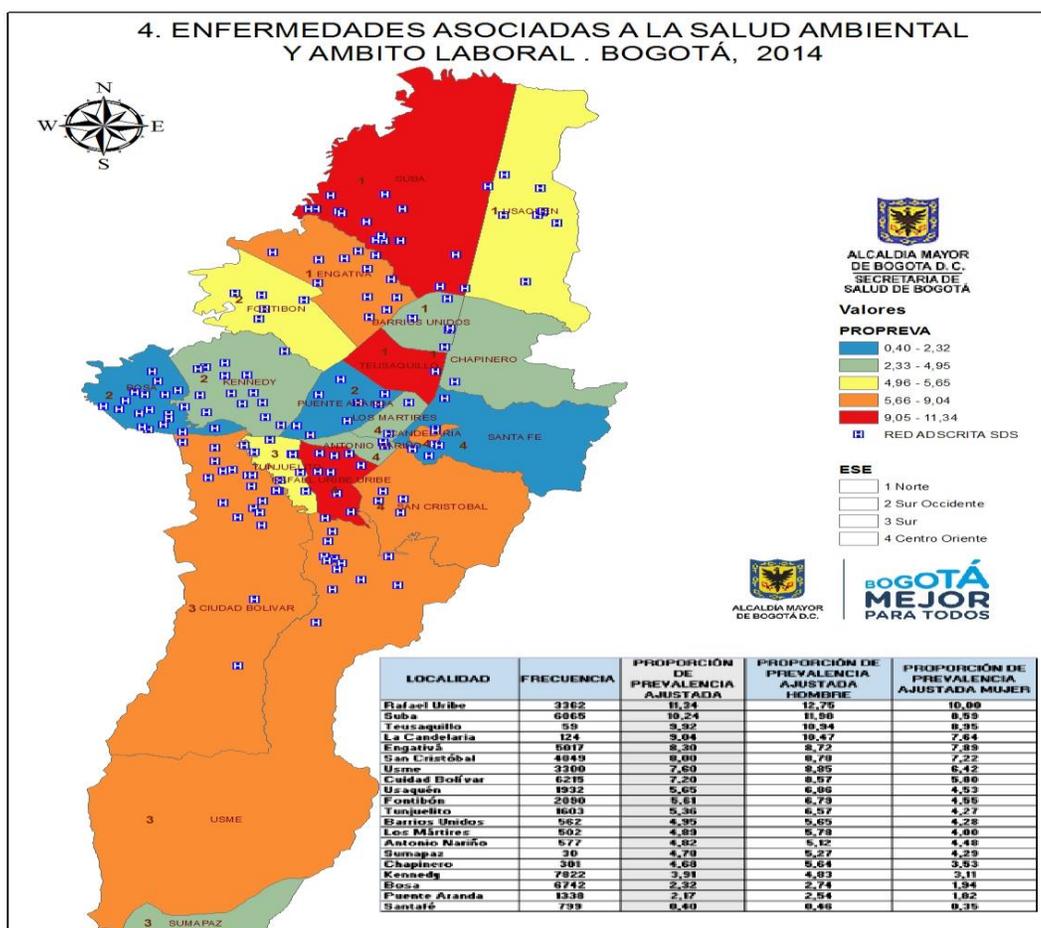
³⁶(Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos) desde el Registro único de recicladores de oficio (RURO) que da cuenta de -corte a 02 de julio de 2015-;

(toallas higiénicas, gasas, algodones, agujas, otros) y otras sustancias que pueden ser vehículos de transmisión para agentes infecciosos.

5.2.3.5.1. Morbilidad por enfermedades laborales

En cuanto a la morbilidad asociada a las dimensiones de ambiente y laboral; estas se presentan en Bogotá D.C. con mayor proporción en mujeres, con un 56,25%; en edades de 27 a 59 años, con un 46,93%; en niveles educativo bajos con nivel SISBEN 3, con 40,93%. Las localidades con mayor afectación son Rafael Uribe con una tasa de morbilidad ajustada de 11,34 por 1000 habitantes, Suba con 10,24 por 1000 habitantes, Teusaquillo con 9,92 por 1000 habitantes, La Candelaria con 9,04 por 1000 habitantes, Engativá con 8,30 por 1000 habitantes y San Cristóbal con 8,00 por 1000 habitantes (Mapa 15).

Mapa 15 Enfermedades de salud ambiental y ámbito laboral en Bogotá 2014



Fuente : Base datos SDS - MSPS RIPS cruzada con base datos APS y SISBEN ajustado 29-03-2016. Cartografía suministrada por IDECA, Mapa Generado por la Dirección TIC Secretaría Distrital de Salud

Dentro de las patologías asociadas a enfermedades laborales se destacan las enfermedades profesionales como el síndrome del túnel del carpiano 7,35 por 100.000 habitantes, síndrome del manguito rotatorio 5,92 por 100.000 habitantes y lumbago no especificado 3,18 por 100.000 habitantes. En relación con los accidentes de trabajo se encontraron en

primer lugar los diagnósticos asociados a Esguinces y torceduras del tobillo 9,64 por 100.000 habitantes, Fractura de los dedos de la mano 3,94 por 100.000 habitantes, traumatismo no especificado 2,89 por 100.000 habitantes.

5.2.3.6. Salud Mental y Convivencia Social

El acelerado crecimiento de la ciudad, el conflicto armado, las dinámicas sociales, económicas y políticas del nivel nacional e internacional, las condiciones diferenciales y de desigualdad en términos de clase social, género, etnia, diversidad y ciclo de vida, así como los factores psicosociales y las diversas expresiones de violencia, en ocasiones asociadas a pautas de comportamiento firmemente arraigadas en lo social, tienen importantes implicaciones para el funcionamiento familiar, social y la salud mental de las personas en todas las etapas del ciclo vital, pero su impacto en la primera infancia y la infancia conlleva efectos a largo plazo. De igual manera, los problemas de salud mental, sociales y de conducta pueden interactuar intensificando los efectos que cada uno tiene sobre el comportamiento y el bienestar de los individuos y colectivos.

5.2.3.6.1. Mortalidad por enfermedades de salud mental

Bogotá D.C. presenta como eventos prioritarios conducta suicida con una tasa de mortalidad 3,5 por cada 100.000² las causas más frecuentes son falta de redes sociales y familiares de apoyo, problemas económicos relacionados con el desempleo y la poca capacidad para atender las necesidades básicas: El rango de edad en el que se presentan con mayor frecuencia los suicidios es en el de 20 a 24 años, consumo de sustancias psicoactivas con una prevalencia de 3,52%.

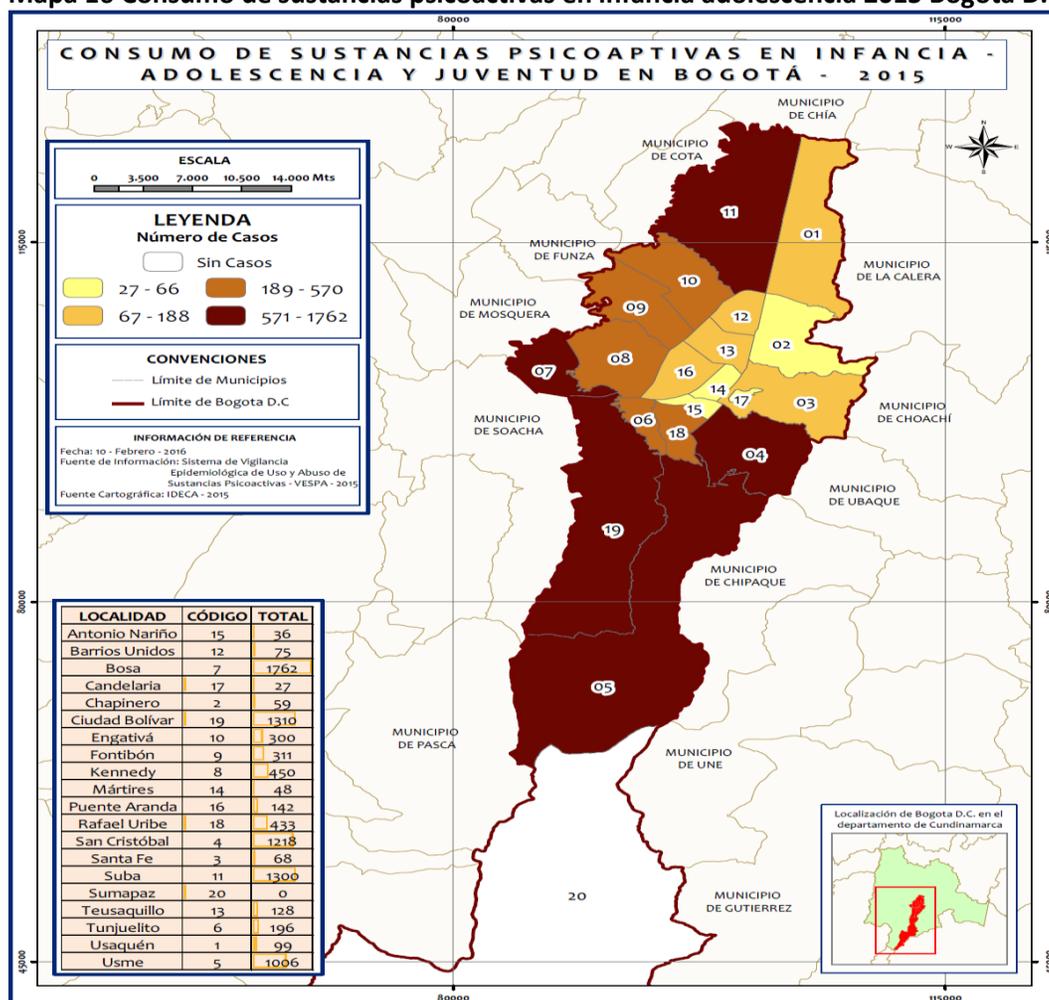
La sustancia ilícita de mayor consumo continúa siendo la marihuana, seguida del bazuco y los inhalables, dichas sustancias se concentra en el segmento poblacional comprendido entre los 18 a los 34 años de edad, otros trastornos importantes son ansiedad 9,8% es la más frecuentes en los adultos, pero en niños, niñas y adolescentes la prevalencia también es alta. La salud mental es la segunda causa de morbilidad y mortalidad en Bogotá están son emociones, pensamientos y comportamientos que si fallan en una persona no puede desempeñarse a nivel personal, familiar ni en comunidad. En Bogotá se ha reportado fobia social en adolescentes como el tercer motivo de consulta entre los trastornos de ansiedad y depresión 5,5%.

Según el Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual y Maltrato Infantil – SIVIM, el cual captó de 34.166 casos de víctimas de diversos tipos de violencia en 2015, se encuentra que un 61% (n=20.853) corresponde a maltrato y violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes. Las localidades que registran los mayores casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual son: Bosa con el 16.4%, Ciudad Bolívar con el 13.9%, Suba y Kennedy 11% cada una; San Cristóbal y Engativá 7.6% cada una.

En cuanto a la conducta suicida es posible indicar que para el año 2015 las localidades que registran las frecuencias más elevadas de suicidio consumado son: Engativá Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y Usaquén. No obstante, las localidades que registran las tasas más altas son Sumapáz (15,6), La Candelaria (12,4%) y Santafé con (9,1%). El rango de edad en el que se presentan con mayor frecuencia los suicidios es en el de 20 a 24 años en la etapa de ciclo vital de juventud.

En lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, Bogotá D.C. registro una disminución significativa en el consumo de tabaco. Respecto al consumo de alcohol, en el nivel nacional se presenta un leve aumento y Bogotá registro cerca del 2% de incremento en el consumo reciente de dicha sustancia. La sustancia ilícita de mayor consumo continúa siendo la marihuana, seguida del bazuco y los inhalables. El consumo de dichas sustancias se concentra en el segmento poblacional comprendido entre los 18 a los 34 años de edad. El mayor número de casos de consumo de sustancias ilícitas se presenta en las localidades de Suba, Usme, Ciudad Bolívar, Bosa y San Cristóbal (Mapa 16).

Mapa 16 Consumo de sustancias psicoactivas en infancia adolescencia 2015 Bogotá D.C.

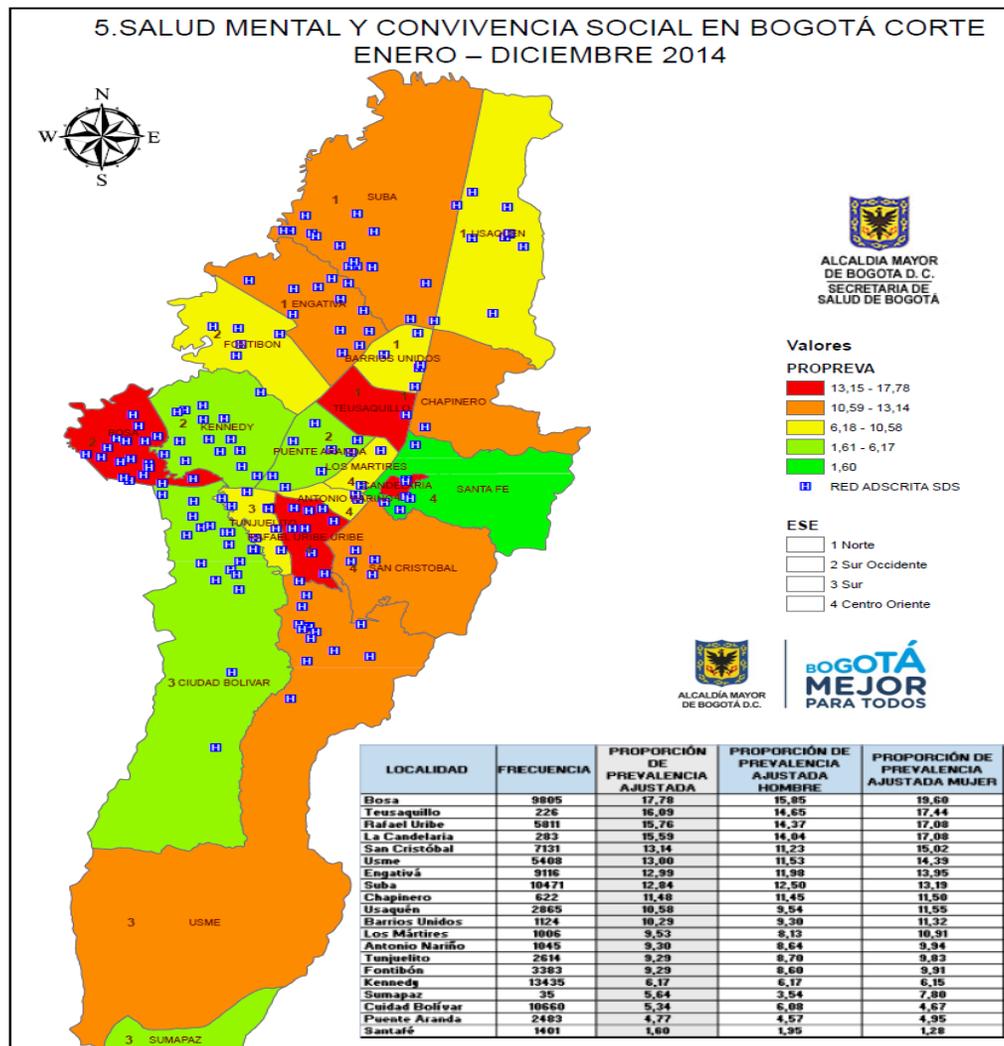


5.2.3.6.2. Morbilidad por enfermedades de salud mental

De las enfermedades de salud mental fueron frecuentes los trastornos neurológicos asociados con trastornos somatomorfos con una tasa de morbilidad de 651,69 por 100.000 habitantes, los trastornos del humor con 454,88 por 100.000 habitantes y los trastornos mentales orgánicos con una tasa de 197,97 por 100.000 habitantes. En Bogotá D.C. se presentan en mayor proporción en mujeres, 55,32%; en el grupo de edad de 27 a 59 años, 41,87%, en nivel educativo bajo, en nivel SISBEN 1, 47,53%.

Las localidades en las cuales se presentan las mayores tasas son en Bosa con una tasa de morbilidad de 17,78 por 1000 habitantes, Teusaquillo con una tasa de 16,09 por 1000 habitantes, Rafael Uribe con una tasa de 15,76 por 1000 habitantes, La Candelaria con una tasa de 15,59 por 1000 habitantes y San Cristóbal con una tasa de 13,14 por 1000 habitantes (Mapa 17).

Mapa 17 Salud mental y convivencia social en Bogotá 2014



Fuente : Base datos SDS - MSPS RIPS cruzada con base datos APS y SISBEN ajustado 29-03-2016.
Cartografía suministrada por IDECA, Mapa Generado por la Dirección TIC Secretaría Distrital de Salud

5.2.3.7. Accidentes y Violencia

Los accidentes no se producen por casualidad, son consecuencia predecible de una combinación de factores humanos y ambientales, las causas de los accidentes del hogar se encuentra por escasa iluminación, pisos mojados, húmedos o resbaladizos, escalones muy altos o estrechos, bajar corriendo las escaleras, ausencia de barandas en las escaleras, subirse en sillas u otros objetos, camas altas, envenenamiento con líquidos o polvos.

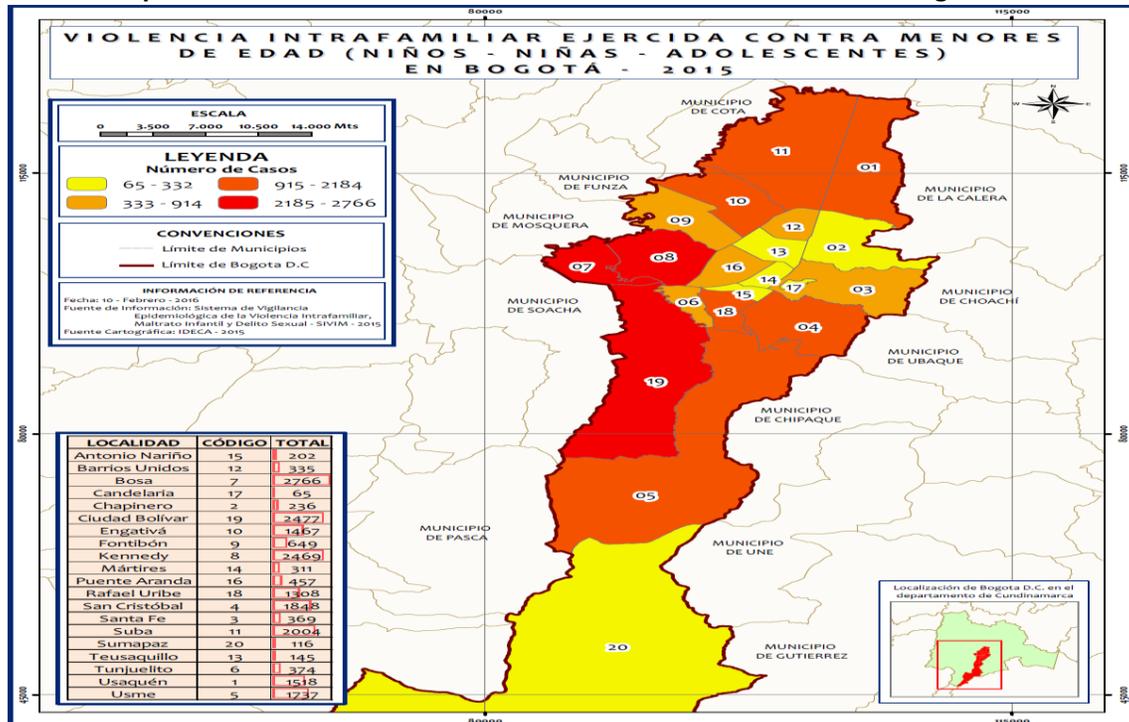
El hecho de que los niños permanezcan más tiempo en su casa los pone en riesgo, debido a que entre sus travesuras o curiosidades no miden las consecuencias de sus actos, sobre todo los que se quedan solitos, pues es una realidad que la gran mayoría de los padres tienen que trabajar ambos, y son pocos los que cuentan con familiares que les pueda cuidar a sus hijos. En los accidentes de tránsito son por imprudencia, cansancio, alcoholismo, drogas y no utilización de cinturón.

5.2.3.7.1. Mortalidad por accidentes y violencia

La tasa de mortalidad por lesiones de causa externa fue de 45,6 x 1000.000 habitantes. Las ocasionadas por accidentes de tipo terrestre registraron una tasa de 8.1 por 100.000 habitantes, caídas 2,2 por 100.000 habitantes, otras lesiones corresponden a golpes, cortes, quemaduras y ahogamientos. En menores de 5 años llama la atención los accidentes de transporte, con tasas de mortalidad de 1,7 por 100.000 menores de 5 años.

La violencia intrafamiliar, sexual y maltrato infantil registraron 33.411 casos la población de 0 a 19 años de edad concentrando el 82,3% del total de los casos de violencia. En gran parte está relacionado con las condiciones de pobreza y desventaja social, los hombres jóvenes se ven afectados primordialmente por enfrentamientos armados, desajustes sociales y laborales. En las conductas violentas es relevante poner en evidencia que padres, madres, abuelos y otros familiares y personas allegadas o conocidas dentro del círculo familiar son los principales agresores. En las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba, Usaquén, Usme, Ciudad Bolívar, Puente Aranda, Rafael Uribe y San Cristóbal, Engativá y Bosa, se presentan las mayores casos de violencia (Mapa 18).

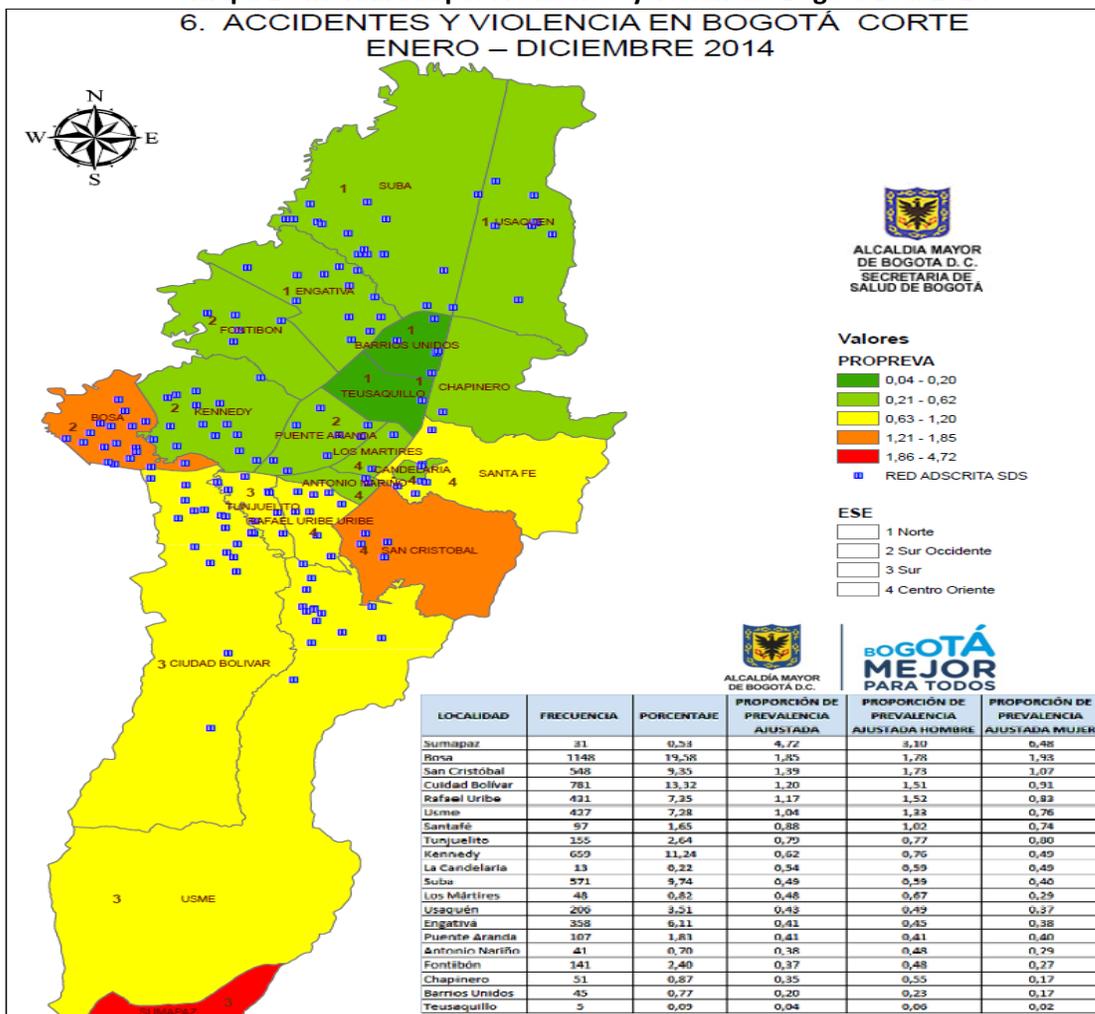
Mapa 18 Violencia intrafamiliar en niños niñas adolescentes 2015 Bogotá D.C.



5.2.3.7.2. Morbilidad por accidentes y violencia

Entre los eventos asociados a violencia y accidentes en general, tuvieron mayor prevalencia el accidente de tránsito 433,87 por 100.000 habitantes, la sospecha de maltrato emocional 25,28 por 100.000 habitantes y la lesión autoinflingida 18,95 por 100.000 habitantes. Bogotá con mayor proporción en sexo femenino en 60,02% en edades 27-59 años con 58,44%, su nivel educativo es bajo, en nivel SISBEN 3 con 48,69%. Las localidades con mayor afectación son Sumapaz con una tasa de morbilidad por 4,72 por 1.000 habitantes, Bosa con una tasa de 1,85 por 1.000 habitantes; San Cristóbal con una tasa de 1,39 por 1.000 habitantes; Ciudad Bolívar con una tasa de 1,20 por 1.000 habitantes; Rafael Uribe con una tasa de 1,17 por 1.000 habitantes y Usme con una tasa de 1,04 por 1.000 habitantes (Mapa 20).

Mapa 19 Morbilidad por Accidentes y Violencias Bogotá D.C. 2014



Fuente : Base datos SDS - MSPS RIPS cruzada con base datos APS y SISBEN ajustado 29-03-2016. Cartografía suministrada por IDECA, Mapa Generado por la Dirección TIC Secretaria Distrital de Salud

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud

5.2.4. Otras Intervenciones en Salud Pública

5.2.4.1. Salud Pública en Emergencias y Desastres

Durante el año 2014 se atendieron 607 Emergencias en las cuales se atendieron 4009 personas. Se realizaron 2249 traslados y 1760 pacientes atendidos en la escena y dados de alta, fallecieron en total de las emergencias 32 personas. Igualmente en el año 2014 se generaron 2331 servicios de atención por eventos notificados por los equipos de las Unidades Comando en Salud Pública Locales, y en el año 2015, 2087 eventos fueron notificados y atendidos.

Situación especial son los brotes, cuya ocurrencia en los últimos tres años se presenta en la Tabla 11

Tabla 11 Notificación de brotes atendidos. Bogotá, 2012-2014

EVENTO PRESENTADO	2012	2013	2014	Total general	%
BROTE VARICELA	1.361	1.422	1.675	4.458	69.44
BROTE ETA	224	180	178	582	9.07
OTROS NO ESPECIFICADOS	126	96	157	379	5.90
BROTE ERA	48	54	64	166	2.59
BROTE EDA	54	59	52	165	2.57
BROTE PAROTIDITIS	60	36	32	128	1.99

Fuente: Informes mensuales ESE. Fecha de extracción: 26 de Agosto de 2015. Información de años anteriores no disponible.

Estos eventos no son predecibles y el comportamiento de presentación no necesariamente está ligado a factores sociales o políticos, responde a la notificación bien sea por la comunidad o la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES), la oportunidad de la respuesta depende el tiempo manejado por la agencia NUSE en la transferencia de la solicitud, de la disponibilidad de vehículos de emergencia, de la gestión del Centro Operativo de la Dirección CRUE en enviar ambulancia si se requiere, y de externalidades en su mayoría relacionadas con la movilidad en la ciudad.

La atención pre hospitalaria ha sido similar los últimos años estando en primer lugar las enfermedades crónicas agudizadas, y las enfermedades comunes agudas principalmente de tipo respiratorio, lo cual representa alrededor de la mitad de los casos atendidos en el programa de APH, en segundo lugar están los accidentes de tránsito con un 18-20%, seguido por los accidentes en vía pública con un promedio del 5%, los demás grupos de patología como: traumas por violencia. (HAF, HACP, Violencia sexual e intrafamiliar), patologías ginecobstétricas, patología mental se presentan en menor proporción con un total de 156.785 atenciones durante el año 2014. Para el año 2015.

Los grupos etáreos que más solicitan el servicio son los mayores de 60 años con aproximadamente un 25%, relacionado con el grupo de patologías crónicas seguida por el grupo etáreo de 20 a 24 asociado a accidentalidad en general principalmente de tránsito, comportamiento que ha permanecido durante estable este periodo de tiempo. Durante el tiempo comprendido entre julio 2012 a septiembre 2015, se atendieron el 100% de las emergencias en las cuales activaron al sector salud, atendiendo en total 1.923 emergencias y 21.200 personas lesionadas en las emergencias. El tipo de paciente a los cuales se les

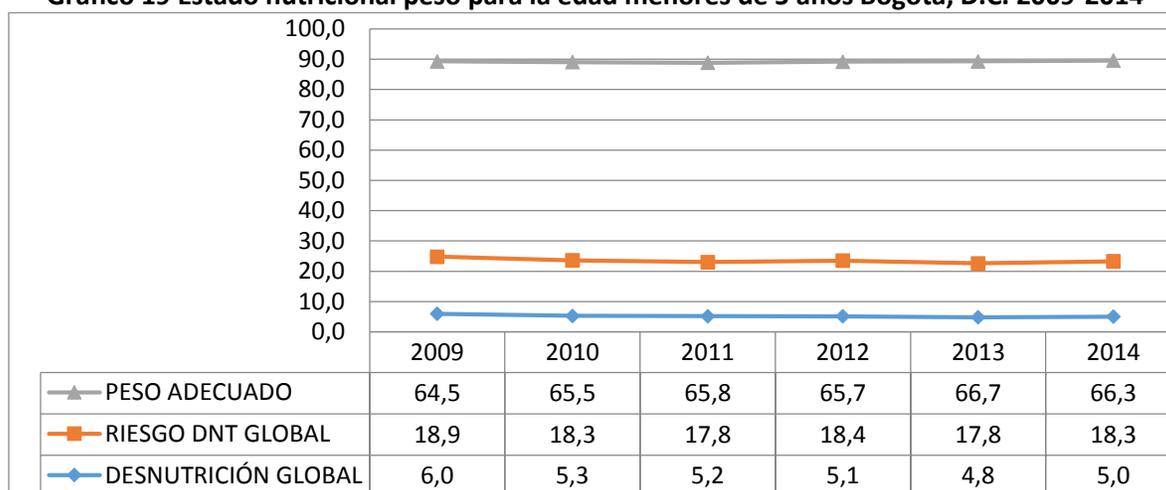
apoya en su ubicación en una IPS son los de prioridad alta o críticos en un 54% , seguidos por paciente de prioridad media 31% y materna de prioridad alta 10%.

5.2.4.2. Seguridad Alimentaria y Nutricional

Para la ciudad de Bogotá, los nacimientos con bajo peso, son todavía una realidad que afecta cerca del 12% del total de nacidos vivos anualmente, tendencia que se ha mantenido relativamente estable desde el año 2008 (12,8%) hasta el 2014 (12,2%).³⁷

Durante el año 2015 se presentó un caso de mortalidad por desnutrición, sin embargo la prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad ha disminuido en Bogotá, pasó de 6% en 2009 a 5% en 2014, lo cual refleja una mejora en el abordaje integral de los niños y niñas menores de cinco años (Gráfico 19).

Gráfico 19 Estado nutricional peso para la edad menores de 5 años Bogotá, D.C. 2009-2014



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área Vigilancia en Salud. SISVAN. Patrón de referencia OMS.

Los indicadores nutricionales muestran que la mal nutrición (desnutrición global, sobre peso y obesidad) se concentra en las localidades de: Candelaria, Rafael Uribe, Antonio Nariño, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapáz. Para la desnutrición global que es un indicador que refleja ampliamente las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de una población, la prevalencia de ciudad alcanza el 4.8%, las localidades que presentan porcentajes superiores son: Antonio Nariño (6.9), Candelaria (6.7), San Cristóbal (6.2), Rafael Uribe (6.1), Mártires (5.6) y Ciudad Bolívar (5.5). Con respecto al exceso de peso (sobrepeso y obesidad) Bogotá alcanza un porcentaje de 26.9 para la población de 5 a 18 años. Las localidades con las prevalencias más altas son: Puente Aranda (31.5), Tunjuelito (29.5) Rafael Uribe (29.2), Ciudad Bolívar (28.9), Bosa (28.4) y Fontibón (28.2). Esto refleja la transición epidemiológica que se presenta en Bogotá con porcentajes importantes de desnutrición que no han sido resueltos y al mismo tiempo un aumento creciente del sobrepeso y la obesidad.

³⁷ Fuente: 2009-2015 Certificado nacido vivo Bases de datos DANE.

*Información preliminar. Certificado nacido vivo. Bases de datos DANE.

Por otro lado la obesidad en la niñez y la adolescencia ha alcanzado proporciones epidémicas en la Región de las Américas, y Bogotá no es ajena a esta situación, La prevalencia de sobrepeso en el D.C. en el grupo de escolares de 5 a 17 años paso de 7,8% en el 2010 a 9,8% para el 2014 y la prevalencia de obesidad de 15,9% a 17,2%³⁸ en el mismo periodo, lo cual representa una alerta para construir con todos los sectores estrategias contundentes en la promoción de la alimentación saludable, juego y la actividad física y en la modificación de los ambientes obesogénicos a los que se exponen diariamente los niños, niñas y adolescentes. Las prevalencias de exceso de peso en la edad adulta son cercanas al 50% situación bastante preocupante teniendo en cuenta que además constituye un factor de riesgo para la incidencia de otras condiciones crónicas como la HTA, Cáncer y Diabetes Mellitus.

Los principales factores que se asocian a este incremento del sobrepeso y la obesidad y que han sido caracterizados en el proceso están el sedentarismo, la ocupación inadecuada del tiempo libre desde edades tempranas y las inadecuadas prácticas alimentarias de la población que basan el consumo diario en alimentos procesados con bajo contenido nutricional y exceso de calorías. Por otra parte, el tiempo excesivo que la población de niños y adolescentes dedican a actividades como ver TV o jugar con videojuegos también ha incrementado los bajos niveles de actividad física.

El incremento en las cifras de sobrepeso y obesidad representa una alerta para construir con todos los sectores estrategias contundentes en la promoción de la alimentación saludable, la actividad física y en la modificación de los ambientes obesogénicos a los que se exponen diariamente los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos.

5.3. Respuesta del Sistema a las Condiciones de Salud

Se destaca que los mecanismos, procesos y reglas de desempeño de los agentes del sector salud tienen dificultades de eficiencia, eficacia y calidad, y en particular las instituciones y entidades públicas del sector adolecen de deficiencias en el reconocimiento y la legitimidad social. Esta situación se debe en gran parte a que los mecanismos previstos por la ley se han quedado desactualizados y obsoletos y a que hay una burocratización y pérdida de la orientación y contundencia en las acciones esenciales que le corresponden como autoridad sanitaria territorial principalmente en relación con la inspección, vigilancia y control.

Según el Informe de Calidad de Vida 2013, del Programa Bogotá Cómo Vamos³⁹, 6 de cada 10 encuestados afirmaron que en Bogotá no se les garantiza el derecho a la salud. Comparativa e irónicamente, en Medellín y Barranquilla, que cuentan con muchos menos recursos, solo 3 de cada 10 encuestados consideraron lo mismo.” Igualmente, el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que se explica por la presencia de barreras de acceso financieras, administrativas, culturales y geográficas, las cuales se evidencian en la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas.

Esta situación tiene dos causas. En primer lugar, la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios. En segundo lugar, la poca resolutivez clínica en los servicios

³⁸ Fuente: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. SISVAN. Fecha de extracción de la Información 30 de junio 2015.

³⁹Universidad de los Andes, Fundación Corona, Periódico El Tiempo. Programa Bogotá Como Vamos en Salud. Encuesta de Percepción Ciudadana, “Bogotá Cómo Vamos 2015”.

Las subredes que más puntos de atención poseen son: Subred Sur Occidente y la Sur, en donde con relación a la totalidad del territorio, se concentra el 60% de la capacidad instalada de la red pública distrital, dando cobertura en zonas en donde históricamente la red privada no ha hecho presencia y en la actualidad se observa una oferta de servicios de salud de carácter privado, reducida o inexistente. La subred que menos puntos de atención tiene es la Centro Oriente, lo cual está relacionado con su área de cobertura, ya que es la de menor extensión territorial. No obstante las diferencias entre subredes, la infraestructura se encuentra estratégicamente distribuida en toda la red de hospitales públicos del Distrito Capital.

La oferta de servicios de salud hospitalarios en la ciudad desde la perspectiva de que deberían existir mínimo 2 camas por 1000 habitantes; es deficitaria en 1.938 camas; déficit que es aún más grave si se considera que este cálculo solo se hace para la población de Bogotá DC, sin contar las necesidades que implica el desarrollo del concepto de ciudad región y más importante aún los diferenciales territoriales que se generan ya que en el Sur Occidente de la ciudad se cuenta con 0,57 camas x 1.000 habitantes, y en el sur con 0,51 camas por 1000 habitantes.

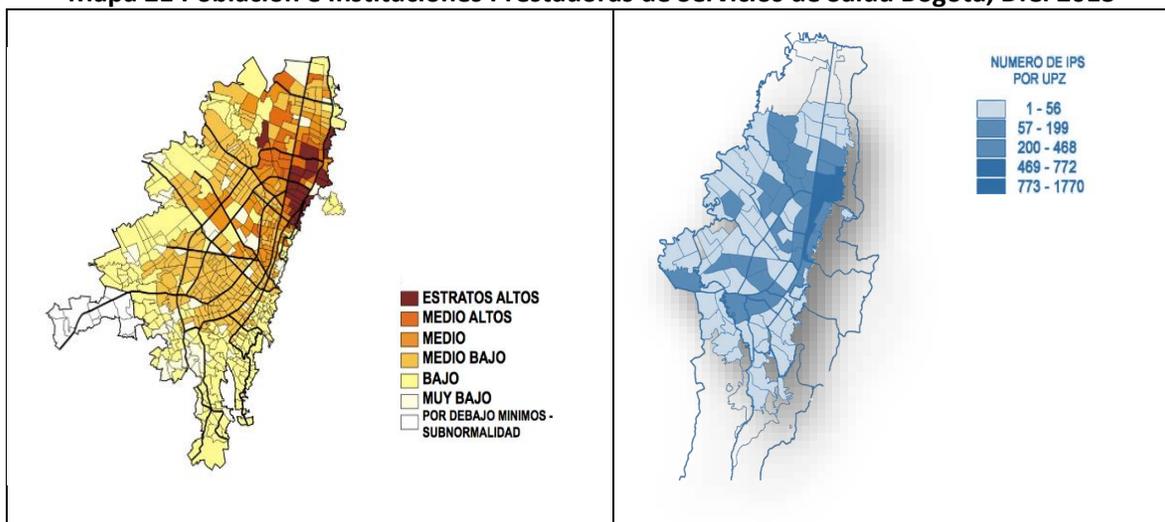
En el servicio de Consulta Externa, la capacidad instalada se encuentra distribuida así: Subred Sur: 28%. Subred Norte: 25%. Subred Sur Occidente: 24%. Subred Centro Oriente: 23%. Con relación a la capacidad instalada de salas de cirugía: Subred Norte: 30%. Subred Sur: 28%. Subred Centro Oriente: 23% y Subred Sur Occidente: 20%

La capacidad instalada en salas de cirugías en las subredes sur Subred Occidente y Centro Oriente, resulta insuficiente ante la magnitud de la población de cobertura y la demanda del servicio por atención de urgencias relacionadas principalmente con lesiones de causa externa y trauma. La mayor cantidad de mesas para la atención de partos se encuentra en la Subred Sur con un 30% de las mesas, siguiéndole la Subred Norte con el 27% de esta capacidad, y las subredes Centro Oriente y Sur Subred Occidente, con el 24% y 18% de las mesas de parto, respectivamente. Adicionalmente la infraestructura hospitalaria, física y tecnológica distrital evidencia atrasos de hasta 15 años, por lo que no está en capacidad para responder a las necesidades y demandas actuales y futuras de la población del Distrito Capital, afectando de esta manera la calidad percibida en la prestación de los servicios de salud.

Al contrastar la oferta de servicios en la red de prestadores privados y públicos, con su distribución en las localidades del D.C., se anota que el 68,6% de los servicios médicos especializados básicos en consulta externa (Medicina Interna, Pediatría, Anestesia y Gineco-obstetricia), se encuentran ubicados en la Red Norte en las localidades de Chapinero, (22,40%), Usaquén (21,62%), Teusaquillo (8,49%) y Suba (7,72%); en las Redes Sur y Centro Oriente cuenta con la menor oferta de estos servicios básicos especializados en las localidades de Usme (0,61%) y Antonio Nariño (1,88%) y para las localidades de Candelaria (0,30%) y Sumapaz (0,10%) de la Red Sur.

El anterior comportamiento se extrapola a los servicios de Cirugía General, Ortopedia, Cardiología, Neurocirugía, Neurología, Nefrología, Nefrología - Diálisis Renal y Nefrología Pediátrica, Oncológicos, hospitalización, y la oferta para estos servicios es muy reducida o nula al igual en localidades como Usme, Bosa, Fontibón, Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria y Sumapaz. (Mapa 21)

Mapa 21 Población e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Bogotá, D.C. 2013



Fuente Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaria Distrital de Planeación

Los Equipamientos de salud en Bogotá, actualmente se encuentran distribuidos en dos tipos, por un lado se encuentran las instituciones prestadoras de servicios de salud privados, los cuales corresponden al 95% de equipamientos de salud de la ciudad, atienden al régimen contributivo en su mayoría y se encuentran localizadas principalmente hacia los ejes viales principales de la ciudad (Autopista Norte) y por otro lado los hospitales públicos, los cuales corresponden al 5% de los equipamientos de salud de Bogotá, atienden población del régimen subsidiado y vinculado y se encuentran localizados dependiendo de la demanda de los servicios procurando una cobertura integral para la ciudad. Actualmente para la implantación de un nuevo equipamiento de salud en la ciudad de Bogotá, independientemente de su naturaleza (pública o privada) debe cumplir con lo establecido en el Decreto Distrital 318 de 2006 y Decreto Distrital 553 de 2012 Plan Maestro de Equipamientos de Salud.

Ahora bien, aunque la oferta pública tiene su fortaleza en algunas zonas, ésta presenta un rezago importante, por lo que se hace imperativo modernizar, renovar o construir centros ambulatorios y hospitalarios, así como centrales de urgencias y trauma. Esta situación se ve agravada por la rigidez en la reglamentación urbana, en especial en el Plan Maestro de Equipamientos en Salud para Bogotá D.C. y en los plazos y tiempos para la formulación del Plan Bienal de Inversiones en Salud para Bogotá D.C.

6 Orientación Estratégica del Plan

6.1. Plataforma Estratégica

6.1.1. Misión

Asegurar la atención integral e integrada en salud a la población de Bogotá D.C., a través de un modelo de atención en salud, en el que la reorganización de la red pública distrital de prestación de servicios, disminuye las barreras de acceso y la gestión del riesgo en salud modifica las condiciones por las que la población enferma, muere o adquiere una discapacidad y en el que la acción intersectorial aporta al mejoramiento de la calidad de vida para un mejor vivir.

6.1.2. Visión

Para el año 2020 Bogotá D.C. será reconocida como una ciudad que promueve el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, la familia y la sociedad y el desarrollo sostenible; donde los distintos sectores articulan sus procesos para transformar las condiciones de vida y el riesgo de enfermar, morir o adquirir discapacidad que tienen las personas, mediante la atención integral e integrada, reduciendo así los índices de vulnerabilidad y fragilidad socioeconómica, promoviendo la equidad y la justicia social.

6.1.3. Objetivos Estratégicos

- Contar con un nuevo modelo integral de salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que atiende de manera integral e integrada a las personas acorde a la reorganización de redes de prestación de servicios, que fortalece las acciones colectivas y las articula con las de tipo individual, garantiza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disminuye las barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y administrativas incidiendo en el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad; así mismo, responde a las necesidades y expectativas de las personas y especialmente a las poblaciones más pobres y necesitadas, dentro de un esquema de aseguramiento en un ejercicio de gobernanza y rectoría en salud.
- Desarrollar acciones intersectoriales y generar asociaciones público privadas, que permitan la implementación de planes, programas y proyectos que incidan de manera positiva en las condiciones sociales, ambientales y económicas de los habitantes de la zona urbana y rural y que mejoren el acceso a los servicios de salud en condiciones dignas, lo que a su vez se reflejará en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población y en la disminución de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por eventos evitables.

6.2. Pilares y Estrategias Transversales

El Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos propiciará el desarrollo pleno del potencial de los habitantes de la ciudad, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de una familia y la sociedad. Se aprovechará el momento histórico de reorientar el desarrollo de la ciudad para hacerla distinta y mejor.

Se recuperará la autoestima ciudadana y la ciudad se transformará en un escenario para incrementar el bienestar de sus habitantes. Bogotá D.C. será reflejo de la confianza ciudadana en la capacidad de ser mejores y vivir mejor.

Para alcanzar este propósito la administración distrital adelantará su gestión alrededor de tres pilares: i). Igualdad en calidad de vida; ii). Democracia urbana; y iii). Construcción de comunidad.

Los pilares se soportan en cuatro estrategias transversales como requisitos institucionales para que los pilares puedan edificarse, fortalecerse, tengan vocación de permanencia y puedan constituirse en fundamento del objetivo trazado: i). Sostenibilidad ambiental basada en la eficiencia energética y el crecimiento compacto de la ciudad; ii). Oportunidades que promuevan el desarrollo económico basado en el conocimiento; iii) Nuevo plan de ordenamiento territorial; y iv). Gobierno legítimo, eficiencia administrativa y fortalecimiento de lo local (Gráfico 20).

Gráfico 20 Estructura Plan Distrital de Desarrollo: Bogotá Mejor Para Todos



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación Subsecretaría de Planes de Desarrollo.

En el contexto de los tres pilares y de las cuatro estrategias transversales del Plan de Desarrollo Bogotá Mejor Para Todos se propone el Plan Territorial de Salud para el período 2016-2020 el cual aporta al logro de las apuestas de la actual administración como se enuncia en los siguientes apartes.

6.3. Pilar 1: Igualdad de Calidad de Vida

Tiene como objetivo la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más vulnerable y especialmente a la primera infancia. Estos programas estarán enfocados a intervenir el diseño y el funcionamiento de la ciudad partiendo de reconocer que de la calidad de la ciudad depende en gran medida la calidad de vida de sus habitantes. Este Pilar se implementará a través del desarrollo de los Programas: “Igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente”; “Familias protegidas y adaptadas al cambio climático”; “Ruta integral de atención para la primera infancia”; “Desarrollo integral desde la gestación hasta la adolescencia (Bogotá crece conmigo)”; “Oportunidades para la prevención de la maternidad y la paternidad temprana”; “Desarrollo integral para la felicidad y el ejercicio de la ciudadanía”; “Inclusión para la equidad”; “Calidad educativa para todos”; “Atención integral y eficiente en salud”; “Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud”; Mejores oportunidades para el desarrollo a través de la cultura, la recreación y el deporte”; “Bogotá mejor sin violencia para las mujeres”; “Bogotá territorio seguro para las mujeres” y “Ciudad de oportunidades para las mujeres: niñas, adolescentes y jóvenes”.

En este Pilar, el Sector Salud contribuye con los Programas Intersectoriales “Atención integral y eficiente en salud” y “Modernización de la Infraestructura en Salud”.

6.3.1. Programa Atención Integral y Eficiente en Salud

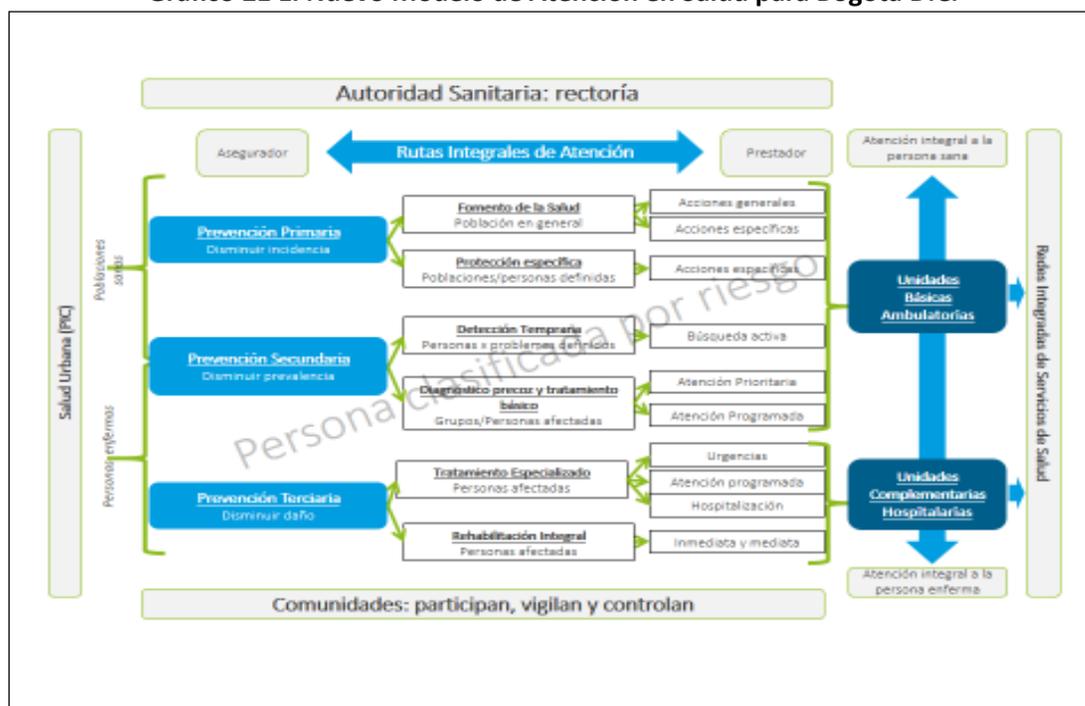
“Bogotá Mejor Para Todos en Salud” busca desarrollar conceptual, técnica, legal, operativa y financieramente un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en un modelo de salud positiva, con responsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud y un esquema integrado de Urgencias y Emergencias.-

Por ello se conformará una red integrada de servicios de salud con alcance distrital, partiendo de las veintidós empresas sociales del Estado de la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., llegando a la estructuración de cuatro subredes: Norte, Centro Oriente, Sur y Sur Occidente e incluyendo, de ser necesario, la complementación con instituciones privadas en lo no disponible. Con la operación de las redes integradas de servicios de salud se va a garantizar la atención oportuna de manera que adultos mayores, mujeres cabeza de hogar, menores y ciudadanos en general, no tengan que seguir haciendo extensas colas desde la madrugada para obtener una cita médica o una atención de urgencias

Como soporte del programa se desarrollarán cinco centros de investigación e innovación en salud como apoyo a la atención integral y digna y como soporte al desarrollo científico y tecnológico de la ciudad.

La estrategia se centra en diseñar y poner en marcha un nuevo modelo de atención en salud que tenga como fundamento la gestión integral del riesgo, desde la perspectiva del aseguramiento, integrando el plan de intervenciones colectivas y la prestación de servicios individuales, bajo un esquema de cooperación y coordinación técnica, administrativa y operativa entre entidades administradoras de planes de beneficios en salud y prestadores de servicios, garantizando la prestación integral e integrada de los servicios de salud, en especial de la población afiliada a la EPS Capital Salud y a la población pobre no afiliada. El modelo propuesto se representa en el Gráfico 21.

Gráfico 21 El Nuevo Modelo de Atención en Salud para Bogotá D.C.



Fuente: Programa de Gobierno "Recuperemos Bogotá D.C." Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos"

Para el desarrollo de la estrategia se contemplan tres proyectos estratégicos, cada uno con líneas de acción específicas, encaminadas en su conjunto a lograr la transformación de la operación del actual modelo de atención en salud del Distrito Capital de manera que se logre una mayor capacidad resolutoria de la atención, el paciente vuelva a ser el centro de la atención, se termine la competencia entre hospitales y se termine con la fragmentación en la atención y con las barreras de acceso a servicios de salud. A continuación se plantean estos proyectos con sus respectivas líneas de acción.

Los proyectos de inversión de este programa son los siguientes: i). Atención Integral en Salud; ii). Redes Integradas de Servicios de Salud; y iii). Conocimiento e Innovación al Servicio de la Salud.

6.3.1.1. Proyecto de Inversión Atención Integral en Salud

Este proyecto se orienta a permitir la organización y operación de un nuevo modelo de atención en salud basado en el enfoque de la salud urbana y en la estrategia de Atención

Primaria en Salud resolutive; así como en la organización y operación de las rutas integrales de atención en salud facilitándose el acceso efectivo a los servicios de salud, la cobertura universal del aseguramiento en salud a través de mecanismos ágiles, la gestión individual e integral del riesgo en salud, la gestión compartida del riesgo en salud entre aseguradores y prestadores y el fortalecimiento de la Empresa Promotora de Salud (EPS) Capital Salud.

El proyecto comprende las siguientes cuatro líneas de acción: Aseguramiento Social Universal en Salud; Atención Integral en Salud; Gestión Compartida del Riesgo en Salud y Fortalecimiento de la Empresa Promotora de Salud (EPS) Capital Salud.

Aseguramiento Social Universal en Salud

Mediante esta línea de acción se adelantará el diseño y puesta en marcha de un mecanismo ágil y eficiente para garantizar la cobertura del aseguramiento a la totalidad de la población elegible para los subsidios en salud a través de un nuevo esquema de aseguramiento automático; así mismo, se garantizará la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud⁴⁰ y el aumento de cobertura hasta llegar a 1.390.039 afiliados, manteniendo la atención para aquella población vinculada transitoriamente no afiliada, catalogada por la ley como población pobre no afiliada.

La estrategia central consistirá en el diseño y puesta en marcha de un mecanismo de afiliación y cobertura de aseguramiento automático por parte de Capital Salud, para la totalidad de la población catalogada como Pobre No Afiliada que se identifica a lo largo de cada vigencia fiscal.

Las metas evaluables para esta línea de acción son las siguientes:

- Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático a 2019 ya evaluado.
- Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1.334.667 en 2020.
- Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S a 2020.

Atención Integral en Salud.

Esta línea de acción incorpora el diseño, puesta en marcha y evaluación de un nuevo modelo de atención en salud con fundamento en el modelo de salud urbana, la estrategia de atención primaria en salud resolutive y la gestión integral del riesgo en salud, que será la esencia de la operación de la Red Integrada de Servicios de Salud Distritales. Dicha red, estará conformada por cuatro subredes territoriales en las que se organizan los servicios de salud de la ciudad: Norte, Centro Oriente, Sur y Sur Occidente.

Con el nuevo modelo de atención integral en salud se espera mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C.; así como disminuir diferenciales en

⁴⁰ Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base Única de Afiliados [BDUA], con fecha de corte a 31 Diciembre de 2015. Remitida a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento. Dirección de Aseguramiento.

morbimortalidad entre localidades y grupos de personas en la ciudad. Se diseñarán instrumentos para la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud. Existirán los Equipos de atención Integral orientados a la atención de población pobre y vulnerable con énfasis en Poblaciones Especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de la calle, personas en situación de discapacidad, entre otros. Estos equipos focalizarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud implementando una estrategia de tipo incremental para superar las diferencias.

Se promoverá la atención preventiva en la ciudad con el fin de detectar enfermedades y situaciones de riesgo tempranamente. Esto será en articulación con las EPS, IPS y la Secretaría Distrital de Salud. Las metas evaluables para esta Línea de acción son:

En Autoridad Sanitaria Territorial

- Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C. a 2019 ya evaluado.
- Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral.
- A 2020 se implementan en el 100% de las localidades del Distrito Capital Intervenciones de vigilancia epidemiológica en salud pública.

En Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles

- Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15.0 por cada 100.000 menores de 70 años.
- A 2020 Aumentar al 30% la cobertura en detección temprana de alteraciones relacionadas con condiciones crónicas en todas las etapas del curso de la vida (Cardiovascular, Diabetes, EPOC, Cáncer).
- A 2020 aumentar en un 15% las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en Salud Oral en los espacios de vivienda y educativo de las veinte (20) Localidades del Distrito Capital.

En Convivencia Social y Salud Mental

- Reducir a 2020, en una quinta parte, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 64,7% de la proporción de prevalencia de alteraciones en la salud relacionadas con trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno mental, enfermedad neuropsiquiátrica y consumo problemático de alcohol.
- A 2020 garantizar la atención integral en salud como medida de reparación a 7.200 personas víctimas del conflicto.
- A 2020 aumentar la respuesta efectiva a un 84% de los niños, niñas y adolescentes identificados en alto riesgo desde la línea 106.
- A 2020 mejorar en un 60% las pautas de crianza y protección hacia la infancia y adolescencia captada en los espacios educativos y de vivienda.
- A 2020 mejorar en 10% la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad mental y neuropsiquiátrica.
- A 2020 iniciar en instituciones adscritas o vinculadas procesos de rehabilitación integral en 800 pacientes con adicciones.

- Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatro subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados.
- Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores a 2020.

En Seguridad Alimentaria y Nutricional

- Reducir al 26% el exceso de peso en la población de 5 a 17 años en el distrito a 2020.
- A 2020 erradicar la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2020.
- Incrementar, a 2020, a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los menores de seis meses.

En Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

- A 2020 reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.
- A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.
- A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%.
- A 2020 reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año.
- A 2020 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.
- A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.
- A 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos.
- Reducir a 2020 la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos.
- A 2020 el 80% de las personas viviendo con VIH en el Distrito Capital, cuentan con tamizaje, conocen su diagnóstico y alcanzan una carga viral indetectable.
- A 2020 se mantiene en 2 casos o menos, la transmisión materno infantil de la Hepatitis B.
- A 2020 disminuir a 2,4 casos por 1.000 días de uso de dispositivo, las Infecciones Asociadas al mismo.
- Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales a 2020.

En Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles

- A 2020 lograr y mantener coberturas de vacunación igual o mayor al 95% en todos los biológicos en la población sujeto del programa.
- Realizar estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo e incorporar al PAI Distrital de manera progresiva en los próximos 4 años de vacuna contra meningococo para población en riesgo.
- A 2020 reducir en 20% el diferencial que ocurre en las localidades dónde se concentra el 70% de la morbilidad por trasmisibles.

- A 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el distrito capital.
- Reducir a la mitad, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 57,5% de los casos de la mortalidad por neumonía en menores de cinco años a 2020.
- A 2020 lograr la reducción de la mortalidad por Tuberculosis en el Distrito Capital a menos de 1 caso por 100.000 habitantes.

En Salud y Ámbito Laboral

- A 2020 el 70% de los niños y niñas, trabajadores y trabajadoras identificados e intervenidos por el sector salud, serán canalizados efectivamente a los servicios de salud y sociales para su desvinculación del trabajo.
- A 2020 el 100% de los trabajadores identificados por el sector salud en las unidades de trabajo tendrán implementada la estrategia de entornos laborales saludables.

En Salud Pública en Emergencias y Desastres

- A 2020 el 100% de las unidades comando habrá dado respuesta al 100% de las urgencias y emergencias de Salud Pública notificadas en el Distrito capital.
- A 2020 el 100% de los hospitales-clínicas priorizados de la red distrital tendrán implementados planes para dar respuesta a las urgencias y emergencias de la ciudad.

Gestión Compartida del Riesgo en Salud.

Incluye el diseño, puesta en marcha y evaluación de un esquema de cooperación y coordinación técnica, administrativa y operativa entre aseguradores y prestadores de servicios en torno al objetivo común de lograr una atención integral, oportuna y de calidad, a unos costos que correspondan con los beneficios obtenidos, utilizando como instrumento central las denominadas Rutas Integrales de Atención en Salud.

La estrategia central consistirá en principio en conformar con Capital Salud un equipo de trabajo para la construcción, operación y ajuste de las denominadas Rutas Integrales de Atención, que permitan simplificar y agilizar los trámites al usuario y estandarizar los pasos y requisitos que se dan hoy en el proceso de atención de un paciente. Las metas de resultado evaluables de esta línea de acción, son las siguientes:

- Contar con el diseño técnico, operativo, legal y financiero del esquema; poner en marcha y tener una operación completa y consolidada del nuevo esquema de rutas integrales de atención, al finalizar el segundo año de operación (2017) en todas las subredes integradas de servicios de salud.
- Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero.

Fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

Desde esta línea de acción se abarcarán medidas administrativas, técnicas y financieras para alcanzar en el corto plazo una operación ordenada y eficiente de la entidad en los aspectos administrativos, técnicos, de contratación, de auditoría de servicios y financieros que le permitan disminuir progresivamente el déficit y alcanzar un nivel de equilibrio presupuestal, al tiempo que recuperar un flujo de caja positivo para cumplir con sus obligaciones en los tiempos acordados. Se saneará esta Entidad y se adelantaran las gestiones encaminadas a garantizar el equilibrio y estabilidad financiera sostenible en el tiempo.

La estrategia central consistirá en hacer una revisión y rediseño inmediato de los aspectos críticos de los principales procesos operativos (afiliación, recaudo, contratación, facturación, auditoría, y gastos de administración entre otros), de sus estructuras tecnológicas y humanas de soporte, y del personal responsable de su ejecución, comenzando por la gerencia y sus líderes principales que permitan tomar medidas de choque en un plazo inmediato. Las metas evaluables para esta línea de acción, son las siguientes:

- Alcanzar en 2016 el equilibrio operacional y financiero de la EPS Capital Salud y mantenerlo durante el resto del periodo.
- Diseñar un plan y poner en marcha las estrategias para lograr en un plazo máximo de 10 años el saneamiento de las deudas y la capitalización de la EPS Capital Salud.
- Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud, a 2020.

6.3.1.2. Proyecto de Inversión Redes Integradas de Servicios de Salud

El proyecto estratégico comprende líneas de intervención encaminadas a garantizar la implementación de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud a través de cuatro subredes especializadas y la habilitación y acreditación de su oferta de servicios de salud, igualmente la puesta en operación de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica.

La Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) operará conformada por cuatro Subredes Territoriales: Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente y un modelo especial para las zonas rurales del Distrito Capital; se contará con una junta directiva de red distrital y un sistema de pago integral por red con incentivos al desempeño. Esto permitirá la organización y garantía de la prestación integral de servicios de salud.

Se integraran servicios en dos tipos de centros de atención (unidades ambulatorias y unidades hospitalarias.), con las que esta red garantizará la prestación integral de servicios de salud a la población bajo su responsabilidad, en especial la afiliada a la EPS Capital Salud y al Pobre No Afiliada (PPNA).

El proyecto comprende cuatro líneas de acción así:

Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas.

Se avanzará en la puesta en marcha y monitoreo y control de la Red Integrada de Servicios de Salud Distrital, conformada por cuatro sub redes territoriales especializadas: Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente, a través de las cuales se organizará y garantizará la prestación integral de servicios de salud incluidos en los distintos planes de beneficios en salud, en especial a la población afiliada a la EPS Capital Salud y la población pobre no afiliada. Las metas evaluables para esta línea de acción son las siguientes:

- Desarrollar en un plazo de un año las cuatro subredes integradas de servicios de salud creadas por el Concejo de Bogotá D.C.
- Durante el primer año del plan diseñar y poner en marcha el proceso de creación y puesta en funcionamiento de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica y durante los siguientes realizar la transición para la asunción gradual por parte de dicha entidad el 100% de los servicios de apoyo que le sean delegados.
- Reducir para 2020 a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.
- Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.

Habilitación y Acreditación de Calidad de los Servicios de Salud.

Esta línea de acción diseñará y pondrá en marcha una estructura técnica y operativa de habilitación y acreditación que permita cumplir con las normas de habilitación de calidad en los servicios de salud y simultáneamente avanzar en el proceso de acreditación de estos, con la finalidad de lograr gradualmente la excelencia en el servicio de salud en todas las redes integradas distritales. La totalidad de los hospitales adscritos de la red pública distrital deberá iniciar el proceso de Acreditación de Calidad Hospitalaria.

La estrategia central consistirá en la conformación de un equipo especializado en la Secretaria Distrital de Salud y en las Subredes Integradas de Servicios, con el apoyo de universidades y entidades especializadas en este tipo de iniciativas, que permitan poner en marcha y operar de manera eficiente el proceso de habilitación y acreditación de calidad en servicios de salud distritales. Las metas evaluables para esta línea de acción, son las siguientes:

- Diseñar y poner en operación completa y consolidada la estructura técnica y operativa de habilitación y acreditación de calidad al finalizar el 2017.
- Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2019.

Pago por Red con Incentivos al Desempeño.

Mediante esta línea de acción se incorpora un esquema de remuneración e incentivos para la prestación de servicios de salud por parte de las redes integradas de servicios, permitiendo que se facilite el relacionamiento con las entidades administradoras de planes de beneficios en salud, al tiempo que incentiva mejoras significativas en la calidad y eficiencia para la prestación del servicio y que reduce la incertidumbre, los costos de

transacción y la conflictividad entre pacientes, aseguradores y prestadores de servicios. El esquema planteado en esta línea entrará en operación en la totalidad de los hospitales del Distrito durante el segundo año de gobierno.

La estrategia central consistirá en diseñar y poner en marcha un mecanismo de pago basado en actividades finales que estimule una mayor eficiencia y calidad en la prestación del servicio. Las metas evaluables de este proyecto, son las siguientes:

- Diseñar y poner en marcha en el 100% de redes el nuevo esquema de remuneración e incentivos en los seis (6) meses finales de 2016 y tener una operación completa y consolidada del esquema de remuneración e incentivos al finalizar el segundo año de operación (2017).
- Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero.

Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica.

Se conformará y pondrá en marcha la entidad de que tratan los artículos 8 a 15 del Acuerdo 641 del Concejo de la ciudad. Las metas evaluables de este proyecto, son las siguientes:

- Durante el primer año de este plan conformar la entidad y cumplir todos los trámites legales, administrativos, financieros y técnicos que sean requeridos.
- Poner en marcha un plan de transición que un plazo máximo de dos (2) años después de constituida le permita a esta empresa asumir de manera gradual y ordenada el manejo de la labores que le sean delegadas.
- Tener una operación completa y consolidada la operación de la empresa asesora de gestión administrativa y técnica al finalizar el tercer año de operación (2019).
- Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2019.

6.3.1.3. Proyecto de Inversión Investigación Científica e Innovación al Servicio de la Salud.

Por este proyecto se consolidarán estructuras orientadas al desarrollo de la ciencia, tecnología, innovación e investigación en salud para Bogotá D.C. y contempla el fortalecimiento estructural y funcional de cinco áreas de apoyo a la salud en el distrito, para lo cual se avanzara en la implementación de estrategias de financiación que garantice la sostenibilidad en el tiempo.

La estrategia central consistirá en la creación de entidades especializadas, autónomas sin ánimo de lucro, de carácter mixto y en las que participen el fondo financiero distrital de salud - secretaria distrital de salud, las cuatro subredes integradas y uno o varios entes privados.

Estas entidades se encargaran de liderar los procesos de investigación, docencia e innovación, así como el desarrollo, fortalecimiento y la evaluación de políticas públicas y el desarrollo y la prestación de servicios especializados en su respectivo campo.

Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.

Mediante esta línea de acción se constituirá y pondrá en funcionamiento el Instituto Distrital de Innovación e Investigación en Tecnología Biomédica en Salud de que trata los artículos 17 a 23 del Acuerdo 641 del Concejo de Bogotá, como entidad encargada de liderar y manejar los procesos de innovación, desarrollo y prestación de servicios en biotecnología en sangre, hemoderivados, células madre, trasplantes y tejidos entre otros.

Instituto Distrital para la Gestión de las Urgencias y Emergencias y de la Atención Pre-Hospitalaria y Domiciliaria en Bogotá D.C.

Estará encargado de liderar y manejar los procesos de gestión de urgencias, atención pre hospitalaria, domiciliaria y el transporte de pacientes.

Por esta línea también se desarrollará el concepto de “centrales de urgencias y trauma complejo”, las cuales se crearán y pondrán en operación en lugares estratégicos de la ciudad, de tal manera que respondan a esta necesidad con mayor oportunidad, calidad y resolutivez. Con este esquema se favorece la redistribución y descongestión de los servicios de urgencias en los hospitales de la ciudad. Igualmente este instituto liderará y dará soporte técnico y científico a los procesos de hospitalización y atención en casa.

Laboratorio Distrital y Regional de Salud Pública.

Se buscarán asociaciones con en el nivel nacional y departamental con el fin de fortalecer el actual laboratorio de salud pública como entidad encargada de liderar el soporte técnico al desarrollo de las acciones de investigación e innovación, así como las de inspección, vigilancia y control de los procesos de atención a las personas y al medio ambiente y a los factores de riesgo para la salud, en particular en lo relacionado con la vigilancia en salud pública, la vigilancia y el control sanitario y la gestión del conocimiento y la calidad en estos campos.

Instituto de Protección y Bienestar Animal.

Baio el liderazgo del sector ambiente de la ciudad v como un acto de respeto a la vida en todas sus expresiones v de protección al medio ambiente. se participará en la creación v puesta en operación del Instituto de Protección v Bienestar Animal, cuyo objeto será vigilar, definir y adoptar la política de bienestar animal para la ciudad.

Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud.

Mediante esta línea de acción se creará una plataforma de formación, educación continua e investigación, dirigida a los colaboradores del sector salud. Con el fin de mantener y mejorar la calidad en la prestación de los servicios y facilitar el desarrollo de investigaciones de interés en salud pública y en gestión de servicios de salud, entre otras actividades.

Las metas evaluables de este proyecto, son las siguientes:

- Tener implementada para 2020 una línea de producción tecnológica.
- A 2017 Consolidar 1 Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud.
- A 2017 Crear 1 Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud. Biomédica en Salud.

- A 2017 Proponer la creación de 1 Instituto Distrital para la Gestión de las Urgencias y emergencias y de la Atención Pre-Hospitalaria y domiciliaria en Bogotá D.C.
- A 2017 Crear 1 Laboratorio Distrital y Regional de Salud Pública como Entidad encargada de liderar el soporte técnico y acciones de investigación, así como las de inspección, vigilancia y control de los procesos de atención a las personas.
- Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual a 2020.
- Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual a 2020.
- Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología, b. atención prehospitalaria y domiciliaria y c. salud pública, categorizado por Colciencias al menos en categoría C.

6.3.2. Programa Modernización de la Infraestructura Física y Tecnológica en Salud

El Programa busca mejorar la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para, también a través de la implementación del Historia clínica virtual, facilitar el acceso, a través de cualquier plataforma y también a través de la telesalud, a atenciones resolutivas, a atención eficiente en la prestación de los servicios, información pertinente, suficiente y clara, individualizada y diferenciada, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, elevando el nivel de satisfacción en salud.

Se aunaran esfuerzos, mediante alianzas público privadas, con el fin de construir la infraestructura física requerida, aprovechando entre otros, predios ubicados dentro de las zonas de desarrollo del proyecto Salud Región.

En particular, se propone el desarrollo de Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), ubicados en todas las localidades de la ciudad, cerca de los ciudadanos, que presten servicios con horarios extendidos, de tal manera que puedan atender las personas por medio de consultas prioritarias y programadas, que incluyan servicios generales y especializados, así como la complementación resolutiva necesaria por medio de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Así mismo se desarrollarán 6 instalaciones hospitalarias (4 de reposición y 2 nuevas) y cuatro centrales de urgencias.

También se avanzará en la recuperación del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD), tomando en consideración las condiciones y posibilidades legales y de acuerdo con las competencias encomendadas al ente territorial en la materia. Aunque la ley 735 de 2002 y el recientemente aprobado plan especial de manejo y protección, son claros en señalar las responsabilidades de la Nación en la remodelación, restauración y conservación de este bien de interés cultural, resulta claro que este centro es también parte del patrimonio histórico y científico del distrito, razón por la cual desde el distrito se acompañaran los esfuerzos y acciones orientadas a rescatar este conjunto como una institución hospitalaria de gran tradición e importancia para la ciudad, la región y el país.

Igualmente, se avanzará en la actualización tecnológica en los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como en el mejoramiento de las comunicaciones y sistemas de información de las entidades adscritas y vinculadas al sector salud de la ciudad.

Se buscará fortalecer la operación de un sistema de información interconectado entre las cuatro subredes, Capital Salud, la secretaria Distrital de Salud, la Entidad Asesora de Gestión administrativa y técnica y las demás instituciones del sector.

Esto permitirá disponer de mecanismos tipo call center para las agendas de citas, el acceso más fácil a la historia clínica y procesos tipo tele-consulta y tele-diagnostico a nivel distrital.

Dadas las limitaciones financieras actuales para acometer todos estos proyectos se destaca que las asociaciones público privadas pueden ayudar a contrarrestar la brecha entre disponibilidad de recursos y necesidades prioritarias de infraestructura física y dotación tecnológica para la adecuada prestación de los servicios de salud en condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad.

6.3.2.1. Proyecto de inversión Infraestructura Física y Tecnológica de las Sedes de Salud

A través de este proyecto se realizarán las acciones de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica en los servicios de salud en la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., teniendo en cuenta que las principales acciones incluyen las siguientes cuatro líneas de acción: Actualización y Modernización de la Infraestructura, Física, Tecnológica y de Comunicaciones en Salud; Asociaciones público privadas en el sector salud y Plataforma única Bogotá Salud Digital.

Actualización y Modernización de la Infraestructura, Física, Tecnológica y de Comunicaciones en Salud.

Con el fin de cubrir las necesidades de infraestructura física y tecnológica que requiera la prestación de servicios de salud y sus servicios de apoyo, se diseñará y pondrá en marcha una estructura técnica y operativa que permita identificar necesidades y evaluarlas técnica y financieramente, lo mismo que liderar la selección e implementación de las mejores alternativas para su desarrollo.

Esto incluye la participación activa en la discusión del plan de ordenamiento territorial y en la revisión y ajuste del Plan Maestro de Obras y Equipamientos de Salud. Las metas evaluables de esta línea son las siguientes:

- Haber revisado y ajustado al finalizar 2016 el Plan Maestro de Obras y Equipamientos de Salud.
- Avanzar, culminar y poner en operación el 100% de las obras de infraestructura y de dotación que se encuentran en proceso de ejecución o inconclusas.
- Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020.
- Construir 4 centrales de urgencias (CEUS) cercanas al ciudadano, a 2019.
- Construir 2 instalaciones hospitalarias a 2020.
- Reponer 4 instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme a 2020.

Asociaciones Público Privadas en el Sector Salud.

El propósito de este proyecto es diseñar y poner en marcha un esquema de Alianzas Público Privadas, al amparo de la Ley 1508 de 2012, que le permitan al Distrito adelantar el proceso

de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica que se requiere para poder ofrecer un servicio de salud oportuno, eficiente y de calidad.

La estrategia central consistirá en promover, estructurar y poner en marcha iniciativas privadas, públicas o público privadas, para la construcción, dotación y operación de cualquier tipo de infraestructura de servicios administrativos o asistenciales que requiera la ciudad. Las metas evaluables para esta línea de acción, son las siguientes:

- Estructurar desde el punto de vista técnico, jurídico y financiero al menos cinco proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud que se desarrollen bajo el esquema de Asociación Público Privada.
- Contratar al menos tres proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud desarrollados bajo el esquema de Asociación Público Privada.

Plataforma Única Bogotá Salud Digital.

La ciudad podrá contar con una plataforma tecnológica virtual que por mecanismos de interoperabilidad, permita unificar y centralizar la operación de la información administrativa, técnica y financiera de la Red Integrada de Servicios de Salud, con el fin de acercar al ciudadano a los servicios de salud y facilitar su acceso, utilizando las tecnologías de información y comunicación disponibles para procesos tales como pedir una cita, poner una queja o consultar su historial médico.

La estrategia central consistirá en el diseño y puesta en marcha mediante una APP en salud de esta plataforma virtual única que soporte la operación de los servicios de salud en todas las Redes Integradas de Servicios de Salud distritales. Las metas evaluables de este proyecto, son las siguientes:

- Contar con el diseño técnico, operativo y legal de la plataforma en los seis (6) primeros meses del plan.
- Crear una plataforma tecnológica virtual a 2017.
- Estructurar la iniciativa de APP en los seis (6) primeros meses de 2017.
- Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, el 100% de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2017
- Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2019.

6.4. Eje Transversal 4: Gobierno Legítimo Fortalecimiento Local y Eficiencia.

6.4.1. Programa Gobernanza e influencia local, regional e internacional

El objetivo de este programa es lograr una gestión distrital orientada a fortalecer la gobernanza, a fin de mejorar la influencia de las entidades distritales en todas las instancias, sean estas, políticas, locales, ciudadanas, regionales o internacionales.

Para el caso del sector salud se busca establecer las condiciones para el buen gobierno de la ciudad tanto en el nivel distrital como en el local, orientado al servicio ciudadano y evaluando las diferentes alternativas para optimizar el método y los costos de la prestación de los servicios adoptando aquella con mejor relación beneficio-costos. El Sector Salud contribuye al desarrollo de este eje transversal con el Programa Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud.

Se propone recuperar la gobernanza, la institucionalidad y el liderazgo que le corresponde al ente rector en salud en el Distrito Capital por delegación de la constitución, la ley y normatividad vigente. Se avanzará en la estructuración de acciones sobre los determinantes de la salud por medio de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana, liderada por el Secretario de Salud, con participación de otras secretarías y el aporte de las alcaldías locales y en lo posible la participación concertada de organismos del gobierno nacional y del gobierno departamental.

Con el Ministerio de Salud y Protección Social se trabajará para reactivar y renovar el Consejo Distrital de Seguridad en Salud, principalmente en el ajuste y fortalecimiento de la estructura, las funciones y el desempeño del mismo.

De conformidad con lo previsto en el Acuerdo 641 del Concejo de la Ciudad, se desarrollarán el Comité Directivo de Red previsto en el parágrafo del artículo 25 y los espacios de participación comunitaria previstos en los artículos 27 a 30, como organismos de participación encargados de dinamizar la gestión en salud.

También se fortalecerán las acciones del nivel central, dotándolas de los recursos necesarios para su adecuado desempeño.

Se armonizará y coordinará la implementación de las políticas públicas y de las decisiones de los organismos colegiados, asumiéndose el compromiso de en lo posible adoptar las recomendaciones expedidas por los mismos.

El programa incorpora el proyecto de inversión denominado Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud para Bogotá D.C.

6.4.2. Proyecto de inversión Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud.

El proyecto estratégico se orienta a fortalecer la función de rectoría y conducción de la salud en el Distrito Capital bajo la responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. y de los organismos asesores y decisores, tales como el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud.

Igualmente se orienta al desarrollo del gobierno de red, el cumplimiento de la función de inspección vigilancia y control en salud pública y de prestadores de servicios de salud, la corresponsabilidad en salud y el fortalecimiento y desarrollo institucional en salud.

El proyecto comprende las siguientes seis líneas de acción: i). Comisión Distrital Intersectorial de Salud; ii). Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado; iii). Desarrollo y Fortalecimiento de la Institucionalidad Sanitaria en la Ciudad; iv). Gobierno de Red; v). Corresponsabilidad en Salud; y vi). Inspección Vigilancia y Control Sanitario, Epidemiológico y de Prestadores de Servicios de Salud.

Comisión Distrital Intersectorial de Salud.

Impactará los determinantes sociales de la salud, a través de la coordinación con otras secretarías y sectores de la administración distrital, con el fin de potencializar sus acciones en favor del fomento de la salud, así como su activa participación en el diseño y ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en los espacios urbanos: la vivienda, los lugares de trabajo y educación y el espacio público. Las metas evaluables de esta línea de acción, son las siguientes:

- Diseña, poner en marcha y evaluar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud al finalizar el segundo año operación (2017).
- Implementar, según las competencias de ley, el 100% de las decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana y rural.

Concejo Distrital de Seguridad Social en Salud.

Se reorganizará y pondrá en marcha de nuevo el Consejo Distrital de Salud Ampliado, como máximo organismo asesor del sector salud en el Distrito Capital, de tal manera que sirva como espacio para la presentación, discusión, evaluación y ajuste en el proceso de adopción y adaptación de las políticas, planes y programas de salud en la ciudad.

Además de los espacios de participación establecidos por ley, se fortalecerá la participación social y comunitaria a través de las Juntas Asesoras Comunitarias por cada sub red. Las metas evaluables de esta línea de acción, son las siguientes:

- Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo el Concejo Distrital de Salud Ampliado, al finalizar el primer año del plan.
- Implementar, según las posibilidades de ley, el 100% de las recomendaciones del Concejo Distrital de Seguridad Social de Salud.

Desarrollo y Fortalecimiento de la Institucionalidad Sanitaria en la Ciudad.

Por esta línea de acción se garantizará el recurso necesario para la operación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., de manera que se permita el cumplimiento a cabalidad de las funciones y competencias delegadas por la normatividad al ente territorial en materia de rectoría, planeación, conducción y control para la Ciudad. La meta evaluables de esta línea de acción, es:

- Cumplir con el 100% de las competencias de ley y mantener, con criterios de eficacia y eficiencia, la ejecución de las acciones delegadas a la secretaria distrital de salud en los diferentes campos y áreas de intervención.

Gobierno de Red.

Se encargará de la coordinación y gestión integral de la red integrada de servicios de salud conformada para el manejo de las acciones de salud con una visión de espacio urbano que dignifica y gestiona los riesgos para la salud que pueden afectar a la comunidad de Bogotá D.C. y garantizará el equilibrio económico de cada una de las subredes, incluyendo recuperación de pasivos por deudas vencidas de las EAPB. Sus metas son:

- Diseñar y poner en marcha en 2017 el Plan periódico de Monitoreo y Evaluación de las redes integradas de servicios de salud desde el punto de vista asistencial, financiero y administrativo y mantener el monitoreo y evaluación a 2019.

Inspección Vigilancia y Control.

Comprende el conjunto de acciones de vigilancia y control delegadas al ente Territorial. Incorpora la vigilancia sanitaria en sus componentes ambiental, epidemiológico y de factores de riesgo, lo mismo que la vigilancia de prestadores de servicios de salud; Igualmente las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) conexas. Para este fin se generarán mecanismos de cofinanciación a través del cobro y recaudo de algunas tasas retributivas. Este componente incluye varias dimensiones con sus respectivas metas:

Dimensión de Salud Ambiental

- Diseñar, actualizar y poner en funcionamiento el 100% de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación en salud ambiental priorizados para Bogotá, en el marco de las estrategias de Gestión del Conocimiento y Vigilancia de la Salud Ambiental.

Dimensión de Autoridad Sanitaria Territorial

- Realizar intervenciones de prevención y control sanitario en el 100% de la población objeto de vigilancia priorizada en el marco de la estrategia de gestión integral del riesgo en el D.C. a 2020
- A 2020 se garantiza Inspección, Vigilancia y Control- IVC y seguimiento al 100% de los agentes del sistema que operan en el Distrito Capital de acuerdo con las competencias de Ley.

Corresponsabilidad en Salud.

Se refiere a la participación ciudadana y comunitaria; así como a la corresponsabilidad entre agentes y beneficiarios frente al mejoramiento del estado de salud de la población, así como a la sostenibilidad y mejoramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se trabajará incansablemente para elevar la calidad, mejorar el acceso y hacer un mayor control social de los servicios de salud. Las metas evaluables de esta línea de acción, son las siguientes:

- A 2020 ciento dos (102) agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otras instancias nacionales, distritales y locales, vinculadas con el sector, interactuarán, según su competencia, en las actividades y en el control social en salud.

- A 2019 el 100% de las Juntas Asesoras Comunitarias estarán conformadas y operando por cada una de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital.
- A 2019 el 100% de las Juntas Asesoras Comunitarias estarán conformadas y operando por cada una de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital.

7 Responsabilidades de los Diferentes Agentes con el Plan Territorial de Salud 2016-2020

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud, con un enfoque de gestión del riesgo, siendo el bienestar de las personas el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones colectivas, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

Para lograr este propósito, se requiere de la participación de diferentes actores del Sistema y de otros sectores que de manera mancomunada logren mejorar las condiciones de vida de la población, en el marco de un nuevo modelo de atención integral e integrada. Para lograr el cumplimiento de los objetivos del Plan Territorial de Salud 2016-2020.

En una mirada amplia el sector de la salud está constituido por seis clases de agentes de la siguiente manera: los aportantes, aseguradores, prestadores de servicios de salud, los proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, los pacientes (la ciudadanía) y las agencias estatales.

- **Agentes Aportantes**

Son los agentes encargados de realizar el pago de los aportes al sistema bien sea personas naturales o jurídicas. Estos tienen la obligación frente a la entidad administradora de cumplir con el pago de los aportes correspondientes a uno o más de los servicios o riesgos que conforman el sistema.

Se entiende que se hace referencia a las personas naturales o jurídicas con trabajadores dependientes, a las entidades promotoras de salud y riesgos profesionales obligadas a realizar aportes correspondientes al Sistema, a los rentistas de capital y demás personas que tengan capacidad de contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a los trabajadores independientes que se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social.

- **Aseguradores o Administradores de Planes de Beneficios**

Se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con oportunidad para

brindar un tratamiento oportuno, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Sistema General de Riesgos Laborales es un seguro de la Seguridad Social cuyo fin es proteger la salud de los trabajadores y atender las contingencias derivadas de las condiciones propias del trabajo. Los trabajadores afiliados al SGRL que sufran un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, tienen derecho al reconocimiento de prestaciones asistenciales (servicios de salud) y económicas (reconocimiento económico que incluye pensión por discapacidad de origen laboral).

- **Prestadores de Servicios**

Instituciones prestadoras de servicios de salud deben funcionar con los siguientes criterios: población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, diseño, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad financiera. Se debe garantizar la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia. La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. Los servicios de salud a nivel territorial operarán bajo un enfoque de redes de servicios de salud integradas e integrales.

- **Proveedores de Medicamentos y Tecnología en Salud**

El servicio farmacéutico tiene como objetivo promoción, prevención, suministro y atención farmacéutica para lo cual requiere de actividades como accesibilidad, conservación de la calidad, continuidad, eficiencia, eficacia, humanización, imparcialidad, integralidad, promoción del uso adecuado, seguridad, oportunidad e investigación y desarrollo. Por lo anterior es responsabilidad de la academia y gremios profesionales generar investigación y proyectos de invención e innovación tecnológica y social que permita mejorar la calidad de la atención y gestionar el riesgo. Los proveedores tienen como función planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar los servicios relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos ofrecidos a la comunidad en general.

- **La ciudadanía**

El proceso mediante el cual los individuos adquiriendo un sentido de responsabilidad teniendo en cuenta sus propias necesidades y las de su comunidad, contribuyen conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo con respecto a su propio bienestar y el del grupo propiciando su autocuidado para mejorar las condiciones de salud; los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados.

- **Agencias estatales**

Deben formular los Planes Territoriales de salud que conduzcan al fomento de la salud, prevención de la enfermedad, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación, directamente, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas; ejecutar las campañas de carácter nacional en los términos y condiciones de la delegación efectuada, o asumir directamente la competencia y participar en los programas nacionales de cofinanciación, financiar los tribunales distritales de ética profesional y financiar la construcción, ampliación y remodelación de obras civiles, la dotación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del distrito; las inversiones en dotación, construcción, ampliación, remodelación, y mantenimiento integral de los centros (Anexo 8).

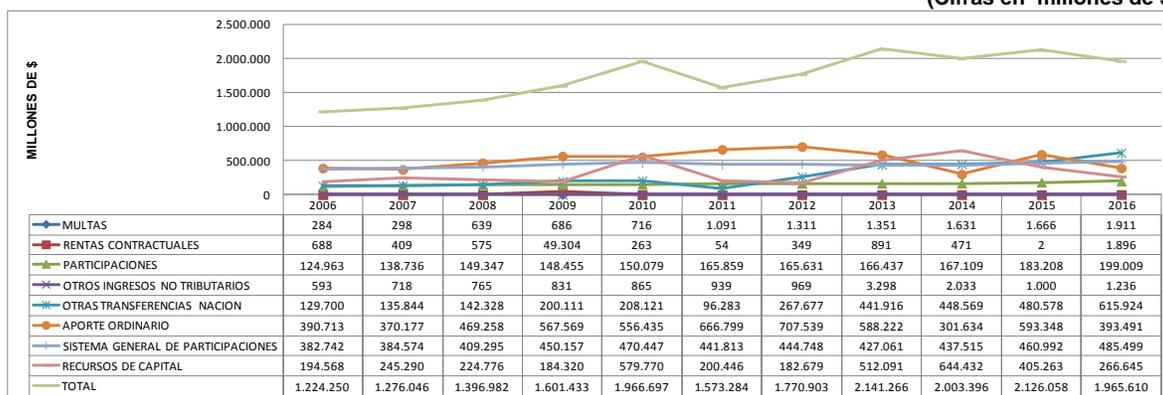
8 Financiación Plan Territorial de Salud

8.1. Presupuesto Fondo Financiero Distrital de Salud 2006-2016

Durante el periodo 2006-2016 el presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de salud ha venido presentando un comportamiento variable. Luego de que presentará una tendencia positiva con leve crecimiento en términos nominales hasta 2010, a partir de allí en 2011 se reduce en \$393.413 millones, el 20%, al pasar de \$1.966.697 millones a \$1.573.284 millones. En 2013 y en 2014 la reducción fue de 6.44% es decir en \$137.871 millones; al pasar de \$2.141.266 millones a \$2.003.396 millones. En 2015 y en 2016 continúa presentando decrecimiento el cual alcanza el 7.55% que equivalen a \$160.448 millones; al pasar de \$2.126.058 millones a un presupuesto de ingresos programado de \$1.965.610 millones (Gráfico 22 y Tabla 12).

Gráfico 22 Ingresos 2016 Fondo Financiero Distrital de Salud

(Cifras en millones de \$)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera / Área de Tesorería.

Tabla 12 Ingresos FFDS 2006-2016 en Pesos Corrientes

(Cifras en millones de \$)

DESCRIPCIÓN	2006	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
MULTAS	284	298	4,96%	639	114,03%	686	7,42%	716	4,33%	1.091	52,44%	1.311	20,20%	1.351	3,00%	1.631	20,78%	1.666	2,15%	1.911	14,67%
RENTAS CONTRACTUALES	688	409	-40,51%	575	40,61%	49.304	8470,72%	263	-99,47%	54	-79,49%	349	546,23%	891	155,25%	471	-47,12%	2	-99,58%	1.896	94700,0%
PARTICIPACIONES	124.963	138.736	11,02%	149.347	7,65%	148.455	-0,60%	150.079	1,09%	165.859	10,51%	165.631	-0,14%	166.437	0,49%	167.109	0,40%	183.208	9,63%	199.009	8,62%
OTROS INGRESOS NO TRIBUTARIOS	593	718	20,96%	765	6,55%	831	8,66%	865	4,03%	939	8,60%	969	3,14%	3.298	240,48%	2.033	-38,36%	1.000	-50,80%	1.236	23,60%
OTRAS TRANSFERENCIAS NACION	129.700	135.844	4,74%	142.328	4,77%	200.111	40,60%	208.121	4,00%	96.283	-53,74%	267.677	178,01%	441.916	65,09%	448.569	1,51%	480.578	7,14%	615.924	28,16%
APOORTE ORDINARIO	390.713	370.177	-5,26%	469.258	26,77%	567.569	20,95%	556.435	-1,96%	666.799	19,83%	707.539	6,11%	588.222	-16,86%	301.634	-48,72%	593.348	96,71%	393.491	-33,68%
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	382.742	384.574	0,48%	409.295	6,43%	450.157	9,98%	470.447	4,51%	441.813	-6,09%	444.748	0,66%	427.061	-3,98%	437.515	2,45%	460.992	5,37%	485.499	5,32%
RECURSOS DE CAPITAL	194.568	245.290	26,07%	224.776	-8,36%	184.320	-18,00%	579.770	214,55%	200.446	-65,43%	182.679	-8,86%	512.091	180,32%	644.432	25,84%	405.263	-37,11%	266.645	-34,20%
TOTAL	1.224.250	1.276.046	4,23%	1.396.982	9,48%	1.601.433	14,64%	1.966.697	22,81%	1.573.284	-20,00%	1.770.903	12,56%	2.141.266	20,91%	2.003.396	-6,44%	2.126.058	6,12%	1.965.610	-7,55%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera / Área de Tesorería.

Al revisar las cifras en pesos constantes de 2016, se tiene que el presupuesto asignado para el Fondo Financiero Distrital de Salud para la presente vigencia fiscal decreció en términos reales en 18,74% con relación a 2010, es decir que disminuye en 2016 en \$453.427 millones; y se reduce en 19,48% con respecto a 2013, es decir que en 2016 se \$475.434 millones menos de lo que se presupuestó en 2013. (Tabla 13 y Gráfico 23).

Tabla 13 Ingresos FFDS 2006-2016 en Pesos Constantes

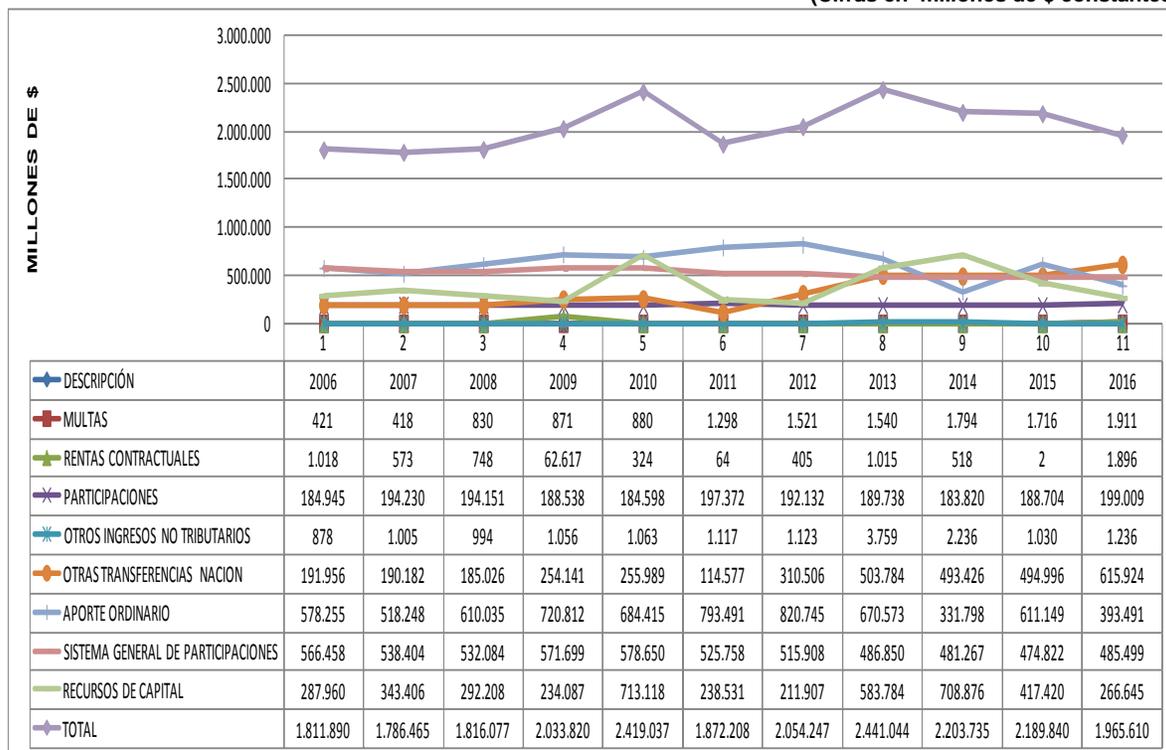
(Cifras en millones de \$ constantes)

DESCRIPCIÓN	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MULTAS	421	418	830	871	880	1.298	1.521	1.540	1.794	1.716	1.911
RENTAS CONTRACTUALES	1.018	573	748	62.617	324	64	405	1.015	518	2	1.896
PARTICIPACIONES	184.945	194.230	194.151	188.538	184.598	197.372	192.132	189.738	183.820	188.704	199.009
OTROS INGRESOS NO TRIBUTARIOS	878	1.005	994	1.056	1.063	1.117	1.123	3.759	2.236	1.030	1.236
OTRAS TRANSFERENCIAS NACION	191.956	190.182	185.026	254.141	255.989	114.577	310.506	503.784	493.426	494.996	615.924
APORTE ORDINARIO	578.255	518.248	610.035	720.812	684.415	793.491	820.745	670.573	331.798	611.149	393.491
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	566.458	538.404	532.084	571.699	578.650	525.758	515.908	486.850	481.267	474.822	485.499
RECURSOS DE CAPITAL	287.960	343.406	292.208	234.087	713.118	238.531	211.907	583.784	708.876	417.420	266.645
TOTAL	1.811.890	1.786.465	1.816.077	2.033.820	2.419.037	1.872.208	2.054.247	2.441.044	2.203.735	2.189.840	1.965.610

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera / Área de Tesorería.

Gráfico 23 Ingresos en pesos Constantes FFDS 2006-2016

(Cifras en millones de \$ constantes)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera / Área de Tesorería.

La Tabla 14 y el Gráfico 24 presentan el valor total del presupuesto de gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud asignado, ejecutado y girado durante el periodo 2006-2015 y el programado para 2016.

Tabla 14 Gastos Fondo Financiero Distrital de Salud 2006-2016 en Pesos Corrientes

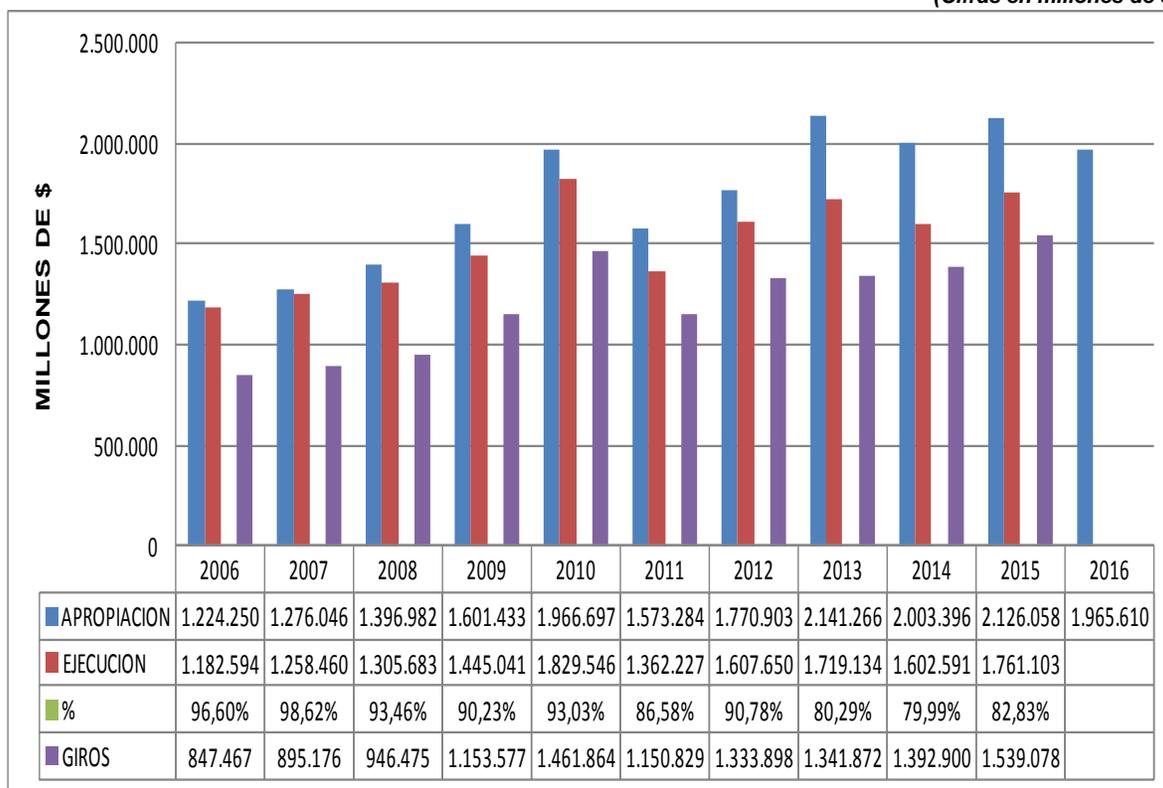
(Cifras en millones de \$)

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
APROPIACION	1.224.250	1.276.046	1.396.982	1.601.433	1.966.697	1.573.284	1.770.903	2.141.266	2.003.396	2.126.058	1.965.610
EJECUCION	1.182.594	1.258.460	1.305.683	1.445.041	1.829.546	1.362.227	1.607.650	1.719.134	1.602.591	1.761.103	
%	96,60%	98,62%	93,46%	90,23%	93,03%	86,58%	90,78%	80,29%	79,99%	82,83%	
GIROS	847.467	895.176	946.475	1.153.577	1.461.864	1.150.829	1.333.898	1.341.872	1.392.900	1.539.078	
%	69,22%	70,15%	67,75%	72,03%	74,33%	73,15%	75,32%	62,67%	69,53%	72,39%	

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera

Gráfico 24 Gastos FFD 2006-2016 en pesos corrientes

(Cifras en millones de \$)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera

La Tabla 15 y el gráfico 25 presentan el valor total del presupuesto a pesos constantes de los gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud asignado, ejecutado y girado durante el periodo 2006-2015 y programado 2016.

Tabla 15 Gastos FFDS 2006-2016 en Pesos Constantes

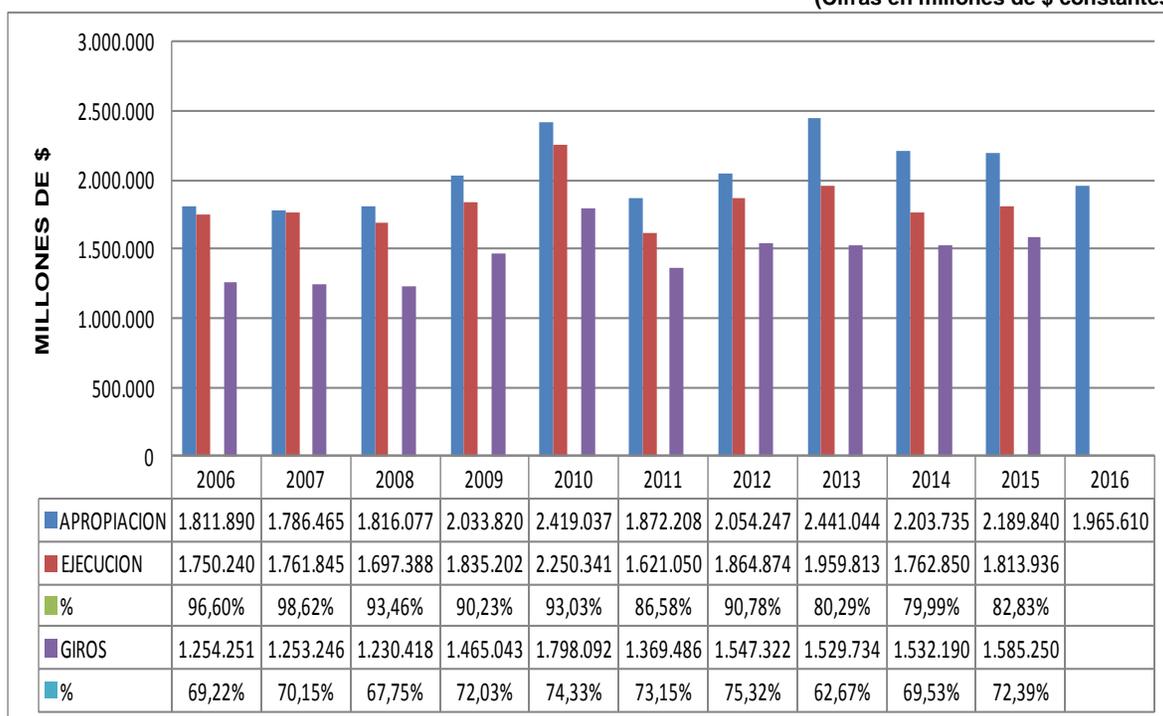
(Cifras en millones de \$ constantes)

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
APROPIACION	1.811.890	1.786.465	1.816.077	2.033.820	2.419.037	1.872.208	2.054.247	2.441.044	2.203.735	2.189.840	1.965.610
EJECUCION	1.750.240	1.761.845	1.697.388	1.835.202	2.250.341	1.621.050	1.864.874	1.959.813	1.762.850	1.813.936	
%	96,60%	98,62%	93,46%	90,23%	93,03%	86,58%	90,78%	80,29%	79,99%	82,83%	
GIROS	1.254.251	1.253.246	1.230.418	1.465.043	1.798.092	1.369.486	1.547.322	1.529.734	1.532.190	1.585.250	
%	69,22%	70,15%	67,75%	72,03%	74,33%	73,15%	75,32%	62,67%	69,53%	72,39%	

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera

Gráfico 25 Gastos FFDS en pesos contantes 2006-2016

(Cifras en millones de \$ constantes)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera

8.2. Financiación del Plan Territorial de Salud 2016-2020

Para el período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2020, se estimaron recursos por valor de \$13,7 billones de pesos; de los cuales más del 99% son para inversión directa y menos del 1% para funcionamiento. El 60,93% de la inversión está programada para la Atención Integral en Salud; el 31,99% se estima para infraestructura y dotación hospitalaria y el 3,43% para gobernanza del sector salud (Tabla 16).

Tabla 16 Plan Financiero Plurianual Bogotá Mejor Para Todos 2016-2020 FFDS

Cifras en millones de pesos constantes de 2016

Proyecto	Aportes del Distrito Capital	Rentas Cedidas	SGP	Crédito	APP	Total
Atención Integral en Salud. –AIS–.	\$1.532.102	\$4.249.126	\$2.495.703	\$0	\$0	\$8.276.931
Redes Integradas de Servicios de Salud. –RISS–	\$74.961	\$125.520	\$0	\$0	\$0	\$200.481
Conocimiento e innovación al servicio de la salud.	\$272.932	\$11.045	\$0	\$1.546	\$0	\$285.523
Infraestructura física y tecnológica de las sedes de salud	\$1.277.394	\$289.980	\$0	\$56.987	\$2.500.000	\$4.124.361
Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud	\$400.217	\$2.500	\$30.167	\$0	\$0	\$432.884
TOTAL	\$3.557.606	\$4.678.171	\$2.525.870	\$58.533	\$2.500.000	\$13.320.180

Los recursos provienen en el 27,86% del aporte ordinario del Distrito Capital, en el 23,73% de diversas transferencias de la nación; el 18,78% llegan por sistema general de participaciones, el 18,24% se espera que ingresare bajo la modalidad de asociaciones público privadas y el 7,16% por rentas cedidas. El resto proviene de otras fuentes menores.

9. Bibliografía

- Equipo Por Bogotá D.C. Programa de Gobierno Coalición Equipo por Bogotá D.C. “Recuperemos Bogotá D.C.” Enrique Peñalosa Londoño Alcalde de Bogotá D.C. 2016–2019. Bogotá D.C. julio de 2015. Disponible en <http://www.registraduria.gov.co/PLANES-DE-GOBIERNO-CANDIDATOS.html>. Fecha de consulta, Bogotá D.C. abril 4 de 2016.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA). La Situación Demográfica en el Mundo 2014. Informe Conciso. New York. Estados Unidos de América. 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf> . Fecha de consulta, Bogotá D.C. abril 4 de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf> . Fecha de Consulta: Bogotá D.C. abril 4 de 2016.
- Organización Mundial De La Salud [OMS], Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Informe Subregional sobre Rectoría Sectorial y Liderazgo de los Sectores de Salud”. Washington. Estados Unidos, 1998.
- Primera Reunión Del Foro Regional De Salud Urbana De La Organización Panamericana De La Salud. Hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción de las Américas. 27-29 de noviembre de 2007. Ciudad de México
- Organización Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud: La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Washington D.C. 2007.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health, June 2007. KNHS - Knowledge Network on Health Systems, 2007. The final report of the Health Systems Knowledge Network en Román Vega-Romero, Naydú Acosta-Ramírez, Paola Andrea Mosquera-Méndez y María Ofelia Restrepo-Vélez, La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud.2008.
- Organización Panamericana De La Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” N° 4. Redes Integradas de servicios de salud. Washington, D.C. Estados Unidos. OPS. 2010.
- Segundo Foro Regional de Salud Urbana y Tercer Foro Regional de Promoción de Salud. Ciudad de Nueva York. Octubre 25-27, 2010.
- Ministerio De Justicia Y Del Derecho, Ministerio De Salud Y Protección Social. Observatorio De Drogas De Colombia, Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá D.C. Colombia. 2013.

- Centro De Estudios Y Análisis En Convivencia Y Seguridad Ciudadana. Ceacsc. Informe Violencia intrafamiliar y delitos sexuales Bogotá D.C., enero – diciembre. Bogotá D.C. Colombia 2014.
- Rico, María Nieves, Trucco Daniela, Adolescentes, Derecho a la educación y al bienestar futuro. .CEPAL-UNICEF. América latina y Caribe. 2014.
- Secretaria Distrital De Planeación. Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región. Bogotá D.C .Colombia 2015.
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delito sexual-SIVIM) a Julio de 2015. Bogotá D.C. Colombia .2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social, II Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM, 2014. Documento sin publicar (27/08/2015). Bogotá D.C. Colombia.2015.
- Congreso de La República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”
- Secretaria Distrital De Salud de Bogotá D.C. Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano Dirección de Servicio a la Ciudadanía. Informe consolidado casos de barreras de acceso, intervenidos a través de los mecanismos-sistemas para la exigibilidad del derecho a la salud, primer trimestre 2015. Bogotá D.C. Colombia .2015
- Registro Único de Víctimas (RUV) reportado a la Secretaría Distrital de Salud desde la Unidad para la atención y reparación a las víctimas a través de la Alta consejería para la atención a las víctimas. Corte 30 de abril de 2015. Procesado por: SDS -SSSP. Equipo Gestión de la información de la operación local del programa territorios saludables 27 de mayo de 2015.
- Martínez Rodrigo, Palma Amalia, Seguridad Alimentaria y Nutricional en cuatro países andinos. Una Propuesta de seguimiento y análisis. Serie Políticas Sociales CEPAL. Santiago de Chile. Chile. 2015. Pág. 16.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.. Base de datos, cruce BD APS en línea, BDUA, Corte 30 de abril de 2015. Procesado por: SDS -SSSP. Equipo Gestión de la información de la operación local del programa territorios saludables 27 de mayo de 2015. Bogotá D.C. Colombia .2015
- Ministerio de Salud y Protección Social y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. . Bases de datos del Sistema de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. Corte de Información 30 de septiembre del año 2015.Bogotá. Colombia.
- Enrique Peñalosa Londoño. Programa de Gobierno Coalición Equipo Por Bogotá - Cambio Radical: Recuperemos Bogotá, 2016-2019. Bogotá D.C. Colombia .2015
- Secretaría Distrital De Gobierno. Centro de Estudio y Análisis de la Convivencia y Seguridad Ciudadana. CEACSC. Bogotá D.C. Colombia .2015. Consulta febrero 8 de 2016.
- Ministerio de Salud Y Protección Social. Documento de Política Integral de Atención en Salud. Bogotá D.C. Colombia.2016.

10 Anexos Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020

Anexo 1 Marco Normativo Plan Territorial de Salud 2016-2020

Normas y Acuerdos Internacionales Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020	
I. Acuerdos y Compromisos Internacionales	
Norma	Contenido
Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud. OPS-OMS	Responde a “la necesidad urgente de abordar el problema de la fragmentación de los sistemas de salud de las Américas y validar la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Atención Primaria de Salud, lo que contribuye a servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. Las RISS permiten la aplicación de elementos como cobertura y acceso universal, primer contacto, atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros”.
Objetivos de Desarrollo Sostenible.	Esta agenda retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio para lograr lo que éstos no alcanzaron, acogiendo las tres dimensiones de desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. Cuenta con diecisiete (17) objetivos y 169 metas a cumplir en el período que se extiende desde el año 2016 al año 2030
Declaración Universal de Derechos Humanos.	Proclamada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo, tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, con lo que es esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho y se promueva el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones. Los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado los derechos fundamentales del ser humano y se han comprometido a promover el progreso social, elevar el nivel de vida, asegurar el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre.
Declaración de Alma Ata de 12 de septiembre de 1978	La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria , expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo.
Protocolo de Kioto Naciones Unidas 1998	Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
Reglamento Sanitario Internacional, versión 2005.	Comprende el conjunto de normas y procedimientos acordados por 193 países que aplican para: limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública, incrementar la seguridad de la salud pública global y minimizar interferencias a los viajes, el comercio y las economías.

Normas y Acuerdos Internacionales
Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020

Agenda de Salud para las Américas 2008–2017.	Orienta la elaboración de los planes nacionales de salud para el abordaje de los determinantes de la salud y el mejoramiento al acceso a los servicios y bienes de salud, individuales y colectivos, que se facilite la movilización de recursos y se influencie las políticas de salud en la región, en la que cada individuo, familia y comunidad tengan la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial.
II. Jurisprudencia y Normatividad de Orden Nacional	
Norma	Contenido
Ley 9 de 1979. Código Sanitario Nacional	Incluye normas generales, base de las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar o mejorar las condiciones en lo relacionado con la salud humana; procedimientos y medidas que se deben adoptar para la regulación, legalización y control de las descargas de residuos y materiales que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del ambiente, entendiéndose estas, como las necesarias para asegurar el bienestar y la salud humana.
Ley 30 de 1986	Estatuto Nacional de Estupefacientes - Decreto 3788 de 1986 reglamentario de la Ley 30 de 1986 De 1987 Protocolo de Montreal. Decreto 2737 de 1989 Por el cual se expide el Código del Menor
Ley 48 de 1986	Estampilla pro dotación y funcionamiento CBA, modificada por la Ley 687 de 2001 y por la Ley 1276 de 2009 centros vida.
Ley 38 de 1989	La presente Ley constituye el Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación a que se refiere el inciso 1o. del artículo 210 de la Constitución Política. En consecuencia, todas las disposiciones en materia presupuestal deben ceñirse a las prescripciones contenidas en este Estatuto que regula el sistema presupuestal.
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Constitución de Colombia de 1991.	Establece en su Artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado...", quien debe garantizar a todas las personas del territorio nacional, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Ley 152 de 1994 Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
CONPES 2793 de 1993	Lineamientos Política envejecimiento y vejez.
Ley 136 de 1994	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.

Normas y Acuerdos Internacionales
Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020

Ley 152 de 1994.	Establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo y la planificación, para su aplicación en el ámbito de la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden.
Ley 124 de 1994	Por la cual se prohíbe el Expendio de Bebidas Embriagantes a Menores de Edad y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 253 de 1996	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscrito en Basilea el 22 de marzo de 1989
Ley 294 de 1996	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
Decreto Ley 111 de 1996	Esta ley orgánica del presupuesto, su reglamento, las disposiciones legales que ésta expresamente autorice, además de lo señalado en la Constitución, serán las únicas que podrán regular la programación, elaboración, presentación, aprobación, modificación y ejecución del presupuesto, así como la capacidad de contratación y la definición del gasto público social. En consecuencia, todos los aspectos atinentes a estas áreas en otras legislaciones quedan derogados y los que se dicten no tendrán ningún efecto (L. 179/94, art. 64).
Ley 361 de 1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones
Ley 383 de 1997	Por la cual se expiden normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión y el contrabando, y se dictan otras disposiciones
Ley 388 de 1997	Tiene como objetivos: armonizar y actualizar las disposiciones contenidas en la Ley 9 de 1989 con las nuevas normas establecidas en la Constitución Política, la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, la Ley Orgánica de áreas metropolitanas y la Ley por la que se crea el Sistema Nacional Ambiental; establecer los mecanismos que permitan al municipio, en ejercicio de su autonomía, promover el ordenamiento de su territorio, el uso equitativo y racional del suelo, la preservación y defensa del patrimonio ecológico, cultural localizado en su ámbito territorial, prevenir desastres en asentamientos de alto riesgo y ejecutar acciones urbanísticas eficientes.

Normas y Acuerdos Internacionales Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020	
Resolución 2358 de 1998	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Art. 77 del Decreto 1292 de 1994
Acuerdo 117 de 1998 CNSSS	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Ley 629 de 2000	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Ley 643 de 2001	El monopolio de que trata la presente ley se define como la facultad exclusiva del Estado para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar, y para establecer las condiciones en las cuales los particulares pueden operarlos, facultad que siempre se debe ejercer como actividad que debe respetar el interés público y social y con fines de arbitrio rentístico a favor de los servicios de salud, incluidos sus costos prestacionales y la investigación.
Ley 691 de 2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
Ley 715 de 2001	Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento del Acto Legislativo 001 de 2001, mediante la reestructuración del sistema de transferencias originadas en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, reajusta las competencias de los entes territoriales en materia de salud, y ordena reorganizar el régimen subsidiado.
Decreto 330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.
Ley 745 de 2002	Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro
Ley 762 de 2002	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete de junio de 1999.
Ley 789 de 2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo
Ley 790 de 2002	Renovación de la Administración Pública

Normas y Acuerdos Internacionales Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020	
Decreto 4175 de 2004	Por el cual se establece la prima de seguridad, se fija un sobresueldo para algunos empleos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, y se dictan otras disposiciones.
Sentencia T- 025 de 2004	Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento
Acuerdo 326 de 2005	Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.
Sentencia 355 de 2006	La Sala Plena del Tribunal Constitucional decidió despenalizar la práctica del aborto en tres circunstancias específicas: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto
Decreto 1011 de 2006.	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de disposiciones que se aplican a los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.
Decreto 2181 de 2006.	Reglamenta parcialmente las disposiciones relativas a los planes parciales contenidos en la Ley 388 de 1997. Dicta disposiciones en materia urbanística en concordancia con las determinaciones de los planes de ordenamiento territorial y los instrumentos que los desarrollen o complementen.
Decreto 3518 de 2006.	Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1145 de 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones
Ley 1176 de 2007	Modifica la Ley 715 de 2001 Sistema General de Participaciones

Normas y Acuerdos Internacionales
Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020

Ley 1164 de 2007	Tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
Ley 1251 de 2008	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008.	Obliga a unificar los planes obligatorios de salud para los regímenes contributivo y subsidiado y a realizar su actualización de manera periódica.
Ley 1287 de 2009	Adición de la Ley 361 de 2007, Discapacidad
Ley 1295 de 2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.
Ley 1384 de 2010	Se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia Ley 1388 /2010 Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 18 años a través de una detección temprana y tratamiento integral
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1346 de 2011	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan Decreto 4107 de Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y 2011 Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

Normas y Acuerdos Internacionales
Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020

Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010 - 2014, Prosperidad para Todos, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población.
Ley 1454 de 2011	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones
CONPES 147 de 2011	Prevención del embarazo en adolescentes
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones
Ley 1562 de 2012	Ley de Riesgos Laborales Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones
Decreto 4800 de 2012	El presente decreto tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento
Ley 1608 de 2013	La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del Sector Salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.
Ley 1616 de 2013	Garantiza a la población colombiana el pleno derecho a la salud mental fundamentado en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.
Resolución 1841 de 2013	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 enfocado hacia la intervención sobre los determinantes sociales de la salud y de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y el Sistema de protección social, según sus competencias. Delega responsabilidades a las Entidades Territoriales referidas a su

Normas y Acuerdos Internacionales	
Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020	
	implementación, monitoreo, seguimiento, evaluación, coordinación intersectorial del Plan y su armonización con las políticas públicas.
Resolución 1536 de 2015	Establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las Entidades Territoriales y las Entidades del Gobierno Nacional. Delega obligaciones a las Empresas Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Administradoras de Riesgos Laborales, en esta materia.
Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018	Esta ley en su Artículo 65. Política de atención integral en salud establece que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones
Ley 1751 de 2015, Estatutaria de la Salud	Indica que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Los servicios de salud deben ser suministrados con integralidad; el Estado debe adoptar políticas públicas para reducir las desigualdades de los determinantes sociales de la salud. Este derecho involucra la participación de las personas en la decisiones del sistema, la organización en redes integrales de servicios de salud, la autonomía profesional en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento, condiciones laborales justas y dignas, un sistema único de información en salud y la articulación intersectorial.
Decreto 2353 de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud
Resolución 429 de febrero 17 de 2016	Por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adopta la Política de Atención Integral en Salud basada en redes integradas de servicios de salud.
III. Normatividad Distrital	
Norma	Contenido
Decreto Ley 1421 de 1993.	Establece el régimen especial para el Distrito Capital y el estatuto político, administrativo y fiscal. Busca dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo, promover el desarrollo integral de su territorio y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.

Normas y Acuerdos Internacionales Plan Territorial de Salud Para Bogotá D.C. 2016-2020	
Acuerdo 20 de 1990 del Concejo de Bogotá D.C.	Designa a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud, logrando la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
Acuerdo 12 de 1994, del Concejo de Bogotá, D.C.	Establece el Estatuto de Planeación para Bogotá y reglamenta la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas de Santa Fe de Bogotá, conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.
Acuerdo 19 de 1996 del Concejo de Bogotá, D.C.	Adopta el Estatuto General de Protección Ambiental de Bogotá y dicta normas básicas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el ambiente.
Decreto 190 de 2004.	Define como objetivo del Plan Maestro de Equipamiento en Salud: "...Ordenar y mejorar la oferta actual y futura de equipamientos y servicios de salud, públicos y privados, de manera accesible, equitativa, disponible, integral y de calidad, para contribuir en la garantía del derecho a la salud de la población del Distrito Capital...".
Acuerdo 257 de 2006 del Concejo de Bogotá D.C.	Por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá D.C. y se expiden otras disposiciones. En el Acuerdo se establece el sistema de coordinación de la administración distrital, se organizan doce sectores administrativos de coordinación y se delega la dirección del Sector Salud en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
Decreto Distrital 546 de 2007.	Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital con el objeto de garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial.
Decreto Distrital 794 de 2011	Por medio de la cual se seleccionan los ganadores de la Convocatoria a Iniciativas sobre Gastronomía Afrocolombiana en Bogotá, y se ordena el desembolso de los estímulos económicos en favor de los mismos

Anexo 2 Población de Bogotá D.C. por Localidades 2016-2020

Localidad	2016	2017	2018	2019	2020	Participación %	
						2016	2020
1. Usaquén	472.908	474.186	475.275	476.184	476.931	5,9	5,7
2. Chapinero	126.951	126.591	126.192	125.750	125.294	1,6	1,5
10. Engativá	873.243	878.434	883.319	887.886	892.169	10,9	10,6
11. Suba	1.250.734	1.282.978	1.315.509	1.348.372	1.381.597	15,7	16,5
12. Barrios Unidos	263.883	267.106	270.280	273.396	276.453	3,3	3,3
13. Teusaquillo	140.767	140.473	140.135	139.776	139.369	1,8	1,7
Sub-Total Red Norte	3.128.486	3.169.768	3.210.710	3.251.364	3.291.813	39,2	39,3
3. Santa Fe	96.534	95.201	93.857	92.490	91.111	1,2	1,1
4. San Cristóbal	396.383	394.358	392.220	389.945	387.560	5	4,6
14. Mártires	94.130	93.716	93.248	92.755	92.234	1,2	1,1
15. Antonio Nariño	109.277	109.254	109.199	109.104	108.976	1,4	1,3
17. Candelaria	22.633	22.438	22.243	22.041	21.830	0,3	0,3
18. Rafael Uribe	353.761	350.944	348.023	344.990	341.886	4,4	4,1
Subtotal Red Centro Oriente	1.072.718	1.065.911	1.058.790	1.051.325	1.043.597	13,4	12,5
5. Usme	337.152	340.101	342.940	345.689	348.332	4,2	4,2
6. Tunjuelito	189.522	187.971	186.383	184.743	183.067	2,4	2,2
19. Ciudad Bolívar	719.701	733.859	748.012	762.184	776.351	9	9,3
Subtotal Red Sur	1.246.375	1.261.931	1.277.335	1.292.616	1.307.750	15,6	15,6
7. Bosa	709.039	731.047	753.496	776.363	799.660	8,9	9,5
8. Kennedy	1.187.315	1.208.980	1.230.539	1.252.014	1.273.390	14,9	15,2
9. Fontibón	403.519	413.734	424.038	434.446	444.951	5,1	5,3
16. Puente Aranda	225.220	221.906	218.555	215.191	211.802	2,8	2,5
Subtotal Red Sur Occidente	2.525.093	2.575.667	2.626.628	2.678.014	2.729.803	31,6	32,6
20. Sumapaz (Rural)	7.330	7.457	7.584	7.711	7.838	0,1	0,1
Total Bogotá D.C.	7.980.001	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801	100%	100%

Fuente: Proyecciones Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Anexo 3 Indicadores Demográficos Bogotá D.C., 1985 - 2015

Indicador/Año	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2010-2015
Crecimiento Natural	20,0	18,5	16,2	13,9	11,4
Esperanza de Vida al Nacer Hombres	66,2	67,0	69,8	72,6	75,9
Esperanza de Vida al Nacer Mujeres	72,3	73,9	76,2	78,3	80,1
Esperanza de Vida al Nacer Total	69,2	70,4	72,9	75,4	79,0
Tasa Neta de Migración	11,5	9,8	3,9	2,5	2,1

Fuente: Indicadores Demográficos Departamentales. 1985 - 2005. 2005-2020. DANE

Anexo 4 Indicadores Demográficos Bogotá D.C., 2011 A 2015

Indicador/Año	2011	2012	2013	2014	DANE 2010-2015
Tasa bruta de natalidad	14,2	13,9	13,3	13,3	15,9
Tasa general de fecundidad	39,7	39,1	37,7	37,9	68,6
Tasa global de fecundidad	1,7	1,6	1,6	1,6	2,3
Edad Media de la Fecundidad (años)	26,7	26,6	26,7	26,9	28,6
Tasa Bruta de reproducción	0,81	0,80	0,77	0,78	0,9
Tasa bruta de mortalidad	3,6	3,9	3,7	ND	4,5

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS.

Anexo 5 Esperanza de Vida al Nacer por Sexo Bogotá D.C. 2005 – 2015

Localidad	Hombres		Mujeres		Total	
	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015
Usaquén	75,15	75,86	79,3	80,17	77,17	77,96
Chapinero	73,51	74,72	80,95	81,28	77,11	77,9
Santa Fe	68,06	70,35	75,26	76,81	71,56	73,49
San Cristóbal	68,1	70,46	75,36	76,76	71,63	73,53
Usme	67,82	70,14	73,78	75,25	70,72	72,63
Tunjuelito	68,02	70,07	75,64	77,1	71,72	73,48
Bosa	70,27	72,15	76,53	77,88	73,31	74,94
Kennedy	73,42	74,66	78,75	79,74	76,01	77,13
Fontibón	73,39	74,65	79,38	80,23	76,3	77,37
Engativá	72,96	74,2	79,23	80,12	76,01	77,08
Suba	74,68	75,56	80,34	80,72	77,43	78,07
Barrios Unidos	70,57	71,77	79,03	79,83	74,69	75,69
Teusaquillo	73,32	74,71	80,76	81,51	76,95	78,03
Los Mártires	69,77	70,81	75,58	76,25	72,61	73,47
Antonio Nariño	72,96	74,2	79,42	79,97	76,11	77,02
Puente Aranda	72,35	73,74	78,88	79,85	75,54	76,72
La Candelaria	69,96	71,9	76,08	77,55	72,94	74,65
Rafael Uribe Uribe	71,57	73,13	77,09	78,36	74,25	75,67
Ciudad Bolívar	67,28	69,69	75,25	76,85	71,17	73,18
Sumapaz	64,52	67,3	73,33	74,9	68,81	71

Fuente: Estimaciones de Población 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020 Nacional, Departamental por Sexo, Grupos Quinquenales de Edad

Anexo 6. Caracterización Poblacional⁴¹ por EAPB

Introducción

Según la resolución 1536 de 2015 la caracterización poblacional se define como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y Administradoras de Riesgos Laborales – ARL contempladas en los planes de beneficios.

La caracterización contiene los siguientes componentes: El análisis demográfico, de morbilidad, de mortalidad y de los determinantes intermedios de la salud; La priorización de los problemas en salud, los subgrupos poblacionales, las personas y los lugares; La programación de las intervenciones de protección específica y detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública y la gestión del riesgo, en el marco de sus responsabilidades, según la población estimada por cada riesgo ex ante y/o contingente, y/o ex post.

Respecto a la caracterización territorial y demográfica, estos se abordan a partir del análisis de los aspectos más importantes que los definen y desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. El contexto territorial comprende la descripción del entorno donde la EAPB cuenta con afiliados relacionada con el contexto nacional, departamental, municipal hasta llegar a la IPS primaria a la cual se encuentra adscrita el afiliado.

El análisis de la dinámica demográfica considera el tamaño y volumen, estructura, crecimiento, distribución poblacional, y movilidad. Se mide a través de la diferencia entre la cantidad de personas que para un determinado periodo y espacio “entran” a la EAPB, como es el caso de los nacimientos y afiliaciones, y aquellas personas que “salen” de la EAPB, como es el caso de las defunciones y desafilaciones, permitiendo identificar si el balance demográfico está dado por la relación entre nacimientos y muertes, o por la relación entre los traslados y las afiliaciones.

Priorización de la Población Afiliada a Las EAPB

La priorización de las EAPB cuenta con 11 componentes o prioridades: territorial; demográfica; por mortalidad general; por mortalidad específica por subgrupo de causas; en mortalidad trazadora; en Mortalidad materno infantil y de la niñez; Prioridad en letalidad; en morbilidad atendida; en mórbidos trazadores; en morbilidad alto consumo y en desigualdades. A partir de los hallazgos en cada componente la EAPB realiza un listado de indicadores y problemáticas de salud a intervenir teniendo en cuenta la magnitud en la diferencia relativa de la comparación realizada, para establecer con base en estos resultados una identificación de prioridades según los criterios de Gravedad del efecto y factibilidad de intervención.

⁴¹Caracterización realizada por Administradoras de Planes de Beneficios conforme lo establecen los Artículos 12 y 13 de la Resolución Reglamentaria 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

La gravedad del efecto se entiende como la importancia y el impacto con la que se presenta el problema, es decir que tanta población está siendo afectada por el efecto en evaluación; debe considerar la contribución en la carga de mortalidad (enfermedad) del efecto y el exceso de riesgo en la EAPB con respecto a la entidad territorial. Así mismo se tiene en cuenta el potencial de mortalidad prematura y/o discapacidad, relativas; el alto costo a los servicios de salud que el efecto en evaluación puede generar, entre otras características que determinen la gravedad del efecto como: amenaza al desarrollo humano o amenaza al derecho a la salud.

La factibilidad de intervención responde a la viabilidad de resolver el problema, la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas para el efecto en evaluación, así como la posibilidad de gestionar el riesgo del mismo. De igual forma se debe contemplar la factibilidad económica para desarrollar las intervenciones, la aceptabilidad de las intervenciones posibles, los recursos disponibles y la legalidad de la intervención.

Teniendo los resultados obtenidos al aplicar los criterios de gravedad y factibilidad, la EAPB ordena de mayor a menor según el puntaje obtenido, estableciendo la priorización final, seleccionando cinco (5) indicadores priorizados por grupos de riesgo por Departamento/Distrito y/o municipio donde la EAPB cuente con al menos un usuario afiliado.

1. Grupos de Riesgo.

Los grupos de riesgo definidos para ser priorizados una vez se caracterice la población son:

1. Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico
2. Alteraciones nutricionales
3. Trastornos mentales y del comportamiento por sustancias psicoactivas y adicciones
4. Trastornos psicosociales y del comportamiento
5. Salud bucal
6. Cáncer
7. Materno perinatal
8. Enfermedades infecciosas:
9. Infantil
 - a. Transmitidas por vectores
 - b. De transmisión sexual
 - c. En adultos
 - d. De transmisión por agua y alimentos
 - e. IRA
 - f. Inmuno-prevenibles
 - g. Otras
10. Zoonosis y agresiones por animales
11. Enfermedad y accidentes laborales
12. Agresiones, accidentes y traumas
13. Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
14. Enfermedades raras
15. Trastornos visuales y auditivos
16. Trastornos degenerativos y auto-inmunes

La priorización da el orden a intervenir los problemas con las estrategias que genere cada EAPB dentro de su plan de intervención y gestión del riesgo; y será el insumo para la articulación con la Planeación Integral para la Salud (Art. 14 Resolución 1536 de 2015). El

análisis incluye los resultados de la priorización de la caracterización del corte Enero a Diciembre de 2014 reportados por las EAPB al Ministerio de Salud y Protección social en el mes de Septiembre de 2015.

2. Población Afiliada a las EAPB

La caracterización y priorización de la población afiliada a las EAPB en el Distrito capital se realizó teniendo en cuenta el corte correspondiente a Enero a Diciembre de 2014, tomando como base la población afiliada registrada en la Base de Datos Única de Afiliación con corte a Diciembre del mismo año. Para este periodo en Bogotá se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud 7.040.580 personas de las cuales el 81,8% (5.761.240 afiliados) pertenecen al régimen contributivo, el 18,1% (1.274.295 afiliados) al régimen subsidiado y el 0.1% (5.45 afiliados) a régimen especial.

Es importante resaltar que teniendo en cuenta la movilidad de la población entre regímenes, establecida en Decreto 3017 de 2014, actualmente derogado por el Decreto 2353 de 2015, la población objeto de caracterización por parte de las EAPB del régimen subsidiado se encontraba afiliada a las tres EAPB que operaban en Distrito habilitadas para régimen subsidiada y a las demás EPS del régimen contributivo que en cumplimiento de esta normatividad tienen población afiliada al régimen subsidiado, tal como se presenta a continuación:

Tabla 1 Población Afiliada al Régimen Subsidiado Bogotá. D.C

Código	EPS-S	Cantidad	%
EPSS34	CAPITAL SALUD	875.256	68,69%
EPS020	CAPRECOM	263.157	20,65%
CCF053	COMFACUNDI UNICAJAS	79.571	6,24%
	SUBTOTAL	1.217.984	
EPSS17	FAMISANAR (RS)	14.056	1,10%
EPSS08	COMPENSAR (RS)	8.877	0,70%
EPSS13	SALUDCOOP (RS)	8.310	0,65%
EPSS02	SALUD TOTAL (RS)	7.777	0,61%
EPSS23	CRUZ BLANCA (RS)	4.935	0,39%
EPSS37	NUEVA EPS (RS)	4.717	0,37%
EPSM03	CAFESALUD (RS)	4.009	0,31%
EPSS10	SURA (RS)	2.062	0,16%
EPSS16	COOMEVA (RS)	660	0,05%
EPSS05	SANITAS (RS)	586	0,05%
EPSS39	GOLDEN GROUP (RS)	193	0,02%
EPSS01	ALIANSALUD (RS)	129	0,01%
	SUBTOTAL MOVILIDAD	56.311	
	Total general	1.274.295	100,00%

Fuente: Bdúa - Fosyga, Corte A 31 De Diciembre De 2014 - Maestro Subsidiado Sds, Corte 31 De Diciembre De 2014.

Mientras que la población afiliada al régimen contributivo se encuentra distribuida en las EPS del régimen contributivo que operaban en Bogotá para este periodo, a continuación se presenta dicha distribución:

Tabla 2 Población Afiliada Régimen Contributivo Bogotá. D.C

AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO			
Código	EPS-C	Cantidad	%
EPS017	FAMISANAR	1.066.164	18,51%
EPS008	COMPENSAR	973.991	16,91%
EPS005	SANITAS	703.870	12,22%
EPS002	SALUD TOTAL	614.064	10,66%
EPS013	SALUDCOOP	543.378	9,43%
EPS037	NUEVA EPS	509.480	8,84%
EPS023	CRUZ BLANCA	391.902	6,80%
EPS003	CAFESALUD	377.018	6,54%
EPS010	SURA	212.316	3,69%
EPS001	ALIANSALUD	204.142	3,54%
EPS016	COOMEVA	143.219	2,49%
EPS039	GOLDEN GROUP	11.290	0,20%
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	7.636	0,13%
EPS033	SALUDVIDA	2.625	0,05%
EPSC22	CONVIDA A.R.S.	145	0,00%
	Total general	5.761.240	100,00%

FUENTE: BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2014.

Según el BDUA y la población reportada por las EAPB en la caracterización se encontró que la población del régimen especial corresponde a Ferrocarriles Nacionales- Fondo Pasivo Social FPS, ya que no se cuenta con el reporte de población de las demás entidades de régimen especial y de excepción.

3. Resultados de Priorización

Teniendo en cuenta que la priorización contiene la selección de 5 grupos de riesgo e indicadores, clasificándolos en cinco prioridades en orden de importancia de acuerdo los resultados obtenidos en el ejercicio de priorización de cada EAPB, a continuación se presenta el grupo de riesgo que según su frecuencia es más relevante en cada prioridad:

Tabla. 3 Grupos de Riesgo Relevantes por Prioridad y Régimen de Afiliación

PRIORIDAD	REGIMEN CONTRIBUTIVO	REGIMEN SUBSIDIADO	REGIMEN EXCEPCION Y/O ESPECIAL	TOTAL
1	Sin Grupo de Riesgo	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico y Sin Grupo de Riesgo	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico

2	Materno perinatal y Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Cáncer y Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico
3	Cáncer	Cáncer	Alteraciones nutricionales, Cáncer y Sin Grupo de Riesgo	Cáncer
4	Materno perinatal	Materno perinatal	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico, Enfermedades infecciosas: Otras y Materno perinatal	Materno perinatal
5	Materno perinatal y Cáncer	Materno perinatal	Enfermedades infecciosas: De transmisión sexual, Sin Grupo de Riesgo y Alteraciones nutricionales	Materno perinatal

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

A continuación se realiza por cada una de las cinco prioridades un análisis, de los grupos de riesgo e indicadores priorizados a nivel general y según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (subsidiado y contributivo y especial y de excepción).

4. Grupos de Riesgo e Indicadores Prioridad 1

Como parte de la metodología para la priorización en las EAPB se estableció que aquellos grupos de riesgo e indicadores que en el ejercicio de priorización obtuvieron el puntaje máximo se clasifican como Prioridad. Dentro esta categoría las EAPB identificaron los siguientes.

Tabla 4. Grupos de Riesgo e Indicadores por EAPB Prioridad 1

EAPB	PRIORIDAD 1
EPS005 EPS SANITAS	Enfermedades raras Tasa de mortalidad infantil por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
EPS010 SURA - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
EPS013 SALUDCOOP EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo

EPS017 EPS FAMISANAR LTDA	Materno Razón de mortalidad materna	perinatal
EPS018 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	
EPS020 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio	
EPS023 CRUZ BLANCA EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	
EPS033 SALUD VIDA EPS	Materno Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB	perinatal
EPS037 NUEVA EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo	
EPSC20 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio	
EPS001 ALIANSALUD EPS	Sin Grupo de Riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	
EPS002 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	
EPS003 CAFESALUD EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	
EPS008 COMPENSAR	Materno Razón de mortalidad materna	perinatal
EPS016 COOMEVA EPS S A	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio	
EPSC34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Materno Razón de mortalidad materna	perinatal
EAS027 FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	
RES002 ECOPETROL S.A.	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por las demás enfermedades del sistema circulatorio	
RES008 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	

EPSS03 CAFESALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPSS05 EPS SANITAS	Enfermedades raras Tasa de mortalidad infantil por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
EPSS10 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS13 SALUDCOOP EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo
EPSS17 EPS FAMISANAR LTDA	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPSS18 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
EPSS23 CRUZ BLANCA EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EPSS37 NUEVA EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo
CCF053 COMFACUNDI - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMAR	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPSS01 ALIANSALUD EPS	Sin Grupo de Riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
EPSS02 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata
EPSS08 COMPENSAR	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPSS16 COOMEVA EPS S A	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
EPSS34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Razón de mortalidad materna

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

Con el fin de identificar los grupos de riesgo priorizados con mayor frecuencia de acuerdo al régimen de afiliación de la población caracterizada en cada una de las EAPB se encuentran priorizados 4 grupos de riesgo de los 11 definidos en guía metodológica los cuales se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 5 Grupos De Riesgo por Régimen de Afiliación en La Prioridad 1

Grupo de Riesgo Prioridad 1	EAPB Contributivo	EAPB Subsidiado	EAPB Excepción y especial	Total
Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	4	4	2	10
Sin Grupo de Riesgo	5	4		9
Materno perinatal	4	3		7
Cáncer	1	3	1	5
Enfermedades raras	1	1		2

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

El grupo de riesgo Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico es el que se identifica con mayor frecuencia dentro de la prioridad 1, en este están incluidos los siguientes indicadores: Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años, Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio y Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus.

Seguido se observa que se priorizaron indicadores que no se definen como “Sin grupo de riesgo” dentro de los que están Costo total para la EAPB por la primera, segunda y tercera patología de alto costo, Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, y Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio.

Como tercer grupo de riesgo identificado se encuentra el grupo materno perinatal con los siguientes indicadores priorizados Razón de mortalidad materna y Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB.

El cuarto grupo de riesgo identificado en esta prioridad corresponde a Cáncer con los siguientes indicadores priorizados: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata y asa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer.

El último grupo de riesgo que se encuentra dentro de esta prioridad es el de Enfermedades raras priorizando el indicador de Tasa de mortalidad infantil por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.

5. Grupos de Riesgo e Indicadores Prioridad 2

La categoría Prioridad 2 corresponde a los Grupos de Riesgo e indicadores que en el desarrollo de la metodología de priorización obtuvo el segundo puntaje, en esta clasificación las EAPB incluyeron las presentadas en la tabla 6

Tabla 6. Grupos de Riesgo e Indicadores por EAPB Prioridad 2

EAPB	PRIORIDAD 2
EPS005 EPS SANITAS	Materno perinatal Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPS010 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
EPS013 SALUDCOOP EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
EPS017 EPS FAMISANAR LTDA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EPS018 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
EPS023 CRUZ BLANCA EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
EPS033 SALUD VIDA EPS	Sin Grupo de Riesgo Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
EPS037 NUEVA EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la quinta patología de alto costo
EPSC20 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Cáncer Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix
EPS001 ALIANSALUD EPS	De transmisión sexual Prevalencia registrada de VIH/Sida
EPS002 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Materno perinatal Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPS003 CAFESALUD EPS	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPS008 COMPENSAR	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
EPS016 COOMEVA EPS S A	Materno perinatal Tasa de años de vida potencialmente perdidos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

EPSC34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Materno Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB	perinatal
EAS027 FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	
RES002 ECOPETROL S.A.	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	
RES008 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias	
EPS020 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Cáncer Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix	
EPSS03 CAFESALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	
EPSS05 EPS SANITAS	Materno Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	perinatal
EPSS10 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	
EPSS13 SALUDCOOP EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por leucemia	
EPSS17 EPS FAMISANAR LTDA	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	
EPSS18 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	
EPSS23 CRUZ BLANCA EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	
EPSS37 NUEVA EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la quinta patología de alto costo	
CCF053 COMFACUNDI - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMAR	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer	
EPSS01 ALIANSALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	
EPSS02 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Materno Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	perinatal

EPSS08 COMPENSAR	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
EPSS16 COOMEVA EPS S A	Materno perinatal Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPSS34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

Se observa que en la prioridad 2 se identificaron 5 grupos de riesgo de acuerdo al régimen de afiliación los cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 7 Grupos De Riesgo por Régimen de Afiliación en La Prioridad 2

Grupo de Riesgo Prioridad 2	EAPB Contributivo	EAPB Subsidiado	EAPB Excepción y especial	Total
Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	5	5	2	12
Materno perinatal	5	4		9
Cáncer	2	5	1	8
Sin Grupo de Riesgo	2	1		3
De transmisión sexual	1			1

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

De la misma forma que para la Prioridad 1, el grupo de riesgo que fue priorizado con mayor frecuencia en las EAPB en la segunda prioridad, corresponde a Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico donde los indicadores que aportan a esta priorización son Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años, Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años, Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años y Tasa ajustada de mortalidad por Diabetes Mellitus.

En segundo lugar se encuentra el grupo de riesgo Materno perinatal que incluye los siguientes indicadores priorizados: Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB, Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Tasa de años de vida potencialmente perdidos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y Razón de mortalidad materna.

El tercer grupo de riesgo priorizado es Cáncer con los siguientes indicadores: Tasa ajustada de mortalidad por leucemia, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer, Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix, Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias y Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea.

Los indicadores que se incluyen en el grupo denominado “Sin grupo de riesgo priorizados por las EAPB ocupan el cuarto lugar según la frecuencia de priorización estos corresponden

a Costo total para la EAPB por la quinta patología de alto costo y Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB. Así mismo se encuentra el grupo De transmisión sexual donde se priorizó la Prevalencia registrada de VIH/Sida por una EAPB.

6. Grupos de Riesgo e Indicadores Prioridad 3

Los grupos de riesgo de que se clasificaron en como tercera prioridad por parte de las EAPB corresponde a aquellos en los cuales sus indicadores obtuvieron el tercer puntaje más alto durante el ejercicio de calificación, dichos grupos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 8. Grupos de Riesgo e Indicadores por EAPB Prioridad 3

EAPB	PRIORIDAD 3
EPS005 EPS SANITAS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPS010 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
EPS013 SALUDCOOP EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
EPS017 EPS FAMISANAR LTDA	Cáncer Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años
EPS018 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
EPS023 CRUZ BLANCA EPS	De transmisión sexual Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años
EPS033 SALUD VIDA EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EPS037 NUEVA EPS	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
EPSC20 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Materno perinatal Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna
EPS001 ALIANSALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea
EPS002 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa de mortalidad por enfermedades sistema del circulatorio
EPS003 CAFESALUD EPS	En adultos Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales

EPS008 COMPENSAR	Alteraciones nutricionales Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
EPS016 COOMEVA EPS S A	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSC34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EAS027 FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	Alteraciones nutricionales Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años
RES002 ECOPETROL S.A.	Sin Grupo de Riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
RES008 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	Cáncer Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias
EPS020 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Materno perinatal Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna
EPSS03 CAFESALUD EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS05 EPS SANITAS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPSS10 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
EPSS13 SALUDCOOP EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
EPSS17 EPS FAMISANAR LTDA	Cáncer Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años
EPSS18 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS23 CRUZ BLANCA EPS	De transmisión sexual Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años
EPSS37 NUEVA EPS	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
CCF053 COMFACUNDI - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMAR	Materno perinatal Tasa de mortalidad perinatal

EPSS01 ALIANSALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSS02 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Tasa de mortalidad por enfermedades sistema del circulatorio
EPSS08 COMPENSAR	Alteraciones nutricionales Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
EPSS16 COOMEVA EPS S A	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSS34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

Al identificar los grupos de riesgo que se priorizaron con mayor frecuencia por parte de las EAPB del régimen contributivo, subsidiado y/o especial se encontró que se priorizaron 6 grupos de riesgo en la tercera prioridad, tal como se observa a continuación:

Tabla 9 Grupos De Riesgo por Régimen de Afiliación en La Prioridad 3

Grupo de Riesgo Prioridad 3	EAPB Contributivo	EAPB Subsidiado	EAPB Excepción y especial	Total
Cáncer	4	4	1	9
Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	3	3		6
Sin Grupo de Riesgo	2	2	1	5
Materno perinatal	2	3		5
Alteraciones nutricionales	1	1	1	3
Enfermedades infecciosas: IRA	1	1		2
Enfermedades infecciosas: De transmisión sexual	1	1		2
Enfermedades infecciosas: En adultos	1			1

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

Los indicadores que se encuentran en el grupo de riesgo de Cáncer presentan la mayor frecuencia dentro de las EAPB en la tercera prioridad, dentro de estos priorizados indicadores se encuentran Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero, Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años, Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias y Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea.

En segundo lugar se encuentra el grupo de riesgo Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico en el cual se priorizó la Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años,

Tasa de mortalidad por enfermedades sistema del circulatorio y Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años.

Los indicadores que se incluyen como “Sin Grupo de Riesgo” ocupan el tercer lugar dentro de estas prioridades, dentro de los que se encuentra la Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario, Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo y Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.

Con la misma frecuencia de EAPB que priorizaron el grupo Sin Grupo de Riesgo”, se encuentra el grupo de riesgo Materno perinatal en el cual se incluyeron indicadores como el Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna y Tasa de mortalidad perinatal.

Como cuarto grupo de riesgo priorizado se observa las Alteraciones nutricionales dentro de las que se encuentra la Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años y la Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años.

De la misma forma se encuentra el grupo de Enfermedades infecciosas el cual, según la guía metodológica tiene subgrupos, dentro de los que se priorizo el subgrupo de IRA con el indicador de Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, el subgrupo De transmisión sexual con la Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años y el subgrupo de En adultos con el indicador de Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales.

7. Grupos de Riesgo e Indicadores Prioridad 4

En esta clasificación las EAPB incluyeron todos los grupos de riesgo e indicadores que en el ejercicio de priorización presentaron el cuarto puntaje más alto, en la tabla siguiente se presenta el listado de grupos priorizaron como Prioridad cuatro:

Tabla 10. Grupos de Riesgo e Indicadores por EAPB Prioridad 4

EAPB	PRIORIDAD 4
EPS005 EPS SANITAS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPS010 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad en la niñez
EPS013 SALUDCOOP EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por el quinto evento de alto costo
EPS017 EPS FAMISANAR LTDA	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
EPS018 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo

EPS023 CRUZ BLANCA EPS	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPS033 SALUD VIDA EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EPS037 NUEVA EPS	Materno perinatal Número de casos de Hipotiroidismo Congénito no tratado
EPSC20 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
EPS001 ALIANSALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPS002 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
EPS003 CAFESALUD EPS	Infantil Tasa de mortalidad infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
EPS008 COMPENSAR	IRA Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
EPS016 COOMEVA EPS S A	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
EPSC34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
EAS027 FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
RES002 ECOPETROL S.A.	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
RES008 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	Otras Tasa ajustada de mortalidad por septicemia, excepto neonatal
EPS020 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
EPSS03 CAFESALUD EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años

EPSS05 EPS SANITAS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPSS10 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad en la niñez
EPSS13 SALUDCOOP EPS	Sin Grupo de Riesgo Costo total para la EAPB por el quinto evento de alto costo
EPSS17 EPS FAMISANAR LTDA	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
EPSS18 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPSS23 CRUZ BLANCA EPS	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPSS37 NUEVA EPS	Materno perinatal Número de casos de Hipotiroidismo Congénito no tratado
CCF053 COMFACUNDI - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMAR	De transmisión sexual Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida
EPSS01 ALIANSALUD EPS	Cardio - Cerebro - Vascular - Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EPSS02 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cardio - Cerebro - Vascular - Metabólico Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
EPSS08 COMPENSAR	IRA Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
EPSS16 COOMEVA EPS S A	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
EPSS34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

Las EAPB del régimen contributivo, subsidiado y/o especial y de excepción en la cuarta prioridad incluyeron grupo 5 grupos de riesgo tal como se observa en la tabla 11.

Tabla 11 Grupos De Riesgo por Régimen de Afiliación en La Prioridad 4

Grupo de Riesgo Prioridad 4	EAPB Contributivo	EAPB Subsidiado	EAPB Excepción y especial	Total
------------------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------------------	--------------

Enfermedades infecciosas: De transmisión sexual	2	3		5
Enfermedades infecciosas: IRA	2	2		4
Enfermedades infecciosas: Otras			1	1
Enfermedades infecciosas: Infantil	1			1
Materno perinatal	4	4	1	9
Sin Grupo de Riesgo	3	3		6
Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	2	3	1	6
Cáncer	1			1

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

El grupo de riesgo Enfermedades Infecciosas con 4 subgrupos de indicadores priorizados ocupan el primer lugar, teniendo en cuenta la sumatoria de las frecuencias de dichos subgrupos, dentro de estos se priorizaron los siguientes indicadores: en el subgrupo De Transmisión sexual se encuentra la Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida y la Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida, seguido del subgrupo de IRA con la Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas y Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, posteriormente se observa los subgrupos de Otras e Infantil con la Tasa ajustada de mortalidad por septicemia, excepto neonatal y la Tasa de mortalidad infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias respectivamente.

El grupo Materno perinatal se ubica el segundo lugar en la priorización según la frecuencia presentada dentro de las EAPB en la cuarta prioridad, en este grupo se priorizaron indicadores como Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo, Número de casos de Hipotiroidismo Congénito no tratado y Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio.

En tercer lugar se encuentran los indicadores clasificados en el grupo llamado “Sin Grupo de Riesgo” dentro de los que están la Tasa de mortalidad en la niñez, Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario y Costo total para la EAPB por el quinto evento de alto costo.

En el cuarto lugar se encuentran el grupo de riesgo Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico donde se clasificaron indicadores como la Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años, Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años, Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años y Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años

Por último se observa el grupo de riesgo Cáncer priorizado en una EAPB con el indicador de Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer.

8. Grupos de Riesgo e Indicadores Prioridad 5

Tal como lo especifica la guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las EAPB, la priorización de grupos de riesgo e indicadores debe incluir cinco prioridades,

siendo la prioridad 5 la que obtiene el quinto puntaje en el ejercicio de priorización. En esta categoría se encuentran los grupos e indicadores presentados en la siguiente tabla:

Tabla No. 12. Grupos de Riesgo e Indicadores por EAPB Prioridad 5

EAPB	PRIORIDAD 5
EPS005 EPS SANITAS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPS010 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Materno perinatal Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal
EPS013 SALUDCOOP EPS	Otras Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años
EPS017 EPS FAMISANAR LTDA	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada
EPS018 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPS023 CRUZ BLANCA EPS	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
EPS033 SALUD VIDA EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EPS037 NUEVA EPS	Cáncer Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata
EPSC20 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
EPS001 ALIANSALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPS002 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
EPS003 CAFESALUD EPS	IRA Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
EPS008 COMPENSAR	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años

EPS016 COOMEVA EPS S A	Materno Tasa de mortalidad en la niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	perinatal
EPSC34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Sin Grupo de Riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	
EAS027 FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	De transmisión Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años	sexual
RES002 ECOPETROL S.A.	Alteraciones Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	nutricionales
RES008 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	Sin Grupo de Riesgo Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas	
EPS020 CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACION CAPRECOM EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	
EPSS03 CAFESALUD EPS	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	
EPSS05 EPS SANITAS	Sin Grupo de Riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario	
EPSS10 SURA - COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	Materno Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal	perinatal
EPSS13 SALUDCOOP EPS	Otras Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	
EPSS17 EPS FAMISANAR LTDA	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada	
EPSS18 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Materno Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	perinatal
EPSS23 CRUZ BLANCA EPS	Materno Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	perinatal
EPSS37 NUEVA EPS	Cáncer Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	

CCF053 COMFACUNDI - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMAR	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
EPSS01 ALIANSALUD EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPSS02 SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
EPSS08 COMPENSAR	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EPSS16 COOMEVA EPS S A	Materno perinatal Tasa de mortalidad en la niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
EPSS34 CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	Sin Grupo de Riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

Dentro de prioridad 5, las EAPB clasificaron 6 grupos de riesgo los cuales se observan a continuación:

Tabla 13 Grupos de Riesgo por Régimen de Afiliación en la Prioridad 5

Grupo de Riesgo Prioridad 5	EAPB Contributivo	EAPB Subsidiado	EAPB Excepción y especial	Total
Materno perinatal	4	5		9
Cáncer	4	4		8
Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	3	3		6
Sin Grupo de Riesgo	2	2	1	5
Enfermedades infecciosas: Otras	1	1		2
Enfermedades infecciosas: De transmisión sexual			1	1
Enfermedades infecciosas: IRA	1			1
Alteraciones nutricionales			1	1

FUENTE: Priorización EAPB Septiembre 2015. - [https:// www.minsalud.gov.co/ salud/ Paginas/ gestion-riesgo-individual.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)

El primer grupo de riesgo clasificado en la prioridad 5, corresponde al grupo Materno perinatal el cual incluye el Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal, Tasa de mortalidad en la niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas el Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.

Como segundo grupo de riesgo priorizado con el quinto mayor puntaje, se encuentra el grupo de Cáncer donde los indicadores que se encuentran en este grupo son la Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias, Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata y la Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero.

En tercer lugar se ubica el grupo de riesgo de Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico en el cual se priorizó la Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años, Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años y la Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años.

Los indicadores que se clasifican en el grupo denominado “Sin Grupo de Riesgo”, se encuentran en el cuarto lugar, según la frecuencia encontrada, dentro de estos esta Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario y Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas.

En quinto lugar se observan el grupo de Enfermedades infecciosas, en el que las EAPB priorizaron tres subgrupos dentro de los que está el subgrupo de Otras con la Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años, seguido de los subgrupos De transmisión sexual y de IRA con la Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años y la Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas respectivamente.

Por último se observa la priorización del grupo de riesgo de alteraciones nutricionales con el indicador de Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años en una EAPB.

Anexo 7. Mortalidad evitable por principales causas y otros indicadores de salud y calidad de vida para Bogotá D.C 2000-2010-2014

Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

INDICADORES	2000	2010	2014
Razón de mortalidad materna (por mil nacidos vivos)	92,8	37,3	29
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	18,5	11,8	9,6
Tasa de mortalidad por desnutrición (por cien mil menores de cinco años)	4,4	1,2	0,0
Prevalencia de Desnutrición crónica en menores de cinco años	15,3	11,0	18
Prevalencia de desnutrición Global en menores de cinco años	10,9	8,4	5,0
Tasa de mortalidad perinatal (por mil nacidos vivos)	15,1	35,3	13,7
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años (por cien menores)	10,8	0,8	0,5
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años (por cien mil menores)	40,8	17,2	7,8
Tasa de Suicidio (por cien mil habitantes)	5,8	3,5	3,8
Tasa de mortalidad General en menores de cinco años (por cien mil menores)	42,1	25,5	19,2
Embarazos en adolescentes de 10 a 14 años	540	515	415
Embarazos en adolescentes de 15 a 19 años	21.903	19.325	16.686
Cobertura de vacunación con antipolio en menores de un año	81,7	94,2	88,1
Cobertura de vacunación difteria, tétanos, tos ferina (DPT) menores de un año	79,4	94,2	88,1
Porcentaje de cobertura de vacunación con BCG en menores de un año	100,8	101,1	103,0
Cobertura de vacunación contra hepatitis B en menores de un año	78,9	93,8	88,0
Cobertura de vacunación haemophilus influenza en menores de un año	80,8	94,2	88,1
Cobertura de vacunación contra triple viral en menores de un año	75,9	97,3	90,3
Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en menores de un año 2004*	76,8*	69,9	90,0
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra la hepatitis A1	0	65.079	90,4
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra rotavirus	0	220.848	86,3
Dosis de vacunación aplicada en población adulta contra el neumococo	0	82.183	90,0
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra el neumococo	0	346.692	90,0
Número de afiliados al régimen subsidiado de la seguridad social en salud	1.043.968	1.309.008	1.274.295
Tasa de donación de sangre (por cada mil habitantes)(*2005)	25,5(*)	26,0	27
Tasa de donación de órganos y tejidos (por mil habitantes) (*2005)	11,3(*)	19,0	21,7
Esperanza de vida al nacer total Bogotá D,C (en años)	73,23	75,94	79
Tasa general de fecundidad	51,4	41,5	37,9
Tasa Global de fecundidad	2,002	1,7	1,6
Tasa bruta de natalidad	19,1	14,9	13,3
Tasa de Trabajo Infantil (por mil menores)(*2001)	5,3(*)	2,8	7,0

Anexo 7. Capacidad instalada red distrital.

SUBRED	CONCEPTO	2011	2012	2013	2014	Variacion % 2011 2014
NORTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	709	722	775	775	9%
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	142	135	166	171	17%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	197	247	235	228	14%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	35	31	30	29	-21%
	MESAS DE PARTOS	8	9	10	9	11%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	70	72	66	61	-15%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	20	18	17	18	-11%
SUR	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	677	672	679	669	-1%
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	106	106	106	111	5%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	256	259	268	254	-1%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	37	38	41	39	5%
	MESAS DE PARTOS	12	11	10	10	-20%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	75	76	75	74	-1%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	17	16	17	17	0%
SUR OCCIDENTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	540	537	541	543	1%
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	105	117	127	132	20%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	220	211	222	220	0%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	23	20	20	24	4%
	MESAS DE PARTOS	7	7	7	6	-17%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	76	75	75	73	-4%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	12	12	11	12	0%
CENTRO ORIENTE	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	875	899	921	915	4%
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	108	107	100	111	3%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	232	233	227	208	-12%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	34	34	33	31	-10%
	MESAS DE PARTOS	9	9	8	8	-13%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	50	56	53	51	2%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	14	14	14	14	0%
TOTAL DISTRITO	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	2.801	2.830	2916	2902	3%
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	461	465	499	525	12%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	905	950	952	910	1%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	129	123	124	123	-5%
	MESAS DE PARTOS	36	36	35	33	-9%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	271	279	269	259	-5%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	63	60	59	61	-3%

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria, SIHO – Capacidad instalada, Decreto 2193/2004. Ministerio de Salud y Protección Social, Con corte diciembre de 2014

Anexo 8
Responsabilidad de los Actores Plan Territorial de Salud

Plan de Territorial de Salud “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020

1. Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)

2. **Adoptar y adaptar el Plan Territorial de Salud, de acuerdo a la estructura definida, realizando las acciones pertinentes de acuerdo a sus competencias y normatividad vigente.**
3. **Caracterizar a la población afiliada y sus familias, de acuerdo al lineamiento de la nación, para identificar los riesgos en salud insumo para elaborar sus planes de riesgo.**
4. **Concertar con la Entidad Territorial el plan de asesorías para el desarrollo de la línea operativa de gestión del riesgo en salud, acorde con la normatividad vigente y el direccionamiento del nivel nacional.**
5. **Concertar con la red de prestadores de servicios de salud, un plan de gestión del riesgo de su población afiliada para realizar la gestión pertinente.**
6. **Garantizar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada, a través de la contratación de redes de prestación de servicios que den atención integrada e integral.**
7. **Garantizar los atributos de continuidad, longitudinalidad en la prestación de servicios a la población afiliada.**
8. **Realizar la auditoria para el mejoramiento de la calidad a través del diseño e instrumentación de procesos de auditoría externa y métodos de evaluación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su red, propia o contratada, frente a la conformación de redes integradas, modelo de atención, que incluya acciones de inspección, vigilancia efectivo, de acuerdo con las competencias normativas que le corresponden.**
9. **Garantizar que la prestación de servicios se realice con IPS habilitadas en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.**
10. **Disminuir las barreras de acceso de tipo administrativo y geográfico a sus afiliados y beneficiarios, para mejorar la oportunidad en la prestación de servicios.**
11. **Articular con la Secretaría Distrital de Salud la implementación del modelo integral de salud en el Distrito Capital.**
12. **Verificar el cumplimiento de las capacidades tecnológicas y científicas de sus prestadores, de acuerdo a sus competencias, para bienestar de sus afiliados y beneficiarios.**
13. **Cumplir con las condiciones básicas para su habilitación, acorde con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.**
14. **Definir indicadores de calidad acorde a los estándares establecidos en la normatividad, que le permita evaluar a las IPS de su red.**
15. **Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.**
16. **Implementar y monitorear el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en salud SIVIGILA y tomar correctivos pertinentes de acuerdo a los hallazgos.**

Plan de Territorial de Salud “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020

17. **Generar y reportar la información requerida por los sistemas de información en salud de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales.**
18. **Garantizar la participación real y efectiva de las asociaciones de usuarios en salud, y velar por el respeto y la defensa de este derecho en las instituciones prestadoras de servicios de salud de su red, propia y contratada.**
19. **Responder a las necesidades de auditorías concurrentes por parte de la Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.**
20. **Adoptar el sistema de referencia y contra referencia establecido por la secretaría Distrital de Salud.**
21. **Garantizar la participación real y efectiva en las asociaciones de usuarios en salud y comités de ética hospitalaria, por parte de sus afiliados.**

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

1. **Adaptar el Plan Territorial de Salud, de acuerdo a la estructura definida, realizando las acciones pertinentes de acuerdo a sus competencias y normatividad vigente.**
2. **Desarrollar la gestión de riesgo en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.**
3. **Adoptar y aplicar normas y lineamientos técnicos y administrativos definidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y los emitidos por la Secretaría Distrital de Salud.**
4. **Difundir el Plan Territorial de Salud del D.C. al interior de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, incluyendo todo el personal, haciendo especial énfasis en el cumplimiento de metas y normas expedidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.**
5. **Generar y remitir oportunamente, la información requerida por el sistema de información en salud, cumpliendo con los atributos de calidad, establecidos.**
6. **Atender las auditorias concurrentes sobre los casos que representen especial atención de la Central Única de Referencia y Contra referencia, CURYC, Línea 195, las 24 horas del día.**
7. **Realizar la auditoria para el mejoramiento de la calidad a través del diseño e instrumentación de procesos de auditoría y evaluación propia.**
8. **Garantizar la participación real y efectiva de las asociaciones de usuarios en salud, comités de participación comunitaria, COPACOS y comités de ética hospitalaria, al interior de la institución.**
9. **Dar a conocer públicamente, como mínimo: número de quejas, los programas de prevención y control de enfermedades implementados, los resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.**
10. **Aportar al cumplimiento de las metas del Plan Territorial de Salud del D.C. mediante la gestión del riesgo en salud, de acuerdo a los lineamientos distritales.**

Plan de Territorial de Salud “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020

11. Disminuir las barreras de acceso de tipo administrativo y geográfico a sus afiliados y beneficiarios, para mejorar la oportunidad en la prestación de servicios.
12. Verificar el cumplimiento de las capacidades tecnológicas y científicas para la prestación de servicios de salud, de acuerdo a sus competencias, para bienestar de sus afiliados y beneficiarios.
13. Cumplir con las condiciones básicas para su habilitación, acorde con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
14. Definir indicadores de calidad acorde a los estándares establecidos en la normatividad, que le permita su auto evaluación.
15. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.
16. Generar y reportar la información requerida por los sistemas de información en salud de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales.

3. Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

1. Organizar y conformar las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo.
2. Establecer los mecanismos necesarios para la habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
3. Implementar un modelo de atención en salud integral e integrada, que permita la articulación intersectorial en el mejoramiento de condiciones de vida que disminuyan el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad.
4. Realizar acciones de Inspección y Vigilancia de los servicios de salud se brinden de forma continua, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos.
5. Direccional la identificación de la población y determinar los factores de riesgo y factores protectores.
6. Articular la actuación de diferentes actores y sectores para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
7. Definir e implementar el modelo integral de atención en salud para la población del D.C.
8. Garantizar el aseguramiento en salud de la población del D.C. y el acceso efectivo a los servicios de salud.
9. Realizar la vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.
10. Evaluar la oferta de servicios de los prestadores que conforman las redes de prestación de servicios públicas, privadas o mixtas.
11. Coordinar el desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información que permita la toma de decisiones en salud para el D.C.
12. Dar lineamientos y asesoría para la implementación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás

Plan de Territorial de Salud “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020

modalidades que convengan a las condiciones del D.C. y a las buenas prácticas en la materia.

13. **Monitorear los indicadores en salud y tomar las medidas pertinentes que favorezcan a la población del D.C.**
14. **Vigilar y monitorear la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, por los actores del Sistema en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.**
15. **Facilitar la participación social en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación del plan Territorial de Salud.**
16. **Formular, implementar y monitorear el Plan Operativo Anual, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.**
17. **Formular, implementar y monitorear el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública.**
18. **Difundir información que contribuya a conocer los contenidos de los derechos y los mecanismos de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia en la ciudad.**
19. **Generar y reportar de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales, la información requerida por los sistemas de información en salud.**
20. **Diseñar e instrumentar procesos de auditoría externa y métodos de evaluación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su red, propia o contratada, frente a la conformación de redes integradas, modelo de atención, que incluya acciones de inspección, vigilancia y control efectivo, de acuerdo con las competencias normativas que le corresponden.**
21. **Garantizará el derecho a la participación en salud, en donde el estado, representado en la administración distrital, dispondrá de recursos financieros, técnicos, logísticos y humanos para garantizar el derecho y potenciar los procesos de empoderamiento de la ciudadanía.**
22. **Favorecer la atención en salud promoviendo la coordinación con los equipos que desarrollan el Plan de Intervenciones Colectivas, los equipos básicos de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, y demás actores sociales.**
23. **Promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas**

4. Responsabilidad de la Ciudadanía

1. **Promover y facilitar la toma de decisiones y el fortalecimiento del control social de la gestión pública en los asuntos relacionados con la salud y la calidad de vida.**
2. **Participar activamente en el desarrollo de estrategias comunitarias en salud pública que permitan mejorar las condiciones de vida y salud de la población del D.C.**
3. **Generar procesos de organización social para la gestión de agendas que permitan mejorar la calidad de vida y salud de las comunidades.**

Plan de Territorial de Salud “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020

4. Participar de manera activa en la planeación, diseño, formulación, implementación y seguimiento del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
5. Participar activamente en: los comités de participación comunitaria, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, asociación de usuarios, juntas directivas, comités de ética hospitalaria y en veedurías en salud.
6. Apropiar los mecanismos de exigibilidad en salud para lograr el goce efectivo del derecho a la salud.

5. Academia y Gremios Profesionales

1. Ajustar los currículos y orientar las prácticas académicas de los estudiantes en particular los de ciencias de la salud y ciencias sociales, con un enfoque, gestión del riesgo y de salud urbana y rural; de conformidad con el Plan Territorial de salud.
2. Fomentar la generación del conocimiento y la investigación en temas prioritarios para la salud de la población, incluidos los contemplados en el Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
3. Establecer y promover articulaciones y alianzas entre diferentes agentes académicos e instituciones vinculadas a la producción de conocimiento.
4. Articular con las redes de universidades los procesos de implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
5. Promover proyectos de invención e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en salud.
6. Proponer acciones de organización, alianzas y aproximación intersectorial de agentes interesados, tanto para el financiamiento, el fomento y la formación en investigación y la apropiación de sus resultados.
7. Incorporar en el debate político distrital en salud, los asuntos identificados como prioritarios para la ciudad, con el fin de lograr que las agendas de formación profesional, de investigación y educación continuada, aporten a su solución desde una perspectiva real y eficiente.
8. Participar activamente en la construcción de políticas públicas para la ciudad, que aporten al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.
9. Desarrollar convenios con instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente con las Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
10. Incorporar la relación docencia servicio en la red de prestadores de salud de la ciudad y generar procesos de formación del talento humano, de acuerdo con la normatividad vigente.

6. Administradoras de Riesgos Profesionales

1. Participar en la construcción del Plan Territorial de Salud y difundirlo a sus funcionarios y afiliados

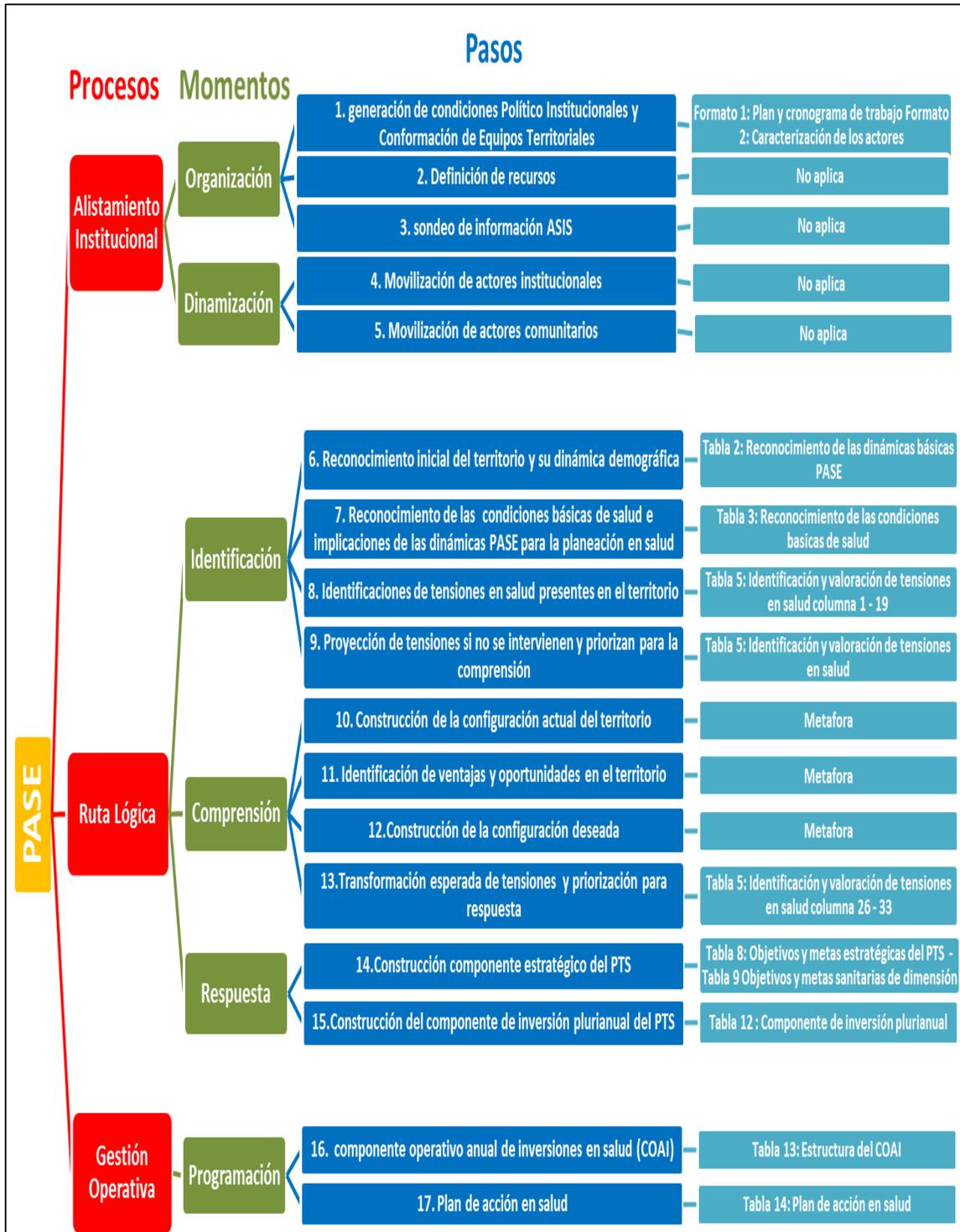
Plan de Territorial de Salud “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020

2. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud y de condiciones de trabajo de la población afiliada al Sistema de Riesgos Profesionales en el Distrito Capital.
3. Participar en la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud lideradas por la Secretaría Distrital de Salud.
4. Establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad.
5. Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
6. Fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los agentes de riesgos ocupacionales.
7. Realizar seguimiento a la exposición a riesgos detectados del orden ocupacional y liderar su modificación positiva, para mejorar el ambiente laboral y la salud de sus afiliados
8. Garantizar la operación de la vigilancia en salud pública en el entorno laboral.

7. Empresarios y Gremios de Producción

1. Garantizar la afiliación de sus trabajadores al Sistema Integral de Seguridad Social, de acuerdo con la normatividad vigente.
2. Promover ambientes de trabajo saludables y la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludable.
3. Promover proyectos de invención e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento y avances en salud.
4. Incorporar en el debate político distrital en salud, los asuntos identificados como prioritarios para la ciudad, con el fin de lograr que las agendas de formación profesional, gestión del conocimiento, investigación y educación continuada aporten a su solución, desde una perspectiva real y eficiente.
5. Participar activamente en la construcción de políticas públicas para la ciudad.
6. Suscribir y desarrollar con la Secretaría Distrital de Salud, convenios de responsabilidad social con la ciudad, para mitigar impactos y favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de la población residente en el Distrito Capital

Anexo 9. Estrategia PASE a la Equidad en Salud



Fuente. Universidad Externado de Colombia 2015

Anexo 10. Proceso de Armonización del PDSP con el PDD 2015

1. Armonización de Plan Territorial de Salud 2012-2016 con el Plan Decenal de salud Pública 2012-2021

Conforme a los lineamientos de orden nacional y considerando que el momento de adaptación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, mediante la promulgación de la normatividad correspondiente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se produce cuando ya se encontraba aprobado y en ejecución el Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 y por ende el Plan Territorial de Salud, se hace necesario realizar el desarrollo de la metodología PASE a la equidad en salud para armonizar los dos planes. Para ello fueron desarrollados los procesos, momentos, pasos y actividades definidos por la metodología de la estrategia PASE, acorde a la descripción realizada anteriormente.

A partir del plan de trabajo aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se concretan acciones con las Secretarías Distrital de Hacienda y Secretaría Distrital de Planeación, para identificar y convocar referentes de distintos sectores de la administración distrital, e iniciar el desarrollo metodológico estructurado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en convenio con la universidad externado de Colombia y el Fondo de Poblaciones de las Naciones unidas (UNFPA).

En desarrollo del proceso se organiza un “Taller de Relacionamiento” para identificar los actores claves del nivel distrital, que por sus competencias y responsabilidades deben participar. Asisten al taller representantes de comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, representantes del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, profesionales de la Dirección de Salud Pública, Aseguramiento, Planeación y Sistemas, Participación Social, Desarrollo de Servicios de la SDS.

Como producto del taller de relacionamiento, se realiza la gestión para la delegación correspondiente y se obtiene la participación de profesionales delegados de las Secretarías Distritales de: Hacienda, Integración Social, Educación, Movilidad, Planeación, de la Mujer, Desarrollo Económico, de Gobierno e institutos adscritos como el de Recreación y Deportes, el de Desarrollo Económico, el de Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), la Caja de Vivienda Popular, la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos (UAESP), para la Economía Social, Empresa de Acueducto y Alcantarillado, e IDECA.

Para iniciar el desarrollo de la metodología PASE a la Equidad, con el equipo intersectorial constituido, por profesionales delegados por cada sector y los profesionales de las distintas dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza presentación de la misma. A partir de este momento se inicia la recolección de información de las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica, la cual será usada para identificar el territorio y comprensión de la situación de salud y sus factores determinantes en el segundo proceso.

Se constituyen equipos intersectoriales por temáticas, teniendo como referencia las dimensiones prioritarias de vida, definidas en el Plan Decenal de Salud Pública y se desarrollan mesas de trabajo de: 1. Salud ambiental, 2. Vida saludable y condiciones no transmisibles, 3. Convivencia social y salud mental, 4. Seguridad alimentaria y nutricional, 5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, 6. Vida saludable y enfermedades transmisibles, 7. Salud pública en emergencias y desastres, 8. Salud y ámbito laboral. Cada equipo establece su propia dinámica y quincenalmente se avanza en la revisión conjunta de productos, en mesas quincenales de trabajo colectivo.

Dadas las exigencias del Ministerio de Salud y Protección Social, de armonizar el Plan Territorial de Salud 2012-2016 con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y de llevar a cabo el diligenciamiento de los aplicativos definidos como herramienta tecnológica para ello, se fortalece el trabajo al interior de la Secretaría de Salud, se realiza un taller en el que se identifica las implicaciones de las dimensiones del desarrollo (PASE) en la salud de la población en las diferentes dimensiones de vida, se identifican, valoran y transforman las tensiones de cada dimensión, para continuar con la comprensión del territorio, insumo para la planeación en salud.

Como producto del momento de armonización de planes, se cuenta con información de dinámicas PASE, datos del comportamiento de indicadores de salud en la población, comprensión de los determinantes de la situación de salud del Distrito Capital, las ventajas y oportunidades con que cuenta la ciudad para modificar estos determinantes, un acercamiento a la visión del plan territorial y la identificación del aporte del Plan Territorial de salud 2012-2016 al cumplimiento de metas del Plan Decenal y los recursos invertidos en el mismo.

Estos elementos son consolidados en los aplicativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, quedando así armonizado el Plan Operativo Anual de Inversiones y el plan de Acción 2012-2016 del D.C. con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Los anteriores productos, son considerados insumos para el siguiente momento de planeación integral en salud: la formulación del Plan Territorial de Salud, en el marco del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2019.

2. Formulación del Plan Territorial de Salud 2016-2019

A partir del proceso de armonización de planes referida anteriormente, se cuenta con una batería de indicadores sectoriales y de otros sectores (dimensiones del desarrollo) analizados e inter relacionados para explicar la situación de salud de la población del Distrito Capital, al igual que una aproximación a las prioridades en salud y para la salud, que desde el sector y otros sectores deben ser abordadas, para mejorar las condiciones que afectan la calidad de vida y en consecuencia la salud de la población, que habita el Distrito Capital.

Recogiendo la experiencia del 2015, se realiza el alistamiento institucional, la convocatoria a los sectores para participar en la formulación del plan territorial y con los insumos recolectados el año anterior se organizan talleres y mesas de trabajo para definir, valorar las tensiones en salud (magnitud, cronicidad, impacto) y continuar con el proceso de formulación de objetivos sanitarios de resultado y producto, al igual que las metas y estrategias para incidir en la salud de la población, las cuales se verán reflejadas en el Plan territorial de salud 2016-2019.

La definición de tensiones y su valoración, permite al Distrito identificar no solo el comportamiento de los eventos en salud, las localidades donde se presentan, sino también esos aspectos que generan dicha situación desde lo poblacional, ambiental, social, económico e institucional, las posibles demandas de atención de la población a distintos sectores incluida salud y adicionalmente con qué elementos cuenta no solo la Secretaría Distrital de Salud, sino el Distrito Capital desde el punto de vista de ventajas y oportunidades para afectar dicha situación y las necesidades de considerarlas en la planeación sectorial y de la administración pública distrital.

Una vez se socializan y analizan las tensiones identificadas, en un espacio de taller intersectorial con representantes de la comunidad, se procede a identificar los aspectos generadores comunes en todas ellas, definiendo así los racimos y los ejes estructurantes del Plan Territorial de Salud, los cuales se centran en aspectos de la pobreza, acceso a bienes

y servicios, nivel educativo de la población, acceso al sistema educativo, desconocimiento de deberes y derechos en salud, barreras de acceso a la prestación de servicios, calidad de la atención en salud, modelo de aseguramiento y modelo de atención y prestación, ejercicio de gobernanza y rectoría por parte de la Secretaría de Salud, A partir de estos resultados, y con la transformación de las tensiones se inicia la construcción del marco estratégico del Plan Territorial.

El ejercicio de formulación del componente estratégico se realiza por dimensiones prioritarias de vida y de la dimensión transversal de Fortalecimiento de la Autoridad sanitaria. Las poblaciones vulnerables como dimensión transversal se incluyeron en cada una de las dimensiones de vida.

Anexo 11 Agrupación de causas de morbilidad según CIE10 por prioridades del PTS 2016-2020

Prioridad	Descripción	Código CIE 10
1. Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles [Crónicas]	Enfermedades cerebrovasculares	I60 - I69
	Cáncer de colon y rectosigmoides	C18
	Cáncer de estomago	C16
	T. Maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon	C15, C17, C19 - C21, C26, C48
	T. Maligno hígado y vías biliares	C22-C24
	T. Maligno del páncreas	C25
	T. Maligno de la tráquea , bronquios y pulmón	C33 - C34
	T. Maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	C30 - C32, C37 - C39
	Cáncer de mama	C50
	T. Maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	C81 - C96
	Cáncer de próstata	C61
	Cáncer de tiroides	H415,
	Tumor Maligno de otros órganos genitourinarios	C51 - C52, C56 - C57, C60, C62 - C68
	Hiperplasia de la próstata	N40
	Otros tumores malignos	RESTO DE (C00-C97): C00 - C14, C40 - C47, C49, C58, C69 - C80, C97
	Carcinoma-in-situ, t. Benignos y de comportamiento incierto o desconocido	D00 - D48
	Diabetes mellitus	E10 - E14
	Enfermedades del sistema urinario	N00 - N39
	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	G04 - G98
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40 - J47
	Otras enf. de las vías respiratorias superiores	J30 - J39
	Enfermedades pulmón debidas a gentes externos	J60 - J70
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J441, J448, J 449
	Otras enfermedades respiratorias	J80 - J98
	Otras enfermedades del sistema digestivo	RESTO DE (K00 - K93) : K00 - K31, K50 - K55, K57 - K66, K71, K72, K75, K80 - K92
	Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	K35 - K46, K56
	Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	K70, K73, K74, K76
	Fiebre reumática aguda y enfermedades cardiacas reumáticas crónicas	I00 - I09
	Enfermedades hipertensivas	I10 - I15
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20 - I25
	Enf. Cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	I26 - I45, I47 - I49, I51
	Paro cardiaco	I46
Insuficiencia cardiaca	I50	

	Aterosclerosis	I70
	Otras de enfermedades del sistema circulatorio	I71 - I99
	Infarto agudo del miocardio	I252
	Insuficiencia renal crónica	N189

2. Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas intestinales	A00 - A09
	Eda	A09X
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	RESTO DE (A00-B99): A21 - A31, A32.0, A32.7 - A32.9, A38, A42 - A43, A46 - A49, A65 - A67, A69 - A74, A81, A85.0 - A85.1, A85.8, A86, A88-A89, A92 - A94, A96 - A99,
	Chagas	B570, 575
	Dengue	A90X, 91X
	Malaria	B520, 528, 529, B54X
	Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	A20, A44, A68, A75 - A79, A82 - A84, A85.2, A90 - A91, A95, B50 - B57
	Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	A33 - A37, A80, B05, B06, B16, B17.0, B18.0, B26, B91, P35.0
	Meningitis	A32.1, A39, A87, B00.3, B01.0, B02.1, B37.5, B38.4, G00 - G03
	Septicemia	A40 - A41
	Infecciones respiratorias agudas	J00-J22
	Neumonía	J100, 120-122, J128-129, J159
	Tuberculosis	A15 - A19, B90

3. Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Enfermedad por el Vih/Sida	B20-B24
	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	O681,682
	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	O741-743, O746, 748, 758, P038-039
	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	O100-104, O109, O299
	Eclampsia	O140-141, O149-152, O159
	Embarazo terminado en aborto	O021, O030-O069
	Endometritis	N800-806, N808-809
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J22X, J440, Z825
	Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas	D690, D693, D65X, D682, D684, D688, D689, O450, O670
	Preeclampsia	O140,141, O149-152, O159
	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	N736, N738
	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	P00, P04

Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	P01 - P03, P10 - P15
Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual	A50 - A64
Parto	O421, 0828
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	P05, P07
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	P20 - P28
Sepsis bacteriana del recién nacido	P36
Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	P55 - P57
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	P08, P29, P35.1 - P35.9, P37 - P54, P58 - P96
Embarazo, parto y puerperio	O00 - O99
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00 - Q99
Infecciones de transmisión sexual	A64x
Sífilis	A506, 509
Sífilis congénita	A500, 502, A504, 507, A509

4. Salud Ambiental y Ámbito Laboral	Acusia - hipoacusia	
	Conjuntivitis alérgica	
	Dermatitis de contacto	
	Intoxicación alimentaria	

5. Salud Mental y Convivencia Social	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	F200-203; F205-206, F208-209, F230-231
	Retraso mental	
	Trastornos del desarrollo psicológico	
	Trastornos del humor [afectivos]	F39X
	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	
	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	
	Trastornos mentales y del comportamiento	
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	

6. Accidentes y Violencia	Códigos Resolución 3374 de 2000 Minsalud	
	02 = accidente de tránsito	0 2
	06 = evento catastrófico	0 6
	07 = lesión por agresión	0 7
	08 = lesión auto infligida	0 8
	09 = sospecha de maltrato físico	0 9
	10 = sospecha de abuso sexual	10
	11 = sospecha de violencia sexual	11
	12 = sospecha de maltrato emocional	12

Talleres de Construcción Plan Territorial de Salud 2016-2020

Participantes

Adiela Balanta.	Jazmín Pintor
Álvaro Varela	Jenny Gaitán
Carolina Bohórquez	Jenny Pinilla
Charlotte Callejas	Jenny Ríos
Isabel Buritica	Johana Cabiativa
Laura Angarita	Johana Moreno
Martha Santa Cruz,	Johanna Cabiativa
Melina Narvaez	José Adrián Valero
Patricia Villegas	José Delgado
Paula Board	José Francisco Vargas
Adiela Balanta	José Mena
Adriana Constanza Padilla	Juan Mauricio Beltrán
Adriana Cortes	Juan Pablo Cantor
Adriana García	Julián Mauricio Beltrán
Adriana L Sánchez	Laura Marina R
Adriana Padilla	Laura Rocío Angarita
Adriana Sánchez	Leidy Díaz Rivera
Albinci Velásquez	Leslie Guasmayán
Alejandra Caro	Leslie Lindarte
Alejandro Peña	Leslie Torres
Alejandro Rico Mendoza	Libardo Rentería
Alex Estepa	Lilian Montañez
Alexander Estepa	Lilian Núñez
Alexandra Porras	Liliana Guerrero
Alexis Sánchez Tovar	Liliana Torres
Alfonso Lara	Luis Antonio Morales
Elizabeth León Fanny Guanumen	Luis Fernando Beltrán Ordoñez
Álvaro Girón	Luis Morales
Amanda Siachoque Rodriguez	Luis Nazareno
Amparo M Hincapié	Luis Orlando Hernández
Amparo Ramírez	Luisa Fernanda Vargas
Amparo Ramírez	Luz Ángela Páez
Amparo Rodríguez	Luz Helena Rúa
Ana Marcela Corredor	Luz Magdalena González
Ana María Sierra	Luz Mireya Ardila
Ana Milena Moreno	Luz Myriam Díaz
Ana Marcela Corredor	Luz Myriam Roa
Andrea Ávila P	Luzmila Buitrago
Andrea Bastidas	Ma. Cristina Duarte

Participantes

Andrea Labachuco Castro	Magaly Núñez
Andrea Torres	Magda Camelo
Andrea Villamizar	Marcela Acelas
Andrés Guerrero	Marcela Correa
Andrés Medina Vanegas	Margarita Angarita
Ángela Andrea Pórtela	Martha Gualdrón
Ángela Sosa	María C Castañeda
Armando Hernández	María Celsa Castañeda
Astrid López B.	María Cristina Chacón
Astrid Montel	María Cristina Prieto
Ayda Rocío Salcedo	María cristina Salcedo
Beatriz Helena guerrero	María del Pilar Arias
Bernardo Camacho Rodriguez	María Mercedes Pabón
Viviana Alvarado,	María Mercedes pachón
Blanca Lilia Ardila	María Mercedes Páez
Camila Rodríguez	María Nancy Becerra
Carlos Andrés Rincón	María Patricia Becerra
Carlos V Cobo	María Teresa Espitia
Carolina Plazas	María Victoria Carrillo
Carolina Torres	Mario Cortes
Catalina García	Maritza Barrero
Catalina medina	Maritza Castiblanco
Catherine Rodríguez	Maritza Judith Fonseca
Cielo Rocío Valencia	Marley Andrea Ávila
Clara Inés Penagos	Marlén Soto
Clara Villanueva	Martha Barrero
Claudia Amparo Mora	Martha Garzón L
Claudia Mora	Martha Gualdrón
Claudia Patricia Guerrero	Martha Judith Fonseca
Clemencia Mayorga	Martha L Rincón
Constanza Hernández	Martha Ligia Rincón
Cristina Robayo	Martha Liliana Álvarez
Daily Perea	Martha Lucía Mora
Daniel Arias	Martha Lucía Rentería
Daniel Bernal	Martha Lucía Santacruz
Darío Medina	Martha Patricia Becerra
Diana Carolina Blanco	Martha Patricia Cárdenas
Diana Celedón	Mary Bernal
Diana Ester Celedón	Mauricio Molina.
Diana marcela Saavedra	Mayerly Molano

Participantes

Diana Paola Valencia	Melina Narváez
Diana Peláez	Mireya Martinez
Diane Moyano	Miryam Álvarez
Dilson Ríos	Miryam Rodríguez
Dora Haydde Montes	Nancy Rodríguez
Dora Plazas	Nathali Gutiérrez
Duvan Lozano	Nelly Janeth Rueda
Edgar Ardila	Nidia Suarez
Eduardo Barbosa	Nubia Gonzalez,
Elizabeth León	Nubia Stella González
Elizabeth Meza	Olga Lucía Mancera
Elizabeth Quiñonez	Olga Moya
Esperanza Galeano	Oscar Andrés Cruz
Fabiola Rey	Paola Santander
Fanny Guanumen	Paola Serna
Fernan Espinosa Tamara	Paola Villamizar
German H Hernández	Patricia Londoño
Gina Paola Rangel	Patricia Montenegro
Gladys Espinosa	Paula A Borda
Gloria Bustamante	Pilar Ángel
Gloria Imelda Mora	Pilar Garzón
Gloria Janeth Quiñones	Rodrigo Rodríguez
Gloria Pedraza	Rosa Nubia Malambo
Gloria Quiñones	Ruth Buitrago
Gloria Sacristán	Ruth Ester Buitrago
Graciela Holguín	Ruth Estrada,
Guillermo Álvarez	Sandra Gómez
Sandra Janet Gomez Gómez	Sandra M Rodríguez
Guillermo Prieto	Sandra Ramírez
Guillermo Ríos	Sol Ángel Garcia
Guillermo Sánchez	Sol Beltrán
Héctor A González	Sonia Rebollo Sastoque
Hector Henry Henao	Sonia Vega
Héctor Mario Restrepo	Tatiana Díaz H
Helber I Vera	Tatiana Valentina Cabrera
Henry Alejo A.	Victoria Carrillo,
Heydi Hidalgo	Viviana Martínez
Inés Marlen Esguerra	Viviana Ramírez
Irlena Morales	William A Luque M
Isabel Buritica	Yady Cristina González

Participantes

Ivonne Arévalo,	Yaneth Valero
Jairo H Ternera	Jazmín Puerta
Janet Rueda	Yesid Leyva
Janeth Quimbay	Yolanda Gomez V
Janeth Quiñonez	Yolanda Sepúlveda