



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Plan Territorial de Salud
Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016
Bogotá D.C., mayo de 2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Tabla de Contenido

Presentación	7
Introducción	12
a. Una ciudad que reduce la segregación social y la discriminación:.....	19
b. Un territorio que enfrenta la variabilidad climática y se organiza alrededor del agua.....	20
c. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público.....	21
2. Referente Conceptual	23
Conceptos Básicos	23
3. Sustento Normativo	32
• Acuerdos y compromisos internacionales	32
• Referente Normativo Nacional	35
• Marco Normativo Distrital	40
4. Situación de Salud de Bogotá D.C.	43
4.1.2.3. Estructura productiva -Producto Interno Bruto- [PIB] per-cápita -ingreso-	48
4.1.2.4. Accesibilidad a servicios públicos	49
4.1.2.5. Tasas de empleo y desempleo.....	51
4.1.2.7. Acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud [SGSSS]	52
4.1.3.1. Demográfica.....	53
4.1.3.1.1. Estructura poblacional.....	53
4.1.3.1.2. Distribución poblacional en el territorio	54
4.1.3.1.3. Crecimiento poblacional	54
4.1.3.1.4. Fecundidad en Bogotá	55
4.1.3.1.5. Natalidad en Bogotá.....	56
4.1.3.1.6. Esperanza de vida en Bogotá	56
4.1.3.2.1. Mortalidad	57
4.1.3.3.1. Indígenas.....	66
4.1.3.3.2. Afrocolombianos.....	68
4.1.3.3.5. Víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, al derecho internacional humanitario y delitos de lesa humanidad.....	69
4.1.3.3.6. Población LGBTI	70
4.1.3.3.7. Mujeres	71
4.1.4.1.1. Infancia y Juventud	72
4.1.4.2. Adulthood y persona mayor.....	75
4.1.4.7. El intento de suicidio - el suicidio consumado	81
4.1.4.8. Seguridad alimentaria y nutricional (SAN)	81
4.1.4.9. Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual	83

4.1.4.10. Uso y abuso de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.....	83
4.1.4.13. Discapacidad	94
4.1.4.15. Trabajo infantil	96
4.2.2. Aire, ruido y radiación electromagnética.....	97
4.2.3. Calidad del agua y saneamiento básico	97
4.2.4. Seguridad Química.....	98
4.2.5. Alimentos sanos y seguros	98
4.2.6. Medicamentos seguros.....	98
4.2.7. Cambio climático.....	98
4.2.8. Hábitat, espacio público y movilidad.....	99
4.2.9. Seguridad del paciente.....	99
5. Orientación Estratégica del Plan	130
5.1 Plataforma estratégica	130
5.1.1 Misión.....	130
5.1.2 Visión	130
5.1.3 Objetivo General	130
5.2 Ejes Estratégicos	130
5.4. Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.....	132
5.4.1. Componente de Aseguramiento	133
5.4.2. Componente de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud.	136
5.4.3. Componente de Salud Pública.....	142
5.4.4. Componente de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales	150
5.4.5. Componente de Urgencias, Emergencias y Desastres	153
5.5. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua	155
5.5.1. Componente de Salud Ambiental.....	156
5.6. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público.....	158
5.6.1.1. Componente de Gobernanza y Rectoría	159
5.6.1.2. Componente de Promoción social	171
6. Financiamiento del Plan de Desarrollo	174
a. Exploración Retrospectiva.....	175
7. Responsabilidades de los Diferentes Actores con el Plan Territorial de Salud 2012-2016 ..	181
7.1. Empresas Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB].....	181
7.2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.....	183
1. Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.	184
2. La Ciudadanía.....	186

3.	Academia y Gremios Profesionales.....	186
4.	Administradoras de Riesgos Profesionales	187
5.	Empresarios y Gremios de Producción	188
8.	Metodología	190
8.1.	Objetivo General	191
8.2.	Estrategia Metodológica	191
8.2.1.	Fase 1 de Preparación.....	191
i.	Fase 2 de Formulación.....	192
ii.	Fase 3 de Aprobación	193
iii.	Fase 4 de Ajuste y Armonización	194
iv.	Fase 5 de Socialización	195
v.	Fase 6 de Adopción	195
vi.	Fase 7 Implementación y Seguimiento.....	196
vii.	Fase 8 Evaluación.....	197
9.	Bibliografía	198
10.	Anexos	200
	“Construcción colectiva Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana Ya” 2012 – 2016”.....	211
	“Construcción colectiva Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana Ya” 2012 – 2016”.....	214
	“Construcción colectiva, Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo.....	219
	“Bogotá Humana Ya” 2012 – 2016”	219
	“Construcción colectiva, Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo.....	221



Gustavo Francisco Petro Urrego

Alcalde Mayor de Bogotá D.C.

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Secretario Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Aldo Cadena Rojas

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Martha Liliana Cruz Bermudez

Directora de Planeación

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Director de Salud Pública

María Cecilia Reyes López

Directora de Talento Humano

Iván Jairt Guarín Muñoz

Director de Desarrollo de Servicios

Helver Giovanni Rubiano García

Director de Aseguramiento

Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento

Director Financiero (e)

Doris Cecilia Maturana Gutierrez

Directora Administrativa

Hugo Ernesto Zárrate Osorio

Director de Participación Social

Luis Enrique Beleño Gutierrez

Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (e)

Carmen Lucia Tristancho Cediel

Directora Jurídica

Oriana Obagui Orozco

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Patricia Arevalo Piñeros

Corrección de Estilo

Diego Bautista Mansilla

Fotografía

Gabriel Lozano Diaz

Coordinador General Plan Territorial de Salud

Octavio Henao Orrego

Luis Hernando Nieto Enciso

Orlando Rodriguez Carvajal
Asesores Despacho Secretaria Distrital

Julio Alberto Sáenz Beltrán

Asesor Externo

Dirección de Planeación y Sistemas

Ricardo Rojas Higuera

Enlace Secretaria Distrital Planeación

Dirección de Planeación y Sistemas

Equipo Coordinador

Dirección de Planeación y Sistemas

Lucia Azucena Forero Rojas

María Patricia Gonzalez Cuellar

Alejandro Castaño Vásquez

Sandra Janeth Gómez Gómez

Juan Pablo Barrera Vargas

Mayra Alejandra Contreras Rios

Jorge Andrés Barajas Onofre

Jimmy Andrés Orozco Wilches

Luis Alfonso Lara Landinez

Dirección de Desarrollo de Servicios

Consuelo Peña Aponte

María Claudia Franco Morales

Dirección de Salud Pública

Luz Dina Rios Bautista

Marina Garcia Lichst

Esperanza Avellaneda de Gomez

Sandra Oliveros Marín

Dirección de Participación Social

Ena Cristina Fernandez Moreno

Martha Lucia Triviño Gómez

Presentación

Bogotá D.C. como ciudad capital del país, es una responsabilidad de todas y todas quienes vivimos en ella. Prepararnos para hacer de la ciudad un lugar en el cual la vida digna sea un propósito y una realidad, es el compromiso asumido por la Administración Distrital elegida democráticamente para el periodo 2012 al 2016.

La salud como derecho fundamental de los ciudadanos, es responsabilidad del Estado y como tal, el gobierno distrital la asume de manera consciente, mediante el reconocimiento, respeto, defensa y garantía del mismo, como aporte para que la población que vive, labora y transita en la ciudad, logre desarrollar plenamente su potencial vital.

Al finalizar el 2016, la ciudad habrá rescatado la solidaridad y la esencia del Estado y de lo público, como factores para garantizar el derecho a la salud. De igual forma, se deberán haber logrado mejoras sustanciales en los resultados de salud de su población, por reducción significativa de brechas e inequidades, presentes hoy entre localidades, territorios y grupos sociales. También, se deberá haber propiciado condiciones ambientales y sanitarias seguras, satisfactorias, sostenibles y humanas para los habitantes y visitantes, que concurren cada año en procura de desarrollar actividades laborales, comerciales, turísticas, culturales, entre otras.

Estos son requisitos para lograr que nuestra capital, no sólo, mejore la calidad y condiciones de vida de las personas; sino que, además, se incorpore plenamente a la globalización, atendiendo a la sustentabilidad de la ciudad y de la región, orientada por las premisas del Programa de Gobierno Bogotá Humana 2012-2016, de “No Segregar”, “No Depredar”, y “No robar”, constituyéndose en los tres ejes fundamentales de la gestión del sector, de todos y cada uno de los actores y organizaciones que lo integran: la eliminación de la segregación; el rescate de las fuentes de vida, que representan todos y cada uno de los recursos naturales, siendo el agua el más importante para la preservación de la vida actual y de las futuras generaciones; y la preservación, recuperación de lo público y de la esencia del Estado.

En Bogotá Humana, se pasa entonces del mero enunciado de “garantía del derecho a la salud”, por su efectiva defensa, rol que se asume de manera directa e integral desde la administración central y desde la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., sus entidades adscritas y organismos concurrentes tales como: el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la red de Empresas Sociales del Estado, entre otras, quienes trabajarán de manera armónica, para lograr mejorar las

condiciones de vida y salud de la población, bajo un modelo de salud, de gestión y de atención integral.

En este sentido, la participación social es esencial para la apropiación y empoderamiento de la ciudadanía en todo el proceso de toma de decisiones en salud, permitiendo el desarrollo de mecanismos en los cuales los ciudadanos y ciudadanas que habitan en los territorios de la ciudad, tengan la posibilidad de incidir en la orientación y ejecución del presupuesto local y en la rendición de cuentas, para aportar al manejo transparente de los recursos de la salud.

Para ello, la salud se aborda a partir del reconocimiento de un proceso histórico, político, económico, ambiental y social complejo, que condiciona la vida de la población, diseñando acciones efectivas, que desde las realidades territoriales, busquen modificar las causas estructurales que explican la situación actual de salud de la población bogotana. Esto implica el compromiso de cada uno de los sectores y actores sociales, para que la ciudad sea un mejor lugar para la realización de la vida en todas sus dimensiones.

La gobernanza y la rectoría del sector salud de la ciudad capital, se cimentará en la gestión eficiente, eficaz y efectiva como medio que permita la garantía del derecho a la salud, mediante el ejercicio del direccionamiento y ordenamiento del sector, articulando las responsabilidades de todos sus actores. Los equipos de gobierno de las entidades que conforman el sector público de la salud deberán ser ejemplo de probidad en la gestión para lograr los mejores resultados.

Con este ejemplo y la legitimidad que se obtiene de la ciudadanía, se logrará la credibilidad en el sector y sus instituciones a través de vocación de servicio, sustentada en la humanización, la oportunidad, la accesibilidad, la seguridad, la pertinencia y la continuidad, para la satisfacción de las necesidades en salud con estándares superiores de calidad.

El fin último del sistema de atención sanitaria para la ciudad, será lograr el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, alcanzando mejor calidad de vida y mayor esperanza de vida al nacer. Para ello, cada actor del sistema deberá facilitar el acceso a los servicios de salud, garantizando la atención continua y con calidad, bajo un modelo de atención en salud, que integre a los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y que permita la articulación con los servicios sociales para las personas en cada etapa de ciclo vital, desde su diversidad.

La Administración Distrital promueve un pacto a favor de la defensa del derecho efectivo de la salud, rescatando la esencia del quehacer del Estado y de lo público.

Para el efecto, propone los siguientes compromisos que se deberán adoptar por todos y cada uno de los actores del sistema de salud:

- Proteger y preservar todas las formas de vida en la ciudad y en la región.
- Mejorar de los resultados en salud para la población bogotana, mediante la transformación y adopción de un modelo basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), fortaleciendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la participación social, el trabajo intersectorial y la reorganización de redes.
- Favorecer el acceso al Sistema de Salud y la cobertura universal de la población, para la garantía efectiva del derecho a la salud y el disfrute de los beneficios de los diferentes planes definidos.
- Administrar eficientemente los recursos del sector, en especial por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, de tal manera que se garantice el acceso efectivo de los contenidos en los planes. La EPS Capital Salud, será fortalecida como entidad pública, de tal forma que actúe como moduladora de la actividad aseguradora en salud y lidere la garantía del acceso real a los servicios de salud.

Atender con humanización y estándares superiores de calidad a la población en los servicios de salud. Para ello se promoverá la acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con énfasis en la reorganización y modernización de las Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, para mejorar sustancialmente la capacidad resolutive en todos los niveles de atención, incluyendo el desarrollo de centros de alta especialización para enfermedades complejas. Se promoverá la implementación de la política de seguridad del paciente, el desarrollo de la estrategia de hospitales verdes y la constitución de centros de excelencia en las redes integradas de servicios de salud. Se estructurará una transformación de los hospitales distritales, incluyendo los diferentes niveles de complejidad, como centros de docencia e investigación en salud, que permita la especialización de los altos niveles y el fortalecimiento de niveles medio y bajo en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para garantizar la calidad en la atención en la red pública hospitalaria, se mejorarán las capacidades del talento humano, la infraestructura física, incluido el reforzamiento estructural, y la tecnología en salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán estar dispuestas y preparadas para apoyar la formación de talento humano para el sector, como centros de práctica acreditados y posteriormente como hospitales universitarios.

- Desarrollar acciones conjuntas, entre el sector público y el privado, bajo la premisa de la responsabilidad social, recogiendo los esfuerzos de los diferentes actores

sociales en pro del mejoramiento de la salud de la población. Se buscará la realización de alianzas público privadas para fortalecer las redes de atención, la integralidad y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

- Favorecer la cualificación de los procesos en el sector, generando estricto cumplimiento de la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante estrategias de capacitación, asesoría, asistencia técnica, acompañamiento para el cumplimiento de las funciones, roles y procedimientos a su cargo. En este sentido la Secretaria Distrital de Salud, en su función rectora, será garante del debido proceso de las acciones de Inspección Vigilancia y Control, para lo cual se realizarán las acciones administrativas y jurídicas necesarias.
1. Proveer insumos hospitalarios esenciales y demás suministros del sector salud, con todos los actores del Sistema, bajo prácticas éticas garantizando la calidad de los mismos, precios justos y relaciones financieras equilibradas en el sector.
 2. Garantizar el trabajo digno en el sector, erradicando toda forma de vinculación laboral precaria. En lo público, que formalizarán las plantas de personal, mejorando las condiciones laborales garantizando las prestaciones sociales y la calidad de vida de los trabajadores.
 3. Generar y disponer de la información en salud, como insumo para el análisis de la situación de salud de la población del Distrito. La investigación y las tecnologías de información y comunicación en salud, son medios facilitadores de interacción de las entidades del sector salud con la ciudadanía. El Sistema Único Distrital de Información en Salud, incluida la historia clínica unificada digital, será referente básico y sustento para la planificación, monitoreo y evaluación de las obligaciones de cada actor del Sistema de Salud y del seguimiento al cumplimiento de los propósitos y objetivos del Plan Territorial de Salud.
 4. Desarrollar investigación en salud. El conocimiento como bien público, debe ser factor fundamental para el Plan de Salud hacia el 2016. Bogotá D.C. debe erigirse formalmente como el máximo centro nacional y uno de los primeros de Latinoamérica, de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud para lo cual las intervenciones regionales integrales serán una prioridad en esta Administración.
 5. Proteger el ambiente de la ciudad, desde las prácticas seguras, que garanticen la sustentabilidad, preservación y recuperación de los recursos ambientales y la precaución frente al deterioro ambiental y las consecuencias del cambio climático.
 6. Cumplir con los protocolos y estándares del Reglamento Sanitario Internacional, implementado las acciones suficientes y necesarias, que limiten la propagación de epidemias y emergencias que afecten la salud de las colectividades a nivel local, nacional e internacional.

7. Mejorar medios virtuales de apoyo en comunicación, educación, diagnóstico y tratamiento para problemas específicos de las personas, las familias y las comunidades, para acercar los servicios al ciudadano y mejorar la resolutiveidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
8. Concurrir con los compromisos de Plan Territorial en Salud, aunando esfuerzos para el logro de sus objetivos y cumplimiento de metas que inciden en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población.

Con estos compromisos, la Administración Distrital presenta a la ciudadanía, un escenario de ciudad, para que la vida de los residentes y visitantes cuente con las mejores condiciones sociales y ambientales, que favorezcan el desarrollo humano y social en condiciones de sustentabilidad ambiental en la región central del país.

Introducción

Para el cuatrienio 2012 – 2016, la Administración Distrital se enfrenta a grandes desafíos en la transformación del sector y el alcance de mejores resultados en la salud de la población de la ciudad y los millones de visitantes que la elijan como destino de negocios, turismo, por traslado temporal o definitivo, o por circunstancias de orden social.

La respuesta en materia de salud se dará a través de la implementación del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana como política pública y del ejercicio de la función rectora de la Secretaria Distrital de Salud Bogotá D.C., para exigir a los actores del Sistema el estricto cumplimiento de las obligaciones asumidas como delegatarios del Estado en la administración y prestación del servicio público de salud; de tal forma que permita garantizar el pleno goce del derecho fundamental de la salud para toda la población, sin discriminación, con transparencia en la asignación y utilización de los recursos, con lo cual se espera mejorar sustancialmente los resultados sobre su calidad de vida.

La implementación de la política pública en salud para el Distrito Capital, se orienta entonces, hacia la eliminación de brechas de inequidad, preservación y protección del ambiente y rescate de lo público, garantizando a todos los habitantes del Distrito Capital, el goce del derecho en cuanto al acceso y la plena satisfacción con los servicios de salud y sociales, a través de respuestas a las necesidades de la población, en lo individual, familiar y colectivo, mediante la implementación de un modelo de atención en salud que beneficie a toda la población sin distinciones; basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud [APS]; que integre la atención en salud, articulando las redes de servicios, garantizando la participación de la población y el compromiso de todos los sectores y actores sociales frente a la salud.

El cambio en el Sistema de Salud iniciará con mayor disposición de todos y cada uno de los actores del mismo, frente a la salud de la población, garantizando la atención con calidad y calidez, bajo todos los preceptos de la humanización en salud.

Esta responsabilidad debe ser asumida por las entidades administradoras, pensando en los efectos positivos en la salud de la población afiliada a largo plazo, así como de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con las mejores condiciones en la prestación de los servicios de salud, de tal forma que se garanticen la seguridad y la calidad en los mismos.

Así mismo se fortalecerán las Empresas Sociales del Estado, mediante la consolidación y modernización de su red, para la atención con altos estándares de calidad, acreditadas, con apropiación de ciencia, tecnología e innovación, rescatando su papel de apoyo a la formación de profesionales de la salud.

Este Plan, recoge las responsabilidades y compromisos establecidos por el país en el ámbito internacional en los temas de salud dirigidos a: a) contribuir en la reducción de las desigualdades, inequidades, reflejadas en los indicadores negativos que afectan a la población, buscando mejor calidad de vida y salud, b) cooperar en la prevención y control de enfermedades y dar respuesta de salud pública, c) cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, d) desarrollo de la Agenda de las Américas a 2017 y e) implementación del Reglamento Sanitario Internacional, en lo correspondiente al Distrito Capital.

El Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C. 2012-2016, recoge los resultados de un ejercicio democrático, en el cual, mediante el desarrollo de una metodología de pensamiento diverso, se contó con la participación de funcionarios formados en diversas disciplinas de la salud y de otras ramas del saber, diferentes sectores de la Administración, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los gremios, organizaciones sociales y ciudadanos en general.

Esta amplia participación democrática permitió la identificación y expresión del sentir de los habitantes de la ciudad, aportando a un mejor entendimiento de las problemáticas y el diseño de estrategias ajustadas a la realidad. En este sentido, el Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C. involucra grandes retos exigiendo trabajo conjunto y permanente entre el Gobierno Distrital, los distintos actores del Sistema de salud, otros actores sociales y la población del Distrito Capital. Por ello, el Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C. contempla la necesidad de establecer alianzas estratégicas con los diferentes actores, para canalizar recursos y ser más eficientes en el logro de las metas y resultados

El Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C., parte del análisis de la situación de salud de la población del Distrito Capital, la identificación de las necesidades a partir de la percepción de los distintos actores, las apuestas del gobierno distrital, y las responsabilidades establecidas legalmente para el sector.

Para la organización de las respuestas se tuvieron en cuenta las orientaciones políticas, conceptuales y estratégicas, que dan cuenta de un nuevo concepto de salud, entendido desde las complejidades, reconociendo las condiciones económicas, políticas, culturales, sociales y ambientales que la determinan. Estas respuestas se ordenan alrededor de los tres ejes estructurantes del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana y en los componentes programáticos del Plan Nacional de Salud Pública.

1. Marco político

“...Proponemos, más que un plan de desarrollo, un plan de vida que le presentamos a la ciudadanía para su concertación, como un pacto para transformar el rumbo de la ciudad...”¹

El **desarrollo humano** es el propósito último de las políticas públicas en una realidad concreta de personas, poblaciones, diversidades y culturas en territorios específicos. Con esta premisa, el Plan de Gobierno “Bogotá Humana” y el Plan territorial de Salud de Bogotá, D.C., se proponen garantizar las condiciones necesarias y suficientes para que las personas que habitan los territorios del Distrito Capital, desarrollen sus potencialidades y lleven una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses, en concordancia con el postulado de que “...El desarrollo humano va mejorando, si cada vez más, los individuos pueden escoger la forma de vida preferida...”². Esto implica un gobierno que propicie adecuadas condiciones de calidad de vida y promueva el desarrollo de la autonomía de los individuos y colectividades.

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos, contra acciones y omisiones que interfieren con sus libertades y su dignidad humana; estas garantías identifican a los ciudadanos como sujetos de derechos. Su propósito es analizar y actuar sobre las desigualdades y las inequidades que se encuentran en el centro de los problemas del desarrollo y así, corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder³.

Para la Administración Distrital el centro del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, es la vida en todas sus manifestaciones, lo que se refleja en el reconocimiento y la garantía de la salud como un derecho fundamental, logrado a través del rescate de la responsabilidad del Estado, excluyendo en lo posible, la salud del mercado; fortaleciendo la red pública hospitalaria, eliminando las barreras de acceso, humanizando los servicios y dignificando el trabajo en el sector.

Por varias décadas, la salud se ha abordado desde la enfermedad, dejando al sector la responsabilidad de la atención de los daños ocasionados por un proceso histórico, político, económico y social complejo, que deteriora las condiciones de vida de la población; aunado a procesos de depredación del entorno ambiental de la ciudad y la región que desfavorecen la sustentabilidad de la vida. La responsabilidad y aportes de los demás sectores en cuanto al reconocimiento, apropiación y concurrencia para

1 Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana

2 PNUD Colombia. Bogotá, Una Apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá, 2008. Pag.21.

3 Organización de Naciones Unidas. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York y Ginebra, 2006

mejorar la calidad de la salud y la vida de la población han sido insuficientes, por lo que se fortalecerán los mecanismos que le permitan a la ciudadanía actuar con corresponsabilidad en la protección de su salud, de manera efectiva en la toma de decisiones y el control de las acciones del Sistema de Salud.

En la práctica, en el modelo actual de salud, prima la rentabilidad financiera sobre los derechos humanos, se fragmenta la prestación de los servicios, se segmenta la población con afiliación a diferentes aseguradoras y planes de beneficios diferenciales que causan segregación y generan barreras de acceso, lo que ha llevado a la población a situaciones extremas y, en general, al sacrificio de la calidad de la atención en cuanto a: oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad de la atención.

Por otro parte, la preponderancia del sector privado tanto en la administración de los recursos, como también, en la prestación de los servicios de salud, ha debilitado en forma grave la sostenibilidad de los hospitales públicos, los cuales se han rezagado en temas fundamentales como la actualización y modernización de tecnología, infraestructura y capacidad resolutive; esto asociado a la pauperización de los trabajadores del sector. De esta forma, la acumulación de deudas por la prestación de servicios a las entidades responsables del pago, sumada a la pérdida de competitividad, en cuanto a tarifas para la venta de servicios, ha generado déficit financiero en las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Un símbolo de este deterioro ha sido la situación de cierre, por más de una década, del Hospital San Juan de Dios, reconocido como una institución de referencia para la formación y producción académica, científica, y de atención en salud en eventos de alta complejidad a la población menos favorecida.

Frente a esta intolerable situación por la que atraviesa la ciudad y con el propósito de combatir la segregación social, contribuir a la sustentabilidad ambiental, hacer más transparente la gestión pública, aportando al mejoramiento de la calidad de vida de la población, en el Plan Territorial de Salud, se plantean acciones innovadoras y efectivas para transformar la misma.

Las acciones y proyectos propuestos, permitirán, ante todo, obtener mejores resultados de salud en la población del Distrito, favorecer el acceso a los servicios, fortalecer los hospitales públicos y rescatar procesos de formación, educación e investigación universitaria, así como el avance en la puesta en operación del centro Hospitalario San Juan de Dios, todo ello, con el empoderamiento de la ciudadanía, su efectiva participación en la toma de decisiones de política pública y asignación presupuestal, en los territorios en los cuales se organiza la ciudad para la realización de un ejercicio democrático de gobierno.

Como toda apuesta política, la contenida en el Plan Territorial de Salud, se basa en principios fundamentales sobre los cuales se construyen las acciones a desarrollar. Concordante con los lineamientos del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, y sus cuatro principios: a) El respeto por todas las formas de vida, b) La defensa de la dignidad del ser humano, c) La política del amor y d) Lo público primero.

En este contexto se constituyen como principios específicos del Plan Territorial de Salud los siguientes:

- 1) **Dignidad del ser humano:** todas las personas deben ser reconocidas en su dignidad como seres humanos con sus diversidades y diferencias. El Sistema de Salud debe trabajar constantemente, para eliminar aquellas barreras que llevan a hombres y mujeres a condiciones indignas en su relación con las instituciones que lo conforman. Dar trato digno y comedido al ciudadano es una práctica ética de los equipos humanos, de las entidades del Sistema de Salud, siendo esta, una expresión de la humanización de la atención.
- 2) **El respeto de la independencia y autonomía** de la población, permitiendo la participación de la ciudadanía en la gestión, el control social y la rendición de cuentas.
- 3) **Universalidad** de las acciones: deber del Estado para garantizar la accesibilidad de todas las personas, sin discriminaciones derivadas de la riqueza, el prestigio o el poder de los grupos sociales.
- 4) **Equidad:** busca la justicia y la igualdad para los ciudadanos, ante las entidades que conforman el Sistema de Salud, y otros sectores sociales, para la solución a sus necesidades específicas, respetando la diversidad de personas que habitan y visitan el Distrito Capital, siendo el vehículo para eliminar las diferencias injustas y evitables.
- 5) **Conciliación:** el restablecimiento de mutua confianza entre los actores del Sistema de Salud, para buscar un ambiente armónico y generar valor agregado en beneficio de la población.
- 6) **Sustentabilidad:** desarrollo que satisface las necesidades de la presente generación sin comprometer la capacidad de las futuras, para que satisfagan sus propias necesidades⁴.
- 7) **Precaución:** entendida como "...la adopción de medidas de prevención y protección cuando existe incertidumbre científica de los efectos negativos para la salud, ocasionados por la exposición a inadecuadas condiciones ambientales..."⁵.
- 8) **Lo público primero:** El cuidado y defensa de lo que como sociedad se construye como patrimonio público para el bienestar colectivo.
- 9) **Transparencia:** Permitir que el poder público y su accionar se encuentren a la vista de todos, en una situación tanto pasiva como activa: dejar ver y mostrar.

4 Gro Harlem Brundtland. Informe Brundtland. Comisión Mundial Para el Medio Ambiente y el Desarrollo de la ONU. 1987.

5 Ibid.

10) **Rectoría:** Conducción de las acciones sectoriales, regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con la salud, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y de la correcta aplicación de las funciones esenciales de salud pública, y armonización de las condiciones de provisión de servicios para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad⁶.

El Plan Territorial de Salud corresponde a la formulación específica de las apuestas de la administración distrital, desde el punto de vista sectorial como aporte a los retos incluidos en el Plan de Desarrollo Bogotá Humana, por lo tanto, sus ejes se constituyen en referentes políticos, los cuales, además, se armonizan con los lineamientos nacionales expresados en el Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan se caracteriza porque el abordaje de la situación de salud, y la correspondiente construcción de soluciones, se realizan a partir de un enfoque integral e intersectorial, con participación ciudadana y de múltiples disciplinas y saberes.

Las diferencias entre individuos de una misma sociedad son, ante todo, un tema de asimetría en las relaciones de poder y entre las formas de producción y reproducción social y económica, que varían en el tiempo y en cada sociedad. Esta situación tiene implicaciones en la política pública, por lo que el Plan Territorial de Salud, en concordancia con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana, se propone aportar a la transformación de las condiciones sociales, económicas y culturales que permitan disminuir la discriminación y la segregación. Se trata de remover barreras tangibles e intangibles que le impiden a las personas aumentar sus opciones en la elección de su proyecto de vida, gozando del mejor nivel de salud; buscando que los ciudadanos accedan a las oportunidades y desarrollen sus capacidades para mejorar sus condiciones de vida, independientemente de su identidad de género, etnia, orientación sexual, preferencias políticas, religiosas, culturales, estéticas, o de otra índole.

La comprensión de la salud como un proceso pluridimensional, que se expresa en situaciones específicas de las poblaciones en sus territorios, se explica por múltiples condiciones de la estructura de la sociedad, del modelo de desarrollo, la biología y la genética.

El territorio Distrital, entendido como el producto histórico y social donde se dan intercambios simbólicos y culturales, en actividades transformadoras y prácticas de producción y de consumo, determina la construcción de subjetividades articulado al ecosistema.

⁶ OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1997.

En este sentido, el Plan se relaciona con la protección del ambiente y el entorno y de cómo los territorios bogotanos, enfrentan el cambio climático y se ordenan alrededor del agua. Obliga a repensar la salud y la calidad de vida de los bogotanos de esta generación y de las generaciones futuras. El mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes de Bogotá D.C. es una prioridad para el gobierno de la ciudad, orientando la gestión de la salud ambiental, a través de un abordaje integral e intersectorial.

El Plan Territorial de Salud plantea acciones en defensa de la primacía de los intereses generales, para garantizar el derecho a la salud y calidad de vida de la población por encima de intereses particulares; fomenta la participación ciudadana en las decisiones de salud y genera condiciones que favorezcan el empoderamiento, control social y su incidencia en el conjunto de las políticas públicas con efectos sobre la salud.

Esto implica que todos los actores sociales deben reconocer y asumir sus responsabilidades frente al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, desde cada una de sus competencias, reconociendo el papel del Estado como rector y garante de derechos, frente a la salud y la vida de la población.

El Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C., parte del compromiso que asume la administración, de avanzar en la construcción de una ciudad que le permita a todos sus habitantes sin distinción de ingreso económico, raza, origen étnico, identidad de género, orientación sexual, y creencias religiosas, políticas o ideológicas desarrollar su potencial como seres humanos. Propone alternativas para que entre todos y todas, se construya un modelo de ciudad que recree la vida y asegure a todos los niños y niñas de la ciudad el acceso a los bienes básicos, así como contar con un contexto afectivo y cultural y crecer en una ciudad que se densifica en armonía con la naturaleza y que practica los valores de la vida.

Para ello el Plan Distrital propone los siguientes ejes programáticos:

1. Una ciudad que reduce la segregación social y la discriminación: el ser humano es el centro de las preocupaciones del desarrollo.
2. Un territorio que enfrenta la variabilidad climática y se organiza alrededor del agua.
3. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público.

A continuación se describe como se articula el Plan Territorial de Salud a estos ejes.

a. Una ciudad que reduce la segregación social y la discriminación:

Con los desarrollos en este eje, la ciudad debe lograr reducir la desigualdad y la discriminación social, económica, de género, espacial y cultural y, por lo tanto, garantizar la defensa, protección y restablecimiento de los derechos humanos. “La inclusión social tiene que ver con la ciudadanía, el estatus y los derechos. Se trata de remover barreras tangibles e intangibles, que le impiden a las personas aumentar sus opciones en la elección de su proyecto de vida, de manera que estas accedan a las dotaciones y capacidades que les permitan gozar de condiciones de vida que superen ampliamente los niveles de subsistencia básica, independientemente de su identidad de género, orientación sexual, condición étnica, de género o de sus preferencias políticas, religiosas, culturales o estéticas...”⁷ implica la eliminación de formas estructurales de discriminación por las condiciones o situaciones enunciadas. La pobreza es uno de los factores más importantes de la exclusión, pero también hace referencia a la vulneración de derechos que afectan a individuos y a grupos, que están de algún modo sujetos a discriminación o a segregación.

El enfoque de derechos en las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, influyó en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) impulsando el retorno a su sentido inicial, el cual era garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en la población. Sin embargo las trabas administrativas, financieras y políticas que genera el actual Sistema de Salud colombiano, han ido en contra de este logro.

La Sentencia de la Corte Constitucional T-760 del 2008⁸, reconoce el derecho a la salud como derecho fundamental, lo que implica que éste debe ser universal que implica que *“...la accesibilidad de todas las personas, sin discriminaciones excluyentes derivadas de la riqueza, el prestigio o el poder o de los grupos sociales y desde este punto de vista debe materializarse con enfoques diferenciales que reconozcan las necesidades diversas derivadas del género, las etnias, las culturas, las generaciones y las situaciones de discapacidad, en una perspectiva de equidad e inclusión social...”*⁹.

Para asegurar el ejercicio del derecho a la salud, se debe garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad, calidez y humanización, desde las acciones de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, adecuadas para que la población promueva, proteja y recupere su salud. Se debe asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, apoyado en la coordinación para lograr la intervención de todos los actores distritales y nacionales, en

7 Ibid

8 Corte Constitucional. SENTENCIA N° T-760 de 2008

9 Memorias del foro Ley 1438 de 2011 y los Indicadores de Goce Efectivo del Derecho a la Salud. Observatorio de salud. Colombia. 2011.

la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, y realizar acciones diferenciales y de restitución, en el contexto del respeto a la cultura y la diversidad de sus pobladores.

b. Un territorio que enfrenta la variabilidad climática y se organiza alrededor del agua

Los desarrollos de este eje buscan la visibilización de la importancia para la vida humana y de las otras especies, del medio natural y el entorno del agua. Para ello es importante replantear el modelo expansivo de la ciudad, realizar un cambio tecnológico en los modos de transporte y promover cambios culturales para la protección del ambiente.

La temática de Salud Ambiental a nivel internacional se encuentra ligada a los compromisos, convenios y acuerdos internacionales orientados a la prevención, mitigación y abordaje de los factores que deterioran la salud humana; y a la potencialización y fortalecimiento de sus factores protectores, tanto en forma individual como grupal. La validación y ratificación de estos convenios y acuerdos compromete al país, y por consiguiente al Distrito Capital, en la realización de una serie de acciones a nivel nacional, regional y local, tendientes a preservar la salud, a mejorar las condiciones de vida de la población y a garantizar un ambiente adecuado y un desarrollo sostenible.

La sustentabilidad es un término complejo que tiene varias concepciones, la definición más aceptada es la de la Comisión Brundtland¹⁰, que en un informe menciona que debemos dejar de ver al desarrollo y al ambiente como si fueran cuestiones separadas, planteamiento que acoge la propuesta del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana.

Los actuales sistemas de desarrollo económico y social no pueden desconocer la relación existente entre el ambiente y las condiciones de calidad de vida y salud de la población, por lo se busca incidir positivamente sobre las condiciones sanitarias y ambientales que la determinan, con la participación sectorial, intersectorial y comunitaria.

Se definen las responsabilidades de los actores que tienen injerencia en la intervención de los determinantes sociales de la salud asociados con el ambiente. Su implementación, permitirá el fortalecimiento de la gestión institucional en salud ambiental, mediante el accionar articulado del gobierno distrital con la participación de la academia, los sectores productivos y la sociedad civil en general, a través de la

¹⁰Gro Harlem Brundtland. Informe Brundtland. Comisión Mundial Para el Medio Ambiente y el Desarrollo de la ONU. 1987.

construcción de espacios de coordinación, para lograr mejoras sustantivas, reales y duraderas en las condiciones sociales y ambientales que determinan la calidad de vida y salud de la comunidad.

c. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público

Los sistemas políticos se distinguen entre sí a partir de la forma como se distribuye el poder y se permite permear las decisiones públicas con la participación de la comunidad; para ello promueven determinados valores e ideales, entre los cuales, está el principio de la transparencia, el cual es clave a la hora de poder controlar el manejo y protección de los recursos públicos en cualquier sociedad. Estos valores se imponen a través de leyes, normas y reglas pero, también, se construyen con el empoderamiento de la comunidad¹¹.

Por lo anterior, el desarrollo de este eje, fortalecerá la participación representativa y democrática en la gestión y toma de decisiones en las entidades que conforman el sistema de salud. Implica fomentar la participación y la capacidad de decisión de la ciudadanía sobre los asuntos de la ciudad, fortalecer la rectoría y garantizar una estructura administrativa distrital competente y comprometida con las necesidades de la ciudadanía.

A partir de los planteamientos expuestos, para cumplirle a la ciudadanía en la defensa del derecho a la salud, el Plan Territorial de Salud propone las siguientes transformaciones:

- Una nueva organización de la Ciudad, que fortalezca la estrategia de Atención Primaria en Salud potenciándola con el mejoramiento de la resolutiveidad del primer nivel de atención y el fortalecimiento de los niveles de mayor complejidad.
- Nivelación del Plan Obligatorio de Salud, exigiendo a las aseguradoras el estricto cumplimiento de sus obligaciones y se prestarán los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Como mecanismo para modular la administración de los planes de beneficios, se plantea el fortalecimiento del carácter público de la EPS Capital Salud.
- Universalización del Aseguramiento en Salud: Se alcanzará la afiliación del total de la población de la ciudad al Sistema de Seguridad Social en Salud.

11 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011-2023. Bogotá D.C., Octubre de 2011

- Reorganización e integración de la red de prestadores de servicios de salud en la ciudad, incluyendo instituciones públicas, privadas y mixtas, para disminuir las barreras de acceso y las deficiencias en la continuidad de la prestación de los servicios; mejorando la oportunidad, la pertinencia y la seguridad en la atención en salud, ofreciendo servicios humanizados y con calidez.
- Modernización de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, implementando tecnologías de punta, fortaleciendo el primer nivel de atención como principal puerta de entrada al Sistema de Salud en la ciudad; en esa misma vía, se especializarán hospitales del tercer nivel de atención, para el abordaje de problemáticas en salud priorizadas, para estos niveles de complejidad.
- Formación y ubicación de talento humano especializado de escasa disponibilidad en áreas críticas médicas, quirúrgicas, de salud pública y de Atención Primaria en Salud.
- Generación de condiciones de trabajo digno y seguro para los trabajadores del sector público de la salud del Distrito Capital. Eliminación de la tercerización laboral y de todas las formas de vinculación laboral precaria.
- Certificación de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, como centros de práctica en la formación del talento humano en salud, en pregrado y postgrado. Se fomentarán las alianzas público privadas, la acreditación de hospitales en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y se impulsará su transformación hacia hospitales universitarios.
- Negociación conjunta de los hospitales públicos para la venta de servicios, la adquisición, compra de insumos hospitalarios esenciales, bienes y servicios de apoyo logístico, para mejorar la eficiencia. Se generarán mecanismos para lograr el giro oportuno de los recursos, mediante la optimización de la gestión de recaudo de la cartera.
- Desarrollo del plan regional de ciencia, tecnología e innovación en salud para que la ciudad se consolide como un centro de referencia nacional e internacional.

2. Referente Conceptual

Para tener claridad en las orientaciones del presente Plan Territorial de Salud, es necesario dejar planteado los conceptos de salud, la salud pública, los determinantes sociales de la salud, los enfoques Poblacional y territorial; los Sistemas Integrados de Servicios de Salud, Atención Primaria en Salud, el modelo de atención y el Trabajo digno, desde los cuales se aborda y concibe el mismo.

Conceptos Básicos

Salud

La salud para la administración de la Bogotá Humana, significa que las personas gocen del buen vivir, accedan a los servicios que necesitan, se desempeñen en las actividades que prefieran y, en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad; es decir, que estén satisfechos con la realización cotidiana de su proyecto vital con expresiones diferenciales acordes con la identidad de género, orientaciones sexuales, etnia, clase social, etapa de ciclo vital, generación, situaciones y condiciones, territorio, capacidades y habilidades.

Salud Pública

La salud pública es un elemento activo del progreso de la humanidad y se proyecta cada día más al todo social y a la actividad vital del ser humano. Esta constituida por una serie de esfuerzos organizados por el gobierno y la sociedad para promover, proteger, mantener y restablecer la salud de las personas, soportada en el conjunto de políticas, planes, programas y proyectos que inciden en la salud de la colectividad Este concepto incluye las acciones poblacionales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos de la salud. La salud pública busca que las comunidades y los individuos logren el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad.

Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Los problemas de salud que se observan en un momento dado en un grupo social, denotan sus formas de vida cotidiana y las vías, que determinan sus formas de vivir, enfermar y morir. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”¹²

12 Organización Mundial de la Salud. Comisión de determinantes sociales 2005

Los Determinantes Sociales de la Salud son interacciones complejas entre la multiplicidad de condiciones que tienen repercusión en la salud. El mejor conocimiento de los determinantes sociales de la salud debe conducir hacia la identificación de respuestas integrales para conservar la salud de las comunidades, y no solo, para la resolución de problemas específicos de salud.

Afectar los determinantes sociales pasa por realizar gestión intersectorial posicionando el tema en la agenda social, favoreciendo la participación social y la protección social, para que se avance hacia el desarrollo humano y el desarrollo social, teniendo como resultado el mejoramiento de la calidad de vida. Este abordaje debe centrarse en minimizar las brechas de inequidad en salud, partiendo de definir la salud desde una perspectiva compleja, como una producción histórica social, más allá de la enfermedad.

La transformación de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, exige que todas las entidades del Distrito Capital, trabajen de manera unificada para lograr la solución de los problemas que afectan a la población, proceso que será liderado directamente por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C. Esto implica que todos los actores sociales deben reconocer y asumir su responsabilidad en cuanto al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, desde cada una de sus competencias; reconociendo el papel del Estado, como rector y garante de derechos, frente a la salud y la vida de la población.

Desarrollo Humano

El desarrollo humano trasciende el crecimiento económico y centra su atención en las formas de garantizar a las personas y a los grupos humanos para que puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses.¹³ En este sentido los esfuerzos se dirigen a que la inversión social se oriente a lograr que las personas desarrollen sus capacidades humanas, ofrecer las posibilidades de tener una vida digna, basada en la garantía de los derechos humanos, y participar en decisiones que afecten su vida

Atención Primaria en Salud (APS)

La Atención Primaria en Salud centra su propuesta en la participación social, el trabajo intersectorial y la organización de redes de servicios de salud. El enfoque renovado es visto como una condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que se concibe la salud como un derecho y se centra en las causas fundamentales de la misma.¹⁴

13 Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. En <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml>

14 Organización Panamericana de la Salud. La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud. 2007. Consultado en diciembre 2011 en: <http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf>.

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS,) “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”¹⁵.

Redes integradas de servicios de salud

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS, tienen como propósito contribuir al desarrollo de los Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria en Salud, con prestación de servicios de salud accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

En el Sistema de salud colombiano, de acuerdo a 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 contar con unos atributos esenciales, como son:

- 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 y los servicios de salud pública.
- Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubra a toda la población y funcione como puerta de entrada al Sistema de Salud, para integrar y coordinar la atención de salud y satisfacer 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.

15 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 in 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

- 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 los niveles de diversidad de la población.

Bajo estos preceptos, la Secretaría Distrital de Salud, considera la organización de prestadores de servicios de salud de los diversos niveles de complejidad y capacidad resolutoria, ubicados en un espacio geográfico poblacional concreto, que permita garantizar una mejor cobertura, eficiencia, eficacia y economía en los servicios que ofrece, todo dentro de un modelo de atención integral e integrado con enfoque familiar y comunitario ¹⁶.

Modelo de atención en salud

El modelo de atención en salud, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, comprende la organización compleja de respuestas sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población. Incluye el conjunto de acciones sanitarias dirigidas a la población que habita el Distrito Capital, desarrolladas por todos los actores comprometidos y responsables de transformar las condiciones de salud y sus determinantes, de forma armónica con el conjunto de instrumentos políticos, normativos, institucionales, programáticos, técnicos y financieros que garantizan la dimensión prestacional y programática del derecho a la salud.

El modelo de salud para el Distrito, en su operación, articula las acciones individuales y colectivas que los planes de beneficios, ofrecen a la población, es decir en lo individual retoma las acciones de detección temprana, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública del Plan Obligatorio de Salud, así como las de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Por otra parte, articula las acciones del Plan Nacional de Intervenciones Colectivas, implementa y retoma los avances en el trabajo intersectorial definido para la organización de respuestas integrales en salud para la población. Es decir no bastan las respuestas que a través de los planes de beneficios se ofrecen a la población.

Con el desarrollo del modelo, se proyecta un cambio de la forma de organización y gestión de los servicios de salud, para permitir la atención integral e integrada de las necesidades y expectativas en salud de la población, bajo el reconocimiento de las diferencias y diversidades en razón a las etapas del ciclo de vida, generación, identidad de género, orientaciones sexuales, etnia, entre otras características de las poblaciones con énfasis en la promoción y protección de la salud, a nivel individual, familiar y comunitario. Para lo cual, se fortalecerá la capacidad resolutoria de los servicios de baja complejidad y se impulsará la especialización de servicios mediana y alta complejidad y

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

la integración de todos los niveles para garantizar la continuidad de la atención, a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Estos servicios deben ser prestados en diferentes escenarios, tanto intra murales como extra murales, en redes integradas e integrales, que incluyan entidades públicas, privadas y mixtas y garanticen todos los atributos de la calidad, acercándolos a la cotidianidad y espacios de vida de la población.

Para mejorar y mantener la salud, se debe ir más allá de la garantía del acceso a los servicios propios del sector, integrando los servicios de otros sectores, tales como Educación, Cultura, Hábitat, Recreación y Deporte, Ambiente, Integración Social, Desarrollo Económico entre otros, que tienen competencia en la resolución de las necesidades que afectan la salud de la población y su calidad de vida, generando condiciones que garanticen oportunidades y mejoramiento de capacidades, para lo cual se crearán los Centros de Salud y Desarrollo Humano, como principal puerta de entrada a la red de servicios de salud y de otros sectores sociales.

Por ser un modelo basado en Atención Primaria en Salud, contempla un cambio en la participación social, pasando a formas más activas, que permitan permear los procesos de toma de decisiones, análisis de situación de salud, elaboración y ejecución de planes de acción individual, familiar y comunitario, promoción de patrones de consumo sano y el fomento de estilos de vida saludables, el auto cuidado individual y colectivo; el desarrollo de la autonomía y libre desarrollo de la personalidad, todo ello para lograr aportes concretos al mejoramiento de las condiciones sociales y de vida de la comunidad.

La Secretaria Distrital de Salud, acoge y ejecuta el mandato de establecer un modelo de atención para la ciudad¹⁷, en el cual deben concurrir todos los actores del sistema, en procura de lograr las mejores condiciones de acceso, calidad y humanización en los servicios, a que tienen derecho los ciudadanos, independientemente del régimen al cual se encuentren afiliados. En este sentido, los procesos inherentes al aseguramiento y los correspondientes a la prestación de servicios deben coordinarse de tal manera que para los ciudadanos, se elimine todo tipo de barreras y se les garantice el efectivo disfrute del derecho.

Gobernanza y Rectoría en Salud

La gobernanza “constituye una herramienta analítica para la comprensión de los procesos de acción colectiva que organizan la interacción de actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad

¹⁷ Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, Artículo 64.

toma e implementa sus decisiones, y determina sus conductas. Esto es aplicable a diferentes niveles: local, nacional, internacional y Global.”¹⁸.

El ejercicio de la rectoría 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.

La conducción, implica orientar las instituciones del sector, movilizar otros sectores y grupos en desarrollo de las políticas en salud. Sus elementos básicos son: Análisis de situaciones de salud; definición de prioridades y objetivos sanitarios; formulación, diseminación, 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.

Por su parte la regulación, es el diseño, aplicación, seguimiento y monitoreo al cumplimiento de las normas existentes en el sector o que por el quehacer de los diferentes actores sociales, se deben implementar, con el objetivo de mantener y proteger la salud de la población.

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.

En el ejercicio de la rectoría, se debe garantizar el aseguramiento de la población al Sistema de Salud y definir un conjunto de servicios para todos los habitantes., cubiertos estos, por las aseguradoras a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la normatividad vigente.

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

¹⁸ Hufty, M ; Báscolo, E ; Bazzan, R. iGobernanza en salud: Un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 Sup:S35-S45, 2006

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; la medición del cumplimiento de los estándares establecidos. Adicionalmente el fomento de alianzas estratégicas entre pagadores, proveedores y usuarios e incorporación de tecnologías de punta.

En cuanto al desarrollo de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), se relaciona con las dos dimensiones de conducción y regulación. Consideran la evaluación de la situación de salud, la vigilancia de la salud pública, el control de los riesgos, daños a la salud pública, promoción de la salud, la participación de los ciudadanos en la salud, el desarrollo de políticas, el fortalecimiento de la capacidad institucional para la regulación y fiscalización en materia de salud pública.

Enfoque poblacional y diferencial

Este enfoque se entiende como una orientación analítica con alcance de política pública, que reconoce a los sujetos individuales y colectivos desde su integralidad y diversidad en la inter-relación territorio-población y sus inter afectaciones, visibilizando potencialidades y limitaciones del territorio social que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y les permite generar o no, condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades¹⁹. Centra la atención en las personas y sus características particulares, según pertenezcan a diferentes momentos vitales, como las etapas del ciclo de vida, la generación a la que pertenece, los procesos de identidad, diversidad de etnia, sexo, orientación sexual, género y identidad de género, y las condiciones y situaciones particulares, como la discapacidad, el desplazamiento, el trabajo sexual, el ser habitante de calle, entre otras. Estas categorías no son excluyentes, sino relacionales y se analizan en coherencia con los contextos social, cultural, económico y político de la población.

Este enfoque invita al reconocimiento de la diversidad y las diferencias de la población, de las inequidades y desigualdades dadas por la no garantía de los derechos a 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.

Una forma de organizar las respuestas es a partir de la comprensión de las *inter seccionalidades*, lo cual significa trascender la mirada segmentada de las poblaciones que surge desde el énfasis por una característica, condición o situación, hacia una

19 Secretaría Distrital de Salud – Dirección de Salud Pública – Equipo técnico poblacional. El enfoque poblacional. Febrero de 2012.

comprensión de las relaciones que existen entre estas características y los distintos grupos de poblaciones: etnias, discapacidad, desplazamiento, género, identidad de género, orientaciones sexuales, situaciones y condiciones, ciclo vital, entre otros. En este contexto la intersección de características significa que se debe tener en cuenta que estas, no son iguales entre sí, no que tienen orígenes iguales y, por consiguiente, las desigualdades a las que dan cabida, tampoco son iguales entre sí.

Implica reconocer las diferencias y diversidades de los ciudadanos y las ciudadanas como sujetos únicos e irrepetibles quienes, desde su identidad, se identifican en sí mismos y frente a otras personas en razón de sus capacidades, valores, tradiciones, creencias, comportamientos, actitudes, prácticas, ideologías políticas, vivencias, clases sociales, etnias, identidad de género, orientaciones sexuales, situaciones o condiciones, profesión, origen o pertenencia a un grupo social.

En ese sentido el enfoque diferencial, centra su accionar en la visibilización y minimización de las inequidades creadas en algunos grupos poblacionales, que se encuentran en una situación de fragilidad social frente al resto de la sociedad, y proporciona herramientas para generar respuestas integrales, a necesidades complejas de la población.

El enfoque territorial.

El territorio es entendido como una construcción social donde interactúan actores sociales, factores económicos, históricos, culturales, ambientales y geográficos. Se caracteriza por contar con dinámicas propias derivadas de las relaciones sociales de poder, identidad, afecto, gestión y dominio, entre actores o grupos que responden a diferentes percepciones, valoraciones, actitudes e intereses. El territorio no niega la acepción de terreno físico pero trasciende esas características del espacio geográfico, se reconoce como intrínsecamente social, en la medida que está definido por la territorialidad, en el ejercicio de poder, que ejerce un actor individual o colectivo, en una porción de un espacio geográfico²⁰.

El enfoque territorial busca reconocer la manera como los actores económicos, sociales y gubernamentales logran apropiarse, transformar y aprovechar los elementos de su territorio, agregándoles valor para convertirlos en bienes y servicios públicos y privados para todos y todas sus habitantes, y la forma como éstos se traducen en oportunidades de bienestar para su población²¹.

El concepto de territorios sociales permite entender que la calidad de vida tiene su mayor poder expresivo en los espacios cotidianos de vida de las personas.

La planificación y las acciones concretas que desarrollan las políticas públicas, tienen incidencia directa en el territorio y en la vida de sus habitantes; por lo tanto, debe reconocerse el contexto local, regional, nacional y mundial, así como el papel central de la cooperación entre todos los actores del territorio, y el papel del Estado en la garantía de los derechos.

20 Secretaría Distrital de salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos PIC 2011. .

21 Sueli L, Couto Rosa. Desarrollo humano y desarrollo local. La dimensión de lo político y de lo social en el Desarrollo Humano local. S.F.Escuela Virtual de PNUD, Bogotá.2001.

Trabajo digno y decente:

“(…)Trabajo digno hace referencia a las garantías constitucionales como la igualdad de oportunidades, la remuneración mínima, la estabilidad, la irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en las normas laborales, la garantía a la seguridad social, la protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad(…)”²².

Trabajo decente está relacionado con las aspiraciones de los individuos frente a su vida laboral y el deseo de obtener un trabajo productivo con una remuneración justa. *“(…) Trabajo decente es contar con oportunidades de un trabajo que sea productivo y que produzca un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad, libertad para que la gente exprese sus opiniones, organización y participación en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidad y trato (…)”²³.*

²² Procuraduría General de la Nación, 2011

²³ OIT. <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>

3. Sustento Normativo

El Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C., se fundamenta desde las políticas públicas, en una amplia base de declaratorias, compromisos y normas de carácter internacional, nacional y distrital. Las más relevantes se relacionan a continuación.

- **Acuerdos y compromisos internacionales**

- 1) 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 por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; que el desconocimiento y el menoscabo de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; que es esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho; que es esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones; que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad; que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso.²⁴
- 2) Ley 74 de 1968, mediante la cual Colombia aprueba los “Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último...”. Entre otros aspectos establece que todos los pueblos tienen el derecho de la libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y procuran su desarrollo económico, social y cultural. Los Estados partes participantes del Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se anuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, de igual manera se comprometen a asegurar a los hombres y las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados.

²⁴ Declaración Universal de los derechos Humanos. En <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. Consultada junio de 2012

3) Ley 629 de 2000, mediante la cual Colombia ratifica el compromiso internacional frente a los derechos ambientales, plasmados en el Protocolo de Kioto, suscrito el diciembre de 1997.

4) Objetivos de Desarrollo del Milenio. Con sus catorce metas [Tabla 1], cuentan con más de cuarenta indicadores, a cumplir en el 2015 ante los cuales, los entes territoriales contribuyen de forma directa en el logro, formulando y ejecutando los planes territoriales de salud.

Tabla 1. Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio

Objetivos		Metas
1	Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre.
		Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario.
		Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.
2	Lograr la enseñanza primaria universal.	Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.
3	Promover igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer.	Eliminar desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015.
4	Reducir la mortalidad infantil.	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.
5	Mejorar la salud materna.	Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
		Lograr el acceso universal a la salud reproductiva.
6	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
		Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
		Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la

Objetivos		Metas
		malaria y otras enfermedades graves.
7	Garantizar el sustento del medio ambiente.	<p>Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.</p> <p>Haber reducido considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.</p> <p>Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.</p> <p>Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.</p>
8	Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.	<p>Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.</p> <p>Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.</p> <p>Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).</p> <p>Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo.</p> <p>En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.</p> <p>En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.</p>

Fuente: Organización de Naciones Unidas [ONU]. Asamblea del Milenio de la Naciones Unidas, Nueva York, 2000.

5) Reglamento Sanitario Internacional, versión 2005, comprende el conjunto de normas y procedimientos acordados por 193 países que aplican estas normas 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. Las actividades a desarrollar dentro de los planes de implementación del reglamento deben ser compatibles con otras normas y acuerdos internacionales.

6) Agenda de Salud para las Américas 2008–2017. Firmada en Panamá, el 3 de junio del 2007, refleja el interés de cada uno de los países signatarios por trabajar en conjunto y solidariamente en favor de la salud y el desarrollo de los pueblos. En ella se definen las grandes áreas de acción, con el propósito de retomar los compromisos asumidos por los Estados en los foros internacionales y fortalecer la respuesta para su efectivo cumplimiento. Orienta la acción colectiva de los socios y reitera su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa, en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud, individuales y colectivos, se facilite la movilización de recursos e influencie las políticas de salud en la Región. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tengan la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial.

La Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud, según sea pertinente, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda, se hará a través de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en dichos planes.

• Referente Normativo Nacional

El país ha desarrollado a través de su historia, una serie de disposiciones relacionadas con diferentes temas que afectan la vida nacional, y que proporcionan el marco jurídico al actual Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, entre las que se destacan:

1) Constitución Política 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. Así mismo a lo largo de su articulado, hace visibles los derechos de las poblaciones, en las diferentes etapas del transcurso vital, con especial atención en la infancia y los grupos poblacionales en condición o situación de vulnerabilidad.

2) Ley 9 de 1979. Establece el 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.

3) Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, El Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios. Plantea los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Define los actores del sistema, reguladores, aseguradores y prestadores, con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e introduce el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad.

4) Ley 152 de 1994, la cual 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. Define los principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, regionales y territoriales, en materia de planeación como son: autonomía, ordenamiento de competencias, coordinación, consistencia, prioridad del gasto público social, continuidad, participación, sustentabilidad ambiental, desarrollo armónico de las regiones, proceso de planeación, eficiencia, viabilidad, coherencia y conformación de los planes de desarrollo.

5) Ley 388 de 1997 cuyos objetivos son: 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 y cultural localizado en su ámbito territorial. De igual manera la prevención de desastres en asentamientos de alto riesgo, la ejecución de acciones urbanísticas eficientes; utilización del suelo, y velar por la creación y la defensa del espacio público, así como por la protección del ambiente y la prevención de desastres. Se debe promover el ordenamiento del territorio, para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes; facilitar la ejecución de actuaciones urbanas integrales, en las cuales confluyan en forma coordinada la iniciativa, la organización y la gestión municipales con la política urbana nacional, así como con los esfuerzos y recursos de las entidades encargadas del desarrollo de dicha política.

6) La Ley 715 de 2001, reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, junto con el Acto Legislativo 001 de 2001, mediante la reestructuración del sistema de transferencias originados en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, también reajusta las competencias de los entes territoriales en materia de salud, y ordena, entre otros aspectos, reorganizar el régimen subsidiado, la reasunción de funciones de salud pública por parte del ente territorial y la

conformación de redes de prestación de servicios, cuya responsabilidad última es también, del ente territorial.

7) La Ley 1122 de 2007, realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del Sistema de Salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se reforman los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

8) Ley 1438 de 2011, fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, promoviendo la integración del gobierno con las instituciones y la sociedad, consolidando las redes integradas de servicios de salud, a fin de desarrollar una propuesta a nivel territorial que afecte los determinantes sociales expresados de forma diferencial en el proceso salud enfermedad de la población.

9) Ley 1450 de 2011. Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014: “Prosperidad para todos”, se orienta a 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 menos pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población.

10) Ley 1448 de 2011. Esta Ley dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Establece un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas, dentro de un marco de justicia transicional, que posibilita el ejercicio efectivo del goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifiquen a través de la materialización de sus derechos constitucionales.

11) Ley 1454 de 2011. Esta ley dicta las normas orgánicas para la organización política administrativa del territorio colombiano; enmarca en las mismas el ejercicio de la actividad legislativa en materia de normas y disposiciones de carácter orgánico relativas a la organización político administrativa del Estado en el territorio; establece los principios rectores del ordenamiento; define el marco institucional e instrumentos para el desarrollo territorial; define competencias en materia de ordenamiento territorial entre la Nación, las entidades territoriales y las áreas metropolitanas y establece las normas generales para la organización territorial.

12) 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.

13) Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008. La mayor reforma del Sistema General de Seguridad Social de Salud instituido en 1993, se ha dado por vía jurisdiccional, mediante el mecanismo de tutela y después de muchos fallos, por esta Sentencia como la más representativa del fenómeno para exigir el respeto y la defensa de la salud como Derecho Fundamental.²⁵ Esta sentencia obliga a unificar el Plan Obligatorio de salud para los regímenes contributivo y subsidiado y a realizar su actualización de manera periódica.

14) Decreto 1757 de 1994. Por medio del cual se reglamenta la Participación en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Las personas naturales y jurídicas podrán participar a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

15) 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. Las disposiciones se aplicarán 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.

16) 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 pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

²⁵ Ver: OPS, Representación de Chile. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Material en CD, capítulo Colombia.2011.

17) Decreto 2181 de 2006. Por el cual se reglamentan parcialmente las disposiciones relativas a planes parciales contenidas en la Ley 388 de 1997 y se dictan otras disposiciones en materia urbanística. Reglamenta de manera general la formulación y adopción de los planes parciales para las áreas sujetas a tratamiento de desarrollo dentro del perímetro urbano y las áreas comprendidas en el suelo de expansión urbana para su incorporación al perímetro urbano, en concordancia con las determinaciones de los planes de ordenamiento territorial y los instrumentos que los desarrollen o complementen.

Decreto Nacional 3039 de 2007. Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, y se da orientación sobre la formulación del Plan de Salud Territorial²⁶. Define como líneas políticas a desarrollar: la Promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de la enfermedad asociada a los riesgos de los daños de la salud, la recuperación del daño en salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, así como la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan.

Define como prioridades en salud: Mejorar la salud Infantil; Mejorar salud sexual y reproductiva; Mejorar la salud oral; Mejorar la salud mental; Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis; Disminuir las enfermedades crónicas no trasmisibles y las discapacidades; Mejorar la situación nutricional; Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental; Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral; Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

18) Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud. establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta 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, estableciendo responsabilidades para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

19) Resolución 425 de 2008, define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, así como los ejes programáticos de: Aseguramiento, Prestación y desarrollo de servicios, Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas, Promoción Social, Prevención y Vigilancia de Riesgos Profesionales y Emergencias y Desastres.

20) 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.

21) Circular 005 de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual ratifica la vigencia de la metodología, alcances y lineamientos para la formulación de

²⁶ Al respecto, se parte del pronunciamiento del Ministerio de Salud del 30 de enero de 2012, donde indica que, “Hasta la publicación del Plan Decenal de Salud Pública, definido en la Ley 1438 de 2011, continuará vigente lo establecido en el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 425 de 2008”, comunicación Despacho Ministra de Salud.

los planes territoriales de salud, instituidos en el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 425 de 2008.

- **Marco Normativo Distrital**

a) Decreto Ley 1421 de 1993. Establece el régimen especial para el Distrito Capital. El estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto 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. Las disposiciones del estatuto prevalecen sobre las normas legales de carácter general vigentes para las demás entidades territoriales.

b) Acuerdo Distrital 20 de 1990 del Concejo Distrital 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.

c) Acuerdo 12 de 1994, del Concejo Distrital. Establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y reglamenta la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá, el cual estará conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.

La parte general del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. contendrá los objetivos, metas y prioridades a nivel distrital como local, estrategias, políticas generales y sectoriales, programas, cronograma de ejecución y responsables de la misma, normas, instrumentos de coordinación de la planeación distrital con la planeación nacional, regional, departamental, local y sectorial y el plan de inversiones públicas con los presupuestos plurianuales de los proyectos prioritarios y la determinación de los recursos financieros que garanticen su ejecución.

d) Acuerdo 19 de 1996. Adopta el Estatuto General de Protección Ambiental del Distrito Capital de Bogotá y dicta normas básicas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el ambiente. El Estatuto propende por el mejoramiento de la calidad del ambiente y los recursos naturales, como el mecanismo para mejorar la calidad de la vida urbana y rural y satisfacer las necesidades de los actuales y futuros habitantes del Distrito Capital. En el Estatuto se establece que las políticas, normas y acciones del Distrito Capital de Bogotá, serán armónicas con la preservación, la conservación, el mejoramiento y la protección de los recursos naturales y el ambiente urbano y rural,

y propenderán por la prevención, la mitigación y la compensación de los procesos deteriorantes de las aguas, el aire, los suelos, y los recursos biológicos y ecosistémicos.

e) Decreto 190 de 2004, contiene la compilación del Plan de Ordenamiento Territorial del Distrito Capital, define los Planes Maestros de equipamientos como instrumentos estructurantes de primer nivel, los cuales tienen un horizonte de largo plazo. Con base en ellos se estructura la estrategia de ordenamiento adoptada y se constituyen en instrumentos que orientan la programación de la inversión y los requerimientos de suelo para el desarrollo de las infraestructuras y equipamientos. Los equipamientos de salud son los destinados a la administración y a la prestación de servicios de salud, de promoción, protección específica, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, de todos los niveles de complejidad y categorías, así como las públicas, de orden Distrital, Departamental o Nacional.

o Decreto 318 de 2006. Define que el objetivo del Plan Maestro de equipamiento en salud es “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”. Basará la inclusión y la equidad en la articulación de las necesidades sociales de salud y la perspectiva física y socioeconómica del ordenamiento del territorio, a través del desarrollo de las siguientes estrategias: accesibilidad y equidad espacial, calidad, reducción de vulnerabilidad y gestión del riesgo, gestión del suelo, rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital.

o Decreto 546 de 2007. Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital que tienen por objeto garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial. Las comisiones intersectoriales establecidas tienen carácter permanente y se les asignan las siguientes funciones: articular y orientar la ejecución de funciones, la prestación de servicios y el desarrollo de acciones de implementación de la política, que comprometan organismos o entidades pertenecientes a diferentes sectores administrativos de Coordinación. Garantizar la coordinación de las entidades y sectores que responden por la implementación de las políticas, estrategias y programas definidos en el Plan de Desarrollo, el Plan de Ordenamiento Territorial, el Plan de Gestión Ambiental y todos los demás planes y programas distritales. Coordinar y efectuar el seguimiento a la gestión intersectorial.

Mediante este Decreto se crearon la Comisión Intersectorial de Convivencia y Seguridad Ciudadanas del Distrito Capital; Comisión Intersectorial de la Participación en el Distrito Capital; Comisión Intersectorial de Gestión y Desarrollo Local del Distrito Capital; Comisión Intersectorial Poblacional del Distrito Capital; Comisión Intersectorial

de Estudios Económicos y de Información y Estadísticas del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Generación de Empleo e Ingresos y Oportunidades Económicas en el Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Integración Regional y la Competitividad del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Seguridad Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Sostenibilidad, Protección Ambiental y el Ecorurbanismo del Distrito Capital; Comisión Intersectorial de Operaciones Estratégicas y Macroproyectos del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Gestión del Suelo en el Distrito Capital; Comisión Intersectorial de Servicios Públicos del Distrito Capital; Comisión Intersectorial para la Gestión Habitacional y el Mejoramiento Integral de los Asentamientos Humanos del Distrito Capital; y la Comisión Intersectorial del Espacio Público del Distrito Capital.

4. Situación de Salud de Bogotá D.C.

En la última década, en el Distrito Capital, se han logrado importantes avances en indicadores de salud como en la mortalidad evitable, en la discapacidad y en causas de muerte; sin embargo siguen prevaleciendo, enfermedades no transmisibles, transmisibles y las lesiones. No obstante, se reconoce la persistencia de factores estructurales, pero también de condiciones, estilos y modos de vida diferenciales entre individuos, comunidades, grupos, territorios, que constituyen categorías determinantes del proceso de salud-enfermedad de la población. La situación de salud de la población residente en el territorio distrital, exige respuestas integrales e integradoras articuladas y que involucren de manera efectiva a la comunidad, a los actores del sistema; así como también, a otros sectores y niveles de la Administración Distrital y Nacional, en armonía con los planteamientos de la estrategia de Atención Primaria en Salud [APS].

En este sentido, convergen desafíos complejos para la sociedad civil y para la Administración Distrital, derivados ante todo, del peso de la transición demográfica y su expresión en el perfil de salud y en la calidad de vida de los ciudadanos.

Entre los factores que explican la situación de salud de la población del Distrito Capital, se incluyen aquellos de orden estructural como: variaciones entre individuos o atributos individuales, la desigualdad económica y social persistente entre territorios y grupos; los acelerados procesos de urbanización y crecimiento de la ciudad, la frágil cultura ciudadana; la inadecuada formación, educación y las actitudes de la población frente a su salud.

Las desigualdades e inequidades se expresan en las diferencias sociales y territoriales, sin embargo, las estadísticas disponibles pueden ocultar las causas reales del proceso salud-enfermedad. Situación que se evidencia, entre otras, por la disponibilidad de información sobre la morbilidad, la cual muestra solamente lo acontecido en el grupo poblacional no asegurado al Sistema, vinculados, y las atenciones no contempladas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiada, POSS, atendido por la red pública hospitalaria teniendo como fuente principal el Registro de Información de Prestación de Servicios de Salud [RIPS], mismo no disponible para el caso de las atenciones que realizan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB], dado que estos son enviados directamente al Ministerio de Salud y Protección Social, no estando disponibles para el análisis a nivel de la entidad territorial. Razón por la cual se ha hecho un esfuerzo por explicar los datos capturados por distintas fuentes, haciendo énfasis en su territorialización, y en algunos casos dando alcance a las características de las etapas del ciclo vital y poblaciones diferenciales.

La situación se agrava con factores propios del sistema de salud imperante. Es así como persisten inequidades entre localidades, grupos y regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud, en aspectos que se reflejan en la mortalidad evitable y embarazos en adolescentes; persisten barreras de acceso a los servicios, escasa resolutivez, fragmentación del servicio y desequilibrio entre actores. Los trámites y procesos en la organización del sistema de salud, ponen en entredicho la calidad de la respuesta efectiva a las necesidades de la población. El modelo de atención, con

enfoque asistencialista e incompleto, no permite garantizar el derecho a la salud. Existen otros factores que coadyuvan a configurar esta situación como: el deterioro del ambiente, los modos de vida de los distintos grupos poblacionales, la inseguridad y las difíciles condiciones de movilidad en la ciudad, entre otros.

El desarrollo humano con equidad, incluye las condiciones para que ciudadanos y ciudadanas amplíen sus opciones y capacidades para llevar la vida que valoran, de acuerdo con sus necesidades y expectativas, y lograr una vida larga y saludable, teniendo acceso a los recursos que permitan a las personas vivir dignamente y tener la posibilidad de participar en las decisiones que afectan a su comunidad y sus vidas. El diagnóstico del sector aporta al Plan de Desarrollo Bogotá Humana, información clave para las prioridades sectoriales e intersectoriales con el propósito de mejorar la calidad de vida y de salud de la población del Distrito Capital.

4.1. Ejes Estratégico 1: Una Ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.

Bogotá, es la capital de Colombia, sede del gobierno nacional, lo que la convierte en centro administrativo y político del país. No obstante, en virtud de lo consagrado en el artículo primero de la Constitución Política, “Colombia es un Estado social de derecho, organizada en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”²⁷.

Desde esta perspectiva conceptual, centrada en la construcción de un nuevo tipo de interrelaciones entre el Estado y la sociedad civil, el territorio se convierte en un elemento clave tanto desde el punto de vista analítico como operativo. Es en el territorio donde las personas buscan solución a sus problemas de realización social, económica y cultural; y es allí en donde se pueden implementar modalidades de acción social y política que sean articuladoras e integradoras de los diversos intereses sectoriales y ciudadanos.

Cada espacio local descentralizado se convierte en la base territorial sobre la cual se construye y opera el tejido o capital social-institucional, constituido tanto por las organizaciones e instituciones existentes, como por las normas jurídicas o tradicionales que rigen su funcionamiento y la calidad de sus relaciones.

²⁷ Constitución Política de la República de Colombia 1991.

4.1.1. Condiciones Urbanas

Bogotá D.C. se ubica en la franja altitudinal subalpina sobre la Cordillera Oriental de los Andes a 2.600 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 12 C°. Los elementos sobresalientes de su estructura ecológica son los cerros, 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%], al área urbana, 17.045 [9,5%], al área suburbana y 129.815 [73%], corresponden al área rural, entre estas se destacan las localidades de Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Santa Fe, Chapinero, Suba, Bosa y Usaquén.

El Distrito Capital está conformado por 20 localidades o unidades espaciales, las cuales están dirigidas por una Junta Administradora Local [JAL], elegida popularmente, y un alcalde local nombrado por el alcalde mayor.

La velocidad con que se vive les resta sensibilidad a las personas para percibir en las ciudades su lado urbano humano. Esto quiere decir que además de ese inmenso espacio público que es la ciudad, existen lugares practicados por su gente que gracias a las condiciones sine qua non se podría hablar de lo urbano; por ejemplo: movilidad (esencia de la vida) porque hay vías adecuadas, medios seguros y asequibilidad para disfrutarlos; ambiente sano para enriquecer el hábitat; espacio público bien dotado y apropiado según necesidades colectivas y características poblacionales diferenciadas por género; equipamientos para fortalecer las culturas; servicios públicos tan necesarios como el pan de cada día; vivienda digna, y lo más importante, la tranquilidad y el goce de vivir como valor agregado luego de tener y poder disfrutar de las bondades de lo urbano, situación que no es la que se observa en toda la ciudad ni es la que encuentran todas las personas²⁸.

Bogotá presenta una alta densidad de población urbana que se ubica en mayor proporción en 18 de las 20 localidades. Las localidades de 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 como producto de la violencia²⁹.

Bogotá tiene grandes zonas protegidas de orden nacional y regional que se ubican en su mayoría en la zona oriental de la ciudad, mientras tanto las áreas protegidas de orden distrital se encuentran en la parte sur y sur occidental.

4.1.2. Calidad de vida urbana

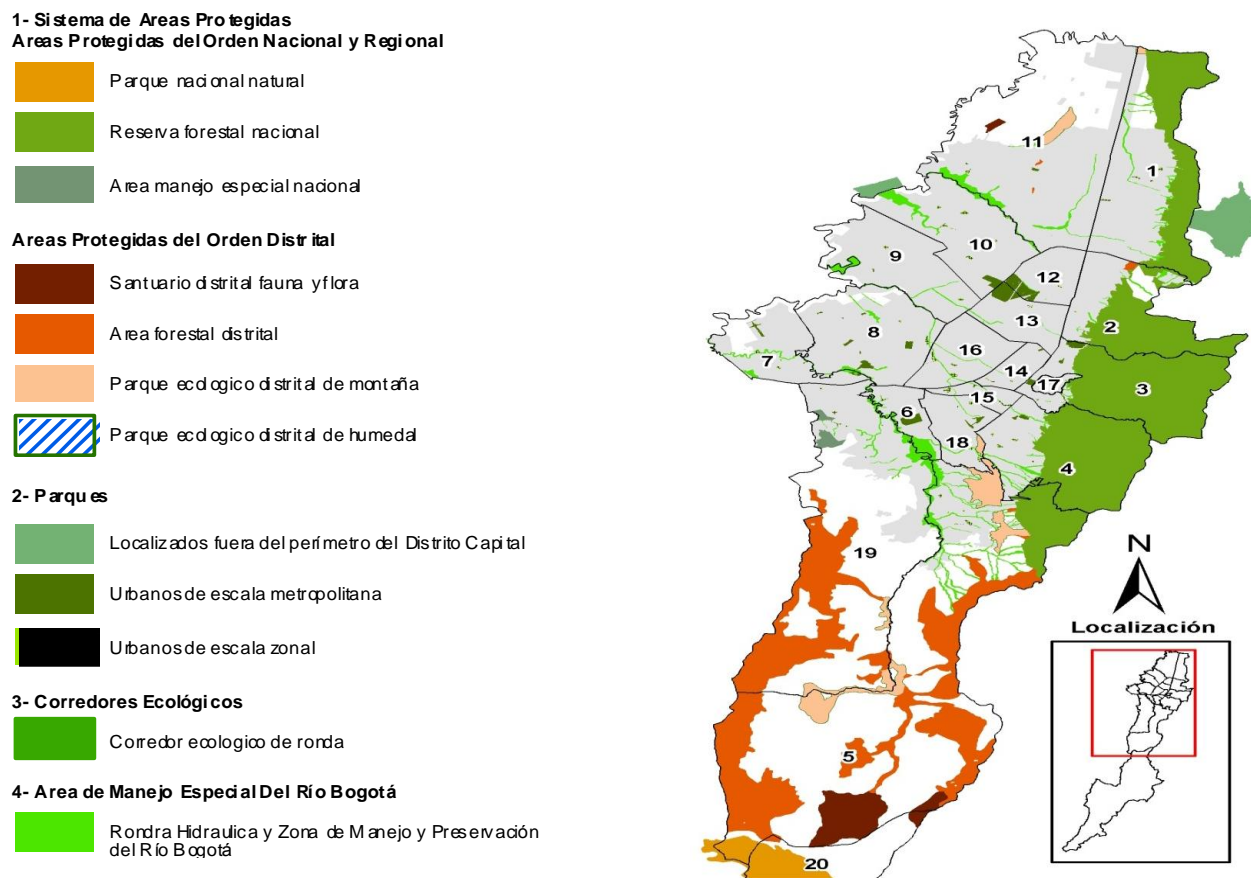
4.1.2.1. Estructura ecológica de Bogotá

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

29 Secretaría Distrital de Salud. Consultado el 27 de marzo de 2012 en:

El territorio que constituye la riqueza ecológica de la ciudad ha sido reducido de manera importante en el siglo pasado y lamentablemente se continúa con esta práctica. La ciudad cuenta con áreas protegidas de orden nacional, distrital, parques, corredores ecológicos y un área especial de manejo del río Bogotá, las cuales deben ser del interés de la sociedad y la administración distrital para garantizar la calidad de vida de la actual y futuras generaciones. [Ver mapa No. 1].

Mapa No. 1 Estructura ecológica de Bogotá D.C.

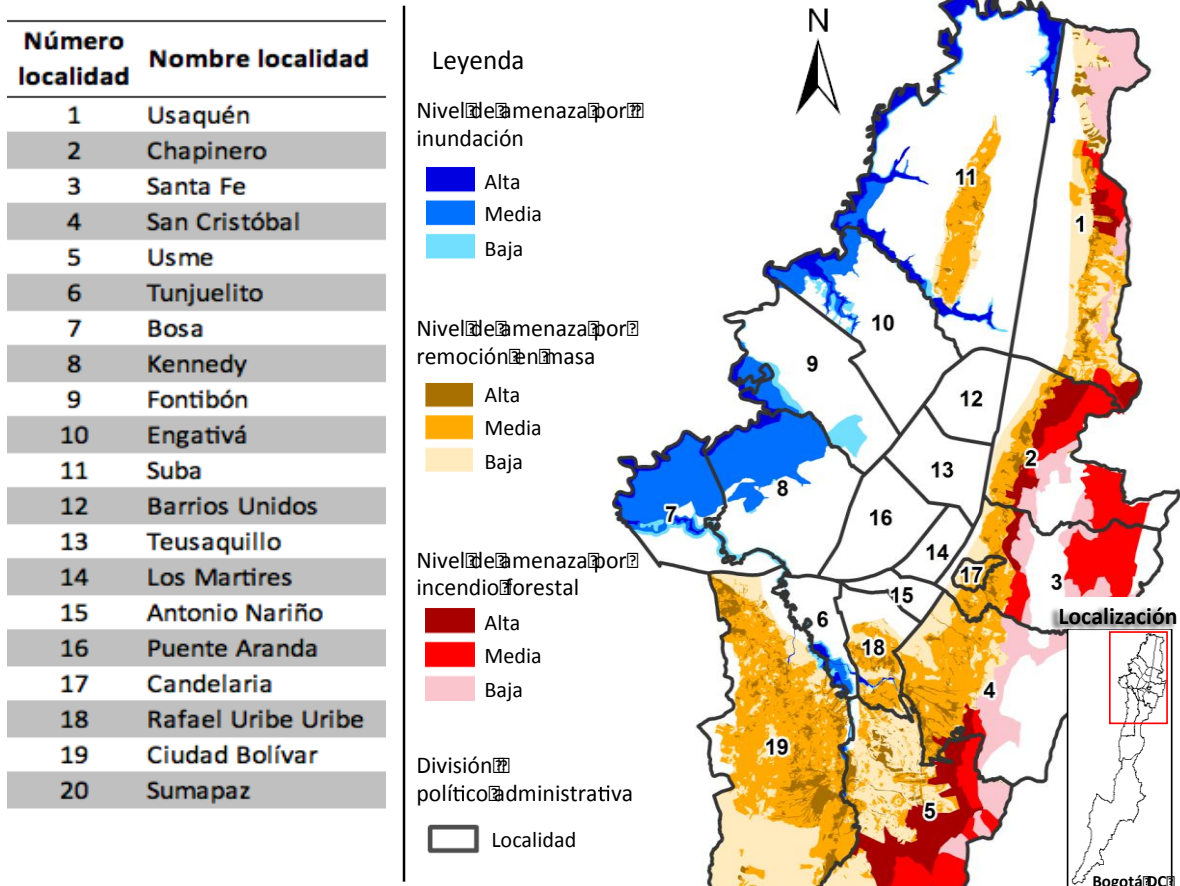


Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. Información Decreto 190 del 2004 (POT) Elaboró Equipo ASIS SDS.

Bogotá es una ciudad con alto grado de vulnerabilidad ambiental. Las zonas aledañas a las riveras del río son susceptibles de inundaciones, así como las zonas montañosas con alto grado de erosión también presentan riesgo de deslizamientos de tierra. Las condiciones ambientales de la ciudad se han modificado debido a la variabilidad climática que durante los últimos años ha 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 No. 2)³⁰.

Mapa No. 2. Zonas de riesgos naturales en el D.C.



Fuente: DEPAE, 2009. Elaboró: Grupo ASIS - SDS

4.1.2.2. Estructura económica

Bogotá es considerada como el centro de servicios industrial y comercial del país al aportar el 24,95% del Producto Interno Bruto, PIB, nacional. Esta importancia económica se debe a que la ciudad alberga el grueso del sector terciario del país, además de numerosas fábricas que ven en la localización privilegiada de la capital una ventaja estratégica, tanto para el reparto de mercancías, como para el abastecimiento de materias primas³¹. Los factores económicos son determinantes en la calidad de vida de las personas y afectan directamente su estado de salud.

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

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

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

A continuación se presentan algunos de los indicadores más importantes que conforman la estructura económica de los ciudadanos.

4.1.2.3. Estructura productiva -Producto Interno Bruto- [PIB] per-cápita -ingreso-

Bogotá genera alrededor de un cuarto del total del PIB del país; sin embargo, es una de las ciudades con más altos índices de desigualdad, donde el 9,2% de su población no tiene satisfechas las necesidades básicas y el 1,4% viven en la miseria (Tabla No. 2). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la población que concentra aproximadamente el 80% de la riqueza se encuentra en los estratos alto y muy alto³².

Tabla No. 2. Indicadores económicos. Bogotá, 2010

Nombre del indicador	Valor
PIB (Millones)*	US\$42.59
PIB per capita*	US\$ 5.835
% del PIB total de Colombia*	27,0%
Crecimiento económico*	4,0%
Inflación*	3,3%
Indice de Gini (2009)**	0,51
Indice 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 de la Secretaría Distrital de Hacienda **2003, 2007 ECV -DANE- SDP; 2004 -2006 Informe de Desarrollo Humano para Bogotá - PNUD; 2008 -2009 DNP -MESEP ***Informe de Desarrollo Humano para Bogotá - PNUD 2008. ****http://www.dane.gov.co/censo/files/resultados/NBI_total_cab_resto_mpio_nal_31jul10_des.xls

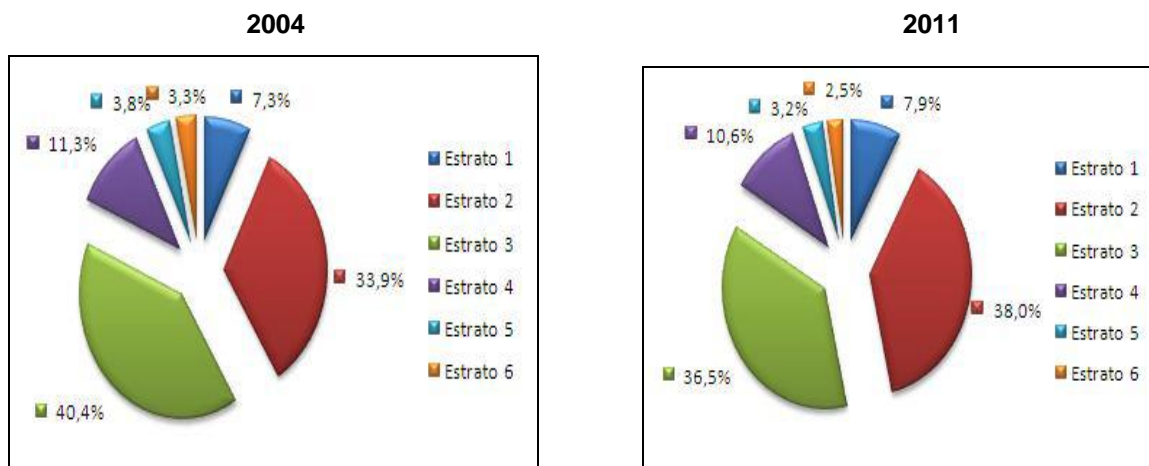
En términos reales los ingresos de los habitantes de la ciudad de todos los estratos, salvo el estrato 5, crecieron entre 2004 y 2011. No obstante, a pesar de este crecimiento real del ingreso, se incrementó el número de hogares perteneciente a los estratos más bajos. Así, de los 2.1 millones de hogares de la ciudad, en 2011, el 82,4% pertenece a los estratos 1, 2 y 3; mientras que en 2004 los hogares de estos estratos eran 1.9 millones (81,6%).

Del mismo modo, aún en 2011 los ingresos mensuales por hogar de los estratos 1, 2 y 3 son inferiores a la media de la ciudad de \$2.849.514 y el promedio de personas por hogar en los estratos 1 y 2 es superior al 3,41 del hogar promedio en la ciudad. En todo

32 Encuesta Nacional de Demografía y Salud [ENDS 2010]

caso, al igual que en 2004, en 2011 el número de personas por hogar se reduce en la medida que el estrato aumenta³³. [Ver gráfico No. 1]

Gráfico No.1. Tasas comparativas de ingresos mensuales de hogares por estrato socioeconómico. Bogotá D.C., 2004 - 2011



Fuente: DANE – SDP, Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

4.1.2.4. Accesibilidad a servicios públicos

En 2011, los hogares de la ciudad cuentan en más del 99% con servicios públicos como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y recolección de basuras; el acceso al gas natural es superior en los estratos 1 y 5 alcanzando un 92% y 89.1% respectivamente. Los servicios de telefonía fija e Internet reflejan diferencias notorias dependiendo del estrato, es así como mientras por cada 100 hogares del estrato 6 con acceso a la telefonía fija, sólo 60 hogares del estrato 1 acceden a este servicio, en el acceso al Internet la diferencia es aún mayor, por cada 100 hogares del estrato 6 con Internet, 16 hogares del estrato 1 cuentan con este servicio. [Tabla No. 3 y 4].

³³ Fuente: DANE – SDP. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

**Tabla No.3. Hogares con coberturas de servicios públicos, según estrato.
Bogotá, 2011**

ESTRATO	HOGARES		ACUEDUCTO		ALCANTARILLADO		RECOLECCIÓN DE BASURAS		ENERGIA ELÉCTRICA		GAS NATURAL	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Estrato 1	172.199	7,9	171.133	99,4	170.595	99,1	171.712	99,7	170.528	99	158.417	92
Estrato 2	830.377	38	828.878	99,8	829.875	99,9	830.123	100	826.021	99,5	737.804	88,9
Estrato 3	798.621	36,5	798.481	100	798.482	100	798.572	100	792.458	99,2	686.474	86
Estrato 4	232.492	10,6	232.492	100	232.492	100	232.492	100	230.439	99,1	200.128	86,1
Estrato 5	69.360	3,2	69.360	100	69.360	100	69.360	100	68.567	98,9	61.788	89,1
Estrato 6	53.594	2,5	53.594	100	53.594	100	53.594	100	53.174	99,2	44.984	83,9
Sin información de estrato	29.231	1,3	28.113	96,2	28.119	96,2	28.132	96,2	28.411	97,2	25.488	87,2
Total	2.185.874	100	2.182.051	100	2.182.517	100	2.183.985	100	2.169.598	99	1.915.083	88

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

Nota 1: Las cifras resaltadas en negrilla deben ser usadas con precaución debido a que tienen errores muestrales superiores al 15% lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados.

Nota 3: No incluye la localidad de Sumapaz

**Tabla No.4 . Hogares por tenencia de teléfono fijo e Internet,
según estrato. Bogotá, 2011**

ESTRATO	HOGARES	TELÉFONO FIJO		INTERNET	
		Total	%	Total	%
Estrato 1	172.199	98.340	57,1	24.535	14,3
Estrato 2	830.377	509.894	61,4	221.674	26,7
Estrato 3	798.621	585.883	73,4	393.236	49,2
Estrato 4	232.492	209.602	90,2	182.970	78,7
Estrato 5	69.360	65.888	95	61.434	88,6
Estrato 6	53.594	50.760	94,7	46.526	86,8
Sin información de estrato	29.231	16.757	57,0	10.504	35,9
Total	2.185.874	1.537.124	70,3	940.879	43

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

Nota 1: En publicaciones posteriores donde se analicen en profundidad las temáticas abordadas en este cuadro, se indicarán los niveles de precisión para el adecuado uso e interpretación de las cifras.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: No incluye la localidad de Sumapaz.

4.1.2.5. Tasas de empleo y desempleo

Entre los principales indicadores que definen el estado de empleo y desempleo de las residentes en la ciudad, muestran la tasa de ocupación del 58% observándose que la más baja es la del estrato 1. La tasas de desempleo son más altas en los estratos 1, 2 y 3; esta última es 2.8 veces mayor en el estrato 1 que en los 5 y 6. [Tabla No.5].

Tabla No. 5. Tasas Globales de participación, ocupación y desempleo, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2011

ESTRATO	Tasa Global de participación	Tasa de de ocupación	Tasa de desempleo
1	61,7	54,7	11,4
2	64,3	58,2	9,6
3	63,8	58,5	8,3
4	61,2	57,9	5,5
5	60,7	58,2	4,1
6	61,2	58,7	4
Sin información	62,4	57,3	8,2
Total	63,4	58	8,6

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

Nota 1: En publicaciones posteriores donde se analicen en profundidad las temáticas abordadas en este cuadro, se indicarán los niveles de precisión para el adecuado uso e interpretación de las cifras.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: No incluye la localidad de Sumapaz

Nota 4: Las tasas oficiales de mercado laboral son calculadas con la GEIH – DANE

4.1.2.6. Estructura poblacional por estratos

Bogotá muestra una estructura de estratificación del territorio con seis estratos para zonas residenciales y una clasificación especial para las áreas comerciales, industriales e institucionales.

En Bogotá predomina el estrato 2, aunque se evidencian unas 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 Uribe y Bosa entre otras. El 85,2% de la población se encuentra en los estratos 1, 2 y 3. [Cuadro No. 1]

Cuadro No. 1-. Distribución de la población según estrato socioeconómico. Bogotá 2011.

ESTRATO	POBLACIÓN	%
1	679.957	9,1%
2	3.008.857	40,4%
3	2.660.570	35,7%
4	667.169	9,0%
5	190.141	2,6%
6	137.128	1,8%
Sin información	107.409	1,4%
Bogotá	7.451.231	100,0%

Fuente: DANE - SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

Nota 2: No incluye la localidad de Sumapaz

4.1.2.7. Acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud [SGSSS]

Para el año 2011, el 92% de las personas se encontraban afiliadas a algún régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el régimen contributivo se encuentra el mayor peso porcentual de la población de la ciudad [72,3%], seguido del subsidiado [23,9%], y solamente el 7,6% de la población no se encuentra afiliada al sistema. Según estrato socioeconómico, los estratos 1 y 2 son los que presentan mayor proporción de no afiliados [19,9%], es decir, una de cada cinco personas de estos dos estratos no se encuentran afiliadas al sistema de salud. [Tabla No. 6].

Tabla No. 6. Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2011

ESTRATO	Total		No afiliadas		Afiliadas		Contributivo		Regímenes especiales		Subsidiado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	679.957	9,1	78.929	11,6	597.258	87,8	283.475	47,5	7.953	1,3	304.740	51
2	3.008.857	40,4	249.027	8,3	2.750.397	91,4	1.741.428	63,3	64.492	2,3	936.596	34,1
3	2.660.570	35,7	202.359	7,6	2.451.171	92,1	1.976.852	80,6	118.610	4,8	349.559	14,3
4	667.169	9	21.754	3,3	641.940	96,2	590.830	92	39.921	6,2	10.593	1,7
5	190.141	2,6	4.440	2,3	184.291	96,9	176.427	95,7	6.083	3,3	1.455	0,8
6	137.128	1,8	3.004	2,2	132.654	96,7	124.357	93,7	5.028	3,8	2.323	1,8
Sin Información	107.409	1,4	10.253	9,5	97.156	90,5	63.370	65,2	1.364	1,4	32.422	33,4
Bogotá	7.451.231	100	569.765	7,6	6.854.866	92	4.956.739	72,3	243.450	3,6	1.637.687	23,9

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

Nota 1: Las cifras resaltadas en negrilla deben ser usadas con precaución pues tienen errores muestrales superiores al 15% lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: No incluye la localidad de Sumapaz.

4.1.3. Caracterización poblacional

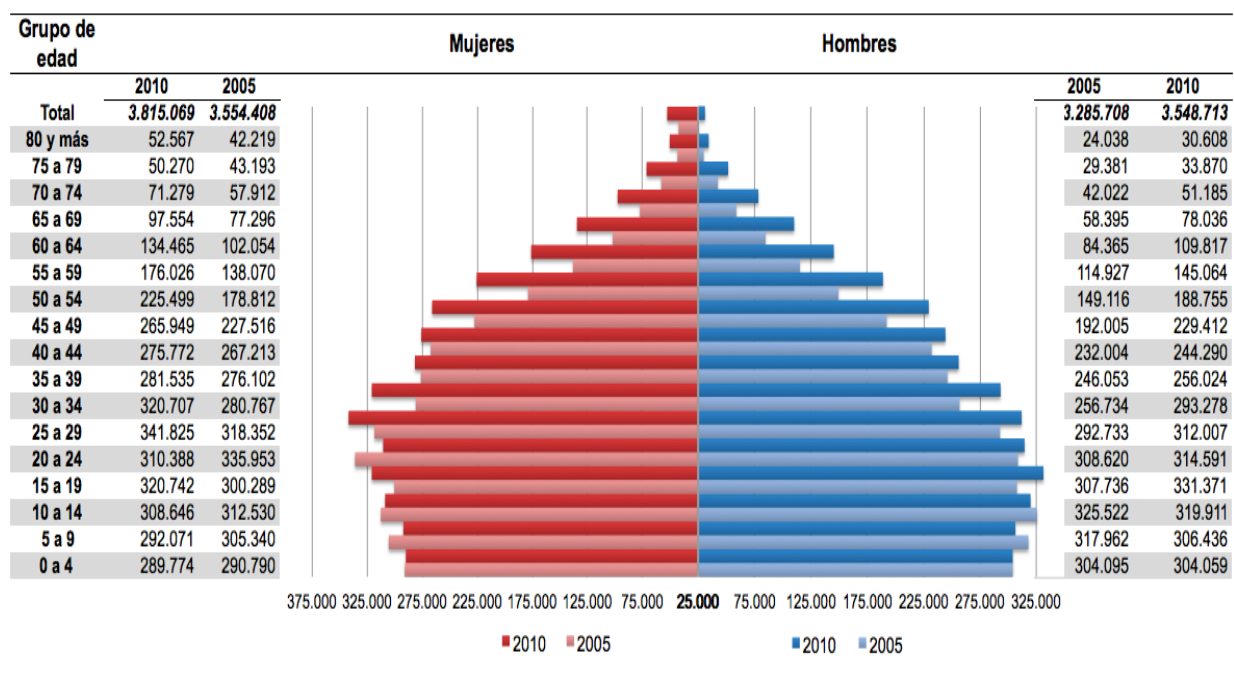
4.1.3.1. Demográfica

4.1.3.1.1. Estructura poblacional

En el año 2010, Bogotá es la ciudad más poblada del país con un total de 7.363.782 habitantes; de ellos 7.347.795 [99,8%] habitan el área metropolitana con una densidad poblacional de aproximadamente 4.146 habitantes por kilómetro cuadrado; la proporción por sexo muestra a las mujeres con el 52,2% y el 47,8% de hombres; la mediana de edad ha ido en incremento a través de los años, en el año 2005 era de 27,6, en el año 2010 es de 29,5 y se proyecta que para el año 2015 sea de 31,4, esto refleja la estructura una sociedad madura. La población menor de 15 años representa el 15% del total, mientras que los mayores de 65 años son el 6,3%.

De acuerdo con las proyecciones del censo nacional de 2005 realizado por el DANE, para el año 2010 la población mayor de 15 años se ha incrementado en un 11,2% comparado con el año 2005 [Figura No. 1].

Figura No. 1. Pirámide Poblacional Bogotá, 2005-2010.



Fuente: DANE. Proyección de población de Bogotá 2000-2015. SDS: Dirección de Salud Pública y Dirección de Planeación y Sistemas.

Entre los principales aspectos a resaltar de la pirámide poblacional de Bogotá, están la base estrecha que muestra el descenso en el número de nacimientos, el rápido crecimiento del cuerpo a medida que se asciende en los grupos de edad y de nuevo el estrechamiento en la cúspide correspondiente a las edades avanzadas, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de

mortalidad y de fecundidad de la población Bogotá. Este comportamiento es el reflejo de la entrada de la población Bogotana a la segunda transición demográfica, que se caracteriza principalmente por la desaparición de la familia tradicional hacia la consolidación de nuevas formas de familias (monoparentales, parejas del mismo sexo, parejas sin hijos, personas solas, etc), incremento de la soltería, incremento de la edad media para el matrimonio, alargamiento de la etapa previa a la formación de la familia, uso generalizado de los métodos anticonceptivos antes de la maternidad con la consecuente postergación del primer hijo, aumento de la tasa de divorcio y del acceso de las mujeres a la educación y con ello el incremento de su participación en el mercado laboral³⁴.

Adicionalmente, en Bogotá se presenta el fenómeno de Bono Demográfico que consiste en que a partir del año 2015 se incrementará la razón de dependencia de las personas menores de 15 y mayores de 65 años especialmente en la Población Económicamente Activa [PEA]. Este fenómeno se hace evidente a través del aumento de la población de la tercera edad, en localidades como Teusaquillo se espera que aproximadamente un 20% de la población este integrada por personas mayores de 60 años.

4.1.3.1.2. Distribución poblacional en el territorio

Geográficamente la ciudad de Bogotá se encuentra distribuida en 20 localidades que a su vez están divididas en 112 Unidades de Planeación Zonal [UPZ]; las localidades de Suba, Kennedy, Engativá y Ciudad Bolívar son las localidades más pobladas de la ciudad mientras que las de menor número de habitantes tienen son Sumapaz y Candelaria.

En función de la cantidad de habitantes por hectárea (Ha) o kilómetro cuadrado (km²) la ciudad debe planear sus redes de infraestructura, de servicios públicos, las vías, el espacio público, el transporte y los equipamientos en los cuales se prestan los servicios sociales a los habitantes; la organización de todos estos elementos en el territorio es parte principal del modelo de ciudad.

La población menor de cinco años se distribuye por Unidades de Planeación Zonal, en mayor proporción en las localidades de: Suba en las UPZ Suba y Tibabuyes; Bosa en las UPZ Gran Britania, Bosa Occidental y Bosa Central; y en la localidad de Ciudad Bolívar en las UPZ Ismael Perdomo y Lucero.

4.1.3.1.3. Crecimiento poblacional

La tendencia de crecimiento poblacional para el año 2010 no es homogénea entre las localidades de Bogotá, esto es consecuencia de la heterogeneidad de los indicadores demográficos y de las modelaciones de crecimiento estimado, que proyectan nuevos

34 Secretaría de Planeación Distrital. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales resultados - Temáticas nuevas. Condiciones urbanas

polos de desarrollo y modificaciones previstas en el uso del suelo. Las proyecciones de comportamiento del crecimiento poblacional en Bogotá desarrolladas por el DANE y la SDP para los años 2005, 2010 y 2015 muestran que las localidades de Usme, Bosa, Suba, Fontibón y Ciudad Bolívar, entre los años 2010 y 2015 tendrán un alto porcentaje de variación; mientras tanto, las localidades de Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe decrecerán de manera promedio (Tabla No. 7); adicionalmente, se estima que por cada 1.000 habitantes habrán 15,9 nacimientos y 4,5 defunciones, dado que los nacimientos superan a las muertes, la tasa de crecimiento natural toma un valor alto indicando que la población aumentara en un 11,4%.

Tabla No. 7. Comportamiento del crecimiento de población residente por localidad en Bogotá. Año 2005 y proyecciones 2010-2015.

Localidad	Años						Variación % 2005- 2010	Variación % 2005- 2015
	2005	%	2010	%	2015	%		
01 Usaquén	444.924	6,5	469.635	6,4	494.066	6,3	5,6	11
02 Chapinero	126.274	1,8	132.271	1,8	137.870	1,7	4,7	9,2
03 Santa Fe	109.463	1,6	110.049	1,5	110.053	1,4	0,5	0,5
04 San Cristóbal	409.653	6,0	410.148	5,6	406.025	5,2	0,1	-0,9
05 Usme	299.621	4,4	363.707	4,9	432.724	5,5	21,4	44,4
06 Tunjuelito	202.342	3,0	202.010	2,7	200.048	2,5	-0,2	-1,1
07 Bosa	495.283	7,2	569.093	7,7	646.833	8,2	14,9	30,6
08 Kennedy	944.777	13,8	1.009.527	13,7	1.069.469	13,6	6,9	13,2
09 Fontibón	297.933	4,4	338.198	4,6	380.453	4,8	13,5	27,7
10 Engativa	793.944	11,6	836.124	11,4	874.755	11,1	5,3	10,2
11 Suba	918.580	13,4	1.044.006	14,2	1.174.736	14,9	13,7	27,9
12 Barrios Unidos	224.216	3,3	232.802	3,2	240.960	3,1	3,8	7,5
13 Teusaquillo	138.993	2,0	145.157	2,0	151.092	1,9	4,4	8,7
14 Los Mártires	95.866	1,4	97.611	1,3	98.758	1,3	1,8	3
15 Antonio Nariño	106.648	1,6	108.150	1,5	108.941	1,4	1,4	2,2
16 Puente Aranda	257.090	3,8	258.751	3,5	258.414	3,3	0,6	0,5
17 Candelaria	23.985	0,4	24.117	0,3	24.096	0,3	0,6	0,5
18 Rafael Uribe Uribe	376.711	5,5	377.836	5,1	375.107	4,8	0,3	-0,4
19 Ciudad Bolívar	567.861	8,3	628.366	8,5	687.923	8,7	10,7	21,1
20 Sumapaz	5.952	0,1	6.224	0,1	6.460	0,1	4,6	8,5
	6.840.116		7.363.782		7.878.783		7,7	7,0

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Boletín estadístico. Bogotá en cifras número 20 (Octubre 2011). Bogotá Ciudad en Estadísticas. Boletín 22 Densidades Urbanas (2010). En: <http://www.sdp.gov.co>

4.1.3.1.4. Fecundidad en Bogotá

La tendencia de la tasa global de fecundidad expresa que entre los años 2010 y 2015, una mujer a lo largo de su período fértil (15 a 49 años), tendrá 1,9 hijos o hijas; esta tasa no proyecta cambio con respecto al periodo 2005-2010.

Del mismo lado, la tasa general de fecundidad indica que entre los años 2005 y 2010 por cada mil mujeres en edad fértil ocurrieron 58,2 nacimientos; para el periodo 2010-2015 el número tiende a disminuir a 56,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil.

Las localidades que mayores tasas de fecundidad alcanzaron entre 2005 y 2010 fueron Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Bosa; se proyecta que entre los años 2010 y 2015 este indicador disminuya de manera general en todas las localidades aunque las localidades mencionadas seguirán teniendo las tasas más altas.

Bogotá tiende a tener indicadores de fecundidad, reproducción y natalidad más bajos con respecto a Colombia, excepto por la edad media de fecundidad que es más alta para Bogotá (Tabla No. 8).

**Tabla No. 8. Indicadores de fecundidad y reproducción.
Bogotá y Colombia estimaciones 2010³⁵**

Indicador	Unidad	Periodo de tiempo	Bogotá	Colombia
Tasa neta de reproducción	Por mujer	2010-2015	0,9	1,2
Tasa global de fecundidad	Por mujer	2005-2010	1,9	2,5
Tasa general de fecundidad	Por mil mujeres	2005-2010	58,2	74,6
Edad media de fecundidad	Años	2010-2015	28,5	27,7
Tasa bruta de natalidad *	Por mil	2005-2010	16,9	19,9
Razón niños:mujer	Por mujer	Bogotá: 2010-2015 Colombia: 2010	0,3	0,4

Fuente: Fuente: DANE. Proyecciones de Población 2006-2020 Colombia consultado el 27 de enero de 2012 en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf> , Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población, 2005-2020. Estudios Postcensales No. 7. Fuente:Secretaría Distrital de Planeación.Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Inventario de Información en Materia Estadística sobre Bogotá. * Bases de datos nacimientos DANE y RUAF preliminares.

4.1.3.1.5. Natalidad en Bogotá

La tendencia de los nacimientos en Bogotá ha tenido un comportamiento decreciente, entre 2008 y 2010 disminuyeron un 6,4%.

Las localidades de Kennedy, y Suba presentaron el mayor número de nacimientos durante el año 2010 generando un 14,3% y un 13,3% del total de nacimientos respectivamente. Las tasas de natalidad más altas entre los años 2005 y 2010 se encontraron en las localidades de Usme [21,7], Ciudad Bolívar [21,3] y Bosa [19,8] y estima que entre los años 2010 y 2015 sigan siendo las localidades con tasas de natalidad más altas.

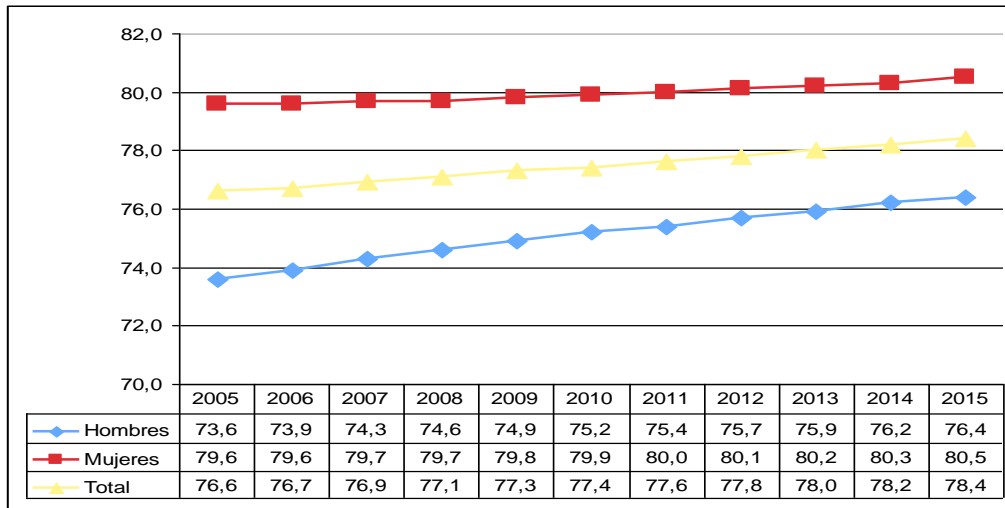
4.1.3.1.6. Esperanza de vida en Bogotá

La esperanza de vida al nacer de la población de Bogotá ha tenido un incremento constante. Entre los años 2005 a 2010 se ha incrementado en 1,6 años y se proyecta

35 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE]. Proyecciones de Población 2006-2020 consultado en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf>
27 de enero de 2012

que para el año 2015 aumente 1,2 años más; este indicador tiende a crecer más rápidamente entre las mujeres que entre los hombres, entre 2005 y 2010 aumento en 0,8 y 0,3 años respectivamente [Ver figura No. 2].

Figura No. 2. Esperanza de vida al nacer. Bogotá, 2005-2015



Fuente: DANE, SDP. Consultado el 25 de enero de 2012 en: <http://sdpapolo013.dapd.gov.co:7778/CE/index.php>

Las localidades que tienen mayor esperanza de vida son las que pertenecen a la región del norte. Se evidencia que a medida que son las localidades se alejan del norte de la ciudad la esperanza de vida también empieza a disminuir y esto sucede tanto para las mujeres como para los hombres.

4.1.3.2. Dinámica de indicadores de salud

4.1.3.2.1. Mortalidad

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales.

Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen [Tabla No. 9].

	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla No. 9. Causas de muerte. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad		
Mortalidad evitable																										
Mortalidad materna	2010	Razón por 100.000 nacidos vivos	39,1	15,8	0,0	0,0	40,7	49,2	0,0	47,0	44,6	64,5	37,9	47,7	0,0	0,0	79,4	0,0	31,8	0,0	16,1	26,9	0,0	0,0		
Mortalidad perinatal	2010	Razón por 1.000 nacidos vivos	18,1	14,5	10,8	17,0	19,5	20,6	14,3	16,9	15,7	22,8	18,5	17,4	24,4	17,0	25,4	20,3	13,4	18,2	17,1	14,9	0,0	0,0		
Mortalidad infantil	2010	Razón por 1.000 nacidos vivos	11,7	7,1	3,7	11,8	11,5	10,3	10,1	12,2	10,9	11,4	10,1	11,9	14,9	7,3	16,7	12,4	10,8	7,8	12,4	11,9	28,6	0,0		
Mortalidad en menores de cinco años	2010	Tasa por 10.000 menores de cinco años	24,5	17,4	17,9	28,0	25,2	20,7	23,3	26,2	21,3	22,5	19,7	23,7	23,2	18,6	38,2	22,3	22,1	30,6	27,8	23,0	17,3	0,0		
Mortalidad por neumonía en menores de cinco años	2010	Tasa por 100.000 menores de cinco años	14,0	6,8	32,5	22,4	19,0	16,4	6,1	18,2	10,4	0,0	8,4	17,2	7,5	0,0	0,0	0,0	5,8	0,0	15,6	21,6	0,0	0,0		
Mortalidad por EDA en menores de cinco años	2010	Tasa por 100.000 menores de cinco años	1,0	3,4	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0		
Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	2010	Tasa por 100.000 menores de cinco años	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	3,5	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Mortalidad por enfermedades crónicas																										
Mortalidad por EPOC	2009	Tasa por 100.000 hab.	19,5	18,9	21,4	23,1	28,5	16,6	25,2	13,9	13,7	18,5	21,7	16,4	26,4	22,2	25,7	24,1	25,2	20,8	23,8	14,0	0,0			
Mortalidad por diabetes	2009	Tasa por 100.000 hab.	10,5	8,8	13,0	10,9	10,5	6,0	13,4	9,7	10,6	8,8	13,0	8,1	5,2	13,2	18,5	14,8	17,0	0,0	14,8	7,6	0,0			
Mortalidad por enfermedades circulatorias	2009	Tasa por 100.000 hab.	105,7	112,1	136,6	136,5	118,9	72,4	110,3	90,7	85,4	90,9	105,5	91,4	127,5	151,5	172,7	129,7	142,8	95,5	119,4	80,6	48,6			
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	2009	Tasa por 100.000 hab.	38,9	41,3	48,8	46,4	48,3	31,2	35,1	34,1	30,8	35,1	38,6	31,6	41,9	54,9	54,5	52,8	51,9	45,7	40,2	36,0	0,0			
Mortalidad por enfermedad aterosclerótica del corazón	2009	Tasa por 100.000 hab.	4,7	6,7	9,2	12,7	3,2	1,1	4,5	4,0	3,7	4,8	4,2	3,8	6,5	9,0	8,2	4,6	6,6	4,2	6,1	2,6	16,2			
Mortalidad por hemorragia intracerebral	2009	Tasa por 100.000 hab.	3,0	3,0	3,1	2,7	2,9	1,7	3,5	3,1	3,2	2,7	2,8	3,0	3,5	4,9	4,1	0,9	1,9	0,0	1,9	2,6	16,2			
Mortalidad por accidente cerebrovascular	2009	Tasa por 100.000 hab.	3,6	3,2	3,1	4,6	2,4	2,0	4,0	3,6	3,0	2,1	4,3	3,7	3,5	4,2	11,3	3,7	7,0	4,2	4,0	1,6	0,0			
Mortalidad por enfermedad cardíaca hipertensiva	2009	Tasa por 100.000 hab.	6,0	5,6	9,9	9,1	4,4	4,6	8,9	5,6	4,8	5,5	6,8	4,8	7,8	7,6	13,4	8,3	6,6	0,0	9,0	3,7	0,0			
Mortalidad por cáncer	2009	Tasa por 100.000 hab.	80,5	102,4	138,9	81,9	81,9	51,8	87,6	62,2	65,2	83,0	86,8	77,8	79,5	129,3	114,1	73,2	105,7	58,1	83,1	58,9	48,6			
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	2009	Tasa por 100.000 hab.	6,2	3,2	2,8	11,0	7,1	4,5	11,7	8,1	5,7	6,3	5,1	4,1	6,7	3,9	10,2	5,4	8,3	0,0	8,3	8,0	0,0			
Mortalidad por cáncer de la mama de la mujer	2009	Tasa por 100.000 hab.	11,4	14,8	19,8	14,6	8,6	6,8	7,8	7,8	8,2	12,1	13,1	12,7	11,6	25,8	18,4	12,5	12,8	0,0	7,8	9,9	0,0			
Mortalidad por cáncer gástrico	2009	Tasa por 100.000 hab.	10,4	10,5	9,9	16,4	14,6	8,3	13,4	8,3	8,5	12,4	8,6	11,6	14,7	5,6	14,4	9,3	10,8	8,3	12,2	6,8	16,2			
Mortalidad por cáncer prostata	2009	Tasa por 100.000 hab.	9,9	13,5	14,9	27,0	11,0	6,4	18,1	6,6	8,7	7,7	11,9	7,3	10,8	16,6	14,5	15,4	12,7	7,9	11,4	6,0	0,0			
Mortalidad por cáncer de la tráquea, los bronquios y el pulmón	2009	Tasa por 100.000 hab.	6,2	8,0	17,6	5,5	5,1	3,7	6,4	5,2	5,0	8,5	8,5	5,7	7,3	10,4	6,2	4,6	8,5	0,0	4,0	2,6	0,0			
Mortalidad por causas externas																										
Mortalidad por todas las causas externas	2009	Tasa por 100.000 hab.	45,8	26,5	38,2	74,6	44,4	39,5	35,6	36,4	35,8	34,2	29,7	29,6	19,9	37,5	75,0	28,7	33,3	54,0	47,7	55,3	32,4			
Mortalidad por accidentes de transporte terrestre	2009	Tasa por 100.000 hab.	9,3	7,3	9,2	10,9	11,9	8,0	7,9	7,4	8,1	8,8	6,0	7,5	4,8	10,4	14,4	4,6	7,4	4,2	7,9	9,7	16,2			
Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	2009	Tasa por 100.000 hab.	3,7	2,6	4,6	6,4	3,9	4,0	4,0	3,2	2,4	4,2	2,5	2,7	2,2	3,5	2,1	0,9	3,1	4,2	4,8	4,4	0,0			
Mortalidad por agresiones (homicidios)	2009	Tasa por 100.000 hab.	21,3	4,4	13,7	35,5	20,0	19,8	17,3	16,6	17,7	10,9	11,4	11,3	5,6	12,5	40,1	9,3	13,9	29,1	22,0	29,4	0,0			
Malformaciones congénitas																										
Mortalidad por malformaciones congénitas	2009	Tasa por 1.000 nacidos vivos	3,0	1,9	1,6	3,2	2,4	3,9	2,5	2,3	2,4	3,2	3,5	3,1	2,9	4,4	2,3	2,3	2,0	0,0	3,8	3,7	0,0	14,1		

Fuente: Mortalidad evitable-Mortalidad por enfermedades crónicas-Mortalidad por causas externas:

Fuente 2000-2008: Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Datos Definitivos

Fuente 2009 -2010: Certificado de Defunción - Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares. Elaboró GRUPO ASIS

Según la agrupación de causas de mortalidad de la lista 6/67, la mayor parte de las muertes en Bogotá ocurren por las enfermedades del sistema circulatorio generando casi un tercio del total de la mortalidad, el segundo grupo que más muertes genera en el de todas las demás enfermedades seguido por las neoplasias (Tabla No. 10). La información de mortalidad general para Bogotá más actualizada corresponde al año 2009.

Tabla No.10. Mortalidad general según agrupación de la lista 6/67. Bogotá, 2007 – 2009

Año	Enfermedades transmisibles			Neoplasias			Enfermedades del sistema circulatorio			Ciertas afecciones del periodo perinatal			Nacidos vivos
	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 1.000 NV	
2007	1.819	7	25,8	5.624	21	79,8	8.207	30	116,4	836	3,1	7,1	117.228
2008	1.831	7	25,6	5.754	21	80,4	8.240	30	115,2	770	2,8	6,6	116.592
2009	1.871	7,0	26,5	5.839	22	82,8	7.678	29	108,9	726	2,7	6,4	114.156

Año	Embarazo parto y puerperio			Causas externas			Todas las demás enfermedades			Total		
	Muertes	%	Tasa por 100.000 NV	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 100.000 hab	Muertes	%	Tasa por 1.000 NV
2007	57	0	48,6	3.345	12	47,4	7.380	27	104,7	27.268	100	386,8
2008	48	0	41,2	3.190	12	44,6	7.865	28	111,6	27.698	100	392,9
2009	54	0,2	47,3	3.325	12	47,2	7.378	28	104,6	26.871	100	381,1

Fuente 2007: Certificado de defunción – Bases de datos DANE, - Sistema de estadísticas vitales.

Fuente 2008 y 2009: Certificado de defunción – Bases de datos SDS y RUAF,- Sistema de estadísticas vitales.

Datos preliminares Proyecciones de población por sexo y grupos de edad 2005-2011 DANE

Las causas de mortalidad varían según el sexo y los grupos de edad. En general las cinco primeras causas de muerte tanto en niñas como en niños menores de 1 año son las mismas, en el año 2009 solamente variaron en la cuarta y quinta posición.

En el año 2009 la primera causa de muerte en los hombres fueron las enfermedades isquémicas del corazón con un 12,6% (1.817 muertes) seguido de las agresiones (homicidios) con un 9,8% (1.414 muertes) y las enfermedades cerebrovasculares con un 5,3% (766 muertes).

En la población infantil (menores de 1 año) las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 23,6% (183 muertes) de la mortalidad seguido de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un 23,3% (181 muertes). Los niños entre 1 y 4 años también murieron en su mayoría por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causando el 22,3% (23 muertes) de las muertes seguido por las infecciones respiratorias agudas con un 10,7% (11 muertes). La primera causa de muerte en los niños entre 5 y 14 años fueron los accidentes de transporte terrestre con un 12,0% (21 muertes) seguido por las leucemias con un 8,6% (15 muertes). El 39,5% (1.189 muertes) de los hombres entre 15 y 44 años murieron principalmente por agresiones (homicidios) y por accidentes de transporte terrestre con un 10,3% (311 muertes). La principal causa de muerte en los hombres entre 45 y 59 años y los mayores de 60, fueron las enfermedades isquémicas del corazón con un 14,4% (321 muertes) y 17,9% (1.449 muertes) respectivamente (Tabla No. 11).

Tabla No. 11. Mortalidad en hombres según grupos de edad.

Bogotá, 2009

Menores de 1 año	Muertes	%	Tasa
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	183	23,6	300,6
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	181	23,3	297,3
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	59	7,6	96,9
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	47	6,0	77,2
1,08 Infecciones respiratorias agudas	44	5,7	72,3
De 1 a 4 años	Muertes	%	Tasa
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23	22,3	9,5
1,08 Infecciones respiratorias agudas	11	10,7	4,5
5,01 Accidentes de transporte terrestre	9	8,7	3,7
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6	5,8	2,5
2,12 Leucemia	5	4,9	2,1
De 5 a 14 años	Muertes	%	Tasa
5,01 Accidentes de transporte terrestre	21	12,0	3,3
2,12 Leucemia	15	8,6	2,4
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	13	7,4	2,1
5,05 Ahogamiento y sumersión accidentales	11	6,3	1,7
5,12 Agresiones (homicidios)	11	6,3	1,7
De 15 a 44 años	Muertes	%	Tasa
5,12 Agresiones (homicidios)	1189	39,5	68,7
5,01 Accidentes de transporte terrestre	311	10,3	18,0
5,11 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	159	5,3	9,2
1,07 Enfermedad por VIH (SIDA)	155	5,1	9,0
1,08 Infecciones respiratorias agudas	61	2,0	3,5
De 45 a 59 años	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	321	14,4	59,2
5,12 Agresiones (homicidios)	170	7,6	31,3
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	125	5,6	23,0
2,01 Tumor maligno del estómago	112	5,0	20,6
5,01 Accidentes de transporte terrestre	83	3,7	15,3
De 60 y más años	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1449	17,9	501,5
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	711	8,8	246,1
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	593	7,3	205,2
1,08 Infecciones respiratorias agudas	409	5,1	141,5
2,1 Tumor maligno de la próstata	327	4,0	113,2
Total	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1817	12,6	52,0
5,12 Agresiones (homicidios)	1414	9,8	40,4
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	766	5,3	21,9
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	747	5,2	21,4
1,08 Infecciones respiratorias agudas	602	4,2	17,2

Fuente: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE y RUAF ND. Sistema de Estadísticas Vitales.- Datos preliminares

Fuente: Proyecciones de Población por sexo y grupos de edad 2005-2011 DANE

Para el mismo año la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades isquémicas del corazón con un 12,6% (1.577 muertes) seguido de las enfermedades cerebrovasculares con un 8,7% (1.088 muertes) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 5,9% (734 muertes).

En la población infantil (menores de 1 año) las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 26,0% (160 muertes) de la mortalidad seguido de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un 20,3% [125 muertes]. Las niñas entre 1 y 4 años también murieron en su mayoría por las infecciones respiratorias agudas con un 12,2% [12 muertes] seguido de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 12,2% [12 muertes]. [Tabla No. 12].

La primera causa de muerte en las niñas entre 5 y 14 años fueron los accidentes de transporte terrestre con un 9,5% (11 muertes) seguido por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 8,6% (10 muertes). El 8,8% (99 muertes) de las mujeres entre 15 y 44 años murieron principalmente por agresiones (homicidios) y por accidentes de transporte terrestre con un 6,1% (69 muertes). La principal causa de muerte en las mujeres entre 45 y 59 años fueron los tumores malignos de la mamá con un 9,9% (163 muertes) seguido de las enfermedades cerebrovasculares. Para las mujeres de 60 años y más las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon los dos primeros puestos de mortalidad con un 16,4 (1.456 muertes) y un 10,2% (905 muertes) respectivamente (Tabla No. 12).

**Tabla No. 12. Mortalidad en mujeres según grupos de edad.
Bogotá, 2009**

Menores de 1 año	Muertes	%	Tasa
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	160	26,0	274,3
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	125	20,3	214,3
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	49	8,0	84,0
1,08 Infecciones respiratorias agudas	44	7,1	75,4
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	44	7,1	75,4
De 1 a 4 años	Muertes	%	Tasa
1,08 Infecciones respiratorias agudas	12	12,2	5,2
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12	12,2	5,2
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9	9,2	3,9
2,12 Leucemia	5	5,1	2,2
6,02 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4	4,1	1,7
De 5 a 14 años	Muertes	%	Tasa
5,01 Accidentes de transporte terrestre	11	9,5	1,8
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	8,6	1,7
2,12 Leucemia	9	7,8	1,5
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9	7,8	1,5
1,08 Infecciones respiratorias agudas	5	4,3	0,8
De 15 a 44 años	Muertes	%	Tasa
5,12 Agresiones (homicidios)	99	8,8	5,4
5,01 Accidentes de transporte terrestre	69	6,1	3,8
2,06 Tumor maligno de la mama de la mujer	64	5,7	3,5
6,12 Embarazo, parto y puerperio	54	4,8	2,9
1,08 Infecciones respiratorias agudas	53	4,7	2,9
De 45 a 59 años	Muertes	%	Tasa
2,06 Tumor maligno de la mama de la mujer	163	9,9	25,3
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	132	8,0	20,5
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	104	6,3	16,1
2,01 Tumor maligno del estómago	72	4,4	11,2
2,07 Tumor maligno del cuello del útero	71	4,3	11,0
De 60 y más años	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1456	16,4	376,6
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	905	10,2	234,1
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	707	8,0	182,9
3,02 Enfermedades hipertensivas	421	4,7	108,9
1,08 Infecciones respiratorias agudas	396	4,5	102,4
Total	Muertes	%	Tasa
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	1577	12,6	41,9
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	1088	8,7	28,9
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	734	5,9	19,5
1,08 Infecciones respiratorias agudas	555	4,4	14,7
2,03 Tumor maligno De los organos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	496	4,0	13,2

Fuente: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE y RUAF ND. Sistema de Estadísticas Vitales.- Datos preliminares

Fuente: Proyecciones de Población por sexo y grupos de edad 2005-2011 DANE

4.1.3.2.2. Morbilidad

Como se mencionó anteriormente, la información que se presenta corresponde a la fuente del sistema de información disponible en la secretaría distrital de salud, es decir a los Registros de Información de Prestación de Servicios de Salud [RIPS], que reportan las Empresas Sociales del Estado adscritas a la secretaría de salud y que dan cuenta sólo de la población no asegurada. Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen (Tabla No. 13).

	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla No. 13. Indicadores de morbilidad y deterioro de la salud. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad	
Salud sexual y reproductiva																									
Proporción de incidencia de casos de VIH	2010	Proporción de incidencia por 100.000 hab.	19,4	11,9	61,2	34,5	19,5	12,1	13,9	14,6	16,5	19,8	16,4	14,5	13,7	34,4	34,8	22,2	20,5	128,5	18,0	11,8	0,0	0,0	
Mortalidad por VIH/SIDA	2010	Tasa por 100.000 hab.	3,8	2,2	4,6	7,3	5,1	3,4	3,5	3,2	2,4	1,8	3,3	2,9	1,3	7,6	15,4	1,9	3,5	8,3	5,0	3,9	0,0	0,0	
Proporción de incidencia de Hepatitis B	2010	Tasa por 100.000 hab.	3,8	2,8	4,5	3,6	3,9	2,7	5,0	3,5	4,8	2,7	2,2	1,8	3,0	2,8	3,1	4,6	3,9	16,6	5,8	4,1	32,1	0,0	
Proporción de incidencia de Hepatitis C	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,1	0,6	0,2	0,4	1,3	2,1	0,0	1,8	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	
Prevalencia de sífilis gestacional	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	4,2	1,0	2,5	14,1	7,5	5,1	3,1	3,8	4,3	2,3	1,7	1,8	5,3	0,8	11,1	7,4	4,3	30,6	6,5	6,5	0,0	2,1	
Incidencia de sífilis congénita	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	2,1	0,7	0,0	10,7	3,6	2,2	1,4	1,1	1,6	1,4	0,8	1,3	1,2	0,0	5,2	4,1	2,3	21,0	4,0	3,5	0,0	0,6	
Enfermedades infecciosas																									
Incidencia de tuberculosis pulmonar	2010	Tasa por 100.000 hab.	7,9	6,8	8,3	14,5	11,7	7,7	9,9	5,3	6,2	5,3	5,4	7,4	6,9	4,1	18,4	7,4	15,8	49,8	9,3	8,9	0,0	0,0	
Accidentes																									
Incidencia de accidentes domésticos	2010	Tasa por 100.000 hab.	43,9	14,3	31,7	217,7	13,9	29,4	32,3	9,0	10,2	16,9	31,7	15,6	13,0	23,8	75,4	11,2	11,7	21,9	27,2	42,1	2,3	0,0	
Inmunoprevenibles																									
Eventos en erradicación																									
Notificación por residencia de parálisis flácida aguda	2010	Tasa por 100.000 hab.	1,4	1,1	0,0	3,7	3,5	1,8	4,0	1,8	0,0	1,3	0,0	2,0	0,0	0,0	5,0	3,9	0,0	0,0	2,0	1,5	0,0	0,0	
Eventos en eliminación																									
Casos de Sarampión-Rubeola investigados en las primeras 48 horas	2010	Porcentaje	92	82	100	97	96	88	76	95	88	91	99	94	95	100	100	90	95	83	89	92	100	0,0	
Vigilancia de síndrome de rubeola congénita	2010	Tasa por 100.000 hab.	6,8	6,9	7,7	5,5	13,4	6,8	3,1	4,6	3,4	3,9	3,3	6,7	7,8	7,8	20,8	11,2	2,9	83,0	9,3	3,0	0,0	0,0	
Eventos en control																									
Tetanos accidental																									
Notificación por residencia de fiebre tifoidea	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,3	0,6	0,8	0,0	0,2	0,0	1,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	
Notificación por residencia de parotiditis	2010	Tasa por 100.000 hab.	79,7	42,6	71,1	107,2	126,3	110,0	70,8	79,2	67,0	50,0	87,3	77,7	44,7	56,5	80,9	68,4	93,9	319,3	78,6	60,5	16,1	0,0	
Notificación por residencia de varicela	2010	Tasa por 100.000 hab.	401,3	370,1	266,1	405,3	645,6	339,0	394,0	383,4	336,3	475,5	350,3	425,6	208,3	285,2	421,1	377,3	357,1	1069,8	453,6	335,8	208,9	0,0	
Notificación por residencia de tosferina	2010	Tasa por 100.000 hab.	12,9	10,0	5,3	7,3	14,6	14,6	15,8	16,3	8,6	8,0	9,4	12,7	6,0	8,3	9,2	15,7	7,0	37,3	16,4	14,8	0,0	0,0	
Notificación por residencia de hepatitis A	2010	Tasa por 100.000 hab.	6,2	5,5	6,0	4,5	7,8	4,4	4,5	8,3	6,6	3,0	5,5	3,9	3,9	6,2	7,2	7,4	5,0	20,7	6,6	4,5	0,0	0,0	
Notificación por residencia de Meningitis																									
Por haemophilus influenzae																									
Por meningococo	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,3	0,0	0,1	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Por neumococo	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	1,5	0,9	0,5	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1	0,4	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	
Notificación de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por sitio de notificación	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	1,5	0,0	0,2	0,5	0,0	0,4	0,1	0,3	0,1	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4	8,3	0,8	0,3	0,0	0,0	
Notificación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)	2010	Número de casos	606.563	44.186	34.467	44	16.014	5.517	139	76	5.940	40.706	19.728	45.038	2.065	44.625	11.395	41.941	588	-	29.139	13.217	186	251.552	
Salud mental																									
Intentos de suicidio	2010	Tasa por 100.000 hab.	21,5	9,2	33,3	48,2	38,8	44,3	5,0	43,1	22,9	15,4	5,3	11,4	19,3	21,4	31,8	25,0	28,2	24,9	22,0	1,1	16,1	0,0	

Fuentes: Salud sexual: Grupo funcional de salud sexual y reproductiva de la SDS. Fecha de reporte: 6 de febrero de 2012

Accidentes: Grupo funcional de salud mental de la SDS. Fecha de reporte: 3 de Febrero de 2012

Inmunoprevenibles: Sivigila 2010. Grupo Inmunoprevenibles SDS. MESS 2010. Grupo Inmunoprevenibles SDS.

Salud mental: SDS SISVECOS Fecha de revisión: 8 de Febrero de 2012. Elaboró GRUPO ASIS

Según la encuesta de calidad de vida del año 2010, el porcentaje de personas que acudieron a un médico general o especialista disminuyó en un 12,7% con respecto al año 2008; aumentó el uso de remedios caseros, la auto formulación de medicamentos, y el uso de otras alternativas terapéuticas (Tabla No. 14)

**Tabla No. 14. Personas enfermas por tratamiento aplicado.
Encuesta Calidad de Vida 2008 – 2010**

Personas enfermas por tratamiento aplicado	Año	Acudió a médico general, especialista	Acudió a boticario, farmacéuta, droguista	Usó remedios caseros	Se autorrecetó	Otros*	Nada	Total
	2008	85,1	2,2	3,4	5,4	0,9	3,1	100
	2010	74,3	4,4	10,7	5,7	1,6	3,3	100

Otros: Acudió a un promotor de salud o enfermero (a); consultó a un tigua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona, asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.)

Fuente: DANE ECV 2008-ECV 2010 Datos expandidos en proyecciones de población, con base en los resultados del Censo 2005. Consultado en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/ECV_2010_Bogota.pdf

De igual forma, la Encuesta de Calidad de Vida, encontró dentro de su muestra poblacional que para el año 2010, el 80,6% de la población menor de cinco años asistió a controles de crecimiento y desarrollo, lo cual muestra no varía con lo encontrado por la encuesta en el año 2008.

La información sobre morbilidad de la que dispone la SDS corresponde a los registros disponibles de atenciones ambulatorias brindadas a población pobre no asegurada. Si bien es cierto existen variaciones según régimen de afiliación (en tanto la condición socioeconómica genera diferentes exposiciones y riesgos), esta información permite una aproximación a la situación de salud de la población Bogotana. Las estadísticas relacionadas como primeras diez causas de consulta constituyen un subconjunto no necesariamente representativo de la morbilidad total, en tanto no representa más del 50% de las atenciones totales [excepto en menores de 5 años y población entre 19 y 26 años], pero permite una aproximación a las condiciones que aquejan a cada uno de los grupos etáreos.

A partir de los registros del Sistema de Información de Prestadores de Salud (RIPS) de la SDS, información reportada por las Empresas Sociales del Estado (ESE), red no adscrita y urgencias; validados por la SDS para población vinculada, desplazada y atenciones no POSS; se analizó la morbilidad para el año 2010 a partir de los diagnósticos consignados por tipo de atención.

La primera causa de hospitalizaciones fue el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (O800) con un total de 5.938 atenciones y 5.933 personas atendidas. Los otros dolores abdominales y los no especificados (N390) provocaron el mayor número de atenciones por urgencias con un total de 14.939 consultas y 12.428 personas atendidas. Por otro lado, la principal causa de consulta en la población

general para el año 2010 resultó ser la hipertensión esencial (I10X) con 67.709 atenciones seguido de los otros dolores abdominales y los no especificados (R104) con 28.987 atenciones; llama la atención la concentración de la octava causa de consulta que corresponde a la esquizofrenia paranoide (F200) que indica que por cada atención consultan 8,3 personas. (Tabla No. 15).

Para el año 2010 se evidenció que para el grupo de infancia el comportamiento de las primeras causas de morbilidad no varió con respecto al año 2009 en las causas de atención aunque sí lo hicieron en frecuencia; en el grupo de adolescentes y jóvenes hubo variación en cuanto a los diagnósticos y frecuencia de las consultas pero en general continúan haciendo referencia a atenciones de la edad reproductiva y dolores abdominales; para el grupo de adultos mayores las causas de morbilidad hacen referencia a enfermedades crónicas comunes para la edad

Tabla No. 15. Morbilidad general en población vinculada, desplazada y atenciones no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Bogotá, 2010.

Tipo de atención	Código del diagnóstico	Diagnóstico	Total de atenciones	Total de individuos	Concentración
Hospitalización	O800	Parto único espontaneo , presentación cefalica de vertice	5.938	5.933	1,0
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.110	3.825	1,1
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	2.496	2.367	1,1
	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	2.463	2.019	1,2
	O809	Parto único espontaneo, sin otra especificación	2.177	2.173	1,0
	I10X	Hipertensión esencial (Primaria)	1.918	1.816	1,1
	K359	Apendicitis aguda, no especificada	1.764	1.737	1,0
	I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	1.627	1.341	1,2
	J180	Bronconeumonía, no especificada	1.620	1.571	1,0
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.610	1.568	1,0
	Total hospitalizaciones			25.723	24.350
Urgencias	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	14.939	12.428	1,2
	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	11.912	9.169	1,3
	J00X	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	9.869	7.417	1,3
	R529	Dolor no especificado	9.779	8.159	1,2
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9.738	7.598	1,3
	R509	Fiebre, no especificada	7.726	6.369	1,2
	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	7.582	5.737	1,3
	R102	Dolor pélvico y perineal	6.423	4.934	1,3
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	5.041	3.881	1,3
	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	5.012	3.776	1,3
Total urgencias			88.021	69.468	
Consultas	I10X	Hipertensión esencial (Primaria)	67.709	34.455	2,0
	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	28.987	21.783	1,3
	K021	Caries de la dentina	25.602	24.117	1,1
	R529	Dolor no especificado	25.438	15.169	1,7
	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	24.312	15.195	1,6
	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	22.448	9.052	2,5
	J00X	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	21.746	19.041	1,1
	F200	Esquizofrenia paranoide	20.442	2.466	8,3
	H524	Presbicia	17.757	17.018	1,0
	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	17.150	11.055	1,6
Total consultas			271.591	169.351	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2010, información reportada por las ESE, red no adscrita y urgencias, validada por la SDS, población vinculada, desplazada y atenciones no POSS (corte de recepción Enero 30 de 2012)

4.1.3.3. Diversidad poblacional

4.1.3.3.1. Indígenas

Bogotá es una ciudad multiétnica y diversa; existen cuatro grupos étnicos reconocidos por la Constitución Nacional y el Gobierno Distrital: afrodescendientes, indígenas, pueblo Gitano o ROM y Raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia. La etnia se define como aquel conglomerado social capaz de reproducirse biológicamente a sí mismo, que reconoce un origen común, cuyos miembros se identifican entre sí como parte de un “nosotros” distinto de los “otros” e interactúan a partir del reconocimiento recíproco de la diferencia, compartiendo elementos y rasgos culturales entre los que tiene especial importancia la lengua. Como grupos sociales formados históricamente desarrollan y mantienen una identidad social común.

Etnia Indígena: Según el censo de 2005, las comunidades indígenas en la ciudad alcanzaban una cifra de 15.032 personas, organizados en cinco cabildos reconocidos por el Estado Colombiano y adscritos al ente territorial de Bogotá: Muisca de Bosa y de Suba, Kichwa, Inga y Pijao. Así mismo, se encuentran otros pueblos que no están adscritos a Bogotá y que han llegado a causa de migración económica o desplazados por la violencia.

Pueblos Indígenas en Bogotá:

Ambika Pijaos:	295 familias, 1.163 personas
Muiscas de Suba:	1.930 familias. 6.000 personas
Muiscas de Bosa:	721 familias, 2.722 personas
Ingas:	119 familias, 488 personas
Kichwas:	275 familias, 1.250 personas.
Pastos:	100 personas
Nasa Paez:	87 núcleos familiares
Yanakuna:	100 personas
Huitoto y Muinane:	70 personas
Emberas:	400 personas aproximadamente.
kankuamos:	150 personas. .
Tubu:	30 personas.
Guambianos:	400 personas aproximadamente.

En el año 2009 se identificó un grupo de Wounaan de 55 personas. Las familias que conforman esta población son 15 y habitan 5 casas de la UPZ Lucero, parte baja de la localidad de Ciudad Bolívar.

La atención en salud para las poblaciones étnicas, está regulada por la normatividad vigente en materia de poblaciones especiales, con excepción de las poblaciones afrodescendientes y raizal; esto permite que las consideradas poblaciones especiales, accedan a los servicios de salud, sin el cobro de cuotas de recuperación y se afilien al Régimen Subsidiado por listado censal.

El 17% de las poblaciones étnicas residentes en Bogotá D.C., están en condición de desplazamiento, lo que permite que su atención se haga con base en la normatividad vigente para la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia. La carencia de la atención en salud con un enfoque diferencial ha generado dos fenómenos frente a la atención en salud, el primero el de la inexistencia de una caracterización adecuada que permita incluir población étnica no asegurada, y el segundo fenómeno es el de la desconfianza de los miembros de las etnias ante un sistema que desconoce sus particularidades étnicas, hecho patente sobretodo con las comunidades indígenas, y que causa la poca asistencia a los servicios médicos de la ESE y por tanto la invisibilización de estas comunidades.

Por grupos étnico se identifica la siguiente situación de salud a partir de la lectura de necesidades local y el predominio de patologías y situaciones en salud detectadas así:

Las patologías detectadas como principales motivos de consulta son similares a la de la población en general, destacando una tendencia muy alta a la rinofaringitis aguda, hipertensión arterial primaria, infección de vías urinarias y parasitosis. El sobrepeso y la obesidad están presentes en una proporción considerable en la etapa de ciclo adultez, al igual que el tabaquismo. La población femenina no tenga acceso oportuno a la toma de citologías ni a los controles del embarazo.

Las malas condiciones sanitarias, hacinamiento, grado de desnutrición, entre otros, generan una mayor vulnerabilidad para la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Generalmente están ubicados en viviendas de uno o dos habitaciones, generando hacinamiento y facilitando difíciles condiciones sanitarias. También es frecuente observar el ingreso de animales domésticos (perros, cerdos, gallinas, entre otros) a las viviendas, manteniendo contacto directo con la comida, agua, utensilios y personas. En cuanto al estado nutricional el 2% de la población de la etapa infancia tiene desnutrición aguda y el 11% tiene desnutrición crónica, en la población indígena gestante se detectó que el 22% de las mujeres tienen bajo peso gestacional. En la población mayor de 18 años, se evidencia que el 34.2% tiene sobrepeso y el 11.3% tienen obesidad. Esta realidad relacionada con una alimentación rica en carbohidrato y grasas y pobre en fibra y proteínas.

Las Infecciones de piel y tejido celular subcutáneo (Incluye la varicela), representan el 14,5% de las consultas externas y el 33% de la consulta de urgencias (2002-2008), en las etapas de infancia y juventud. Las complicaciones relacionadas con el embarazo,

parto y puerperio representan el 6,4 % de las consultas externas y el 26% de las consultas de urgencias de este grupo [RIPS, 2002-2008]. Otra problemática grave en estas poblaciones es el alcoholismo. La gestación por características culturales inicia generalmente desde los 14 años, situación que debe tenerse en cuenta para el análisis estadístico.

4.1.3.3.2. Afrocolombianos

Según el censo de 2005 el DANE reporta la existencia de 96.523 personas. Se encuentran principalmente en las localidades de Kennedy, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Engativá, Santa fe, Bosa, Suba, Rafael Uribe, Antonio Nariño y Teusaquillo. En la población infantil y juvenil hay una confrontación directa 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. En cuanto a los adultos se identifica que, a causa de sus procesos adaptativos a la ciudad, se pierden progresivamente los elementos de la cultura tradicional.

Las patologías más frecuentes son las enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial, situación posiblemente asociada a causas como los hábitos alimentarios, sedentarismo, falta de educación, 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 EDA, Enfermedad Respiratoria Aguda ERA y dermatitis³⁶,

4.1.3.3.3. Raizales

El número de raizales que se auto reconocen, según el Censo DANE 2005 es de 1.355 personas, disociadas del resto de la comunidad Afrocolombiana habitante de la ciudad, entre estudiantes, profesionales y empíricos, quienes con sus familias se encuentran asentados en la ciudad y aportan directamente a la diversidad cultural, la economía y a la vida bogotana. El 59.4% de la población posee una EPS privada, el 12.7% posee medicina prepagada, un 12.5% no tiene algún sistema de seguridad social en salud, un 8.3% tiene realizada la encuesta SISBEN y un 4% posee una ARS subsidiada y un 3.1% no sabe o no responde. Se ha observado en este grupo poblacional tendencia a padecer la anemia falciforme.

4.1.3.3.4. Rom - Gitanos

³⁶ Diagnóstico de la situación de calidad de vida y salud de los grupos étnicos que actualmente se encuentran en la zona centro oriente 2009.

Habitán principalmente en la localidad de Puente Aranda, Kennedy, Engativá y Bosa y son aproximadamente 523 personas, existen dos organizaciones que los aglutinan en la ciudad, PROROM o Proceso Organizativo del Pueblo ROM en Colombia y la Unión Romaní. Los problemas en salud a partir del diagnóstico y el proceso de construcción del Plan de Acciones Afirmativas para la etnia gitana son inseguridad alimentaria y por ende sus consecuencias como la desnutrición, anemia entre otros.

Ausencia de un modelo de salud tradicional. Se presentan dificultades en la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por su actividad laboral independiente o informal. Se presenta desescolarización, debido a que los niños ingresan al sistema educativo a partir de los 5 años y la abandonan antes de los 11 años; situación psicosocial por diferentes factores que requieren atención diferencial por la frecuentemente ludopatía en la comunidad y necesidad de atención en casos de Enfermedad Diarréica Aguda, Infección Respiratoria Aguda y dificultades para la consecución de pensión y protección social³⁷.

4.1.3.3.5. Víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, al derecho internacional humanitario y delitos de lesa humanidad

La ley 1448 de 2011 ha definido a las víctimas de graves violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario a aquellas personas que con ocasión del conflicto armado han sido víctimas de desplazamiento forzado, homicidio, masacres, desaparición forzada, secuestro, lesiones personales y psicológicas, torturas, reclutamiento de menores, minas antipersona, delitos contra la integridad sexual y despojo de tierras.

La dinámica demográfica ubica en contexto, la recepción en Bogotá de 287.242 personas desplazadas por la violencia durante el periodo (1997-2010) la cual ha registrado una dinámica ascendente con marcados picos y valles. Por localidad de residencia, esta población se ha concentrando en las localidades de Ciudad Bolívar (9,6%), Bosa (8,7%), Kennedy (7,58%), Suba (5,8%), San Cristóbal (5,1%) y Usme (3,4%)³⁸.

La población desplazada víctima de conflicto armado caracterizada por listado censal a Noviembre de 2011 es de 322.608 personas; la afiliación a régimen subsidiado a febrero 2012 es de 77.599 personas.

La población desplazada percibir 1.6 veces más mala salud que la población receptora. La incidencia de mortalidad (infantil, materna, violenta) fue más alta en la población desplazada, 2.5%, que en los receptores, 0.5%. El perfil de causas está caracterizado por problemas de salud mental, violencia intrafamiliar, desnutrición, embarazo en adolescentes, enfermedades respiratorias y enfermedades de la piel. Un riesgo

³⁷ Lectura de necesidades Rom y plan de acciones afirmativas, documento de trabajo, Secretaría Distrital de Salud, IDEPAC, PROROM.

³⁸ Plan Integral Único de Atención para ésta población vigente para el periodo 2011-2020

adicional es lo relacionado con la salud sexual y reproductiva en cuanto a enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

De manera general los núcleos problemáticos de incidencia en la salud de la población desplazada víctima de la violencia reconociendo determinantes sociales que inciden en la calidad de vida son: Debilitamiento de la calidad de vida familiar, características epidemiológicas inherentes al desplazamiento que configuran un perfil de morbilidad con prevalencia de enfermedad mental, impactos psicosociales del contexto (muerte, masacres, incendio, tortura, pérdida de bienes, pérdida de identidad cultural entre otros) que requieren ser intervenidos, desnutrición, violencia intrafamiliar, enfermedades respiratorias, enfermedad diarreica aguda y dermatitis, Inequidad de género en oportunidades de desarrollo integral y condiciones de salud y calidad de vida diferenciales en las mujeres desplazadas, débil ejercicio de la ciudadanía y fragilidad organizativa y alta movilidad de familias que altera la permanencia escolar de los niños y niñas.

4.1.3.3.6. Población LGBTI

En relación a la población de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas, en la ciudad históricamente ha tenido que enfrentar discriminaciones, tratos inequitativos y desigualdades basadas en fobias en función de las identidades de orientación sexual y las identidades de géneros. Esas discriminaciones van desde actos o expresiones sutiles hasta violencias, agresiones físicas o crímenes, otras problemáticas evidencian como la cultura patriarcal, misógina y androcéntrica pone a estos ciudadanos y ciudadanas en desventajas frente a la salud y a la calidad de vida³⁹.

Otras situaciones evidencian problemáticas de salud mental y salud sexual, como es el alto consumo de alcohol, el consumo de sustancias psicoactivas en sitios de homo socialización, transocialización y en espacios públicos, el hecho de mantenerse en el closet por no ser estigmatizadas o discriminados, el abuso sexual, la explotación sexual comercial, el abandono de la familia o la expulsión del seno de ella, las agresiones de parejas, depresiones, angustias por el hecho de haber sido expulsados del colegio o del trabajo por sus orientaciones sexuales e identidades de género, estrés asociados a acoso de las fuerzas públicas o militares, etc.

Esta población construye familias que rompen con las estructuras o tipos tradicionales de familia. Las y los trans se mueven en contextos socioculturales, económicos y políticos hostiles, en dinámicas y representaciones sociales que las ubican en una elevada vulnerabilidad. En las trans femeninas encontramos falta de oportunidades laborales, que hacen que se muevan en el mercado de la informalidad (ejercicio de la Prostitución, Estilismo, Show Performance Culturales o eróticos en Bares y Discotecas de Homosocialización), en muchos de esos contextos sin garantías laborales, mediando la explotación, la trata, la endodiscriminación, etc. Esta población se concentra en los territorios que les permiten construir redes de apoyo dentro de los cuales sobresalen las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Mártires, Santa Fe, Ciudad Bolívar, Bosa.

³⁹ Díaz Martín Carlos Alejandro. Diagnostico Distrital de Calidad de Vida y Salud de las personas LGBT, 2010

No se cuenta con una línea de base de población LGBTI en situación de discapacidad, tampoco se cuenta con información disponible para establecer con exactitud el número de personas LGBTI afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, toda vez que los sistemas de información no contemplan la variable diferencial.

4.1.3.3.7. Mujeres

Las mujeres no son un grupo poblacional específico, se parte de considerar a las mujeres como ciudadanas, pertenecientes a las diferentes categorías poblacionales de situación - condición; identidad - diversidad; que, atraviesan todas las etapas del ciclo vital como niñas, jóvenes, adultas y mayores desde la mirada intergeneracional. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y, especialmente, prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario.

Las estadísticas muestran como las mujeres tienen mayor número de años de vida que los hombres, con una diferencia de 5,6 años más⁴⁰, sin embargo, esta mayor longevidad no se traduce en una mayor calidad de vida, pues esta se ve deteriorada por las cargas de trabajo desiguales la llamada Tercera Jornada, así como las formas y la participación en los ingresos⁴¹, que tienen como consecuencia el desarrollo de enfermedades crónicas y mayor exposición de riesgo a la enfermedad.

Según el Informe de estadística de población al régimen subsidiado 2012 de la SDS, la población afiliada por localidad mayoritariamente son mujeres quienes puntúan con un total de 11.876 afiliadas en relación a los hombres con un número de 10.405 afiliaciones. Los datos que arroja la Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011 (EDDS), sobre la afiliación al sistema de salud de las mujeres es 3 puntos más alta que la de los hombres, 89 y 86 por ciento, respectivamente. El porcentaje de personas que consultó sobre su salud en el último año fue de 79 %, siendo la consulta femenina de 84 % y la masculina de 73 %.

La violencia no es un fenómeno ajeno a otros factores relacionales donde socialmente la dominación también se reproduce, y con ella, las formas en que se ejerce. El género es uno de estos factores relacionales. Frente a la violencia sexual, para 2011 3580 mujeres habían sido víctimas⁴². Hay una importante relación de causalidad con violencia ejercida por sus compañeros sentimentales u otros miembros de la familia o del lugar en que viven como inquilinatos o pensiones. Para el año 2011, 4 de cada 10 mujeres han sido víctimas de violencia física por su pareja.⁴³ Del total de las mujeres víctimas de violencia solo el 38% han buscado ayuda y de estas solo el uno por ciento en las instituciones de salud.⁴⁴

Los servicios de salud reproductiva para las mujeres deben garantizar el acceso a la

⁴⁰ Veeduría Distrital. "Vivir en Bogotá: Índice de Desarrollo Humano 2010" Pág. 26.

⁴¹ Para el año 2010, por cada \$100 pesos colombianos que recibe un hombre, las mujeres recibían \$94.3 pesos aproximadamente. Op. cit. Pág. 30.

⁴² Secretaría Distrital de Gobierno. Centro de Estudio y Análisis de la Convivencia y Seguridad Ciudadana. CEACSC.

⁴³ Profamilia. "1ª Encuesta Distrital de Demográfica y Salud Bogotá 2011". Resumen de Prensa. Pág. 45.

⁴⁴ Ibid. Cap. 13. pág. 265.

Interrupción Voluntaria del embarazo donde son ellas quienes deciden no el profesional que les atiende. El 9% de las mujeres que se hicieron una IVE acudieron a un médico particular y el 88 por ciento fueron atendidas en una institución de salud. El conocimiento sobre situaciones de despenalización del aborto de las mujeres menores de 25 años (83%) encuestadas, evidencia que de las tres causales sobre la IVE, la más conocida es cuando la mujer ha sido violentada sexualmente.

4.1.4. Prioridades en Salud Pública

4.1.4.1. Salud infantil - Primera infancia

4.1.4.1.1. Infancia y Juventud

La niñez desde el marco del enfoque poblacional se constituye como la etapa del ciclo vital que inicia desde la gestación y va hasta los 12 años de edad, se caracteriza por ser crucial dentro del desarrollo del ser humano, en donde se presenta el desarrollo pleno en aspectos psicológicos, biológicos, culturales y sociales. En la perspectiva del desarrollo humano se centra en las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, identificando sus capacidades y buscando la promoción de mejores oportunidades que contribuyan a la búsqueda de su felicidad y calidad de vida.

La juventud debe entenderse como una categoría válida referida a una generación de personas cuyas características son fruto de construcciones y significaciones sociales a través del tiempo en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanentes cambios y re significaciones; como construcción social, se hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes.

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales para las etapas de ciclo vital de infancia y juventud. Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen (Tabla No. 16).

	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla No. 16. Indicadores de salud y bienestar los niños y niñas y jóvenes. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad	
Nutrición																									
Desnutrición crónica																									
0 a 4 años	2010	Porcentaje	19,3	19,4	19,6	25,4	24,8	23,1	17,7	18,7	15,9	15	15,6	17,8	15,6	15,1	17,9	18,1	14,1	18,6	21,3	24,6	22,2	18,9	
5 a 9 años	2010	Porcentaje	12,4	14,1	10,1	14,8	16,6	15,7	12,4	11,4	12,1	8,6	9,1	11,0	9,7	10,2	9,4	14,3	10,8	16,0	12,0	14,5	17,3	11,7	
10 a 17 años	2010	Porcentaje	9,9	9,6	14,7	16,1	12,0	17,6	9,2	8,1	8,9	8,4	8,5	7,2	9,3	5,8	9,0	10,3	7,7	16,1	10,6	11,0	21,0	8,5	
Desnutrición aguda																									
0 a 4 años	2010	Porcentaje	1,7	1,9	1,6	1,2	1,9	1,4	1,8	2,2	1,5	1,7	1,5	1,7	1,3	1,7	1,6	1,3	1,2	1	1,9	1,1	2,1	3,3	
Porcentaje de delgadez en niñas y niños de 5 a 9 años	2010	Porcentaje	0,8	1,1	0,3	0,5	1	0,8	1,5	0,8	0,7	0,6	0,9	0,6	0,5	0,5	0,5	1,2	1	0,9	0,9	0,9	0,6	0,5	
Porcentaje de delgadez en niñas y niños de 10 a 17 años	2010	Porcentaje	1,3	1	1,5	1,8	1,6	1,2	1,1	1,5	1,3	1	1,4	1,2	0,8	1,8	1,2	1,8	1,5	2	1,4	1,9	0,3	1,4	
Porcentaje de exceso de peso (Sobrepeso y obesidad de 5 a 9 años)	2010	Porcentaje	18,6	18,9	18,5	15,6	18,0	15,8	19,5	19,5	18,6	22,8	20,5	19,9	22,0	16,3	17,5	21,2	22,8	20,4	18,0	14,1	23,5	19,8	
Porcentaje de exceso de peso (Sobrepeso y obesidad de 10 a 17 años)	2010	Porcentaje	23,4	24,6	18,5	22,1	19,1	23,1	26,0	24,5	25,1	25,8	24,0	22,2	25,5	24,5	28,5	25,6	26,0	25,7	24,4	21,0	21,9	22,7	
Desnutrición global																									
0 a 4 años	2010	Porcentaje	5,3	5,6	5,9	6,5	7,1	5,9	5,3	5	4,3	4,6	4,6	4,7	5	5,1	5,7	5,4	3,7	5,6	6,5	5,5	4,7	6,1	
prevalencia de bajo peso al nacer	2010	Porcentaje	12,9	12,4	14,3	13,5	14,6	14,2	13,8	13,1	12,5	11,2	12,5	12,2	13,9	11,6	14,1	10,9	12,6	13,8	12,9	13,4	8,6	15,4	
Salud sexual y reproductiva																									
Nacimientos en adolescentes (10 a 14 años)	2010	Número de nacimientos	515	22	3	11	54	43	12	52	69	15	24	52	5	2	8	1	2	6	39	92	0	3	
Nacimientos en adolescentes (15 a 19 años)	2010	Número de nacimientos	19.325	672	167	378	1.744	1.529	618	2.282	2.634	629	1.349	1.975	177	66	217	168	412	57	1.220	2.838	7	186	
Interrupción voluntaria del embarazo en menores de 20 años	2010	Número de casos	20	0	0	0	0	1	0	3	3	3	0	2	0	1	0	1	2	1	0	1	0	2	
Malformaciones congénitas																									
Prevalencia de malformaciones congénitas	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	4,5	4,4	4,2	1,8	3,9	2,8	4,6	3,5	4,6	5,2	3,7	6,2	0,0	7,3	0,8	4,4	5,1	10,4	3,1	3,0	0,0	0,0	
Salud mental																									
Número de mujeres menores de 18 años agredidas	2010	Número de casos	8.620																						
Número de hombres menores de 18 años agredidos	2010	Número de casos	6.704																						
Coberturas administrativas de vacunación																									
Población menor de 1 año																									
Antipolio	2010	Porcentaje	94,2	101,4	98,5	87,6	97,7	95,9	88,8	95,5	91,1	95,3	95,9	90,0	94,4	87,5	70,0	87,2	95,2	80,4	99,7	93,4	75,0	0,0	
D.P.T.	2010	Porcentaje	94,2	101,5	98,5	88,5	97,3	95,8	88,9	95,5	91,1	95,2	95,8	90,0	94,2	87,8	70,1	87,3	95,2	83,3	100,0	93,4	75,0	0,0	
B.C.G.	2010	Porcentaje	101,1	127,6	122,7	1,5	199,5	7,7	127,2	33,0	72,5	29,7	57,6	57,0	240,9	688,8	343,3	0,0	91,0	2,4	60,5	75,4	16,7	0,0	
Hepatitis B	2010	Porcentaje	93,8	98,6	97,4	88,7	97,8	95,9	88,9	95,6	91,1	95,5	95,8	88,7	94,1	86,9	68,6	87,3	95,2	83,3	100,1	93,7	75,0	0,0	
Haemophilus	2010	Porcentaje	94,2	101,5	98,5	88,5	97,3	95,8	88,9	95,5	91,1	95,2	95,8	90,0	94,2	87,8	70,1	87,3	95,2	83,3	100,0	93,4	75,0	0,0	
Rotavirus	2010	Porcentaje	91,4	104,7	101,7	82,4	89,2	88,4	86,5	86,9	88,9	94,8	90,4	85,5	101,4	89,4	65,1	81,1	97,2	70,8	96,5	87,8	71,7	0,0	
Población mayor de 1 año																									
Triple viral	2010	Porcentaje	97,5	106,8	103,7	93,2	99,5	94,9	91,8	98,8	96,0	99,5	101,3	93,8	96,9	88,7	69,3	92,2	102,1	79,5	103,8	92,4	80,0	0,0	
Neumococo	2010	Porcentaje	94,0	109,0	92,9	89,0	96,1	92,1	90,5	96,1	89,2	94,4	99,9	90,7	95,3	87,0	65,2	90,6	98,7	74,9	100,6	89,0	72,3	0,0	
Fiebre amarilla	2010	Porcentaje	69,9	74,5	63,0	77,6	70,9	59,8	66,6	67,8	71,8	75,1	75,7	67,1	68,5	69,1	55,3	65,0	75,1	66,5	73,3	70,3	83,1	0,0	
Hepatitis A	2010	Porcentaje	57,0	71,5	61,4	69,8	69,7	48,2	59,6	45,5	58,0	59,5	64,7	51,0	48,5	53,9	51,1	46,0	61,4	61,9	56,5	52,2	78,5	0,0	

Fuente: Nutrición: Fuente: Vigilancia en Salud Pública SISVAN. Patrón de Referencia NCHS. Fuente 2009 y 2010: Información preliminar DANE-RUAF, estadísticas vitales SDS.Fecha de corte 18 de Abril de 2011. Fuente 2011: SISVAN SDS. Fecha de corte: 30 de Octubre de 2011. Salud sexual y reproductiva: Salud Mental: SIVIM SDS. Fecha de revisión 3 de Febrero de 2012 Coberturas administrativas de vacunación: Año 2010. Elaboró GRUPO ASIS

Con respecto a la mortalidad en este grupo poblacional, a continuación se relacionan los indicadores y hallazgos que caracterizan especialmente a la infancia:

La tendencia de la mortalidad perinatal se muestra creciente hasta el año 2008 a partir del cual se evidencia un comportamiento decreciente pasando de 3.218 muertes a 1.991 muertes en el año 2010. Se ha identificado que el mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, cuya causa es desconocida en gran parte de los casos. Sin embargo, los análisis individuales de caso (5% del total de las muertes) han permitido establecer un alto número de muertes relacionadas con la salud materna y el inadecuado control prenatal. De las muertes neonatales tempranas se han podido evidenciar problemas relacionados con la calidad en la atención del parto, el bajo peso al nacer debido a prematurez y malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas.

En el año 2010 las localidades de Suba Kennedy y Ciudad Bolívar notificaron el mayor número de muertes perinatales. Aunque la razón de razones muestra que las localidades de Mártires y Barrios Unidos presentan un 40% más de riesgo de que hayan muertes perinatales comparado con la totalidad del distrito.

El comportamiento de la mortalidad infantil ha mostrado una tendencia decreciente entre 2005 y 2010, descendiendo de una razón de 15,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el 2005 a 11,7 en el año 2010. Las localidades de Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar y Bosa presentaron el mayor número de muertes infantiles, en estas localidades el número de casos estuvo entre 130 y 175, aunque la localidad que presenta una vez y media mayor riesgo de muerte infantil es Sumapaz donde se presentó una muerte, pero dada su baja densidad poblacional el impacto es mayor que en otras localidades.

El coeficiente de Gini para la mortalidad infantil en Bogotá obtenido en el año 2011 fue de 0,077 indicando una distribución de mortalidad infantil de casi perfecta igualdad ya que se encuentra muy cerca del 0.

El comportamiento de la mortalidad en menores de cinco años ha mostrado una tendencia decreciente durante los años 2005 y 2010 partiendo de una tasa de 32,7 en el año 2005 hasta llegar a 24,5 muertes por cada 10.000 menores de cinco años en el año 2010.

El comportamiento de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se ve afectado por la dificultad de bajar las tasas de la mortalidad perinatal; por enfermedades congénitas y por neumonía. En el análisis de la mortalidad en menores de 5 años se observa que entre los años 2005 a 2008 la neumonía aparece dentro de las 5 primeras causas de mortalidad (quinta), no ocurre lo mismo para los años 2009 y 2010.

La principal causa de mortalidad en menores de 5 años es la mortalidad infantil y dentro de este grupo la mortalidad perinatal. Se pueden detectar dos noxas (causas) biológicas de este comportamiento, por un lado la mayor supervivencia perinatal de los niños y niñas con mayor vulnerabilidad del sistema respiratorio y por ende mayor riesgo de bronquiolitis y neumonía en especial en los primeros 2 años de vida. La segunda noxa es la variabilidad climática y el patrón estacional de circulación viral en el distrito capital en especial por virus sincitial respiratorio y adenovirus. A lo anterior, se puede agregar causas como bajo nivel socioeconómico e inequidad social.

Las causas y proporciones sobre el total de causas de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años son similares entre el nivel nacional y distrital, evidenciándose en especial las malformaciones congénitas, las afecciones respiratorias perinatales y la infección respiratoria aguda. En los niños y niñas menores de 5 años, las primeras cinco causas han permanecido invariables, destacándose como primera causa los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, malformaciones congénitas del sistema circulatorio y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas

El coeficiente de Gini para la mortalidad en menores de cinco años en Bogotá obtenido en el año 2011 fue de 0,064 indicando una distribución de mortalidad en menores de cinco años casi de perfecta de igualdad ya que se encuentra muy cerca del 0.

El comportamiento de la mortalidad por neumonía ha mostrado una tendencia decreciente en los últimos cinco años, descendiendo de una tasa de 23,7 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en el 2005 a 14,0 en el año 2010; se hace evidente el pico ocurrido en el año 2008 donde se notificaron 124 muertes que elevaron la tasa a 21,0 por 100.000 menores de cinco años, esta elevación se atribuye a la pandemia por el virus AH1N1. Para el año 2010, las localidades de Suba, Ciudad Bolívar y Bosa presentaron el mayor número de muertes infantiles y la localidad de Chapinero presenta 1,3 veces mayor riesgo de muerte por neumonía entre los menores de cinco años.

El coeficiente de Gini para la mortalidad por neumonía en Bogotá obtenido en el año 2011 fue de 0,365 indicando que aunque hay un grado de desigualdad, esta no es tan alta, teniendo en cuenta que el coeficiente puede oscilar entre 0 y 1.

El comportamiento de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) ha mostrado una tendencia decreciente a lo largo de los últimos cinco años, descendiendo de una tasa de 2,7 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en el 2005 a 1,0 en el año 2010. Las localidades de Ciudad Bolívar, Usaquén, San Cristóbal, Bosa y Suba notificaron mortalidades por EDA en menores de cinco años, las demás localidades no presentaron muertes por esta causa. El riesgo de morir por EDA en estas cinco localidades oscila entre 1,2 y 3,4 siendo menor para Suba y mayor para Usaquén.

La disminución de la tasa de mortalidad por EDA está relacionada con el mejoramiento en el acceso a agua potable, adecuadas prácticas en la manipulación de alimentos y de manejo de desechos sólidos y líquidos.

La mortalidad por desnutrición se ha comportado de manera decreciente pasando de una tasa de 5,0 (30 casos) en el año 2005 a una tasa de 0,8 (5 casos) por 100.000 menores de cinco años en el año 2010. Las localidades de Kennedy, Usme y Engativá fueron las únicas que notificaron muerte por desnutrición: 3, 1 y 1 respectivamente.

4.1.4.2. Adultez y persona mayor

Se entiende por Adultez, aquella etapa de la vida caracterizada por la ampliación de las responsabilidades, la autonomía y las realizaciones, producto de un proceso de

construcción histórico, social y cultural; en la que se espera que los sujetos a través de sus aprendizajes, experiencias y desarrollo de potencialidades, logren la capacidad de agencia para sostener, mantener o transformar realidades individuales y colectivas. La adultez como etapa del ciclo vital, concebida entre los 27 y 59 años⁴⁵.

Con respecto a la persona mayor, es necesario definir la vejez como el envejecimiento individual que se asocia al proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad. Sin embargo, tiene que ver, no sólo con la evolución cronológica, sino también con fenómenos de naturaleza biosíquica y social (Magno de Carvalho y Andrade⁴⁶). Como proceso, es natural, y va desde la concepción hasta la muerte, y su desarrollo conlleva una serie de cambios que se ven afectados de manera diferente por factores como la herencia biológica, el comportamiento individual, factores sociales, económicos, ambientales y políticos.

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales para las etapas de ciclo vital de adultez y persona mayor. Los cuadros se encuentran coloreados en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen (Tabla No. 17).

⁴⁵ El rango de edad adulta, entre 27 y 59 años, se ubica en Bogotá entre las caracterizaciones que de la juventud (de los 14 a 26 años) y de la vejez (a partir de los 60 años) acogen las políticas públicas poblacionales distritales.

⁴⁶ CELADE/CEPAL, 2006. *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía. Santiago de Chile.

	El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el indicador de la localidad y el del distrito
	El indicador de la localidad es significativamente peor que el indicador del distrito con un IC 95%
	No se calculó significancia estadística

Tabla No. 17. Indicadores de salud y bienestar los adultos y estilos de vida. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa fe	San Cristobal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativa	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad	
Salud sexual y reproductiva																									
Interrupción voluntaria del embarazo en mayores de 20 años	2010	Número de casos	60	1	2	4	2	2		9	9	5	4	10	1	2	3	1		1		2			2
Salud mental																									
Violencia intrafamiliar ejercida contra mayores de 18 años	2010	Número de casos	7400	428	112	133	428	1096	161	836	501	262	752	788	114	62	137	89	127	47	454	740	33	100	
Número de mujeres mayores de 18 años agredidas		Número de casos	6444	375	99	115	370	946	135	742	442	234	630	705	102	55	112	76	115	40	399	636	33	83	
Número de hombres mayores de 18 años agredidos		Número de casos	956	53	13	18	58	150	26	94	59	28	122	83	12	7	25	13	12	7	55	104	0	17	
Abuso de sustancias psicoactivas		Número de casos	4422	81	24	84	95	127	42	143	144	51	112	160	18	15	87	14	29	11	90	170	0	2925	
Abuso de sustancias psicoactivas		Tasa por 100.000 hab	39,7	17,2	18,1	76,3	23,2	34,9	20,8	25,1	14,3	15,1	13,4	15,3	7,7	10,3	89,1	12,9	11,2	45,6	23,8	27,1	0,0	0,0	
Prevalencia de discapacidad																									
Prevalencia estimada	2010	Porcentaje	5																						0
Prevalencia identificada	2010	Porcentaje	2,3	2,2	2,1	2,7	3,0	2,1	3,2	2,9	2,6	2,3	1,3	1,1	2,4	1,6	2,5	3,1	4,2	4,8	4,9	1,7	5,8		0,0

Fuente: Salud sexual: Grupo funcional de salud sexual y reproductiva de la SDS. reportado 6 de febrero de 2012. Salud mental: Grupo funcional de salud mental de la SDS. Fecha reportado: 3 de febrero de 2012. Discapacidad: Grupo funcional de discapacidad de la SDS. Fecha reportado 7 de febrero de 2012. Elaboró GRUPO ASIS.

4.1.4.3. Salud sexual y reproductiva

La Secretaría Distrital de salud, ha desarrollado avances importantes para mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva, pero ha sido consciente que esa perspectiva debe ampliarse y abordarse desde la sexualidad como una categoría transversal e inherente a lo humano y que es producto de una matriz de interacciones, culturales, económicas y relacionales construida socialmente, que afecta tanto a individuos como a sociedad, cuya atención reclama la intervención de un gran número de profesionales ,y la competencia de diversos sectores institucionales (públicos y privados), comunitarios, que generen condiciones de opciones reales para el desarrollo de la plenitud de potencialidades humanas.

La tendencia de la **mortalidad materna** tuvo un rápido descenso entre los años 2005 y 2008 pasando de una razón de mortalidad de 59,6 a 41,7 muertes por 100.000 nacidos vivos; en el 2009 se presentó una elevación dada por el incremento en el número de muertes que llego a 56 con una razón de mortalidad materna de 48,4; para el año 2010 la razón se ubicó en 39,1 muertes por 100.000 nacidos vivos⁴⁷.

Las localidades que presentan el mayor número de casos de forma recurrente y para los dos últimos años (2009 y 2010) son Suba, Kennedy, Bosa y Engativá; Las localidades cuyas razón de razones muestran mayor riesgo de muerte materna comparado con la totalidad del distrito son Mártires, Fontibón, Usme y Suba.

El coeficiente de Gini para la mortalidad materna en Bogotá obtenido en el año 2011 fue de 0,398 indicando que aunque hay un grado de desigualdad, esta no es tan alta, teniendo en cuenta que el coeficiente puede oscilar entre 0 y 1.

La **mortalidad perinatal** es un indicador perceptivo del bienestar de una población, de las condiciones de salud del binomio madre/hijo, del entorno en que vive la madre y de la calidad de la atención en salud de las etapas preconcepcional, prenatal, intraparto y neonatal. La tasa de Mortalidad perinatal expresa el número de defunciones entre las 22 semanas de gestación y los 7 días de nacido por cada 1000 nacidos vivos.

El mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, donde las causas, en una proporción muy significativa, es desconocida, sin embargo al realizar los análisis individuales de caso, se ha podido establecer que hay un componente muy significativo de muertes relacionadas con la salud materna y un inadecuado control prenatal; en cuanto a muertes neonatales tempranas, se ha podido establecer que hay problemas relacionados con la calidad de atención del parto, bajo peso al nacer debido a prematurez y malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Frente a la **transmisión materna infantil del VIH**, se observa una tendencia estacionaria del indicador durante los últimos cinco años con un promedio de 1.8 casos anualmente. Es de resaltar que durante el año 2006 se dio inicio a la estrategia de reducción de la transmisión madre hijo con lo cual se presentó un pico en la notificación. La ocurrencia de casos tiene como principales causas el inicio tardío o inexistente de controles prenatales, las barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud que limitan el acceso

⁴⁷ Fuente 2000-2008 : Certificado de Defunción Certificado Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS .-Datos Definitivos

oportuno a pruebas rápidas así como a los esquemas profilácticos requeridos, y el desconocimiento o no adherencia a los protocolos y guías de manejo.

Al revisar el comportamiento de **sífilis Congénita** en el Distrito Capital se observa un aumento en la notificación de este evento para el periodo 2000- 2011; para el año 2008 la tasa de incidencia fue de 2,8 x 1000 nacidos vivos, representando el pico del periodo. Lo anterior evidencia que la sífilis congénita es un problema de salud pública en la ciudad y refleja fallas en la calidad del control prenatal. Cabe aclarar que el indicador de ciudad es superior a la meta establecida en el Plan de Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe que es menos de 0.5 x 1000 nacidos vivos.

Con respecto a la **sífilis gestacional** en niñas de 6 a 12 años, para el periodo 2007 al 2011 se presentó un caso que representa el 0.2% de los 408 casos que se presentaron en el 2009, para el grupo de edad de adolescentes entre los 13 y los 18 años, se reporta que el mayor número de casos se presentó en el 2007 (55) de los 379 que se notificaron. A partir de este año el indicador ha venido disminuyendo alcanzado para el 2011 un porcentaje del 9% (38 casos) de los 445 casos de sífilis gestacional notificados en el Distrito en el año 2011.

Al revisar los **nacimientos en niñas de 6 a 12 años** se observa un aumento en el número de casos para el periodo 2008 al 2009 con un total de 25 casos, a partir del 2010 se ha logrado mantener una reducción que para el 2011 alcanzó el 60%. El comportamiento de este indicador por localidad de residencia evidencia que las localidades que aportan el mayor número de casos son la localidad de Kennedy con el 33,3% (2), y las localidades como Puente Aranda, Bosa, Fontibón y Ciudad Bolívar aportan el 16,7% respectivamente un (1) caso. Para **el grupo de 13 a 18 años** de edad se observa una disminución de los casos pasando de 14.877 casos en el 2009 a 13.771 para el 2011.

Con relación a los casos de **interrupción voluntaria del embarazo** en el periodo 2006- 2011 en menores de 6 a 12 años se observa que el mayor número de casos los aporta la causal. “El embarazo es producto de una conducta debidamente denunciada con el 33%, le sigue en su orden a causal 1 “La continuidad del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer” que representa el 22%. Para el grupo de edad de los 13 a 18 años el mayor número de casos se relacionan con la causal 1 con el 55% (104 casos) y le sigue la causal 3 “El embarazo es producto de una conducta debidamente denunciada con el 25% (47).

4.1.4.4. Salud oral

Dentro de los eventos objeto de vigilancia en la salud oral, en niños y niñas de 0 a 5 años, la caries cavitacional ocupó el primer lugar, encontrándose en el 54,2% de los niños y niñas; la gingivitis, en el 38,3%; la lesión mancha café, en el 29,9% y la lesión mancha blanca en el 22,5%, dos eventos donde se deben aplicar las acciones preventivas y de seguimiento, con oportunidad y calidad. El 73,5% presentó alerta epidemiológica en salud oral; de esta, por sangrado inducido por presencia de placa bacteriana el 52,2%, por presentar tres (3) o más dientes con caries sin intervención, el 45,4% y por presentar tres (3) o más dientes perdidos por caries, el 2,4%.

Para el grupo de 6 a 12 años, se capturaron 6.768 niños y niñas, entre los 6 a 12 años de edad, que representaron el 66,5% del total de población de la infancia (10.177). El 34,0% de esta población, no fue llevada al odontólogo el año anterior, y tan solo el 16,7% fue llevada

dos (2) veces. El 84,0%, presentó alerta epidemiológica en salud oral; de esta, por sangrado gingival inducido por presencia de placa bacteriana el 65,6%, con alerta por presentar tres (3) o más, dientes con caries sin intervención, el 31,8% y por presentar tres (3) o más, dientes perdidos por caries, el 2,6%.

Con respecto a los adolescentes de 13 a 18 años se encontró un deficiente estado de higiene oral en el 75,6%, el 72,2% presentó gingivitis y el 62,2% presentó caries cavitacional, Del total de población captada en la etapa de ciclo de juventud (19 a 26 años) el 71,3%, no utilizan la seda dental, y tan solo el 36,1% utilizan el cepillo dental las 3 veces diarias. El 78,7% de los jóvenes presentaron un estado de higiene oral deficiente. Para la etapa de ciclo de adultez el 80,5% presentó un estado de higiene oral deficiente, la gingivitis, se presenta en el 87,2% de la población y la caries cavitacional en el 80%, entre los adultos mayores (60 años y más) en análisis del estado periodontal, tan solo el 7,1% de la población, se encontró sana, la gingivitis se presenta en el 89,6% de la población y el 74,0% caries cavitacional.

4.1.4.5. Salud mental y lesiones violenta evitables

Se concibe la salud en general y la salud mental en particular como proceso multidimensional y como un componente integral del desarrollo humano orientado hacia el ejercicio de la autonomía y realización del proyecto vital de los sujetos individuales y colectivos, que permite propender por una vida con calidad; en donde se reconoce que las necesidades hacen del “ser humano” no sólo un ser de carencias, sino también de potencialidades.

De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003 para el Distrito Capital Bogotá tiene 46.7% de prevalencias de cualquier trastorno mental, más elevadas que el total nacional (40.1%), los trastornos afectivos involucran al 21.2% de la población, la frecuencia de uso de servicios de salud fluctuó entre el 5% para trastornos por sustancias al 14.2% para trastornos del estado de ánimo, para ningún tipo de trastorno mental el uso de servicios superó el 15%. Entre el 85.5% y 94.7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a algún servicio de salud.

Los trastornos en el control de impulsos son los diagnósticos que generaron mas uso de servicios psiquiátricos 4.2% seguido de los trastornos del estado de ánimo 2.2% y por los trastornos de ansiedad 1.9%. Los servicios de Psiquiatría los usaron aquellos con tres o más trastornos 5%.

4.1.4.6. Enfermedades transmisibles y zoonosis

Bogotá tiene una relación canino persona de 1 por cada 12 (cifra positiva frente al estándar recomendado por la OMS, de un perro por cada 10 personas y al registrado en el país 1:11), es preocupante que se presente una relación de un (1) canino por cada niño menor de 5 años. (Vega Aragón, Espinosa Garzón, & Castillo Bejarano, 2005). El censo canino de Bogotá para el año 2005 registra incrementos anuales del 5% en promedio, pasando de

599.621 en 1999 a 775.631 en 2005, cifras que incluyen las poblaciones con dueño y callejera¹, y un total de 144.928 gatos (SDS 2006).

En cuanto a la población canina callejera se calcula que en la capital existen alrededor de 88.673 perros, destacándose las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Suba, Usaquén y Kennedy.

Los Vehículos de Tracción Animal [VTA] según cifras de la personería de Bogotá superan los 1000 en la ciudad⁴⁸, cifra que está siendo objeto de verificación por la Secretaría Distrital de Movilidad.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se siguen presentando; durante 2006 se reportan 5.523, cifra que se incrementa para 2007 (14,7%) pasando a 6.333, en 2008 (52%) 8.393 y para 2010 se presenta una disminución del 12% al registrarse un total de 7388;

4.1.4.7. El intento de suicidio - el suicidio consumado

En intento de suicidio se puede observar que por cada hombre que intenta suicidarse dos mujeres intentan quitarse la vida. En mujeres el 44,11% de los casos se registraron en las edades de 13 a 18 años, seguido de las edades de 19 a 26 años en 26,34% y en hombres la edad en la que más se registran casos es en las edades de 19 a 26 años 35, 62% seguida de las edades 27 a 59 años de edad, tanto en niños y niñas se registran casos entre los 6 a 12 años de edad en cerca de un 5% y en mayores de 60 o más años alcanza una proporción del 1,56%.

El suicidio consumado en la ciudad de Bogotá durante el 2011 ocurrió en 5 hombres por una mujeres, los hombres que más se suicidaron de acuerdo a la edad fue en las edades de 27 a 59 años, que equivale al 51,87% de los casos reportados en este sexo, seguido por las edades de 19 a 26 años de edad con un 30, 48%; en las mujeres en las edades en las que más se suicidaron fue entre 19 a 26 años de edad con un porcentaje de 41,46% seguido de las mujeres adultas entre 27 a 59 años con un 29,27%. La tendencia en niños y niñas entre 6 a 18 años mantuvo la tendencia registrándose mayor número de casos en hombres para un total de 16 casos y en mujeres 9, pero la incidencia es más alta en mujeres que en hombres.

A continuación se presentan algunos eventos considerados de alta externalidad por cuanto afectan de manera prevalente las diferentes etapas de ciclo vital y su intervención es fundamental para reducir la segregación socio-espacial, aumentando las oportunidades de las personas, disminuyendo la exposición a factores de riesgo de deterioro y con ello mejorar la calidad de vida y salud de la población.

4.1.4.8. Seguridad alimentaria y nutricional (SAN)

¹ Población canina sin tenedor o responsable

⁴⁸ <http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=3972>

En relación con el consumo de alimentos y modos de vida saludable a lo largo del ciclo vital humano la información disponible muestra que la alimentación de los hogares capitalinos dista mucho de ser suficiente en cantidad, adecuada en calorías y nutrientes, completa respecto de la contribución de los siete grupos de alimentos y balanceada en sus proporciones. De otra parte, el proceso de urbanización de Bogotá ha generado cambios en los hábitos alimentarios tales como el bajo consumo de frutas y verduras, aumento en el consumo de alimentos procesados y preparados fuera de casa, alimentos denominados “comida rápida”.

La información disponible⁴⁹ muestra el porcentaje de déficit de consumo diario en la población de 19 a 64 años por grupo de alimento así: frutas 25.6%, verduras 67%, lácteos 20.3% y carnes y huevos del 10.8%. De otro lado ganan importancia en el consumo diario otros productos alimenticios con bajo aporte nutricional, cuyo consumo diarios como gaseosas (24.1%), comidas rápidas y alimentos en la calle (6.1%); alimentos de paquete (15.8%), golosinas o dulces (43.7%) y alimentos fritos (22.3%). Los indicadores nutricionales se relacionan con el consumo de alimentos y la práctica de actividad física; es así como el exceso de peso es del 21% en población de 5 a 17 años; prevalencia que se duplica en el grupo de 18 a 64 años con un 51.3%; con un ascenso de 2.7% frente a los resultados obtenidos en 2005⁵⁰.

El derecho a la alimentación con leche materna es el primer eslabón de la garantía a la alimentación saludable en los niños y niñas, mejorar los indicadores de lactancia materna exclusiva es un reto para toda la ciudad; la práctica se ha debilitado en los últimos años, con una disminución de un mes desde el 2005 (3,6 meses) al 2010 (2.6 meses); adicional una alimentación complementaria inadecuada.

Relevante para mejorar el bienestar de los niños y niñas en su primera infancia, es reducir las deficiencias de micronutrientes especialmente la anemia cuya prevalencia afecta al 21%⁵¹ de la población de 6 a 59 meses, la deficiencia de vitamina A al 28,1%; la deficiencia de Zinc, en esta misma población es del 50%; junto con la deficiencia de hierro (19.1%) y de anemia (4.5%) en la población de mujeres en edad fértil [MEF]; mediante el desarrollo de estrategias integrales que involucren a los sectores de salud, educación y bienestar.

A pesar de la mejoría en los indicadores antropométricos alcanzados en el Distrito Capital, sigue siendo un reto la disminución de la malnutrición a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital. El bajo peso al nacer afecta a cerca del 12% del total de nacidos vivos en la ciudad, el 16.4% de los niños menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 2.9% desnutrición global⁵², en los niños y niñas de 5 a 17 años, la prevalencia de desnutrición crónica de 7.2 %.; situación que está asociada con la edad, el nivel educativo y el índice de riqueza de la madre y su familia. De otro lado la mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años, observa una disminución entre 2008 y 2010 pasando de una tasa de 2.7 en 2008, a 3 en 2009 y a 0.8 en 2010, sin embargo es intolerable que en esta ciudad se presente un solo caso de mortalidad por esta causa.

⁴⁹ ICBF. Encuesta Nacional de Situación Nutricional En Colombia. ENSIN 2010. Primera edición. Agosto 2011

⁵⁰ Ibíd.

⁵¹ Ibíd.

⁵² Ibíd.

4.1.4.9. Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual

Existe una concentración de las diversas formas de expresión de la violencia intrafamiliar y la violencia sexual hacia los niños, niñas y adolescentes. En el 2010 se reportaron 15.736 casos que equivalen al 69,2% del total registrados en dicho periodo anual (n= 22.774). Para el 2011 el porcentaje de casos en este mismo grupo es del 67,1% lo cual equivale a 19.324 casos; la diferencia de casos según el sexo evidencia una mayor cantidad de mujeres víctimas de diversos tipos de violencia con respecto a los hombres. En el año 2010 del total de casos registrados (n= 22.724) el 66,3% corresponden a mujeres; una situación similar se visualiza para el 2011 en donde del total de casos registrados (n= 28.796), el total de víctimas mujeres es de 19.308 lo cual equivale a una proporción de incidencia del 67,1%.

4.1.4.10. Uso y abuso de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C

El estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C⁵³, muestra que las sustancias psicoactivas que presentan las mayores frecuencias de consumo en la ciudad de Bogotá son en su orden las bebidas alcohólicas, el tabaco, la marihuana, la pasta básica de cocaína, el éxtasis y la cocaína. El 11% de los encuestados presenta un consumo de alcohol riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 584.000 personas, esta condición afecta a casi 18% de la población entre 18 y 24 años, lo que equivale a 165 mil jóvenes en ese grupo de edad.

El uso actual de tabaco/cigarrillo en Bogotá (22,85%) es mayor que el promedio nacional (17,06%), y supera considerablemente las tasas de consumo de la mayoría de los departamentos. En cuanto al consumo de sustancias ilícitas, se encontró que 10% de las personas encuestadas han usado alguna de tales sustancias al menos una vez en la vida: 15,5% de los hombres y 5,1% de las mujeres.

El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con cerca de 7%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 3,7%, y el de 12 a 17 años, con 3,5%. En contraste, las prevalencias en los dos grupos de mayor edad son inferiores a 0,4% (35-44 años) y 0,3% (45-65 años).

En relación con el abuso de sustancias psicoactivas los datos captados a través del VESPA – (Vigilancia Epidemiológica del Abuso de Sustancias Psicoactivas) señala una concentración de casos el grupo de edad de 13 a 18 años. Así, para el año 2010 el 61% de los casos registrados corresponden a este grupo de edad y para el año 2011 la proporción alcanzó el 63,4% (n=2.480).

4.1.4.11. Enfermedades crónicas no transmisibles

⁵³ Secretaría Distrital de Salud, UNODC, Ministerio de Protección Social, Comisión Interamericana contra el abuso de drogas – CICAD de la OEA, Dirección Nacional de Estupefacientes. "Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C., 2009.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], el 80% de la mortalidad general se deriva de las condiciones crónicas en países no desarrollados, situación que genera muertes prematuras con carga social y económica significativa. "...Es el reto de atención de salud en este siglo...". Esta tendencia está generando aumento sin precedentes en la demanda de servicios de salud. Para este mismo organismo, este grupo de patologías incluye padecimientos y enfermedades que a pesar de tener manifestaciones clínicas diversas, comparten características básicas comunes, como persistencia, manejo durante años o decenios y desafío serio de la capacidad de los servicios de salud. Se caracterizan por tener estructuras causales complejas mediadas por múltiples condiciones de exposición, periodos de latencia largos, evolución prolongada, relativa incurabilidad y carácter degenerativo que, sin manejo adecuado, llevan a discapacidad o alteración funcional, con pérdida de autonomía de los sujetos afectados.

La presencia de condiciones crónicas se concibe como un proceso social con características distintas en los grupos humanos según forma en que se concretan modos de vida, particularidades del territorio, de clase social, de condiciones de trabajo y de la manera como se expresan las prácticas sociales a través de las construcciones culturales.

Las crónicas condiciones son consecuencia de la forma como se satisfacen necesidades humanas de alimentación, recreación, transporte, manejo del estrés, trabajo, afecto, interacción con el ambiente, educación, vivienda y comunicación. Hoy es claro que no son una consecuencia irreversible del tránsito de los sujetos a través de las diferentes etapas del ciclo vital cuyos orígenes y causas, en muchos de los casos, se presentan desde mucho antes de la gestación. Es decir, el envejecimiento por sí mismo no causa la enfermedad.

En Colombia, durante los últimos veinte años se han constituido en la principal carga de morbilidad y mortalidad. De manera específica, ocho condiciones aportaron 39% al total de defunciones (10.294 del total de 26.397). Para el caso de Bogotá D.C., la situación no es diferente. Registran una tendencia de constante aumento, en total se presentaron 15.867 muertes en 2000 y 19.148 en 2008; constituyen la primera causa de mortalidad y discapacidad; aportaron en 56% al total de muertes en 1983, 65,87% en 1998 y 77,39% en 2007; siendo en promedio responsables del 71.5% de las muertes ocurridas en el D.C. durante el período 1998-2010.

En Bogotá D.C., durante los últimos veinte años las enfermedades crónicas representan la principal carga de morbilidad y de mortalidad. Este grupo de enfermedades constituyen como grupo la primera causa de muerte en Bogotá. En 1983 su frecuencia relativa al total de muertes fue de 56%. En 1998 se situó en 65,87% y en 2009, 71.55%. La frecuencia relativa de las muertes, agrupadas en tres categorías, muestra el rango que separa las tasas del grupo de las crónicas de las otras dos categorías.

Aunque se hace notoria la disminución de los grupos de las enfermedades transmisibles, nutricionales y materno perinatales y por causa externas, el mayor peso de la carga está representado por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las metabólicas,

respiratorias crónicas, las autoinmunes, neurológicas y algunas digestivas. Las tres primeras categorías aportan 53%% del problema en Bogotá D.C. Por la frecuencia relativa a la población el riesgo de mortalidad está encabezado por las enfermedades cardiovasculares y por los tumores malignos.

En cuanto a la distribución de la mortalidad por nivel educativo de la enfermedad respiratoria crónica y del cáncer de pulmón, éste revela el bajo nivel educativo de los fallecidos por estas dos condiciones. Y por otro lado, la mortalidad prematura que produce la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad cardiovascular en Bogotá. El bajo nivel educativo de las personas fallecidas permite afirmar que la incidencia y la mortalidad por las condiciones crónicas en Bogotá, en 2009, se presenta principalmente en personas de bajos estratos sociales, asumiendo que el nivel educativo es un indicador válido de la condición social de los individuos. En el 2009 fallecieron 845 personas prematuramente (menores de 60 años) sólo por la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad cardiovascular, teniendo como horizonte biológico la esperanza de vida de 77,5 años para la población de Bogotá, hecho que debe ser blanco de objetivos de la prestación de los servicios médicos para la población con estas condiciones para aplazar las complicaciones que llevan a la mortalidad temprana. En la enfermedad isquémica cardíaca también se aprecia que casi 50% de los fallecidos sólo tenían educación básica primaria como nivel educativo. Este hecho junto con lo observado con el cáncer de pulmón y la enfermedad isquémica cardíaca merece una revisión a fondo para su verificación.

En la consolidación de los datos del registro central de cáncer de Bogotá se encontró que el cáncer de mama femenina es el tumor maligno de mayor incidencia en la ciudad. En cuanto a la oportunidad del diagnóstico, del análisis de cáncer de mama realizado se aprecia que 23,9% se descubrieron tardíamente –de estado IIIB y superior-, especialmente en afiliadas al régimen subsidiado y de las no aseguradas. Este diagnóstico tardío incrementa la mortalidad prematura antes de los cinco años de evolución del tumor. En el cáncer del cuello del útero, aunque es notable la gestión de la SDS en el régimen subsidiado con el programa de tamizaje en la red pública asistencial, casi 20% de los diagnósticos del tumor fueron tardíos.

En Bogotá, 87.533 personas que demandan atenciones por su condición de discapacidad; los 600.000 a 700.000 personas de 18 a 69 años quienes por su condición de hipertensos demandan del Estado servicios asistenciales, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la atención y control de esta patología, el 86% es inactiva físicamente, el 34% se encuentra en sobrepeso; el 11.5% son obesos y el 32% son fumadores. De la población mayor de 18 años el 14.5% presenta hipertensión y el 3.5% tienen diabetes mellitus. La prevalencia de población con discapacidad es del 5.6%, y las condiciones crónicas son causas del 43% de ésta discapacidad. La mortalidad prematura, en menores de 60 años, por condiciones crónicas es de 19.2%. Se estima que cada año se presentan 12.000 nuevos casos de cánceres. El porcentaje de hospitalizaciones evitables por las condiciones crónicas es del 42%; los costos totales y atribuibles por atención de estas personas corresponden al 0.7% del PIB del país.

Según la encuesta multipropósito para Bogotá 2011, la población menor de 18 años de las localidades de Kennedy, Engativa, Suba, Fontibón y Ciudad Bolívar es la que presenta con mayor frecuencia enfermedades crónicas como alergia crónica, diabetes y asma. [Tabla No. 18]

Tabla No. 18. Bogotá D.C. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según localidad. 2011

Localidad	Total personas menores de 18 años		Alergia crónica		Asma		Diabetes	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
	Usaquén	110.798	5,1	7.573	6,8	4.780	4,3	397
Chapinero	21.721	1,0	1.365	6,3	1.142	5,3	-	-
Santa Fe	29.450	1,4	2.115	7,2	1.431	4,9	239	0,8
San Cristóbal	131.288	6,0	7.681	5,9	4.338	3,3	408	0,3
Usme	140.578	6,4	5.923	4,2	3.358	2,4	449	0,3
Tunjuelito	59.789	2,7	4.287	7,2	2.558	4,3	125	0,2
Bosa	198.331	9,1	10.508	5,3	7.677	3,9	1.088	0,5
Kennedy	308.044	14,1	23.566	7,7	13.314	4,3	1.093	0,4
Fontibón	94.605	4,3	11.531	12,2	5.340	5,6	905	1,0
Engativá	225.208	10,3	23.777	10,6	14.402	6,4	473	0,2
Suba	301.105	13,8	25.814	8,6	15.060	5,0	785	0,3
Barrios Unidos	52.733	2,4	4.886	9,3	3.108	5,9	91	0,2
Teusaquillo	26.988	1,2	4.505	16,7	2.194	8,1	153	0,6
Los Mártires	25.496	1,2	1.977	7,8	1.251	4,9	161	0,6
Antonio Nariño	31.325	1,4	3.254	10,4	1.342	4,3	50	0,2
Puente Aranda	65.178	3,0	4.171	6,4	1.933	3,0	315	0,5
La Candelaria	5.557	0,3	444	8,0	217	3,9	-	-
Rafael Uribe Uribe	117.242	5,4	10.662	9,1	5.111	4,4	798	0,7
Ciudad Bolívar	235.457	10,8	9.172	3,9	4.811	2,0	1.042	0,4
Total Bogotá	2.180.895	100	163.213	7,5	93.367	4,3	8.572	0,4

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%. Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz

- Sin información

En cuanto a las enfermedades del sistema nervioso central se encontró que la población de las localidades de Suba, Barrios Unidos, Santa Fe, Bosa, Rafael Uribe y San Cristóbal reportó mayor frecuencia de este tipo de patologías. [Tabla No. 19]

Tabla No. 19. Bogotá D.C. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según localidad. 2011

Localidad	Tumores malignos		Epilepsia		Trastornos de la conducta		Trastornos mentales		Ninguna de las anteriores	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Usaquén	-	-	810	0,7	240	0,2	240	0,2	97.813	88,3
Chapinero	65	0,3	79	0,4	325	1,5	70	0,3	18.750	88,3
Santa Fe	110	0,4	309	1,1	310	1,1	211	0,7	25.314	86,0
San Cristóbal	-	-	645	0,5	1.480	1,1	1.304	1,0	117.790	89,7
Usme	298	0,2	672	0,5	1.212	0,9	824	0,6	128.879	91,7
Tunjuelito	-	-	280	0,5	513	0,9	270	0,5	52.988	88,8
Bosa	924	0,5	1.020	0,5	4.168	2,1	949	0,5	175.445	88,5
Kennedy	739	0,2	1.530	0,5	1.752	0,6	979	0,3	271.002	88,0
Fontibón	1.158	1,2	726	0,8	874	0,9	729	0,8	77.907	82,3
Engativá	1.428	0,6	1.313	0,6	1.657	0,7	1.071	0,5	184.898	82,1
Suba	357	0,1	775	0,3	4.360	1,4	1.490	0,5	280.401	88,5
Barrios Unidos	153	0,3	488	0,9	747	1,4	363	0,7	45.121	85,8
Teusaquillo	73	0,3	-	-	255	0,9	-	-	21.282	78,8
Los Mártires	113	0,4	64	0,3	312	1,2	99	0,4	22.257	87,3
Antonio Nariño	175	0,6	58	0,2	222	0,7	143	0,5	28.543	84,7
Puente Aranda	144	0,2	240	0,4	489	0,8	243	0,4	57.909	88,8
La Candelaria	-	-	16	0,3	74	1,3	43	0,8	4.778	86,0
Rafael Uribe Uribe	778	0,7	481	0,4	1.628	1,4	1.020	0,9	99.842	85,2
Ciudad Bolívar	613	0,3	1.190	0,5	2.106	0,9	1.259	0,5	218.298	92,7
Total Bogotá	7.127	0,3	10.895	0,5	22.727	1,0	11.306	0,5	1.907.175	87,4

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%. Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz. - Sin información

De las personas entrevistadas, la población de los estratos sociales 3 y 4 fueron los que reportaron mayor presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas. [Tabla No.20]

Tabla No. 20. Bogotá D.C. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según estrato. 2011

Estratos	Total personas menores de 18 años		Alergia crónica		Asma		Diabetes	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Estrato 1	262.378	12,0	11.626	4,4	7.719	2,9	824	0,3
Estrato 2	995.029	45,6	61.440	6,2	40.992	4,1	3.015	0,3
Estrato 3	687.821	31,5	66.505	9,7	34.608	5,0	3.289	0,5
Estrato 4	144.445	6,6	14.658	10,1	7.808	5,4	1.036	0,7
Estrato 5	31.625	1,5	3.042	9,6	969	3,1	254	0,8
Estrato 6	23.152	1,1	2.084	9,0	347	1,5	-	-
Sin información de estrato	36.445	1,7	3.857	10,6	924	2,5	154	0,4
Total Bogotá	2.180.895	100	163.213	7,5	93.367	4,3	8.572	0,4

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%. Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz. - Sin información

Tabla No. 21. Bogotá D.C. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según estrato. 2011

Estratos	Tumores malignos		Epilepsia		Trastornos de la conducta		Trastornos mentales		Ninguna de la anteriores	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Estrato 1	925	0,4	1.927	0,7	2.670	1,0	2.212	0,8	238.197	90,8
Estrato 2	2.941	0,3	4.341	0,4	11.800	1,2	4.664	0,5	884.737	88,9
Estrato 3	3.123	0,5	3.066	0,4	7.274	1,1	3.577	0,5	582.284	84,7
Estrato 4	138	0,1	421	0,3	359	0,2	782	0,5	122.596	84,9
Estrato 5	-	-	562	1,8	84	0,3	-	-	27.382	86,6
Estrato 6	-	-	-	-	120	0,5	70	0,3	20.607	89,0
Sin información de estrato	-	-	378	1,0	420	1,2	-	-	31.373	86,1
Total Bogotá	7.127	0,3	10.695	0,5	22.727	1,0	11.306	0,5	1.907.175	87,4

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%. Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz. - Sin información

Es deseable que se haga ejercicio por 30 minutos por lo menos tres veces a la semana, lo cual aporta en la prevención de enfermedades crónicas y sus complicaciones, especialmente las cardio-vasculares y endocrinas. Según lo reportado de la encuesta multipropósito de Bogotá 2011, las localidades en las que su población realiza este tipo de práctica son las de Chapinero, Teusaquillo y La Candelaria. [Tabla No. 22]

Tabla No. 22. Bogotá D.C. Personas de 15 años y más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, según localidad. 2011

Localidad	Total personas de 15 años y más		3 o más veces por semana		1 a 2 veces por semana		Menos de una vez a la semana		No practicó deporte ni tuvo actividad física en los últimos 30 días	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Usaquén	382.775	6,8	95.425	24,9	73.649	19,2	35.167	9,2	178.534	46,6
Chapinero	116.697	2,1	38.729	33,2	25.578	21,9	7.021	6,0	45.369	38,9
Santa Fe	79.496	1,4	17.281	21,7	15.188	19,1	4.846	6,1	42.181	53,1
San Cristóbal	299.771	5,3	40.112	13,4	50.751	16,9	37.035	12,4	171.873	57,3
Usme	267.574	4,7	31.608	11,8	38.906	14,5	23.042	8,6	174.018	65,0
Tunjuelito	152.817	2,7	24.401	16,0	24.401	16,0	9.201	6,0	94.814	62,0
Bosa	416.846	7,4	66.489	16,0	62.775	15,1	49.321	11,8	238.261	57,2
Kennedy	764.423	13,5	151.954	19,9	115.829	15,1	48.099	6,3	448.741	58,7
Fontibón	269.290	4,8	66.093	24,5	44.523	16,5	15.970	5,9	142.705	53,0
Engativá	659.791	11,7	140.274	21,3	124.519	18,9	24.168	3,7	370.830	56,2
Suba	821.414	14,5	173.630	21,1	150.133	18,3	49.340	6,0	448.311	54,6
Barrios Unidos	192.309	3,4	51.436	26,7	32.675	17,0	15.318	8,0	92.880	48,3
Teusaquillo	125.625	2,2	40.022	31,9	23.538	18,7	10.990	8,7	51.074	40,7
Los Mártires	77.710	1,4	17.723	22,8	11.021	14,2	5.769	7,4	43.196	55,6
Antonio Nariño	82.015	1,4	17.259	21,0	12.357	15,1	6.182	7,5	46.217	56,4
Puente Aranda	204.834	3,6	37.818	18,5	30.010	14,7	14.931	7,3	122.074	59,6
La Candelaria	19.726	0,3	6.014	30,5	3.273	16,6	1.298	6,6	9.141	46,3
Rafael Uribe Uribe	281.020	5,0	48.090	17,1	41.612	14,8	19.057	6,8	172.261	61,3
Ciudad Bolívar	443.512	7,8	57.915	13,1	64.910	14,6	32.491	7,3	288.195	65,0
Total Bogotá	5.657.645	100	1.122.273	19,8	945.449	16,7	409.247	7,2	3.180.677	56,2

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%.

Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz. - Sin información

La práctica de actividad física 3 o más veces por semana es más frecuente en los estratos sociales 5 y 6. [Tabla No. 23.]

Tabla No. 23. Personas de 15 años y más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, según estrato. 2011

Estratos	Total personas de 15 años y más		3 o más veces por semana		1 a 2 veces por semana		Menos de una vez a la semana		No practicó deporte ni tuvo actividad física en los últimos 30 días	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Estrato 1	461.875	8,2	68.588	14,8	66.472	14,4	31.436	6,8	295.379	64,0
Estrato 2	2.183.943	38,6	337.743	15,5	347.001	15,9	178.234	8,2	1.320.964	60,5
Estrato 3	2.096.862	37,1	440.442	21,0	357.976	17,1	133.298	6,4	1.165.145	55,6
Estrato 4	555.615	9,8	164.550	29,6	105.266	18,9	41.161	7,4	244.638	44,0
Estrato 5	164.305	2,9	55.723	33,9	34.304	20,9	11.385	6,9	62.893	38,3
Estrato 6	118.101	2,1	41.842	35,4	25.892	21,9	8.094	6,9	42.272	35,8
Sin información de estrato	76.946	1,4	13.384	17,4	8.538	11,1	5.639	7,3	49.385	64,2
Total Bogotá	5.657.645	100	1.122.273	19,8	945.449	16,7	409.247	7,2	3.180.677	56,2

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%.

Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz. - Sin información

En cuanto a evitar el consumo excesivo de azúcar, sal, grasa y alcohol, la población de las localidades Usaquén, Kennedy, Fontibón, Engativa, Teusaquillo, Los Mártires, Puente Aranda y La Candelaria, es la que tiene un mayor reporte en la práctica de estos hábitos individuales. [Tabla No. 24]

Tabla No. 24. Bogotá D.C. Personas de 15 años y más por hábitos en consumo de azúcar, sal, grasas y alcohol, según localidad. 2011.

Localidad	Total de personas de 15 años y más	Personas de 15 años y más que evitan el exceso de azúcar		Personas de 15 años y más que evitan el exceso de sal		Personas de 15 años y más que evitan el exceso de grasa		Personas de 15 años y más que evitan el exceso de alcohol	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
		Usaquén	382.775	307.344	80,3	307.926	80,4	310.876	81,2
Chapinero	116.697	90.698	77,7	89.181	76,4	92.994	79,7	95.192	81,6
Santa Fe	79.496	57.245	72,0	58.261	73,3	58.730	73,9	64.123	80,7
San Cristóbal	299.771	213.262	71,1	215.281	71,8	214.970	71,7	221.173	73,8
Usme	267.574	205.589	76,8	203.175	75,9	202.267	75,6	225.573	84,3
Tunjuelito	152.817	116.960	76,5	117.938	77,2	118.258	77,4	122.866	80,4
Bosa	416.846	315.536	75,7	320.603	76,9	321.356	77,1	332.463	79,8
Kennedy	764.423	619.620	81,1	621.031	81,2	614.788	80,4	648.231	84,8
Fontibón	269.290	225.548	83,8	227.613	84,5	230.982	85,8	236.317	87,8
Engativá	659.791	534.518	81,0	553.019	83,8	545.282	82,6	566.746	85,9
Suba	821.414	648.724	79,0	654.124	79,6	658.957	80,2	683.096	83,2
Barrios Unidos	192.309	150.959	78,5	150.108	78,1	154.850	80,5	156.881	81,6
Teusaquillo	125.625	104.158	82,9	104.736	83,4	104.743	83,4	110.848	88,2
Los Mártires	77.710	65.316	84,1	65.402	84,2	66.043	85,0	66.825	86,0
Antonio Nariño	82.015	60.025	73,2	59.318	72,3	60.242	73,5	63.341	77,2
Puente Aranda	204.834	170.954	83,5	171.108	83,5	172.410	84,2	179.521	87,6
La Candelaria	19.726	16.447	83,4	16.537	83,8	16.422	83,3	16.792	85,1
Rafael Uribe Uribe	281.020	205.693	73,2	206.648	73,5	205.953	73,3	210.645	75,0
Ciudad Bolívar	443.512	339.481	76,5	342.584	77,2	333.628	75,2	338.341	76,3
Total Bogotá	5.657.645	4.448.080	78,6	4.484.594	79,3	4.483.752	79,3	4.663.968	82,4

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%. Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total. general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz. - Sin información

Según la encuesta multipropósito, los estratos 3, 4, 5 y 6 son los que menos se exceden en el consumo de alcohol, grasa, sal y azúcar. [Tabla No. 25]

Tabla No. 25. Bogotá D.C. Personas de 15 años y más por hábitos en consumo de azúcar, sal, grasas y alcohol, según estrato. 2011

Estratos	Total de personas de 15 años y más	Personas de 15 años y más que evitan el exceso de azúcar		Personas de 15 años y más que evitan el exceso de sal		Personas de 15 años y más que evitan el exceso de grasa		Personas de 15 años y más que evitan el exceso de alcohol	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
		Estrato 1	461.875	339.423	73,5	341.227	73,9	334.768	72,5
Estrato 2	2.183.943	1.672.791	76,6	1.688.902	77,3	1.677.217	76,8	1.747.440	80,0
Estrato 3	2.096.862	1.682.285	80,2	1.701.739	81,2	1.704.298	81,3	1.776.128	84,7
Estrato 4	555.615	461.354	83,0	462.853	83,3	469.193	84,4	488.844	88,0
Estrato 5	164.305	137.398	83,6	134.787	82,0	139.765	85,1	142.453	86,7
Estrato 6	118.101	97.668	82,7	97.997	83,0	101.179	85,7	101.857	86,2
Sin información de estrato	76.946	57.162	74,3	57.090	74,2	57.332	74,5	59.297	77,1
Total Bogotá	5.657.645	4.448.080	78,6	4.484.594	79,3	4.483.752	79,3	4.663.968	82,4

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 recomienda utilizarlas sólo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 2: La diferencia en la suma de las desagregaciones obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados

Nota 3: Debido a que las opciones de respuesta son No excluyentes, la suma de las distribuciones puede superar el 100%. Así mismo la suma de los totales de las categorías puede superar el total general

Nota 4: No incluye la localidad de Sumapaz. - Sin información

Pensarse desde la satisfacción de necesidades sociales que favorezcan el desarrollo humano, tendrá como consecuencia una mirada diferente a la acción de los demás sectores, del sector privado y de la comunidad frente a las condiciones crónicas y condiciones de exposición a las mismas, superando las visiones de línea sectorial que fragmentan las respuestas y conllevará actuar desde un enfoque promocional de calidad de vida a lo largo de todas y cada una de las etapas de ciclo vital, con alcances incluso desde antes de la gestación misma, que materialice como derechos las oportunidades para la satisfacción de necesidades de forma equitativa.

Como resultado de la revisión de la carga de la mortalidad causada por condiciones crónicas, se concluye que para Bogotá D.C. los retos frente a este tema son grandes, están relacionados con la intervención en los factores determinantes de las mismas, con el fin de atenuar la tendencia evidenciada en un persistente incremento de la carga de la mortalidad prematura registrada en menores de 60 años por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos; la alta prevalencia de personas con condiciones crónicas; el alto pronóstico de discapacidad en niños y niñas con malformaciones congénitas; el incremento de condiciones crónicas en adultos jóvenes; el aumento de discapacidad por condiciones crónicas en población adulta; el incremento de personas con condiciones crónicas inadecuadamente atendidas y controladas; el incremento en gastos de salud innecesarios por incremento de eventos de alto costo; el aumento de personas y familias con calidad de vida deteriorada y envejecimientos no saludables; el impacto económico negativo por pérdida de capacidad productiva de quienes las padecen; la alta carga económica familiar y social en familias con personas en condición crónica; la atención inoportuna de las personas con condiciones crónicas; el exceso de hospitalizaciones de alta complejidad por condiciones crónicas inadecuadamente atendidas y controladas; la baja oportunidad de participación de las personas con condiciones crónicas en diversos escenarios comunitarios y la baja percepción personal, familiar, social, institucional del problema, entre otros.

4.1.4.12. Emergencias y desastres

La encuesta denominada “acceso a los servicios de urgencias de Bogotá, 2006” estableció que el 55,6% (7.700) de las personas que fueron admitidos a los servicios de urgencias fueron mujeres y el 44,4% (6.153) hombres. En todos los niveles de complejidad este comportamiento se presentó en similar proporción.

Las personas entre los 15 y 54 años asistieron más a los servicios de urgencias 53,8 % (7.452) y principalmente en los niveles II y III. Los niños menores de 15 años presentaron también una importante proporción de consultas 32% (4.428), más en los niveles I (52%). Según grupos quinquenales los niños de 1 a 4 años accedieron más a los servicios de urgencias 13,5% (1.867), a los niveles I (22,9%). Las personas entre los 20 a 24 años también presentaron un importante acceso a los servicios de urgencias 11% (1.010) principalmente al nivel II.

Fueron muy escasas las urgencias médicas ocurridas en otros departamentos, que accedieron a los servicios de urgencias de Bogotá, estas fueron de Boyacá, Meta y Tolima principalmente. De Cundinamarca acceden a los servicios de urgencias de Bogotá los pacientes provenientes principalmente de los municipios de Soacha y Funza a los niveles III,

de Cota principalmente a los niveles II, otros municipios fueron Madrid, Mosquera, Chía, Bosa, Fusagasugá, La Calera principalmente a los niveles III.

El 99,3% (13.751) de las urgencias atendidas en los servicios de urgencias de Bogotá provenían del área urbana y solo un 0,7% (103) provenían del área rural.

Las personas se transportaron a los servicios de urgencias principalmente en bus/colectivo 35% (4.822) a todos los niveles de atención. El taxi fue otro importante medio de transporte 31,2% (4.299) y en especial para los niveles III y II. Un 15% (2.134) de las personas también accedieron a los servicios de urgencias caminando sin utilizar ningún medio de transporte y en especial para acceder al nivel I. El carro particular fue utilizado más para acceder al nivel III. La ambulancia pre hospitalaria fue utilizada en el 2,7% de las personas (367) y en especial para ser trasladadas al nivel III.

El 1,0% (145) de los admitidos a los servicios de urgencias tuvieron atención domiciliaria y estos pacientes accedieron mas al nivel I, el 97,7% (13.458) no recibieron atención pre hospitalaria previa y solo un 2,3% (318) recibieron esta atención. Los pacientes que recibieron atención pre hospitalaria accedieron principalmente a un nivel III, fueron trasladados principalmente en ambulancia básica 52,5% (155), especialmente para acceder a un nivel I 83,3%. La ambulancia medicalizada fue utilizada en el 47,5% (140) de los pacientes que recibieron atención pre hospitalaria y en especial para acceder a un nivel III 51%.

El 18,5% (2.600) de los admitidos a los servicios de urgencias presentaban algún tipo de trauma y estos accedieron mas al nivel III 24%. El accidente casero fue la principal causa de acceso a los servicios de urgencias de los admitidos 34,5% (894) y en especial los pacientes con este tipo de trauma accedieron al nivel I un total de 42,1%. Otras causas importantes de admisión por trauma fueron los traumas como consecuencia de una agresión 19,2% (498) y en especial en el nivel II con 21,1%.

Los pacientes con trauma debido a un accidente de trabajo 16,3% (422) accedieron principalmente al nivel III, al igual que los traumatismos por accidente de transporte. El 78,3% (206) de las personas que presentaron un accidente de tránsito fueron atendidos con el SOAT y en similar proporción en todos los niveles de atención. El 21,7% (57) de los pacientes que no fueron atendidos con el SOAT accedieron principalmente al nivel I.

La principal causa de accidente de transporte de los admitidos a los servicios de urgencias fue como peatón 34,8% (96) y estos accedieron principalmente al nivel II. El accidente de transporte como motociclista se presentó como la segunda causa 21,0% (58) con un mayor acceso a los niveles II y III.

Los traumatismos diferentes a accidentes de tránsito fueron ocasionados principalmente por caídas 33,6% (781), golpes o golpeado contra un objeto 23,2% (539), cuchillo/daga/ puñal 10,2% (539).

Los traumas ocurrieron principalmente en el hogar 38,1% (977) y estos pacientes con este tipo de trauma accedieron principalmente al nivel I 44,7% (289). Es importante el número de traumas ocurridos en la vía pública 31,2% (800), seguidos de los accidentes de trabajo 16,7% (428).

El 8,8% (1.215) de las personas que fueron atendidas en los servicios de urgencias habían consultado en las últimas 48 horas a otro servicio de urgencias. En los niveles III y II esta consulta previa se presentó en mayor proporción (11.2% y 10.1%) respectivamente.

El 72,8% (884) de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias presentaron una sola consulta a otro servicio de urgencias en la últimas 48 horas y estos estaban siendo atendidos principalmente en un nivel II.

El 25% (304) presentaron hasta dos consultas previas en las últimas 48 horas también se presentaron pacientes con tres y cuatro consultas previas en las últimas 48 horas por igual sintomatología,

La atención pre hospitalaria ha presentado un crecimiento en la atención de llamadas o solicitudes de la ciudadanía en los últimos cuatro años, en el 2008 se atendieron 506.906 llamadas provenientes del Número Único del Sistema de Emergencias [NUSE] y en el 2011 837238 con un crecimiento del 65.1% en el cuatrienio,

En cuanto a despachos de vehículos de emergencias, se observó que del 2008 al 2011, se presentó un crecimiento del 58.9% pasando de 192.855 a 306.490 despachos. Alrededor del 70% de los despachos son efectivos, presentándose el valor más bajo en el 2009 con el 63.2% y el más alto en el 2010 con 76%.

El mayor porcentaje de despachos para la Atención Pre Hospitalarias se hacen hacia los domicilios, estas solicitudes han venido creciendo, es así que en el año 2008 del total de despachos de vehículos de emergencia el 38.1% se hacían hacia los domicilios, en el 2009 el 43.7% y en el 2011 llegó casi a la mitad de los casos con un 48.5%, este aumento se ha hecho a expensas de las atenciones en vía pública que han venido en una franca disminución desde 2009 al 2011 con un 43.3%, 35.5% y 33.2% respectivamente, las proporciones de los demás sitios de solicitud de atención han permanecido constantes como son colegios, sitios de trabajo y transmilenio en las cuales se despacha alrededor del 3% de vehículos de emergencia.

Las atenciones efectivas son más frecuentes en el domicilio, con un 55% del total, seguidas por las realizadas en la vía pública.

Durante el año 2011 la población que más solicitó el servicio de atención pre hospitalaria fueron los mayores de 60 años, seguidos la población entre 20 y 24 y en tercer lugar entre 15 y 19 años, estos dos últimos grupos de edad, están relacionados con los traumas que se presentan más en pacientes jóvenes especialmente en accidentes de tránsito. Las solicitudes para atención de pacientes de 0 a 4 años ocupa el segundo lugar pero tiene un porcentaje alto de fallidos posiblemente porque son trasladados por familiares, por lo que la atención efectiva es menor.

El comportamiento de la Atención Pre Hospitalarias en relación a mujeres y hombres ha sido similar a través del tiempo, con diferencias muy bajas predominando el género femenino, 42% vs 41% el 17% están si dato, generalmente por ser pacientes no identificados.

Las patologías que más se atienden en el servicio pre hospitalario son las relacionadas con la enfermedad común, hallazgo que ha permanecido constante desde el inicio del programa y está relacionado con que la población que más solicita el servicio son personas de la tercera edad, quienes presentan más agudización de las enfermedades crónicas que traumas. Los accidentes de tránsito ocupan el segundo lugar, cuya proporción ha oscilado entre el 15 y 17

%. Los accidentes caseros ocupan el tercer lugar con un 6.7% con predominio de la población de tercera edad, esta distribución de la proporción de las patologías se ha mantenido durante los cuatro años de forma similar. La patología mental junto con el abandono y maltrato representa el 4.5% de todas las solicitudes

En el estudio de accesibilidad a los servicios de urgencias se concluye que una proporción de personas no están accediendo a los servicios indicados para el tratamiento de su enfermedad de manera regular, de igual forma los servicios de urgencias están atendiendo eventos que deben ser resueltas en otro nivel, en la ciudad existen barreras de acceso de tipo administrativo, que impiden la atención de todos los pacientes y que pueden incrementar la morbilidad y la mortalidad en la población, no existe un acceso universal a los servicios de urgencias y la atención oportuna e integral de la comunidad de acuerdo a sus necesidades y existe una deficiencia en la articulación de los niveles de atención y grados de complejidad, para permitir el acceso oportuno y funcional a los servicios de urgencias.

La atención pre hospitalaria ha crecido en cobertura geográfica y poblacional, sin embargo se debe propender por la cobertura del 100% de los pacientes críticos.

4.1.4.13. Discapacidad

Según el DANE⁵⁴ el 5% de la población de Bogotá presenta esta condición, lo que corresponde a aproximadamente a 378.567 personas⁵⁵. A través del “se han logrado caracterizar 185.447 personas con discapacidad en todo el Distrito Capital hasta el año 2011⁵⁶, llegando al 48% de la población estimada.

A partir del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad de Bogotá, se identifica que la situación de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores presentan escaso acceso a espacios y oportunidades de desarrollo y participación⁵⁷. Esto relacionado con la existencia de barreras actitudinales, físicas, ideológicas, económicas y políticas que restringen su inclusión en entornos de participación familiar, social, política económica y cultural, restricción en el ejercicio de sus derechos en salud y empobrecimiento en su calidad de vida de vida.

La población con discapacidad en Bogotá D.C.,⁵⁸ en su mayoría se encuentra en las etapas de ciclo de vida de vejez representando el 45 % y adultez con el 40%. Esta población es de predominio femenino, representando el 60% del total de la población registrada; comportamiento que se invierte con la edad, pues durante la infancia y la adolescencia es mayor el número de hombres con discapacidad, el grupo de edad donde se concentra la mayoría de esta población es el de los 65 a 69 años, en ambos sexos. Lo anterior sugiere que el aumento en la edad se puede constituir como un posible factor de riesgo asociado con

⁵⁴ DANE. Censo 2005.

⁵⁵ DANE, Proyecciones de Población 2005-2015.

⁵⁶ Registro Para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad, Ministerio de salud y Protección Social, Cifras oficiales a 2010 de (171.459) personas con discapacidad. Aplicativo del Registro Para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad Secretaria Distrital de salud, cifras preliminares del 2011 de (13.988) personas con discapacidad registrada.

⁵⁷ Secretaria Distrital de Salud. Grupo técnico de discapacidad. Resumen de política de discapacidad. 2011. Bogotá.

⁵⁸ Tomado del documento de “Actualización de la caracterización socio demográfica de la población con discapacidad en Bogotá; 2005-2010”

la presentación de la discapacidad y que por ende es necesario establecer acciones que desde la niñez favorezcan la individualidad y fortalezcan la autonomía con proyección hacia una vida adulta.

Las localidades de Kennedy, Rafael Uribe y Bosa, en su orden son las que presentan más personas con discapacidad registradas; no obstante y de acuerdo con la población total de cada localidad esta condición es más representativa en las localidades de Sumapaz, Rafael Uribe y Candelaria.

El 99% es de etnia mestiza, el 47% pertenece al estrato 2, el 1,2% (1987 personas con discapacidad) se encuentran en situación de desplazamiento, de las cuales el 17% viven en la localidad de Bosa, el 16% en la localidad de Kennedy. De acuerdo con el régimen de afiliación en salud se observa que 39,5% pertenece al régimen contributivo, el 35,5% al subsidiado, el 13,7% al vinculado y el 7,4% manifestó no pertenecer a ningún régimen de afiliación.

Adicionalmente, el 31% de esta población requiere ayuda permanente de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria; en estos casos lo más frecuente es que el cuidador sea una mujer y que ésta sea miembro del hogar; trayendo como consecuencia la afectación del proyecto de vida autonomía e inclusión social de la personas con discapacidad y del cuidador o cuidadora, así como la condición socioeconómica del núcleo familiar.

4.1.4.14. Seguridad en el trabajo y Enfermedades de origen laboral

Uno de los indicadores que mide la garantía del derecho al trabajo digno y las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores, es la aparición de los eventos en salud relacionados con el trabajo, en Bogotá, la distribución de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales notificada por las Administradoras de Riesgos Profesionales [ARP], reporta 4.878 casos con una tasa de enfermedad profesional de 173 casos por cada 100.000 trabajadores para el año 2010. Este evento ha representado un considerable aumento en la notificación pasando de 101 casos en el año 2.000 a más de 4.878 para el año 2010. En el caso de los accidentes de trabajo calificados por las ARP, en Bogotá se reportaron 150.991 en el 2010. Este evento presenta una proporción similar durante todo el periodo entre el 2000 al 2010, a pesar de un incremento en la frecuencia absoluta pasando de 17.127 en 2000 a 150.991 en 2010⁵⁹.

En el caso de la población en la economía informal y trabajadores con formas precarias de vinculación laboral, además del notable sub-registro de los eventos en salud relacionados con el trabajo, estos resultan desprotegidos de las acciones de promocionales, preventivas y de recuperación integral de la salud que brinda el aseguramiento en riesgos profesionales, lo que no les permite la garantía integral del derecho a la salud y al trabajo digno. Por esta razón la Alcaldía de Bogotá que como principio tiene la NO SEGREGACIÓN incorpora dentro del eje de riesgos profesionales acciones que permitan la restitución de estos derechos a trabajadores y trabajadoras que son parte importante de desarrollo económico y social de la ciudad.

⁵⁹ Fondo de Riesgos Profesionales. Bogotá. Consultado: 10 de Agosto de 2011 Disponible: http://www.fondoriesgosprofesionales.gov.co/documents/Infoestadistica/2011/ESTADISTICAS_SGRP_ENE2011.pdf.

4.1.4.15. Trabajo infantil

Una de las condiciones que expresa como situación de segregación sistemática es el trabajo infantil, que en el Distrito para 2009, fue de 2,8%, lo que significa que 45.937 niños, niñas y adolescentes trabajan. El 85% lo hacen en las denominadas “peores forma de trabajo infantil”, en la medida en que están expuestos a condiciones de trabajo precarias, peligrosas y en algunos casos ilegales. En el Distrito Capital, los esfuerzos realizados muestran un comportamiento a la reducción del trabajo infantil, en contraste con lo que ocurre en la Nación.

4.2. EJE ESTRUCTURAL 2: UN TERRITORIO QUE ENFRENTA EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SE ORDENA ALREDEDOR DEL AGUA.

4.2.1. Seguridad sanitaria y del ambiente

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el 23% de las enfermedades y el 24% de las muertes son desencadenadas por factores ambientales. Esta cifra puede estar considerablemente subestimada teniendo en cuenta los bajos niveles de conocimiento de los impactos reales en salud de numerosas condiciones ambientales.

En los niños entre 0 y 14 años este porcentaje puede aumentar hasta un 36%, de las 102 categorías de enfermedades y traumatismos que menciona el Informe sobre la salud en el mundo, 85 tienen relación con factores ambientales. Intervenciones dirigidas a mejorar dichos factores ambientales como puede ser el uso de energías más limpias, cuidado de las fuentes y depósitos de agua y una mayor higiene, podrían evitar gran parte de la morbilidad y mortalidad relacionada con estas categorías (Organización Mundial de la Salud. 2007).

Los problemas de salud con la mayor carga absoluta atribuible a factores ambientales señaladas por la Organización Mundial de Salud corresponden a:

- **Diarrea.** más de un 90% de los casos de diarrea en el mundo tienen que ver directamente con determinantes ambientales como la no disponibilidad de agua de buena calidad, la falta de un lugar adecuado para disponer las excretas y una higiene deficiente.
- **Infecciones de vías respiratorias bajas.** A pesar de tener una fisiopatología infecciosa, numerosos factores ambientales influyen en su presentación y severidad, tales factores son: los elevados niveles de humo en espacios cerrados y pobremente ventilados por efecto de fumar o cocinar con leña u otros combustibles sólidos, y la contaminación exterior por presencia de fábricas o vehículos cuya propulsión es a base de combustibles fósiles.

- Mientras que en los países desarrollados el 20% de estas infecciones son atribuibles a causas ambientales, este porcentaje alcanza el 42% en los países en vías de desarrollo.

A continuación se presentan algunos datos relevantes que sustentan el curso de acción de la política de salud ambiental:

4.2.2. Aire, ruido y radiación electromagnética

Las industrias aportan más del 40% de las emisiones de material particulado al aire. Para los óxidos de nitrógeno, NOX, Tetrahidrocannabinol, THC, Monóxido de Carbono, CO y Dióxido de Carbono, CO2, el aporte de las fuentes móviles es significativamente mayor respecto al aporte del sector industrial. Según la proyección de las emisiones para el escenario tendencial, las emisiones del sector industrial en el año 2020 serían alrededor de 1.6 veces mayores que las emisiones en el año base (2008). Para el sector de transporte, los contaminantes que presentan mayor crecimiento respecto a las emisiones del año base son el material particulado [-80%] y el dióxido de carbono [más del 100%]⁶⁰.

La concentración de material particulado entre 2007 y 2010 ha disminuido un 17,6% haciendo que de la misma manera, la tendencia de la prevalencia de sibilancias en menores de cinco años debido a material particulado MP10 sea decreciente.

Desde hace años el ruido se ha convertido en un factor contaminante constante en la mayoría de las ciudades, suponiendo en la actualidad un grave problema con efectos fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales. El principal causante de la contaminación acústica es la actividad humana.

4.2.3. Calidad del agua y saneamiento básico

Bogotá es un territorio complejo, pues a pesar de que la mayoría de su área urbana se abastece de la red distrital de acueducto, cuenta con por lo menos 72 acueductos de tipo comunitario y veredal que suministran en su mayoría, agua no apta para consumo humano a poblaciones de la zona rural y periurbana, algunos de ellos en sectores informales sin acceso a alcantarillado y en un porcentaje sin recolección de basuras.

En el periodo comprendido entre el año 2008 y mayo de 2010, se presentó un registro de enfermedades relacionadas con calidad de agua según los Registros integrados de procedimientos en salud (RIPS) de población vinculada, desplazada y atenciones fuera del Plan Obligatorio de salud, en el que se destacaban principalmente las atenciones por Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguidas de Infección intestinal viral y la amebiasis, no especificadas, fueron las más atendidas.

La mayor proporción de habitantes de Bogotá D.C. se abastece de agua para consumo, principalmente a través de la red de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá –

⁶⁰ Secretaría Distrital de Ambiente. Inventario de emisiones y proyección de emisiones del Plan Decenal de Descontaminación del Aire para Bogotá (SDA, 2010)

EAAB. Para el año 2011, la cobertura en servicio de acueducto ascendía a un 99.9% y el servicio de alcantarillado sanitario, a un 99.1%.

Con relación a la disposición de residuos sólidos Bogotá dispuso en 2009, 2.096.400 toneladas de residuos sólidos, provenientes de diferentes fuentes lo que corresponde aproximadamente a 5.800 toneladas día de residuos, cerca del 8% corresponde a residuos ordinarios (No recuperables), el 76% a residuos orgánicos y el 16% a residuos reciclables-

4.2.4. Seguridad Química

En Bogotá, en el año 2010 se registraron 4.811 intoxicaciones, lo que muestra un aumento de las intoxicaciones con relación a los años anteriores, que en 2009 fueron 3.733 (SIVIGILA 2010). El total de eventos de intoxicación por sustancias químicas reportados al SIVIGILA en 2011 fue de 5.552 intoxicaciones; de los cuales 20 fueron descartados y 9 fueron eliminadas, quedando un total de 5.523 intoxicaciones.

4.2.5. Alimentos sanos y seguros

En Bogotá, se estima que el 52% de los establecimientos vigilados corresponden a lugares donde se comercializan, expenden y consumen alimentos. Durante el año 2011 se registraron 3.001 casos de ETA, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológico –SIVIGILA. Durante el año 2010 se registraron 137 brotes de ETA, con 2.707 casos, adicionalmente, en este período se produjo una muerte por ETA en el Distrito Capital; respecto a los lugares de ocurrencia de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, se encuentra que el mayor número se presenta en las casas, con un 23% del total de brotes reportados, seguidos de la ocurrencia en restaurantes e instituciones educativas 12% cada uno, restaurantes por concesión 5% y empresas 4%.

4.2.6. Medicamentos seguros

Durante el año 2011 se recibieron un total de 1.481 reportes de eventos adversos a medicamentos en el programa Distrital de Farmacovigilancia. Un incremento del casi tres veces con respecto al año 2010 donde se recibieron 535 reportes.

4.2.7. Cambio climático

Aunque en la actualidad no se han realizado estudios detallados que evidencien los efectos que los fenómenos asociados al cambio climático tienen sobre la salud de la población en el Distrito Capital, se ha establecido que el cambio climático tiene un impacto negativo a nivel global, efecto que puede no ser evitable y por lo tanto hay que adaptarse para enfrentarlo de la manera más efectiva posible.

Los fenómenos asociados a la variabilidad y el cambio climático identificados por los ciudadanos son: Incertidumbre sobre los cambios de los patrones de distribución geográfica y temporal de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, efecto negativo de las alteraciones en los patrones climáticos sobre la producción de alimentos, ausencia de estrategias de adaptación a la variabilidad y el cambio climático.

4.2.8. Hábitat, espacio público y movilidad

Las problemáticas identificadas son deficiencias en las condiciones estructurales y de habitabilidad de la vivienda y el entorno, Insuficiencia de espacio público, deterioro, e inadecuada calidad del mismo, bajo uso de la infraestructura construida y natural existente en la ciudad a nivel recreativo, deportivo y cultural, altas tasas de morbilidad y mortalidad causadas por accidentes de tránsito.

4.2.9. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. La incidencia de eventos adversos en la atención de salud es una causa importante y evitable de sufrimiento humano e impone un elevado tributo en pérdidas financieras y en costo de oportunidad para los servicios de salud⁶¹.

La Dirección de Salud Pública se ha aproximado a esta problemática a través de los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud [IACS], resistencia bacteriana [SIVIBAC] y tecno vigilancia, este último en proceso de implementación.

Durante 2010 fueron notificados al subsistema de vigilancia epidemiológica de IACS 15.065 casos por parte de 82 Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Las infecciones notificadas con mayor frecuencia fueron las infecciones de sitio operatorio 24.5% (3.695 casos incluyen las ISO que se presentan en cirugías limpias y limpias contaminadas); seguida de infección urinaria sintomática 15.4% (2.326 casos) e infección del torrente sanguíneo primaria 12.7% (1.913 casos).

El promedio histórico del índice global evidencia un comportamiento estable entre el período analizado, con un promedio entre 1.8 a 2,0 casos por cada 100 egresos. De las 82 IPS que notificaron al subsistema el 77% (63) reportaron casos (14.736) en los servicios de hospitalización. La tasa de mortalidad asociada a infección es de 6% con un rango entre 5.1 y 6.7%, durante el 2010 se reportaron 25 brotes de IACS. El principal microorganismo causal fue *Burkholderia Cepacia*³². La neumonía asociada a ventilador es una de las IACS más frecuentemente adquirida por niños y adultos en las unidades de cuidado intensivo³².

61/gov/ce/ce130-28-s.pdf. Consultado el 27 de Marzo de 2012.

4.3. EJE ESTRUCTURAL 3: DE UNA BOGOTÁ EN DEFENSA Y FORTALECIMIENTO DE LO PÚBLICO.

4.3.1 Aseguramiento

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En el cuadro No. 26 muestra la distribución de población afiliada al régimen subsidiado de salud de acuerdo a la EAPB y por grupos de edad. Las EAPB Salud Total y Humana Vivir, presentan el mayor número de afiliados el 50% del total. Por grupo de edad, los afiliados de 27 a 59 años representan el 39% del total de asegurados al subsidiado en Bogotá.

Cuadro N0. 26 Afiliación al régimen subsidiado en el Distrito Capital. 2011

EPS-S	Menor de 1 año	1 - 5 años	6 - 13 años	14 - 17 años	18 - 26 años	27 - 59 años	60 - 64 años	65 años o más	Total general
SALUD TOTAL	3.608	29.974	57.039	34.147	52.739	144.430	12.401	29.263	363.601
HUMANA VIVIR	2.258	24.410	55.102	33.379	48.496	124.178	10.135	23.192	321.150
COLSUBSIDIO	1.778	14.126	28.612	17.247	28.211	75.467	6.596	14.359	186.396
SOLSALUD	966	9.436	24.017	15.263	25.510	63.885	6.014	14.621	159.712
UNICAJAS	668	5.231	15.305	10.187	14.794	30.589	2.934	6.734	86.442
CAPRECOM	508	6.324	12.081	7.054	10.674	24.437	2.019	4.405	67.502
ECOOPSOS	433	3.725	8.687	5.289	8.031	19.039	1.752	4.194	51.150
SALUD CONDOR	147	2.662	7.083	4.317	6.620	16.606	1.455	3.557	42.447
Total general	10.366	95.888	207.926	126.883	195.075	498.631	43.306	100.325	1.278.400

Fuente 1: Base de datos BDUA FOSYGA – 17 de febrero de 2012.

Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 29 de febrero de 2012. Dirección de Aseguramiento SDS.

4.3.2. Provisión y desarrollo de servicios de salud. Fortalecimiento de la red pública. Hospital San Juan De Dios.

4.3.2.1. Provisión de servicios de salud en la ciudad

En Bogotá, al igual que en el resto del país, uno de los principales problemas no superado por el SGSSS en la ciudad ha sido la fragmentación de los servicios de salud, la cual se ha

manifestado fundamentalmente como falta de acceso a los servicios y de oportunidad en la atención, pérdida de continuidad de los procesos asistenciales, falta de consistencia de los servicios con las necesidades y expectativas de la población, falta de coordinación entre los diferentes niveles y puntos de atención, duplicación de servicios e infraestructura que conlleva a subutilización de capacidad instalada o sobre utilización de recursos en otros casos; distribución inequitativa de puntos de atención; baja capacidad resolutoria del 1er nivel de atención, no contra referencia de los niveles superiores al primero y uso de servicios de urgencia para la atención de medicina general y especializada sin utilizar consulta ambulatoria.

De igual manera, la segmentación de la población y de los actores, el modelo de atención centrado en la enfermedad y la separación de los diferentes planes de beneficios⁶², así como las diferentes fuentes de financiamiento, han contribuido a dicha fragmentación.

La disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la expectativa de vida de la población Bogotana han incidido sobre el perfil epidemiológico de la población, conllevando al aumento de patologías crónicas y de la co-morbilidad; además, la ciudad se ha enfrentado a problemas asociados al envejecimiento, a la pobreza y la exclusión social (como enfermedades contagiosas o malnutrición) y a desafíos como el VIH/SIDA, estilos de vida poco saludables, el incremento de las violencias, accidentes y patologías mentales, situaciones que han generado una alta carga de enfermedad, que no ha podido resolver con el sistema de salud vigente.

4.3.2.2. Inequidad en el acceso geográfico a los servicios

La vulnerabilidad del territorio es un aspecto fundamental que limita la accesibilidad a los servicios de salud, de aquí se pueden develar importantes argumentos para la intervención en equipamientos en salud, o para la intervención física de otros sistemas o estructuras, como las viales y de espacio público, con el objeto de reducir dicha vulnerabilidad y la de la población frágilmente conectada a los servicios.

Estos factores, sumados a los de capacidad instalada, al perfil epidemiológico de la población, y a la demanda de servicios de salud, que recoge la dinámica de los servicios trazadores,⁶³ permite generar metodologías e indicadores para el análisis de la accesibilidad en términos espaciales.

De acuerdo a la ubicación geográfica de las instituciones prestadoras de servicios de salud se observa que los servicios de primer nivel con mejor índice de accesibilidad están ubicados en el norte, Usaquén, y el occidente de la capital, Fontibón. Los de peor accesibilidad se encuentran en el sur y suroccidente. Sin embargo, se presenta el caso de algunos servicios con bajo índice de accesibilidad espacial ubicados en localidades de buenas condiciones socioeconómicas y de calidad de vida como Usaquén y Chapinero. También se observan servicios con buenos índices de accesibilidad en localidades del sur de la ciudad⁶⁴.

⁶² Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado, Plan de Intervenciones Colectivas, Enfermedad Profesional y Accidentes de Trabajo

⁶³ Medicina general, urgencias, ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general, psiquiatría y odontología.

⁶⁴ Fuente: DTS Plan Maestro de Equipamientos en Salud, Decreto 318 de 2006

Desde el punto de vista de las condiciones de equipamientos de salud y otros equipamientos sociales de estas áreas periféricas, diversos análisis han señalado que son zonas tradicionalmente deficitarias, donde prioritariamente se ubican los equipamientos en salud de naturaleza pública, ya que aparentemente no son atractivas para los proveedores de servicios privados, dada su condición de extrema pobreza y precariedad económica.

4.3.2.3. Oferta de prestadores de servicios de salud en el Distrito Capital

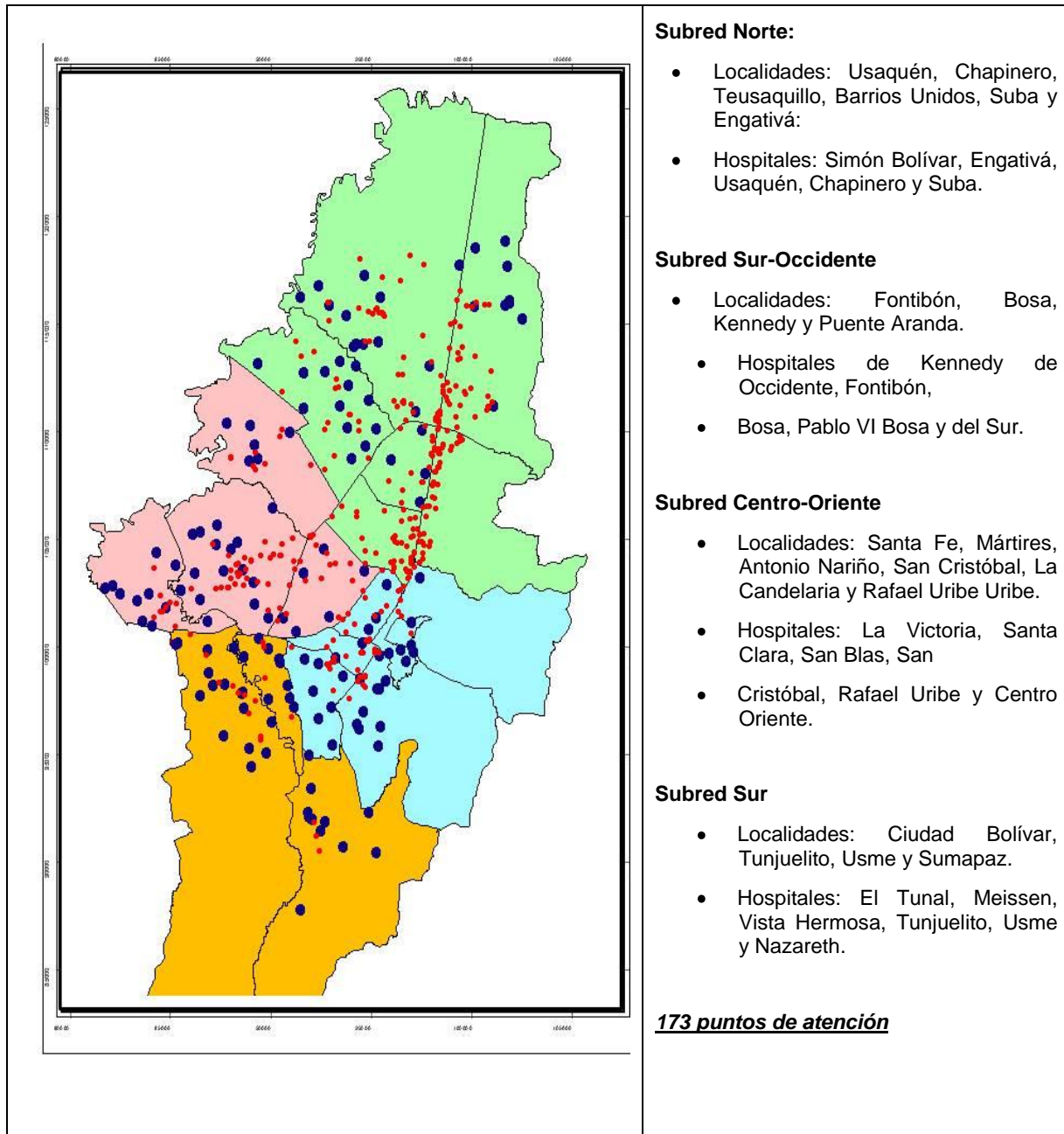
Según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de la Protección Social, a enero de 2012 se encuentran inscritos en la ciudad de Bogotá un total de 40.775 prestadores de servicios de salud. De éstos el 90% (36.658 prestadores) son de carácter privado y un 10% (4.117 prestadores) son públicos.

Como prestadores independientes existe un total de 15.631 profesionales registrados (38.4%), como IPS un total de 23.971 instituciones (58.8%), con objeto social diferente un total de 1.048 prestadores (2.5%) y registrados como transporte especial un total de 108 prestadores (0.3%). Del total de IPS el 83.8% (20.097 IPS) son instituciones privadas y el 16.2% (3.874 IPS) son de carácter público.

4.3.2.4. Organización actual y producción de servicios en la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud:

La Secretaría Distrital de Salud en la última década ha organizado su red adscrita con 22 Empresas Sociales del Estado, los cuales cuentan con 173 puntos de atención asistenciales que integran cinco (5) Empresas Sociales del Estado de III nivel, ocho (8) de II nivel y nueve (9) de I nivel, distribuidas geográficamente así: [Ver mapa No. 2]

**Mapa No. 3. Distribución geográfica de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
Bogotá D.C., según subredes, 2011**



En cada subred existe mínimo un hospital de tercer nivel de atención y uno de segundo nivel, que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria, de la población que es atendida y controlada en el primer nivel de atención.

En los hospitales de primer nivel (Usaquén, Chapinero, Pablo VI Bosa, Del Sur, Vista Hermosa, Usme, Nazareth, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe) se brinda atención básica en Centros de Atención Médica Inmediata, CAMI, Unidades Primarias de Atención, UPA, Unidades Básicas de Atención, UBA, y Unidades Móviles. En esta red se prestan servicios ambulatorios básicos, de medicina general, odontología general, complementación terapéutica: nutrición, trabajo social, enfermería y servicios farmacéuticos, apoyo diagnóstico básico; atención de urgencias, de partos y hospitalización de baja complejidad. Adicionalmente, realizan las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas, PIC, y desarrollan programas tales como atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, salas de atención de enfermedad respiratoria aguda, ERA, salud mental, rehabilitación basada en comunidad, Salud a su Casa, Salud al Colegio, entre otros.

Los hospitales de segundo nivel se caracterizan por atención de mediana complejidad ambulatoria y hospitalaria, brindada por médicos generales y de especialidades básicas como: medicina interna, cirugía, ginecoobstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, ortopedia, traumatología y fisiatría; disponen de servicios de consulta médica especializada, consulta de urgencias, consulta de odontología general y especializada, cirugía programada y urgente, hospitalización, atención de partos, complementación terapéutica, apoyo diagnóstico y servicios farmacéuticos. Adicionalmente, algunos hospitales de segundo nivel, tales como Engativá, Suba, Fontibón, Centro Oriente y Tunjuelito, cuentan con un portafolio de servicios de primero y segundo nivel de complejidad y realizan las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas, PIC. En tanto que los Hospitales Meissen, San Blas y Bosa han venido desarrollando servicios de mediana y alta complejidad, como II niveles de atención puros.

Los hospitales de tercer Nivel (Occidente de Kennedy, Tunal, La Victoria, Santa Clara y Simón Bolívar), brindan atención especializada y supra especializada en servicios tales como: medicina interna, cardiología, cirugía, neurología, medicina interna, neurocirugía, ortopedia, oftalmología, dermatología, gastroenterología, urología, cirugía oral, entre otros; la atención es prestada por médicos y odontólogos especialistas y sub especialistas, apoyados por tecnología biomédica de alta complejidad. En este nivel de atención se han venido desarrollando servicios de alta complejidad relacionados con la atención de alto costo tales como: Hemodiálisis, Hemodinámica y Cirugía cardiovascular, Unidades coronarias, Diagnóstico y tratamiento oncológico, Cirugía neurológica estereotáxica, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.

Se cuenta con Unidades Renales (Unidad de hemodiálisis y Unidad peritoneal) en los Hospitales Occidente de Kennedy (40 máquinas de diálisis), Hospital Santa Clara (15 máquinas de diálisis), Hospital El Tunal (26 máquinas de diálisis) y Hospital Simón Bolívar (26 máquinas de diálisis), en los que se atienden hasta tres pacientes diarios en cada máquina, organizados en dos grupos semanales.

En cuanto a los servicios de Hemodinámica, Cirugía Cardiovascular y Unidad Coronaria, se dispone en el Hospital Santa Clara, institución que se ha especializado en los últimos años en el manejo de eventos cardiovasculares; se contó con este servicio en el Hospital El Tunal (deshabilitado en la actualidad), el cual cuenta con la infraestructura necesaria para la Unidad de Hemodinámica y Unidad Coronaria; y se tiene contemplado su desarrollo en el Hospital Meissen en la segunda torre asistencial, actualmente en construcción.

Durante los últimos cuatro años los Hospitales Occidente de Kennedy y El Tunal han venido brindando atención Oncológica, disponiéndose de consulta médica especializada en Oncología Clínica, Dermatología Oncológica Ginecología Oncológica, Ortopedia Oncológica, Urología Oncológica, Consulta de Cabeza y Cuello, de Mama y Tejidos blandos, de Gastroenterología, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica Oncológica, Hematología Clínica, Unidad de Quimioterapia (cada una con siete sillones para tratamiento) y Radioterapia la cual garantizan a través de contratación con terceros.

El Hospital Occidente de Kennedy ha desarrollado desde hace más de cinco años y viene brindando atenciones en el servicio de Cirugía Neurológica Estereotáxica para el tratamiento de personas con Epilepsia.

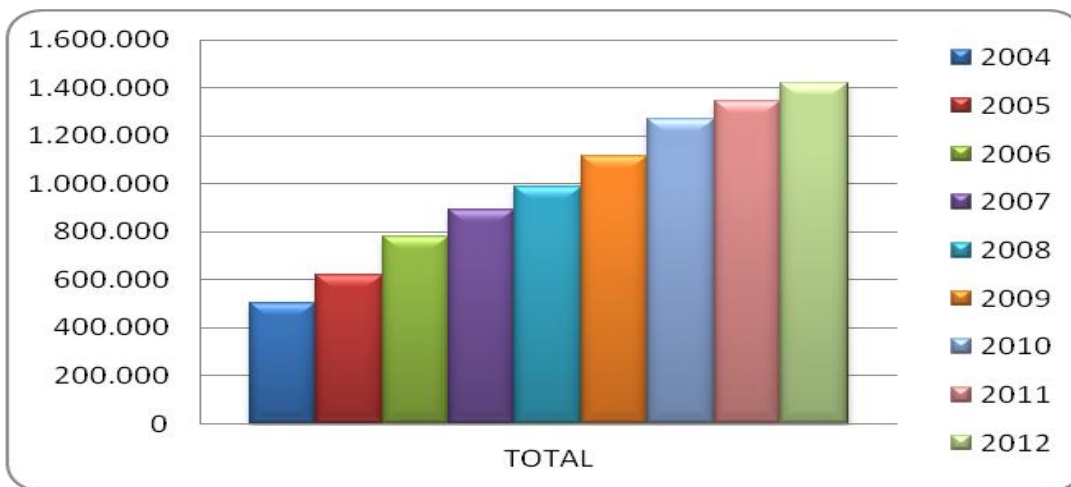
De otra parte, el Hospital Simón Bolívar se ha consolidado como hospital de referencia a nivel Distrital para el manejo de personas quemadas, disponiendo de unidades para el cuidado crítico y cirugía plástica reconstructiva.

Los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud prestan la atención principalmente de población pobre no asegurada, y atenciones en menor proporción a afiliados a los regímenes subsidiado contributivo y especiales. Como consecuencia de la universalización progresiva del aseguramiento y unificación progresiva de los planes de beneficios, la producción de servicios en los hospitales de la red se ha venido disminuyendo de manera importante afectando y poniendo en riesgo la sostenibilidad financiera de los hospitales.

4.3.3. Evolución Presupuestal 2004-2011

Desde el punto de vista de los recursos presupuestales ejecutados por la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., para la prestación de los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los niveles básico, intermedio, especializado y sub-especializado, durante el período 2004-2011, en promedio se ejecutaron \$815.874 millones al año, registrando un crecimiento nominal de 168% en 2011, con respecto a lo ejecutado en 2004 [Gráfico No. 2].

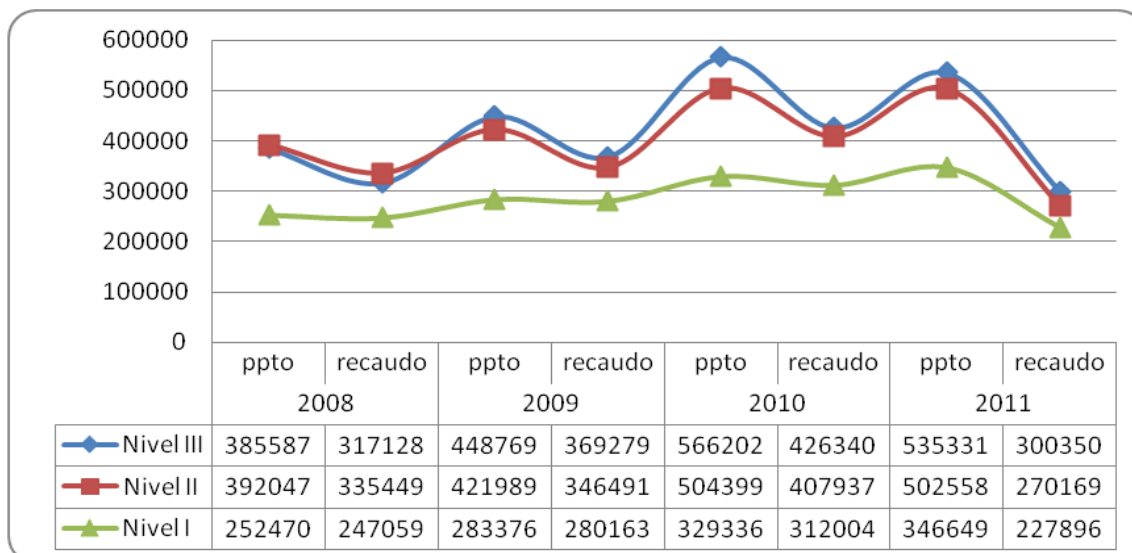
Gráfico No. 2. Evolución Presupuestal Empresas Sociales del Estado Adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2004-2011. Millones de pesos corrientes [2012 Apropriado]



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. - Dirección de Planeación y Sistemas Ejecuciones Presupuestales de Ingresos y Gastos ESE Red Adscrita.

Durante el período 2008-2011, el presupuesto de ingresos de las empresas sociales del Estado de la red pública, el mismo creció en el 34% entre 2008 y 2011, siendo más notorio el aumento entre los años 2009 y 2010. Por su parte el recaudo de dicho presupuesto creció en el 27% entre 2008 y 2010; este crecimiento con las proyecciones de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. hacia el final de 2011, indicaría, un crecimiento entre 2008 y 2011, del 11%. El incremento presupuestal fue más regular en los hospitales de primer nivel de atención y es el único de los tres niveles que registró un incremento en su presupuesto para el año 2011, en relación con el 2010, a diferencia de los otros dos niveles cuyo presupuesto sufrió algún nivel de reducción entre los dos años anotados [Gráfica No. 3].

Gráfica No. 3. Evolución del y de ingresos ESE red adscrita por nivel de atención. 2008-2011. Millones de pesos corrientes



Fuente Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.-DPS

4.3.3.1. Situación gestión de producción y productividad hospitalaria de las ESE de la red adscrita

En conjunto, la red pública hospitalaria de Bogotá, produjo cerca de 4,8 millones de consultas médicas por año en el trienio 2008-2010, de las cuales el 75% fueron electivas y el 25% fueron urgentes. Se observa un alto crecimiento (72,7%) de las consultas urgentes especializadas entre 2007 y 2008; y al mismo tiempo no variación en las consultas electivas.

Los egresos hospitalarios presentaron en los cuatro años analizados, un decrecimiento (-5,3%), los partos se redujeron en (-10,2%). En contraste la producción quirúrgica presentó incremento del 12,5%. [Tabla No. 27]

Tabla No. 27. Comportamiento de producción hospitalaria, hospitales ESE de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008-2010

Indicador	Promedio 2007-2010	2007	2008	2009	2010
Total de egresos	206.455	207.435	214.608	207.439	196.338
Consultas Electivas	2.879.534	2.880.049	2.860.902	2.897.975	2.879.208
Consultas de medicina general urgentes realizadas	720.276	685.497	734.096	748.418	713.094
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	215.454	143.366	237.339	233.572	247.539
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	124.363	115.965	119.604	131.367	130.515
Número de partos	39.304	41.192	38.890	40.124	37.009

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.-DPS

Desde otra óptica de análisis de la producción, la red de las ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, en el periodo 2004-2010, genero una producción total - medida en Unidades de Valor Relativo (UVR)- de 661,5 millones de UVR, equivalente al 14,9% del total

nacional para los años considerados; con un promedio anual de producción de la Red pública del Distrito Capital para el mismo lapso, de 94,4 millones de UVR⁶⁵.

El análisis de las Unidades de Valor Relativo (UVR)⁶⁶, se muestra una tendencia creciente de producción global, en el periodo del 2005 al 2009, con un promedio anual de crecimiento de 3,73 millones de UVR. En la tabla No. 28 se registra la evolución de la producción de servicios de salud y la participación en la producción total de la red adscrita en el periodo 2005 al 2009.

Tabla No. 28. Evolución de la producción de la red distrital de ESE.
Periodo 2005-2009. Participación relativa. Millones de UVR.

ESE	2005	2006	2007	2008	2009	Quinquenio	Promedio	% participación quinquenio
O. Kennedy	12,98	14,43	14,44	15,46	17,04	74,35	14,87	15,4%
El Tunal	13,09	13,10	13,14	13,38	13,96	66,68	13,34	13,8%
S. Bolívar	12,88	13,17	13,39	13,20	13,18	65,82	13,16	13,6%
Santa Clara	9,00	8,81	8,67	8,67	9,52	44,67	8,93	9,2%
L. Victoria	5,05	5,57	8,13	8,54	9,16	36,44	7,29	7,5%
Meissen	5,23	5,55	6,19	7,11	8,24	32,32	6,46	6,7%
Engativá	5,23	5,88	5,65	5,26	4,67	26,70	5,34	5,5%
De suba	1,98	4,88	5,11	5,91	7,02	24,90	4,98	5,1%
San Blas	3,02	3,10	2,89	2,73	2,83	14,57	2,91	3,0%
Tunjuelito	2,57	2,39	2,51	2,60	2,54	12,62	2,52	2,6%
De Usme	2,05	2,14	2,41	2,54	2,12	11,26	2,25	2,3%
Del Sur	2,37	2,25	2,41	2,10	2,07	11,20	2,24	2,3%

⁶⁵ Con base en: SDS, Análisis de Producción mediante Metodología de Unidades de Valor Relativo (UVR). Agosto de 2011. Estudio realizado por Julio Alberto Sáenz Beltrán, Asesor DPS

⁶⁶ Ibidem

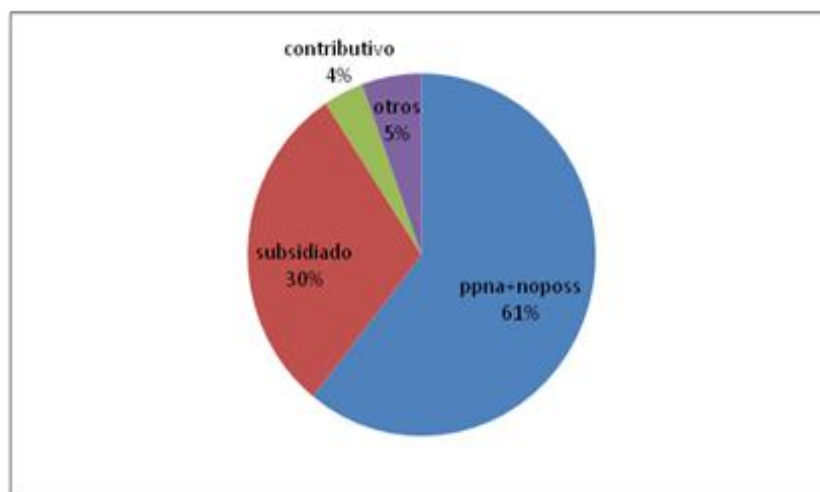
ESE	2005	2006	2007	2008	2009	Quinquenio	Promedio	% participación quinquenio
Fontibón	0,47	2,64	2,32	2,39	2,63	10,44	2,09	2,2%
Pablo VI Bosa	2,02	2,02	2,00	2,00	1,92	9,97	1,99	2,1%
Bosa	2,14	2,14	1,88	1,92	1,78	9,87	1,97	2,0%
Vista Hermosa	1,71	1,72	1,82	1,88	1,85	8,98	1,80	1,9%
R. Uribe u.	1,24	1,20	1,29	1,30	1,36	6,40	1,28	1,3%
C. Oriente	1,34	1,23	1,14	1,03	1,10	5,84	1,17	1,2%
San Cristóbal	0,84	0,83	0,82	0,97	0,98	4,44	0,89	0,9%
Chapinero	0,64	0,65	0,70	0,61	0,60	3,19	0,64	0,7%
Usaquén	0,60	0,54	0,65	0,60	0,52	2,91	0,58	0,6%
Nazareth	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,17	0,03	0,0%
Totales	86,48	94,29	97,58	100,24	105,13	483,71	96,74	100%

Fuente: elaboración Dr. Julio Alberto Sáenz Beltrán, a partir de datos tomados de MPS: <http://201.234.78.38/SIHO/>

Durante el periodo de análisis, se observa que el mayor aporte a la producción de servicios de salud en la red adscrita lo dieron las Empresas Sociales del Estado de tercer nivel, con el 62,3%, seguido de un 29,1% de segundo nivel y un 8,6% de primer nivel.

Con relación a la producción de la red, de acuerdo con la afiliación de la población usuaria a los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad en Salud, se observó que el mayor porcentaje corresponde a la población pobre y vulnerable no afiliada al sistema y afiliada al Régimen Subsidiado, incluyendo las acciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. Solo el 4% correspondió a población afiliada al Régimen Contributivo y a otros el 5% restante, tal como lo muestra la gráfica No. 4. Vale la pena resaltar que la producción de servicios destinada a la población pobre no asegurada, es financiada con recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS).

Gráfica No. 4. Participación relativa en la producción de la red Distrital de ESE, por régimen de seguridad social. Total quinquenio.



Fuente: Elaboración Dr. Julio Alberto Sáenz Beltrán, a partir de datos tomados de MPS:
<http://201.234.78.38/SIHO/>

El indicador de productividad hospitalaria, en la red de ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., registra un incremento de producción del 4,2%, mientras que la relación gasto total por Unidad equivalente⁶⁷ creció en el 34,6% y el componente de gasto de personal registró aumento en ese mismo lapso, cercano al 50%, como se observa en la tabla No.29.

Tabla No. 29. Comparación crecimiento en producción vs. Costos de producción ESE - Red Pública Distrital Adscrita 2007-2010

Indicador	Variación porcentual
Producción Total Equivalente	4,2%
Gasto Total Unidad Equivalente	34,6%
Gasto Personal Unidad Equivalente	49,3%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.-DPS.
 Elaboración Dr. Julio Alberto Sáenz, a partir de datos tomados de MPS: <http://201.234.78.38/SIHO/>

4.3.3.2. Producción de servicios en las ESE año 2011

De acuerdo a la información reportada por las 22 Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, a continuación se

⁶⁷ El doctor Donald Sheppard, economista en salud de la Universidad de Harvard propuso un sistema para el cálculo de los costos hospitalarios, mediante el cual creó el concepto del Equivalente Paciente Día (EPD) como "unidad de costeo y de producción" hospitalaria. De sus propios estudios y de los de otros, establece que el costo de la consulta externa es equivalente a una cuarta parte del costo del paciente día y que el costo de una atención en urgencias equivale a la mitad de un paciente día. En consecuencia, la producción total del hospital, puede expresarse como el número de pacientes día + (número de consultas/ 4) + (número de urgencias/2).

presenta un análisis resumido del comportamiento de la producción en servicios trazadores de los hospitales, con corte a diciembre de 2011.

En los servicios de consulta externa que se ofertan en las 22 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la SDS, en específico consulta médica general (resolutiva y de promoción y prevención) y especializada, con la capacidad instalada disponible se observó una producción en todos los regímenes de afiliación de 2.838.720 consultas, discriminada así:

- ~ La producción fue del 40% para atención de población pobre no asegurada con 1.135.822, consultas, 58% para población subsidiada con 1.646.985 consultas, 0,4% para población del régimen contributivo con 9.713 consultas y 1,6% (46.200 consultas) para otro tipo de población.
- ~ El total de consultas producidas en hospitales de tercer nivel de atención fue de 486.841 (17.2%), en instituciones de segundo nivel de atención de 1.031.461 consultas (36.3%) y en hospitales de primer nivel de atención 1.320.418 (46.5%), representada principalmente por consultas de medicina general (resolutiva y de promoción y prevención).

Con respecto a actividades realizadas en el servicio de Enfermería, la producción a nivel de los 22 hospitales de la red pública adscrita fue de 470.416 consultas, distribuidas así:

- ~ 321.697 (68.4%) consultas en hospitales primer nivel de atención, 146.361 (31.1%) de ellas realizadas en instituciones de segundo nivel de atención (principalmente en aquellos con funciones de baja complejidad) y 2.358 (0.5%) en instituciones de tercer nivel. La producción según régimen de afiliación se distribuyó así:
- ~ Producción del 27.7% para atención de población pobre no asegurada con 130.392 consultas, 72% para población subsidiada con 338.577, 0.1% para población del régimen contributivo con 373 consultas y 0.2% (1.074 consultas) para otro tipo de población.

En cuanto a Otras consultas electivas realizadas por personal diferente a médico y enfermera (Psicología, Nutrición y Dietética, Optometría y otras), se observó en el mismo periodo una producción en todos los regímenes de afiliación de 279.061 consultas, discriminada así:

- Producción del 73% para atención de población pobre no asegurada con 203.624 consultas, 25% para población subsidiada con 69.767 consultas, 1% para población del régimen contributivo con 2.030 consultas y un 1% para otro tipo de población con 3.640 consultas.
- 151.404 (54.3%) consultas en hospitales primer nivel de atención, 101.664 (36.4%) de ellas realizadas en instituciones de segundo nivel de atención (principalmente en aquellos con funciones de baja complejidad) y 25.993 (9.3%) en instituciones de tercer nivel.

Con la capacidad instalada disponible en el servicio de Urgencias, se observó durante el año 2011 una producción en todos los regímenes de afiliación de 985.161 consultas urgentes por médicos generales y especialistas, discriminadas así:

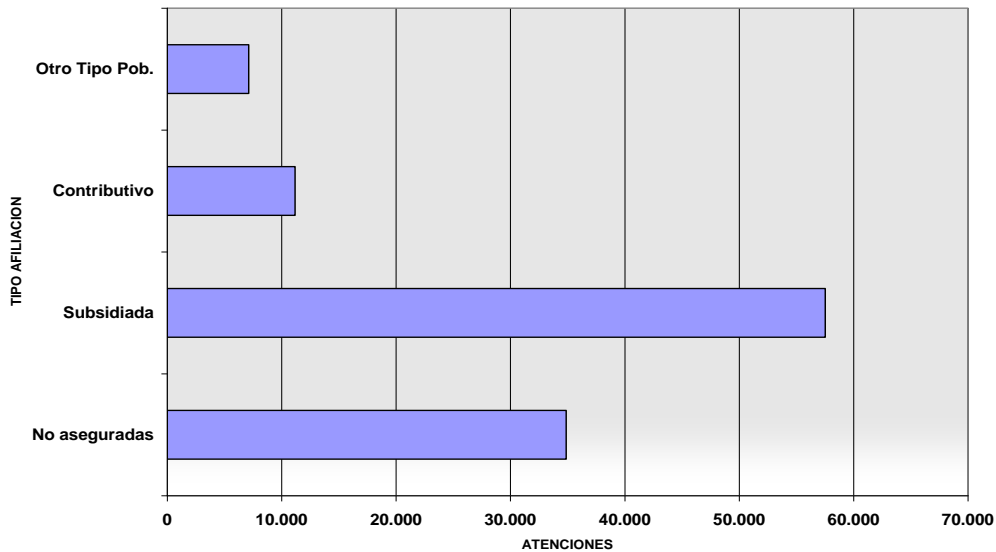
- 309.074 (31.4%) consultas en instituciones de tercer nivel de atención, 415.007 (42.1%) atenciones urgentes en hospitales de segundo nivel de atención y 261.080 (26.5%) consultas urgentes por medicina general en hospitales de primer nivel de atención. Según régimen de afiliación el comportamiento fue el siguiente:
 - Producción del 31.9% para atención de población pobre no asegurada con 314.376 consultas, 55.8% para población subsidiada con 549.984 consultas, 6.4% para población del régimen contributivo con 63.408 consultas y un 5.8% para otro tipo de población con 57.393 consultas.

En cuanto al servicio de Observación de Urgencias, se dispuso de una oferta teórica de 94.184 atenciones/año, calculada con un promedio día estancia de 1 (estancia de máximo 24 horas), siendo necesario aclarar que esta oferta puede ser menor teniendo en cuenta que el promedio día estancia observado en los hospitales supera este límite, siendo en total para el D.C. de 1.6 días. Durante el año 2011 se observó una producción en todos los regímenes de afiliación de 110.690 atenciones de observación, para un porcentaje ocupacional del 108%, giro cama de 243 y promedio estancia de 1.6 días.

La producción discriminada por pagador se comportó durante este año de la siguiente manera:

6. El 31.5% de atenciones en población pobre no asegurada, con 34.868 observaciones de urgencia; 52% para población subsidiada, con 57.519 observaciones de urgencia; 10.1% para población del régimen contributivo, con 11.177 observaciones de urgencia y un 6.4% para otro tipo de población, con 7.126 observaciones de urgencia.

PRODUCCIÓN EN EL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS SEGÚN TIPO DE AFILIACION. AÑO 2011

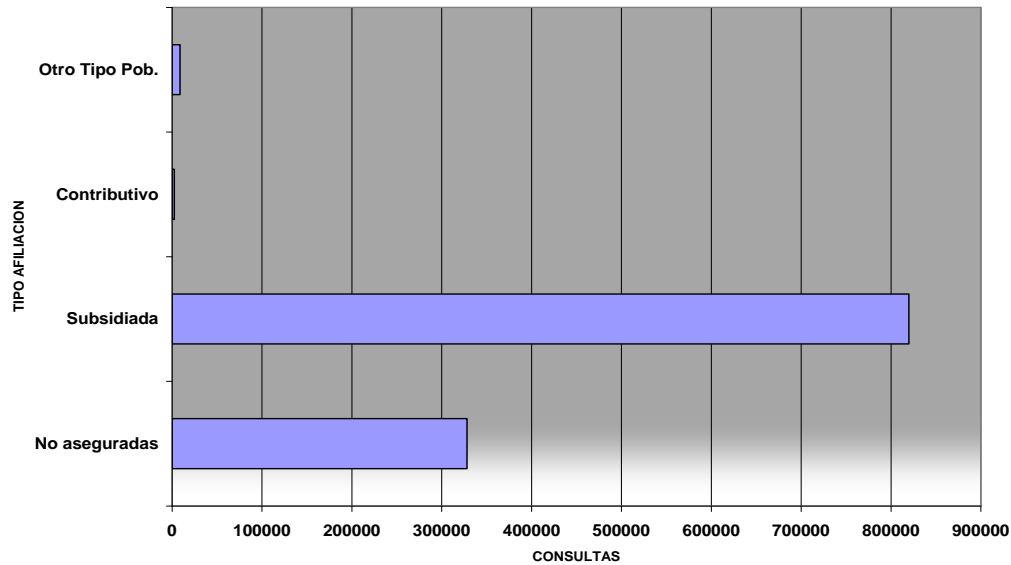


7. En instituciones de tercer nivel se generaron 46.851 observaciones de (42.3%); 39.079 observaciones (35.3%) fueron realizadas en hospitales de segundo nivel de atención y 24.760 observaciones (22.4%) se generaron en hospitales de baja complejidad.

En el total de hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud se realizaron 1.159.542 consultas de odontología (general, especializada y de promoción y prevención), distribuidas así:

7. 22.843 consultas (2%) en hospitales de tercer nivel de atención (consulta odontológica especializada), 441.843 consultas (38%) realizadas en hospitales de segundo nivel de atención y 694.856 consultas (60%) en hospitales de primer nivel (especialmente consultas odontológicas generales).
- Según tipo de afiliación, la producción en odontología fue del 28% para atención de población pobre no asegurada con 328.299 consultas, 71% para población subsidiada con 820.057 consultas, 0.2% para población del régimen contributivo con 2.437 consultas y un 0.8% para otro tipo de población con 8.749 consultas. [Ver gráfica]

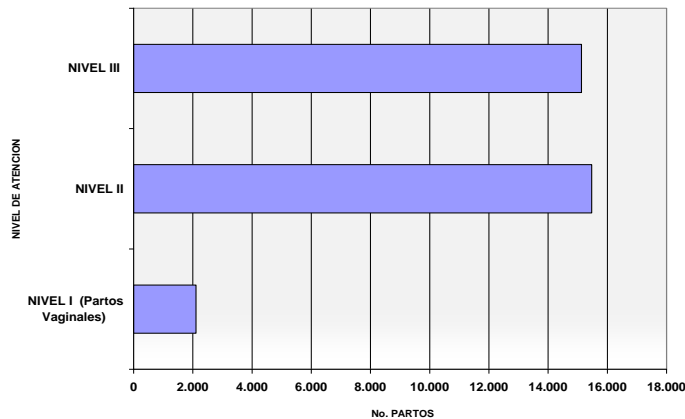
**PRODUCCIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA SEGÚN TIPO AFILIACION,
AÑO 2011**



En los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud se atendieron en el año 2011 un total 32.709 partos, 22.960 (70.2%) partos vaginales y 9.749 (29.8%) partos por cesárea.

8. En hospitales de tercer nivel se atendieron un total de 15.128 partos (40.9%), 15.471 (41.8%) partos atendidos en instituciones de segundo nivel de atención y 2.110 (5.7%) partos vaginales atendidos en hospitales de baja complejidad. [Ver gráfica]

NÚMERO DE PARTOS, SEGUN NIVEL DE ATENCION. AÑO 2011.

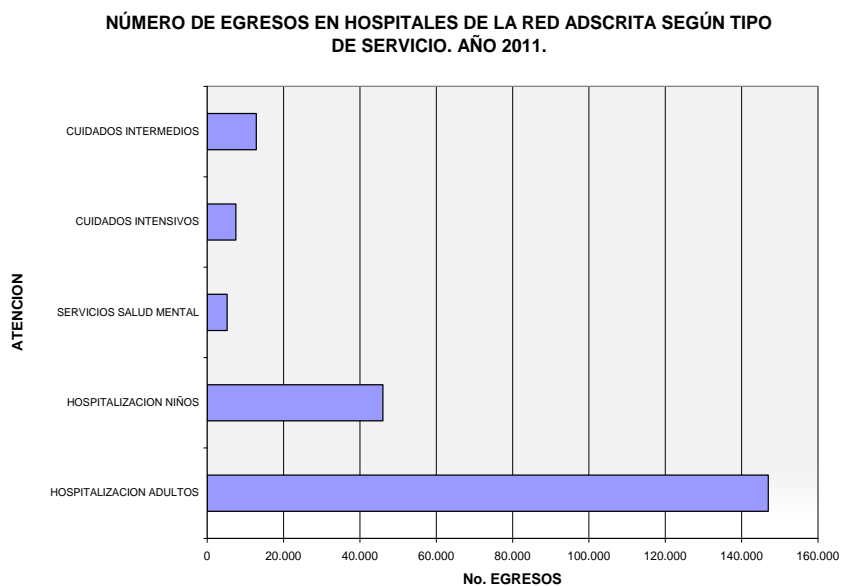


9. El porcentaje de partos por cesáreas en hospitales de tercer nivel fue del 35.1% y en hospitales de segundo nivel del 28,7%.

En cuanto al servicio de hospitalización, con la capacidad instalada disponible en la red adscrita durante el año 2011 (2.895 camas - 1.053.464 días camas disponibles) en los servicios de Medicina General, Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría/ Neonatología,

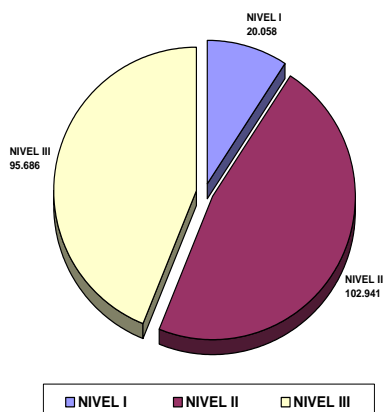
Ginecología, Obstetricia, Quirúrgicos, VIH, Quemados, Salud Mental, se generaron un total de 218.685 egresos, discriminados así:

- De camas para hospitalización de Adultos (de Medicina General, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, VIH) un total de 146.999 (67.2%) egresos; de servicios para hospitalización de Niños (General Niños, Pediatría, Unidad de Cuidado Básico Neonatal), un total de 46.028 (21.1%) egresos; de servicios de Salud Mental, un total de 5.214 (2.4%) egresos; del servicio de Cuidados Intensivos (neonatal, pediátricos, adultos y quemados), un total de 7.546 egresos (3.4%) y de Cuidados Intermedios (neonatal, pediátricos, adultos y quemados), un total de 12.898 egresos (5.9%). [Ver gráfica]



- En los hospitales de tercer nivel de atención se generaron un total de 95.686 egresos hospitalarios (43.8%), 102.941 egresos (47.1%) en instituciones de segundo nivel de atención y 20.058 egresos (9.1%) generados en hospitales de primer nivel de atención de la red pública adscrita a la Secretaría. [Ver gráfica]

PRODUCCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN NIVEL DE ATENCION.
AÑO 2011.



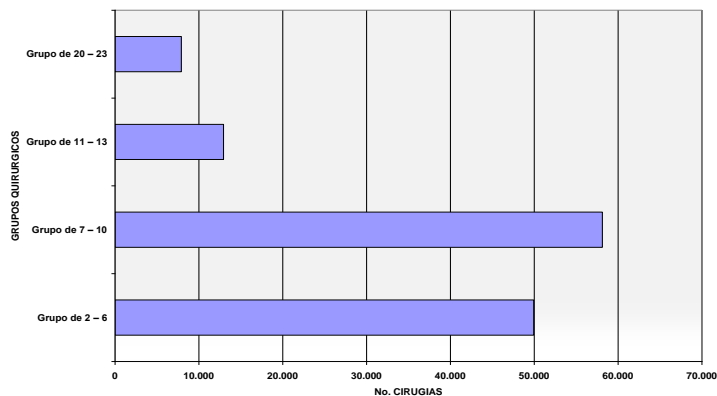
Con respecto a las camas de Cuidados Críticos (intermedios e intensivos neonatales, pediátricos, adultos y quemados) del total de egresos generados, el 64% de ellos (14.325 egresos) se dieron en hospitales de tercer nivel de atención: 4.862 egresos (34%) de cuidados críticos neonatales, 2642 egresos (18%) de cuidados críticos pediátricos, 5.466 (38%) de cuidados críticos adultos y 1.355 (9%) de cuidados críticos para quemados. Del total de egresos de estas unidades en hospitales de segundo nivel de atención (6.119 – 36%), el 42% (2.544 egresos) fue generada en la unidad de cuidados críticos neonatales y el 58% (3.575 egresos) de cuidados intermedios adultos específicamente.

En cuanto al servicio de Cirugía, entre los tipos de cirugía que están en capacidad de realizar los hospitales públicos de la red adscrita, se tienen: Cirugía general, Pediátrica, Ortopédica, Oncológica, Oftalmológica, Urológica, Otorrinolaringológica, Plástica, Maxilofacial, Neurocirugía, Cardiovascular, Gastroenterológica y Ginecológica, entre otras.

Con la capacidad instalada disponible se realizaron un total 128.928 cirugías (sin incluir cesáreas), distribuidas así:

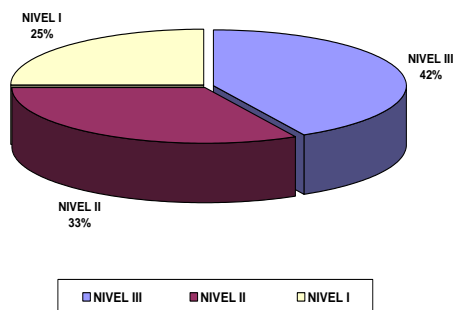
8. En grupos quirúrgicos de 2 – 6 un total de 49.931 cirugías (38.7%), 58.134 procedimientos en el grupo de 7 – 10 (45.1%), en el grupo quirúrgico de 11 – 13 un total de 12.946 cirugías (10%) y por último en el grupo de 20 – 23 un total de 7.917 cirugías (6.1%). [Ver gráfica]

PRODUCCIÓN DE CIRUGÍAS POR GRUPO QUIRURGICO EN HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA ADSCRITA A LA SDS. AÑO 2.011.



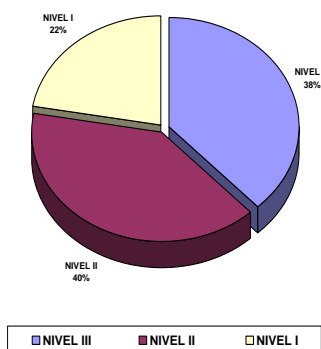
9. El 60% de los procedimientos en los diferentes grupos quirúrgicos fueron programados (77.293 intervenciones) y el 40% fueron cirugías urgentes (51.635 intervenciones). El porcentaje de cancelación de cirugías programadas fue del 4.8%, es decir que de un total de 81.185 cirugías programadas se cancelaron un total de 3.892; es de anotar, que el mayor porcentaje de cancelación de cirugías se observa en los hospitales de tercer nivel (el 6% de su programación).
 - 10.
 11. Según niveles de atención, la producción se comportó de la siguiente manera: 59.941 (46.1%) procedimientos en hospitales de tercer nivel, 69.987 (53.9%) cirugías realizadas en instituciones de segundo nivel.
- La red adscrita oferta servicios de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas en diferentes niveles de complejidad. La producción observada en el servicio de laboratorio clínico durante el año 2011 fue de 6.533.786 exámenes, en el tercer nivel de atención (42.1%), en segundo nivel (32.9%) y en los hospitales de primer nivel de atención (25%). [Ver gráfica]

PORCENTAJE DE PRODUCCIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO SEGÚN NIVEL DE ATENCION. AÑO 2011.



- Se realizaron un total de 2.952.652 (45.2%) exámenes de laboratorio solicitados en la consulta externa, 1.406.514 (21.5%) pruebas solicitadas desde el servicio de urgencias y un 33.3% (2.174.620 pruebas) solicitado en el servicio de hospitalización.
- En los servicios de apoyo diagnóstico (imagenología y otras pruebas o procedimientos) se realizaron 1.360.702 actividades (860.426 imágenes diagnósticas y 500.276 otros apoyos diagnósticos), el 38.2% en hospitales de tercer nivel, 39.5% en las ESE de segundo nivel y 22.3% de actividades en hospitales de primer nivel de atención. [Ver gráfica]

PORCENTAJE DE PRODUCCIÓN DE PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO
SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN. AÑO 2011.



En la totalidad de hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud durante el año 2011 se realizaron un total de 525.743 sesiones o consultas de terapias (respiratorias, físicas y otras), distribuidas así: 32.2% de las sesiones (169.801) se realizaron en hospitales de tercer nivel de atención, un 58% (305.132 sesiones) en instituciones de segundo nivel y un 9.8% (50.810 consultas) en hospitales de baja complejidad.

Las dificultades que viene enfrentando la red pública adscrita a la fecha en términos de la producción de servicios se relacionan a continuación:

- Existe dificultad para la contratación del talento humano especializado, determinado principalmente por desventajas de las ESE frente a las tarifas del mercado para la contratación de especialistas, y por razones de accesibilidad y seguridad, en especial en los hospitales de la zona sur y sur occidente.
- Servicios deficitarios en consulta externa, por disponibilidad del talento humano y por insuficiencia o no existencia de oferta en términos de agendas, así:
 - En III nivel de atención: Cardiología, Cirugía de mano, Cirugía Vascular, Dermatología, Ortopedia pediátrica, siendo compensado este déficit con rendimientos en la consulta superiores a 3 consultas/hora, afectándose la calidad. Sin embargo son inexistentes en este nivel servicios ambulatorios especializados

tales como: Cirugía Cardiovascular Pediátrica, Geriátrica, Hematología, Inmunología y Medicina Nuclear.

- En II niveles de atención: Cardiología, Dermatología, Medicina Interna, Neurología, Otorrinolaringología y Urología. El déficit en talento humano se compensa con un incremento en el rendimiento de la consulta, siendo en los casos anteriores superiores a 3 consultas/hora, lo que afecta la calidad de la atención.
- En I niveles de atención: no se observaron servicios deficitarios; por el contrario quedó una capacidad residual de 167.593 consultas médicas (28 tiempos equivalentes completos de médico general), 151.610 consultas por enfermería (38 tiempos equivalentes completos de enfermera) y 10.902 consultas de Ginecoobstetricia (1.8 tiempos equivalentes completos de especialista).
 - A pesar de existir oferta de servicios de consulta externa tales como: Cirugía de cabeza y cuello, cirugía de tórax, Dolor y cuidados paliativos, Gastroenterología pediátrica, Genética, Hematología pediátrica, Infectología, Medicina alternativa, Reumatología pediátrica y Toxicología, esta es muy reducida y se debe fortalecer.
- Existe déficit de camas en el servicio de hospitalización, en todos los servicios de los hospitales de tercer nivel, excepto en los servicios de Cuidado Intensivo Adulto, Cuidado Intensivo De Quemados, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico y Cuidado Intermedio Neonatal. En segundo niveles de atención son deficitarias las camas de Medicina Interna, Quirúrgicas y Psiquiatría y en el resto de servicios existe capacidad residual susceptible de ser optimizada. En los primeros niveles de atención, la utilización de las camas para población general adultos, niños y obstétricas no supera el 50%.
- La producción de servicios para población pobre no asegurada ha disminuido, progresiva y marcadamente en los últimos años en los hospitales de la red, y se ha incrementado la producción para población del régimen subsidiado, como consecuencia de la afiliación de gran cantidad de la población a este régimen y la unificación del POS S, lo que afecta negativamente los ingresos de las ESE por venta de servicios al Fondo Financiero Distrital de Salud, situación que no es compensada con la venta de servicios al régimen subsidiado.

4.3. 8. Centro Hospitalario San Juan de Dios⁶⁸

4.3. 8.1. Antecedentes, situación actual y prospectiva.

Para analizar el tema, revisaremos los antecedentes principales, la situación actual, trataremos de identificar oportunidades y posibilidades que desde la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaría Distrital de Salud vislumbramos ante una eventual reapertura de esta institución insignia por muchos años de la medicina colombiana.

Lo que es hoy el complejo hospitalario San Juan de Dios fue creado el 21 de octubre de 1564 por Fray Juan de los Barrios y Toledo, primer Arzobispo de Santa Fe de Bogotá (1495 - 1569), funcionando inicialmente como hospital “San Pedro” para la atención de los menesterosos, tal como lo afirmó su fundador y legatario.

En 1979, se constituyó la Fundación San Juan de Dios [FSJD], la cual tuvo su origen con la expedición por parte del Ministerio de Salud de los Decretos No. 290 del 18 de febrero de 1979, por el cual se suple la voluntad del fundador, el Decreto 1474 del 8 de junio de 1979, por el cual se adoptan los estatutos de la FSJD y el Decreto 371 del 23 febrero de 1998, por el cual se suple la voluntad del fundador y reforman los estatutos de la Fundación. En estas normas, se dispuso que los bienes muebles e inmuebles pasaran de la Beneficencia a la FSJD. El Ministerio de Salud emitió la Resolución No. 10869 del 6 de diciembre de 1979, por la cual se reconoció Personería Jurídica a la Fundación San Juan de Dios, como entidad sin ánimo de lucro de derecho privado y con domicilio en la ciudad de Bogotá, D. C.

La ley 735 de 2002, declaró monumentos nacionales al Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, en reconocimiento a los servicios prestados al pueblo colombiano durante las distintas etapas de la historia de Colombia. Igualmente, declaró Patrimonio Cultural de la Nación la Fundación San Juan de Dios y el Instituto Inmunológico Nacional en consideración a su valiosa contribución a la protección de la salud del pueblo y a su extraordinario aporte científico.

La citada ley, en el artículo 2, establece que el Gobierno Nacional por intermedio del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Educación Nacional, acometerá las obras de remodelación, restauración y conservación del monumento nacional Hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil.

Para el cumplimiento de la citada ley, se creó la Junta de Conservación del Monumento Nacional integrada por los ministros de Salud, Cultura y Educación Nacional, Alcalde Mayor de Bogotá, D.C. y el Gobernador de Cundinamarca o sus delegados. La junta de conservación ha de adelantar los trámites y gestiones necesarias para el cumplimiento de lo establecido en este artículo. He aquí una primera oportunidad para ser tomada en cuenta para el propósito de reapertura.

Es importante recordar que el artículo 10° de la Ley 397 de 1997 modificado por el Art. 6° de la Ley 1185/2008 establece que los bienes de interés común que conforman patrimonio cultural de la nación que sean de propiedad de entidades públicas son: inembargables, imprescriptibles e inalienables.

Como entidad privada sin ánimo de lucro la FSJD que involucraba el Instituto Inmunológico de Colombia, el Instituto Materno Infantil, IMI, y el Hospital San Juan de Dios, funcionó hasta el año 2005, cuando el Consejo de Estado de pronunció para producir un cambio fundamental en la vida de estas instituciones. Mediante sentencia del ocho de marzo de 2005, proferida por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, se declaró la nulidad de los actos administrativos que dieron origen a la Fundación San Juan de Dios. Es decir, la Fundación San Juan de Dios dejó de existir y los Centros Hospitalarios

Instituto Materno Infantil y Hospital San Juan de Dios, de conformidad con lo dispuesto en el fallo, volvían a ser dependencias de la Beneficencia de Cundinamarca.

Como efecto de la nulidad de los decretos que dieron origen a la FSJD, los Centros Hospitalarios IMI y HSJD, volvieron a ser dependencia de la Beneficencia de Cundinamarca, en razón a que antes del nacimiento a la vida jurídica de la Fundación, éstos pertenecían a dicha Beneficencia.

Posteriormente, y a consecuencia del fallo del Consejo de Estado, mediante la expedición de un acto administrativo modificado por el Decreto No 0117 de junio 30 de 2006, el Gobernador de Cundinamarca designó una liquidadora de la Fundación San Juan de Dios, proceso que aun no termina.

Dadas las diversas circunstancias jurídicas y su efecto sobre el fallo proferido, en septiembre de 2005 la Procuraduría General de la Nación, asumió la mediación del problema, con el propósito de buscar solución a la crisis generada y dar continuidad a la prestación de los servicios por parte del IMI.

Para ello, convocó a los ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, a la Gobernación de Cundinamarca y a la Alcaldía Mayor de Bogotá, con la finalidad de dar inicio al proceso de concertación que pronto condujo a un acuerdo, a través del cual las entidades antes relacionadas, se comprometieron a participar en el proceso y a brindar el apoyo y colaboración necesaria, cada una dentro del marco de sus competencias.

El compromiso adquirido por parte de la Nación fue el de gestionar la inclusión de una partida en el Presupuesto Nacional por valor de \$60.000.000.000.oo. Compromiso que se hizo efectivo con la expedición del Decreto 4731 del 28 de diciembre de 2006 “Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación del 2006”, en el que se incluyó la referida partida con destino al mejoramiento, fortalecimiento y ajuste a la gestión de los hospitales San Juan de Dios de Bogotá e Instituto Materno Infantil, crédito condonable, previo concepto del Departamento Nacional de Planeación.

Los compromisos del Distrito Capital fueron: Punto 3 del Acuerdo Marco: “A partir del 1º de julio de 2006 el Instituto Materno Infantil se mantendrá en servicio para atender los requerimientos de Bogotá DC, mediante un arreglo contractual que para el efecto deberá suscribir el Distrito con el liquidador de la extinta Fundación San Juan de Dios” Hoy día, el IMI permanece bajo canon de arrendamiento a cargo del Hospital de La Victoria.

Punto 5 del Acuerdo Marco: “El Distrito Capital se compromete a constituirse en el operador del Instituto Materno Infantil, por considerar que es una institución especializada en servicios de cuidados intensivo pediátrico y materno del más alto nivel, que bien puede integrarse a la red de salud del Distrito Capital. Para tal fin, suscribirá los contratos o convenios que permitan la continuidad de la prestación de los servicios de salud bajo los arreglos jurídicos a que haya lugar”.

El Distrito ha dado estricto cumplimiento a sus compromisos y para ello ha realizado las siguientes acciones: El Fondo Financiero Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Salud, suscribió el Convenio Interadministrativo de Cooperación Mutua con el Hospital de La Victoria III Nivel E.S.E., No. 0566-2006, del 28 de junio de 2006, con el fin de que dicho Hospital asumiera la continuidad de la prestación de los servicios de salud brindados por el Instituto Materno Infantil, en consideración a que la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector del Sistema en el Distrito Capital, no presta directamente servicios de salud.

El Contrato de Arrendamiento de las instalaciones y equipos pertenecientes al Instituto Materno Infantil, fue suscrito el 11 de agosto de 2006, entre el Hospital La Victoria y la Agente Liquidadora, el cual tiene el carácter de transitorio, hasta tanto culmine el proceso de liquidación, y la Asamblea del Departamento decida sobre el futuro de los centros hospitalarios.

Para la continuidad de la prestación del servicios se suscribieron aproximadamente 210 contratos con el personal de planta y de contrato que venía prestando los servicios al Materno Infantil; se estableció el compromiso con las organizaciones sindicales y la CUT, que una vez el Hospital La Victoria lograra organizar todos los servicios, continuaría contratando nuevo personal, priorizando aquellos que con anterioridad estaban vinculados al IMI.

4.3.8.2. Situación actual

A la fecha el estudio de factibilidad del Proyecto Ciudad Salud Región, a cargo de la Empresa de Renovación Urbana con supervisión de la Secretaría Distrital de Salud, evalúa la condición jurídica y las posibles alternativas de solución como producto asociado. Las conclusiones del estudio de factibilidad permitirán:

- Establecer la estrategia más apropiada para la recuperación y reintegración del Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, en sus aspectos de prestación de servicios de salud, arquitectónicos, urbanísticos, financieros, ambientales, jurídicos, sociales y funcionales.
- La articulación exigida con el Ministerio de Cultura, Gobierno Nacional, en desarrollo de la segunda fase del Plan Especial de Manejo y Protección por la declaratoria existente, como bienes de interés cultural nacional.(ley 735 de 2002)
- Evaluación general de la condición física y funcional de las redes de infraestructura, riesgos biológicos (latentes), edificaciones existentes (vulnerabilidad física) y las posibles alternativas costo-efectivas para la intervención de los mismos.
- Las herramientas normativas para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida (urbanísticas) del área de influencia del Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil.
- Esquema de operación del Clúster de Servicios de Salud “San Juan de Dios”.

Los predios del IMI permanecen ocupados en un 49% por la organización sindical, no obstante el IMI está prestando servicios en el 51% restante por acuerdo con los trabajadores, el Hospital de la Victoria y la liquidadora.

Al contrario el HSJD permanece ocupado por cerca de 200 personas, de las cuales unas 150 son invasores ilegales ajenos a los trabajadores, pero que han hecho “mejoras” (como el lavadero de carros y el parqueadero) las cuales usufructúan.

4.3.8.3. Competencia del Gobierno Distrital

La Fundación San Juan de Dios es una entidad de utilidad común regulada por los artículos 62 y 189 numeral 26 de la Constitución Nacional que disponen:

“Artículo 62. El destino de las donaciones intervivos o testamentarias, hechas conforme a la ley para fines de interés social, no podrá ser variado ni modificado por el legislador, a menos que el objeto de la donación desaparezca. En este caso, la ley asignará el patrimonio respectivo a un fin similar.

El Gobierno fiscalizará el manejo y la inversión de tales donaciones.”

”Artículo 189. Corresponde al Presidente de la República como Jefe de Estado, Jefe del Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa:

“Numeral 26. Ejercer la inspección y vigilancia sobre instituciones de utilidad común para que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y para que en todo lo esencial se cumpla con la voluntad de los fundadores.

Esta obligación fue trasladada al Alcalde de Bogotá por la ley 22 de 1987 y el Decreto 1318 de 1988, así:

“Ley 22 de 1987. Art. 2.- El Presidente de la República podrá delegar en los gobernadores de los departamentos y en el Alcalde Mayor de Bogotá D. E. de acuerdo con lo previsto en el artículo 135 de la Constitución Política, la función de inspección y vigilancia que ejerce sobre las instituciones de utilidad común.”

“Decreto 1318 de 1988. Art. 1.- Delegase en los gobernadores de los departamentos y el Alcalde Mayor del Distrito Especial de Bogotá la función de ejercer inspección y vigilancia sobre las instituciones de utilidad común, domiciliadas en el respectivo departamento y en la ciudad de Bogotá D.C., que no estén sometidas al control de otra entidad.

Esto quiere decir que el Alcalde Mayor de Bogotá es competente para la inspección y vigilancia sobre la conservación del patrimonio del HSDJ, y para que dicho patrimonio este destinado a cumplir con la voluntad de su fundador, por lo que frente al estado actual de la institución en que la inercia solo produce un diario detrimento, le permite a la Alcaldía adoptar medidas correctivas.

Adicionalmente, la ley 735 de 2002 citada ordenó la constitución de una junta administradora del monumento Nacional en la que incluyó al Alcalde de Bogotá, y estableció unas fuentes de recursos, las que por inexistencia de interés en la reglamentación no se han allegado.

4.3. 9. Promoción social.

El derecho a la participación en salud es entendido como el ejercicio de poder de cada uno, para transformar la esfera de lo público en función del bien común. En este marco, la participación social en salud es la posibilidad para que los sujetos realicen una construcción de calidad de vida como acción social y política. Esta participación ciudadana, busca 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.

El Decreto 530 de 2010, es producto de las reflexiones y aportes de líderes sociales y comunitarios de las 20 localidades del Distrito participantes de la primera y segunda

asambleas Distritales por el derecho a la salud. Así como, las voces de más de 800 personas que aportaron sus ideas en las unidades de análisis, espacio propuesto desde la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud. Este documento recoge en cinco ejes, las acciones y estrategias de fortalecimiento al reconocimiento de ciudadanía activa en salud y el avance en la garantía del derecho a la salud propuestas por la ciudad desde el 2008.

Bogotá tiene una larga tradición en la definición de territorialidades como estrategia de participación social. Así la gestión, como elemento integrador para el desarrollo de la calidad de vida y salud, está fundamentada en: territorialidad, perspectiva de derechos, movilización social y la transectorialidad, para garantizar la existencia de una fuerte relación estado y ciudadanía, que logre dar respuesta al conjunto de necesidades sociales y sanitarias de la población en territorios específicos.

Sin embargo, siguen existiendo falencias que impiden el ejercicio de la participación como un derecho del sujeto social y político, en primer lugar debido a la prevalencia del interés particular sobre el general, lo que afecta las posibilidades reales de construcción de lo público. En segundo lugar, porque no reconocen con claridad los nexos entre lo social y lo político, y esto lleva a que exista una tensión y fractura entre la participación social y la representación política. La instrumentalización de la participación, en donde se convoca a la comunidad y se esgrime su participación para legitimar decisiones que la institucionalidad ya ha tomado, sin contar efectivamente con la opinión de las comunidades lo que las margina de gran parte de los actores sociales. Por último, los lineamientos, e incluso la normatividad vigente, no satisfacen las necesidades de los ciudadanos en la prestación del servicio, lo que genera tensiones entre el área de servicio al ciudadano y la ciudadanía, utilizándola como espacio de contención y no como la vía para receptionar y gestionar al interior de la institucionalidad, las diversas formas de dar respuesta al derecho a la salud, que permitan prevenir, garantizar o reparar los actos violatorios al derecho a la salud, ubicando los procedimientos y actores responsables.⁶⁹

La participación activa busca que exista una redistribución del poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones⁷⁰, de acuerdo a los acumulados anteriormente mencionados, se espera reordenar las respuestas institucionales y comunitarias para el enfrentamiento de las necesidades leídas por territorios que aporten a los ejes propuestos por el Distrito en temas como la densificación verde, sin segregación y protección de lo público. Apoyando un nuevo modelo de renovación urbana incluyente y que reconoce la diferencia⁷¹.

69 Vásquez y otros. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria. 2002; 16(1): 3-38

69 Propuesta Plan de desarrollo económico y social y de obras publicas para el Distrito Capital 2012-

Entonces se puede decir que la participación social es un determinante de la democracia y de la gestión pública cuyo fin es provocar que la ciudadanía se organice, construya poder y tome parte en los asuntos de lo público que les afecta directamente e incidan sobre el interés colectivo mediante procesos de movilización y exigibilidad jurídica social del derecho a la salud como elemento central para la acción, base para el proceso de construcción de tejido social y de organización social autónoma.

Tradicionalmente, muchos de los espacios de participación comunitaria que existen no funcionan adecuadamente, y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es precaria, su debilidad organizativa se ve expresada en un desempeño, básicamente en el ámbito barrial y zonal sin constituirse en actores locales y distritales. Su reducida capacidad de gestión que le posibilite adelantar autónomamente proyectos y canalizar recursos. Además de la poca credibilidad en las instancias del Estado, lo que obedece en muchas ocasiones a la falta de reconocimiento, de la voz de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones públicas.

El desarrollo humano es el proceso que amplía el abanico de opciones de las personas, permitiendo que ellas escojan el proyecto de vida que juzgan valioso y para ello el proceso de participación social estará encaminado en la construcción conjunta de la planeación tanto del orden Distrital como Local que permita el acercamiento del gobierno distrital para que la ciudad sea amable para todos. Y por ello estimulará la inversión y la generación de riqueza por parte del sector privado, la administración velará para que la participación en los excedentes de la aglomeración sea distribuida de manera equitativa⁷².

En este sentido la meta propuesta desde el sector salud de incorporar 300.000 ciudadanos y ciudadanas a los procesos de planeación local, control social exigibilidad política, jurídica y social del derecho a la salud como una muestra de la población que, mediante las estrategias de gestión social, han sido caracterizadas y orientadas en temas referentes a mejoramiento de la calidad de vida y salud con apoyo de los demás sectores de la ciudad por territorios.

4.3. 10. Barreras de acceso-

La vulneración en la garantía del derecho fundamental a la salud por barreras de acceso administrativas, económicas, culturales y geográficas, viene afectando en alguna medida a toda la población del Distrito Capital, estimada para 2012 en 7.571.3454 habitantes, con incidencias en los diferentes ciclos y etapas de la vida, en la medida en que la prestación actual de los servicios de salud para Bogotá D.C. y para el resto del país, está determinada por la afiliación de toda la población al Régimen de Seguridad Social en Salud constituido con la ley 100 de 1993, el cual fue diseñado para cumplir los principios de integralidad,

72 Propuesta Plan de desarrollo económico y social y de obras publicas para el Distrito Capital 2012-2016 al derecho a la salud, ubicando los procedimientos y actores responsables.

universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, a través de un régimen de aseguramiento universal con el cual se debe cubrir al 100% de los habitantes del territorio, de acuerdo con lo instituido de manera posterior en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

La no garantía del derecho fundamental a la salud en Bogotá D.C. ha sido frecuente y evidente desde la misma creación de la Ley 100 de 1993, debida al fraccionamiento entre actores, instrumentos, procesos, recursos y a iniquidades persistentes inherentes a la estructuración y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] con alcances e incidencia en todos los ámbitos y niveles de la vida pública nacional y territorial. En este sentido, las administradoras de planes de beneficios [EPS] creadas con la Ley 100 de 1993 registran desde hace varios años una deuda acumulada para con la Ciudad y para con sus habitantes por las reiteradas barreras e acceso de todo orden, acompañadas de la débil resolutivez y operatividad en el modelo de prestación de servicios asistencialista que han venido gestionando para la atención de la población de Bogotá D.C. en lo que respecta a los servicios del plan obligatorio de salud.

En forma reiterada se ha cuestionado la efectividad de las aseguradoras en salud como mecanismo para garantizar el derecho a la salud en cuanto al acceso oportuno, seguro, confiable y eficaz a los servicios de salud en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Por citar tan solo un ejemplo, en la “Encuesta de Percepción de las IPS sobre las EPS”, se muestran los bajos niveles de calificación obtenidos por parte de sus principales agentes estratégicos, las instituciones prestadoras de servicios de salud [IPS]⁴. De otra parte, y de manera adicional, hay que reconocer que, en cuanto a barreras económicas, aun es insuficiente el esfuerzo realizado por el Distrito Capital durante los últimos años encaminado a garantizar gratuidad a grupos especiales de población de niveles 1 y 2 y 3 del sistema de identificación de beneficiarios [SISBEN], con el cual se cubre a un limitado número de pobladores [Anexo 11], quedando excluido una gran mayoría, quienes tienen que interrumpir sus tratamientos en razón de las dificultades económicas para cubrir desplazamientos y copagos por los servicios.

La vulneración de la garantía del derecho a la salud también viene afectando el cumplimiento de políticas públicas sectoriales, impidiendo incidir en uno de los determinantes de la calidad de vida como lo es el del acceso a los servicios de salud. Este problema tiene implicaciones para los usuarios de los servicios, pues al no contar con la garantía de acceso, aplazan sus demandas de servicio con lo cual los procesos mórbidos se tornan más complejos, costosos y menos eficaces; incide en las entidades prestadoras de servicios, por cuanto que sus estimaciones de oferta dependen de la cantidad y tipo de afiliados, quienes tienen perfiles epidemiológicos específicos; perturba a las administradoras de planes de beneficios, por cuanto estimativos para la organización de su red de servicios se ven distorsionados y afecta al Ente Territorial por cuanto, en forma agregada, se convierte en un problema potencial disminuyendo las posibilidades de mejorar indicadores de morbilidad y mortalidad evitables, distorsionando estimativos financieros y de por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes de control como la Procuraduría General de la Nación, la Personería de Bogotá D.C., la Defensoría del Pueblo y la Veeduría Distrital.

Hay estudios y evidencias de diversos sectores y actores que así lo ratifican, como en la academia. Para el caso de Bogotá D.C. son persistentes los indicadores diferenciales y brechas de morbilidad y mortalidad entre regímenes y población vinculada. En 2010, la Presidencia de la República decretó "Emergencia Social de la Salud". A menudo, en los principales diarios y revistas del país se publican artículos en los cuales se analiza el tema desde diferentes perspectivas y enfoques con alcances para el país, entes territoriales, demás actores de la seguridad social en salud e incidencia en la comunidad. La Defensoría del Pueblo realizó estudios sobre "...La tutela y el Derecho a la Salud 2006-2008..." y "...La tutela y el Derecho a la Salud 2010..."⁶. A nivel de los entes territoriales se han llevado a cabo diversos estudios y análisis de casos relacionados con el tema de la tutela y la garantía del derecho a la salud.

Existen disposiciones constitucionales, legales, normativas, reglamentarias y de políticas públicas en las cuales se determina como obligatoria la intervención en el problema con participación de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud. Como parte de la normatividad es preciso mencionar lo estipulado en la Constitución Política de 1991, en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1393 de 2010 y 1438 de 2011 y en la Sentencia T-760 de 2008, entre otras.

En su cumplimiento, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., fortaleció su capacidad institucional para la intervención con actores distritales sectoriales y de otros sectores, teniendo siempre en cuenta que un aumento en cobertura y en gasto en salud, no garantiza por sí solo el acceso al servicio ni su calidad; por esta razón, además de las acciones para alcanzar el aseguramiento universal en salud para Bogotá D.C. mandado en la Ley 100 de 1993 [Gráficos 2 y 3]⁸, fortaleció inspección, vigilancia y control hasta imposición de sanciones económicas y administrativas a EPS por incumplimiento de acuerdos contractuales; viene exigiendo planes de mejoramiento; adelanta ejercicio de rectoría dentro del margen de competencias delegadas al Ente territorial; ha fortalecido los equipamientos en salud de las empresas sociales del Estado de la red adscrita e instituyó, de manera ejemplarizante para el país y para el continente, la atención primaria en salud y la gratuidad, asumiendo, a la vez, el liderazgo y control en la vacunación por parte del Estado para el Distrito Capital.

La población de Bogotá D.C. afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado y la vinculada al sistema de seguridad social en salud, demanda intervenciones inmediatas para la solución de las barreras de acceso⁹. Hay acciones manifiestas en las Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano y Oficinas de Atención al Usuario de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., de los establecimientos públicos adscritos y Centros de Atención Inmediata [CADE] y SUPERCADES. Han acudido a la figura de defensor del usuario, al derecho de petición, a la instauración de tutelas y a demandas, para reclamar los servicios a los cuales tiene derecho. Los actores sociales organizados y otras formas de participación social, han acudido a la movilización activa para exigir la solución a este problema, realizando audiencias públicas, asambleas distritales por la exigibilidad del derecho a la salud y marchas públicas, entre otras, sin que hasta el momento se haya solucionado la problemática aquí identificada.

La problemática ha ido en aumento hasta llegar a generar dos modificaciones a las Ley 100 de 1993 y una sentencia de la Corte Constitucional⁵ en la cual se reconoce, reitera y ratifica el deber de respetar, proteger y garantizar el derecho fundamental a la salud "...a través de un sistema de salud que garantice el acceso a servicios...". De manera adicional, se han expedido pronunciamientos y sanciones.

Según la información captada al IV trimestre de 2011 en el Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso y por el Sistema de Quejas y Soluciones, las principales barreras de acceso se encuentra referido a las de tipo administrativo, mientras que por atributos de calidad se encuentran dentro de los principales motivos los de continuidad, accesibilidad y oportunidad en la atención, como se evidencia en el siguiente resumen:

CONSOLIDADO POR TIPOS DE BARRERAS DE ACCESO, DE LOS MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO, IDENTIFICADOS A TRAVÉS DEL SIDBA Y SQS - IV TRIM. 2011				
TIPO DE BARRERA DE ACCESO	TOTAL SIDBA IV TRIM. 2011	TOTAL SQS IV TRIM. 2011	TOTAL IV TRIM. 2011	%
ADMINISTRATIVA	3.020	909	3.929	75
CULTURAL	371	86	457	9
TÉCNICA	181	211	392	7
ECONÓMICA	213	23	236	5
GEOGRÁFICA	211	18	229	4
TOTAL	3.996	1.247	5.243	100

CONSOLIDADO POR ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL SOGCS, AFECTADOS POR LOS MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO, QUE SE IDENTIFICARON A TRAVÉS DEL SIDBA Y SQS - IV TRIM. 2011				
ATRIBUTO DE CALIDAD	TOTAL SIDBA IV TRIM. 2011	TOTAL SQS IV TRIM. 2011	TOTAL IV TRIM. 2011	%
CONTINUIDAD	1.574	292	1.866	36
ACCESIBILIDAD	1.342	125	1.467	28
OPORTUNIDAD	597	573	1.170	22
CALIDEZ	370	86	456	9
SEGURIDAD Y PERTINENCIA	113	171	284	5
TOTAL	3.996	1.247	5.243	64

Los mismos sistemas hallaron para el mismo periodo que las principales quejas provinieron de personas afiliadas al Régimen subsidiado y de las Empresas Sociales del Estado. Cabe resaltar que éstas últimas ofrecen servicios contratados por las EPS del subsidiado, por lo que puede existir asociación en razón a las formas de contratación que se llevan a cabo entre este tipo de instituciones, más aún si se observa que un importante de las quejas se encuentra relacionada con prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

CONSOLIDADO POR ENTIDADES, DE LOS CASOS CON BARRERAS DE ACCESO, IDENTIFICADOS A TRAVÉS DEL SIDBA Y SQS - IV TRIM. 2011				
ENTIDAD	TOTAL SIDBA IV TRIM. 2011	TOTAL SQS IV TRIM. 2011	TOTAL IV TRIM. 2011	%
EPS-S	2643	485	3128	53
ESE	1038	463	1501	25
SDS	472	144	616	10
EPS-C	241	1	242	4
IPS Privadas	41	142	183	3
EPS-S de otro territorio	106	0	106	2
Sin especificar Institución	0	12	12	0
IPS Red Complementaria	43	0	43	1
Otro Ente Territorial	89	0	89	2
ESE Otro Ente Territorial	12	0	12	0
TOTAL	4685	1247	5932	100

MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO	TOTAL GENERAL MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO SIDBA IV TRIM. 2011	TOTAL GENERAL MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO DE ACCESO SQS IV TRIM. 2011	TOTAL IV TRIM. 2011	%
8- Dificultad para prestación servicios POS.	1149	174	1323	25
5- Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en Base de Datos.	579	63	642	12
2- Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios, ó de alto costo, ó tuteladas.	207	300	507	10
1- Atención deshumanizada, o extralimitación y abuso de responsabilidades.	370	86	456	9
10- Inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar.	338	21	359	7
9- Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad.	113	171	284	5
22- Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario.	211	18	229	4

La vulneración en la garantía del derecho fundamental a la salud por barreras de acceso administrativas, económicas, culturales y geográficas, viene afectando en alguna medida a toda la población del Distrito Capital, estimada para 2012 en 7.571.3454 habitantes³, con incidencias en los diferentes ciclos y etapas de la vida, en la medida en que la prestación actual de los servicios de salud para Bogotá D.C. y para el resto del país, está determinada por la afiliación de toda la población al Régimen de Seguridad Social en Salud constituido con la ley 100 de 1993, el cual fue diseñado para cumplir los principios de integralidad, universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, a través de un régimen de aseguramiento universal con el cual se debe cubrir al 100% de los habitantes del territorio, de acuerdo con lo instituido de manera posterior en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

La no garantía del derecho fundamental a la salud en Bogotá D.C. ha sido frecuente y evidente desde la misma creación de la Ley 100 de 1993, debida al fraccionamiento entre actores, instrumentos, procesos, recursos y a iniquidades persistentes inherentes a la estructuración y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] con alcances e incidencia en todos los ámbitos y niveles de la vida pública nacional y territorial. En este sentido, las administradoras de planes de beneficios [EPS] creadas con la Ley 100 de 1993 registran desde hace varios años una deuda acumulada para con la Ciudad y para con sus habitantes por las reiteradas barreras e acceso de todo orden, acompañadas de la débil resolutivez y operatividad en el modelo de prestación de servicios asistencialista que han venido gestionando para la atención de la población de Bogotá D.C. en lo que respecta a los servicios del plan obligatorio de salud.

En forma reiterada se ha cuestionado la efectividad de las aseguradoras en salud como mecanismo para garantizar el derecho a la salud en cuanto al acceso oportuno, seguro, confiable y eficaz a los servicios de salud en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En cuanto a barreras económicas, aun es insuficiente el esfuerzo realizado por el Distrito Capital durante los últimos años encaminado a garantizar gratuidad a grupos especiales de población de niveles 1 y 2 y 3 del sistema de identificación de beneficiarios [SISBEN], con el cual se cubre a un limitado número de pobladores [Anexo 11], quedando excluido una gran mayoría, quienes tienen que interrumpir sus tratamientos en razón de las dificultades económicas para cubrir desplazamientos y copagos por los servicios.

La vulneración de la garantía del derecho a la salud también viene afectando el cumplimiento de políticas públicas sectoriales, impidiendo incidir en uno de los determinantes de la calidad de vida como lo es el del acceso a los servicios de salud. Este problema tiene implicaciones para los usuarios de los servicios, pues al no contar con la garantía de acceso, aplazan sus demandas de servicio con lo cual los procesos mórbidos se tornan más complejos, costosos son persistentes los indicadores diferenciales y brechas de morbilidad y mortalidad entre regímenes y población vinculada.

5. Orientación Estratégica del Plan

5.1 Plataforma estratégica

5.1.1 Misión

Asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población de Bogotá, modificando positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida, a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en Atención Primaria en Salud, la gestión transectorial y las redes integradas de servicios, el fortalecimiento de la red pública hospitalaria del orden distrital, con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.

5.1.2 Visión

Al año 2016, el modelo de salud será referente nacional e internacional, en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, la disminución de las brechas de inequidad, la disminución de barreras de acceso a los servicios sociales y de salud para la población de Bogotá, con altos niveles de reconocimiento y empoderamiento ciudadano en el marco del Estado Social de Derecho.

5.1.3 Objetivo General

Consolidar e implementar un modelo de atención integral humanizado, participativo, intersectorial e incluyente, que permita afectar positivamente los determinantes de la calidad de vida y la salud de la población de Bogotá y que garantice el acceso en condiciones de universalidad, equidad, calidad y calidez.

5.2 Ejes Estratégicos

El Plan de Desarrollo Bogotá Humana, posicionará al ser humano como el referente central de la política pública y promueve el desarrollo de sus capacidades, potencialidades y libertades ciudadanas, en condiciones de seguridad, sin ningún tipo de segregación por: condición, situación, género, identidad de género y orientaciones sexuales, cultura, aspectos sociales, económicos o de territorio.

Considerando que la promoción del potencial del ser humano, comienza desde el principio de la vida, el Plan garantizará la atención en salud, nutrición y educación a toda la población, con especial énfasis en los niños y niñas de 0 a 5 años.

Bogotá Humana mejorará las capacidades de sus habitantes al garantizar la atención integral en salud, educación pública con calidad; incrementará el acceso a la educación superior de las y los jóvenes; apoyará el desarrollo de la economía popular y aliviará la carga del gasto de los sectores más pobres, a través de intervenciones en servicios donde tiene injerencia el Estado. A su vez, el Plan contribuirá al ordenamiento del territorio alrededor del agua, minimizando las vulnerabilidades futuras derivadas del cambio climático. La población podrá acceder a las oportunidades económicas, culturales, de servicios y habitabilidad a través de la oferta de vivienda de interés prioritario en el centro ampliado de la ciudad y la movilidad se hará más limpia, privilegiando el transporte masivo sobre el transporte particular. La ciudad recuperará el sentido de orgullo y una concepción ética de lo público, fortalecida por la participación ciudadana.

Para alcanzar este propósito, la Administración realizará su gestión alrededor de tres ejes estratégicos:

- a. Una Ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.
- b. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua.
- c. Una Bogotá en defensa y fortalecimiento de lo público.

En el contexto de los tres ejes estratégicos del Plan de Desarrollo Distrital, Bogotá Humana, se propone el Plan Territorial de Salud, para el periodo 2012 – 2016, el cual aporta al logro de las apuestas de la actual administración, como se enuncia a continuación.

5.3. Componentes Programáticos del Plan Territorial de Salud:

Los **componentes programáticos** del Plan Territorial de Salud recogen lo que en la Resolución 425 de 2008, se denominan ejes. La Secretaría Distrital de Salud, incluye el componente de Gobernanza y Rectoría. De esta forma los componentes programáticos que se van a desarrollar en el Plan Territorial de Salud son los siguientes:

Eje estratégico “Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”, programa “Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”.

1. Componente Aseguramiento.
2. Componente Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud.
3. Componente Salud Pública.
4. Componente Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.
5. Componente Emergencias y Desastres.

Eje estratégico “Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua”, programa “Bogotá Humana Ambientalmente Saludable”.

- Componente Salud Pública – ambiente.

Eje estratégico “Una Bogotá que defiende y fortalece lo público”, programas “Bogotá decide y protege el derecho fundamental a la salud de los intereses del mercado y la corrupción”; “Fortalecimiento de la gestión y la planeación para la salud”.

1. Componente Promoción social.
2. Componente Gobernanza y Rectoría.

5.4. Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.

Tiene como propósito mejorar las condiciones sociales, económicas y culturales que generan procesos de discriminación o de segregación económica, social, espacial y cultural de la ciudadanía cultural.

Este eje incluye las acciones que aportan a la remoción de barreras para el acceso a las oportunidades para el desarrollo de las capacidades de las personas, independientemente de su identidad de género, orientación sexual, condición étnica, condiciones o situaciones específicas, de su etapa de vida o de sus preferencias políticas, religiosas, culturales o estéticas.

El eje se desarrolla a través de los programas de Garantía del Desarrollo Integral de la Infancia, Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad, Construcción de Saberes. Educación Incluyente, diversa y de calidad para disfrutar y aprender, Bogotá Humana con igualdad de oportunidades y equidad de género para las mujeres, Lucha contra distintos Tipos de Discriminación y Violencias por condición situación, identidad, diferencia, diversidad o etapa de ciclo vital, Bogotá Humana por la Dignificación de las Víctimas, Bogotá un Territorio Que defiende, protege y promueve los Derechos Humanos, Ejercicio de las Libertades Culturales y Deportivas, Soberanía y seguridad Alimentaria y Nutricional, Ruralidad Humana, Ciencia Tecnología e Innovación para avanzar en el Desarrollo de la Ciudad, Apoyo a la Economía Popular, emprendimiento y Productividad, Trabajo Decente y Digno, Fortalecimiento y Mejoramiento de la Calidad y Cobertura de los Servicios Públicos, Vivienda y Hábitat Humanos y Revitalización del Centro Ampliado.

En este eje estratégico, el sector salud contribuye con el programa *Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde las Diversidades*, con el que se propone asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, modificando positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida, a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios, con altos niveles de calidad, transparencia, innovación, sostenibilidad.

Tiene como propósito fortalecer la promoción de la salud, la detección para favorecer la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, incorporar enfoques

diferenciales para la atención integral de víctimas del conflicto armado y reconocer las prácticas de los grupos étnicos.

Igualmente, garantiza la atención universal de salud, al hacer énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Aportará desde este programa al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluyendo metas de reducción de mortalidad infantil, materna y perinatal, reducción de embarazos en adolescentes, reducción de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA, y aporte al fortalecimiento de la equidad de género.

Incluyen estrategias articuladas al interior del sector para eliminar las brechas de inequidad de diferentes grupos en condición de vulnerabilidad, tales como población infantil, personas mayores, indígenas, afrodescendientes, gitanos, raizales, en condición de discapacidad, población LGBTI, en situación de trabajo sexual y habitantes de calle, entre otros.

El modelo fortalece la promoción de la salud, la detección precoz, la prevención de la enfermedad, la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, la atención integral, integrada y universal de la población y la promoción de entornos ambientalmente saludables.

Los proyectos de este programa son:

- 1) Salud para el buen vivir.
- 2) Acceso universal y efectivo a la salud.
- 3) Redes para la salud y la vida.
- 4) Hospital San Juan de Dios.
- 5) Desarrollo de infraestructura en salud.
- 6) Ampliación y Mejoramiento de la Atención Pre hospitalaria
- 7) Centro Distrital de ciencia, biotecnología e innovación para la vida y la salud humana
- 8) Salud en línea.
- 9) Conocimiento para la Salud.
- 10) Calidad en los servicios de Salud en Bogotá, D.C.
- 11) Trabajo digno y decente para los trabajadores de la salud.

5.4.1. Componente de Aseguramiento

Función Básica

Garantizar las condiciones necesarias para la afiliación de toda la población del Distrito Capital al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la rectoría y la gestión, para asegurar el acceso efectivo a los servicios con calidad, calidez y transparencia.

Objetivos Estratégicos

Objetivo 1. Garantizar el aseguramiento universal de la población al Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la normatividad vigente, cofinanciando la equiparación de los planes de beneficios.

Metas

- 1) Garantizar a 1.678.622 habitantes de Bogotá, D.C, el acceso efectivo al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Afiliación al régimen subsidiado de 387.040 niños, niñas y adolescentes mayores de 5 años y menores de 18 años.
 - Garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud a los niños y niñas que tengan nivel 1 y 2 del SISBEN metodología 3.
- 2) Fortalecer el Carácter público de la EPS Capital

Objetivo 2. Ejercer acciones de inspección y vigilancia a los actores del sistema, responsables de la gestión del riesgo y de la prestación de servicios, en aras de disminuir las barreras de acceso.

Metas

- 1) Inspeccionar y vigilar al 100% de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio autorizadas para operar en Bogotá, frente al cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y tomar las medidas correspondientes en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, al 2016.

Estrategias

- 1) Coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud para el diseño e implementación de los procesos de auditoría, seguimiento y evaluación de las aseguradoras en salud y de su red prestadora de servicios.
- 6 Diseño e implementación del proceso de inspección, vigilancia y control del aseguramiento de acuerdo con la normatividad vigente.
- 7 Desarrollo de un programa de garantía de la calidad, dirigido a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, que apunte a eliminar las barreras de acceso, en el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la norma, incluyendo el tema de medicamentos.
- 8 Prevención y control de la propaganda engañosa y competencia desleal de las aseguradoras.
- 9 Seguimiento a los procesos administrativos de la afiliación, en los términos y plazos previstos en la normatividad vigente.
- 10 Seguimiento al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC- en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- 11 Fortalecimiento de la participación social para el empoderamiento y la defensa del derecho a la salud de la población, que incluya la universalización del conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a toda la población bogotana.
- 12 Diseño e implementación de un programa de asesoría y asistencia técnica a las entidades Administradoras de Planes de Beneficio, para la implementación del Plan de Desarrollo Bogotá Humana y exigibilidad en el cumplimiento.
- 13 Seguimiento a quejas y reclamos, identificados mediante diferentes mecanismos para garantizar la resolución de los mismos, por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
- 14 Diseño e implementación de una herramienta para la evaluación del desempeño (ranking), de las de Entidades Administradoras de Planes de Beneficio que operan en Bogotá, con base en el cumplimiento de estándares de calidad.
- 15 Rendición de cuentas de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios frente a sus competencias y los compromisos del Plan.

Objetivo 3. Diseñar e implementar un sistema de evaluación de resultados en salud de la población, por regímenes de afiliación en el Distrito Capital.

Metas

- 1) Desarrollar un sistema de seguimiento de resultados en salud al total de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que operan en Bogotá.
- 2) Incrementar al 25% la atención de primera vez en salud oral de los niños, niñas y jóvenes menores de 19 años en el Distrito Capital, al 2016.

Estrategias

- 1) Diseño e implementación de un sistema de evaluación de resultados en salud.
- 2) Seguimiento a los resultados en salud, mediante el monitoreo de indicadores poblacionales y diferenciales por régimen de afiliación y por aseguradora en Bogotá, desde la diversidad e identidades poblacionales.
- 3) Vigilar que los planes operativos de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio respondan al perfil de su población y cumplan las metas del Plan.

5.4.2. Componente de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud.

Función Básica

Garantizar a la población de Bogotá Distrito Capital la prestación de servicios de salud humanizados, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, con atributos de calidad y calidez, acorde a sus necesidades y expectativas, a través de la organización de redes territoriales, integradas e integrales, que permita el fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria, la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico, en infraestructuras humanizadas, en el marco de un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, con participación social y transectorialidad.

Objetivos Estratégicos

Objetivo 1. Reorganizar y desarrollar redes integradas de servicios de salud, con inclusión de los prestadores públicos y privados del Distrito Capital, en el marco del modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud.

Metas

- 1) Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluya la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.
- 2) Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna.
 - Promover la atención integral al 100% de las madres gestantes y lactantes, al 2016. (Programa de Creciendo Saludables.)
- 3) Reducir la mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 4) Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016.
- 5) Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.
- 6) Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016.
- 7) Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016.

ESTRATEGIAS

- 1) Definición de un modelo integral de prestación de servicios en salud y de los mecanismos para su implementación, en el Distrito Capital, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que integre las redes sociales y las institucionales.
- 2) Organización y desarrollo de las redes integradas de servicios de salud, articuladas mediante un sistema de información, evaluación de su desempeño, mecanismos de financiación, niveles de evidencia, responsabilidades de los actores, optimización del primer contacto y fortalecimiento del primer nivel de atención y de los servicios comunitarios como principal puerta de entrada al Sistema.
- 3) Implementación de la política Distrital de Medicamentos y de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital.
- 4) Desarrollo de la política territorial de equipamientos en salud y actualización del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, acorde al modelo de atención definido y a las redes integradas.
- 5) Fortalecimiento de la capacidad de negociación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- 6) Fortalecimiento y modernización de las redes especiales y de interés en salud pública: materna, perinatal, de infancia y adolescencia, salud mental, rehabilitación e interrupción voluntaria del embarazo, entre otras.
- 7) Definición de modelo de salud que responda a las expectativas y necesidades de la población, que incluyan modalidades de atención ambulatoria, tales como: atención domiciliaria, telemedicina, hospital día, medicina alternativa y terapias complementarias, así como prácticas ancestrales de conformidad al Derecho Mayor de los Pueblos indígenas.
- 8) Implementación de estrategias para ejercer la rectoría y la gobernanza para el desarrollo del modelo de atención en salud y la operación de la atención en las redes integrales de servicios de salud, con enfoque poblacional y diferencial: de ciclo vital y del envejecimiento activo.
- 9) Desarrollo de un sistema de información de la prestación de servicios salud, integrado al sistema de información de la Secretaría Distrital de Salud.

Objetivo 2. Fortalecer la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en los tres niveles de complejidad, mediante la modernización de su capacidad instalada, tecnológica y equipamiento estructural, que permita el mejoramiento de la capacidad resolutive, la competitividad, la sostenibilidad financiera, la amigabilidad ambiental, la humanización en la prestación de los servicios y que favorezca mejores resultados de la prestación de servicios salud.

Metas

- 1) Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente, al 2016.
- 2) Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.

- 3) Actualizar el plan maestro de equipamiento en salud, acorde al modelo de atención definido y a la red integrada, al 2016
- 4) Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012-2016.
- 5) Vigilar y apoyar al 100% de los hospitales del área de influencia del proyecto en la normalización de sus equipamientos respecto del Plan Maestro de Equipamientos de Salud y de acuerdo al estudio de Factibilidad del proyecto Ciudad Salud Región
- 6) Adoptar el modelo de Gestión y operación interinstitucional del proyecto Ciudad Salud Región
- 7) Consolidar a la red pública adscrita de Bogotá como socio estratégico de la puesta en marcha y operación del Clúster de Servicios de Salud – Ciudad Salud
- 8) Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano al 2016.
- 9) Crear el Instituto Distrital de Oncología.
- 10) Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.
- 11) Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón.
- 12) Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital.
- 13) Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.
- 14) Diseñar e implementar de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.
- 15) La creación de una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción.
- 16) Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad, y puesta en Funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- 17) Propender a crear por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.
- 18) Avanzar en la primera etapa de la puesta en operación del centro Hospitalario San Juan de Dios materno infantil que incluye: 1. Adecuación del centro de salud UPA San Juan de Dios; 2. Adecuación de las edificaciones actuales hasta donde las normas sobre patrimonio cultural, sismoresistencia y habilitación lo permitan y 3. Avance en la construcción de nuevas obras.
- 19) Gestionar la construcción de un Hospital Universitario para Bogotá.

Estrategias

- 1) Integración funcional de la red pública hospitalaria, que aborde la atención sanitaria en promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- 2) Desarrollo de un Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de Empresas Sociales del Estado.
- 3) Desarrollo de un programa para el fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud.
- 4) Desarrollo de un programa de Humanización en Salud para el Distrito Capital.
- 5) Fortalecimiento del primer nivel de atención como la principal puerta de entrada al sistema de salud en la ciudad, incluyendo la normalización de procesos, procedimientos e instrumentos de gestión clínica.
- 6) Fortalecimiento de competencias del talento humano asistencial en las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria en Salud y enfoque familiar y comunitario, poblacional y diferencial.
- 7) Consolidación tecnológica y administrativa de las Empresas Sociales del Estado según su nivel de atención.
- 8) Especialización del tercer nivel para constituir centros de excelencia de alta complejidad.
- 9) Inversión en infraestructura moderna y equipamiento en los hospitales públicos adscritos a la Secretaria Distrital de Salud, en todos los niveles de complejidad.
- 10) Actualización de infraestructura y tecnología biomédica de las redes integradas de servicios de salud.
- 11) Ajuste del Plan Bienal de Inversiones a los requerimientos por redes y niveles de complejidad, que permitan la resolutivez y la calidad en la atención en salud.
- 12) Articulación del Hospital San Juan de Dios a la red pública de prestación de servicios de salud de Bogotá D.C.
- 13) Desarrollo de estrategias para la disposición del talento humano especializado en salud, para la red pública hospitalaria.
- 14) Formalización de la vinculación del talento humano en la red pública hospitalaria.
- 15) Desarrollo de convenios de docencia servicio en función del modelo de atención en salud y de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
- 16) Desarrollo de centros de servicios especializados en la red pública, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.
- 17) Generación de estrategias de negociación conjunta entre aseguradores y prestadores públicos adscritos a la Secretaria Distrital de Salud.
- 18) Fortalecimiento de la cooperativa de hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, para desarrollar estrategias de negociación conjunta que favorezca economías de escala.

Objetivo 3. Garantizar el acceso de la población bogotana a los servicios especiales en salud dispuestos en las redes de sangre, donación y trasplantes del Distrito Capital, mediante la orientación, regulación, organización y fortalecimiento de estas redes.

Metas

- 1) Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.
- 2) Aumentar la Tasa de Donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos x 1.000.000 de habitantes en Bogotá D.C, A 2016.
- 3) Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, a 2016.

Estrategias

- 1) Promoción del cuidado de la salud facilitando hábitos de vida saludable, cultura del autocuidado y prevención de la enfermedad, en un trabajo transversal con otras entidades distritales.
- 2) Diseño e implementación del programa Distrital para la promoción integral sostenible de donación voluntaria y habitual de sangre, que involucre trabajo transectorial y de base comunitaria.
- 3) Diseño e implementación de estrategias de comunicación, educación e información dirigidas al fomento de la cultura de la donación de sangre, tejidos y órganos con fines de trasplante.
- 4) Desarrollo de la gestión operativa para la disposición de la sangre y hemo componentes, órganos y tejidos en pro de la seguridad del paciente.
- 5) Desarrollo de un programa de donación de órganos y tejidos en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, al 2016.

Objetivo 4. Promover niveles superiores de calidad en la prestación de servicios integrales de salud, mediante el mejoramiento continuo de la calidad y seguridad de la atención y el fomento de la acreditación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas en el Distrito Capital, con énfasis en las Empresas Sociales del Estado.

Metas

- 1) Asistir en el proceso de acreditación en salud al 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, a 2016.
- 2) Formular, implementar y seguir la Política de Calidad y Seguridad del Paciente en el Distrito Capital, a 2016

- 3) Asistir en el proceso de implementación de prácticas seguras, comprometidas con el ambiente en el 100% de las Empresas Sociales del Estado a 2016 (futuros hospitales verdes).
- 4) Certificar 6.000 prestadores de Servicios de Salud a 2016
- 5) Incrementar a 500 las plazas de Servicio Social Obligatorio en las ESE para los profesionales de las ciencias de la salud, a 2016

Estrategias

- 1) Transformación cultural hacia la calidad, calidez y humanización de los servicios de salud desde el enfoque poblacional y diferencial.
- 2) Acompañamiento, capacitación, asesoría y asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud, en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de los servicios de salud.
- 3) Verificación y certificación del cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Distrito Capital.
- 4) Desarrollo del programa de Hospitales Verdes y acompañamiento a las Empresas Sociales del Estado en el proceso de certificación como Hospitales Verdes.
- 5) Fomento de la acreditación en salud de las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud, con énfasis en las empresas sociales del Estado.
- 6) Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, en el Distrito Capital.
- 7) Empoderamiento de ciudadanos y personas usuarias de servicios de salud, para mejorar la seguridad de la prestación.

Objetivo 5. Incentivar y desarrollar investigación, gestión del conocimiento e innovación en la provisión y prestación de los servicios de salud.

Metas

- 1) Garantizar por lo menos el 90% en la distribución de hemocomponentes y tejidos humanos, solicitados al Centro y el 40% de células madre solicitadas con propósito de trasplante alogénico no relacionado.
- 2) Colectar y procesar 200.000 unidades de sangre en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 3) Disponer de 80.000 litros de plasma para ser procesado en una planta extranjera, en la producción de hemoderivados mediante fraccionamiento industrial de plasma.
- 4) Disponer de 168.000 cm² de piel procesada en el banco de tejidos humanos del centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 5) Disponer de 1500 córneas para trasplante, en el banco de tejidos humanos del centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.

- 6) Realizar 100 rescates de tejidos osteoarticulares, en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 7) Realizar 100 rescates de homoinjertos, en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 8) Colectar, procesar y disponer de 3000 unidades de sangre de cordón umbilical para trasplante.

Estrategias

- 1) Creación del grupo de investigación en terapia celular avanzada e ingeniería tisular.
- 2) Creación del Centro de Ciencia, Biotecnología e innovación en salud, adscrito a la Secretaria Distrital de Salud, para implementar un modelo de gestión, con personería jurídica propia, autonomía jurídica y financiera que le permita mayor capacidad de gestión.
- 3) Gestión y desarrollo de proyectos en ciencia, biotecnología e innovación en ciencias de la salud humana y la biomedicina.
- 4) Fortalecimiento del componente banco de sangre como referente distrital.
- 5) Oferta de servicios especializados, producción y distribución de insumos para la salud humana, con énfasis en hemocomponentes, hemoderivados, tejidos y células madre, con fines terapéuticos y de medicina regenerativa.
- 6) Generación de nuevos servicios y productos biológicos para la salud, con fines terapéuticos.
- 7) Formación y entrenamiento de talento humano en las áreas técnicas de desarrollo del Centro.
- 8) Alianzas estratégicas y convenios con diversas entidades a nivel internacional, nacional y distrital.
- 9) Desarrollo de iniciativas, reformas y aspectos técnicos a nivel distrital y nacional, en referencia a sangre, células madre, tejidos humanos y demás servicios del centro.
- 10) Gestión de investigaciones en salud, para el desarrollo de la terapia celular, la medicina regenerativa, la medicina transfusional, entre otras.

5.4.3. Componente de Salud Pública

Función Básica

Aportar a la afectación positiva de los determinantes sociales para mejorar la calidad de vida y la salud de la población del Distrito Capital, mediante la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas; la garantía de las acciones de promoción y protección de la salud; la prevención de la enfermedad; la vigilancia de la salud pública y la gestión del conocimiento; a través de la participación social, sectorial, interinstitucional y

transectorial, en el marco del modelo de atención en salud, con enfoque poblacional y diferencial, desde la diversidad y de derechos en los territorios de la ciudad.

Objetivos Estratégicos

Objetivo 1. Formular, implementar, seguir y evaluar políticas públicas integradas e integrales, con enfoque poblacional, diferencial y de género, desde la diversidad, que permitan afectar positivamente los determinantes sociales para que mejoren la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital, con participación social, en el marco del modelo de atención en salud.

Metas

- 1) Ajustar, implementar y seguir el 100% de las políticas de salud pública, con enfoque poblacional, diferencial y de género, desde la diversidad, mediante procesos participativos, al 2016.

Estrategias

- 1) Formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas de salud pública, con enfoque poblacional y diferencial, desde la diversidad, mediante procesos participativos.
- 2) Participación en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas poblacionales distritales.
- 3) Coordinación intrasectorial, intersectorial y transectorial de las acciones en salud pública para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.
- 4) Gestión de la participación de actores y sectores en la construcción de las políticas de salud pública sectoriales y distritales.
- 5) Fortalecimiento de los mecanismos locales de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Territorial de Salud, de conformidad con las particularidades étnicas, culturales y de género.

Objetivo 2. Promover el reconocimiento y el respeto de las particularidades y diversidades de las poblaciones, a través de procesos de sensibilización, educación, información, empoderamiento y el diseño e implementación de acciones para alcanzar la inclusión social de los grupos segregados por cualquier causa.

Metas

- 1) Garantizar la atención integral en salud al 100% de la población víctima del conflicto armado interno, determinada en la ley 1448 de 2011, en el marco de la reparación y restitución de los derechos en salud, al 2016.

- 2) Garantizar el acceso a los servicios de salud, bajo un modelo de atención con enfoque poblacional desde las diversidades al 100% de los grupos étnicos: raizales, gitanos, indígenas, afro descendientes, al 2016.
- 3) Garantizar atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, en el 100% de los servicios de salud del Distrito.
- 4) Incrementar a 100.000 personas en situación de discapacidad en procesos de inclusión social por medio de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad, al 2016.
- 5) Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% a personas en condición de discapacidad al 2016.
- 6) Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las mujeres que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- 7) Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las personas de 60 años y más que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- 8) Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los jóvenes que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- 9) Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los habitantes de calle que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- 10) Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016.

Estrategias

- 1) Generación de procesos educativos incluyentes, orientados a poblaciones segregadas para impulsar su efectiva participación en procesos democráticos, referidos a las políticas públicas con incidencia en la salud en sus territorios.
- 2) Encuentros intergeneracionales para fortalecer el dialogo de saberes y el respeto a la diversidad.
- 3) Comprensión de la situación de salud y calidad de vida a partir de la identificación de interseccionalidades.
- 4) Capacitación a los actores institucionales y sociales sobre las particularidades y diversidades poblacionales.
- 5) Coordinación con las autoridades locales el desarrollo de proyectos para la disposición de ayudas técnicas.
- 6) Identificación de las barreras de acceso: geográficas, económicas, sociales, culturales, técnicas y administrativas; con enfoque poblacional y diferencial desde las diversidades, para incidir positivamente en la solución efectiva de necesidades de la población.
- 7) Facilitar la comunicación incluyente y el lenguaje en la diversidad de medios, para el acceso de la población con discapacidad, que incluye uso de macrotipos, sistemas braille, lengua de señas, entre otros.

- 8) Inclusión del lenguaje no discriminatorio, no sexista y de género en las practicas institucionales.
- 9) Inclusión en la agenda publica temas estratégicos de promoción social.
- 10) Coordinación de los sistemas de salud propia de comunidades indígenas para el uso de plantas y prácticas ancestrales de conformidad al Derecho Mayor de los Pueblos.

Objetivo 3. Garantizar las acciones individuales y colectivas de promoción de la salud, protección específica y detección temprana de la enfermedad, atención de eventos de interés en salud pública, en el contexto del modelo de atención en salud y las redes integradas de servicios de salud.

Metas

- 1) Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil.
- 2) Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.
- 3) Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años.
- 4) Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio.
- 5) Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica.
- 6) Lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- 7) Alcanzar coberturas de vacunación al 95% de niñas y adolescentes entre 10 años contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en las 20 localidades del Distrito Capital, al 2016.
- 8) Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH.
- 9) Reducir a 1.5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.
- 10) Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas.
- 11) Incrementar a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los niños y niñas menores de 6 meses, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital.
- 12) Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la Cero Tolerancia.
- 13) Reducir en 30% los embarazos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años.
- 14) Desarrollar estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, SAN, trabajo saludable y prácticas saludables en el 100% de los territorios de salud, con coordinación intersectorial.
- 15) Poner en marcha estrategias de detección y tratamiento de la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

- 16) Identificar, caracterizar, medir y atender los casos de bulimia y anorexia en la red de salud mental del régimen subsidiado.
- 17) Generar un programa de detección temprana del trastorno por déficit de atención e hiperactividad que permita la identificación, diagnóstico, atención y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que lo padecen.
- 18) Incrementar a 110.000 la cobertura de las intervenciones de la Línea 106 en promoción de salud mental y protección frente a eventos adversos en niños, niñas y adolescentes.
- 19) Reducir en un 4% la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en menores de cinco años.
- 20) Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes matriculados en Instituciones Educativas Distritales, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en un trabajo coordinado entre la Secretaría Distrital de Educación y la Secretaría Distrital de Salud.
- 21) Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de 25 años.
- 22) Diseñar, implementar y evaluar un programa de salud mental comunitaria en coherencia y consistencia con el modelo de salud basado en APS para el Distrito Capital.
- 23) Implementar la estrategia de entornos saludables en las 20 localidades del Distrito Capital.
- 24) Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud en coordinación con los demás sectores de la administración distrital al 2016 y de manera transversal la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos.
- 25) Disminuir en 5%, las muertes evitables por condiciones crónicas en personas menores de setenta años, a 2016.
- 26) Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, al 2016.
- 27) Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.
- 28) Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.
- 29) Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 30) Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 31) Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.

- 32) Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016.
- 33) Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016.
- 34) Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%, al 2016.
- 35) Atender el 100% de las personas con lepra remitidos o diagnosticados en el Distrito Capital, al 2016.

Estrategias

- 1) Fortalecimiento de los planes, programas y proyectos de promoción de la salud, protección específica y detección temprana de la enfermedad, en los servicios de salud.
- 2) Asesoría, asistencia técnica, seguimiento y evaluación de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en prioridades en salud pública: enfermedades transmisibles, condiciones crónicas, lesiones y del componente materno infantil, entre otras.
- 3) Asesoría y acompañamiento técnico en el proceso de implementación del modelo de atención y el modelo de prestación para mejorar la calidad de los servicios de prevención y control de condiciones crónicas.
- 4) Formación y educación del talento humano en salud pública.
- 5) Promoción de prácticas en salud oral: técnicas de higiene oral, control odontológico, difusión de deberes y derechos, rol de los padres y cuidadores, factores protectores, entre otras acciones, dirigidas a la población.
- 6) Fortalecimiento del rol de la familia para proteger la salud oral y generar hábitos higiénicos para su mantenimiento, en el contexto de la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- 7) Socialización e implementación de la política distrital de y para la adultez en los diferentes espacios distritales.
- 8) Fortalecimiento de las alianzas con las instituciones de educación superior, unidades y organizaciones académicas, para el desarrollo de la salud pública en la ciudad.
- 9) Desarrollo de un sistema integrado de información de salud pública.
- 10) Fortalecimiento de procesos de gestión, concertación y articulación con los pueblos étnicos, asentados en Bogotá, para la formulación de planes, programas y proyectos en salud intercultural.
- 11) Inclusión de las víctimas del conflicto armado en el Programa de Atención Psicosocial diferencial.
- 12) Promoción de las acciones de asesoría pre voluntaria de VIH en población general.
- 13) Fomento de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros en la población en edad fértil.

- 14) Información, educación y comunicación en promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- 15) Desarrollo e implementación de un programa de prevención de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en hombres Gays y otros hombres que tienen sexo con hombre, y en mujeres trans en el distrito.
- 16) Construcción e implementación un programa de atención psicosocial y un programa de sexualidades diversas desde los enfoques de género, identidad de género y orientaciones sexuales, y perspectiva interseccional dirigida a las personas de los sectores LGBTI.

Objetivo 4. Consolidar el Plan de Intervenciones Colectivas, como dinamizador de la afectación positiva de los determinantes de la salud, en los territorios y como una de las puertas de entrada de la población al Sistema de Salud.

Metas

- 1) Implementar un modelo de atención integral a través de redes integradas de servicios de salud, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, al 2016.
- 2) Canalizar a los servicios de salud preventivos y curativos, el 100% las personas detectadas en los territorios de salud, con necesidades en salud oral
- 3) Cubrir a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud y desarrollo humano con enfoque diferencial, a través de 1000 equipos territoriales que incluyen el ámbito familiar, escolar, trabajo informal, institucional y comunitario.

Estrategias

- 1) Definición de un modelo integral de atención en salud y de los mecanismos para su implementación, para el Distrito Capital, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- 2) Redefinición, reorientación y armonización el Plan de Intervenciones Colectivas, en el marco del modelo de atención en salud y las redes integradas de servicios de salud.
- 3) Articulación de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, con los demás Planes de beneficios.
- 4) Información y comunicación en salud, que contribuya al cumplimiento de las metas de ciudad, del sector salud.
- 5) Consolidar el Plan de Intervenciones Colectivas, como campo de prácticas formativas en salud pública, en el marco de los convenios docencia servicio.
- 6) Asesoría y asistencia técnica para la implementación del Modelo de Atención con enfoque diferencial e Intercultural que incluya las acciones para los pueblos indígenas de la ciudad.
- 7) Mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública

8) Evaluación del impacto, planes, programas y proyectos en salud pública.

Objetivo 5. Dirigir, orientar y evaluar el sistema de vigilancia en salud pública, que dirija las políticas en salud, en el Distrito Capital.

Metas

- 1) Desarrollar el sistema de vigilancia en salud pública poblacional, comunitaria y de la totalidad de los eventos, que de respuesta oportuna y efectiva a las necesidades en salud pública del Distrito y los territorios, al 2016.
- 2) Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, integrado al Reglamento Sanitario Internacional, en el sector y otros sectores, al 2016.
- 3) Ejecutar el 100% de las acciones del Laboratorio de Salud Pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del conocimiento, a 2016.

Estrategias

- 1) Desarrollo de las redes institucionales y comunitarias para la vigilancia en salud pública, en los territorios del Distrito Capital.
- 2) Fortalecimiento de las capacidades institucionales, organizativas y operativas del sector en el ciclo Planear, Hacer, Verificar, Actuar, para la vigilancia en salud pública.
- 3) Capacitación en vigilancia en salud pública a través de mecanismos presenciales y virtuales.
- 4) Desarrollo de un sistema integrado de información de la vigilancia en salud pública en Web.
- 5) Diseño o ajuste sistemas de vigilancia en salud pública de acuerdo con las necesidades poblacionales, incluyendo los observatorios de salud.
- 6) Actualización del diagnóstico y análisis de la situación de salud del Distrito Capital y sus territorios.
- 7) Socialización de la información epidemiológica a través de medios físicos y virtuales.
- 8) Fortalecimiento de los subsistemas de vigilancia en salud pública de acuerdo con las prioridades poblacionales y de la política pública. Como: eventos mórbidos y mortales, psicosociales, ambientales, de hechos vitales, de entornos laborales, vigilancia poblacional y comunitaria, enfermedades crónicas, seguridad del paciente, Salud sexual y reproductiva, y demás eventos en salud pública.
- 9) Promoción y difusión del Reglamento Sanitario Internacional en el Distrito Capital.
- 10) Fortalecimiento de la red de Laboratorios del Distrito Capital.
- 11) Desarrollo de análisis de muestras en apoyo a la vigilancia en salud pública y a la vigilancia sanitaria
- 12) Proyección de la gestión de conocimiento en el laboratorio de Salud pública

13)Acreditación de metodologías del Laboratorio de Salud pública.

5.4.4. Componente de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales

Función Básica

Avanzar en la afectación positiva de los condicionantes de la relación salud enfermedad de los trabajadores y trabajadoras y sus familias de Bogotá, mediante acciones que promuevan entornos saludables en los espacios laborales, la restitución social de derechos en relación con el trabajo y las garantías sociales del mismo con la concurrencia de todos los actores.

Objetivo 1. Diseñar e implementar acciones integrales e integradas para la restitución de derechos a poblaciones de niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil y el impulso de la política de infancia y adolescencia para la prevención y erradicación del trabajo infantil.

Metas

- 1) Disminuir el trabajo infantil a menos del 1,5% en el Distrito Capital, en coordinación y apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 2) Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 adolescentes trabajadores, entre los 15 y 17.
- 3) Identificar y canalizar a servicios de salud y a servicios sociales a 20.000 niños y niñas trabajadoras para su desvinculación del trabajo, al 2016.

Estrategias

1. Participar y fortalecer las instancias de Coordinación Distrital y Locales para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil
2. Identificación de niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil en Bogotá
3. Atención integral a los niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil para el restablecimiento de sus derechos.
4. Canalización de los niños, niñas y adolescentes a programas y servicios de salud u otros programas según necesidad individual y familiar
5. Caracterización, evaluación y seguimiento de las condiciones de salud, trabajo y vida de los niños y niñas trabajadores identificados
6. Gestión para el aseguramiento en salud de los niños y niñas que se encuentran sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social y sus familias
7. Asesorar a las familias en torno al tema de la desvinculación laboral
8. Identificar los adolescentes trabajadores y generar condiciones de trabajo protegido para los mismos o desvinculación laboral en el caso de encontrarse realizando una actividad

prohibida de acuerdo a la normatividad vigente y activar la ruta intersectorial con la canalización del mismo a los programas definidos localmente para tal fin.

Objetivo 2. Consolidar el sistema de inspección, vigilancia y control de riesgos en el trabajo para el Distrito Capital.

Metas

- 1) Mantener en operación el sistema de registro de enfermedad profesional y accidentes de trabajo del sector informal, al 2016.

Estrategias

- 2) Coordinación de la acciones para el registro de las enfermedades de origen laboral y los accidentes de trabajo, con las Aseguradoras de Riesgos Profesionales y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- 3) Fortalecimiento del sistema de información para el registro de riesgos profesionales, que incluya las enfermedades de origen laboral y los accidentes de trabajo para el sector informal.
- 4) Desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades de origen laboral y los accidentes de trabajo.
- 5) Seguimiento al cumplimiento del registro de riesgos profesionales, enfermedad de origen laboral, y accidentes en el trabajo del sector formal de la economía.
- 6) Análisis de situación de salud y calidad de vida de la población trabajadora del sector formal e informal de la economía.
- 7) Formación de los profesionales de la salud, técnicos y trabajadores y trabajadoras para la implementación del sistema de información en eventos en salud de la población trabajadora.

Objetivo 3. Promover entornos de trabajo saludables en empresas del sector formal y unidades de trabajo informal, para el mejoramiento de las condiciones de trabajo, desde el enfoque poblacional, diferencial y de género.

Metas

- 1) Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.

Estrategias

- 1) Sensibilización y capacitación para la población trabajadora, fomentando condiciones protectoras en los entornos de trabajo, desde el enfoque poblacional, diferencial y de género.

- 2) Coordinación de las acciones de promoción de salud, calidad de vida y prevención de condiciones peligrosas en el trabajo con las Aseguradoras de Riesgos Profesionales y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- 3) Identificación, minimización, prevención y control de las condiciones de trabajo peligrosas, potenciando las condiciones protectoras en el espacio laboral.
- 4) Promoción de condiciones de trabajo decente y digno en articulación con otros sectores que incluya la salud y seguridad en el trabajo, con enfoque poblacional, diferencial y de género.
- 5) Coordinación con otros sectores para el fomento de trabajo formal de personas adultas, en especial cabezas de familia, con el propósito de evitar el trabajo en niños, niñas y jóvenes.
- 6) Trabajo intersectorial y transectorial, con la finalidad de promover los entornos de trabajo saludables, en empresas del sector formal e informal, con enfoque poblacional, diferencial y de género.
- 7) Implementación y evaluación de la estrategia de entornos saludables, en las instituciones del sector público de la salud.
- 8) Información, educación y comunicación, dirigidas a los diferentes sectores de la producción con sentido de responsabilidad social.
- 9) Mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector público

Objetivo 4. Promover la participación de los trabajadores y trabajadoras y sus organizaciones, en las actividades encaminadas a mejorar sus condiciones de trabajo y salud, con enfoque poblacional, diferencial y de género.

Metas

- 1) 2.000 Trabajadores y trabajadoras en la economía informal formados en salud y seguridad social

Estrategias

- 1) Empoderamiento de los trabajadores como sujetos colectivos de derechos, a partir del reconocimiento de necesidades compartidas en su relación salud trabajo, para la búsqueda de alternativas de soluciones comunes, a través de la organización y la participación.
- 2) Promoción del trabajo digno y decente de la población trabajadora del Distrito Capital, y en particular del sector público, que incluya la salud y la seguridad social, con el concurso de los diferentes actores sociales de la ciudad, con enfoque poblacional, diferencial y de género.
- 3) Articulación permanente con los demás sectores para dar respuesta integral a la necesidad de restitución de derechos, en poblaciones trabajadoras de alta vulnerabilidad.

- 4) Implementación de una estrategia de capacitación en salud laboral a los trabajadores, trabajadoras y sus organizaciones.

5.4.5. Componente de Urgencias, Emergencias y Desastres

Función Básica

Gestionar a nivel distrital, las acciones para prevenir y mitigar las consecuencias en la salud de la población, y dar respuesta integral a las situaciones de urgencia, emergencia, y desastre en el Distrito Capital.

Objetivo 1. Ejercer la rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, con el fin de responder de manera integral, con oportunidad, pertinencia, continuidad, accesibilidad, suficiencia y calidez, a las situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

Metas

- 1) Implementar el 70% de los subsistemas del Sistema de Emergencias Médicas a nivel Distrital.
- 2) Contar con 19 sub-zonas de atención prehospitalaria, debidamente regionalizadas y mapeadas, al 2016.
- 3) Atender al 100% de los incidentes de salud tipificados como críticos, que ingresan a través de la Línea de Emergencias 123, al 2016.

Estrategias

- 1) Implementación del Sistema de Emergencias Médicas en el Distrito Capital, en el contexto de la reglamentación nacional.
- 2) Reorganización de la prestación de servicios de atención prehospitalaria y de urgencias a través de redes de servicios.
- 3) Fortalecimiento del programa de Atención Pre hospitalaria del Distrito Capital, mediante la integración de los actores del Sistema de Emergencias Médicas, (sistemas de radiocomunicaciones, información y transporte).
- 4) Evaluación de resultados e impacto del Sistema de Emergencias Médicas en la ciudad.

Objetivo 2. Articular de manera intersectorial la preparación y respuesta de las emergencias en salud y posibles desastres en el Distrito Capital.

Metas

- 1) Capacitar a 36.000 personas vinculadas a los sectores Salud, Educación y a líderes comunales en el tema de primer respondiente en situaciones de emergencia urgencia.
- 2) Garantizar que el 100% de Empresas Sociales del Estado, cuenten con Planes Hospitalarios de Emergencias formulados y actualizados.
- 3) Articular y Gestionar el 100% de las acciones de los Planes Distritales de Preparación y Respuesta del sector salud en sus tres fases (antes, durante y después), al 2016.
- 4) Diseñar e implementar el Plan de Preparación y Respuesta a Incidentes de Gran Magnitud, de responsabilidad del sector, articulado al Plan de Emergencias de Bogotá, al 2016.

Estrategias

- 1) Actualización e implementación de los Planes de Contingencia y Protocolos del Sector Salud para garantizar la preparación y respuesta en situaciones de urgencias, emergencias y desastres de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias.
- 2) Desarrollo de programas de formación y entrenamiento a los actores del Sistemas de Emergencias Médicas, con enfoque de prevención, preparación y respuesta en situaciones de urgencias y emergencias.
- 3) Desarrollo de estrategias de información y comunicación dirigidas a la comunidad, en prevención y mitigación de emergencias y desastres en la ciudad.
- 4) Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, en el diseño, ajuste e implementación de Planes Hospitalarios de Emergencias.
- 5) Implementación de la estrategia de Hospital Seguro en la preparación y atención de urgencias, emergencias y desastres.
- 6) Fortalecimiento de las acciones sectoriales e intersectoriales, orientadas a mitigar el impacto de las emergencias y desastres.
- 7) Coordinación intersectorial para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.

Objetivo 3. Mitigar el impacto de las emergencias y desastres sobre la salud de la población, mediante la planeación, regulación, asistencia técnica y participación activa en el sistema de atención de urgencias y emergencias con impacto en salud pública, de manera articulada a nivel sectorial e intersectorial.

Estrategias

- 1) Organización de la respuesta integral en los eventos de aglomeraciones complejas de públicos y emergencias reportadas a la Secretaria Distrital de Salud.

- 2) Organización de la respuesta y seguimiento a brotes, epidemias o emergencias con impacto en la salud pública del Distrito Capital.
- 3) Fortalecimiento de las Unidades Comando en salud pública y su articulación con los Comités Locales de Emergencia, para la atención de emergencias y desastres con impacto en salud pública, en el Distrito Capital.
- 4) Información, comunicación y educación en la prevención de incidentes en la realización de eventos de aglomeraciones complejas de público y en la prevención de emergencias.
- 5) Concertación intersectorial para la actualización de los sistemas de identificación de riesgos y la respuesta para la Salud Pública.
- 6) Asesoría y asistencia técnica en atención en emergencias y desastres en salud pública a la población.
- 7) Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (elaboración de mapas de amenazas, vulnerabilidad y riesgos).

5.5. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua

El Plan de Desarrollo Bogotá Humana en su segundo eje reconoce la necesidad urgente que tiene el Distrito de superar el modelo de ciudad depredador del ambiente, las políticas ordenamiento del territorio, gestión ambiental, prevención de desastres, estarán articuladas para enfrentar el cambio climático.

Se dará prioridad a la atención de los conflictos sociales y ambientales de los asentamientos informales en zonas de riesgo, combinando reasentamiento y adecuación, para reducir su vulnerabilidad física, asegurar el equilibrio de cargas sobre los ecosistemas y proveer a la ciudad corredores ecológicos para la conectividad del agua y las dinámicas ecosistémicas que reduzcan el consumo de suelo, agua, energía y materiales, y que minimicen el impacto sobre el medio natural.

Se busca la reducción de generación de residuos en todas las actividades, reciclar y revalorizar la mayor cantidad de materiales, así como promover la fabricación de productos que estén diseñados para el reuso en el largo plazo.

Este eje se desarrollará a través de los programas de: Recuperación de la estructura ecológica principal y de los espacios del agua, Estrategia Territorial Regional frente al cambio climático, Movilidad Humana, Gestión Integral de Riesgos, Basuras Cero, Bogotá humana ambientalmente saludable y Bogotá Territorio en la Región.

El sector contribuye al desarrollo de este eje mediante su participación en el programa Bogotá Humana Ambientalmente Saludable con el proyecto prioritario Monitoreo de la Salud Ambiental. Este programa tiene como objetivo, Promover calidad de vida y salud a través del mejoramiento ambiental en las 20 localidades de Bogotá, mediante la definición y desarrollo de procesos articulados de prevención y respuesta interinstitucional e intersectorial en salud

ambiental, a partir de la implementación de las ocho líneas de intervención del Plan Distrital de Salud Ambiental y del mejoramiento de las condiciones ambientales que inciden en la calidad de vida y de la salud de los habitantes de la ciudad.

El proyecto de Monitoreo de Salud Ambiental está orientado al diseño e implementación de un sistema de vigilancia en el Distrito Capital, de las condiciones que impactan la salud de la población. Implica la inspección continua sobre las condiciones sanitarias en establecimientos y puesta en marcha de un sistema epidemiológico ambiental, a partir de los estudios que adelanta el observatorio de salud ambiental del Distrito.

5.5.1. Componente de Salud Ambiental

Función Básica

Contribuir a la preparación de la Ciudad y de la Región Central del país para afrontar el cambio climático y global, desde una perspectiva de transformación de las condiciones sanitarias y socio-ambientales de los territorios del Distrito Capital, afectando positivamente la vulnerabilidad de bio-sistemas, y el agotamiento de recursos vitales; previniendo la contaminación del agua, controlando la industria intensiva, la urbanización expansiva, la contaminación atmosférica vehicular e industrial; al igual que la exposición a sustancias químicas, la contaminación radiactiva y electromagnética, y los accidentes de tránsito.

Objetivos Específicos

- Desarrollar un modelo de planificación, gestión, seguimiento y evaluación en el Distrito Capital, que permita fortalecer financieramente, técnica y administrativamente los procesos referentes a la restauración de condiciones ambientales saludables y lograr proyectos de vida sustentables para sus habitantes y visitantes, en coordinación con las autoridades nacionales y de la región central del país.
- Desarrollar planes intersectoriales, comunitarios e inter-territoriales, que promuevan entornos ambientalmente saludables, desde el abordaje integral de los determinantes de la salud ambiental, para favorecer la restauración del equilibrio con el entorno, en territorios y poblaciones segregadas de la ciudad.
- Desarrollar procesos que permitan la generación, adquisición, transferencia, difusión y aplicación del conocimiento en temas de salud ambiental en el Distrito Capital.
- Promover la reducción, la previsión y el control permanente del riesgo en las diferentes líneas de intervención de la Política Distrital de Salud Ambiental, en consonancia con el Plan Distrital de Prevención y Atención de Emergencias de Bogotá Distrito Capital.
- Fortalecer los procesos de regulación, auto-regulación, vigilancia, seguimiento y evaluación de las condiciones sanitarias y ambientales, como factores de protección o deterioro de la salud de las personas.

Metas

- 1) Diseño e implementación de un sistema de vigilancia en el Distrito Capital para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados presentes en el ambiente, al 2016.
- 2) Realizar acciones de IVC en el 100% de los establecimientos públicos y privados que hagan uso de animales en cualquier actividad comercial.
- 3) Vacunar el 10% anual del total de la población de caninos y felinos.
- 4) Identificar y registrar el 10% anual del total de la población de caninos y felinos.
- 5) Monitorear el cumplimiento de las condiciones sanitarias de 250.000 establecimientos comerciales, industriales e institucionales ubicados en el D.C a 2016.
- 6) Implementar un sistema de vigilancia epidemiológico ambiental para monitorear los efectos en salud, asociados a la calidad del aire en las localidades con énfasis en los asociados a la operación del Sistema Integrado de transporte en el D.C a 2016.
- 7) Diseño e implementación de un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud por ruido y radiación electromagnética con énfasis en población infantil a 2016.
- 8) Diseño e implementación de un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud asociados a la variabilidad climática a 2016.
- 9) Garantizar el funcionamiento de la red distrital de fármaco-vigilancia integrada por el 100% de prestadores de servicios de salud, establecimientos farmacéuticos y comunidad en general a 2016.
- 10) Mantener la cobertura de la vigilancia de la calidad del agua en la red de acueducto y alcantarillado y el 100% de los acueductos identificados del D.C. a 2016.
- 11) Evaluar los riesgos en salud asociados a la calidad del agua en los sistemas de abastecimiento del Distrito Capital en el territorio urbano y rural.
- 12) Mantener cero casos de rabia humana autóctona a 2016.
- 13) Incrementar en un 10% anual el número de hembras caninas y felinas esterilizadas en el Distrito Capital.
- 14) Controlar 4000 focos de vectores (insectos y roedores) en el Distrito Capital.
- 15) Operar el Observatorio de Salud Ambiental en el Distrito Capital a través de la información generada por las líneas de la política de salud ambiental.
- 16) Implementar ocho (8) planes de acción correspondiente a las líneas de la Política Distrital de Salud Ambiental.
- 17) Realizar la gestión para garantizar las acciones de Salud Ambiental previstas en la normas vigentes en las 20 localidades del Distrito Capital

Estrategias

- 1) Fortalecimiento de la Gestión de la Salud Ambiental, que comprende: un modelo de acción y de gestión en salud ambiental, un sistema de información eficiente, cualificación del talento humano, capacidad organizativa de la sociedad civil, auto-regulación y la responsabilidad social y empresarial, en temas de salud ambiental.
- 2) Promoción de Entornos Ambientalmente Saludables que incluyan: espacios biofísicos favorables para el desarrollo humano y sostenible, acciones intersectoriales y comunitarias, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, conducentes a mejorar los espacios y generar cambios en los hábitos, estilos y modos de vida de los individuos, familias y comunidades en sus territorios.
- 3) Fortalecimiento de las estrategias para promover un mejor trato y manejo de mascotas en el Distrito Capital, así como el mejoramiento de la calidad y calidez de la atención en el centro de zoonosis.
- 4) Coordinación intersectorial para evidenciar los problemas de salud producto del ruido asociado al tráfico aéreo en la ciudad de Bogotá y promover acciones para su mitigación.
- 5) Gestión del conocimiento que incluye: análisis de situación en salud, a partir de la determinación social y ambiental, desarrollo de procesos de investigación, desarrollo y transferencia de alternativas tecnológicas sostenibles, para la cualificación y fortalecimiento del talento humano y la divulgación de los mismos para transformar la cultura de respeto a los derechos y deberes ambientales.
- 6) Gestión integral del riesgo ambiental para facilitar y promover la vinculación de todos los actores públicos, comunitarios y particulares en la reducción, la previsión y el control permanente del riesgo, haciendo de ella un proceso social auto sostenible.
- 7) Vigilancia de la salud ambiental, que permita evaluar y controlar el impacto de las personas y las empresas sobre el ambiente y del ambiente sobre las personas, mediante la inspección, vigilancia, regulación y control, con el concurso de todos los sectores y la sociedad civil.

5.6. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público

En este eje se propone defender y fortalecer lo público, como fundamento del Estado Social de Derecho, y promover la participación y la deliberación amplia e informada de la ciudadanía en la gestión de la ciudad, fortaleciendo la democracia, trabajando por la construcción de paz, promoviendo un enfoque de seguridad humana y convivencia, impulsando el uso transparente y responsable del patrimonio y los recursos de la Ciudad, sin tolerar la corrupción pública ni privada. Pretende mejorar la toma de decisiones, la prestación de sus servicios y la satisfacción de la demanda de trámites ciudadanos, utilizando de manera adecuada y novedosa las tecnologías de la información y de las comunicaciones, así como la promoción de una tributación equitativa y progresiva para mejorar la calidad de vida de los habitantes del Distrito.

Este eje se desarrollara a través de los programas de: Bogotá Humana Participa y Decide, Fortalecimiento de las capacidades de gestión y coordinación del nivel central y las

localidades desde los territorios, Transparencia y Probidad, lucha contra la corrupción y control social efectivo e incluyente, Territorios de vida y paz con prevención del delito, Fortalecimiento de la Seguridad Ciudadana, Bogotá Ciudad de Memoria, Paz y Reconciliación, Bogotá decide y protege el derecho fundamental a la salud de los interés del mercado y la corrupción, Fortalecimiento de la función administrativa y desarrollo institucional, TIC para Gobierno Digital, ciudad inteligente y sociedad del Conocimiento y Emprendimiento, Bogotá Humana Internacional, Estructuración de Proyectos de Ciudad.

El aporte del sector salud a este eje se realizará a través del programa Bogotá decide y protege el derecho fundamental a la salud de los intereses del mercado y la corrupción, el cual pretende mejorar las condiciones de salud de la población en el Distrito Capital, garantizando el pleno goce del derecho a la salud, con la implementación de un modelo de atención en salud basado en la Atención Primaria.

Este programa se desarrollará mediante los siguientes proyectos:

- 1) Bogotá Decide en Salud
- 2) Fortalecimiento de la Gestión y Planeación para la Salud

5.6.1. Componentes Programáticos:

Este eje incluye los componentes estratégicos:

1. Gobernanza y Rectoría.
2. Promoción Social.

5.6.1.1. Componente de Gobernanza y Rectoría

Función Básica

Ejercer la gobernanza en salud en el Distrito Capital y la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de políticas públicas concertadas con los diferentes sectores y actores sociales y del control efectivo del cumplimiento de las obligaciones de los actores del sistema, para garantizar el derecho a la salud de sus habitantes y el acceso de la población a la atención en salud, de manera oportuna, humanizada, con calidad, sin barreras de acceso, financieramente sostenible y con plena satisfacción de la población.

Objetivos Estratégicos

Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población en el Distrito Capital, garantizando el pleno goce del derecho a la salud, disminuyendo la segregación, con la implementación de un modelo de Atención en Salud basado en la Atención Primaria en Salud, favoreciendo de manera directa al individuo, las familias y las diferentes poblaciones y grupos sociales en los territorios de la ciudad.

Metas Estructurales

Las metas estructurales son consideradas apuestas de la ciudad incluidas en el Plan de Desarrollo Bogotá Humana, que muestran resultados en salud y temas estratégicos del sector. Para su cumplimiento se hace necesaria la corresponsabilidad de todos los actores sociales y del Sistema de Seguridad Social de Salud de la ciudad, en conjunto con el esfuerzo de todas las dependencias de la Secretaria Distrital de Salud. Se precisa que estas metas están incorporadas en los ejes y componentes del Plan, pero que por su incidencia, se resaltan a continuación:

- 1) Garantizar a 1.678.622 habitantes de Bogotá, D.C, el acceso efectivo al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Afiliación al régimen subsidiado de 387.040 niños, niñas y adolescentes mayores de 5 años y menores de 18 años.
 - Garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud a los niños y niñas que tengan nivel 1 y 2 del SISBEN metodología 3.
- 2) Fortalecer el Carácter público de la EPS Capital
- 3) Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluya la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.
- 4) Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna.
- 5) Promover la atención integral al 100% de las madres gestantes y lactantes, al 2016. (Programa de Creciendo Saludables.)
- 6) Reducir la mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 7) Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.
- 8) Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.
- 9) Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012-2016.
- 10) Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano al 2016.
- 11) Crear el Instituto Distrital de Oncología.
- 12) Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.
- 13) Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón.
- 14) Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital.
- 15) Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.

- 16) Diseñar e implementar de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.
- 17) La creación de una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción.
- 18) Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad, y puesta en Funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- 19) Propender a crear por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.
- 20) Avanzar en la primera etapa de la puesta en operación del centro Hospitalario San Juan de Dios materno infantil que incluye: 1. Adecuación del centro de salud UPA San Juan de Dios; 2. Adecuación de las edificaciones actuales hasta donde las normas sobre patrimonio cultural, sismoresistencia y habilitación lo permitan y 3. Avance en la construcción de nuevas obras.
- 21) Gestionar la construcción de un Hospital Universitario para Bogotá.
- 22) Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.
- 23) Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, a 2016.
- 24) Garantizar por lo menos el 90% en la distribución de hemocomponentes y tejidos humanos, solicitados al Centro y el 40% de células madre solicitadas con propósito de trasplante alogénico no relacionado.
- 25) Colectar y procesar 200.000 unidades de sangre en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 26) Disponer de 80.000 litros de plasma para ser procesado en una planta extranjera, en la producción de hemoderivados mediante fraccionamiento industrial de plasma.
- 27) Disponer de 168.000 cm² de piel procesada en el banco de tejidos humanos del centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 28) Disponer de 1500 córneas para trasplante, en el banco de tejidos humanos del centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 29) Realizar 100 rescates de tejidos osteoarticulares, en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 30) Realizar 100 rescates de homoinjertos, en el centro distrital de ciencia y biotecnología para la salud humana.
- 31) Colectar, procesar y disponer de 3000 unidades de sangre de cordón umbilical para trasplante.
- 32) Garantizar el acceso a los servicios de salud, bajo un modelo de atención con enfoque poblacional desde las diversidades al 100% de los grupos étnicos: raizales, gitanos, indígenas, afro descendientes, al 2016.
- 33) Garantizar atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, en el 100% de los servicios de salud del Distrito.
- 34) Incrementar a 100.000 personas en situación de discapacidad en procesos de inclusión social por medio de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad, al 2016.
- 35) Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil.
- 36) Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.
- 37) Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio.

- 38) Lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- 39) Alcanzar coberturas de vacunación al 95% de niñas y adolescentes entre 10 años contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en las 20 localidades del Distrito Capital, al 2016.
- 40) Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH.
- 41) Reducir a 1.5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.
- 42) Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas.
- 43) Incrementar a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los niños y niñas menores de 6 meses, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital.
- 44) Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la Cero Tolerancia.
- 45) Reducir en 30% los embarazos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años.
- 46) Desarrollar estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, SAN, trabajo saludable y prácticas saludables en el 100% de los territorios de salud, con coordinación intersectorial.
- 47) Poner en marcha estrategias de detección y tratamiento de la obesidad en niños, niñas y adolescentes.
- 48) Identificar, caracterizar, medir y atender los casos de bulimia y anorexia en la red de salud mental del régimen subsidiado.
- 49) Generar un programa de detección temprana del trastorno por déficit de atención e hiperactividad que permita la identificación, diagnóstico, atención y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que lo padecen.
- 50) Incrementar a 110.000 la cobertura de las intervenciones de la Línea 106 en promoción de salud mental y protección frente a eventos adversos en niños, niñas y adolescentes.
- 51) Reducir en un 4% la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en menores de cinco años.
- 52) Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes matriculados en Instituciones Educativas Distritales, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en un trabajo coordinado entre la Secretaría Distrital de Educación y la Secretaria Distrital de Salud.
- 53) Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de 25 años.
- 54) Diseñar, implementar y evaluar un programa de salud mental comunitaria en coherencia y consistencia con el modelo de salud basado en APS para el Distrito Capital.
- 55) Implementar la estrategia de entornos saludables en las 20 localidades del Distrito Capital.
- 56) Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud en coordinación con los demás sectores de la administración distrital al 2016 y de manera transversal la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos.
- 57) Cubrir a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud y desarrollo humano con enfoque diferencial, a través de 1000 equipos territoriales que incluyen el ámbito familiar, escolar, trabajo informal, institucional y comunitario.
- 58) Disminuir el trabajo infantil a menos del 1,5% en el Distrito Capital, en coordinación y apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.

- 59) Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 adolescentes trabajadores, entre los 15 y 17.
- 60) Implementar el 70% de los subsistemas del Sistema de Emergencias Médicas a nivel Distrital.
- 61) Contar con 19 sub-zonas de atención prehospitalaria, debidamente regionalizadas y mapeadas, al 2016.
- 62) Capacitar a 36.000 personas vinculadas a los sectores Salud, Educación y a líderes comunales en el tema de primer respondiente en situaciones de emergencia urgencia.
- 63) Garantizar que el 100% de Empresas Sociales del Estado, cuenten con Planes Hospitalarios de Emergencias formulados y actualizados.
- 64) Diseño e implementación de un sistema de vigilancia en el Distrito Capital para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados presentes en el ambiente, al 2016.
- 65) Realizar acciones de IVC en el 100% de los establecimientos públicos y privados que hagan uso de animales en cualquier actividad comercial.
- 66) Vacunar el 10% anual del total de la población de caninos y felinos.
- 67) Identificar y registrar el 10% anual del total de la población de caninos y felinos.
- 68) Monitorear el cumplimiento de las condiciones sanitarias de 250.000 establecimientos comerciales, industriales e institucionales ubicados en el D.C a 2016.
- 69) Implementar un sistema de vigilancia epidemiológico ambiental para monitorear los efectos en salud, asociados a la calidad del aire en las localidades con énfasis en los asociados a la operación del Sistema Integrado de transporte en el D.C a 2016.
- 70) Diseño e implementación de un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud por ruido y radiación electromagnética con énfasis en población infantil a 2016.
- 71) Diseño e implementación de un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud asociados a la variabilidad climática a 2016.
- 72) Garantizar el funcionamiento de la red distrital de fármaco-vigilancia integrada por el 100% de prestadores de servicios de salud, establecimientos farmacéuticos y comunidad en general a 2016.
- 73) Mantener la cobertura de la vigilancia de la calidad del agua en la red de acueducto y alcantarillado y el 100% de los acueductos identificados del D.C. a 2016.
- 74) Evaluar los riesgos en salud asociados a la calidad del agua en los sistemas de abastecimiento del Distrito Capital en el territorio urbano y rural.
- 75) Mantener cero casos de rabia humana autóctona a 2016.
- 76) Incrementar en un 10% anual el número de hembras caninas y felinas esterilizadas en el Distrito Capital.
- 77) Controlar 4000 focos de vectores (insectos y roedores) en el Distrito Capital.
- 78) Operar el Observatorio de Salud Ambiental en el Distrito Capital a través de la información generada por las líneas de la política de salud ambiental.
- 79) Implementar ocho (8) planes de acción correspondiente a las líneas de la Política Distrital de Salud Ambiental.
- 80) Formular y gestionar 20 planes locales armonizados a las políticas públicas en salud, Plan de Desarrollo Distrital y necesidades de los territorios en el Distrito Capital.
- 81) Implantar un sistema integrado de información para la gestión de la salud en los territorios, incorporando las tecnologías para la información y comunicación (TIC) necesarias, integrándolo en los casos que se acuerde al Sistema Distrital de Información.

- 82) Incorporar 300.000 ciudadanos y ciudadanas a los procesos de planeación local, control social de resultados y exigibilidad jurídica y social del Derecho a la salud, con enfoque poblacional.
- 83) Incrementar al 90% la proporción de quejas resueltas antes de 14 días, ingresadas al sistema distrital de quejas y soluciones de la Secretaría Distrital de Salud.
- 84) Incrementar al 90% la satisfacción y percepción de la calidad y humanización del Servicio al Ciudadano de Secretaría Distrital de Salud.
- 85) Reducir en un 40% los casos de barreras de acceso a salud del régimen subsidiado.
- 86) Asistir en el proceso de acreditación en salud al 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, a 2016.
- 87) Formular, implementar y seguir la Política de Seguridad del Paciente en el Distrito Capital, a 2016
- 88) Asistir en el proceso de implementación de prácticas seguras, comprometidas con el ambiente en el 100% de las Empresas Sociales del Estado a 2016 (futuros hospitales verdes).
- 89) Garantizar la atención integral en salud al 100% de la población víctima del conflicto armado interno, determinada en la ley 1448 de 2011, en el marco de la reparación y restitución de los derechos en salud, al 2016.
- 90) Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las personas de 60 años y más que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- 91) Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los habitantes de calle que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- 92) Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, al 2016.
- 93) Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.
- 94) Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.
- 95) Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 96) Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 97) Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- 98) Implementar un modelo de atención integral a través de redes integradas de servicios de salud, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, al 2016.
- 99) Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, integrado al Reglamento Sanitario Internacional, en el sector y otros sectores, al 2016.
- 100) Formular e implementar la Política Pública de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud para el Distrito Capital, a 2016.
- 101) Incorporar a las plantas de personal a 10.000 trabajadoras y trabajadores requeridos para el cumplimiento de funciones permanentes de las entidades públicas distritales del sector salud, al 2016.
- 102) Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.

- 103) Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente, al 2016.
- 104) Reducir en un 10% anual el número de muertes en niños y niñas asociados a accidentes en el hogar, al 2016. (Programa: Ambientes Saludables para la Primera Infancia).
- 105) Desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que favorezcan el fortalecimiento personal, familiar y social de los niños y niñas que se encuentran en la primera infancia, orientados a la protección y al desarrollo humano e integral en el 100% de los territorios, al 2016. (Creciendo Saludables).

Estrategias

- 1) Legitimación del Plan Territorial de Salud de Bogotá con la ciudadanía, las instituciones y sectores de la ciudad
- 2) Definición y seguimiento al cumplimiento de los compromisos para la ejecución del Plan Territorial de Salud por parte de actores sociales y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 3) Apropiación del modelo de atención en salud por los parte de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- 4) Financiamiento y gestión de recursos: propios, de la nación, de solidaridad ciudadana, de empresa privada y de organismos de cooperación, con el principio fundamental de transparencia en su aplicación.
- 5) Fortalecimiento de las redes integradas de prestadores de servicios de salud.
- 6) Consolidación y modernización de la red pública hospitalaria con altos estándares de calidad y acreditados.
- 7) Cualificación y suficiencia del talento humano en salud y mejoramiento de las condiciones de trabajo.
- 8) Mejoramiento continuo de la gestión institucional transparente de la Secretaría Distrital de Salud, de las Empresas Sociales del Estado de la red adscrita y demás integrantes del Sistema.
- 9) Generación y apropiación social del conocimiento para la toma de decisiones basadas en evidencia y el uso crítico de la información, tecnología e innovación, mediante la implementación del plan de ciencia, innovación y tecnología en salud.
- 10) Estructuración de un sistema de información, que permita obtener y monitorear los resultados de las acciones desarrolladas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 11) Evaluación permanente del plan de gobierno Bogotá Humana, en el componente de salud, para tomar oportunamente las decisiones de ajustes y mantenimiento de las acciones.

Objetivo 2. Superar la segregación e inequidad en salud de la población en los territorios del Distrito Capital, mediante la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas

públicas sanitarias, que den respuesta a las necesidades y expectativas de la población de la ciudad, afectando los determinantes de la salud intersectorialmente, la sostenibilidad financiera, la gestión transparente, la vigilancia de las instituciones y la protección de los recursos.

Metas

- 1) Formular y gestionar 20 planes locales armonizados a las políticas públicas en salud, Plan de Desarrollo Distrital y necesidades de los territorios en el Distrito Capital.
- 2) Construir y poner en funcionamiento un sistema de Análisis y Evaluación y Políticas de Salud para el Distrito Capital como base para la formulación y ajuste de planes, programas y proyectos, al 2016.

Estrategias

- 1) Planeación, coordinación y desarrollo de acciones intersectoriales, interinstitucionales y comunitarias para la afectación positiva de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de segregación de los individuos y de las poblaciones.
- 2) Financiamiento del sector y gestión de recursos de diferentes fuentes tales como: recursos propios, de la nación, de solidaridad ciudadana, de la empresa privada y de organismos de cooperación, con el principio fundamental de transparencia en su aplicación.
- 3) Formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas públicas sanitarias armonizadas con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana, que den respuesta a las necesidades y expectativas de la población de la ciudad.
- 4) Suscripción de pactos, convenios y tratados de cooperación con instituciones y sectores responsables, para la gestión social del riesgo e intervención de los determinantes de la salud.
- 5) Diseño e implementación de un sistema de monitoreo y Análisis de Situación de Salud, ASIS, en las distintas escalas del territorio, con el objeto de orientar la toma de decisiones en salud.

Objetivo 3. Generar los procesos integrales de planificación y gestión con los actores internos y externos al sector salud para el cumplimiento de los compromisos de ciudad incorporados en el Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C 2012 a 2016 y del Plan de Desarrollo Bogotá Humana para el mismo período.

Metas

- 1) Garantizar el financiamiento del 100% del Plan Territorial de Salud.
- 2) Realizar planeación, implementación, seguimiento, evaluación y ajustes al Plan Territorial de Salud durante la vigencia del mismo.

Estrategias

- 1) Programación, adopción, ejecución del presupuesto plurianual de inversiones para el sector.
- 2) Armonización del plan de desarrollo de la vigencia anterior, con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana y el Plan Territorial de Salud 2012 a 2016.
- 3) Seguimiento a la inversión del sector, monitoreando el avance y cumplimiento de la vigencia.
- 4) Evaluación, consolidación de resultados y rendición de cuentas del Plan de Desarrollo Distrital.
- 5) Seguimiento a la ejecución del Plan de Ordenamiento Territorial y del Plan Maestro de Equipamiento en Salud.
- 6) Articulación de proyectos de inversión locales con el Plan Territorial de Salud
- 7) Gestionar cofinanciación a través de convenios de cooperación internacional y de multinacionales.

Objetivo 4. Ejercer rectoría para el fortalecimiento de la capacidad de gestión institucional en materia de salud, integrando, coordinando y articulando las responsabilidades y funciones en salud de los actores en el ámbito territorial e institucional, público, privado y comunitario, de tal forma que responda a los compromisos distritales, nacionales e internacionales, incluidos en el Plan Territorial de Salud.

Metas

- 1) Realizar el seguimiento al 100% de las acciones incluidas en el Plan Territorial de Salud para garantizar su cumplimiento.

Estrategias

- 1) Socializar el Plan Territorial de Salud de Bogotá entre los diferentes actores de la ciudad para su legitimación.
- 2) Definición de compromisos de los actores sociales de la ciudad para el desarrollo de las acciones del Plan Territorial de Salud.
- 3) Seguimiento y evaluación del plan de gobierno Bogotá Humana, en el componente de salud, para tomar oportunamente las decisiones de ajustes y mantenimiento de las acciones.
- 4) Desarrollo del sistema de evaluación de resultados en salud, con todos los actores del sistema.
- 5) Promoción de una agenda de trabajo y un plan de acción para la salud, con los comités locales de planeación y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, para impulsar el desarrollo de políticas y acciones intersectoriales del Plan de Desarrollo Bogotá Humana y del Plan Territorial de Salud.
- 6) Articulación de los procesos misionales de la Secretaria Distrital de Salud.
- 7) Fortalecimiento de la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud, para garantizar el cumplimiento de las competencias del sector en el territorio distrital.

- 8) Desarrollo de un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Distrito Capital para la implementación del Plan Territorial de Salud.
- 9) Fortalecimiento de la gestión jurídica, interna y externa, de la entidad.
- 10) Mejoramiento de la capacidad administrativa y de gestión institucional que soporte el ejercicio de la rectoría en el sector.
- 11) Desarrollo de estrategias de Comunicación que apoyen la implementación del Plan Territorial de Salud.
- 12) Liderazgo en la redición de cuentas de la ciudadanía del Distrito Capital en relación con el Plan Territorial de Salud.

Objetivo 5. Fortalecer el liderazgo de la Secretaria Distrital de Salud en la gestión del conocimiento como bien público, mediante la investigación, el análisis en salud y el desarrollo tecnológico y científico, con la participación de la academia, las instituciones y la comunidad, orientando la política de ciencia, tecnología e innovación en salud, de manera que se convierta en factor clave del desarrollo, el progreso social y la equidad, con empoderamiento en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Metas

- 1) Formular e implementar la Política Pública de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud para el Distrito Capital, a 2016.

Estrategias

- 1) Formulación, implementación y evaluación de políticas de ciencia, tecnología e innovación en salud para el desarrollo social y sostenible.
- 2) Definición de agenda de conocimiento y conformación de redes especializadas de investigación en salud, que integren las unidades de educación superior y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas.
- 3) Generación de espacios de reflexión y análisis de la situación de salud, para el impulso de la investigación a través de metodologías participativas y encuentros locales, distritales, nacionales e internacionales, que integren las unidades de educación superior y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas.
- 4) Desarrollo de centros de excelencia y de ciencia y tecnología en la ciudad - Parque Tecnológico de Ciencia tecnología e innovación para la Salud.
- 5) Conformación de centros de documentación, estrategias de comunicación y divulgación.
- 6) Consolidación de alianzas estratégicas para la transformación, cooperación y solidaridad, interinstitucional, multisectorial y multicéntrica, soportadas en el debate científico como intermediario, en la búsqueda de soluciones a los problemas de calidad de vida y salud.
- 7) Formación y capacitación, mediante métodos alternativos para proponer soluciones integrales, interdisciplinarias y multisectoriales.
- 8) Apropiación social del conocimiento para la toma de decisiones basadas en evidencia y el uso crítico de la tecnología e innovación, mediante la implementación, seguimiento y evaluación del Plan Distrital de Ciencia, Innovación y Tecnología en Salud.

Objetivo 6. Mejorar la oportunidad, veracidad y consistencia de la información para la toma de decisiones de gestión en salud del Distrito Capital, facilitando los flujos de información y comunicaciones los niveles intra e interinstitucional, intersectorial.

Metas

- 1) Implantar un sistema integrado de información para la gestión de la salud en los territorios, incorporando las tecnologías para la información y comunicación (TIC) necesarias, integrándolo en los casos que se acuerde al Sistema Distrital de Información.

Estrategias

- 1) Implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Información Integrado en Salud.
- 2) Implementación de la Historia Clínica Electrónica unificada y sus anexos, mediante la aplicación de un software administrativo, en todas las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, para la interoperabilidad de la información entre las Redes de Servicios de Salud.
- 3) Desarrollo del sistema de información de Servicios de Salud y su articulación al sistema de vigilancia epidemiológica y al sistema de referencia y contra referencia.
- 4) Disposición en línea de servicios a la ciudadanía que presta la Secretaría Distrital de Salud.
- 5) Fortalecimiento de los medios de comunicación de las Entidades del Distrito, incluyendo internet, intranet y portales institucionales, que faciliten la operación de las redes sociales, la rendición de cuentas y la participación comunitaria.
- 6) Integración de las estrategias de comunicación de todos los sectores del Distrito Capital.
- 7) Incorporación de la telemedicina para mejorar la oportunidad y resolutivez en la prestación de servicios de salud en el Distrito Capital.

Objetivo 7. Implementar y mantener el Sistema Integrado de Gestión, orientado al logro de la acreditación como dirección territorial de salud, en el marco del mejoramiento continuo.

Metas

- 1) Acreditar la Secretaría Distrital de Salud como Dirección Territorial de Salud, al 2016.
- 2) Mantener la certificación de Calidad de la Secretaría Distrital de Salud en las normas técnicas NTCGP 1000: 2009 en ISO 9001.
- 3) Implementar el 100% de los Subsistemas que componen el Sistema Integrado de la Gestión a nivel Distrital, al 2016.

Estrategias

- 1) Gestión por procesos con el fin de facilitar la implementación del Sistema Integrado de la Gestión.

- 2) Desarrollo de acciones tendientes al mantenimiento de la certificación en el ente territorial.
- 3) Definición e identificación de un Plan de Acción con los compromisos y recursos necesarios y suficientes para lograr y mantener la acreditación de la Secretaria Distrital de Salud.
- 4) Definición y articulación de los elementos comunes de los diferentes sistemas de gestión a los procesos institucionales, para lograr una gestión transversal.
- 5) Asesoría y asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud para el desarrollo del Sistema Integrado de la Gestión.
- 6) Realizar seguimiento a los sistemas de gestión institucional y de las empresas sociales del Estado de la red adscrita y demás actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, promoviendo el mejoramiento continuo, para salvaguardar la transparencia en el manejo de los recursos y la obtención de resultados óptimos en la salud de la población bogotana.

Objetivo 8. Mejorar las condiciones de trabajo del talento humano en el sector de la salud, mediante la regulación de las relaciones humanas y laborales en el ámbito laboral, en interrelación con todos los actores.

Metas

1. Incorporar a las plantas de personal a 10.000 trabajadoras y trabajadores requeridos para el cumplimiento de funciones permanentes de las entidades públicas distritales del sector salud, al 2016.
2. "Adelantar acciones que generen el trabajo digno y decente en el sector salud, al 2016

Estrategias

- 1) Reorganización institucional que permita la inclusión formal del personal con funciones misionales y permanentes.
- 2) Formación continua del talento humano en salud, apoyada en la estrategia de capacitación.
- 3) Mejoramiento de las condiciones laborales priorizando acciones de bienestar, comunicación, clima y cultura organizacional, condiciones psicosociales y ocupacionales, a través de la estrategia de entorno de trabajo saludable.
- 4) Fomento del trabajo digno y decente a través de la estrategia de diálogo social.
- 5) Fortalecimiento de la Alianza por la Salud Pública para el fomento de la salud, desde la academia.
- 6) Gestión de la política de Talento Humano en salud unificando criterios que regulen las relaciones humanas y laborales en el Distrito Capital, en interrelación con los actores.

5.6.1.2. Componente de Promoción social

Función Básica

Generar condiciones que favorezcan el empoderamiento ciudadano, control social y la incidencia en el conjunto de las decisiones públicas, para la promoción, protección, exigibilidad del derecho a la salud y la transformación de las condiciones de vida y salud, a partir del reconocimiento de sus realidades territoriales y diversidades poblacionales, en la construcción de una Bogotá más humana, incluyente y equitativa.

Objetivo 1. Promover la participación social para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud, a partir del reconocimiento de las realidades territoriales y el enfoque poblacional, con acciones de información, educación, comunicación, gestión intra e interinstitucional y la utilización de mecanismos de exigibilidad jurídica, política y social del derecho a la salud.

Metas

- 1) Incorporar 300.000 ciudadanos y ciudadanas a los procesos de planeación local, control social de resultados y exigibilidad jurídica y social del Derecho a la salud, con enfoque poblacional.
- 2) Incrementar en un 100% la base social de las formas de participación en salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, considerando la diversidad poblacional, a 2016.
- 3) Desarrollar con enfoque poblacional los procesos participativos en salud de las organizaciones autónomas, en el 100% de la implementación de los planes de acción de grupos étnicos, población en situación de desplazamiento, en condición de discapacidad y por etapas de ciclo vital, al 2016.

Estrategias

- 1) Educación en salud para el fortalecimiento de la ciudadanía como sujeto de derechos y el mejoramiento de las condiciones de vida.
- 2) Generación de un modelo pedagógico de promoción de la salud, con enfoque de diversidad poblacional, que permita el manejo de los procesos de identificación, canalización y seguimiento.
- 3) Información y comunicación como una forma de fortalecer los procesos organizativos y de movilización social.
- 4) Organización ciudadana para impulsar la movilización social y la exigibilidad del derecho a la salud.
- 5) Exigibilidad jurídica, social y política, para promover acciones que garanticen el derecho a la salud.

- 6) Articulación y Alianzas estratégicas con los sectores público, privado y la academia, para la defensa del derecho fundamental a la salud.
- 7) Construcción de tejido social y consolidación de una nueva ciudadanía, a través del funcionamiento de Observatorios Ciudadanos Locales.
- 8) Construcción y posicionamiento de Agendas Políticas comunitarias en escenarios locales, distritales y regionales, para incidir en las respuestas institucionales frente a las necesidades y expectativas en salud.

Objetivo 2. Fortalecer la rectoría y la defensa de lo público, mediante la construcción de una agenda de control social a la gestión en salud, para contribuir a la reducción de la segregación e inequidades en la garantía del derecho a la salud.

Metas

- 1) Realizar procesos de Control Social al 100% de los proyectos prioritarios del programa Territorios Saludables y Red Pública de Salud Para la Vida, desde las Diversidades, al 2016.

Estrategias

- 1) Información y Comunicación en control social a actores sociales e institucionales, que permita el seguimiento y evaluación de resultados a la gestión pública y defensa efectiva de lo público.
- 2) Diseño y desarrollo de agendas por componente estratégico de control social, en el contexto del Plan de Desarrollo Bogotá Humana.
- 3) Monitoreo, gestión y resolución de barreras de acceso a los servicios de salud.
- 4) Articulación con Entidades de Control: Personería de Bogotá, Defensoría del Pueblo, Veeduría Distrital, Contraloría, Superintendencia de Salud, entre otras, para fortalecer el proceso de la defensa y protección del servicio público de la salud y coadyuvar a la Rendición de cuentas sobre el ejercicio de control social.
- 5) Convenios de cooperación con universidades públicas y privadas, para apoyar el seguimiento y acompañamiento a los requerimientos ciudadanos en la defensa del derecho a la salud, a través de de pasantías, judicaturas y servicio social obligatorio, entre otros.

Objetivo 3. Consolidar un Servicio de Atención a la Ciudadanía, como vía para la promoción y protección del derecho a la salud de los ciudadanos y ciudadanas del Distrito Capital

Metas

- 1) Incrementar al 90% la proporción de quejas resueltas antes de 14 días, ingresadas al sistema distrital de quejas y soluciones de la Secretaría Distrital de Salud.
- 2) Incrementar al 90% la satisfacción y percepción de la calidad y humanización del Servicio al Ciudadano de Secretaría Distrital de Salud.
- 3) Reducir en un 40% los casos de barreras de acceso a salud del régimen subsidiado.
- 4) Orientar a 864.000 ciudadanos y ciudadanas del Distrito Capital, para el acceso y exigibilidad del derecho público de la salud, disponiendo diferentes canales de atención ciudadana, al 2016.
- 5) Gestionar 41.652 requerimientos y derechos de petición, a través del Sistema de Quejas y Soluciones de Secretaría Distrital de Salud, en la protección y defensoría ciudadana frente a necesidades y vulneraciones del derecho público de la salud, al 2016.
- 6) Monitorear la tasa de incidencia de casos intervenidos de barreras de acceso por 10.000 ciudadanos y ciudadanas, a través de los sistemas de exigibilidad, SIDBA "Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso" y SQS "Sistema Distrital de Quejas y Soluciones" de la Secretaría Distrital de Salud, en la vía de rectoría y exigencia ciudadana, al 2016.

Estrategias

- 1) Organización y desarrollo del Servicio Distrital de Atención a la Ciudadanía en salud, a través de canales efectivos de orientación e información, sobre el derecho a la salud.
- 2) Apoyo a la exigibilidad del derecho a la salud a partir de la información generada por los Sistemas de Quejas y Soluciones y de Barreras de Acceso, ubicando los procedimientos y actores responsables en las acciones que disminuyan barreras de acceso.
- 3) Gestión de enlace intra e intersectorial de Servicio al Ciudadano, para el empoderamiento y la resolución de problemáticas sociales.
- 4) Asistencia técnica, asesoría y acompañamiento sobre los lineamientos técnico administrativos para el desarrollo organizacional de las redes de dependencias de Servicio al Ciudadano de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.
- 5) Rendición de cuentas sobre barreras de acceso de los ciudadanos y ciudadanas atendidos en el servicio al ciudadano de Secretaría Distrital de Salud.

6. Financiamiento del Plan de Desarrollo

El financiamiento público de la salud en Bogotá D.C. es de origen mixto, tanto en las fuentes como en los usos. Al respecto, existen diferentes normas, leyes, acuerdos, decretos y demás actos administrativos, que desarrollan las bases contempladas en la Constitución Política de Colombia de 1991 y en los Actos Legislativos aprobados por el Congreso de la República.

Como parte de la compleja regulación del sistema de financiamiento de la salud en la Ciudad, es importante señalar lo determinado en los Artículos 336, 356, 357 y 358 de la Constitución Política de Colombia de 1991 y lo dictaminado en las Leyes 9ª de 1979, 14 de 1983, 10 de 1990, 100 de 1993, 223 de 1995, 715 de 2001, 643 de 2001, 788 de 2002 y 1122 de 2007, 1393 de 2010 y 1438 de 2011, entre las más destacadas.

En armonía con la estructura administrativa vigente, el financiamiento público de la salud en la Capital, integra recursos provenientes del presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá D.C., de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. y de los Fondos de Desarrollo Local. En promedio, cerca del 96% de los recursos disponibles para el financiamiento del sector público de la salud en Bogotá D. C., ingresan al presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud⁷³; el 2.2% proviene de la transferencias realizadas por parte de la Secretaría Distrital de Hacienda y el 1.95% se origina en recursos que los fondos de desarrollo local apropian presupuestalmente para invertir en el sector salud desde cada una de las 20 localidades de Distrito Capital.

Gran parte de las fuentes y usos de los recursos para financiamiento del sector salud, tienen origen y destinación específica por mandato de Ley. Para el caso específico de las transferencias de la nación, sin excepción, son para uso exclusivo de la financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, en particular, en los componentes de continuidad y ampliación de coberturas de afiliación al Régimen Subsidiado; la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada en lo no cubierto con subsidios a la demanda, junto con los aportes patronales por concepto del Sistema General de Participaciones en Salud, sin situación de fondos; y las acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de Salud y Protección Social⁷⁴. Otro ejemplo de la destinación específica de los recursos, son las rentas cedidas por la nación, las cuales, de acuerdo con lo establecido en las Leyes 643 y 715 de 2001 y 1393 de 2010, deberán financiar la conformación y operación de redes sociales y de servicios de salud y el funcionamiento de la dirección del Ente Territorial, entre otros.

⁷³La cifra se refiere al promedio registrado durante el período 1995 – 2011.

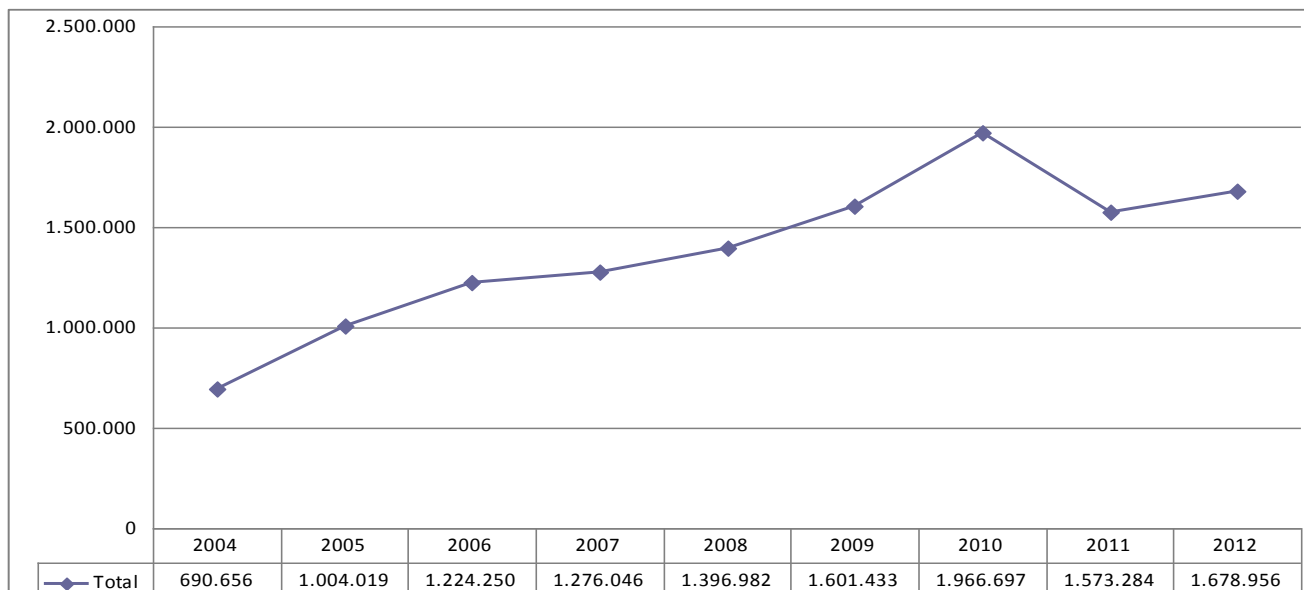
⁷⁴ Poder Público, Rama Legislativa. “Ley 715 de diciembre 21 de 2001”. Publicada en Diario Oficial No 44.654, de 21 de diciembre de 2001. Senado de la República de Colombia. Disponible en: Información legislativa www.secretariassenado.gov.co.

a. Exploración Retrospectiva

En el presente aparte se realiza un análisis sobre el comportamiento de las fuentes y de los usos del presupuesto de ingresos y gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud durante el período 2004-2011; los niveles de recaudo efectivo y de gasto, por componentes de inversión directa, como referente e insumo, para la identificación y proyección de necesidades futuras de recursos del sector salud en un escenario probable, en forma concordante con el trabajo realizado en el documento “Un Marco de Gasto de Mediano Plazo Para el Sector Salud”, coordinado por la Secretaría Distrital de Hacienda de Bogotá D.C., siendo concordante con el Plan Financiero Plurianual de Inversiones del Fondo Financiero Distrital de Salud 2004 - 2025.

Durante el periodo 2004 a 2012, el valor total del presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud, ascendió a \$12.412.323 millones, de los cuales el 33,10% proviene de aporte ordinario, \$4.109.082 millones; el 29,08%, se origina en el Sistema General de Participaciones, \$3.609.617 millones; el 15,46% se corresponde con recursos de capital, \$1.918.791 millones; los ingresos corrientes representaron el 10,73%, \$1.331.328 millones y las rentas cedidas participaron con el 10,11%, \$1.261.947 millones [Anexo 2]. De un presupuesto de ingresos de \$691.656 millones, en 2004 se pasó a un monto de \$1.678.956 millones en 2011 [Grafico 5]

Grafica 5. Presupuesto de Ingresos FFDS Periodo 2004 – 2011 (Ejecutado) 2012 (Proyectado) (Millones de \$ corrientes)



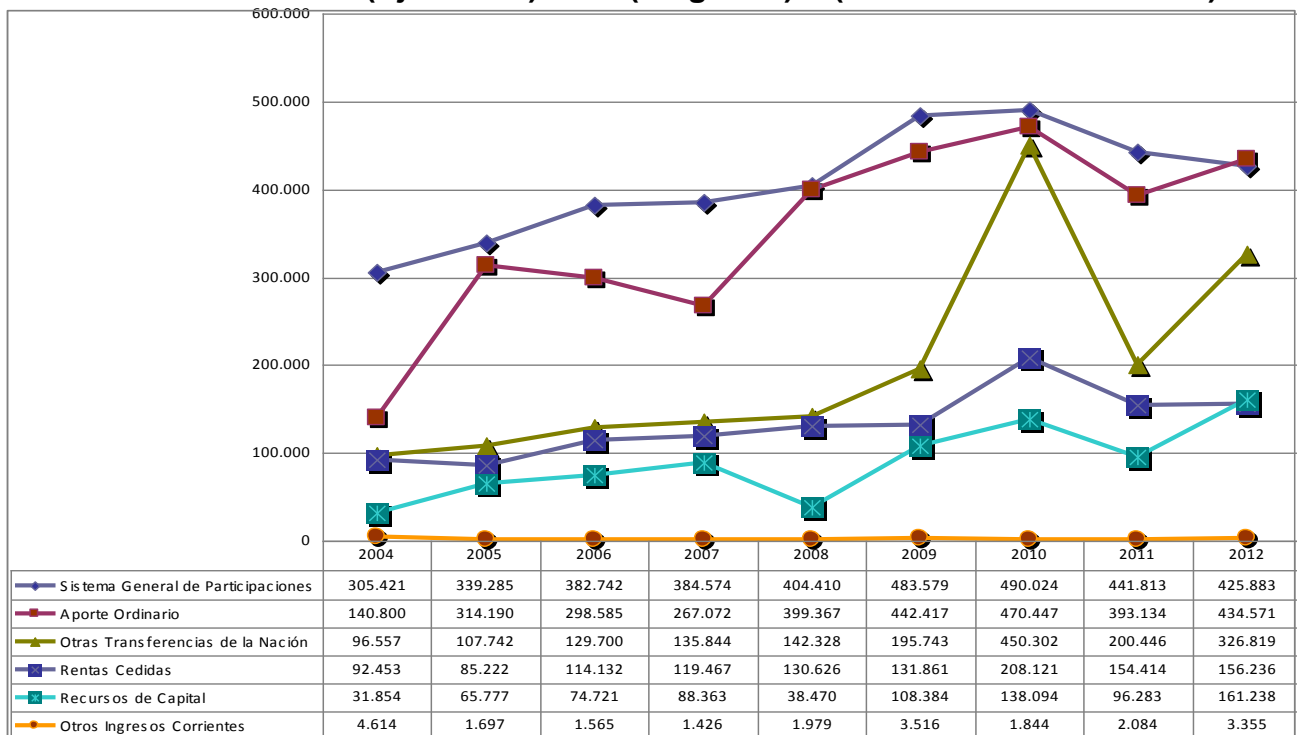
Fuente: SDS - FFDS / Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos con corte a Diciembre 31 de cada año. Nota: Año 2012 valor proyectado

En la vigencia fiscal de 2004 el presupuesto asignado para inversión directa fue de \$671.699 millones, con una ejecución presupuestal del 94,77%, \$636.558 millones, de los cuales se giraron \$452.110 millones, el 67,31% de los recursos totales apropiados. El 45,47% del total

de estos recursos, \$305.421 millones, provienen del Sistema General de Participaciones; 20,96%, \$140.800 millones, provienen del aporte ordinario; 14,38%, o sea \$96.557 millones, corresponde a otras transferencias de la nación, 13,76% que equivalen a \$92.453 millones, corresponden a las rentas cedidas; el 4,74%, es decir \$31.854 millones, de los recursos de capital; y el 0,69% restante, es decir \$4.614 millones provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 2 y Grafico 2]. Los recursos disponibles para gastos de funcionamiento en ese año, fueron de \$6.151 millones, de los cuales se ejecutaron el 94,15% del presupuesto total asignado, es decir \$5.791 millones.

En el 2005 el presupuesto asignado para inversión directa, alcanzó la suma de \$913.913 millones, con una ejecución presupuestal del 97,90% que equivalen a \$894.739 millones, se giraron \$634.979 millones, o sea el 69,48% de los recursos totales apropiados. El 37,12% del total de estos recursos, que equivale a \$339.285 millones, provienen del Sistema General de Participaciones, 34,38%, o sea \$314.190 millones, del aporte ordinario, 9,33% que equivalen a \$85.222 millones, corresponden a las rentas cedidas, 7,20%, es decir \$65.777 millones, de los recursos de capital, 11,79%, o sea \$107.742 millones, otras transferencias de la nación, y el 0,18% restante, es decir \$1.696 millones provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 3 y Grafico 6]. Los recursos disponibles para gastos de funcionamiento en ese año, ascendieron a \$7.286 millones, de los cuales se ejecutaron el 95,62% del presupuesto total asignado, es decir \$6.967 millones.

Grafica 6. Presupuesto de Inversión Directa por Fuentes de Financiación FFDS 2004 – 2011 (Ejecutado) 2012 (Asignado) - (Millones de \$ corrientes)



Fuente: SDS –FFDS/ Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de gastos Inversión Directa con corte a Diciembre 31 de cada año.

Para la vigencia 2006 el presupuesto asignado para inversión directa fue de \$1.001.445 millones, con una ejecución presupuestal del 95.89% que equivalen a \$960.323 millones, se giraron \$690.162 millones, o sea el 68.92% de los recursos totales apropiados. El 38.22% del total de estos recursos, que equivale a \$382.742 millones, provienen del sistema general de participaciones, 29.82%, es decir \$298.585 millones, del aporte ordinario, 12.95%, o sea \$129.700 millones, otras transferencias de la nación, 11.40% que equivalen a \$114.132 millones, corresponden a las rentas cedidas, 7.46%, es decir \$74.721 millones, de los recursos de capital, y el 0.16% restante, o sea \$1.565 millones provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 3 y Grafico 12]. El presupuesto disponible para gastos de funcionamiento ascendió a \$8.088 millones y se ejecutaron \$7.962 millones, que equivalen al 98.44% del presupuesto total asignado.

En el año 2007 el presupuesto disponible para inversión directa, fue de \$996.746 millones, con una ejecución presupuestal del 98.39% que equivalen a \$980.678 millones, se giraron \$715.867 millones, o sea el 71.82% de los recursos totales apropiados. El 38.58% del total de estos recursos, o sea \$384.574 millones, provienen del sistema general de participaciones, 26.79% que asciende a \$267.072 millones, corresponden al aporte ordinario, 11.99% que equivalen a \$119.467 millones, corresponden a las rentas cedidas, 8.87%, es decir \$88.363 millones, de los recursos de capital, 13.63%, o sea \$135.844 millones, otras transferencias de la nación, y el 0.14% restante, es decir \$1.426 millones provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 2 y Grafico 12]. El valor de los recursos para gastos de funcionamiento, ascendió a \$8.755 millones y se comprometieron \$8.413 millones, que equivalen al 96.09% del presupuesto total asignado.

Durante la vigencia 2008 el presupuesto asignado para inversión directa fue de \$1.117.179 millones, con una ejecución presupuestal de recursos del 91.92%, se giraron \$802.394 millones, o sea el 71.82% de los recursos totales apropiados. El 36.20% del total de estos recursos, que equivale a \$404.410 millones, provienen del aporte ordinario, 35.75%, o sea \$369.367 millones, del sistema general de participaciones, 12.74%, o sea \$142.328 millones, otras transferencias de la nación, 11.69% que equivalen a \$130.626 millones, corresponden a las rentas cedidas, 3.44%, es decir \$38.470 millones, de los recursos de capital, y el 0.18% restante, es decir \$1.979 millones provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 2 y Grafico 2]. Como resultado del proceso de armonización presupuestal realizada en esta vigencia, \$705.709 millones correspondieron al primer semestre de los cuales se ejecutaron el 100% del presupuesto total apropiado y \$411.470 millones, fueron asignados al segundo semestre, con una ejecución presupuestal del 78.05% que equivalen a \$321.157 millones. Igualmente los recursos disponibles para gastos de funcionamiento en este año, fueron de \$10.507 millones, de los cuales se ejecutaron el 98.74% del presupuesto total asignado, es decir \$10.374 millones.

Para el año 2009, del presupuesto total asignado por valor de \$1.365.180 millones, los compromisos alcanzados a diciembre 31 fueron de \$1.210.293 millones, o sea el 88.63% de los recursos totales apropiados, se giraron \$1.032.169 millones, o sea el 75.59% de los recursos totales apropiados. El 35.41% del total de estos recursos, que equivale a \$483.579 millones, provienen del aporte ordinario, 32.40%, o sea \$442.417 millones, del sistema

general de participaciones, 14.33%, o sea \$195.743 millones, otras transferencias de la nación, 9.66% que equivalen a \$131.861 millones corresponden a las rentas cedidas, 7.94%, es decir \$108.384 millones, son recursos de capital, y el 0.26% restante, es decir \$3.516 millones provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 2 y Grafico 2]. Con cargo al rubro del presupuesto de gastos de funcionamiento por valor de \$9.500 millones, se logró una ejecución de 98.82%, o sea \$9.388 millones.

En la vigencia 2010 para inversión directa fueron asignados \$1.758.832 millones y al terminar ese año, se logro comprometer el 93.41%, o sea \$1.642.915 millones, de la misma manera se lograron girar el 77.48% de los recursos ejecutados, que ascendieron a \$1.362.695 millones. El 27.86% del total de estos recursos, que equivale a \$490.024 millones, provienen del aporte ordinario, 26.75%, o sea \$470.447 millones, del sistema general de participaciones, 25.60%, es decir \$450.302 millones, son recursos de capital, 11.83%, o sea \$208.121 millones, otras transferencias de la nación, 7.85% que equivalen a \$138.094 millones corresponden a las rentas cedidas, y el 0.10% restante, es decir \$1.844 millones, provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 2 y Grafico 12]. De los gastos de funcionamiento por valor de \$13.094 millones, se ejecutaron el 97.51% o sea \$12.768 millones. Por otra parte, de las reservas constituidas por valor de \$175.946 millones se alcanzaron a girar \$70.609 millones, o sea el 40.13%.

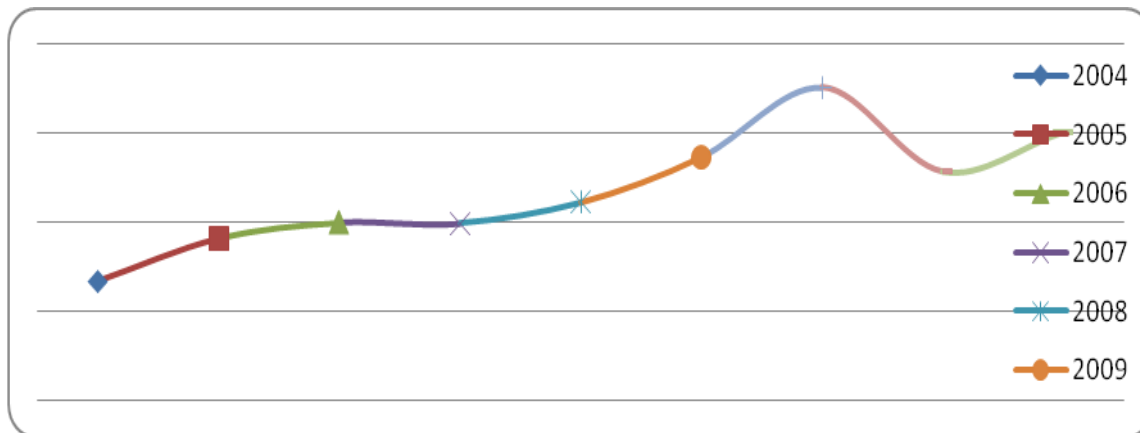
Con corte a diciembre 31 de 2011 el presupuesto disponible para inversión directa ascendió a \$1.288.174 millones, con una ejecución presupuestal alcanzada del 84.46% del presupuesto total disponible, o sea \$ 1.088.026 millones, y se giraron el 72.33% que equivalen a \$931.720 millones. El 34.30% de estos recursos, o sea \$441.813 millones provienen del sistema general de participaciones, 30.52%, o sea \$393.134 millones, del aporte ordinario, 15.56%, es decir \$200.446 millones, corresponden a recursos de capital, 11.99% que equivalen a \$154.413 millones de las rentas cedidas, 7.47%, o sea \$96.283 millones, otras transferencias de la nación y el 0.16% restante, es decir \$2.084 millones, provienen de otros ingresos corrientes [Anexo 2 y Grafico 12]. De los recursos correspondientes a los gastos de funcionamiento, por valor de \$17.362 millones, se ejecutaron \$9.908 millones que equivalen al 57.07% del total del presupuesto asignado a este rubro; así mismo, del valor total de estos compromisos, se giraron el 46.09% de los recursos ejecutados, o sea \$8.002 millones.

Para la vigencia fiscal 2012, el presupuesto para inversión directa aprobado e incorporado al presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud, asciende a \$1.508.102 millones, el 28.82% del total de estos recursos, que equivale a \$434.571 millones provienen del aporte ordinario, 28.24% o sea \$425.883 millones del Sistema General de Participaciones, 0.22% es decir \$3.354 millones de los recursos de capital, \$161.238 millones, que equivalen a 10.69% de otros ingresos corrientes, 26.67% o sea \$326.820 millones de otras transferencias de la nación y el 10.36% restante, que asciende a \$156. 236 millones de las rentas cedidas. Para gastos de funcionamiento se apropiaron \$20.657 millones.

En cuanto al presupuesto de gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud, en el [Grafico 13] se presenta la apropiación presupuestal de la inversión directa del Fondo Financiero

Distrital de Salud correspondiente al periodo 2004 – 2012. De un presupuesto \$671.699 millones apropiado en 2004 se pasa a \$1.508.102 millones en 2012 [Anexo 3 Grafico 7].

Grafica 7. Total de Apropiación de Inversión Directa FFDS 2004 -2012
[Cifras en Millones de \$]



Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud con Fechas de corte a Diciembre 31 de cada año.

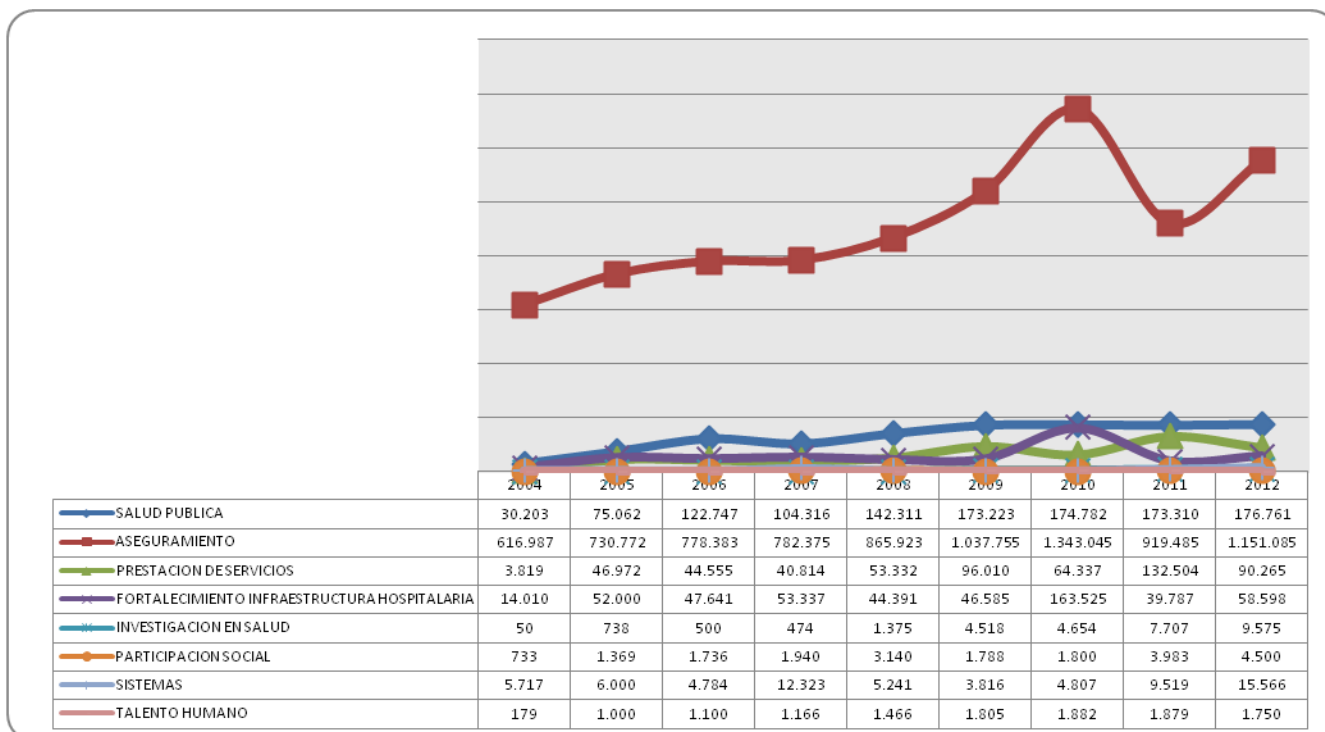
Para la garantía del aseguramiento en salud, la atención de población vinculada y la gratuidad se asignaron recursos por valor de \$8.225.811 millones ejecutándose el 86,78%, \$6.576.725 millones [Grafico 14 y Anexo 4].

Para el fortalecimiento de redes y provisión de los servicios de salud, con recursos asignados por valor de \$572.607 millones, de los cuales se ejecutado \$486.690 millones, que equivalen a 85,00% de este presupuesto. Con esta inversión, se ha logrado fortalecer la prestación de los servicios de salud, a través del mejoramiento de la infraestructura física de la red hospitalaria pública de la Ciudad, lo cual ha permitido prestar un mejor servicio con oportunidad y calidad.

Para investigaciones se asignaron recursos por valor de \$29.592 millones, de los cuales se ejecutaron 18.937 millones, el 64.00%; presupuesto orientado, para adelantar las diferentes investigaciones y estudios que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la población. [Grafica 8, Anexo 4]

Para la participación social en salud se asignaron recursos por valor de \$20.989 millones, de los cuales se ejecutaron \$16.060 millones, 76,52% del presupuesto. Con estos recursos ejecutados se logró fortalecer los procesos de participación social en salud de los habitantes en las veinte (20) localidades de la Ciudad y así contribuir al proceso de universalización de la cobertura en salud.

Grafica 8. Apropiación Gastos Inversión Directa Fondo Financiero Distrital de Salud 2004 - 2012



Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud con Fechas de corte a Diciembre 31 de cada año.

Para el desarrollo de las tecnologías de la información y telecomunicaciones y el sistema de información en salud, se asignaron \$67,773 millones de los cuales se ejecutaron \$50.333 millones, que equivalen al 74.27% del presupuesto disponible. Con estos recursos se han realizado las diferentes acciones para modernizar la infraestructura tecnológica de la red pública, que ha permitido mejorar los tiempos de respuesta en la atención de la población que demanda la prestación de los servicios de salud, para disminuir las barreras de acceso y facilitar la solicitud de citas médicas. Igualmente, hace parte de la gestión de la entidad el ejercicio de rectoría y fortalecimiento del talento humano y el desarrollo institucional, con una apropiación de \$12.228 millones y para igual periodo, de los cuales se han ejecutado \$10.363 millones, 84,75% con dichos recursos se han adelantado los procesos de capacitación y cualificación del talento humano de la salud, así como el mejoramiento continuo del clima organizacional [Grafica 14, Anexo 4].

Para realizar las diferentes acciones de salud pública, se apropiaron \$1.172.716 millones y se ejecutaron \$1.017.738 millones, 86,78%. Con estos recursos se garantizaron acciones de promoción y prevención del plan de intervenciones colectivas [Grafica 14 y Anexo 4].

7. Responsabilidades de los Diferentes Actores con el Plan Territorial de Salud 2012-2016

7.1. Empresas Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB]

- 1) Conocer a su población afiliada, identificando en ella las características diferenciales y diversidades que le permitan reconocer las particularidades a considerar en su atención.
- 2) Desarrollar e implementar un modelo de atención que responda a las necesidades de salud de la población a su cargo, con enfoque poblacional y territorial, orientado a resultados en salud; teniendo en cuenta las características las etapas de ciclo vital, étnicas, socio económicas, culturales y de género; acorde al modelo propuesto por la Secretaría Distrital de Salud, incluyendo la articulación con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, para garantizar a los afiliados el goce efectivo del derecho a la salud.
- 3) Adoptar y adaptar el Plan de Salud Territorial, de acuerdo con la estructura definida, realizando acciones en todos sus ejes y componentes.
- 4) Responder ante la Secretaria Distrital de Salud por el cumplimiento de los siguientes requisitos:
 - a) Elaboración y actualización anual del análisis de situación de salud de su población afiliada, reconociendo las particularidades locales.
 - b) Participación en la elaboración de los diagnósticos locales y distrital de salud.
 - c) Elaboración de plan indicativo y de Inversiones (cuatrienal) de salud.
 - d) Elaboración de Plan Operativo Anual y de Inversiones, POAI.
 - e) Radicación del Plan Indicativo y de Inversiones y del Plan Operativo Anual, inicialmente para los cuatro años y el anual al 31 de Enero de cada año de la vigencia del Plan Distrital de Salud.
 - f) Allegar el acto administrativo de aprobación, por el Ministerio de Salud y la Protección Social, del plan de la Empresa Promotora de Salud.
 - g) Implementación y difusión del Plan de Salud al interior de su entidad y a su red de prestadores, propios y contratados, haciendo especial énfasis en el cumplimiento de metas y normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud.
- 5) Seguir, evaluar e implementar los correctivos necesarios de mejora, en caso de requerirse y radicar los ajustes respectivos a la Secretaria Distrital de Salud.
- 6) Articular y fortalecer sus redes de servicios de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, su reglamentación, así como lo establecido por la Secretaria Distrital de Salud y demás

normas que soportan la conformación de redes territoriales de servicios de salud para el desarrollo del modelo de atención.

- 7) Dar cumplimiento a la Ley 1438 de 2011 en lo relacionado con la Atención Primaria en Salud y equipos básicos, una vez la promulgue el Ministerio de la Protección Social.
- 8) Concertar con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su red, propia o contratada, un Plan de Desarrollo organizacional y de procesos de educación continua, para ajustar competencias de los equipos de trabajo y articular con los equipos básicos de salud conformados para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Distrito Capital, de acuerdo a la reglamentación que para ello expida el Ministerio de Salud y de la Protección Social.
- 9) Adoptar y aplicar normas y lineamientos técnicos y administrativos definidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social, así como los emitidos por la Secretaría Distrital de Salud.
- 10) Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud, SIVIGILA.
- 11) Generar y reportar de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales, la información requerida por el sistema de información en salud.
- 12) Mantener una ficha actualizada de la información de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, realizadas a cada uno de los afiliados.
- 13) Garantizar el acceso a los servicios de salud, con oportunidad, calidad, seguridad y trato humanizado, en todos los niveles de atención, incluyendo la atención pre hospitalaria, aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque poblacional y diferencial, acorde con las necesidades y diversidades de sus afiliados.
- 14) Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población para el continuo de la atención sanitaria de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación frente a las enfermedades prevalentes transmisibles, condiciones no transmisibles, lesiones, salud mental y demás eventos en salud.
- 15) 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 e integrales, modelo de atención, que incluya acciones de inspección, vigilancia y control efectivo, de acuerdo con las competencias normativas que le corresponden.
- 16) Notificar a las entidades correspondientes los casos de maltrato infantil, maltrato a la mujer y violencia intrafamiliar, detectados en su red de prestadores.
- 17) Atender las auditorías concurrentes sobre los casos que representen especial atención por parte de la Central Única de Referencia y Contra referencia, CURYC, Línea 195, las 24 horas del día.
- 18) Adoptar el sistema de referencia y contra referencia definido por la Secretaría Distrital de Salud
- 19) 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.
- 20) Garantizar los mecanismos efectivos para atender las inquietudes de sus usuarios y democratizar la información sobre los sistemas de información que se refieren a las quejas, sugerencias y barreras de acceso.
- 21) Participar en las redes sociales de apoyo y protección de la población afiliada.

7.2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- 1) Adecuar e implementar un modelo de prestación que garantice su articulación con el modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas y las redes integradas e integrales de servicios de salud, definido por la Secretaría Distrital de Salud.
- 2) 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, especialmente los relacionados con la garantía del derecho a la salud, la calidad, oportunidad, seguridad y humanización.
- 3) 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.
- 4) Garantizar la atención en los servicios de salud, con oportunidad, calidad, seguridad y trato humanizado, en todos los niveles de atención y complejidad, aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque poblacional y diferencial, acorde con las necesidades, expectativas y características de sus afiliados.
- 5) Garantizar los servicios de salud de la población para la atención de la promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación frente a las enfermedades prevalentes transmisibles, condiciones no transmisibles, lesiones, salud mental y demás eventos en salud.
- 6) Garantizar la atención en salud con oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, calidad y humanización en el componente materno perinatal, fomentar la lactancia materna exclusiva y fortalecer los programas para recién nacidos y la infancia.
- 7) Favorecer los programas de humanización, ampliación de horarios de atención, hospital abierto y de servicios amigables para los afiliados.
- 8) Favorecer la implementación de la estrategia de hospitales verdes.
- 9) Disminuir todos los tipos de barreras de acceso a los servicios de salud de la población y en especial a las personas con discapacidad.
- 10) Asegurar el cumplimiento de la sentencia C355 de 2006, de interrupción voluntaria del embarazo en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su red, al 100% de las mujeres que solicitan el procedimiento y cumplen con los criterios allí establecidos.
- 11) Generar y remitir oportunamente, la información requerida por el sistema de información en salud, cumpliendo con los atributos de calidad, establecidos.
- 12) Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud, SIVIGILA.
- 13) 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.
- 14) Capacitar al talento humano en procesos del Sistema Integral de Referencia y Contra referencia, SIRC. y adoptarlo según lineamiento impartidos por la Secretaría Distrital de Salud.
- 15) Dar a conocer el Plan Territorial de Salud al talento humano asistencial y administrativo.
- 16) Garantizar la participación real y efectiva de las asociaciones de usuarios en salud, Comités de Participación Comunitaria, COPACOS, y los Comités de Ética Hospitalaria, al interior de la institución.

- 17) Garantizar los mecanismos efectivos para atender las inquietudes de los usuarios y democratizar la información sobre los sistemas de información que se refieren a las quejas, sugerencias y barreras de acceso.
- 18) Definir e implementar una política de talento humano, que garantice condiciones laborales dignas y la permanencia del personal, para asegurar resultados óptimos en la salud de la población atendida por cada institución prestadora de servicios de salud.

1. Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

- 1) Formular, implementar y evaluar el Plan Territorial de Salud, con participación de los diferentes actores del Sistema de Salud y otros actores que tengan competencia e incidencia en la salud de la población del Distrito Capital.
- 2) Tramitar ante el Concejo de Bogotá, D.C., Consejo Distrital de Planeación, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, y demás instancias competentes, la aprobación e inclusión del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital en el Plan de Desarrollo Distrital.
- 3) Coordinar y articular con los actores intra sectoriales y de otros sectores, la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las metas del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital, bajo los principios establecidos en el Plan Distrital de Desarrollo, Bogotá humana y del Plan Territorial de salud.
- 4) Participar en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, adoptarlo y adaptarlo en el Distrito en consulta y concertación con los distintos actores, y reformular el Plan Territorial de Salud del Distrito Capital y el Plan Operativo Anual, de acuerdo a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 5) Coordinar en su jurisdicción, la operación de la vigilancia en salud, en sus componentes de salud pública, prestación de servicios de salud y aseguramiento, en el marco de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 6) Elaborar, actualizar y divulgar la información resultado del análisis de la situación de salud de la población, incluyendo la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores. en el territorio del Distrito.
- 7) Promover el goce efectivo y ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social al cumplimiento de los objetivos y metas del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
- 8) Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para la ejecución del Plan de Salud del Distrito Capital, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes rectores distritales.
- 9) Ejercer rectoría para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el orden distrital y local, de acuerdo con las competencias normativas, y especialmente, en la supervisión, seguimiento, evaluación de los resultados del Plan de Territorial de Salud del Distrito Capital.

- 10) Ejercer rectoría, a través de la asesoría y asistencia técnica a las entidades encargadas del mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida y salud de la población, de acuerdo con sus competencias específicas.
- 11) Ejercer rectoría, a través de convenios, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio del Trabajo, para lograr el cumplimiento de las normas de salud ocupacional, seguridad industrial y riesgos profesionales, por parte de los empresarios y las administradoras de riesgos profesionales y unificar criterios que regulen las relaciones laborales y humanas en el Distrito Capital en interrelación con los actores de salud.
- 12) Realizar el reordenamiento de las respuestas institucionales en salud, para su funcionamiento bajo condiciones de altos estándares de calidad y satisfacción ciudadana.
- 13) Establecer lineamientos técnicos para la reorganización de Redes Integradas De Servicios de Salud, bajo un modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, acorde a las definiciones que al respecto reglamente el Ministerio de Salud y de la Protección Social.
- 14) Fortalecer el sistema de información en salud, especialmente en lo relacionado con el aseguramiento, la prestación de servicios de salud, manteniendo la información actualizada y en línea del proceso de afiliación, novedades, habilitación, acreditación en salud, capacidad instalada, referencia y contra referencia, entre otros, integrando a todos los actores del sistema, para garantizar el acceso, continuidad y la atención en salud de la población.
- 15) Administrar los Sistemas de Información para la exigibilidad del derecho público a la salud, generando información dispuesta y accesible para todos los ciudadanos, ubicando los procedimientos y actores responsables en las acciones de mejora, frente a la calidad de los servicios y a la disminución de las barreras de acceso de todo tipo.
- 16) Desarrollar la participación ciudadana en la formulación e implementación de las políticas públicas de salud, garantizando a la población su vinculación activa en la toma de decisiones.
- 17) Materializar el enfoque diferencial, mediante acciones afirmativas diseñadas y adecuadas según las particularidades de grupos poblacionales en sus territorios.
- 18) Generar complementariedad entre su quehacer y el de los sectores gremiales y empresariales, para la promoción, financiación y ejecución de acciones tendientes a lograr progreso y desarrollo de la sociedad desde la responsabilidad social empresarial en el marco del Plan de Desarrollo del Distrito Capital.
- 19) Prestar asesoría y asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, para la construcción de su correspondiente Plan de Salud.
- 20) Recibir, revisar y retroalimentar y hacer seguimiento al plan indicativo y operativo de cada Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.

2. La Ciudadanía

- 1) Participar de manera activa en la planeación, diseño, formulación, implementación y seguimiento del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
- 2) Contribuir en la implementación y desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- 3) Participar activamente en la construcción y fortalecimiento del tejido social e institucional, tendiente a consolidar acciones de movilización social y exigibilidad del derecho a la salud, que permitan la transformación de condiciones de vida de los habitantes del Distrito Capital.
- 4) 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.
- 5) Movilizar activamente a la comunidad en torno a la defensa de lo público, incluyendo el fortalecimiento de los hospitales públicos y participar en la construcción de una agenda de control social para la defensa del derecho a la salud.
- 6) Contribuir al fortalecimiento de las organizaciones sociales en los territorios, para la materialización de propuestas participativas en proyectos viables.
- 7) Contribuir a la construcción de una ciudad más humana y garante de derechos.
- 8) Demandar información y orientación que permita el goce efectivo del derecho a la salud.
- 9) Participar activamente en la toma de decisiones, incluyendo la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas.
- 10) 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.

3. Academia y Gremios Profesionales

- 1) Participar en la construcción del Plan Territorial de Salud para el Distrito Capital, especialmente las unidades académicas de ciencias de la salud.
- 2) Difundir el Plan Territorial de Salud a la comunidad educativa, con énfasis en docentes y estudiantes.
- 3) Orientar las prácticas académicas de los estudiantes en particular los de ciencias de la salud y ciencias sociales, de conformidad con las necesidades en salud y las metas a cumplir, expresadas en el Plan de Salud Territorial.
- 4) Participar en los procesos de implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.

- 5) 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.
- 6) Establecer y promover articulaciones y alianzas entre diferentes agentes académicos e instituciones vinculadas a la producción de conocimiento.
- 7) Articular con las redes de universidades los procesos de implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
- 8) Ajustar los currículos académicos para que incluyan contenidos técnicos bajo nuevos paradigmas, valores y principios éticos, que contribuyan a la formación de profesionales en general y de salud en particular, para que sean integrales, respetuosos de la condición humana y garantes de los derechos.
- 9) Promover proyectos de invención e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento y avances en salud.
- 10) 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.
- 11) Apoyar la circulación democrática de la producción científica relevante.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) Definir e implementar estrategias de articulación dentro del sector educativo universitario y en general, para promover acciones colectivas unificadas e integrales entre las áreas profesionales y las acciones propias del territorio del Distrito Capital, que generen iniciativas de desarrollo sustentable y humanizado para la Ciudad y la Región.

4. Administradoras de Riesgos Profesionales

- 1) Participar en la construcción del Plan Territorial de Salud.
- 2) Difundir el Plan Territorial de Salud a sus funcionarios y a sus afiliados.
- 3) 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.

- 4) Articular con la Secretaria Distrital de Salud, el seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos profesionales en el Plan Territorial de Salud del Distrito Capital, de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 5) Definir y desarrollar el plan anual de acción de prevención de riesgos profesionales de sus empresas afiliadas, con base en riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus trabajadores, en función de la actividad económica, el tamaño de la empresa y la accidentalidad, de acuerdo con las instrucciones que en tal sentido imparta el Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo.
- 6) Garantizar la operación de la vigilancia en salud pública en el entorno laboral.
- 7) Promocionar entornos saludables que favorezcan la salud y protejan a los trabajadores de accidentes laborales y de enfermedades profesionales.
- 8) Garantizar la prevención, atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades profesionales y accidentes laborales.
- 9) Proteger a los trabajadores con discapacidad, a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.
- 10) 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.
- 11) Participar en la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud lideradas por la Secretaria Distrital de Salud.
- 12) Fomentar la participación y desarrollo de la gestión del conocimiento y la investigación en salud de los trabajadores, que favorezcan el mejoramiento de sus condiciones de vida, trabajo y salud.

5. 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) Diseñar e implementar estrategias de producción limpia que protejan el ambiente y generen bienes y servicios amigables y saludables para la población consumidora.
- 4) Promover proyectos de invención e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento y avances en salud.
- 5) 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.
- 6) Participar activamente en la construcción de políticas públicas para la ciudad.

- 7) Fomentar la participación y desarrollo de la gestión del conocimiento y la investigación en salud de los trabajadores, que favorezcan el mejoramiento de sus condiciones de vida, trabajo y salud.
- 8) 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.

8. Metodología

La Secretaría Distrital de Salud, ha venido adelantando un proceso de planeación participativa local y distrital, para la articulación de iniciativas sectoriales de inversión, en torno al cumplimiento de objetivos y planteamientos de política pública, incorporados en los planes de desarrollo de largo y mediano plazo, aprobados por el Concejo de Bogotá D.C., así como los demás instrumentos de planificación y de gestión sectorial instituidos para la Ciudad, en contexto de la normatividad vigente que regula el proceso de planificación para la Ciudad, dentro de la cual cabe mencionar lo establecido en el Título XII de la Constitución Política de Colombia de 1991, Artículos 339 a 344; lo dictaminado en la Ley 152 de 1994, Orgánica del Plan de Desarrollo; lo estipulado en el Acuerdo Distrital 12 de 1994, Estatuto de Planeación y, las demás normas, reglamentos y jurisprudencia sobre la materia, con alcance y vigencia para los niveles territoriales, durante la última década.

En desarrollo de éste proceso, desde el sector público de la salud en Bogotá D.C., se viene avanzando en la garantía del derecho a la salud, por medio de la universalización del aseguramiento en salud y el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada. Partiendo de la caracterización de individuos, familias y territorios, se hace reconocimiento de problemáticas y necesidades, para la posterior organización de respuestas integrales, sectoriales y de otros sectores, en ámbitos de vida cotidiana y en instituciones del sector salud, lo cual ha permitido la canalización y respuesta efectiva a demanda de atenciones, así como la identificación de brechas en calidad de vida y salud, con la articulación de acciones individuales y colectivas, así como preventivas y curativas, a poblaciones en territorios específicos.

De igual forma, se vienen adelantando esfuerzos encaminados a transformar la perspectiva institucionalizada de la participación social, a través del fortalecimiento del ejercicio de ciudadanía en salud, mayor vinculación y empoderamiento de la comunidad para la exigibilidad del derecho a la salud y en los procesos de gestión, junto con las acciones hacia el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, en especial la red de urgencias y la articulación con la red privada de servicios de salud, afianzando así la capacidad de gestión ganada en los últimos años, con incidencias positivas en la calidad de vida de los pobladores de la ciudad. De esta forma, se han generado bases para la transformación estructural del modelo de salud asistencialista prevaleciente, hacia lo preventivo y promocional, a través del rescate del enfoque de derechos, tanto individuales como colectivos, como ejes centrales del quehacer estatal. Este cambio de perspectiva privilegia el trabajo con la comunidad desde una mirada más territorial y desde una gestión más cercana a los ámbitos en donde transcurre la vida de la gente, para de esta forma intervenir positivamente los determinantes que afectan la salud de la población bogotana.

Para avanzar en el desarrollo del sector salud y de la Ciudad, se planteó la formulación del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, en cumplimiento de los mandatos sobre los cuales las entidades territoriales y entre ellas la Secretaría Distrital de Salud, deberán dar estricto

cumplimiento, articulando en el largo, mediano y corto plazo, a actores, recursos, instrumentos y estrategias frente a la solución estructural de los problemas, necesidades y expectativas en salud y en la calidad de vida de la población de la ciudad, actuando en la determinación de los mismos, para lo cual, desde la Ley 1438 de 2011, se impartieron lineamientos para los entes territoriales relacionados con un mayor acercamiento entre instituciones del sector público y privado y la comunidad, haciéndose necesario que en todas y cada de las fases del proceso planificador, se garantice de manera sistemática la participación de dichos actores.

8.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de construcción participativo del Plan Territorial de Salud y del componente de salud para el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012 - 2016.

8.2. Estrategia Metodológica

Para el cumplimiento del objetivo general, se propuso el desarrollo de las fases descritas a continuación; dentro de las cuales se realizaron actividades específicas así:

8.2.1. Fase 1 de Preparación

Consistió en el alistamiento de los insumos necesarios para el desarrollo del proceso. En esta fase se realizaron las siguientes actividades:

- 1) Convocatoria y socialización, por la Dirección de Planeación y Sistemas, de los lineamientos para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 2) Conformación del equipo coordinador y líder, por parte de la Dirección de Planeación y Sistemas en articulación con las demás dependencias de la entidad, para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 3) Preparación y presentación de la metodología para el desarrollo del proceso de formulación participativa de los diferentes actores y sectores que contribuyan con sus responsabilidades, conocimientos y experiencias en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 4) Aprobación de la metodología por el Comité Directivo de la Entidad.
- 5) Revisión y presentación de las experiencias y aprendizajes del proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud 2008 - 2012.
- 6) Revisión de diagnósticos locales y distrital de salud de 2010 y 2011, así como de la normatividad nacional y local vigente para el sector salud y para la formulación de los planes de desarrollo, políticas públicas, programas y proyectos del sector, el planteamiento de los compromisos internacionales y lineamientos nacionales, distritales y

de otros sectores que aportan a la formulación del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016 para Bogotá D.C.

- 7) Revisión y presentación del soporte conceptual, considerando las perspectivas contemporáneas, el modelo de desarrollo humano, el modelo económico, el modelo explicativo de determinación del proceso la salud enfermedad, la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, el enfoque de derechos, así como de sistemas y modelos de salud.
- 8) Revisión del Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional de Salud Pública, lineamientos del Plan Decenal de Salud Nacional y política pública de salud para el país, Agenda 21 de la Organización Mundial de la Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre otros.

Como resultado de la realización de las actividades de esta fase se obtuvieron los siguientes productos: metodología para la formulación, armonización, aprobación y socialización del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016 y el consolidado de documentos y presentaciones de insumos para la formulación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.

i. Fase 2 de Formulación

Consistió en el diseño y estructuración de la propuesta del Plan Territorial de Salud y del componente del Plan de Desarrollo, “Bogotá Humana” 2012-2016, aplicando la metodología participativa aprobada al interior de la Entidad. En esta fase se realizaron las siguientes actividades:

- 1) Análisis e incorporación de las líneas políticas del Programa de Gobierno y del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 2) Definición de la plataforma estratégica del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”: misión, visión, líneas de políticas, objetivos estratégicos y estrategias.
- 3) Identificación, análisis y definición de las fuentes de financiación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”.
- 4) Armonización de líneas, objetivos y estrategias del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” con las diferentes políticas y planes del nivel internacional, nacional y distrital.
- 5) Formulación de programas, metas, indicadores, proyectos y responsables, en el contexto de la plataforma estratégica institucional basada en procesos.
- 6) Asignación de recursos y aplicación de fuentes de financiamiento del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”.
- 7) Acompañamiento permanente en la formulación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”: a todos los actores partícipes del proceso, aplicando la metodología aprobada por el Comité Directivo de la Entidad y actualizando la documentación y sistematización del proceso.
- 8) Articulación, coordinación y retroalimentación permanente del proceso al interior de la Secretaría Distrital de Salud, con la Secretaría Distrital de Planeación, la Alcaldía Mayor de Bogotá y demás instancias pertinentes.
- 9) Realización de la convocatoria a los diferentes sectores, actores de la ciudad y de la Administración Distrital, en coordinación con la Secretaría Distrital de Planeación y el

Consejo de Gobierno, para la formulación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.

- 10) Organización y participación en los cabildos locales, como mecanismos de identificación de necesidades de la población.
- 11) Elaboración del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 12) Presentación y gestión para la aprobación del Plan Territorial de salud y del componente de salud del Plan distrital de Desarrollo, Bogotá Humana, en las distintas instancias aprobatorias.

En desarrollo de esta fase se obtuvieron los siguientes productos: documento de compilación de información relacionado con el diseño, estructuración, formulación y mecanismos de seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016., de acuerdo con la metodología aprobada. Documento y sistematización del proceso de acompañamiento en la fase de formulación, incluidos los diferentes eventos de construcción participativa. Documento del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016., de acuerdo con la metodología aprobada.

ii. Fase 3 de Aprobación

Consistió en la preparación de insumos y aprobación del Plan Territorial de salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, por parte de las siguientes instancias: Comité Directivo de la Secretaría Distrital de Salud; Secretario Distrital de Salud; Consejo de Gobierno de la Alcaldía Mayor; Alcalde Mayor de Bogotá D. C.; Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud; Consejo Territorial de Planeación; Consejo de Bogotá D.C. y Ministerio de Salud y Protección Social. En esta fase se ejecutaron las siguientes actividades:

- 1) Acompañamiento permanente en el proceso de aprobación de los planes, incluidos los eventos previstos para tal fin, documentación y sistematización continua del proceso, que incluyó los ajustes que surgieron en el mismo.
- 2) Preparación de documentos técnicos y demás insumos requeridos.
- 3) Emisión de respuestas a observaciones de distintos actores.
- 4) Coordinación de agendas con las diferentes instancias para su aprobación
- 5) Presentación y sustentación ante todas las instancias aprobatorias.
- 6) Retroalimentación permanente del proceso de aprobación del grupo coordinador y líder a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
- 7) Ajustes a los documentos de acuerdo con las observaciones de las diferentes instancias aprobatorias.
- 8) Documentación de la aprobación por las diferentes instancias.

Para la fase de aprobación se obtuvieron como productos los siguientes: Documento de sistematización del proceso en la fase de aprobación. Documentos preliminares y definitivos del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá

Humana” 2012-2016. Actas y soportes de aprobación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo.

iii. Fase 4 de Ajuste y Armonización

Consiste en el acoplamiento entre los Planes de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” y “Bogotá Humana”. Se incluyen las siguientes actividades:

- 1) Revisión de las acciones de “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, grado de avance, cumplimiento, y evaluación de la continuidad dentro del contexto de la política pública “Bogotá Humana 2012-2016”.
- 2) Análisis, armonización, priorización y asignación de recursos financieros, de funcionamiento y de inversión, para la implementación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 3) Definición operativa del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, integrando objetivos, líneas de política, metas, estrategias, actividades, indicadores, recursos financieros, fuentes de financiación y responsables para el período 2012-2016 y su desagregado en anualidades.
- 4) Programación del Plan de Acción 2012-2016, del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 5) Formulación, inscripción y registro en el Banco de Programas y Proyectos de Planeación Distrital, de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud, 2012-2016.
- 6) Ajuste del Plan de Acción y del Plan de Contratación del segundo semestre de 2012, para cada uno de los proyectos.
- 7) Programación del: Plan Operativo Anual segundo semestre 2012, Plan de Contratación, Plan de Gestión de la Secretaría Distrital de Salud, Productos, Metas y Resultados del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.

En cumplimiento de las actividades planteadas se obtuvieron los siguientes productos: documento de armonización del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” y del Plan “Bogotá Humana”, con base en los instrumentos, metodologías y lineamientos expedidos por la Secretaría Distrital de Planeación para el proceso. Documento y sistematización del proceso de acompañamiento permanente en la fase de ajuste y armonización. Documentos de armonización de los Planes Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, de acuerdo con la metodología aprobada y con los planteamientos de la política pública del Alcalde Mayor de Bogotá D.C. elegido para el período 2012-2016. Documento Plan Operativo Anual de Inversiones 2012-2016 acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud. Documentos de proyectos de inversión, ficha Estadística Básica de Inversión, Plan de Acción, Plan de Contratación y Territorialización 2012-2016. Resolución del Plan de Gestión de la Secretaría Distrital de Salud. Documento Plan Operativo Anual de las direcciones. Documento de presupuesto por Productos, Metas y Resultados del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y de la Secretaría Distrital de Salud.

iv. Fase 5 de Socialización

Consistió en la difusión del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016 a los diferentes actores y sectores. En esta fase se ejecutaron las siguientes actividades:

- 1) Realización de eventos de socialización del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016 con los diferentes actores y sectores de la Ciudad.
- 2) Diseño, elaboración y difusión de piezas comunicacionales del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 3) Acompañamiento permanente en el proceso de socialización y elaboración de la documentación y sistematización continúa.
- 4) Retroalimentación permanente del proceso de socialización del grupo coordinador y líder a la Secretaría Distrital de Salud.
- 5) Elaboración de la documentación, consolidación y sistematización de los documentos finales que surgieron del proceso de socialización del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 6) Acompañamiento y sistematización de los eventos programados para la socialización del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 7) Publicación final y entrega del documento del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016 a los diferentes actores y sectores de la Ciudad.

Durante la fase de socialización se generaron los siguientes productos: Documento de sistematización del proceso de socialización Plan Territorial de Salud y del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, incluidos los eventos realizados. Publicación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016. Piezas comunicacionales de divulgación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.

v. Fase 6 de Adopción

Consistió en la adopción e incorporación del Plan Territorial de Salud por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás actores del sector. Incluyó las siguientes actividades:

- 1) Definición de lineamientos de trabajo para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2) Definición de responsabilidades de los diferentes actores en la implementación del Plan Territorial de salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, acorde a sus competencias.
- 3) Elaboración del plan de trabajo para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- 4) Convocatoria para impartir lineamientos y cronograma de trabajo para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 5) Revisión y ajuste de instrumentos por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 6) Asesoría, asistencia técnica y acompañamiento a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la adopción del Plan.

Durante el desarrollo de esta fase se obtuvieron los siguientes productos: Lineamientos de adopción del Plan Territorial de Salud. Documento de plan y cronograma de trabajo para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Documento de competencias por actores para la implementación del Plan Territorial de salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016. Instrumentos ajustados para el seguimiento de la implementación del Plan por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

vi. Fase 7 Implementación y Seguimiento

Incluye el desarrollo de todos los compromisos de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud incluidos en el Plan Territorial de Salud y del componente de salud del plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016, de acuerdo con sus competencias. Contempla las siguientes actividades:

- 1) Apertura de la ejecución presupuestal del Fondo Financiero Distrital de Salud.
- 2) Aprobación y ejecución del Plan de contratación del Fondo Financiero Distrital de Salud.
- 3) Ajuste de la plataforma estratégica de la Secretaría Distrital de Salud y de los procesos del Sistema Integrado de Gestión.
- 4) Seguimiento y ajustes a la ejecución de los proyectos de inversión durante las vigencias fiscales 2012-2016 y al inicio de cada vigencia.

Una vez aprobado y socializado el Plan Territorial de Salud se inició la ejecución presupuestal, con base en:

- 1) Certificados de disponibilidades y registros presupuestales,
- 2) Giros con cargo a los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud;
- 3) Plan de Contratación del Fondo Financiero Distrital de Salud aprobado y en ejecución;
- 4) Ejecución física,
- 5) Entrega de productos, bienes, servicios
- 6) Cumplimiento de los objetivos, metas y actividades programadas;
- 7) Informes de seguimiento mensual de los objetivos, metas y actividades programadas,
- 8) Rendición de cuentas y demás informes solicitados por la Administración y entes de control
- 9) Plataforma estratégica de la Secretaría Distrital de Salud ajustada

10) Documentos de seguimiento, modificaciones y actualizaciones anuales de los proyectos de inversión.

vii. Fase 8 Evaluación

Consiste en el análisis de los efectos e impactos directos e indirectos, generados como resultado de la ejecución del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016. Incluye las siguientes actividades:

- 1) Definición de la metodología de evaluación y los instrumentos del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 2) Adopción e implementación de la metodología de evaluación del Plan.
- 3) Elaboración y entrega de documentos de evaluación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016.
- 4) Toma de decisiones y ajustes acorde a los resultados de la evaluación.

Esta fase tiene como productos: Documento de metodología de evaluación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016. Instrumentos de evaluación del Plan. Documentos de evaluación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016. Documentos de ajuste al Plan.

9. Bibliografía

- 14) CELADE/CEPAL, Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía. Santiago de Chile. 2006
- 15) Corte Constitucional colombiana. Sentencia N° T-760 de 2008
- 16) Constitución Política de la Republica de Colombia 1991.
- 17) Declaración Universal de los derechos Humanos. En <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. Consultada junio de 2012.
- 18) Departamento Nacional de Estadísticas , DANE –SDP Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011
- 19) Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE. Censo 2005
- 20) Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE]. Proyecciones de Población 2006-2020 consultado en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf> 27 de enero de 2012
- 21) Fondo de Riesgos Profesionales. www.fondoriesgosprofesionales.gov.co/documents/Infoestadistica/2011/estadisticas_sgrp_ene2011. Consultado 10 de Agosto de 2011
- 22) Gro Harlem Brundtland. Informe Brundtland. Comisión Mundial Para el Medio Ambiente y el Desarrollo de la ONU. 1987.
- 23) Hufty, M ; Báscolo, E ; Bazzan, R. Gobernanza en salud: Un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 Sup:S35-S45, 2006.
- 24) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. Encuesta Nacional de Situación Nutricional En Colombia. ENSIN 2010. Primera edición. Agosto 2011
- 25) Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad, cifras preliminares del 2011.
- 26) Observatorio de salud. Colombia. Memorias del foro Ley 1438 de 2011 y los Indicadores de Goce Efectivo del Derecho a la Salud. 2011.
- 27) Organización de Naciones Unidas. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York y Ginebra, 2006
- 28) Organización Panamericana de la Salud. La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud. 2007. Consultado en diciembre 2011 en: <http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf>.
- 29) OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1997.
- 30) Organización Mundial de la salud. Propuesta Plan de desarrollo económico y social y de obras públicas para el Distrito Capital 2012-2016 al derecho a la salud, ubicando los procedimientos y actores responsa Consultado en: <http://www.paho.org/spanis>
- 31) Organización Internacional del trabajo. <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>.
- 32) Organización Panamericana de la Salud, Representación de Chile. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Material Procuraduría General de la Nación, 2011.
- 33) Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud , 2010
- 34) Plan Integral Único de Atención a población desplazada, 2011-2020
- 35) Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo, Colombia. Bogotá, Una Apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá, 2008. Pag.21.
- 36) Secretaría Distrital de Ambiente. Inventario de emisiones y proyección de emisiones del Plan Decenal de Descontaminación del Aire para Bogotá (SDA, 2010)
- 37) Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011-2023. Bogotá D.C., Octubre de 2011
- 38) Secretaria Distrital de Salud – Dirección de Salud Pública – Equipo técnico poblacional. El enfoque poblacional. Febrero de 2012.
- 39) Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos PIC 2011.

- 40) Secretaria Distrital de Salud.
- 41) <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/ProtocolosdeVigilanciaenSaludPublica/DocumentoPreliminarDiagnosticoBasicoDistrital2010pdf>. Consultado el 27 de marzo de 2012
- 42) Secretaría Distrital de Salud, IDEPAC, PROROM. Lectura de necesidades Rom y plan de acciones afirmativas, documento de trabajo, 20xx
- 43) Secretaría Distrital de Salud, UNODC, Ministerio de Protección Social, Comisión Interamericana contra el abuso de drogas – CICAD de la OEA, Dirección Nacional de Estupefacientes. “Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C., 2009.
- 44) Secretaria Distrital de Salud, Política de Provisión de Servicios de la Salud para Bogotá, D.C. 2009.
- 45) Secretaria Distrital de Salud. Díaz Martín, Carlos Alejandro. Diagnostico Distrital de Calidad de Vida y Salud de las personas LGBT, 2010
- 46) Secretaria Distrital de Salud. Grupo técnico de discapacidad. Resumen de política de discapacidad. Bogotá. 2011
- 47) Secretaria Distrital de Salud. Torres, Méndez, Triviño, Carmona. Equipo de sistematización. Política Pública de Participación social y servicio al ciudadano en salud. Diciembre 2008
- 48) Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas. Saenz, Julio. Análisis de Producción mediante Metodología de Unidades de Valor Relativo (UVR). Agosto de 2011.
- 49) Secretaría Distrital de Gobierno. Centro de Estudio y Análisis de la Convivencia y Seguridad Ciudadana. CEACSC.
- 50) Secretaría de Planeación Distrital. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales resultados - Temas nuevos. Condiciones urbanas
- 51) Sueli L, Couto Rosa. Desarrollo humano y desarrollo local. La dimensión de lo político y de lo social en el Desarrollo Humano local. S.F.Escuela Virtual de PNUD, Bogotá.2001.
- 52) 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 en CD, capitulo Colombia
- 53) Vásquez y otros. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria. 2002; 16(1): 30-38.
- 54) Veeduría Distrital. “Vivir en Bogotá: Índice de Desarrollo Humano 2010” Pág. 26.

10. Anexos

Anexo 1
Mortalidad Evitable por Principales Causas y
Otros Indicadores de Salud y Calidad de Vida para Bogotá D.C. 2000-2010

Indicador	2000	2010
Razón de mortalidad materna [por mil nacidos vivos]	92.8	36.6
Tasa de mortalidad infantil [por mil nacidos vivos]	18.5	11.2
Tasa de mortalidad por desnutrición [por cien mil menores de cinco años]	4.4	0.8
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años	15,3	11,0
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años	10,9	8,4
Tasa de mortalidad perinatal [por mil nacidos vivos]	15.0	17.3
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años [por cien mil menores]	10.8	1.0
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años [por cien mil]	40.8	14.0
Tasa de Suicidio [por cien mil habitantes]	5,8	3,5
Tasa de mortalidad general en menores de cinco años [por cien mil menores]	42.1	24.5
Embarazos en Adolescentes de 10 a 14 años	540	494
Embarazos en Adolescentes de 15 a 19 años	21.903	18.609
Cobertura de vacunación con anti polio en menores un año	81.7	94.2
Cobertura de vacunación difteria, tétanos y tos ferina [DPT] menores de un año	79.4	94.2
Porcentaje de cobertura de vacunación con BCG en menores de un año	100,8	101,1
Cobertura de vacunación contra hepatitis B en menores de un año	78,9	93,8
Cobertura de vacunación Haemophilus Influenzae menores de un año	80,8	94,2
Cobertura de vacunación contra triple viral en menores de un año	75.9	97.3
Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en menores de un año [*2004]	76,8*	69,9

Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra la Hepatitis A ⁷⁵	0	65.079
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra rotavirus	0	220.848
Dosis de vacunación aplicada en población adulta contra el neumococo	0	82.183
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra neumococo	0	346.692
Número de afiliados al régimen Subsidiado de la Seguridad Social en Salud	1.043.968	1.309.008
Tasa de donación de sangre [por cada mil habitantes][*2005]	25,5[*]	26,0
Tasa de Donación de órganos y tejidos [por mil habitantes] [*2005]	11,3[*]	19,0
Esperanza de vida al nacer total Bogotá D.C. [años]	73,23	75,94
Tasa general de fecundidad [*2002]	51.4	46[*]
Tasa global de fecundidad [*2002]	2,00	1,8[*]
Tasa bruta de natalidad [*2002]	19.1	17.1[*]
Tasa de trabajo infantil [por mil menores] [*2001]	5,3*	2,8

Fuentes. Mortalidad evitable: 1]. Antes de 2008, Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2]. 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. 3]. 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares. Para Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud: Fuente: 2008: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado [Activos –Suspendidos] con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado [Activos –suspendidos] con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado [Activos –suspendidos] con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS- Dirección de Aseguramiento. Para Embarazos en Adolescentes: Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010. Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. Fuente Esperanza de vida al nacer: Secretaría de Hacienda Distrital. Información disponible en <http://www.redbogota.com/endatos/0100/0130/01321.htm>. Fuente Tasas de natalidad y fecundidad: secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Boletín de Estadísticas vitales para Bogotá D.C. Fuente Trabajo Infantil: Secretaría de Integración Social “Infancia y Adolescencia Protegida Integralmente”. Bogotá D.C. Abril de 2008 y Su vida: educación en salud Para la Prevención de Enfermedades. Disponible en <http://www.su-vida.com/node/881>

⁷⁵ En 2008 se introdujo para Bogotá D.C. la vacunación contra rotavirus, hepatitis A y Neumococo niños. En 2010 contra neumococo adultos y en 2011, VPH.

Anexo 2
Apropiación y Recaudo Ingresos Fondo Financiero Distrital de Salud 2008 - 2012
[Cifras en millones de \$]

INGRESOS FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD PERIODO 2008-2012 (CIFRAS EN MILLONES DE \$)

DESCRIPCION	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		PROMEDIO 2008-2012	
	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%	DEFINITIVO	%
INGRESOS CORRIENTES	106.200	15,38%	111.956	11,15%	126.528	10%	140.161	11%	151.325	10,83%	199.276	12,44%	151.924	7,72%	167.943	10,7%	176.015	10,48%	1.331.328	10,73%
RENTAS CEDIDAS	101.588	14,71%	110.260	10,98%	124.963	10,21%	138.736	10,87%	149.347	10,69%	148.455	9,27%	150.079	7,63%	165.859	10,5%	172.660	10,3%	1.261.947	10,17%
TRANSFERENCIAS NACION	96.558	13,98%	107.742	10,73%	129.700	10,59%	135.844	10,65%	142.328	10,19%	200.111	12,50%	208.121	10,58%	96.283	6,1%	326.818	19,5%	1.443.505	11,63%
APORTE ORDINARIO	141.200	20,44%	379.259	37,77%	390.712	31,91%	370.177	29,01%	469.258	33,59%	567.569	35,44%	556.435	28,29%	666.799	42,4%	567.673	33,8%	4.109.082	33,10%
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	305.421	44,22%	339.285	33,79%	382.742	31,26%	384.574	30,14%	409.295	29,30%	450.157	28,11%	470.447	23,92%	441.813	28,1%	425.883	25,4%	3.609.617	29,08%
OTRAS TRANSFERENCIAS DE LA NACION	96.557	13,98%	107.742	10,73%	129.700	10,59%	135.844	10,65%	142.328	10,19%	200.111	12,50%	208.121	10,58%	96.283	6,1%	326.818	19,5%	1.443.504	11,63%
RECURSOS DE CAPITAL	41.277	5,98%	65.777	6,55%	194.568	15,89%	245.290	19,22%	224.776	16,09%	184.320	11,51%	579.770	29,48%	200.446	13%	182.567	10,9%	1.918.791	15,46%
TOTAL	690.656	100%	1.004.019	100%	1.224.250	100%	1.276.046	100%	1.396.982	100%	1.601.433	100%	1.966.697	100%	1.573.284	100%	1.678.956	100%	12.412.323	100%

Fuente: SDS / FFDS - Dirección Financiera / Tesorería

Anexo 3
Apropiación y Recaudo Ingresos por Fuente de Financiación Fondo Financiero
Distrital de Salud 2004 - 2012
[Cifras en millones de \$]

Fuentes De Financiación	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Valor	% participación	Valor	% participación	Valor	% participación	Valor	% participación	Valor	% participación	Valor	% participación	Valor	% participación	Valor	% participación	Valor	% participación
Sistema General de Participaciones	305.421	45,47%	339.285	37,12%	382.742	38,22%	384.574	38,58%	404.410	36,20%	483.579	35,41%	490.024	27,86%	441.813	34,30%	425.883	28,24%
Aporte Ordinario	140.800	20,96%	314.190	34,38%	298.585	29,82%	267.072	26,79%	399.367	35,75%	442.417	32,40%	470.447	26,75%	393.134	30,52%	434.571	28,82%
Otras Transferencias de la Nación	96.557	14,38%	107.742	11,79%	129.700	12,95%	135.844	13,63%	142.328	12,74%	195.743	14,33%	450.302	25,60%	200.446	15,56%	326.819	21,67%
Rentas Cedidas	92.453	13,76%	85.222	9,32%	114.132	11,40%	119.467	11,99%	130.626	11,69%	131.861	9,66%	208.121	11,83%	154.414	11,99%	156.236	10,36%
Recursos de Capital	31.854	4,74%	65.777	7,20%	74.721	7,46%	88.363	8,87%	38.470	3,44%	108.384	7,94%	138.094	7,85%	96.283	7,47%	161.238	10,69%
Otros Ingresos Corrientes	4.614	0,69%	1.697	0,19%	1.565	0,15%	1.426	0,14%	1.979	0,18%	3.516	0,26%	1.844	0,10%	2.084	0,16%	3.355	0,22%
Total	671.699	100%	913.913	100%	1.001.445	100%	996.746	100%	1.117.180	100%	1.365.180	100%	1.758.832	100%	1.288.174	100%	1.508.102	100%

Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud con Fechas de corte a Diciembre 31 de cada año. 2004 -2011 Recaudo, 2012 apropiación.

Anexo 4
Inversión Directa Fondo Financiero Distrital de Salud 2004 – 2012
[Cifras en millones de \$]

CONCEPTO	2004			2005			2006			2007			2008		
	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%
SALUD PUBLICA	30.203	30.186	99,94%	75.062	73.066	97,34%	122.747	121.295	98,82%	104.316	102.865	98,61%	142.311	141.518	99,44%
ASEGURAMIENTO	616.987	583.788	0%	730.772	715.921	97,97%	778.383	746.496	95,90%	782.375	768.026	98,17%	865.923	781.485	90,25%
PRESTACION DE SERVICIOS	3.819	3.717	0%	46.972	45.371	96,59%	44.555	37.181	83,45%	40.814	40.782	99,92%	53.332	51.142	95,89%
FORTALECIMIENTO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	14.010	13.637	97,34%	52.000	51.755	99,53%	47.641	47.632	99,98%	53.337	53.132	99,62%	44.391	40.835	91,99%
INVESTIGACION EN SALUD	50	37	73,49%	738	738	100,00%	500	430	86,00%	474	474	100,00%	1.375	1.293	94,03%
PARTICIPACION SOCIAL	733	669	91,31%	1.369	1.245	90,96%	1.736	1.659	95,59%	1.940	1.940	99,99%	3.140	3.132	99,74%
SISTEMAS	5.717	4.440	77,66%	6.000	5.811	96,85%	4.784	4.663	97,48%	12.323	12.306	99,86%	5.241	5.233	99,84%
TALENTO HUMANO	179	85	47,38%	1.000	878	87,85%	1.100	968	87,97%	1.166	1.163	99,74%	1.466	1.443	98,45%
TOTAL	671.699	636.559	94,77%	913.913	894.785	97,91%	1.001.445	960.323	95,89%	996.746	980.688	98,39%	1.117.179	1.026.081	92%
CONCEPTO	2009			2010			2011			2012			Total 2004 -2012		
	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%	APROPIACION	EJECUCION	%
SALUD PUBLICA	173.223	172.899	99,81%	174.782	170.418	97,50%	173.310	168.672	97,32%	176.761	36.821	20,83%	1.172.716	1.017.738	86,78%
ASEGURAMIENTO	1.037.755	904.635	87,17%	1.343.045	1.254.017	93,37%	919.485	743.799	80,89%	1.151.085	78.459	6,82%	8.225.811	6.576.625	79,95%
PRESTACION DE SERVICIOS	96.010	95.677	99,65%	64.337	63.013	97,94%	132.504	128.086	96,67%	90.265	21.720	24,06%	572.607	486.690	85,00%
FORTALECIMIENTO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	46.585	25.205	54,10%	163.525	142.802	87,33%	39.787	25.306	63,61%	58.598	0	0%	519.874	400.303	77,00%
INVESTIGACION EN SALUD	4.518	4.476	99,07%	4.654	4.324	92,91%	7.707	7.166	92,97%	9.575	0	0%	29.592	18.937	64,00%
PARTICIPACION SOCIAL	1.788	1.783	99,67%	1.800	1.798	99,89%	3.983	3.834	96,28%	4.500	0	0%	20.989	16.060	76,52%
SISTEMAS	3.816	3.813	99,92%	4.807	4.662	96,98%	9.519	9.285	97,54%	15.566	120	0,77%	67.773	50.333	74,27%
TALENTO HUMANO	1.805	1.805	99,99%	1.882	1.882	100,00%	1.879	1.878	99,95%	1.750	260	14,86%	12.228	10.363	84,75%
TOTAL	1.365.501	1.210.293	88,63%	1.758.832	1.642.915	93,41%	1.288.174	1.088.026	84,46%	1.508.102	137.379	9,11%	10.621.590	8.577.050	80,75%

Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud con Fechas de corte a Diciembre 31 de cada año.

Anexo 5

Presupuesto Gastos de Funcionamiento e Inversión FFDS Periodo 2004 -2011 (Millones de \$)

VIGENCIA	RUBRO	INVERSIÓN	%	FUNCIONAMIENTO	%
2004	Apropiación	671.699	94,77	6.151	94,18
	Compromiso	636.558		5.791	
	Pago	452.110	67,31	4.598	74,75
2005	Apropiación	913.913	97,90	7.286	95,62
	Compromiso	894.739		6.967	
	Pago	634.979	69,48	5.649	77,53
2006	Apropiación	1.001.445	95,89	8.088	96,44
	Compromiso	960.323		7.962	
	Pago	690.162	69,82	6.536	80,81
2007	Apropiación	996.746	98,39	8.755	96,09
	Compromiso	980.678		8.413	
	Pago	715.867	71,82	6.472	73,92
2008	Apropiación	1.117.179	91,92	10.507	98,74
	Compromiso	1.026.865		10.374	
	Pago	802.394	71,82	8.413	80,07
2009	Apropiación	1.365.501	88,63	9.500	98,82
	Compromiso	1.210.293		9.388	
	Pago	1.032.169	75,59	8.509	88,67
2010	Apropiación	1.758.832	93,41	13.094	97,51
	Compromiso	1.642.915		12.768	
	Pago	1.362.695	77,48	11.631	88,83
2011	Apropiación	1.288.174	84,46	17.726	57,07
	Compromiso	1.088.026		8.638	
	Pago	931.720	72,33	6.342	46,09
2012	Apropiación	1.658.299		20.657	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección Financiera. Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud con Fechas de corte a Diciembre 31 de cada año.

CREDITOS

Equipo de Apoyo Técnico Secretaría Distrital de Salud

Germán Ávila
Ruth Yaneth Carrero Vergara
Adriano Lozano Escobar
Fernán Espinosa Tamara
Patricia Londoño Ulloa
Rosario Calle
María del Pilar Sáenz
Bibiana Robayo
Guillermo Álvarez Henao
Patricia Rozo Lesmes
Carlos Alejandro Díaz
Adriana Padilla Castañeda
Daibeth Hernández
Pilar Cardona Gómez
Adriana Perdomo
Dora Duarte
Luz Mireya Ardila Ardila
Ana María Sierra Nova
Deccy González
Luz Mery Vargas Gómez
Sandra Rodríguez Latorre
María de Jesús Olivo Díaz
Any Cienfuegos
Claudia Naranjo Gómez
Sandra Liliana Gómez
Catalina González Álvarez
Dilson Ríos Romero
Yazmin Adriana Puerto Padilla
Nilda Carolina Torres Gutiérrez

<p>Mauricio Jiménez Castelblanco Amparo Rodríguez Tobito Clara Inés Rodríguez Abril Janeth Girón Bolívar Alejandro Prada Bermúdez Libia Esperanza Forero Martha Mora Moreno Livainte Gómez Martha J. Fonseca Suarez Martha Rodríguez Bermeo Laura Díaz Berkowitz Yolanda Sepúlveda Medina Sonia E. Rebollo Sastoque Luz Yanny Agudelo de Cárdenas Inés Marlen Esguerra Bulla Carlos Rincón Córdoba Guerly Alfonso López Palacios Aleyci Moscoso Pabon Luis Fernando Beltrán Ordoñez Nirley Stella Vargas Díaz César Castillo Torres Janet Quimbay Chacón Vilma Carranza Vargas</p>
<p>María Elena Echeverri González Andrea Castillo Espinosa Julio César Macías Camero</p>
<p>Carmen Cecilia Jáuregui Balaguera Claudia Patricia García García</p>
<p>Martha Lucia Vanegas Rendón Olga Lucia González Piedrahita</p>

<p>Juan Alvarado Solano Alix Moreno Addie Ana Cristina Obando Joya</p>
<p>Consuelo Castillo Lugo Lina María Pineda Pulgarín Luis E. Beleño Gutiérrez María del Pilar Alvarado Sierra</p>

Participantes de la Secretaría Distrital de Salud	
<p>Martha Liliana Perdomo Ramírez Luis Heredia Diaz Angela María Giraldo Cadavid Octavio Henao Orrego</p>	Asesores del Despacho
<p>Carlos Hernández</p>	Subsecretaria
<p>Belcy Torres Campos</p>	Dirección Administrativa
<p>Zulema Jiménez Soto Patricia Arce Guzman Elkin Osorio Saldarriaga Lilia Edith López Rojas Gloria Hernández Niño Andrea Borbón Guevara Lesli Lindarte Ortegón Carmen Rosa Gallego Velasco Guillermo Alfonso Urquijo Vega Seldy Melo P Maria Teresa Espitia Ortiz Leslie Torres Maria Cecilia Escurecía</p>	Dirección de Salud Pública

Participantes de la Secretaría Distrital de Salud	
Mauricio Fuentes Vallejo Eduardo Pachón Melo Patricia Castillo G Johana Clavijo H Gina Paola Rangel Medina José Luis Salamanca Pérez Rocío Carbonel Olga Maria Moya Herrera Sandra Consuelo Manrique Mojica Bibiana Pérez	
Fedra Constanza Rodríguez	Coordinadora Laboratorio Salud Pública
Maria Cecilia Reyes de Celemin	Dirección de Talento humano
Amanda Farietta C Ivon Johanna López Juan Carlos Méndez Mosquera	Dirección Administrativa
Yenny Aguirre Estepa	Control Interno
Alexandra López Sevillano Vianey Motavita García Brenda del Río Castelar Mónica Ulloa Maz Jairo Bahamon Rivera Héctor Chaparro Salazar Umberto Pacific Gnecco Harold Andrés García Mosquera Luz Helena Poveda Niño Luis A Nova Gómez Rosa Nubia Malambo Martínez	Dirección de Planeación y Sistemas
Alexandra Benferti Amelia Rodríguez López	Dirección de Aseguramiento

Participantes de la Secretaría Distrital de Salud	
Hugo Zarrate Osorio Octavio Niño	Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano
Iván Guarín Muñoz Tamara Vannin Paola Cáceres Rodríguez Angélica Gómez Bolívar	Dirección de Desarrollo de Servicios
Isabel Cristina Artunduaga Pastrana	Vigilancia y Control de la Oferta
Sonia Rebollo Sastoque	Red Distrital de Sangre
Bernardo Armando Camacho	Hemocentro

Talleres de Construcción Plan Territorial de Salud 2012 – 201

Taller No 1

“Construcción colectiva Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo “Bogotá Humana Ya” 2012 – 2016”

Subsecretaría	Germán Ávila Ruth Yaneth Carrero Vergara
Dirección Jurídica	Adriano Lozano Escobar
Dirección de Salud Pública	Fernán Espinosa Tamara Patricia Londoño Ulloa Rosario Calle María del Pilar Sáenz Bibiana Robayo Guillermo Álvarez Henao Patricia Rozo Lesmes Carlos Alejandro Díaz Adriana Padilla Castañeda Daibeth Hernández Pilar Cardona Gómez Adriana Perdomo Dora Duarte Luz Mireya Ardila Ardila Ana María Sierra Nova Deccy González Luz Mery Vargas Gómez Sandra Rodríguez Latorre María Olivo Díaz Any Cienfuegos Claudia Naranjo Gómez Sandra Liliana Gómez

	<p>Catalina González Álvarez Dilson Ríos Romero Yazmín Adriana Puerto Padilla Nilda Carolina Torres Gutiérrez</p>
Dirección de Aseguramiento	<p>Mauricio Jiménez Castelblanco Amparo Rodríguez Tobito Clara Inés Rodríguez Abril</p>
Dirección de Desarrollo de Servicios	<p>Janeth Girón Bolívar Alejandro Prada Bermúdez Libia Esperanza Forero Martha Mora Moreno Livainte Gómez Martha J. Fonseca Suarez Martha Rodríguez Bermeo Laura Díaz Berkowitz Yolanda Sepúlveda Medina Sonia E Rebollo Sastoque Luz Yanny Agudelo de Cárdenas</p>
Dirección de Planeación y Sistemas	<p>Inés Marlen Esguerra Bulla Carlos Rincón Córdoba Guerly Alfonso López Palacios Aleyci Moscoso Pabon Luis Fernando Beltrán Ordoñez Nirley Stella Vargas Díaz César Castillo Torres Janet Quimbay Chacón Vilma Carranza Vargas</p>
Dirección Administrativa	<p>María Elena Echeverri González Andrea Castillo Espinosa Julio César Macías Camero</p>
Dirección de Talento Humano	<p>Carmen Cecilia Jáuregui Balaguera Claudia Patricia García García</p>

Dirección de Comunicaciones	Martha Lucia Vanegas Rendón Olga Lucia González Piedrahita
Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano	Juan Alvarado Solano Alix Moreno Addie Ana Cristina Obando Joya
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	Consuelo Castillo Lugo Lina María Pineda Pulgarín Luis E. Beleño Gutiérrez
Organización Panamericana de la Salud [OPS]	María del Pilar Alvarado Sierra

Taller No 2

“Construcción colectiva Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo
“Bogotá Humana Ya” 2012 – 2016”

HOSPITAL	CARGO y/o DEPENDENCIA	
San Cristóbal	Argemiro Rincón Ortiz	Gerente
	Hugo Armando Muñoz	Servicios de Salud
	Ana Lucia Restrepo Escobar	Planeación
	Juan Carlos Mantilla Alarcón	Talento Humano
	Blanca Teresa Henao Cortés	Participación Social
	Alejandro Ponte	Urgencias
	Elizabeth Coy	Salud Publica
Suba	Edgar Silvio Sánchez Villegas	Gerente
	William Rodriguez Uribe	Servicios de Salud
	Sandra Bibian Dager Nieto	Planeación
	Maria Isabel Ramírez Plazas	Salud Publica
	Adriana Maria Patiño	Talento Humano
	Maritza Pinzón Barrera	Participación Social
Usme	Liliana Patricia Paternina Macea	Gerente
	Yenny Adriana Pereira Oviedo	Planeación
	Fanny Sandoval Suarez	Salud Publica
	Gustavo Espinosa	Gestión Local
	Olga Maritza Duarte	Talento Humano
	Sandra Patricia Benavides Zarate	Servicios de Salud

	Adriana Patricia Arevalo Caballero	Participación Social
La Victoria	Yanith Piragauta	Servicios de Salud
	Andrés Felipe Torres	Planeación
Pablo VI Bosa	Gloria Libia Polania Aguilón	Gerente
	Marcia Guacaneme Valbuena	Planeación
	John Jairo Vásquez Herrera	Planeación
	Carmiña Margarita Quiroga Bonilla	Talento Humano
	Carlos Eduardo Galán	Subgerencia Asistencial
	Sandra Maria Bocarejo Hernández	Salud Publica
	Ana Maria Mahecha	Salud Publica
Chapinero	Leonardo Bustos	Planeación
	Luisa Tovar	Urgencias
	Viviana Valencia	Participación Social
	Martha Medina Ángel	Servicios de Salud
Simón Bolívar	Ana Milena Castro Roa	Planeación
	Carlos Eduardo Hernández Forero	Subgerente Científico
	Lucy Stella Álvarez Ramírez	Talento Humano
	Emma Patricia Restrepo	Atención Usuario
Bosa	Guillermo Rodriguez Quinche	Gerente
	Alejandro Tovar Rojas	Planeación

	Adriana Cansino Reyes	Talento Humano
	Yuri Chirley Cuevas	Servicios de Salud
Centro Oriente	Ricardo Beira Silva	Gerente
	Julio Cesar Ortegón	Planeación
	Margarita Franco	Atención Usuario
	Priscila Roperro Guerrero	Servicios de Salud
	Martha Vergel	Salud Publica
	Ana Patricia Nieves	Talento Humano
	Rubiela Monsalve Ospina	Administrativa y Financiera
Del Sur	Oscar Javier Manrique Ladino	Gerente
	Daniel Blanco Santamaría	Servicios de Salud
	Marbell Isabel Cuza	Planeación
	Luz Ángela Cubillos	Talento Humano
	Octavio Niño	Participación Social
	Carmen Alicia Cortes	Salud Publica
Nazareth	Eliana Ivont Hurtado	Servicios de Salud
	Esmeralda Sánchez	Talento Humano
	Leonardo Garzón Leguizamón	Planeación
	Yajaira Maturana	Participación Social
	Lady Roa	Salud Publica
Tunjuelito	Martha Stella Rodriguez	Gerente

	Álvaro Rodríguez	Servicios de salud
	Pureza Rodríguez	Planeación
	Eduardo Barbosa	Salud Publica
	Adriana Zuluaga	Talento Humano
San Blas	Carlos Eduardo Pineda Amórtegui	Gerente
	Amado José Cermeño Garrido	Planeación
	Laura Victoria Acevedo Acevedo	Talento Humano
	Helber Alfonso Sánchez	Servicios de Salud
	Diva Burbano	Referente Estadístico
Santa Clara	José Rafael Domínguez Ayala	Gerente
	Martha Moreno	Planeación
	Claudia Milena Cuellar	Salud Publica
	John Ramos	Talento Humano
	José Ernesto Paramo	Subdirector Científico
Rafael Uribe	Olga Lucia Jiménez	Servicios de Salud
	Diego Sánchez	Planeación
	Lida Montenegro	Salud Publica
	Rosa Acosta	Talento Humano
	Dora Rodríguez	Talento Humano
Usaquén	Edgar Zamudio	Gerente (e).
	Sandra Medina	Planeación

	Marcela Corredor	Salud Publica
	Reyes Murillo Higuera	Subgerente Desarrollo de Servicio
El Tunal	Martha Sánchez	Planeación
	Derly Jimena Mesa	Talento Humano
Engativá	Jaime Quintero Soto	Servicios de Salud
Fontibón	Yidney García Rodríguez	Gerente
	Nancy Stella Tabares Ramírez	Planeación
	Mauricio Cuberos Morales	Servicios de Salud
	Diana Lucia Silva	Coordinadora PIC
	Iván Cadena Granda	Planeación
	Myriam Hernández Rodríguez	Talento Humano
	Giovanni Medina Romero	Gestión Local
Kennedy	Fabio Barrera Barón	Gerente
	Martha Liliana Cruz	Planeación
	Gloria Hernández Parra	Talento Humano
	Sandra Liliana Salamanca	Servicios de Salud
Meissen	Yumary Agudelo	Planeación
	Betty Molano	Talento Humano
	Giovanni Becerra	Sub.Cientifico-Servicio Ambulatorio
	Jaime Mauricio Fajardo	Sub.Cientifico-Apoyo Diagnostico

Vista Hermosa	Gloria Stella Galeano	Talento Humano
	Luz Helena Hernández Claudia Silenia Niño Rey	servicios de Salud Coordinadora Salud Pública

Taller No 3

“Construcción colectiva, Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo
“Bogotá Humana Ya” 2012 – 2016”

Despacho	Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez Martha Liliana Perdomo Ramírez Luis Hernando Nieto Enciso Ángela Giraldo Octavio Henao Orrego Ricardo Rojas Higuera
Subsecretaria	Aldo Enrique Cadena Rojas Carlos Hernan Hermida Isaza
Jurídica	Carmen Lucia Tristancho
Planeación y Sistemas	Gabriel Lozano Díaz Vianney Motavita Guerly Alfonso López Palacios Julio Alberto Sáenz Beltrán
Salud Pública	Jaime Hernan Urrego Rodríguez Zulema Jiménez Soto Elkin de Jesus Osorio Saldarriaga Patricia Arce Guzman Fedra Constanza Rodriguez
Desarrollo de	Ivan Jairt Guarín Muñoz

Servicios	Isabel Cristina Artunduaga Pastrana
Aseguramiento	Helver Giovanni Rubiano García Clara Ines Rodriguez Abril Amelia Rodríguez López Guillermo Sánchez B Bernardo Armando Camacho Sonia Rebollo
Talento Humano	María Cecilia Reyes López Astrid Lucia Quintero
Participación Social y Servicio al Ciudadano	Hugo Ernesto Zarrate Osorio Martha Lucia Triviño
Financiera	Carlos A Rodríguez Sarmiento
Administrativa	Doris Cecilia Maturana Julio César Macias Camero Luz Marina López Salamanca Belcy Torres Campos Lilia Amanda Farieta Castro
CRUE	Alexander Paz Velilla Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Control Interno	Herwin Jesus Rodriguez Santos Julia Elisabeth Fajardo Velásquez
Comunicaciones	Martha Isabel Forero Rodríguez Martha Lucia Vanegas Rendón
Control Interno	Herwin Jesus Rodriguez Santos Yeni Aguirre Estepa
Asuntos Disciplinarios	Juan Carlos Méndez

Taller No 4

“Construcción colectiva, Plan Territorial de Salud articulado con el Plan de Desarrollo
“Bogotá Humana Ya” 2012 – 2016”

Entidad	Participantes
Asociación de Usuarios Hospital Tunal	Ana Isabel Martínez
Asociación de Usuarios Hospital Tunal	José Vicente Ballén
Asociación de Usuarios Hospital el Tunal	Janneth López
Asociación de Usuarios Hospital Tunjuelito	Beatriz Mesa
Asociación de Usuarios Hospital Tunjuelito	José Yesid Herrán
Asociación de Usuarios Hospital Meissen	José Agustín Moreno
Asociación de Usuarios Hospital Meissen	Jair Diaz
Asociación de Usuarios Hospital Meissen	Luisa Robayo
Asociación de Usuarios Hospital Vista Hermosa	Clara Castañeda Muñoz
Asociación de Usuarios Hospital Vista Hermosa	Elsa Ruth Rojas Duarte
Asociación de Usuarios Hospital Vista Hermosa	Elizabeth Rivera
Asociación de Usuarios Hospital Fontibón	Leonidas Pérez
Asociación de Usuarios Hospital Fontibón	Alberto Carvajal
Asociación de Usuarios Hospital Fontibón	Gonzalo Torres Arias
Asociación de Usuarios Hospital Fontibón	Pedro Pablo Fonseca
Asociación de Usuarios Hospital Fontibón	Alfredo Vargas Murcia

Asociación de Usuarios Hospital Pablo VI Bosa	Emma Torres
Asociación de Usuarios Hospital Pablo VI Bosa	Teresa Carreño
Asociación de Usuarios Hospital Pablo VI Bosa	Jacqueline Martín
Asociación de Usuarios-Consejo Zonal Pablo VI Bosa	Ingrid Sánchez
Asociación de Usuarios Hospital de Suba	Nelly Enríquez
Asociación de Usuarios Hospital Centro Oriente	Lyda Bernal
Asociación de Usuarios Hospital La Victoria	Diana Paola Peñuela
Asociación de Usuarios	Dayana Melo
Asociación de Usuarios	Ana Rita Salinas
Asociación de Usuarios	Oscar Martínez
Asociación de Usuarios Cafam	Rafael Rodríguez
Asociación de Usuarios Unicajas	Andrés Melo
Copaco Tunjuelito	Maria Edilma Rivera
Copaco Pablo VI Bosa	Gabriel Martínez
COPACO Pablo VI Bosa	Nicolás Gil
Copaco Pablo VI Bosa	Efigenia Santiago
Copaco	Rosalba Gaitán
Copaco Usaquén	Hernando Beltrán
Copaco	Claudia Ayala
Copaco	Maria Pinilla
Copaco	Maria Lucía García
Copaco Tunjuelito	Herlinda María Beltrán

Copaco Bosa	Angélica Quintero
Copaco	Ana Joaquina Acevedo
Copaco San Cristóbal	Víctor León Pérez
Copaco	Adelina Castellanos
Copaco Bosa	Luis Eladio Morales
Copaco Ciudad Bolívar	Dora Gamba
Copaco	Flor Páez
Hospital Vista Hermosa	Luz Marina Pérez Navarro
Hospital Centro Oriente	Zuly Sánchez
Hospital Centro Oriente	Luz Stella Duque
Hospital Centro Oriente	Jenny González
Hospital Centro Oriente	Liliana Torres
Hospital Centro Oriente	Ângela Ramírez
Hospital Centro Oriente	Maryory Gomez
Hospital Centro Oriente	Catherine Ángel Díaz
Hospital Centro Oriente	Laura Catalina Salazar
Hospital Centro Oriente	Ayda Claritza Pérez
Hospital Centro Oriente	Patricia Chamba
Hospital Centro Oriente	Isabel Pachón
Hospital Centro Oriente	Miguel López
Hospital Centro Oriente	Claudia Pardo
Hospital Centro Oriente	Carolina Cáceres
Hospital Centro Oriente	Ruth Buitrago
Hospital Centro Oriente	Genny Lisette Santos
Hospital Centro Oriente	Juanita Sánchez
Hospital Centro Oriente	Eduardo Castro

Hospital Pablo VI Bosa	Blanca Inés Silva
Hospital Pablo VI Bosa	Alexandra Hernández
Hospital Pablo VI Bosa	Mario Antonio Ballesteros
Hospital Pablo VI Bosa	Andrea del Pilar Espitia
Hospital Pablo VI Bosa	Ema Espinosa
Hospital Kennedy	Mónica Aguirre
Hospital El Tunal	Maria del Carmen Cubillos
Hospital El Tunal	Rosa Maria Montoya
Hospital El Tunal	Paola M Caro P.
Hospital San Blas	Edilia Rozano
Hospital San Blas	Angélica Pulgarín
Hospital Tunjuelito	Bianney Enríquez
Hospital Tunjuelito	Fabio Parra Triana
Hospital San Blas	José Orlando Sánchez
Hospital San Blas	Luis Alberto Muñoz
Hospital San Cristóbal	Juan Dorado
Hospital Simón Bolívar	Manuel Orozco
Hospital Suba	Maritza Pinzón
Hospital Meissen Comité de Ética	Maria E Delgado
Contraloría de Bogotá	Nathanael Machado
Veeduría Distrital	Ana Edith Sánchez
Fundación Universitaria San Martín	Liliana Huertas
Universidad del Bosque	Christine Arango
Universidad del Bosque	Juan David Lasprilla
Universidad del Bosque	Maria del Pilar Gutiérrez
Fundación Universitaria del Área	Gladys Gomez Muñoz

Andina	
Universidad UDCA	Ruth Vivian Barreto Osorio
Universidad UDCA	Luis Alfonso Antez
UDES	Ana Obregón
Universidad del Bosque	Marisol Sánchez
Universidad del Bosque	Gustavo Aristizábal
Universidad San José	Carmen Rico
Universidad San José	María Dolores de Rodríguez
Corporación Promotora Humanitarios	Luis Guillermo Bernal
Universidad San Martín	Claudia Liniana Mancera
ATUSALUD	María Ofelia Cárdenas R.
ATUSALUD	Guillermo Urbina
FUCS	Silvia Lorena Mora
LICMAD	Germán Cortez
IDPAC	Jazmín Cristo
Capital Salud	Rosa E. Niño
UNICAJAS	Juan José Amézquita Sánchez
Famisar EPS	Edna Flórez P.
ECOOPSOS	Vicente Rodriguez
ECOOPSOS	Rosa Pérez
ECOOPSOS	Gloria Barrera
ECOOPSOS	Amalia Niño
ECOOPSOS	Margoth Castillo
ECOOPSOS	Ruth Rocets
ECOOPSOS	Gonzalo Orjuela
ECOOPSOS	Maria Estela Niño
ECOPSOS	José David Moya

UNICAJAS	Hermes Buitrago
UNICAJAS	Eduardo Plazas
HUMANAVIVIR	Yeny Marina Ortiz Espitia
Salud Total	Hernán Rodríguez
Compensar	Antonio Rico
ATUSALUD MT	Julio Ignacio Garibello
RAUS	Luis Eduardo Villamil
FUCS	Nancy Rodriguez
FUCS	Jeannette León
FUCS	Diana González Ruiz
CPL	Myriam Camacho
APSS	Luis Gerardo Cano Villate
Auditoria Salud	Héctor Morales
Consejo consultivo	Maria Cristina Chávez
Organización Panamericana de la Salud. OPS	Eduardo Acosta
Organización Panamericana de la Salud. OPS	Maria del Pilar Alvarado
Organización Panamericana de la Salud. OPS	Osvaldo Salgado
Cruz Roja Cundinamarca	Angélica Sánchez
Grupos Etnias Raizal	Dilia Robinson
Cabildo Muisca Bosa Gestora	Maria Margarita Chiguasuque
Gestora	Claudia Patricia Wasorna Dosabia
Alcaldía Local Antonio Nariño	Jaime A. Téllez
FDC Antonio Nariño	Antonia Suarez
JAC San Antonio	Luis Fernando Vargas

Bosa	Alexander Carranza Quintero
Maloka	Ahiliz Rojas
Independiente	Daniel Copete
Sinaltraeses	Nancy Wilches
Sinaltraeses	Mónica Orozco
Secretaría Distrital de Salud	Iván Jairt Guarín Muñoz
	Hugo Ernesto Zarrate Osorio
	Jaime Hernan Urrego Rodríguez
	Ivonne Arévalo
	Adriana Padilla
	Patricia Londoño
	Adriana Luisa Sánchez
	Fernán Espinoza
	Lilia Maritza Núñez
	Libia Ramírez
	Ana Maria Cobos B
	Beatriz H. Guerrero
	Ricardo Rojas Higuera
	Alexandra López Sevillano
	Aura Elisa Guerrero Moreno
Zulema Jiménez Soto	
Yaneth Girón Bolívar	
Libia Forero	
Patricia Arce	
Octavio Henao	
Rocío Carbonell	
María Consuelo Castillo	

	Alejandra Caro Bonell
	Maria Nubia Hernández
	Ruth Yaneth Carrero
	Esperanza Avellaneda
	Blanca Lilia Ardila
	Alexandra Garavito
	Ena Cristina Fernández
	Julio Alberto Sáenz
	Solángel García
	Luz Dina Ríos Bautista
	Alejandro Castaño Vásquez
	José Navarrete
	Julio C. Macías
	Germán Avila
Secretaría Distrital de Salud	Lina Maria Pineda
	Ingrid Ivonne Ochoa
	Raúl León F.
	Patricia Villegas
	Carlos Hernan Hermida
	Martha Lucia Triviño
	Luz Marina López