

Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital

2012 - 2016



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA



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

Plan Territorial de Salud

Bogotá Distrito Capital 2012-2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.

Corrección de estilo, diseño e impresión, 2013

Gustavo Francisco Petro Urrego
ALCALDE MAYOR DE BOGOTÁ D. C.

Aldo Enrique Cadena Rojas
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD

Helvert Giovanni Rubiano García
SUBSECRETARIO DISTRITAL DE SALUD

Martha Liliana Cruz Bermúdez
DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

Letty Rosmira Leal Maldonado
DIRECTORA DE TALENTO HUMANO

Elsa Graciela Martínez Echeverry
DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

Kimberly del Pilar Zambrano Granados
DIRECTORA DE ASEGURAMIENTO

Gabriel Lozano Díaz
DIRECTOR FINANCIERO

Carmen Lucía Trisancho Cediel
DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Octavio Niño Quintero
DIRECTOR DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Waldetrudes Aguirre Ramírez
DIRECTORA CENTRO REGULADOR
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Aura Elvira Gómez Martínez
DIRECTORA JURÍDICA

Julia Elizabeth Fajardo Velásquez
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Sandra Lucía Hincapié Galindo
JEFE OFICINA ASUNTOS DISCIPLINARIOS

Oriana Obagi Orozco
JEFE OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES

Gustavo Patiño
CORRECTOR DE ESTILO

Juan Carlos Vera
DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Construcción Plan Territorial de Salud, 2012

Gustavo Francisco Petro Urrego
ALCALDE MAYOR DE BOGOTÁ D. C.

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD

Aldo Cadena Rojas
SUBSECRETARIO DISTRITAL DE SALUD

Martha Liliana Cruz Bermúdez
DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

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

Helvert Giovanni Rubiano García
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO

Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento
DIRECTOR FINANCIERO

Doris Cecilia Maturana Gutiérrez
DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Hugo Ernesto Zárrate Osorio
DIRECTOR DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
DIRECTOR (E) CENTRO REGULADOR
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Carmen Lucía Trisancho Cediel
DIRECTORA JURÍDICA

Oriana Obagi Orozco
JEFE OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES

Diego Bautista Mansilla
FOTOGRAFÍA

Gabriel Lozano Díaz
COORDINADOR GENERAL
PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Martha Liliana Perdomo

Octavio Henao Orrego

Luis Hernando Nieto Enciso

Orlando Rodríguez Carvajal

Ricardo Rojas Higuera
ASESORES DEL DESPACHO

Julio Alberto Sáenz Beltrán
ASESOR EXTERNO

EQUIPO COORDINADOR

Lucía Azucena Forero Rojas

María Patricia González Cuellar

Alejandro Castaño Vásquez

Sandra Janeth Gómez Gómez

Juan Pablo Barrera Vargas

Mayra Alejandra Contreras Ríos

Jorge Andrés Barajas Onofre

Jimmy Andrés Orozco Wilches

Luis Alfonso Lara Landinez
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

Consuelo Peña Aponte

María Claudia Franco Morales

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS

Luz Dina Ríos Bautista

Marina García Lichst

Sandra Oliveros Marín

Esperanza Avellaneda de Gómez

DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

Ena Cristina Fernández Moreno

Martha Lucía Triviño Gómez

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016

Aprobación de textos, 1 junio de 2012

IMPRESIÓN

Subdirección Imprenta Distrital - DDDI
Diciembre de 2013

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
Carrera 32 No. 12-81
www.saludcapital.gov.co
Bogotá D. C. - Colombia

Contenido

Presentación	13
Introducción	19
1. Marco político	23
1.1. Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.....	28
1.2. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se organiza alrededor del agua	29
1.3. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público	30
2. Referente Conceptual	33
2.1. Salud	33
2.2. Salud pública.....	33
2.3. Determinantes sociales de la salud.....	34
2.4. Desarrollo humano.....	34
2.5. Atención primaria en salud (APS)	34
2.6. Redes integradas de servicios de salud	35
2.7. Modelo de atención en salud	36
2.8. Gobernanza y rectoría en salud	38
2.9. Enfoque poblacional y diferencial.....	39
2.10. El enfoque territorial.....	41
2.11. Trabajo digno y decente.....	41
3. Sustento Normativo	43
3.1. Acuerdos y compromisos internacionales.....	43
3.2. Referente normativo nacional	46
3.3. Marco normativo distrital	51
4. Situación de Salud de Bogotá	55
4.1. Eje Estratégico 1. Una Ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo	57
4.1.1. Condiciones urbanas	57
4.1.2. Calidad de vida urbana	58
4.1.3. Caracterización poblacional	66
4.1.4. Prioridades en salud pública	89
4.1.5. Aseguramiento	118

4.2. Eje Estructural 2. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua	119
4.2.1. Seguridad sanitaria y del ambiente	119
4.2.2. Aire, ruido y radiación electromagnética.....	119
4.2.3. Calidad del agua y saneamiento básico.....	121
4.2.4. Seguridad química.....	121
4.2.5. Alimentos sanos y seguros	121
4.2.6. Medicamentos seguros	121
4.2.7. Cambio climático.....	121
4.2.8. Hábitat, espacio público y movilidad.....	122
4.2.9. Seguridad del paciente.....	122
4.3. Eje Estructural 3. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público	123
4.3.1. Provisión y desarrollo de servicios de salud y fortalecimiento de la red pública distrital adscrita.....	123
4.3.2. Evolución presupuestal 2004-2011.....	128
4.3.3. Centro Hospitalario San Juan de Dios	143
4.3.4. Promoción social.....	147
4.3.5. Barreras de acceso.....	149
5. Orientación estratégica del plan	155
5.1. Plataforma estratégica.....	155
5.1.1. Misión.....	155
5.1.2. Visión	155
5.1.3. Objetivo general	155
5.2. Ejes estratégicos	155
5.3. Componentes programáticos del Plan Territorial de Salud	156
5.4. Eje 1. Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.....	157
5.4.1. Componente de aseguramiento	159
5.4.2. Componente de prestación y desarrollo de servicios de salud	161
5.4.3. Componente de salud pública	169
5.4.4. Componente de prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	177
5.4.5. Componente de urgencias, emergencias y desastres	180
5.4.6. Componente de gobernanza y rectoría	183
5.5. Eje 2. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua	186



5.5.1. Componente de salud ambiental	187
5.6. Eje 3. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público	190
5.6.1. Componente de gobernanza y rectoría	191
5.6.2. Componente de promoción social	195
6. Financiamiento del plan	201
6.1. Análisis retrospectivo	202
6.1.1. Presupuesto de ingresos: lo apropiado y lo recaudado	202
6.1.2. Presupuesto de gastos e inversiones: lo apropiado y lo comprometido	205
6.2. Análisis prospectivo	209
7. Responsabilidades de los diferentes actores con el Plan Territorial de Salud 2012-2016	211
7.1. Empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB)	211
7.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud	214
7.3. Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.	216
7.4. La ciudadanía	218
7.5. Academia y gremios profesionales	219
7.6. Administradoras de riesgos profesionales	220
7.7. Empresarios y gremios de producción	221
8. Metodología	223
8.1. Objetivo General	224
8.2. Estrategia Metodológica	224
8.2.1. Fase 1 de preparación	224
8.2.2. Fase 2 de formulación	226
8.2.3. Fase 3 de aprobación	227
8.2.4. Fase 4 de ajuste y armonización	228
8.2.5. Fase 5 de socialización	229
8.2.6. Fase 6 de adopción	229
8.2.7. Fase 7 de implementación y seguimiento	230
8.2.8. Fase 8 de evaluación	231
9. Bibliografía	232
10. Anexos	236

Lista de tablas

Tabla 1.	Objetivos y metas de desarrollo del milenio	45
Tabla 2.	Indicadores económicos, Bogotá, 2010	61
Tabla 3.	Hogares con coberturas de servicios públicos, según estrato (Bogotá, 2011)	63
Tabla 4.	Hogares por tenencia de teléfono fijo e internet, según estrato. (Bogotá, 2011)	63
Tabla 5.	Tasas globales de participación, ocupación y desempleo, según estrato socioeconómico (Bogotá, 2011)	64
Tabla 6.	Distribución de la población según estrato socioeconómico (Bogotá, 2011)	65
Tabla 7.	Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2011	65
Tabla 8.	Comportamiento del crecimiento de la población residente según la localidad en Bogotá (2005) y proyecciones a 2010-2015	69
Tabla 9.	Indicadores de fecundidad y reproducción en Bogotá y Colombia, estimaciones a 2010	70
Tabla 10.	Causas de muerte en Bogotá y sus localidades, 2010	72
Tabla 11.	Mortalidad general según agrupación de la lista 6/67 (Bogotá, 2007-2009)	74
Tabla 12.	Mortalidad en hombres según grupos de edad. (Bogotá, 2009)	75
Tabla 13.	Mortalidad en mujeres según grupos de edad. (Bogotá, 2009)	77
Tabla 14.	Indicadores de morbilidad y deterioro de la salud. Bogotá y sus localidades, 2010	78
Tabla 15.	Personas enfermas por tratamiento aplicado (Encuesta Calidad de Vida 2008-2010)	80
Tabla 16.	Morbilidad general en población vinculada, desplazada y atenciones no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (Bogotá, 2010)	82
Tabla 17.	Indicadores de salud y bienestar los niños y niñas y jóvenes. Bogotá y sus localidades, 2010	90
Tabla 18.	Indicadores de salud y bienestar los adultos y estilos de vida. Bogotá y sus localidades 2010	95
Tabla 19.	Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según localidad (Bogotá, 2011)	105
Tabla 20.	Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según localidad (Bogotá, 2011)	106
Tabla 21.	Bogotá D. C. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según estrato 2011.	107



Tabla 22. Bogotá D. C. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según estrato (Bogotá, 2011)	108
Tabla 23. Personas de 15 años o más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, según localidad (Bogotá, 2011)	109
Tabla 24. Personas de 15 años o más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, según estrato (Bogotá, 2011)	110
Tabla 25. Personas de 15 años y más por hábitos en consumo de azúcar, sal, grasas y alcohol, según localidad (Bogotá, 2011)	111
Tabla 26. Personas de 15 años o más por hábitos en consumo de azúcar, sal, grasas y alcohol, según estrato (Bogotá, 2011).....	112
Tabla 27. Afiliación al régimen subsidiado en el Distrito Capital. 2011	118
Tabla 28. Comportamiento de producción hospitalaria, ESE, de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2008-2010	131
Tabla 29. Evolución de la producción de la red distrital de ESE. Periodo 2005-2009. Participación relativa. (Millones de UVR)	132
Tabla 30. Comparación crecimiento en producción frente a costos de producción ESE-red pública distrital adscrita 2007-2010	134
Tabla 31. Consolidado por tipo de barreras de acceso de los motivos de barreras de acceso identificados a través del SIDBA y SQS. IV trimestre 2011	152
Tabla 32. Consolidado por atributos de calidad del SOGCS, afectados por los motivos de barreras de acceso identificados a través del SIDBA y SQS, IV Trimestre de 2011	152
Tabla 33. Consolidado por entidades de los casos de barreras de acceso, identificados a través del SIDBA y SQS, IV trimestre de 2011	152
Tabla 34. Motivos barreras de acceso	153
Tabla 35. Presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012 al 31 de mayo.....	203
Tabla 36. Recaudo de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012, al 31 de mayo	204
Tabla 37. Presupuesto de gastos de funcionamiento e inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS). Del 1° de enero de 2008 al 31 de mayo de 2012	205
Tabla 38. Presupuesto de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud. Del 1° de enero de 2008 al 31 de mayo de 2012	206
Tabla 39. Ejecución presupuestal de inversión directa 2008-2012 del Fondo Financiero Distrital de Salud, con fecha de corte al 31 de mayo.....	208

Lista de figuras

Figura 1.	Tasas comparativas de ingresos mensuales de hogares por estrato socioeconómico (Bogotá, 2004-2011)	62
Figura 2.	Pirámide poblacional de Bogotá, 2005-2010.....	67
Figura 3.	Esperanza de vida al nacer (Bogotá, 2005-2015)	71
Figura 4.	Evolución presupuestal de empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004-2011 (cifras en millones de pesos corrientes)	129
Figura 5.	Evolución de ingresos de hospitales de la red adscrita por nivel de atención. 2008-2011 (cifras en millones de pesos corrientes)	130
Figura 6.	Participación relativa en la producción de la red distrital de ESE, por régimen de seguridad social. Total quinquenio.....	133
Figura 7.	Producción en el servicio de observación de urgencias según tipo de afiliación 2011.....	136
Figura 8.	Producción en el servicio de odontología según el tipo de afiliación, 2011	137
Figura 9.	Número de partos según el nivel de atención, 2011	137
Figura 10.	Número de egresos en los hospitales de la red adscrita, según el tipo de servicio. 2011	138
Figura 11.	Producción de egresos hospitalarios según el nivel de atención, 2011	139
Figura 12.	Producción de cirugías por grupo quirúrgico en hospitales de la red pública adscrita a la SDS, 2011	140
Figura 13.	Porcentaje de producción de pruebas de laboratorio clínico según el nivel de atención, 2011	141
Figura 14.	Porcentaje de producción de pruebas de apoyo diagnóstico según el nivel de atención, 2011	142
Figura 15.	Apropiación definitiva del presupuesto de ingresos. Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012	203
Figura 16.	Recaudo de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012	204
Figura 17.	Presupuesto de inversión asignado y ejecutado. Fondo Financiero Distrital de Salud. Del 1° de enero de 2008 al 31 de mayo de 2012	207
Figura 18.	Ejecución presupuestal de gastos de inversión directa 2008-2012. Fondo Financiero Distrital de Salud.	208

Lista de anexos

Anexo 1. Mortalidad evitable por principales causas y otros indicadores de salud y calidad de vida para Bogotá D. C. 2000-2010	236
Anexo 2. Secretaría Distrital de Salud Fondo Financiero Distrital de Salud. Ejecución presupuestal periodo 2008 junio 01 - 2012 (a mayo 31) Proyectos de inversión	237
Anexo 3. Plan financiero Bogotá Humana 2012 - 2016 Sector Salud Fondo Financiero Distrital de Salud	238

Lista de mapas

Mapa 1. Estructura ecológica de Bogotá D. C.	59
Mapa 2. Zonas de riesgo naturales en Bogotá D. C.	60
Mapa 3. Distribución geográfica de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Bogotá, según subredes (2011)	126



Presentación

Bogotá D. C., como capital del país, es una responsabilidad de todos los que 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 2012-2016.

La salud como derecho fundamental de los ciudadanos es responsabilidad del Estado, y como tal, el gobierno distrital la asume de manera consciente, mediante su reconocimiento, respeto, defensa y garantía, como aporte para que la población que vive, trabaja 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 condiciones para garantizar el derecho a la salud. De igual forma, habrá 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, habrá 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 solo mejore la calidad y las condiciones de vida de las personas, sino que, además, se incorpore plenamente en 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”. Así, se constituyen 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, la recuperación de lo público y de la esencia del Estado.

En ‘Bogotá Humana’ se pasa, entonces, del enunciado de “garantía del derecho a la salud”, a su efectiva defensa, rol que se asume de manera directa e integral desde la administración central y desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, sus entidades adscritas y organismos concurrentes, 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, lo que permite el desarrollo de mecanismos en los cuales los ciudadanos 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, al diseñar 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 para garantizar el 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 mejores resultados.

Con este ejemplo, así como con la legitimidad de la ciudadanía, se logrará la credibilidad en el sector y en sus instituciones, a través de la vocación de servicio, la humanización, la oportunidad, la accesibilidad, la seguridad, la pertinencia y la continuidad

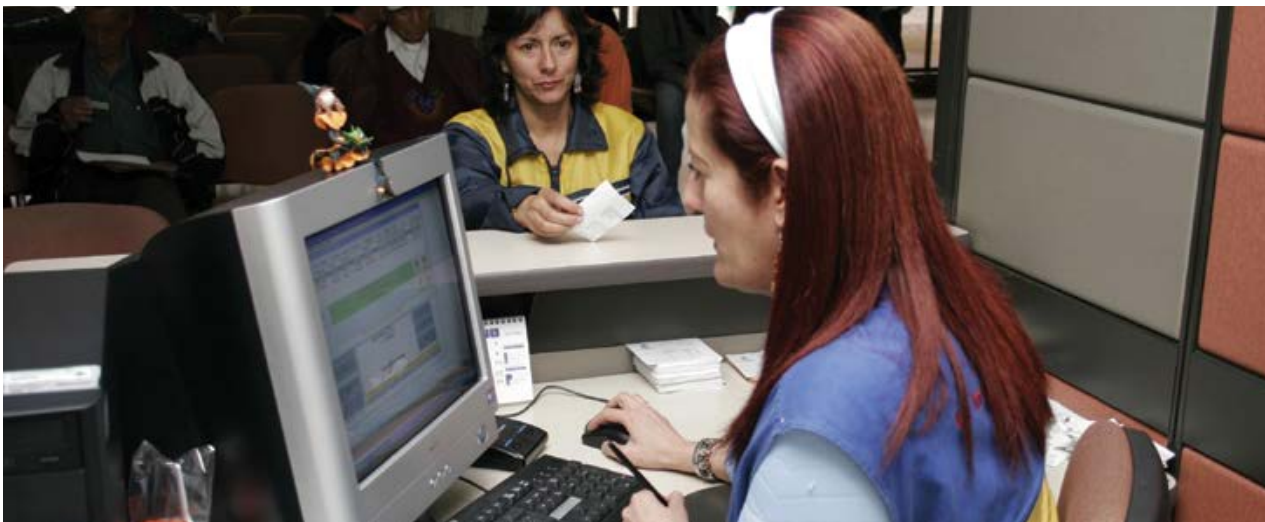


de la atención en salud, para la satisfacción de las necesidades y las expectativas de la población, con estándares superiores de calidad.

El fin último del sistema de atención sanitaria para la ciudad será lograr el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, hasta alcanzar 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 los servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad, y que permita la articulación con los servicios sociales, para las personas en cada etapa del ciclo vital, desde su diversidad.

La Administración Distrital promoverá 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, los cuales deberán adoptar todos los actores del sistema de salud:

- ◆ Proteger y preservar todas las formas de vida en la ciudad y en la región.
- ◆ Mejorar 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 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 resolutoria 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 pre-



paradas para apoyar la formación de talento humano del 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, al generar estricto cumplimiento de la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante estrategias de capacitación, asesoría, asistencia técnica y acompañamiento, para el cumplimiento de las funciones, roles y procedimientos a su cargo. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en su función rectora, será garante del debido proceso de las acciones de inspección, vigilancia y control, para lo cual se ejecutarán las acciones administrativas y jurídicas necesarias.
- ◆ Proveer insumos hospitalarios esenciales y demás suministros del sector salud, con todos los actores del sistema, bajo prácticas éticas, garantizando su calidad, precios justos y relaciones financieras equilibradas en el sector.
- ◆ Garantizar el trabajo digno en el sector, erradicando toda forma de vinculación laboral precaria. En lo público, se formalizarán las plantas de personal, mejorando las condiciones laborales, con el fin de garantizar las prestaciones sociales y la calidad de vida de los trabajadores.
- ◆ Generar y disponer de la información en salud, como insumo para el análisis de la situación de salud de la población del Distrito; también, de la investigación y las tecnologías de información y comunicación en salud, como 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.



- ◆ Desarrollar una investigación en salud y generación del conocimiento como bien público, que es una acción fundamental para el Plan de Salud hacia el 2016. Bogotá deberá 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.
- ◆ Proteger el ambiente de la ciudad, desde las prácticas seguras, que garanticen la sustentabilidad, preservación y recuperación de los recursos ambientales, la precaución frente al deterioro ambiental y las consecuencias del cambio climático.
- ◆ Cumplir con los protocolos y estándares del Reglamento Sanitario Internacional, al implementar acciones suficientes y necesarias que limiten la propagación de epidemias y emergencias que afecten la salud de las colectividades en los ámbitos local, nacional e internacional.
- ◆ Mejorar medios virtuales de apoyo en comunicación, para los procesos de promoción de salud, educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de los problemas de las personas, las familias y las comunidades, de manera que permitan acercar los servicios al ciudadano y mejorar la resolución de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- ◆ 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 circunstancias de sustentabilidad ambiental en la región central del país.



Introducción

Para el cuatrienio 2012-2016, la Administración Distrital se enfrentará a grandes desafíos para 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, traslado temporal o definitivo, o por circunstancias de orden social.

La respuesta en materia de salud se dará por medio de la implementación del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, como política pública y del ejercicio de la función rectora de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 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 a 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 orientará, entonces, hacia la eliminación de brechas de inequidad, preservación, y protección del ambiente y rescate de lo público, garantizando a todos sus habitantes 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, 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 cada uno de sus actores, 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 deberá 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 forma que se garanticen la seguridad y la calidad de estos.

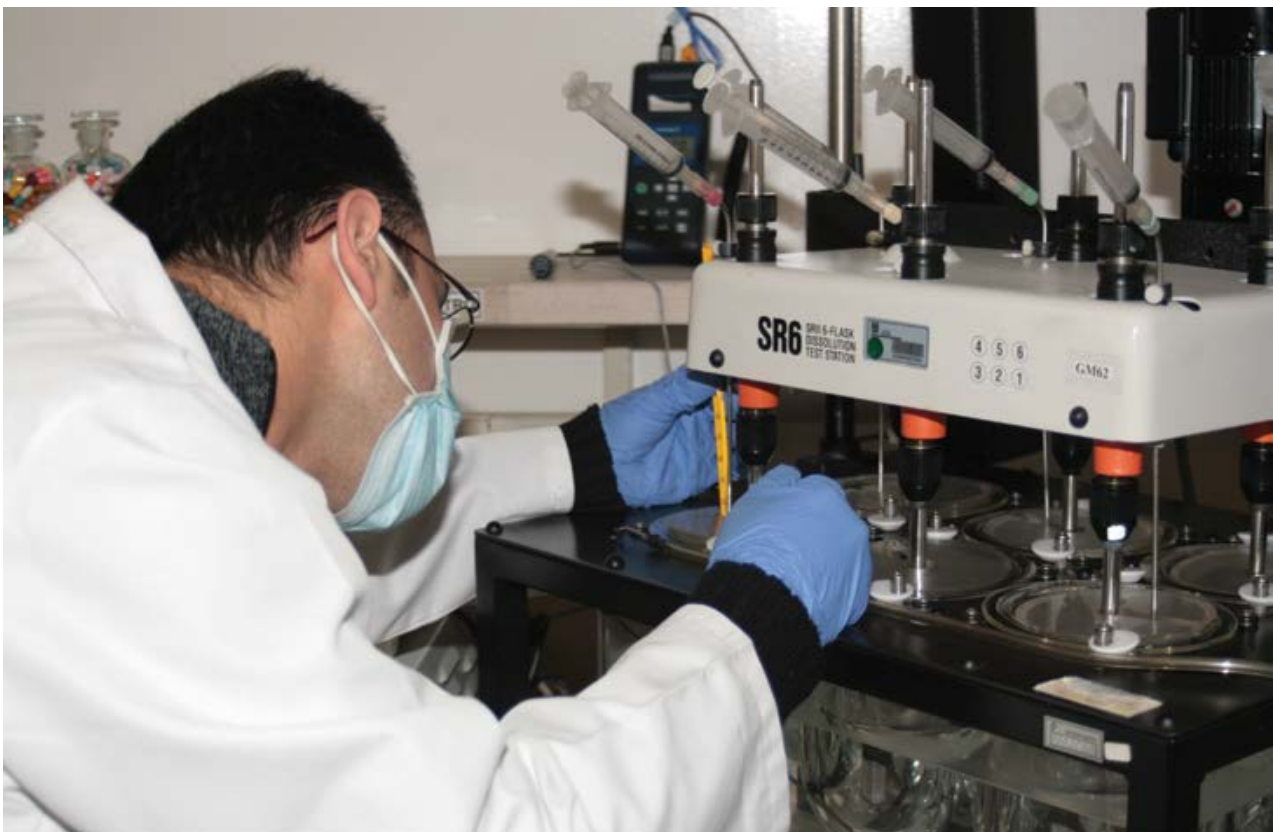
Así mismo, se fortalecerán las empresas sociales del Estado, mediante la consolidación y modernización de su red, para la atención con altos estándares de calidad, acreditadas con apropiación de ciencia, tecnología e innovación, rescatando su papel de apoyo a la formación de profesionales de la salud.

El Plan Territorial del Salud recoge las responsabilidades y compromisos establecidos por el país en el ámbito internacional, en

los siguientes temas de salud: a. contribuir en la reducción de las desigualdades e 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. cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio; d. desarrollar la Agenda de las Américas para el 2017; e. implementar el Reglamento Sanitario Internacional, en lo correspondiente al Distrito Capital.

De igual forma, incorpora 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 múltiples 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, al aportar 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 involucra grandes retos, que exigen 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 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 los resultados.



El Plan Territorial de Salud de Bogotá parte del análisis de la situación de salud de la población del Distrito Capital, la identificación de las necesidades y expectativas 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 sus 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 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 [...]

(Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D. C. 2012-2016, Bogotá Humana)

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 Desarrollo Bogotá Humana y el Plan Territorial de Salud de Bogotá 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 según el cual: “[...] El desarrollo humano va mejorando, si cada vez más, los individuos pueden escoger la forma de vida preferida [...]”¹. Esto implica un gobierno que propicie adecuadas condiciones de calidad de vida y promueva el desarrollo de la autonomía de los individuos, las familias y las 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 poder².

Para la Administración Distrital, el centro del Plan de Desarrollo Bogotá Humana es la vida en todas sus manifestaciones, lo cual se refleja en el reconocimiento de las personas y la garantía de la salud como un derecho fundamental, logrado a través del rescate de la responsabilidad del Estado, excluyendo a la salud como una actividad lucrativa; 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

1 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Bogotá D. C. Una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá, 2008.

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



con 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 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 otra parte, la preponderancia del sector privado tanto en la administración de los recursos, como 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 con la pauperización de los trabajadores del sector. Así, 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.

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, contri-

buir a la sustentabilidad ambiental, hacer más transparente la gestión pública, para aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la población, en el Plan Territorial de Salud se plantean acciones innovadoras y efectivas para transformarla.

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 para Bogotá se basa en principios fundamentales sobre los cuales se construyen las acciones por 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.

Dentro de este contexto se constituyen como principios específicos del Plan Territorial de Salud para Bogotá los siguientes:

1. Respeto por la vida: todos los actores sociales deben garantizar el respeto por la vida en todas sus formas y expresiones en el Distrito Capital.
2. 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; esto es una expresión de la humanización de la atención.
3. Respeto: por la independencia y autonomía de la población, permitiendo la participación de la ciudadanía en la gestión, el control social y la rendición de cuentas.
4. Universalidad: es deber del Estado garantizar la accesibilidad de todas las personas, sin discriminaciones derivadas de la riqueza, el prestigio o el poder de los grupos sociales.
5. 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 de sus necesidades específicas, respetando la diversidad de personas que habitan y visitan el Distrito Capital. Ello constituye el vehículo para eliminar las diferencias injustas y evitables.
6. Conciliación: el restablecimiento de la mutua confianza entre los actores del sistema de salud, para buscar un ambiente armónico y generar valor agregado en beneficio de la población.
7. Sustentabilidad: desarrollo que satisface las necesidades de la presente generación sin comprometer la capacidad de las futuras, para que satisfagan sus propias necesidades³.

³ Gro Harlem Brundtland. Informe Brundtland. Comisión Mundial para el Medio Ambiente y el Desarrollo de la ONU. 1987.

8. 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 [...]”⁴.
9. Lo público primero: el cuidado y defensa de lo que como sociedad se construye como patrimonio público para el bienestar colectivo.
10. Transparencia: permite 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.
11. 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 calidad⁵.

El Plan Territorial de Salud para Bogotá se corresponde con 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. Así mismo, se caracteriza porque el abordaje de la situación de salud, y la correspondiente construcción de soluciones, se realiza 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 cual 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, de manera que permitan disminuir la discriminación y la segregación. Se trata de remover barreras tangibles e intangibles que les 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 su cotidianidad y territorio, se explica por múltiples condiciones de la estructura de la sociedad, del modelo de desarrollo, la biología y la genética, para lo cual se entiende que el territorio distrital es el producto histórico y social donde se dan intercambios simbólicos y culturales, en actividades transformadoras y prácticas de producción y de consumo que determinan la construcción de subjetividades, además de la calidad de vida de sus habitantes.

4 Ibid.

5 Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (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 Territorial se relaciona con la protección del ambiente y el entorno, en los territorios bogotanos que enfrentan el cambio climático, y se ordenan alrededor del agua, obligando a repensar la salud y la calidad de vida de los bogotanos de esta generación y de las generaciones futuras. Esto es una prioridad del gobierno frente a los habitantes de la ciudad, que orienta la gestión de la salud ambiental por medio de un abordaje integral e intersectorial.

Además, plantea acciones en defensa de la primacía de los intereses generales, para garantizar el derecho a la salud y la 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, el control social y su incidencia en el conjunto de las políticas públicas con efectos sobre la salud. Para ello se requiere que todos los actores sociales reconozcan y asuman sus responsabilidades frente al mejoramiento de las condiciones de vida, 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 para Bogotá parte del compromiso que asume la Administración de avanzar en la construcción de una ciudad que les 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 se construya un modelo de ciudad que recree la vida y asegure a todos los niños de la ciudad el acceso a los bienes básicos, así como contar con un contexto afectivo y cultural, para crecer en una ciudad que se densifica en armonía con la naturaleza y que practica los valores de protección de la vida.

Para ello, el Plan Territorial de Salud para Bogotá 2012-2016 se estructura a partir de los siguientes ejes programáticos, en concordancia con el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas Bogotá Humana 2012-2016:

- ◆ Una ciudad que supera la segregación social y la discriminación: el ser humano se encuentra en el centro de las preocupaciones del desarrollo.
- ◆ Un territorio que enfrenta el cambio climático y se organiza alrededor del agua.
- ◆ Una Bogotá que defiende y fortalece lo público.

A continuación se describe la articulación del Plan Territorial de Salud para Bogotá con todos y cada uno de estos ejes.

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

Con los desarrollos en este eje, la ciudad deberá lograr reducir la desigualdad y la discriminación social, económica, de género, espacial y cultural, para así 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 [...].⁶

Ello 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, influye en la estrategia de atención primaria en salud (APS), que impulsa 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 2008⁷ reconoce el derecho a la salud como derecho fundamental, lo que implica que este debe ser universal:

[...] 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 [...].⁸

Para asegurar el ejercicio del derecho a la salud se deberá 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, el tratamiento y la rehabilitación, adecuados para que la población promueva, proteja y recupere su

⁶ Ibíd

⁷ Corte Constitucional colombiana. Sentencia N° T-760 de 2008.

⁸ Observatorio de salud. Colombia. Memorias del foro Ley 1438 de 2011 y los Indicadores de goce efectivo del derecho a la salud. 2011.

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

1.2. Un territorio que enfrenta el cambio climático 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 escala internacional se encuentra ligada con los compromisos, convenios y acuerdos internacionales orientados a la prevención, mitigación y abordaje de los factores que deterioran el ambiente y 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 en los ámbitos nacional, regional y local, tendientes a preservar el ambiente y la salud para mejorar las condiciones de vida de la población y garantizar un ambiente adecuado y un desarrollo sustentable.

La sustentabilidad es un término complejo que tiene varias concepciones, la definición más aceptada es la de la Comisión Brundtland⁹, que en un informe menciona que debemos dejar de ver el desarrollo y el ambiente como si fueran cuestiones separadas, planteamiento que acoge la propuesta del Plan 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 cual se busca incidir positivamente sobre las condiciones sanitarias y ambientales que la determinan, con la participación sectorial, intersectorial y comunitaria.

Por lo anterior, se deberán asumir las responsabilidades por parte 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, por medio de la construcción de espacios de coordinación y de acuerdos para lograr mejoras sustantivas, reales y duraderas en las condiciones sociales y ambientales.

⁹ Gro Harlem Brundtland. Informe Brundtland. Comisión Mundial Para el Medio Ambiente y el Desarrollo de la ONU. 1987.

1.3. 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, clave a la hora de poder controlar el manejo y protección de los recursos públicos en cualquier sociedad. Estos valores son impuestos por leyes, normas y reglas, pero también se construyen con el empoderamiento de la comunidad¹⁰.

Por lo anterior, con el desarrollo de este eje se fortalecerá la participación representativa y democrática en la gestión y toma de decisiones en las entidades que conforman el sistema de salud. Esto 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 para Bogotá 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 resolutivez del primer nivel de atención y el fortalecimiento de los niveles de mayor complejidad.
- ◆ Nivelación del Plan Obligatorio de Salud (POS), que exija a las aseguradoras el estricto cumplimiento de sus obligaciones y garantice la prestación de los servicios no incluidos en el POS. 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.
- ◆ 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 al mejorar la oportunidad, la pertinencia y la seguridad de la atención en salud, ofreciendo servicios humanizados y con calidez.
- ◆ Modernización de las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, con la implementación de tecnologías de punta y el fortalecimiento del 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.

¹⁰ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Salud Pública. Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D. C. 2011-2023. Bogotá D. C., Octubre de 2011.

- ◆ 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 posgrado. Se fomentarán las alianzas público privadas y la acreditación de hospitales en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, además de impulsar su transformación hacia hospitales universitarios.
- ◆ Negociación conjunta de los hospitales públicos para la venta de servicios, la adquisición, compra de insumos hospitalarios esenciales y bienes y servicios de apoyo logístico, para mejorar la eficiencia. Igualmente, se generarán mecanismos de pago para lograr, entre otros, el giro oportuno de los recursos y 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 planteados los conceptos básicos de salud, la salud pública, los determinantes sociales de la salud, el enfoque poblacional y territorial, los sistemas integrados de servicios de salud, la estrategia de atención primaria en salud, el modelo de atención y el trabajo digno, desde los cuales se aborda y concibe.

2.1. Salud

La *salud*, para la Administración del Plan de Desarrollo 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.

2.2. Salud pública

La salud pública es un componente activo del progreso de la humanidad y se proyecta cada día más al todo social y a la actividad vital del ser humano. Está 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, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad y cuidados paliativos de la salud. La salud pública busca que las comunidades, las familias y los individuos logren el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad.

2.3. Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en las cuales 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 parafraseado como: “[...] las características sociales en que la vida se desarrolla”¹.

Los determinantes sociales son interacciones complejas entre la multiplicidad de condiciones que tienen repercusión en la salud. El mejor conocimiento de los determinantes sociales 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 la salud en la agenda social, favoreciendo la participación y la protección social, para que se avance hacia el desarrollo humano y 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, política y 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 mantener la salud y dar solución a los problemas que afectan a la población, proceso que será liderado directamente por el alcalde mayor de Bogotá. 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.

2.4. 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 que puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva, conforme con sus necesidades e intereses². 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.

2.5. 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 desa-

¹ Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales. 2005.

² Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. En <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml>

rollo humano, en la medida en que se concibe la salud como un derecho y se centra en las causas fundamentales de esta³.

La atención primaria de salud renovada (APSR):

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

2.6. 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 accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

En el sistema de salud colombiano, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, las redes integradas de servicios de salud se entienden como: “[...] el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda [...]”. En su artículo 62, le otorga a “las entidades territoriales la competencia para conformar dichas redes, en coordinación con las entidades promotoras de salud a través de los consejos territoriales de seguridad social en salud, incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el plan de beneficios a su cargo [...]”.

Para un adecuado funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud, la Organización Panamericana de la Salud propone un modelo organizacional que requiere 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.

3 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>.

4 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

- ◆ Un primer nivel de atención multidisciplinaria que cubra a toda la población y funcione como principal puerta de entrada al sistema de salud, para integrar y coordinar la atención de salud que satisfaga la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- ◆ La prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, con la posibilidad de oferta en entornos extrahospitalarios.
- ◆ La existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- ◆ La atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, de género, y la 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 resolutive, 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 comunitario⁵.

2.7. 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 ofrecen a la población los planes de beneficios; 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 de Intervenciones Colectivas (PIC), 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 se ofrecen a la población a través de los planes de beneficios.

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,

⁵ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., Política de Provisión de Servicios de la Salud para Bogotá, D. C. 2009.

con énfasis en la promoción y protección de la salud, en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Para ello, se fortalecerá la capacidad resolutoria de los servicios de baja complejidad y se impulsará la especialización de servicios de mediana y alta complejidad, y 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 intracomunitarios como extracomunitarios, en redes integradas e integrales, que incluyan entidades públicas, privadas y mixtas, y que 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, al integrar los servicios de otros sectores, 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, propiciando condiciones que garanticen la generación de oportunidades y el 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 fomento de estilos de vida saludables; además, autocuidado individual y colectivo, desarrollo de la autonomía, todo ello para lograr aportes concretos al mejoramiento de las condiciones sociales y de vida de los individuos y de la comunidad.

La Secretaría Distrital de Salud acoge y ejecuta el mandato de establecer un modelo de atención para la ciudad⁶, 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.



⁶ Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, Artículo 64.

2.8. 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 toma e implementa sus decisiones, y determina sus conductas. Esto es aplicable a diferentes niveles: local, nacional, internacional y global [...].⁷

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

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 administración 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 con las necesidades de la población, de manera equitativa y eficiente, por medio del diseño y aplicación de normas de atención en salud; el desarrollo de programas, la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de

⁷ 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.



salud públicas y privadas, y la medición del cumplimiento de los estándares establecidos. Adicionalmente, el fomento de alianzas estratégicas entre pagadores, proveedores y usuarios, así como la incorporación de tecnologías de punta.

En cuanto al desarrollo de las funciones esenciales en salud pública (FESP), la gobernanza y la rectoría se relacionan con las dimensiones de conducción y regulación. Las funciones esenciales incluyen la evaluación de la situación de salud, la vigilancia de la salud pública, el control de los riesgos, los daños a la salud pública, la promoción de la salud, la participación de los ciudadanos en la salud, el desarrollo de políticas y el fortalecimiento de la capacidad institucional para la regulación y fiscalización en materia de salud pública.

2.9. 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 interrelación territorio población y sus interafectaciones, visibilizando potencialidades y limitaciones del territorio social, que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y les permite generar condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades⁸. 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, la diversidad de etnia, el sexo, la orientación sexual, el género e identidad de género, las condiciones y situaciones particulares, como la discapacidad, el desplazamiento, el trabajo sexual, el habitante de calle, entre otras.

⁸ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., Dirección de Salud Pública, Equipo Técnico Poblacional. El enfoque poblacional. Febrero de 2012.

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 falta de aval 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; para que, consecuentemente, sean prioridad en la formulación de las políticas públicas y en la definición de las acciones en los territorios sociales, en la perspectiva de garantizar los derechos humanos e impedir la perpetuación de inequidades.

En este contexto, 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.

Una forma de organizar las respuestas es partir de la comprensión de las *interseccionalidades*, lo cual significa trascender la mirada segmentada de las poblaciones que surge desde el énfasis de una característica, condición o situación, hacia una comprensión de las relaciones que existen entre diversas características y los distintos grupos de poblaciones: etnias, discapacidad, desplazamiento, género, identidad de género, orientaciones sexuales, situaciones y condiciones, ciclo vital, entre otros.

Implica reconocer las diferencias y diversidades de los ciudadanos como sujetos únicos e irrepetibles, quienes 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 en situación de fragilidad social frente al resto de la sociedad, y proporciona herramientas para generar respuestas integrales a necesidades complejas de la población.



2.10. El enfoque territorial

El territorio se entiende como una construcción social, donde interactúan actores, 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 trasciende el espacio geográfico y se reconoce como intrínsecamente social, en la medida en que está definido por la territorialidad, en el ejercicio de poder que ejerce un actor individual o colectivo, en una porción de un espacio geográfico⁹.

En el enfoque territorial se reconoce 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 sus habitantes, y la forma como estos se traducen en oportunidades de bienestar para su población¹⁰. Este enfoque permite entender que la calidad de vida tiene su mayor poder expresivo en los espacios cotidianos de vida de las personas.

En la medida en que las políticas públicas tienen incidencia directa en el territorio y en la vida de sus habitantes, deben reconocerse en los contextos local, regional, nacional y mundial, junto con la cooperación entre todos los actores del territorio y el papel del Estado en la garantía de los derechos.

2.11. 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 de la seguridad social, la protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad”¹¹.

El 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 [...].¹²

⁹ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., Dirección de Salud Pública. Lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas 2011.

¹⁰ 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.

¹¹ Procuraduría General de la Nación, 2011.

¹² OIT. <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>



3

Sustento normativo

El Plan Territorial de Salud de Bogotá 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 en los siguientes puntos.

3.1. Acuerdos y compromisos internacionales

3.1.1. 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 como 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 menosprecio 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 compromiso¹.

¹ Declaración Universal de los derechos Humanos. En: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. Consultado junio de 2012.

3.1.2. Ley 74 de 1968

Mediante esta ley, 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 participantes del pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que se anuncian en él, 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 para gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados.

3.1.3. Ley 629 de 2000

Mediante esta ley Colombia ratifica el compromiso internacional frente a los derechos ambientales, plasmados en el Protocolo de Kioto, suscrito en diciembre de 1997.

3.1.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Con sus catorce metas, cuentan con más de cuarenta indicadores para cumplir en 2015; los entes territoriales contribuyen de forma directa en su logro, al formular y ejecutar los planes territoriales de salud (tabla 1).

3.1.5. 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 por desarrollar dentro de los planes de implementación del reglamento deben ser compatibles con otras normas y acuerdos internacionales.

3.1.6. 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, se propende por el abordaje de los determinantes de la salud y el mejoramiento al acceso a los servicios y bienes de salud, individuales y colectivos, que se facilite la movilización de recursos y se influencien las políticas de salud en la región, en las que cada individuo, familia y comunidad tengan la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial.

Tabla 1. Objetivos y metas de desarrollo del milenio

Objetivo	Meta
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 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 5 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 malaria y otras enfermedades graves.
7 Garantizar el sustento del medio ambiente	Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
	Haber reducido considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.
	Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.
	Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.
8 Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
	Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
	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 periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General.
	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.
	En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
	En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

Fuente: Organización de las Naciones Unidas (ONU). Asamblea del Milenio de la Naciones Unidas, Nueva York, 2000.

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 realizará por medio de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en dichos planes.

3.2. 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 estas disposiciones se destacan las expuestas en los siguientes puntos.

3.2.1. 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 [...]”; el cual 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.

3.2.2. 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; estas se entienden como las necesarias para asegurar el bienestar y la salud humana.

3.2.3 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, el modelo de financiación a través del aseguramiento, e introduce el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidiariedad.

3.2.4. Ley 152 de 1994

Establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, y la planificación para su aplicación en el ámbito de la nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden. 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.

3.2.5. Ley 388 de 1997

Tiene como objetivos: armonizar y actualizar las disposiciones contenidas en la Ley 9 de 1989 con las nuevas normas establecidas en la Constitución Política, la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, la norma 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, prevenir desastres en asentamientos de alto riesgo, ejecutar acciones urbanísticas eficientes; utilizar el suelo, y velar por la creación y la defensa del espacio público, así como proteger el ambiente. Incluye 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 municipal con la política urbana nacional, así como con los esfuerzos y recursos de las entidades encargadas del desarrollo de dicha política.

3.2.6. Ley 715 de 2001

Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento del Acto Legislativo 001 de 2001, mediante la reestructuración del sistema de transferencias 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.

3.2.7. 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 y el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Fortalece los temas de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control; además, ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

3.2.8. Ley 1438 de 2011

Fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, al promover la integración del gobierno con las instituciones y la sociedad, consolidando las redes integradas de servicios de salud, con el fin de desarrollar una propuesta a escala territorial que afecte los determinantes sociales expresados de forma diferencial en el proceso salud-enfermedad de la población.

3.2.9. Ley 1450 de 2011

El 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.

3.2.10. Ley 1448 de 2011

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; 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 dignifique por medio de la materialización de sus derechos constitucionales.

3.2.11. Ley 1454 de 2011

Dicta normas orgánicas para la organización político-administrativa del territorio colombiano; enmarca en estas el ejercicio de la actividad legislativa en materia de normas y disposiciones de carácter orgánico relativas al 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.

3.2.12. 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 inseminación artificial, o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o incesto.

3.2.13. Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008

Mediante el mecanismo de tutela y después de muchos fallos, esta sentencia se ha constituido como la más representativa para exigir el respeto y la defensa de la salud como derecho fundamental², obligando a unificar los planes obligatorios de salud para los regímenes contributivo y subsidiado, y a realizar su actualización de manera periódica.

² Organización Panamericana de la Salud (OPS), Representación de Chile. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Material en CD, capítulo Colombia. 2011.

3.2.14. Decreto 1757 de 1994

Reglamenta la participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, permitiendo que las personas naturales y jurídicas participen en los ámbitos 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.

3.2.15. Decreto 1011 de 2006

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de disposiciones que se aplican a los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

3.2.16. 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.

3.2.17. Decreto 2181 de 2006

Reglamenta parcialmente las disposiciones relativas a los planes parciales contenidos en la Ley 388 de 1997. Dicta disposiciones en materia urbanística y 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.

3.2.18. Decreto Nacional 3039 de 2007

Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y da orientación sobre la formulación del Plan Territorial de Salud³. Define como líneas políticas por desarrollar: la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de la enfermedad asociada con 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 de dicho plan.

³ Al respecto, se parte del pronunciamiento del Ministerio de Salud del 30 de enero de 2012, en el que indica: "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.

Define como prioridades en salud: mejorar la salud infantil, mejorar la salud sexual y reproductiva, mejorar la salud oral, mejorar la salud mental, disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis, disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles 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, y fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

3.2.19. 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, además de la atención de enfermedades de interés en salud pública, definiendo responsabilidades para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.2.20. Resolución 425 de 2008

Define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Territorial de Salud, 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, emergencias y desastres.

3.2.21. Acuerdo 117 de 1998 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

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.

3.2.22. Circular 005 de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social

Ratifica la vigencia de la metodología, alcances y lineamientos para la formulación de los planes territoriales de salud, instituidos en el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 425 de 2008.

3.3. Marco normativo distrital

3.3.1. Decreto Ley 1421 de 1993

Establece el régimen especial para el Distrito Capital y 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.

3.3.2. Acuerdo 20 de 1990 del Concejo de Bogotá

Designa a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 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, para lograr la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

3.3.3. Acuerdo 12 de 1994, del Concejo de Bogotá

Establece el Estatuto de Planeación para Bogotá y reglamenta la formulación, aprobación, ejecución y evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas de la ciudad, conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazos.

La parte general del Plan de Desarrollo de Bogotá contempla los objetivos, metas y prioridades tanto a escala distrital como local; estrategias, políticas generales y sectoriales, programas, cronograma de ejecución y responsables de esta, normas, instrumentos de coordinación de la planeación distrital con la planeación nacional, regional, departamental, local y sectorial. El plan de inversiones públicas incluye los presupuestos plurianuales de los proyectos prioritarios y la determinación de los recursos financieros que garanticen su ejecución.

3.3.4. Acuerdo 19 de 1996 del Concejo de Bogotá

Adopta el Estatuto General de Protección Ambiental de Bogotá y dicta normas básicas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el ambiente. 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. Establece que las políticas, normas y acciones de Bogotá se armonicen con la preservación, la conservación, el mejoramiento y la protección de los recursos naturales, y el ambiente urbano y rural; además de la prevención, la mitigación y la compensación de los procesos deteriorantes de las aguas, el aire, los suelos, y los recursos biológicos y ecosistémicos.

3.3.5. 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 por la ciudad, que se constituye en instrumentos que orientan la programación de la inversión y los requerimientos de suelo para el desarrollo de infraestructuras y equipamientos.

Los equipamientos de salud se definen como los destinados a la administración y a la prestación de servicios de salud, de promoción de la salud, 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.

3.3.6. Decreto 318 de 2006

Define como objetivo del Plan Maestro de Equipamiento en Salud: “[...] Ordenar y mejorar la oferta actual y futura de equipamientos y servicios de salud, públicos y privados, de manera accesible, equitativa, disponible, integral y de calidad, para contribuir en la garantía del derecho a la salud de la población del Distrito Capital [...]”. Basa 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 estrategias: accesibilidad y equidad espacial, calidad, reducción de vulnerabilidad y gestión del riesgo, gestión del suelo y la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital.

3.3.7. Decreto 546 de 2007

Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital con el objeto de garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial. A las comisiones intersectoriales permanentes se les asignaron 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. Así como la de garantizar la coordinación de las entidades y sectores encargados de 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. Igualmente, deben coordinar y efectuar el seguimiento a la gestión intersectorial.

Mediante este decreto se crearon las siguientes comisiones: 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, la Protección Ambiental y el Ecourbanismo 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 Comisión Intersectorial del Espacio Público del Distrito Capital.



4

Situación de Salud de Bogotá

En la última década, en el Distrito Capital se han logrado importantes avances tanto en indicadores de salud como en la mortalidad evitable, en la discapacidad y en causas de muerte (anexo 1); sin embargo, siguen prevaleciendo enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones. 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 residente en el territorio distrital, que exigen 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 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 y 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 del Régimen Subsidiado (el *no* POSS), atendido por la red pública hospitalaria, teniendo como fuente principal el Registro de Información de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Estos no se encuentran disponibles para el caso de las demás atenciones que realizan las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB), dado que son enviados directamente al Ministerio de Salud y Protección Social.

La situación se agrava con factores propios del sistema de salud vigente. 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; se mantienen barreras de acceso, 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, 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 los ciudadanos amplíen sus opciones y capacidades para llevar la vida que valoran, de acuerdo con sus necesidades y expectativas, para lograr una vida larga y saludable, teniendo acceso a los recursos que permitan a las personas vivir dignamente y la posibilidad de participar en las decisiones que afectan a la 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 salud de la población del Distrito Capital.



4.1. Eje 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 cual la convierte en centro administrativo y político del país. En virtud de lo consagrado en el artículo primero de la Constitución Política: “[...] Colombia es un Estado social de derecho, organizado 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 [...]”¹.

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. En el territorio, 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 social e 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.

4.1.1. Condiciones urbanas

Bogotá se ubica en la franja de altitud subalpina sobre la cordillera Oriental de los Andes, a 2.600 m. s. n. m., con una temperatura promedio de 12 °C. Los elementos sobresalientes de su estructura ecológica son los cerros, el valle aluvial del río Bogotá y sus afluentes, las zonas de humedales, los corredores biológicos indispensables para futuras implementaciones de planes de restauración, y los parques metropolitanos. Posee una extensión aproximada de 177.598 ha. De estas, 30.736 ha (17,3%) corresponden al área urbana; 17.045 ha (9,5%), al área suburbana, y 129.815 ha (73%), al área rural. Entre estas últimas se destacan las localidades de Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Santa Fe, Chapinero, Suba, Bosa y Usaquén.

El Distrito Capital está conformado por 20 localidades, 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 aspecto humano. Esto implica que la ciudad deba garantizar condiciones adecuadas de espacio público que permitan la movilidad con vías adecuadas, medios seguros y asequibilidad para disfrutarlos; ambiente sano para enriquecer el hábitat; espacio público bien dotado y apropiado según necesidades colectivas y

¹ Constitución Política de la República de Colombia de 1991.

características poblacionales diferenciadas por género; equipamientos para fortalecer las culturas, servicios públicos, 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 personas².

Bogotá presenta una alta densidad de población urbana ubicada en mayor proporción en 18 de las 20 localidades; San Cristóbal y Kennedy son las de mayor densidad poblacional. Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar presentan importantes fenómenos de urbanización informal, producto de los desplazamientos de personas desde otras ciudades o municipios a la ciudad capital, muchos de ellos relacionados con la violencia.

Bogotá tiene grandes zonas ambientales protegidas de orden nacional y regional, las zonas de protección nacional se ubican en su mayoría en la zona oriental de la ciudad, y las del orden distrital se encuentran en la parte sur y suroccidental.

4.1.2. Calidad de vida urbana

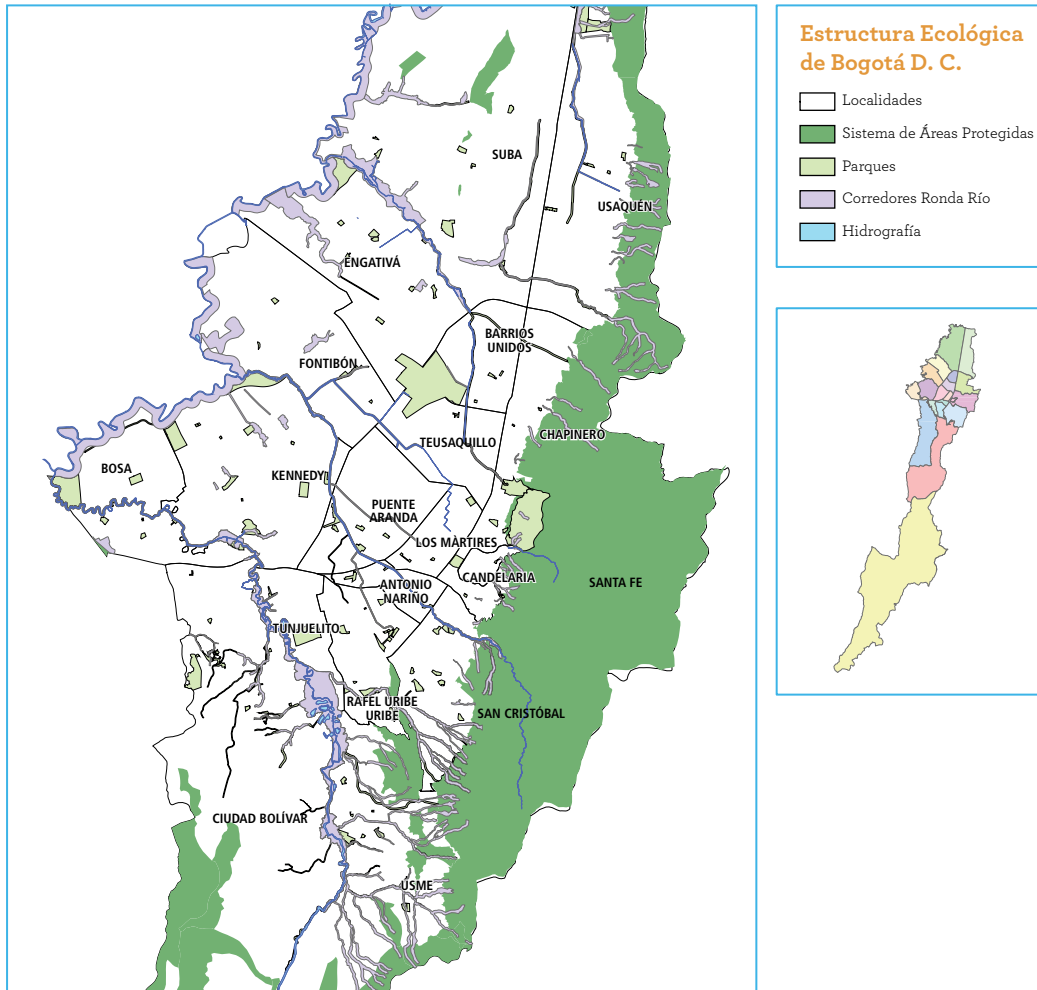
4.1.2.1. Estructura ecológica de Bogotá

La riqueza ecológica de la ciudad se ha venido reduciendo de manera importante. Bogotá cuenta con áreas protegidas de orden nacional y distrital, como parques, corredores ecológicos y un área especial de manejo del río Bogotá, las cuales deben ser protegidas por la sociedad y la administración distrital, para garantizar la calidad de vida de la actual y de las futuras generaciones (mapa 1).



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

Mapa 1. Estructura ecológica de Bogotá, D. C.

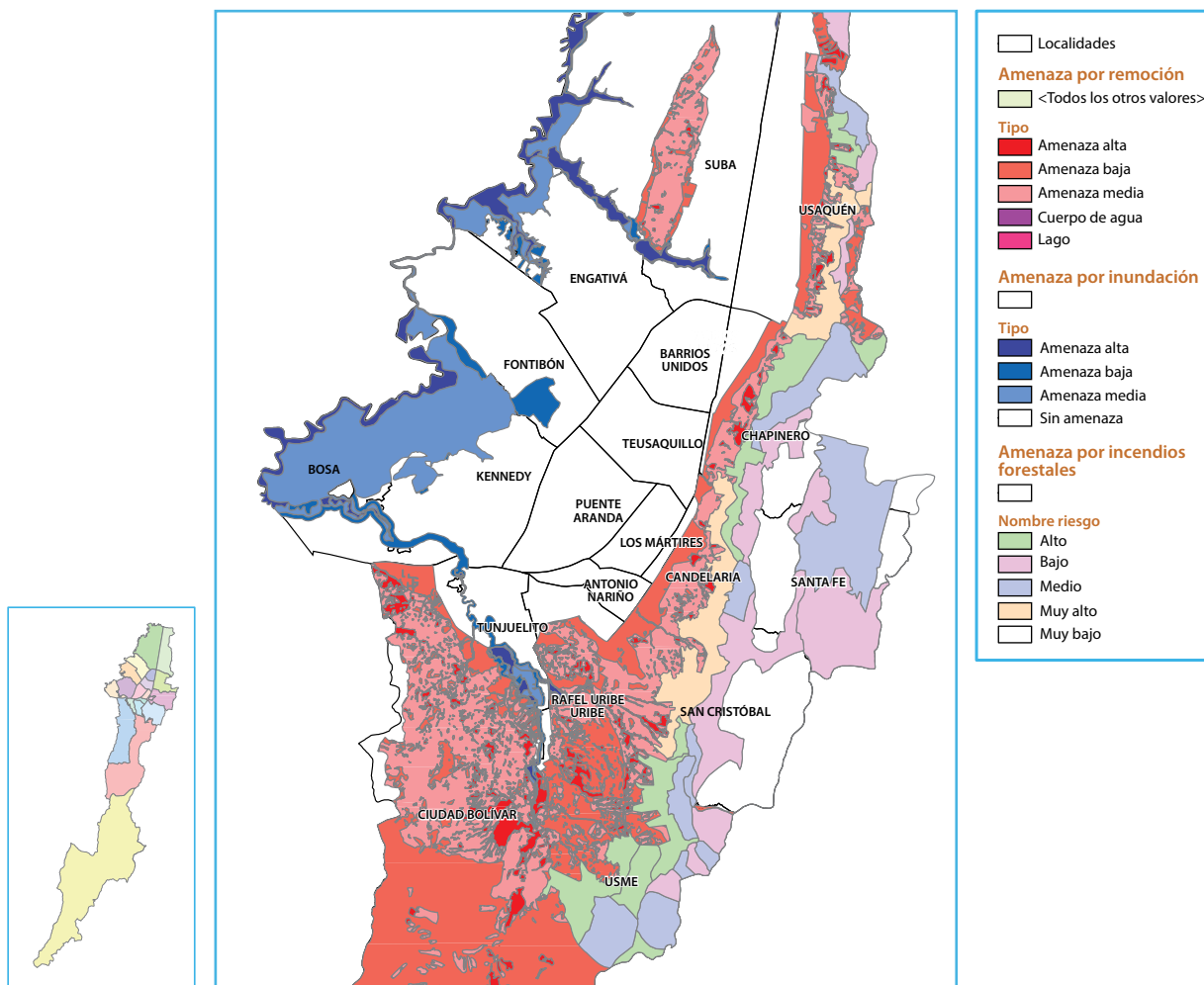


Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Información Decreto 190 del 2004 (POT). Elaboró: Equipo ASIS SDS.

Bogotá es una ciudad con alto grado de vulnerabilidad ambiental. Las zonas alejadas a las riberas de los ríos son susceptibles de inundaciones, y las zonas montañosas con alto grado de erosión presentan riesgo de deslizamiento. Las condiciones ambientales de la ciudad se han modificado debido a la variabilidad climática que durante los últimos años ha afectado 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 2)³.

³ Secretaría de Planeación Distrital. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales resultados-Temas nuevos. Condiciones urbanas.

Mapa 2. Zonas de riesgos naturales en Bogotá, D. C.



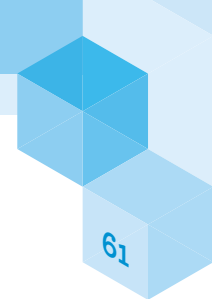
Fuente: DEPAE, 2009. Elaboró: Grupo ASIS-SDS.

4.1.2.2. Estructura económica

Bogotá es considerada como el principal centro de servicios industriales y comerciales del país, y aporta el 24,95% del producto interno bruto (PIB) nacional. 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 primas⁴. Los factores económicos, la estructura de producción y de servicios son determinantes en la calidad de vida de las personas y afectan directamente sus condiciones de vida y de salud.

En los siguientes puntos se presentan algunos de los indicadores más importantes que conforman la estructura económica de la ciudad.

⁴ Secretaría de Planeación Distrital. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales resultados-Temas nuevos. Condiciones urbanas.



4.1.2.3. Producto interno bruto (PIB)

Bogotá genera alrededor de un cuarto del total del producto interno bruto (PIB) del país; sin embargo, es una de las ciudades con más altos índices de desigualdad, donde el 9,2% de la población no tiene satisfechas las necesidades básicas y el 1,4% vive en la miseria (tabla 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 alto⁵.

Tabla 2. Indicadores económicos, Bogotá, 2010

Nombre del indicador	Valor
PIB (Millones)*	US\$ 42,59
PIB per cápita*	US\$ 5,835
% del PIB total de Colombia*	27,00%
Crecimiento económico*	4,00%
Inflación*	3,30%
Índice de Gini (2009)**	0,51
Índice de Desarrollo Humano (2007) ***	0,8
Población en Necesidades Básicas Insatisfechas (%) ****	9,20%
Proporción de Personas en miseria ****	1,40%

Fuentes:

* Investigación en Bogotá con base en estimaciones de la Secretaría Distrital de Hacienda. <http://www.investinbogota.org/bogotaencifras>.

**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

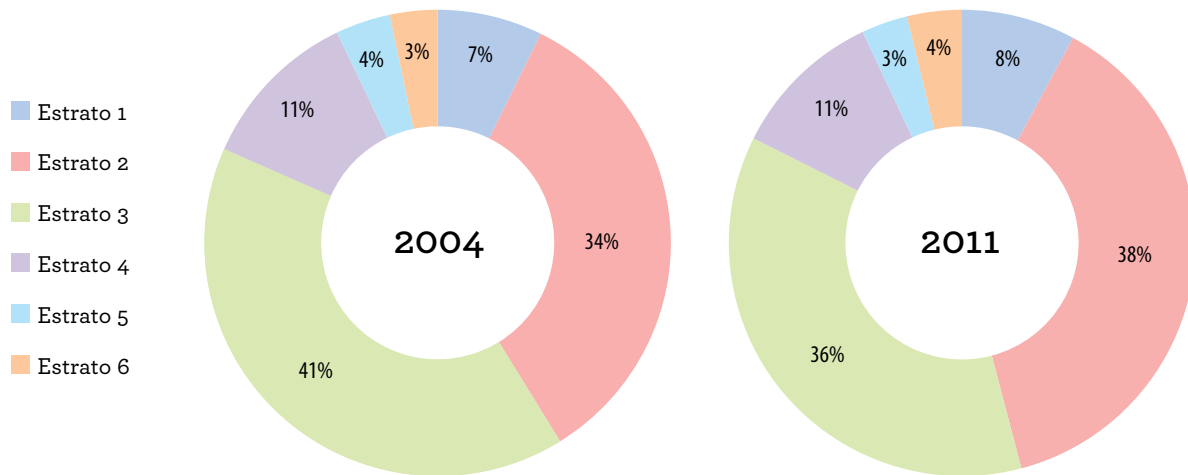
En términos reales, los ingresos de los habitantes de todos los estratos, salvo el estrato 5, crecieron entre 2004 y 2011. No obstante, se incrementó el número de hogares perteneciente a los estratos más bajos. Así, de los 2,1 millones de hogares de la ciudad, en 2011, el 82,4% pertenece a los estratos 1, 2 y 3; mientras que en 2004 los hogares de estos estratos eran 1,9 millones (81,6%).

En el 2011, los ingresos mensuales por hogar de los estratos 1, 2 y 3 fueron inferiores a la media de la ciudad, de \$2.849.514, y el promedio de personas por hogar en los estratos 1 y 2 fue superior al 3,41 del hogar promedio en la capital. Al igual que en 2004, en 2011 el número de personas por hogar se redujo en la medida en que el estrato aumentó (figura 1)⁶.

⁵ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010).

⁶ Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)-Secretaría Distrital de Planeación. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011.

Figura 1. Tasas comparativas de ingresos mensuales de hogares por estrato socioeconómico (Bogotá, 2004-2011)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito para Bogotá D. C., 2011.

4.1.2.4. Accesibilidad a servicios públicos

En 2011, los hogares de la ciudad contaron con servicios públicos como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y recolección de basuras en más del 99%. El acceso al gas natural fue superior en los estratos 1 y 5, y alcanzó el 92% y 89,1%, respectivamente. Los servicios de telefonía fija e Internet reflejaron diferencias notorias dependiendo del estrato; por cada 100 hogares del estrato 6 con acceso a la telefonía fija, solo 60 hogares del estrato 1 accedieron a este servicio. En el acceso a Internet la diferencia fue aún mayor, por cada 100 hogares del estrato 6 con Internet, 16 hogares del estrato 1 contaron con este servicio (tablas 3 y 4).





Tabla 3. Hogares con coberturas de servicios públicos, según estrato (Bogotá, 2011)

Estrato	Hogares		Acueducto		Alcantarillado		Recolección de basuras		Energía 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 solo 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 4. Hogares por tenencia de teléfono fijo e internet, según estrato (Bogotá, 2011)

Estrato	Hogares Total	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 los residentes en la ciudad se encuentra la tasa de ocupación, que está en el 58%. Se observa que la más baja es la del estrato 1. Las tasas de desempleo son más altas en los estratos 1, 2 y 3. Es 2,8 veces mayor en el estrato 1 que en los estratos 5 y 6 (tabla 5).

Tabla 5. Tasas globales de participación, ocupación y desempleo, según estrato socioeconómico (Bogotá, 2011)

Estrato	Tasa global de participación	Tasa 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 la tabla, 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 las que predomina el estrato 2. Se evidencian claras concentraciones de estrato 1 y 2 en la periferia y en la zona sur, entre localidades como Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe y Bosa. El 85,2% de la población se encuentra en los estratos 1, 2 y 3 (tabla 6).



Tabla 6. Distribución de la población según estrato socioeconómico (Bogotá, 2011)

Estrato	Población	Porcentaje
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%
Total	7.451.231	100,0%

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito para Bogotá D. C. 2011.

Nota 1: No incluye la localidad de Sumapaz

4.1.2.7. Acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Para el 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 encontraba el mayor peso porcentual de la población de la ciudad (72,3%), seguido del subsidiado (23,9%), y el 7,6% de la población no se encontraba afiliada al sistema. Los estratos 1 y 2 presentaron mayor proporción de no afiliados (19,9%), es decir, una de cada cinco personas de estos dos estratos no estaban afiliadas al sistema de salud (tabla 7).

Tabla 7. 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 deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15% lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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. Caracterización demográfica

4.1.3.1.1. Estructura poblacional

Bogotá es la ciudad más poblada del país. En 2010 contaba con un total de 7.363.782 habitantes; de ellos, 7.347.795 (99,8%) habitaban 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 se ha incrementado a través de los años, en el 2005 fue de 27,6; en el 2010, de 29,5, y se proyecta que para el 2015 sea de 31,4. Esto refleja la estructura de una sociedad madura. La población menor de 15 años representó el 15% del total, mientras que los mayores de 65 años, el 6,3%.

De acuerdo con las proyecciones del censo nacional de 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el 2010, la población mayor de 15 años se ha incrementado en el 11,2% comparado con el 2005 (figura 2).



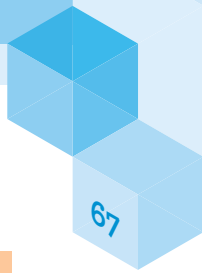
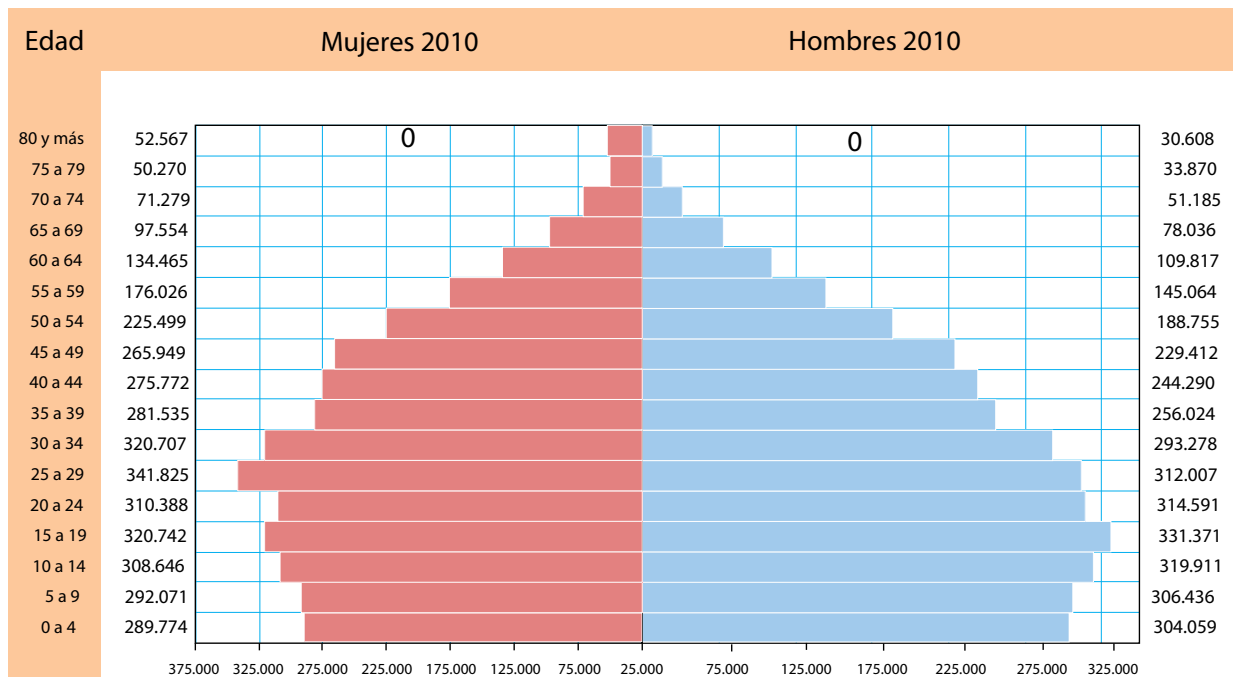
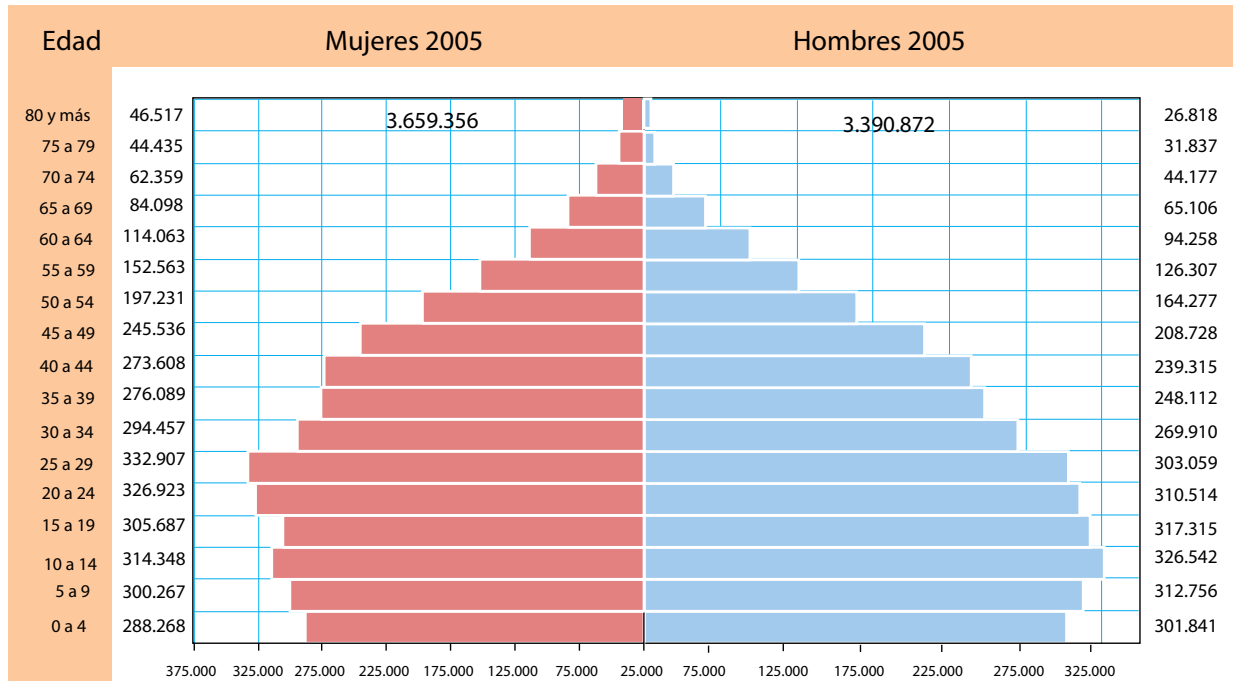


Figura 2. Pirámide poblacional de Bogotá, 2005-2010



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección de población de Bogotá 2000-2015. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.: Direcciones de Salud Pública y de Planeación y Sistemas.

Entre los principales aspectos por 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 bogotana.

Este comportamiento es el reflejo de la entrada de la población a la segunda transición demográfica, caracterizada 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, acceso de las mujeres a la educación y con ello el incremento de su participación en el mercado laboral⁷.

Adicionalmente, en Bogotá se presenta el fenómeno de *bono demográfico*, esto quiere decir que a partir de 2015 se espera un incremento en 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, donde se espera que aproximadamente el 20% de la población esté integrada por personas mayores de 60 años.

4.1.3.1.2. Distribución poblacional en el territorio



Geográficamente, la ciudad se encuentra distribuida en 20 localidades, a su vez divididas en 112 unidades de planeación zonal (UPZ). Las localidades de Suba, Kennedy, Engativá y Ciudad Bolívar son las más pobladas de la ciudad, mientras que las de menor número de habitantes 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 5 años distribuida en unidades de planeación zonal mostró mayor proporción en las localidades de Suba, en las UPZ Suba y Tibabuyes; Bosa, en las UPZ Gran Britalia, Bosa Occidental y Bosa Central; y en la localidad de Ciudad Bolívar, en las UPZ Ismael Perdomo y Lucero.

⁷ Secretaría de Planeación Distrital. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales resultados-Temas nuevos. Condiciones urbanas.

4.1.3.1.3. Crecimiento poblacional

La tendencia de crecimiento poblacional para el 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 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 Secretaría Distrital de Planeación (SDP) para 2005, 2010 y 2015 muestran que las localidades de Usme, Bosa, Suba, Fontibón y Ciudad Bolívar, entre 2010 y 2015, tendrán un alto porcentaje de variación; mientras que las localidades de Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe decrecerán de manera promedio (tabla 2). Se estima que por cada 1.000 habitantes ocurrirán 15,9 nacimientos y 4,5 defunciones, dado que los nacimientos superan las muertes, la tasa de crecimiento natural toma un valor alto, indicando que la población aumentará en un 11,4% (tabla 8).

Tabla 8. Comportamiento del crecimiento de la población residente según la localidad en Bogotá (2005) y proyecciones a 2010-2015

	Localidad	2005	%	2010	%	2015	%	Variación % 2005-2010	Variación % 2005-2015
1	Usaquén	444.924	6,5	469.635	6,4	494.066	6,3	5,6	11
2	Chapinero	126.274	1,8	132.271	1,8	137.870	1,7	4,7	9,2
3	Santa Fe	109.463	1,6	110.049	1,5	110.053	1,4	0,5	0,5
4	San Cristóbal	409.653	6	410.148	5,6	406.025	5,2	0,1	-0,9
5	Usme	299.621	4,4	363.707	4,9	432.724	5,5	21,4	44,4
6	Tunjuelito	202.342	3	202.010	2,7	200.048	2,5	-0,2	-1,1
7	Bosa	495.283	7,2	569.093	7,7	646.833	8,2	14,9	30,6
8	Kennedy	944.777	13,8	1.009.527	13,7	1.069.469	13,6	6,9	13,2
9	Fontibón	297.933	4,4	338.198	4,6	380.453	4,8	13,5	27,7
10	Engativá	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	145.157	2	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
	Total	6.840.116		7.363.782		7.878.783		7,7	7

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

4.1.3.1.4. Fecundidad en Bogotá

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

La tasa general de fecundidad de Bogotá indica que entre 2005 y 2010, por cada 1.000 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 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 respecto a Colombia, excepto por la edad media de fecundidad, que es más alta para Bogotá (tabla 9).

Tabla 9. Indicadores de fecundidad y reproducción en Bogotá y Colombia, estimaciones a 2010⁸

Bogotá y Colombia estimaciones 2010	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: DANE. Proyecciones de Población 2006-2020 Colombia.

<http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf>, Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población, 2005-2020. Estudios Pospocensales No. 7.

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 el 6,4%. Las localidades de Kennedy y Suba presentaron el mayor número de nacimientos durante el 2010, lo cual generó el 14,3% y el 13,3% del total de nacimientos, respectivamente. Las tasas de natalidad más altas entre 2005 y 2010 se presentaron en las localidades de Usme (21,7), Ciudad Bolívar (21,3) y Bosa (19,8), y se estima que entre 2010 y 2015 sigan siendo las localidades con tasas de natalidad más altas.

⁸ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Proyecciones de Población 2006-2020. En: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf> consultado 27 de enero de 2012.

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 2005 y 2010 se ha incrementado en 1,6 años, y se proyecta que para 2015 aumente a 1,2 años más. Este indicador tiende a crecer más rápidamente en las mujeres que en los hombres. Entre 2005 y 2010 aumentó en 0,8 y 0,3 años, respectivamente (figura 3).

Figura 3. Esperanza de vida al nacer (Bogotá, 2005-2015)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación. Consultado el 25 de enero de 2012 en: <http://sdpapolo013.dapd.gov.co:7778/CE/index.php>.

Las localidades con mayor esperanza de vida son las que pertenecen a la región del norte. Se evidencia que a medida que la localidad se aleja del norte de la ciudad, la esperanza de vida disminuye, tanto para mujeres como para hombres.

4.1.3.2. Dinámica de indicadores de salud

4.1.3.2.1. Mortalidad

En la tabla 10 se presenta la dinámica de los indicadores locales, tomando como referencia los valores distritales. Las columnas se encuentran coloreadas 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 10. Causas de muerte en Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Mortalidad evitable																	Sin dato de localidad				
			Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Narño	Puente Aranda		La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz
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	29,1	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	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	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	0,0
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	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	0,0
Mortalidad por hemorragia intraencefálica	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	0,0
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	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	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	0,0

Mortalidad por cáncer de cuello uterino	2009	Tasa por 100.000 mujeres	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 de próstata	2009	Tasa por 100.000 hombres	9,9	13,5	14,9	27,0	11,0	6,4	16,1	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 autoinfligidas 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
Suicidio consumado menores de 18 años*	2010	Número de casos	37	2	0	0	2	1	0	1	7	5	2	4	1	1	0	0	1	0	1	8	0
Suicidio consumado mayores de 18 años*	2010	Número de casos	211	14	13	8	12	9	7	14	21	7	20	26	5	8	6	1	5	7	25	3	3

Fuente: Mortalidad evitable-Mortalidad por enfermedades crónicas-Mortalidad por causas externas. Fuente 2000-2008: Certificado de Defunción, Certificado de Nacido Vivo, 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.

* Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

- 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

Según la agrupación de causas de mortalidad, tomando la clasificación internacional de la lista 6/67, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mayor proporción de las muertes en Bogotá ocurren por enfermedades del sistema circulatorio, que constituye casi un tercio del total de la mortalidad. El segundo grupo es el de las neoplasias (tabla 11). La información oficial de mortalidad general para Bogotá más actualizada corresponde al 2009.

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 un año, son las mismas. En 2009 variaron en la cuarta y quinta posiciones, siendo la primera causa de muerte en los hombres las enfermedades isquémicas del corazón, con el 12,6% (1.817 casos), seguido de las agresiones por homicidios, con el 9,8% (1.414) y las enfermedades cerebrovasculares, con el 5,3% (766).

En la población infantil, en los menores de un año, las malformaciones congénitas, las deformidades y las anomalías cromosómicas causaron el 23,6% de las muertes (183), seguido de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con el 23,3% (181). Los niños entre 1 y 4 años murieron en mayor proporción por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que causaron el 22,3% de las muertes (23), seguido por las infecciones respiratorias agudas, con el 10,7% (11 muertes).

Tabla 11. Mortalidad general según agrupación de la lista 6/67 (Bogotá, 2007-2009)

Año	Enfermedades transmisibles			Neoplasias			Enfermedades del sistema circulatorio			Ciertas afectaciones 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 100.000 Nacidos vivos	
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	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			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 Nacidos vivos	
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.

La primera causa de muerte en los niños entre 5 y 14 años fueron los accidentes de transporte terrestre, con el 12,0% (21 muertes); seguido por las leucemias, con el 8,6% (15). Así mismo en el grupo de hombres entre 15 y 44 años, el 39,5% (1189) de las muertes, fueron principalmente por agresiones (homicidios) y el 10,3% de este grupo (311) fueron por accidentes de transporte terrestre.

La principal causa de muerte en hombres entre 45 y 59 años, y los mayores de 60 fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con el 14,4% (321 muertes) y el 17,9% (1.449 muertes), respectivamente (tabla 12).

Tabla 12. Mortalidad en hombres según grupos de edad (Bogotá, 2009)

Edad	Causa	Muertes	%	Tasa
Menores de 1 año	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	183	23,6	300,6
	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	181	23,3	297,3
	Sepsis bacteriana del recién nacido	59	7,6	96,9
	Feto o recién nacido afectado por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	47	6	77,2
	Infecciones respiratorias agudas	44	5,7	72,3
De 1 a 4 años	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23	22,3	9,5
	Infecciones respiratorias agudas	11	10,7	4,5
	Accidentes de transporte terrestre	9	8,7	3,7
	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6	5,8	2,5
	Leucemia	5	4,9	2,1
De 5 a 14 años	Accidentes de transporte terrestre	21	12	3,3
	Leucemia	15	8,6	2,4
	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	13	7,4	2,1
	Ahogamiento y sumersión accidentales	11	6,3	1,7
	Agresiones (homicidios)	11	6,3	1,7
De 15 a 44 años	Agresiones (homicidios)	1.189	39,5	68,7
	Accidentes de transporte terrestre	311	10,3	18
	Lesiones autoinfligida intencionalmente (suicidios)	159	5,3	9,2
	Enfermedad por VIH (SIDA)	155	5,1	9
	Infecciones respiratorias agudas	61	2	3,5
De 45 a 59 años	Enfermedades isquémicas del corazón	321	14,4	59,2
	Agresiones (homicidios)	170	7,6	31,3
	Enfermedades cerebrovasculares	125	5,6	23
	Tumor maligno del estómago	112	5	20,6
	Accidentes de transporte terrestre	83	3,7	15,3
De 60 y más años	Enfermedades isquémicas del corazón	1.449	17,9	501,5
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	711	8,8	246,1
	Enfermedades cerebrovasculares	593	7,3	205,2
	Infecciones respiratorias agudas	409	5,1	141,5
	Tumor maligno de la próstata	327	4	113,2
Total	Enfermedades isquémicas del corazón	1.817	12,6	52
	Agresiones (homicidios)	1.414	9,8	40,4
	Enfermedades cerebrovasculares	766	5,3	21,9
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	747	5,2	21,4
	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. 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 el 12,6% (1.577); seguido de las enfermedades cerebrovasculares, con el 8,7% (1.088 muertes), y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con el 5,9% (734 decesos).

En la población infantil, menores de un año, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 26% de las muertes (160), seguido de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con el 20,3% (125). Las niñas entre 1 y 4 años también murieron, en su mayoría, por las infecciones respiratorias agudas, con el 12,2% (12 casos), seguido de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con el 12,2% (12 casos) (tabla 13).

La primera causa de muerte en niñas entre 5 y 14 años fueron los accidentes de transporte terrestre, con el 9,5% (11 muertes), seguido por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con el 8,6% (10 decesos). El 8,8% (99 casos), de las mujeres entre 15 y 44 años ocurrieron principalmente por agresiones, homicidios y accidentes de transporte terrestre, con el 6,1% de muertes (69). La principal causa de muerte en mujeres entre 45 y 59 años fueron los tumores malignos de mama, con el 9,9% (163); 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 el 16,4% (1.456 muertes) y el 10,2% (905), respectivamente (tabla 13).



Tabla 13. Mortalidad en mujeres según grupos de edad (Bogotá, 2009)

Edad	Causa	Muertes	%	Tasa
Menores de 1 año	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	160	26	274,3
	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	125	20,3	214,3
	Sepsis bacteriana del recién nacido	49	8	84
	Infecciones respiratorias agudas	44	7,1	75,4
	Feto o recién nacido afectado por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	44	7,1	75,4
De 1 a 4 años	Infecciones respiratorias agudas	12	12,2	5,2
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12	12,2	5,2
	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9	9,2	3,9
	Leucemia	5	5,1	2,2
	Deficiencias nutricionales y anémicas nutricionales	4	4,1	1,7
De 5 a 14 años	Accidentes de transporte terrestre	11	9,5	1,8
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	8,6	1,7
	Leucemia	9	7,8	1,5
	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	9	7,8	1,5
	Infecciones respiratorias agudas	5	4,3	0,8
De 15 a 44 años	Agresiones (homicidios)	99	8,8	5,4
	Accidentes de transporte terrestre	69	6,1	3,8
	Tumor maligno de la mama de la mujer	64	5,7	3,5
	Embarazo, parto y puerperio	54	4,8	2,9
	Infecciones respiratorias agudas	53	4,7	2,9
De 45 a 59 años	Tumor maligno de la mama de la mujer	163	9,9	25,3
	Enfermedades cerebrovasculares	132	8	20,5
	Enfermedades isquémicas del corazón	104	6,3	16,1
	Tumor maligno de estómago	72	4,4	11,2
	Tumor maligno del cuello del útero	71	4,3	11
De 60 y más años	Enfermedades isquémicas del corazón	1.456	16,4	376,6
	Enfermedades cerebrovasculares	905	10,2	234,1
	Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	707	8	182,9
	Enfermedades hipertensivas	421	4,7	108,9
	Infecciones respiratorias agudas	396	4,5	102,4
Total	Enfermedades isquémicas del corazón	1.557	12,6	41,9
	Enfermedades cerebrovasculares	1.088	8,7	28,9
	Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	734	5,9	19,5
	Infecciones respiratorias agudas	555	4,4	14,7
	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	496	4	13,2

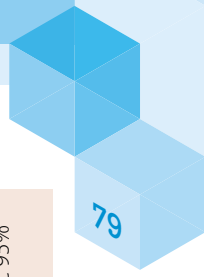
Fuente: Certificado de defunción, Bases de datos DANE y RUAF ND. Sistema de Estadísticas Vitales, Datos preliminares. Proyecciones de Población por sexo y grupos de edad 2005-2011 DANE.

4.1.3.2.2. Morbilidad

La información de morbilidad corresponde a la registrada por la fuente del Sistema de Información de la Secretaría Distrital de Salud, es decir, a los registros de información de prestación de servicios de salud (RIPS), reportados por las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría, y que dan cuenta solo de la población no asegurada. Las columnas se encuentran coloreadas 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 14).

Tabla 14. 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	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Tenusaquillo	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
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
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																									
	2010	Número de casos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0								
Tétanos accidental			1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0								
Notificación por residencia de fiebre tifoidea		Tasa por 100.000 hab.	0,3	0,6	0,8	0,0	0,2	1,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	1,3	0,0	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 tósterina	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 <i>haemophilus influenzae</i>		Tasa por 100.000 hab.	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	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	0,0
Por meningococo		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	0,0	0,2	0,0	0,0
Por neumococo		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	0,0
Notificación de enfermedad diarreica aguda (EDA) por sitio de notificación	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		
Notificación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)	2010	Número de casos	138	9	1	0	10	7	4	7	19	4	17	28	2	1	4	5	1	7	5	1	4		
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. Enfermedades infecciosas: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, grupo PAI. 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

- El indicador de la localidad es significativamente mejor que el indicador del distrito con un IC 95%
- No hay diferencias estadísticas 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

Según la encuesta de calidad de vida de 2010, el porcentaje de personas que acudieron a un médico general o especialista disminuyó en el 12,7% respecto al 2008; así, aumentó el uso de remedios caseros, la autoformulación de medicamentos y el uso de otras alternativas terapéuticas (tabla 15).

Tabla 15. 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

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

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



De igual forma, la Encuesta de Calidad de Vida encontró dentro de su muestra poblacional que para el 2010, el 80,6% de la población menor de 5 años asistió a controles de crecimiento y desarrollo, lo cual no varía con la encuesta en el 2008.

La información de la que dispone la Secretaría Distrital de Salud sobre morbilidad corresponde a los registros de atenciones ambulatorias brindadas a población pobre no asegurada. 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 etarios.

A partir de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), reportados por las empresas sociales del Estado (ESE), la red no adscrita y los servicios de urgencias, de la población vinculada, desplazada y atenciones no POSS, se analizó la morbilidad para el 2010, teniendo en cuenta los diagnósticos consignados por tipo de atención. Así, se encontró que la primera causa de hospitalizaciones fue el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (O800), con un total de 5.938 atenciones. 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. La principal causa de consulta en la población general, para el 2010 fue la hipertensión esencial (I10X), con 67.709 atenciones, seguido de los otros dolores abdominales y los no especificados (R104), con 28.987 atenciones (tabla 16).

Para el 2010 respecto al 2009, se evidenció que para el grupo de infancia el comportamiento de las primeras causas de morbilidad no varió en las causas de atención, aunque sí en la frecuencia. En el grupo de adolescentes y jóvenes hubo variación en cuanto a los diagnósticos y frecuencia de consultas; se mantuvo la atención de la edad reproductiva y dolores abdominales. Para el grupo de adultos mayores, las causas de morbilidad se relacionaron con enfermedades crónicas comunes para la edad.



Tabla 16. Morbilidad general en población vinculada, desplazada y atenciones no incluidas 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 espontáneo, presentación cefálica de vértice	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 espontáneo, 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
	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	1,3
	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 la 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	15.469	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 entre 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 POS (corte de recepción, enero 30 de 2012).

4.1.3.3. Diversidad poblacional

Bogotá es una ciudad multiétnica y diversa. Existen cuatro grupos étnicos reconocidos por la Constitución Nacional y el gobierno distrital: indígenas, afrodescendientes, pueblo gitano o ROM, y raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia.

La atención en salud para las poblaciones étnicas está regulada por la normatividad vigente en materia de poblaciones especiales, con excepción de los afrodescendientes y raizales; 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 están en condición de desplazamiento, lo cual 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, la inexistencia de una caracterización adecuada que permita incluir población étnica no asegurada. El segundo fenómeno es la desconfianza de los miembros de las etnias ante un sistema que desconoce sus particularidades étnicas, sobre todo con las comunidades indígenas, lo cual se asocia con la escasa asistencia a servicios de salud.

En general, en los grupos étnicos se identifica la siguiente situación de salud a partir de la lectura de sus necesidades y el predominio de patologías y situaciones en salud detectadas, así:

- ◆ Las patologías detectadas como principales motivos de consulta son similares a las de la población en general; se destaca una tendencia muy alta a la rinoфарингитис 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 tiene acceso oportuno a la toma de citologías, ni a los controles del embarazo.
- ◆ Las malas condiciones sanitarias, hacinamiento y grado de desnutrición, entre otros, generan una mayor vulnerabilidad para la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Esta población generalmente se ubica en viviendas de una o dos habitaciones, en hacinamiento y en inadecuadas condiciones sanitarias. También es frecuente observar la tenencia de animales domésticos, perros, cerdos, gallinas, entre otros, en las viviendas, que mantienen contacto directo con la comida, agua, utensilios y personas.
- ◆ En cuanto al estado nutricional, el 2% de la población en la etapa de infancia presenta desnutrición aguda y el 11%, 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 evidenció que el 34,2% tiene sobrepeso y el 11,3%, obesidad. Ello está relacionado con una alimentación rica en carbohidrato y grasas, y pobre en fibra y proteínas.
- ◆ Las infecciones de piel y tejido celular subcutáneo que 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). Por características culturales, la gestación inicia generalmente desde los 14 años. Otra problemática grave en estas poblaciones es el alcoholismo.

4.1.3.3.1. Indígenas

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 en Bogotá: muisca de Bosa, muisca de Suba, kichwa, inga y pijao. Así mismo, se encuentran otras comunidades indígenas que han llegado a causa de migración económica o desplazados por la violencia.

Pueblos indígenas en Bogotá:

- ◆ Ambika pijaos: 295 familias, 1.163 personas.
- ◆ Muisca de Suba: 1.930 familias. 6.000 personas.
- ◆ Muisca de Bosa: 721 familias, 2.722 personas.
- ◆ Inga: 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 2009 se identificó un grupo de wounaan de 55 personas. Las familias que conforman esta población fueron 15 y habitan en cinco casas de la UPZ Lucero, parte baja de la localidad de Ciudad Bolívar.



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, por 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 con causas como los hábitos alimentarios y sedentarismo, entre otras. También son frecuentes las infecciones respiratorias, afecciones del sistema digestivo, lesiones de piel y faneras, infecciones genitourinarias, defectos de refracción, patologías orales y dentales. Por otro lado, se reportan los problemas respiratorios, seguido de los problemas de visión, digestivos y dentales, entre otros. De igual forma, se presentan problemas de desnutrición, enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda y dermatitis⁹.



⁹ Diagnóstico de la situación de calidad de vida y salud de los grupos étnicos que actualmente se encuentran en la zona centro oriente 2009.

4.1.3.3.3. Raizales

Según el censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE de 2005, el número de raizales autorreconocidos 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 aportan directamente a la diversidad cultural, a la economía y a la vida bogotana. El 59,4% de la población se encuentra afiliada a una empresa promotora de salud, el 12,7% posee medicina prepagada, el 12,5% no tiene sistema de seguridad social en salud, al 8,3% se le aplicó la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), el 4% está afiliado a una administradora de régimen subsidiado y el 3,1% no sabe o no responde. En este grupo poblacional se ha observado tendencia a padecer anemia falciforme.

4.1.3.3.4. Rom-gitanos

Habitan principalmente en las localidades de Puente Aranda, Kennedy, Engativá y Bosa. Son aproximadamente 523 personas. Existen dos organizaciones: Proceso Organizativo del Pueblo ROM en Colombia (PROROM) y la Unión Romaní. Los problemas de salud a partir del diagnóstico para la etnia gitana son inseguridad alimentaria y sus consecuencias, como la desnutrición y la anemia, entre otros.

Así mismo, se identifica la ausencia de un modelo de salud tradicional y se presentan dificultades en la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por su actividad laboral independiente o informal, con las consecuentes dificultades para la consecución de pensión y protección social. Hay desescolarización, los niños ingresan al sistema educativo a partir de los 5 años y lo abandonan antes de los 11. Se registra ludopatía en la comunidad, enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda¹⁰.



4.1.3.3.5. Población LGBTI

La población de lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales 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. Situaciones que van desde actos o expresiones sutiles, hasta violencias, agresiones físicas o muertes. Otras problemáticas evidencian cómo la cultura patriarcal, misógina y androcéntrica pone a estos ciudadanos en desventaja frente a la salud y la calidad de vida¹¹.

Se evidencian problemáticas de salud mental y salud sexual, como alto consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas en sitios de homosocialización, transocialización y en espacios públicos; abuso sexual, explotación sexual y comercial,

¹⁰ Lectura de necesidades Rom plan de acciones afirmativas, documento de trabajo, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., IDEPAC, PROROM.

¹¹ Díaz Martín Carlos Alejandro. Diagnóstico Distrital de Calidad de Vida y Salud de las personas LGBT, 2010

abandono por parte de la familia, agresiones de pareja, depresiones y estrés por diversas causas.

Esta población construye familias que rompen con las estructuras o tipos tradicionales, y se mueven en contextos socioculturales, económicos y políticos hostiles, en dinámicas y representaciones sociales que las ubican en una elevada vulnerabilidad. En las transfemeninas se presenta la falta de oportunidades laborales, lo cual aumenta el mercado de la informalidad, el ejercicio de la prostitución, el estilismo, el *show* de *performance* culturales o eróticos en bares y discotecas de homosocialización; en muchos de esos contextos sin garantías laborales, en los que media la explotación, la trata y la endodiscriminación, entre otros. Esta población se concentra en las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Mártires, Santa Fe, Ciudad Bolívar y Bosa.

4.1.3.3.6. Mujeres

Las estadísticas muestran cómo las mujeres tienen mayor número de años de vida que los hombres, con una diferencia de 5,6 años más¹². Esta mayor longevidad no se traduce en una mayor calidad de vida, pues ella se ve deteriorada por las cargas de trabajo desiguales, la llamada tercera jornada, así como las formas y la participación en los ingresos¹³. Dicha situación tiene como consecuencia el desarrollo de enfermedades crónicas y mayor exposición al riesgo de enfermedad.

Según el informe de estadísticas de afiliados al régimen subsidiado 2012 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la población afiliada por localidad en su mayoría son mujeres, con un total de 11.876 afiliadas en relación con los hombres, que cuentan con 10.405. Los datos que arroja la Encuesta Distrital de Demografía y Salud (EDDS) de 2011 sobre la afiliación al sistema de salud de las mujeres son tres puntos más altos que los de los hombres, 89% y 86%, respectivamente. El porcentaje de personas que consultó sobre su salud en el último año fue de 79%; la consulta femenina fue 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, 3.580 mujeres habían sido víctimas¹⁴. 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 2011, cuatro de cada 10 mujeres han sido víctimas de violencia física por su pareja¹⁵. Del total de las mujeres víctimas de violencia, solo el 38% han buscado ayuda, y de estas, solo el 1% en las instituciones de salud¹⁶.

Los servicios de salud reproductiva para las mujeres deben garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, donde sean ellas quienes decidan, no el profesional que les atiende. El 9% de las mujeres que se hicieron una interrupción voluntaria del embarazo acudieron a un médico particular y el 88% fueron atendidas en una ins-

12 Veeduría Distrital. "Vivir en Bogotá: Índice de Desarrollo Humano 2010", pág. 26.

13 Para el año 2010, por cada \$100 pesos colombianos que recibe un hombre, las mujeres recibían \$94,3 pesos aproximadamente. Op. cit. pág. 30.

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

15 Profamilia. "1ª Encuesta Distrital de Demográfica y Salud Bogotá 2011". Resumen de Prensa, pág. 45.

16 *Ibíd.* Cap. 13, pág. 265.

titución de salud. Sobre el conocimiento de las circunstancias de despenalización del aborto de las mujeres menores de 25 años, el 83% de las encuestadas evidencia que de las tres causales sobre la interrupción voluntaria del embarazo, la más conocida es cuando la mujer ha sido violentada sexualmente.

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

La Ley 1448 de 2011 considera víctimas a aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario, o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos, ocurridas por el conflicto armado interno. También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

Así mismo, los miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley no se consideran víctimas, salvo en los casos en los que los niños o adolescentes hubiesen sido desvinculados del grupo armado organizado al margen de la ley mientras eran menores de edad. El o la cónyuge, compañero o compañera permanente, o los parientes de los miembros de grupos armados organizados al margen de la ley serán considerados como víctimas directas por el daño sufrido en sus derechos en los términos del presente artículo, pero no como víctimas indirectas por el daño sufrido por los miembros de dichos grupos. No se consideran víctimas quienes hayan sufrido un daño en sus derechos como consecuencia de actos de delincuencia común.

Durante el periodo 1997-2010 ingresaron a Bogotá 287.242 personas desplazadas por la violencia. El ingreso de personas desplazadas por la violencia a la ciudad ha registrado una dinámica ascendente, con marcados picos y valles. Por localidad de residencia, esta población se ha concentrado en las localidades de Ciudad Bolívar, en el 9,6%; Bosa, 8,7%; Kennedy, 7,58%; Suba, 5,8%; San Cristóbal, 5,1%; y Usme, 3,4%¹⁷. La población desplazada víctima de conflicto armado caracterizada por listado censal a noviembre de 2011 fue de 322.608 personas. La afiliación al régimen subsidiado de salud, con fecha de corte a febrero de 2012, fue de 77.599 personas.

De manera general, la salud de la población desplazada víctima de la violencia se ve afectada por el debilitamiento de la calidad de la vida familiar, lo cual configura un perfil de morbilidad en el que prevalece la enfermedad mental asociada con impactos psicosociales de contexto como muertes, masacres, incendios, torturas, pérdida de bienes y pérdida de identidad cultural, entre otros. De igual forma, se hacen visibles problemas de salud asociados con desnutrición, embarazo en adolescentes, violencia intrafamiliar, enfermedades respiratorias, enfermedad diarreica aguda y dermatitis. Se observa en este grupo poblacional débil ejercicio de la ciudadanía, fragilidad organi-

¹⁷ Plan Integral Único de Atención para ésta población vigente para el periodo 2011-2020.



zativa y alta movilidad de familias que altera la permanencia escolar de los niños. Esta población percibe 1,6 veces más problemas de salud que la población receptora. La incidencia de mortalidad infantil, materna, violenta, es más alta en la población desplazada, la cual se estima en 2,5%, que en los receptores, población en la cual es de 0,5%. Un riesgo adicional es el relacionado con la salud sexual y reproductiva en cuanto a enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida.

4.1.4. Prioridades en salud pública

4.1.4.1. 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 la medida en que en esta etapa se presenta el desarrollo pleno en aspectos psicológicos, biológicos, culturales y sociales. Por su parte, la juventud se entiende 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 como parte de un proceso de permanentes cambios y de heterogeneidad.

En la tabla 17 se presenta la dinámica de los indicadores de infancia y juventud del Distrito Capital, tomando como referencia los valores distritales para las etapas de ciclo vital de infancia y juventud. Las columnas se encuentran coloreadas 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 17. Indicadores de salud y bienestar de niños 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	Engativá	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	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: 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: Grupo de salud materna y perinatal. Secretaría Distrital de Salud

Salud Mental: SIM SDS. Fecha de revisión 3 de febrero de 2012 Coberturas administrativas de vacunación: Año 2010. Elaboró Grupo ASIS.

- 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

La mortalidad en este grupo poblacional evidencia una tendencia positiva para la mortalidad perinatal hasta el 2008, a partir del cual se invierte dicho comportamiento al pasar de 3.218 muertes a 1.991 en 2010. Se ha identificado que el mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, cuya causa es desconocida en muchos 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 prematuridad, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

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

La mortalidad infantil ha registrado una tendencia decreciente entre 2005 y 2010, descendiendo de una razón de 15 casos por cada 1.000 nacidos vivos en el 2005, a 11,7 en 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 presentó 1,5 mayor riesgo de muerte infantil fue Sumapaz, donde se presentó una muerte, pero dada su baja densidad poblacional, el impacto fue mayor que en otras localidades.

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

El comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años ha mostrado una tendencia decreciente durante 2005 y 2010, partiendo de una tasa de 32,7 en 2005, hasta llegar a 24,5 muertes por cada 10.000 menores de 5 años en 2010. Dicho comportamiento se ve afectado por la dificultad de bajar las tasas de la mortalidad perinatal; por enfermedades congénitas y por neumonía. De 2005 a 2008 la neumonía se ubicó dentro de las cinco primeras causas de mortalidad.

El mayor peso de la mortalidad en menores de 5 años está dado por la mortalidad infantil, y dentro de este grupo, por la mortalidad perinatal. Subsisten dos causas biológicas de este comportamiento. Por un lado, la mayor supervivencia perinatal de los niños con más vulnerabilidad del sistema respiratorio y, por ende, mayor riesgo de bronquiolitis y neumonía, en especial en los primeros dos años de vida. La segunda causa 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 mortalidad en niños menores de 5 años son similares en los ámbitos nacional y distrital; así, se evidencian las malformaciones congénitas, las afecciones respiratorias perinatales y la infección respiratoria aguda. En los niños menores de 5 años, las primeras cinco causas han permanecido invariables. Se destaca como primera causa los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, además se presentan malformaciones congénitas del sistema circulatorio y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas.

El coeficiente de Gini para la mortalidad en menores de 5 años en Bogotá, en el 2011, fue de 0,064, lo cual indica una distribución de mortalidad en menores de 5 años no muy desigual, ya que se encuentra muy cerca de cero.

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 5 años en el 2005, a 14,0 en el 2010. Se hace evidente el pico ocurrido en el 2008, en el que se notificaron 124 muertes que elevaron la tasa a 21,0 por 100.000 menores de 5 años. Esta elevación se atribuye a la pandemia por el virus AH1N1. Para el 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 5 años. El coeficiente de Gini para la mortalidad por neumonía en Bogotá, en el 2011, fue de 0,365, lo cual indica que existe desigualdad leve en el Distrito, en la medida en que el coeficiente puede oscilar entre 0 y 1.

El comportamiento de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda 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 5 años en el 2005, a 1,0 en el 2010. Ciudad Bolívar, Usaquén, San Cristóbal, Bosa y Suba notificaron mortalidades en menores de 5 años. Las demás localidades no presentaron muertes por esta causa. El riesgo de morir por esta causa, en estas cinco localidades, oscila entre 1,2 y 3,4; así, es menor para Suba y mayor para Usaquén. La disminución de la tasa 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 pasó de una tasa de 5,0, con 30 casos, en el 2005, a una tasa de 0,8, con cinco casos por 100.000 menores de 5 años en el 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. Adulthood and older person

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 cual se espera que los sujetos, por medio 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 años¹⁸.

Respecto a la persona mayor, es necesario definir la vejez como el envejecimiento individual que se asocia con el proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad. Sin embargo, tiene que ver no solo con la evolución cronológica, sino también con fenómenos de naturaleza biosíquica y social (Magno de Carvalho y Andrade)¹⁹. Como proceso, es natural, y va desde la concepción hasta la muerte; su desarrollo conlleva una serie de cambios que se ven afectados de manera diferente por

¹⁸ 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.

¹⁹ CELADE/CEPAL, 2006. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía. Santiago de Chile.

factores como la herencia biológica, el comportamiento individual, los factores sociales, económicos, ambientales y políticos.

A continuación se presenta la dinámica de los indicadores registrados para Bogotá, tomando como referencia los valores distritales para las etapas de ciclo vital de adultez y persona mayor. Las columnas se encuentran coloreadas 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 18).



Tabla 18. Indicadores de salud y bienestar de los adultos, y estilos de vida. Bogotá y sus localidades, 2010

Indicador	Perodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Tenusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin datos de localidad
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	1	1	2	2	2	2
Violencia intrafamiliar ejercida contra mayores de 18 años		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	2010	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	2010	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
Abusos de sustancias psicoactivas	2010	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
Abusos 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 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 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.

- 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

4.1.4.3 Salud sexual y reproductiva

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha venido avanzando de manera significativa para mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población de la ciudad. El tema se ha venido abordando bajo una perspectiva transversal, inherente a lo humano, entendido como el producto de interacciones culturales, económicas y relacionales, en el cual se afectan tanto individuos como la sociedad en su conjunto, en cuya intervención se demanda del concurso y de la competencia no solo de instituciones del sector salud, sino de diversos sectores institucionales, públicos y privados, comunitarios, para que en su conjunto se generen condiciones de opciones reales para el desarrollo de la plenitud de potencialidades humanas.

El perfil de mortalidad de la ciudad relacionado con la salud sexual y reproductiva registra una tendencia mixta. Para algunos indicadores, como en el caso de la mortalidad materna, se presentó una tendencia positiva; para otros, como la transmisión vertical del VIH/sida, constante; y para otros indicadores, como la sífilis congénita y los embarazos en adolescentes, la tendencia fue negativa.

La mortalidad materna ha venido descendiendo entre 2005 y 2008, al pasar de 59,6 a 41,7 muertes por 100.000 nacidos vivos. En 2009 se presentó un aumento en el número de muertes, alcanzando 56 casos, y una razón de mortalidad materna de 48,4. Para 2010 fue de 39,1 muertes por 100.000 nacidos vivos²⁰. Las localidades con mayor número de casos, en forma recurrente para 2009 y 2010, fueron Suba, Kennedy, Bosa y Engativá. Las localidades cuya razón muestra mayor riesgo de muerte materna comparado con la totalidad del Distrito Capital fueron Mártires, Fontibón, Usme y Suba. El coeficiente de Gini para la mortalidad materna en Bogotá, en el 2011, fue de 0,398, lo cual indica que hay desigualdad en este y entre localidades.

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 siete días de nacido por cada 1.000 nacidos vivos. El mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, donde las causas, en una proporción muy significativa, son desconocidas. Sin embargo, al realizar los análisis individuales se establece que hay un componente muy significativo de muertes relacionadas con la salud materna e inadecuado control prenatal. En cuanto a muertes neonatales tempranas, se determinan problemas relacionados con la calidad de atención del parto, bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Durante los últimos cinco años se ha mantenido constante la transmisión materna infantil del VIH en Bogotá; se ha registrado un promedio de 1,8 casos al año. La ocurrencia de casos obedece, entre otros, al inicio tardío o inexistente de controles prenatales, barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud, acceso no oportuno a pruebas rápidas, así como a los esquemas profilácticos requeridos y a la no adherencia a protocolos y guías de manejo.

²⁰ Fuente 2000-2008: Certificado de Defunción, Certificado Nacido Vivo-Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos definitivos.

La sífilis congénita en el Distrito Capital registró un aumento en la notificación durante el periodo 2000-2011. Para el 2008, la tasa de incidencia fue de $2,8 \times 1.000$ nacidos vivos, que representa el pico del periodo. La sífilis congénita es un problema de salud pública en la ciudad y refleja la necesidad de potenciales de mejora en la calidad del control prenatal. 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, cuya meta es alcanzar menos de $0,5 \times 1.000$ nacidos vivos.

Para el periodo 2007-2011, en Bogotá, se presentó un caso de sífilis gestacional en el grupo de niñas de 6 a 12 años, cifra que se corresponde con el 0,2% de los 408 casos registrados en 2009 para el grupo de adolescentes de 13 a 18 años. El mayor número de casos se presentó en 2007, 55 casos, de los 379 que se notificaron. A partir de este año, el indicador ha venido disminuyendo para este grupo poblacional, alcanzado en 2011 el 9%, con 38 casos, de los 445 de sífilis gestacional notificados en el Distrito Capital.

Los nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años se han reducido en el 22,8% desde el 2008 ($n = 586$) a 2011 ($n = 494$). Durante el 2011 se observó que las localidades con mayor número de nacimientos en adolescentes fueron: Ciudad Bolívar, 17,1% ($n = 78$); Kennedy, 14,9% ($n = 68$); Bosa, 12,1% ($n = 55$). Le siguen en su orden Suba, con el 11,2% ($n = 51$), Usme 9% ($n = 41$) y San Cristóbal, con 7,2% ($n = 33$).

En estas localidades es donde se concentra la población más pobre de la ciudad, albergan gran población en condiciones de vulnerabilidad, reciben el mayor número de población desplazada procedente de diferentes zonas del país. Situación diferente se observa en las localidades como Chapinero, Teusaquillo, Barrios Unidos, Puente Aranda, Antonio Nariño, Candelaria y Sumapaz, donde se registra el menor número de nacimientos de la ciudad en este grupo poblacional y que puede estar asociado con niveles sociales económicos y culturales que inciden positivamente en la prevención de embarazo en los adolescentes, partiendo de un núcleo familiar que presenta un mayor nivel de cohesión, donde los padres comparten la responsabilidad de la educación y el cuidado de sus hijos ofreciendo más y mayores oportunidades de desarrollo, y un mejor proyecto de vida.

En relación con los nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, se observa una tendencia a la reducción, pasando de 21.095 en 2007 a 19.003 en 2011. El comportamiento por localidades en 2011 evidencia que las localidades con mayor número de nacimientos fueron Ciudad Bolívar, con el 15,1% ($n = 2.862$); Kennedy, el 13,4% ($n = 2.546$); Bosa, el 11,9% ($n = 2.266$), y le siguen las localidades de Suba, con el 10,3% ($n = 1.951$); San Cristóbal, el 8,5% ($n = 1.606$) y la localidad de Usme, el 8,4% ($n = 1.590$).

Lo anterior evidencia que son localidades que demandan gran atención por el número de nacimientos en este grupo poblacional, y se encuentran afectadas por condiciones sociales, culturales y económicas. A los adolescentes socialmente no se les permite expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio sexual, sus imaginarios en torno a la paternidad o maternidad y las representaciones sociales de este evento. De igual forma, se observa que existen factores culturales que están incidiendo en el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y en la demanda oportuna de los servicios de salud, lo cual está relacionado con embarazos no planeados y no deseados. Situación contraria se presenta en las localidades como Teusaquillo,

Candelaria y Sumapaz, que presentan el menor número de nacimientos, lo cual puede estar relacionado con mejores condiciones educativas, sociales y culturales en esta población, situación que genera más oportunidades de desarrollo personal, al contar con un proyecto de vida más definido.

En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo en menores de 6 a 12 años, durante el periodo 2006-2011, el 33% de los casos ocurrió como producto de una conducta debidamente denunciada, y el 22% se debió a la causal: “[...] la continuidad del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer [...]”. Para el grupo de edad de los 13 a 18 años, el 55% (1.204 casos) se relacionó con la causal: “[...] la continuidad del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer [...]”, seguido de la causal: “[...] el embarazo es producto de una conducta debidamente denunciada [...]”, con el 25% (47 casos).

4.1.4.4. Salud oral

El principal problema de salud pública registrado por el sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral en niños de 0 a 5 años corresponde a la caries cavitacional, evento que ocupó el primer lugar, dentro del universo de los menores vigilados por el sistema. En el 54,2% de los niños objeto de vigilancia, se presentaron casos de gingivitis, en el 38,3%; lesiones por manchas de café, en el 29,9%, y lesiones por mancha blanca, en el 22,5%, eventos en los cuales se deben aplicar acciones preventivas y de seguimiento, con oportunidad y calidad. El 73,5% presentó alerta epidemiológica en salud oral; de los cuales presentaron sangrado inducido por presencia de placa bacteriana, el 52,2%, tres o más dientes con caries sin intervención, el 45,4%, y tres o más dientes perdidos por caries, el 2,4%.

Para el grupo de 6 a 12 años se identificaron, por el sistema de vigilancia, 6.768 menores, que representan el 66,5% del total de población objeto de vigilancia por el sistema en la infancia, 10.177. El 34% de esta población no acudió al odontólogo el año anterior, y el 16,7% acudió dos veces. El 84,0% presentó alerta epidemiológica en salud oral; de esta población, el 65,6% registró sangrado gingival por presencia de placa bacteriana, con alerta por presentarlo en tres o más dientes, el 31,8%, y dientes perdidos por caries, el 2,6%.

En el 75,6% de los adolescentes de 13 a 18 años se registró un deficiente estado de higiene oral, en el 72,2% se presentó gingivitis y en el 62,2% se diagnosticó caries dental. Del total de población captada en la etapa de ciclo de juventud, de 19 a 26 años, el 71,3% no utilizan la seda dental y tan solo el 36,1% utilizan el cepillo dental las tres veces al día. 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 presentó 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 presentó en el 89,6% de la población y el 74,0% registró caries cavitacional.

4.1.4.5. Salud mental y lesiones violentas 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 esta se reconoce que las necesidades hacen del “ser humano” no solo un ser de carencias, sino también de potencialidades.

De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en 2003 para el Distrito Capital, Bogotá tiene el 46,7% de prevalencias de cualquier trastorno mental, más elevadas que el total nacional, del 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 más uso de servicios psiquiátricos, del 4,2%, seguido de los trastornos del estado de ánimo, del 2,2%, y por los trastornos de ansiedad, con el 1,9%. Los servicios de psiquiatría los usaron aquellos con tres o más trastornos en el 5% de los casos.

4.1.4.6. Enfermedades transmisibles y zoonosis

Bogotá tiene una relación de canino por cada 12 personas, cifra considerada como positiva si se tiene en cuenta el estándar recomendado por la Organización Mundial de la Salud, de un perro por cada diez personas, y el registrado en el país es de un canino por cada 11 personas. Es preocupante que se presente una relación de un canino por cada niño menor de cinco años²¹. El censo canino de Bogotá para el 2005 registra incrementos anuales del 5% en promedio, al pasar de 599.621 en 1999, a 775.631 en 2005, cifras que incluyen las poblaciones con dueño y callejera, y un total de 144.928 gatos²².

En cuanto a la población canina callejera, se calcula que en la capital existen alrededor de 88.673 perros, ante todo en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Suba, Usaquén y Kennedy. Los vehículos de tracción animal, de acuerdo con las cifras de la personería de Bogotá, superan los 1.000 en la ciudad²³. Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se presentaron durante 2006, año en el cual se reportaron 5.523 casos, cifra que se incrementa para 2007 en el 14,7% (pasando a 6.333); en 2008, 52% (8.393 casos), y para 2010 se presenta una disminución del 12%, al registrarse un total de 7.388.



²¹ Vega Aragón, Espinosa Garzón, & Castillo Bejarano, 2005

²² Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. 2006.

²³ <http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=3972>

4.1.4.7. El intento de suicidio - el suicidio consumado

En el 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 19 a 26 años en el 26,34%, y en hombres, la edad en la que más se registran casos es entre 19 y 26 años, en el 35,62%, seguida de las edades entre 27 y 59 años de edad. Tanto en niños y niñas se registran casos entre los 6 y 12 años de edad, en cerca del 5%, y en mayores de 60 años o más alcanza una proporción del 1,56%.

El suicidio consumado en Bogotá durante el 2011 ocurrió en cinco hombres por cada mujer. Los hombres que más se suicidaron de acuerdo con la edad se dio en el grupo de 27 a 59 años, con el 51,87% de los casos reportados en este sexo, seguido por el grupo de 19 a 26 años, con el 30,48%. Las mujeres que se suicidaron estuvieron entre 19 a 26 años de edad, con el 41,46%, seguido de las mujeres adultas entre 27 a 59 años, con el 29,27%. La tendencia en niños entre 6 a 18 años mantuvo la tendencia, al registrarse mayor número de casos en hombres, para un total de 16 casos, y en mujeres 9, siendo la incidencia más alta en mujeres que en hombres.

4.1.4.8. Seguridad alimentaria y nutricional

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, o completa respecto a la contribución de los siete grupos de alimentos y balanceada en sus proporciones. Por otra parte, el proceso de urbanización de Bogotá ha generado cambios en los hábitos alimentarios, como el bajo consumo de frutas y verduras, el aumento en el consumo de alimentos procesados y preparados fuera de casa y de alimentos denominados “comida rápida”.

La información disponible²⁴ 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, 10,8%. Por otro lado, ganan importancia en el consumo diario otros productos alimenticios con bajo aporte nutricional, 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 el 51,3%; lo que significa un ascenso del 2,7% frente a los resultados obtenidos en 2005²⁵.

El derecho a la alimentación con leche materna es el primer eslabón de la garantía a la alimentación saludable en los niños. 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 2005, para 3,6 meses; al 2010 se presentó un promedio de 2,6 meses; adicional a una alimentación complementaria inadecuada.

²⁴ Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF), Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia. ENSIN 2010. Primera edición. Agosto de 2011.

²⁵ Ibid.



Es muy relevante para mejorar el bienestar de los niños en su primera infancia reducir las deficiencias de micronutrientes, especialmente la anemia, cuya prevalencia afecta al 21%²⁶ 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, del 19,1%, y de anemia, del 4,5%, en la población de mujeres en edad fértil; 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 5 años presenta desnutrición crónica, y el 2,9%, desnutrición global²⁷; en los niños de 5 a 17 años, la prevalencia de desnutrición crónica es del 7,2%, situación que está asociada con la edad, el nivel educativo y el índice de riqueza de la madre y su familia. Por otro lado, la mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años observa una disminución entre 2008 y 2010, al pasar 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.

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 y adolescentes. En 2010 se reportaron 15.736 casos, 69,2% del total registrados en dicho periodo ($n = 22.774$). Para 2011, el porcentaje de casos en este mismo grupo fue de 67,1% (19.324 casos). La diferencia de casos

²⁶ Ibíd.

²⁷ Ibíd.

según el sexo evidencia una mayor cantidad de mujeres víctimas de diversos tipos de violencia respecto a los hombres. En 2010, del total de casos registrados ($n = 22.724$), el 66,3% correspondieron a casos de violencia contra mujeres. Una situación similar se visualizó en 2011, donde del total de casos registrados ($n = 28.796$), el total de víctimas mujeres fue 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

El estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas para Bogotá²⁸ muestra que las sustancias psicoactivas que presentan las mayores frecuencias de consumo en Bogotá son, en 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 el 18% de la población entre 18 y 24 años, lo que equivale a 165.000 jóvenes en ese grupo de edad.

El uso actual de tabaco y cigarrillo en Bogotá, del 22,85%, es mayor que el promedio nacional, del 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 el 10% de las personas encuestadas han usado alguna de dichas sustancias al menos una vez en la vida: el 15,5% de los hombres y el 5,1% de las mujeres.

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

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



²⁸ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., Oficina de Naciones Unidas para la Prevención del Control de Drogas y el Crimen (UNODC), Ministerio de Protección Social, Comisión Interamericana contra el abuso de drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), Dirección Nacional de Estupefacientes. Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D. C., 2009.

4.1.4.11. *Enfermedades crónicas no transmisibles*

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 y una carga social y económica significativa, cuya tendencia está generando aumento sin precedentes en la demanda de servicios de salud, lo cual se constituye en el reto de atención de salud de este siglo.

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.

Las enfermedades crónicas 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; esto quiere decir que el envejecimiento por sí mismo no causa la enfermedad. Por el contrario, su aparición se concibe como un proceso social derivado de la forma como 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.

En Colombia y Bogotá específicamente, durante los últimos veinte años, las enfermedades crónicas se han constituido en la principal carga de morbilidad y mortalidad. De manera específica, ocho condiciones aportaron el 39% al total de defunciones, 10.294 del total de 26.397. Para el caso de Bogotá la situación no es diferente, en la medida en que se registra una tendencia de constante aumento. En total se presentaron 15.867 muertes en 2000 y 19.148 en 2008. Las enfermedades crónicas constituyen la primera causa de discapacidad. Aportaron el 56% al total de muertes en 1983; 65,87% en 1998, y 77,39% en 2007. En promedio, son responsables del 71,5% de las muertes ocurridas en el Distrito Capital durante el periodo 1998-2010, lo cual las constituye en la primera causa de muerte en la ciudad.

En 1983 se registró una frecuencia relativa del 56% respecto al total de muertes. En 1998 se situó en el 65,87%, y en 2009, en el 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, materno perinatales y por causa externas, el mayor peso de la carga está representado por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las metabólicas, las respiratorias crónicas, las autoinmunes, las neurológicas y algunas digestivas. Las tres primeras categorías constituyeron el 53% del total en Bogotá, por la frecuencia relativa. El riesgo de mortalidad está encabezado por las enfermedades cardiovasculares y por los tumores malignos.

En el 2009 se presentaron 845 casos de fallecimientos prematuros, en menores de 60 años, a causa de enfermedad isquémica cardíaca y enfermedad cardiovascular, teniendo como horizonte biológico la esperanza de vida de 77,5 años para la población de Bogotá. En la enfermedad isquémica cardíaca también se aprecia que cerca del 50% de los fallecidos solo tenían un nivel básico de educación. Este hecho, junto con lo observado con la enfermedad respiratoria crónica, el cáncer de pulmón y la enfermedad isquémica cardíaca, merecen una revisión a fondo para su transformación, en el cual las intervenciones en el nivel educativo asociado con las condiciones sociales merecen especial atención.

El cáncer de mama femenino 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 el 23,9% de ellos se descubrieron tardíamente, en estado III B y superior, especialmente en afiliadas al régimen subsidiado y de las no aseguradas. El diagnóstico tardío incrementa la mortalidad prematura antes de los cinco años de evolución del tumor. En el cáncer del cuello del útero, en el régimen subsidiado, cerca del 20% de los diagnósticos del tumor fueron tardíos.

En Bogotá, 87.533 personas demandan atenciones por su condición de discapacidad. De los 600.000 a 700.000 pobladores de 18 a 69 años que demandan servicios por condiciones crónicas, el 86% es inactivo físicamente, el 34% se encuentra en sobrepeso, el 11,5% es obeso y el 32% es fumador. De la población mayor de 18 años, el 14,5% presenta hipertensión y el 3,5% tiene diabetes mellitus. La prevalencia de población con discapacidad es del 5,6%, y las condiciones crónicas son causas del 43% de esta discapacidad. La mortalidad prematura, en menores de 60 años, por condiciones crónicas, es del 19,2%, y 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.

Los menores de 18 años de las localidades de Kennedy, Engativá, Suba, Fontibón y Ciudad Bolívar presentan mayor frecuencia de enfermedades crónicas por alergia crónica, diabetes y asma (tabla 19).



Tabla 19. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según localidad (Bogotá, 2011)

Localidad	Total personas menores de 18 años		Alergia crónica		Asma		Diabetes	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Usaquén	110.798	5,1	757	6,8	4.780	4,3	397	0,4
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	301.205	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 solo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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

Las localidades de Suba, Barrios Unidos, Santa Fe, Bosa, Rafael Uribe y San Cristóbal reportan mayor frecuencia por enfermedades del sistema nervioso central (tabla 20).

Tabla 20. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según localidad (Bogotá, 2011)

Localidad	Tumores malignos		Epilepsia		Trastornos de la conducta		Trastornos mentales		Ninguna de las anteriores	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Usaquén	-	-	801	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	86,3
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	52.968	88,6
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	184.869	82,1
Suba	357	0,1	775	0,3	4.360	1,4	1.490	0,5	260.401	86,5
Barrios Unidos	153	0,3	488	0,9	747	1,4	363	0,7	45.121	85,6
Teusaquillo	73	0,3	-	-	255	0,9	-	-	21.262	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	26.543	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	10.695	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 solo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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 los estratos 2 y 3 se reporta mayor presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas. En estos estratos es mayor el número de casos diagnosticados por alergia crónica y asma (tabla 21).

Tabla 21. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según estrato (Bogotá, 2011)

Estrato	Total de 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	15,6	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	3.024	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 solo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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 igual forma, en los estratos 2 y 3 se presenta el mayor número de casos en tumores malignos, epilepsia y enfermedades del sistema nervioso central, cuya mayor frecuencia en trastornos de conducta se registra en población de estrato 2 (tabla 22).

Tabla 22. Personas menores de 18 años, por enfermedades crónicas diagnosticadas, según estrato (Bogotá, 2011)

Estrato	Tumores malignos		Epilepsia		Trastornos de la conducta		Trastornos mentales		Ninguna de las 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	-	-	-	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 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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 cardiovasculares y endocrinas. Según lo reportado de la encuesta multipropósito de Bogotá, realizada en 2011, las localidades en las cuales su población realiza este tipo de práctica son las de Chapinero, Teusaquillo y La Candelaria (tabla 23).

Tabla 23. Personas de 15 años o más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, según localidad (Bogotá, 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	3,1	42.181	53,1
San Cristóbal	299.771	5,3	40.112	13,4	50.751	16,9	37.025	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	32,0
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	66.093	19,9	115.629	15,1	48.099	6,3	448.741	58,7
Fontibón	269.290	4,8	151.954	24,5	44.523	16,5	15.970	5,9	142.705	53,0
Engativá	659.791	11,7	66.093	21,3	124.519	18,9	24.168	3,7	370.830	56,2
Suba	821.414	14,5	140.274	21,1	150.133	18,3	48.340	6,0	448.311	54,6
Barrios Unidos	192.309	3,4	173.630	26,7	32.675	17,0	15.318	8,0	92.880	48,3
Teusaquillo	125.625	2,2	51.436	31,9	23.538	18,7	10.990	8,7	51.074	40,7
Los Mártires	77.710	1,4	40.022	22,9	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 solo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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 tres o más veces por semana es más frecuente en los estratos sociales 5 y 6 (tabla 24).

Tabla 24. Personas de 15 años o más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, según estrato (Bogotá, 2011)

Estrato	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
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
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	25,4	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 solo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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, Engativá, Teusaquillo, Los Mártires, Puente Aranda y La Candelaria es la que tiene un mayor reporte en la práctica de estos hábitos individuales (tabla 25).

Tabla 25. Personas de 15 años y más por hábitos en consumo de azúcar, sal, grasas y alcohol, según localidad (Bogotá, 2011)

Localidad	Total per- sonas 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	%	Total	%
Usaquén	382.775	307.344	80,3	307.928	80,4	310.876	81,2	324.995	84,9
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	88,0
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 solo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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 26).

Tabla 26. Personas de 15 años o más por hábitos en consumo de azúcar, sal, grasas y alcohol, según estrato (Bogotá, 2011)

Estrato	Total per- sonas 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 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	%	Total	%
Estrato 1	461.875	339.423	73,5	341.227	73,9	334.768	72,5	347.950	75,3
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 solo con fines descriptivos de la muestra seleccionada.

Nota 1: Las cifras deben ser usadas con precaución, pues algunas tienen errores muestrales superiores al 15%, lo cual indica baja precisión de la estimación. Por tal razón, se recomienda utilizarlas solo 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.

Como resultado de la revisión de la carga de la mortalidad causada por condiciones crónicas, se concluye que para Bogotá, los retos frente a este tema son grandes y se relacionan con intervención en los determinantes. En este sentido, deberán realizarse acciones encaminadas a disminuir 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 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 envejecimiento no saludable; 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, y la baja percepción personal, familiar, social e institucional del problema, entre otros.

Pensarse el tema de las crónicas, 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 estas, que supera las visiones de línea sectorial que fragmentan las respuestas y llevará a actuar desde un enfoque promocional de calidad de vida a lo largo de todas las etapas de ciclo vital. Ello tendrá alcances incluso desde antes de la gestación misma, que materialice como derechos las oportunidades para la satisfacción de necesidades de forma equitativa.

4.1.4.12. Emergencias y desastres

De acuerdo con las cifras de la encuesta de acceso a los servicios de urgencias de Bogotá realizada en 2006, del total de las personas atendidas en los servicios de urgencias, el 55,6% (7.700) fueron mujeres y el 44,4%, hombres (6.153). En todos los niveles de complejidad se registró un comportamiento de similar proporción. Así mismo, del total de atendidos, el 53,8% (7.452 personas), entre los 15 y 54 años, asistieron a los servicios de urgencias de los niveles II y III. El 32% del total de atendidos correspondió a menores de 15 años (4.428), de los cuales el 52% consultó el primer nivel de atención. Según grupos quinquenales, el 13,5% (1.867) de los niños de 1 a 4 años consultaron los servicios de urgencias, de los cuales el 22,9% lo hizo en el primer nivel de atención y, del total, el 11% (1.010) corresponden a población entre 20 y 24 años, quienes accedieron ante todo a servicios de urgencias del segundo nivel de atención.

En cuanto a atenciones de urgencias médicas de población proveniente de otros departamentos, se registró una mayor proporción de pacientes provenientes de Boyacá, Meta y Tolima. De Cundinamarca acceden a los servicios de urgencias de Bogotá los pacientes provenientes principalmente de los municipios de Soacha y Funza, es-



pecialmente los niveles III; de Cota principalmente a los niveles II, y otros municipios, como Madrid, Mosquera, Chía, Bosa, Fusagasugá, La Calera, acceden principalmente a los niveles III. El 99,3% (13.751) de las urgencias atendidas en los servicios de urgencias de Bogotá provienen del área urbana y solo el 0,7% (103), del área rural.

Las personas se transportaron a los servicios de urgencias principalmente en bus y colectivo en el 35% de los casos (4.822), en todos los niveles de atención. El taxi fue otro importante medio de transporte, con el 31,2% (4.299), y en especial para los niveles II y III. 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 prehospitalaria fue utilizada en el 2,7% de los casos (367 personas), y en especial para ser trasladadas al nivel III.

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

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

De los pacientes con trauma debido a un accidente de trabajo, el 16,3% (422) accedió 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 accidentes de transporte de los admitidos a los servicios de urgencias fue como peatón, con el 34,8% (96), y estos accedieron principalmente al nivel II. El accidente de transporte como motociclista se presentó como la segunda causa con el 21% (58), con un mayor acceso a los niveles II y III. Los traumatismos diferentes a accidentes de tránsito fueron ocasionados principalmente por caídas, en el 33,6% de los casos (781), golpes o golpeado contra un objeto, en el 23,2% (539); con cuchillo, daga o puñal, en el 10,2% (539).

Los traumas ocurrieron principalmente en el hogar, en el 38,1% de los casos (977), y estos pacientes accedieron principalmente al nivel I, en el 44,7% de las ocasiones (289). Es importante el número de traumas ocurridos en la vía pública, del 31,2% (800); seguidos de los accidentes de trabajo, con el 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 otro servicio de urgencias. En los niveles III y II esta consulta previa se

presentó en mayor proporción, con el 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 las últimas 48 horas, y estaban siendo atendidos principalmente en un nivel II. El 25% (304) presentó 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 prehospitalaria registró crecimiento en el número de llamadas o solicitudes de la ciudadanía en los últimos cuatro años. En 2008 se atendieron 506.906 llamadas provenientes del número único del sistema de emergencias (NUSE), y en 2011 se recibieron 837.238 llamadas, con un crecimiento del 65,1% en el cuatrienio.

En despacho de vehículos de emergencias, del 2008 al 2011 se presentó un crecimiento del 58,9%, pasando de 192.855 a 306.490 en el mismo periodo. Alrededor del 70% de los despachos son efectivos; el valor más bajo se presentó en el 2009, con el 63,2%, y el más alto en el 2010, con el 76%. El mayor porcentaje se realiza hacia los domicilios. Estas solicitudes han venido creciendo; así en el 2008, del total de despachos de vehículos de emergencia, el 38,1% se realizaron hacia los domicilios; en el 2009, el 43,7%, y en el 2011 aumentó al 48,5%. Este aumento se ha hecho a expensas de las atenciones en vía pública que han venido en una franca disminución desde 2009 hasta el 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 colegios, sitios de trabajo y Transmilenio, en los cuales se despachan 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.

De igual forma, los mayores de 60 años fueron quienes más solicitaron el servicio de atención prehospitalaria, seguidos de la población entre 20 y 24, y en tercer lugar, entre 15 y 19 años. Estos dos últimos grupos de edad se relacionan con traumas, presentados en pacientes jóvenes por accidentes de tránsito. Las solicitudes para atención de pacientes de 0 a 4 años ocupó el segundo lugar, con un alto porcentaje de llamadas fallidas.

El comportamiento de la atención prehospitalaria en relación con mujeres y hombres ha sido similar a través del tiempo, con diferencias muy bajas, en las que predomina el género femenino, con el 42%, frente al 41% de los hombres; el 17% no presentan datos, generalmente por ser pacientes no identificados.

Las patologías más atendidas en los servicios prehospitalarios fueron por enfermedad común, hallazgo que ha permanecido constante desde el inicio del programa y está relacionado con que la población que más solicita el servicio es de la tercera edad, quienes presentan más agudización de enfermedades crónicas que traumas. Los accidentes de tránsito ocupan el segundo lugar, cuya proporción ha oscilado entre el 15% y el 17%. Los accidentes caseros ocupan el tercer lugar, con el 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 el 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 resueltos en otro nivel. En la ciudad existen barreras de acceso de tipo administrativo que impiden la atención de todos los pa-

cientes, lo cual incrementa la morbilidad y la mortalidad en la población. En la práctica, no existe un acceso universal a los servicios de urgencias y a la atención oportuna e integral de la comunidad que los demanda. 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 prehospitalaria ha crecido en cobertura geográfica y poblacional; sin embargo, se debe garantizar la cobertura del 100% de los pacientes que demandan dichos servicios.

4.1.4.13. Discapacidad

De acuerdo con las cifras publicadas por el DANE²⁹, el 5% de la población de Bogotá, aproximadamente 378.567 personas³⁰, presenta algún tipo de discapacidad. De esta población, al 2011 se han caracterizado 185.447 personas en todo el Distrito Capital³¹, alcanzando una cobertura del 48% de la población estimada. Las localidades de Kennedy, Rafael Uribe y Bosa, en ese orden, registran el mayor número de personas con discapacidad. No obstante, y de acuerdo con la población total de cada localidad, esta condición es más representativa en Sumapaz, Rafael Uribe y La Candelaria.

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 y cuidadores presentan escaso acceso a espacios y oportunidades de desarrollo y participación³². Existen 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.

En Bogotá, el 45% de la población con discapacidad se encuentra en la etapa de vejez y el 40% en la etapa de adultez. Esta población es de predominio femenino, la cual representa 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



²⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Censo 2005.

³⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Proyecciones de Población 2005-2015.

³¹ 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 Secretaría Distrital de salud, cifras preliminares del 2011 de (13.988) personas con discapacidad registrada.

³² Secretaría Distrital de Salud. Grupo técnico de discapacidad. Resumen de política de discapacidad. Bogotá. 2011.

asociado con 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.

El 99% es de etnia mestiza, el 47% pertenece al estrato 2; el 1,2% (1.987) de las personas con discapacidad se encuentra en situación de desplazamiento, de las cuales el 17% viven en la localidad de Bosa y el 16%, en la localidad de Kennedy. De acuerdo con el régimen de seguridad social en salud, el 39,5% pertenece al régimen contributivo; el 35,5%, al subsidiado; el 13,7% es población vinculada al sistema y el 7,4% no pertenece a ningún régimen de afiliación.

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 esta sea miembro del hogar, lo cual trae como consecuencia la afectación del proyecto de vida, autonomía e inclusión social de las personas con discapacidad y del cuidador o cuidadora, así como de la condición socioeconómica del núcleo familiar.

4.1.4.14. Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral

De acuerdo con el sistema de notificación de las administradoras de riesgos profesionales (ARP), en Bogotá, los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales alcanzaron 4.878, con una tasa de enfermedad profesional de 173 casos por cada 100.000 trabajadores para el 2010. Este evento ha representado un considerable aumento en la notificación, al pasar de 101 casos en el 2000 a más de 4.878 en el 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 y el 2010, a pesar de un incremento en la frecuencia absoluta, al pasar de 17.127 en el 2000 a 150.991 en el 2010³³.

En el caso de la población en la economía informal y trabajadores con formas precarias de vinculación laboral, además del notable subregistro de los eventos en salud relacionados con el trabajo, estos resultan desprotegidos de las acciones 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 incorpora acciones que permitan la restitución de estos derechos a trabajadores que son parte importante de desarrollo económico y social de la ciudad.



³³ Fondo de Riesgos Profesionales. Bogotá. En: http://www.fondoriesgosprofesionales.gov.co/documents/Infoestadistica/2011/ESTADISTICAS_SGRP_ENE2011.pdf. Consultado: 10 de agosto de 2011.

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 del 2,8%, lo que significa que 45.937 niños 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. Los esfuerzos realizados muestran un comportamiento a la reducción del trabajo infantil en la ciudad, en contraste con lo que ocurre en la nación.

4.1.5. Aseguramiento

La distribución de población afiliada al régimen subsidiado de salud por las empresas administradoras de planes de beneficios y grupos de edad registran el mayor número de afiliados en Salud Total y Humana Vivir, con el 50% del total. Por grupo de edad, los afiliados de 27 a 59 años representan el 39% del total de asegurados al régimen subsidiado de salud en Bogotá (tabla 27).

Tabla 27. 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	86.396
Solsalud	966	9.436	24.017	15.263	25.510	63.885	6.014	14.621	59.712
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
Ecoopos	433	3.725	8.687	5.289	8.031	19.039	1.752	4.194	51.150
Salud Cóndor	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.



4.2. 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 la 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.

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, como: 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, dicho porcentaje alcanza el 42% en los países en vía de desarrollo.

En los siguientes puntos 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 2020 serían alrededor de 1,6 veces mayores que las emisiones del 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, con el -80%, y el dióxido de carbono, más del 100%³⁴.

Entre 2007 y 2010 disminuyó la concentración de material particulado en un 17,6%, incidiendo en la disminución de la prevalencia de sibilancias en menores de 5 años debido a material particulado MP10.

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

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 2008 y 2010 se presentó un registro de enfermedades relacionadas con calidad de agua, según los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de población vinculada, desplazada y atenciones fuera del Plan Obligatorio de Salud, en el que se destacaban principalmente las atenciones por enfermedad diarreica aguda y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguidas de infección intestinal viral y la amebiasis, no especificadas. Estas fueron las más atendidas.

³⁴ Secretaría Distrital de Ambiente. Inventario de emisiones y proyección de emisiones del Plan Decenal de Descontaminación del Aire para Bogotá (SDA, 2010).

La mayor proporción de habitantes de Bogotá se abastece de agua para consumo, principalmente a través de la red de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá. Para el 2011, la cobertura en servicio de acueducto ascendía a un 99,9%, y el servicio de alcantarillado sanitario, a un 99,1%.

En relación con los residuos sólidos, Bogotá dispuso en 2009 de 2.096.400 toneladas de residuos sólidos, provenientes de diferentes fuentes, lo que corresponde aproximadamente a 5.800 toneladas por 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 2010 se registraron 4.811 intoxicaciones, lo que muestra un aumento de las intoxicaciones en relación con los años anteriores, que en 2009 fueron 3.733 de acuerdo con las cifras registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental (SIVIGILA) en 2010. El total de eventos de intoxicación por sustancias químicas reportados al SIVIGILA en 2011 fue de 5.552; de las cuales, 20 fueron descartadas y 9 eliminadas, para un total de 5.523 intoxicaciones.

4.2.5. Alimentos sanos y seguros

Se estima que el 52% de los establecimientos vigilados corresponden a lugares donde se comercializan, expenden y consumen alimentos. Durante el 2011 se registraron 3.001 casos de enfermedades transmitidas por alimentos, de acuerdo con los registros del Sistema de Vigilancia Epidemiológico Ambiental (SIVIGILA). Durante el 2010 se presentaron 137 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, equivalentes a 2.707 casos. De manera adicional, durante este periodo se produjo una muerte por enfermedad transmitida por alimentos en el Distrito Capital. El 12% (235) de los brotes reportados se registraron en vivienda; el 12%, en restaurantes, el 12% en instituciones educativas, el 5% en restaurantes por concesión y el 4% en empresas.

4.2.6. Medicamentos seguros

Durante el 2011 se recibió un total de 1.481 reportes de eventos adversos a medicamentos en el programa distrital de farmacovigilancia. Un incremento de casi tres veces respecto al 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 tienen sobre la salud de la población del Distrito Capital los fenómenos asociados con el cambio climático, se ha establecido que este tiene un impacto negativo a escala 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 con 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 de este, bajo uso de la infraestructura construida y natural existente en la ciudad en los ámbitos 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 salud³⁵.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se ha aproximado a esta problemática a través de los subsistemas de vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas con el cuidado de la salud (IACS), resistencia bacteriana (SIVIBAC) y tecnovigilancia, este último en proceso de implementación.

Durante el 2010 fueron notificados al subsistema de vigilancia epidemiológica de IACS 15.065 casos, por 82 instituciones prestadoras de servicios de salud. El 24,5% de las infecciones notificadas se registraron en los quirófanos (3.695), dentro de los cuales se incluyen las cirugías limpias y limpias-contaminadas; seguida de infección urinaria sintomática, con el 15,4% (2.326 casos), e infección del torrente sanguíneo primaria, con el 12,7% (1.913 casos).

El promedio histórico del índice global evidencia un comportamiento estable entre el periodo analizado, con un promedio entre 1,8 a 2,0 casos por cada 100 egresos. De las 82 instituciones prestadoras de servicios de salud que notificaron al subsistema, el 77% (63) reportaron 14.736 casos en los servicios de hospitalización. La tasa de mortalidad asociada con infección fue de 6%, con un rango entre 5,1% y 6,7%. Durante 2010 se reportaron 25 brotes de infecciones asociadas con el cuidado de la salud. El principal microorganismo causal fue *Burkholderia Cepacia*³⁵. La neumonía asociada con ventilador es adquirida en forma más frecuente por niños y adultos en las unidades de cuidado intensivo.

³⁵ Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce130-28-s.pdf>. Organización Mundial de la Salud. 130° sesión del Comité Directivo. Washington 24-28 de junio de 2002. Consultado el 27 de marzo de 2012.

4.3. Eje Estructural 3. Una Bogotá que defiende y fortalece lo público

4.3.1. Provisión y desarrollo de servicios de salud y fortalecimiento de la red pública distrital adscrita

4.3.1.1. 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud es 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 servicios asistenciales; falta de consistencia de los servicios con necesidades y expectativas de la población; falta de coordinación entre los diferentes niveles y puntos de atención; duplicación de servicios e infraestructura que lleva a subutilización de capacidad instalada, o sobreutilización de recursos, en otros casos; distribución inequitativa de puntos de atención; débil capacidad resolutoria del primer nivel de atención; sin contrarreferencia 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 beneficios³⁶, 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, lo cual lleva al aumento de patologías crónicas y de la comorbilidad; además, la ciudad se ha enfrentado a problemas asociados con el envejecimiento, la pobreza y exclusión social, como enfermedades contagiosas o malnutrición, el VIH/sida, los estilos de vida poco saludables, el incremento de violencia, los accidentes y las patologías mentales, situaciones que han generado una alta carga de enfermedad que no se ha podido resolver con el sistema de salud vigente.



³⁶ Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado, Plan de Intervenciones Colectivas, Enfermedad Profesional y Accidentes de Trabajo.

4.3.1.2. 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 trazadores³⁷, permite generar metodologías e indicadores para el análisis de la accesibilidad en términos espaciales.

De acuerdo con la ubicación geográfica de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se observa que los 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 ciudad³⁸.

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.



³⁷ Medicina general, urgencias, ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general, psiquiatría y odontología.
³⁸ Dirección Territorial de Salud. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Plan Maestro de Equipamientos en Salud, Decreto 318 de 2006.



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

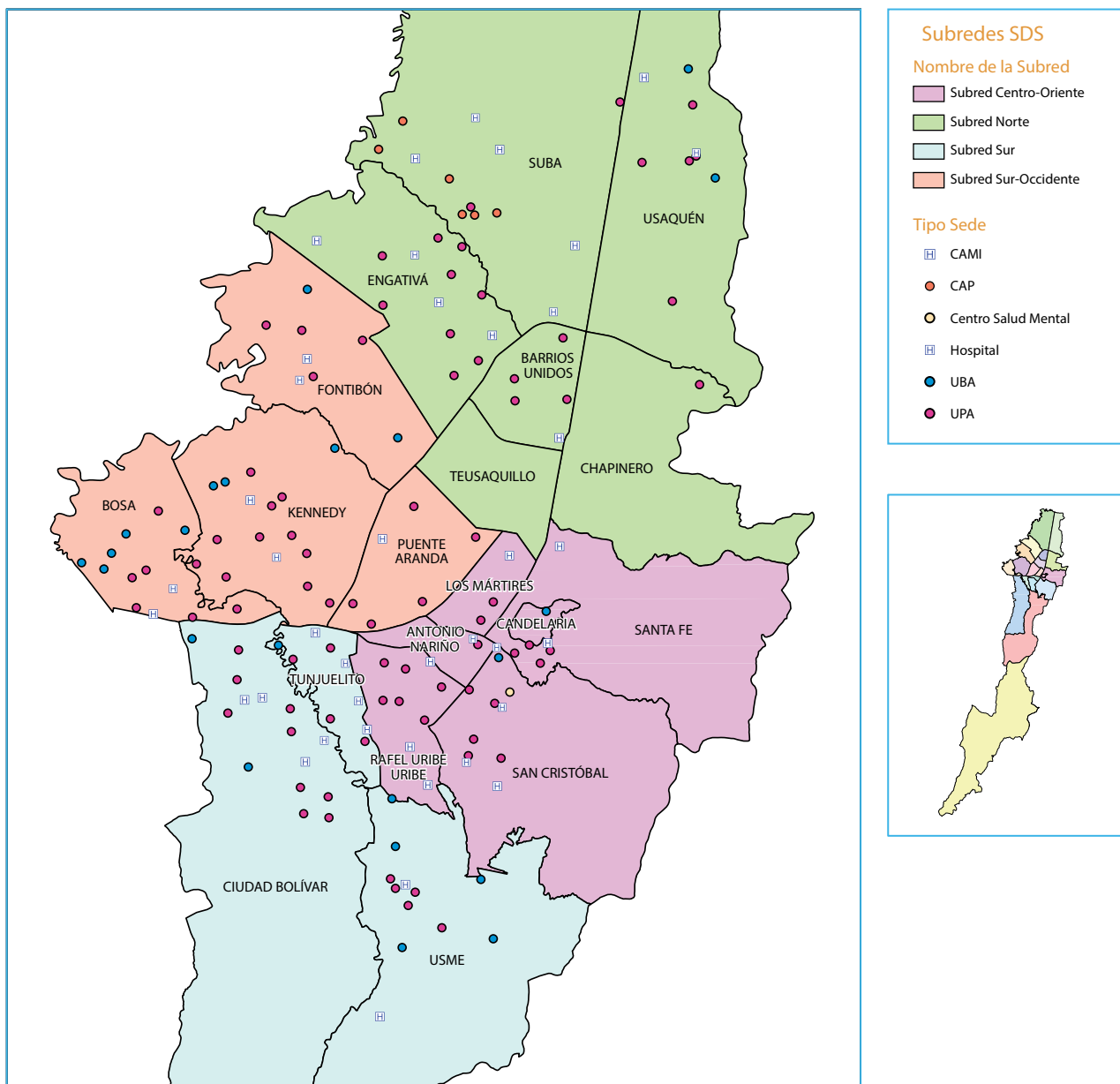
Según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de la Protección Social, a enero de 2012 se encuentran inscritos en Bogotá un total de 40.775 prestadores de servicios de salud. De estos, el 90% (36.658 prestadores) son de carácter privado y un 10% (4.117 prestadores), 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, 1.048 prestadores (2,5%), y registrados como transporte especial, 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.

4.3.1.4. 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, las cuales cuentan con 173 puntos de atención asistenciales que integran cinco empresas sociales del Estado de tercer nivel, ocho de segundo nivel y nueve de primer nivel, distribuidas geográficamente como se muestra en el mapa 3.

Mapa 3. Distribución geográfica de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Bogotá, según subredes (2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Direcciones de Desarrollo de Servicios y de Planeación y Sistemas.

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, como atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), salas de atención de enfermedad respiratoria aguda, enfermedad respiratoria aguda, 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, ginecología, pediatría, psiquiatría, anestesiología, ortopedia, traumatología y fisioterapia; 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, como Engativá, Suba, Fontibón, Centro Oriente y Tunjuelito, cuentan con un portafolio de servicios de primero y segundo niveles de complejidad, y realizan las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Mientras que los hospitales Meissen, San Blas y Bosa han venido desarrollando servicios de mediana y alta complejidad, como segundos niveles de atención puros.

Los hospitales de tercer nivel (Occidente de Kennedy, Tunal, La Victoria, Santa Clara y Simón Bolívar) brindan atención especializada y supraespecializada, en servicios 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 subespecialistas, 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, 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 el Hospital 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, están disponibles 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; se dispone 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, las cuales se garantizan por medio de contratación con terceros.

El Hospital Occidente de Kennedy ha desarrollado y ofrecido desde hace más de cinco años el servicio de cirugía neurológica estereotáxica para el tratamiento de personas con epilepsia. Por otra parte, el Hospital Simón Bolívar se ha consolidado como hospital de referencia en el ámbito distrital para el manejo de personas quemadas, y dispone de unidades para el cuidado crítico y cirugía plástica reconstructiva.

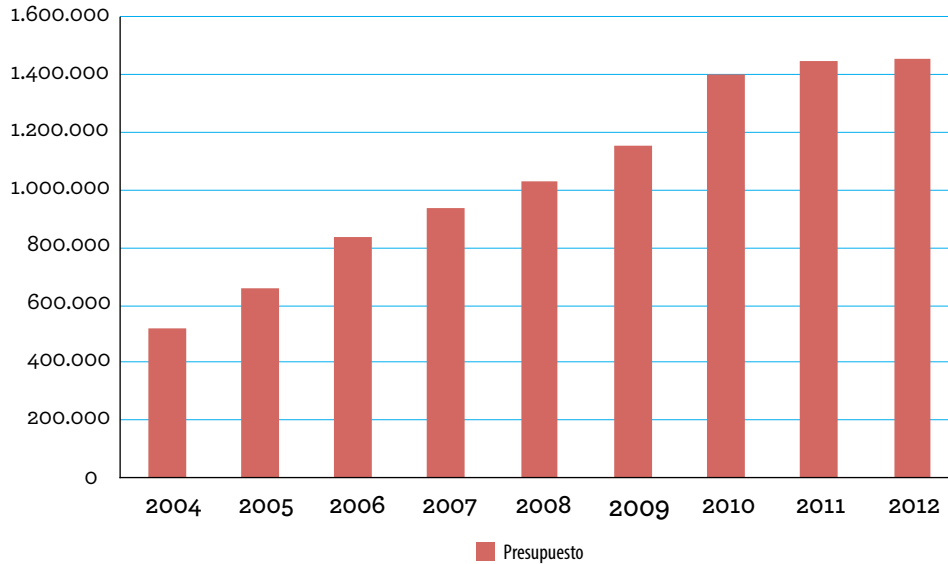
Los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud prestan la atención principalmente de población pobre no asegurada, y atenciones en menor proporción a afiliados a los regímenes subsidiado contributivo y especiales. Como consecuencia de la universalización progresiva del aseguramiento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

4.3.2. 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 para la prestación de los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los niveles básico, intermedio, especializado y subespecializado, durante el periodo 2004-2011, en promedio se ejecutaron 815.874 millones al año; así, se registró un crecimiento nominal del 168% en 2011, respecto a lo ejecutado en 2004 (figura 4).



Figura 4. Evolución presupuestal de empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004-2011 (cifras en millones de pesos corrientes)

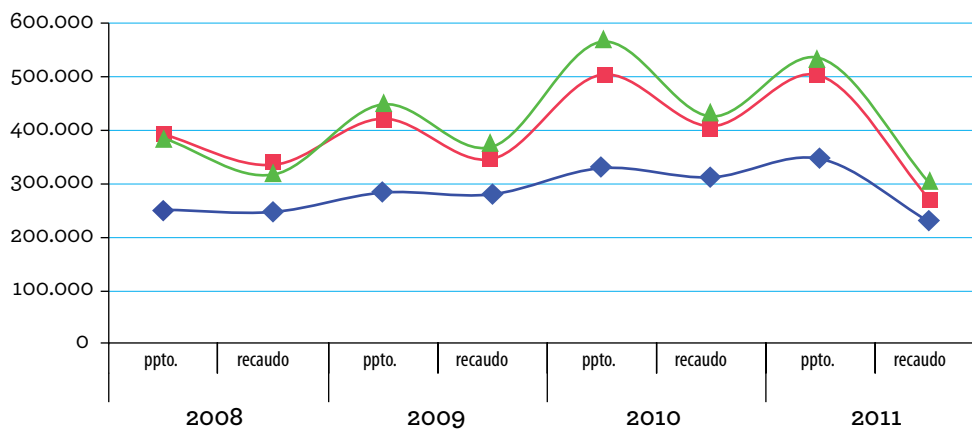


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. - Dirección de Planeación y Sistemas. Ejecuciones Presupuestales de Ingresos y Gastos empresas sociales del Estado de la red adscrita

Durante el periodo 2008-2011, el presupuesto de ingresos de las empresas sociales del Estado de la red pública creció en el 34%; fue más notorio el aumento entre 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 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 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 (figura 5).



Figura 5. Evolución de ingresos de hospitales de la red adscrita por nivel de atención. 2008-2011 (cifras en millones de pesos corrientes)



◆ Nivel I	252.470	247.059	283.376	280.163	329.336	312.004	346.649	227.896
■ Nivel II	392.047	335.449	421.989	346.491	504.399	407.937	502.558	270.169
▲ Nivel III	385.587	317.128	448.769	369.279	566.202	426.340	535.331	300.350

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.-Dirección de Planeación y Sistemas Área de Análisis, Programación y Evaluación.

4.3.2.1. Situación de la 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 hubo variación en las consultas electivas. Los egresos hospitalarios presentaron, en los cuatro años analizados, un decrecimiento del 5,3%, los partos se redujeron en 10,2%. En contraste, la producción quirúrgica presentó un incremento del 12,5% (tabla 28).



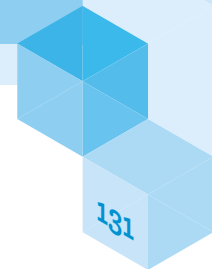


Tabla 28. Comportamiento de producción hospitalaria, ESE, de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2008-2010

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 procedimientos 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.-Dirección de Planeación y Sistemas Área de Análisis, Programación y Evaluación.

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, generó una producción total de 661,5 millones (medida en unidades de valor relativo), 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 UVR³⁹.



³⁹ Con base en: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., Análisis de Producción mediante Metodología de Unidades de Valor Relativo (UVR). Agosto de 2011. Estudio realizado por Julio Alberto Sáenz Beltrán, Asesor Dirección de Planeación y Sistemas Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.

El análisis de las UVR⁴⁰ muestra una tendencia creciente de producción global en el periodo del 2005 al 2009, con un promedio anual de crecimiento de 3,73 millones UVR. En la tabla 29 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 mencionado.

Tabla 29. 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	Porcentaje de 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%
La 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%
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%
Usme	2,05	2,14	2,41	2,54	2,12	11,26	2,25	2,3%
Sur	2,37	2,25	2,41	2,10	2,07	11,20	2,24	2,3%
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%
Rafael Uribe	1,24	1,20	1,29	1,30	1,36	6,40	1,28	1,3%
Centro 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%
Total	86,48	94,29	97,58	100,24	105,13	483,71	96,74	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.- Procesado Dirección Planeación y Sistemas. Datos tomados de MPS: <http://201.234.78.38/SIHO/>

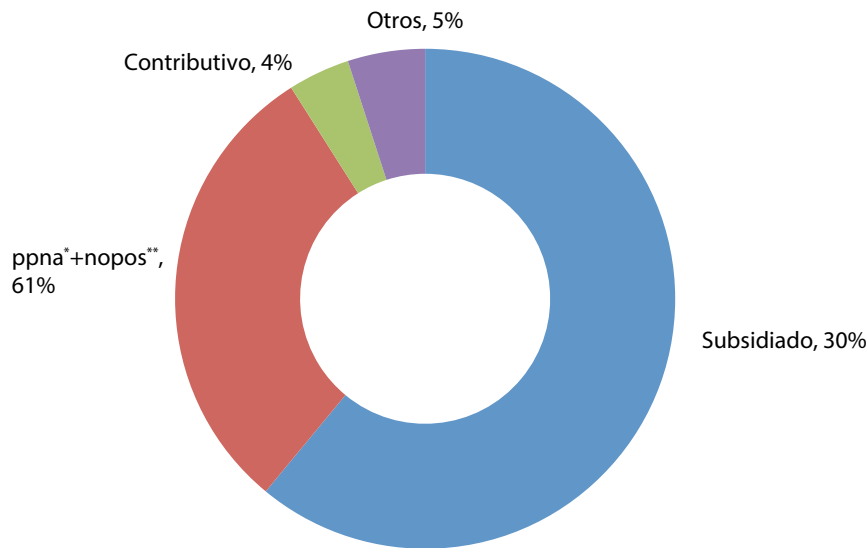
Durante el periodo de análisis, se observa que el mayor aporte a la producción de servicios de salud en la red adscrita lo dieron las empresas sociales del Estado de tercer nivel, con el 62,3%, seguido de un 29,1% de segundo nivel y un 8,6% de primer nivel.

En relación con 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

⁴⁰ Ibid.

afliliada 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 figura 6. 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).

Figura 6. Participación relativa en la producción de la red distrital de ESE, por régimen de seguridad social. Total quinquenio



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.- Procesado Dirección Planeación y Sistemas. Datos tomados de MPS: <http://201.234.78.38/SIHO/>

*ppna: Población pobre no asegurada

**nopos: Acciones no cubiertas por el Plan Obligatorio de salud

El indicador de productividad hospitalaria en la red de ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá registra un incremento de producción del 4,2%, mientras que la relación gasto total por unidad equivalente⁴¹ creció en el 34,6% y el componente de gasto de personal registró aumento en ese mismo lapso, cercano al 50% (tabla 30).

⁴¹ 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 avances 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 más (número de consultas/4) más (número de urgencias/2).

Tabla 30. Comparación del crecimiento en producción frente a 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.- Procesado Dirección Planeación y Sistemas. Datos tomados de MPS: <http://201.234.78.38/SIHO/>

4.3.2.2. Producción de servicios en las empresas sociales del Estado (ESE) de la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

De acuerdo con la información reportada por las 22 empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, a continuación se 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, específicamente la 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, discriminadas 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 (36,3%), y en hospitales de primer nivel de atención, de 1.320.418 (46,5%), representada principalmente por consultas de medicina general (resolutiva y de promoción y prevención).

Respecto a actividades realizadas en el servicio de enfermería, la producción en los 22 hospitales de la red pública adscrita fue de 470.416 consultas, distribuidas así:

- ◆ En general, 321.697 (68,4%) consultas en hospitales de 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 1% para otro tipo de población, con 3.640 consultas.
- ◆ Se realizaron 151.404 (54,3%) consultas en hospitales de primer nivel de atención, 101.664 (36,4%) 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 2011 una producción en todos los regímenes de afiliación de 985.161 consultas urgentes por médicos generales y especialistas, discriminadas así:

- ◆ Un total de 309.074 (31,4%) consultas en instituciones de tercer nivel de atención; 415.007 (42,1%) en 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 el régimen de afiliación, el comportamiento fue el siguiente:

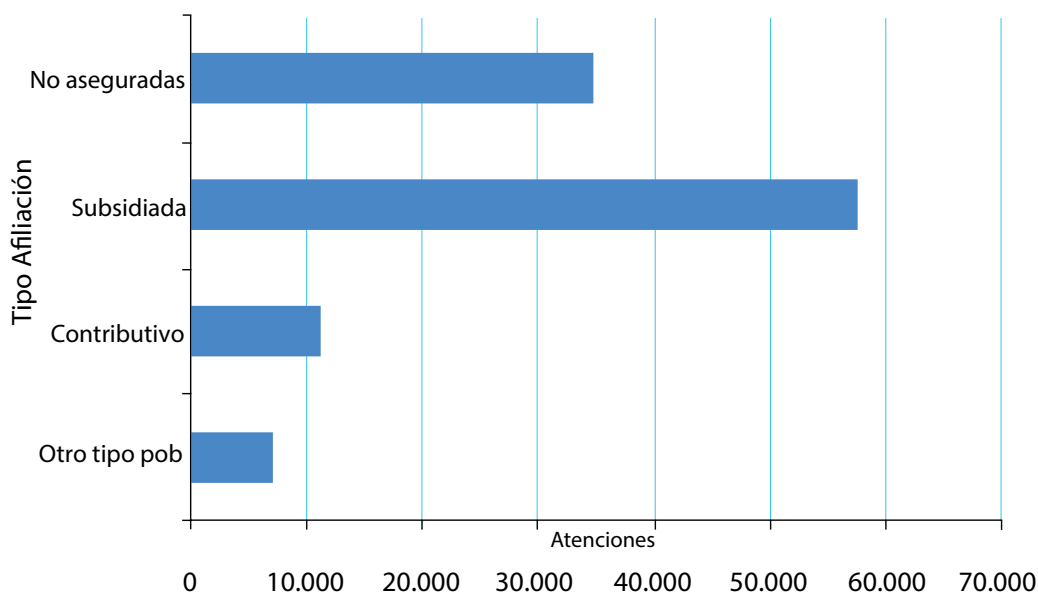
- ◆ Producción del 31,9% para atención de población pobre no asegurada, con 314.376 consultas; 55,8% para población subsidiada, con 549.984 consultas; 6,4% para población del régimen contributivo, con 63.408 consultas, y un 5,8% para otro tipo de población, con 57.393 consultas.

En cuanto al servicio de observación de urgencias, se dispuso de una oferta teórica de 94.184 atenciones/año, calculada con un promedio de un día de estancia (estancia de máximo 24 horas); es necesario aclarar que esta oferta puede ser menor, teniendo en cuenta que el promedio por día de estancia observado en los hospitales supera este límite. El total para el Distrito Capital es de 1,6 días.

Durante el 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:

- ◆ 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; el 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 (figura 7).

Figura 7. Producción en el servicio de observación de urgencias, según tipo de afiliación, 2011



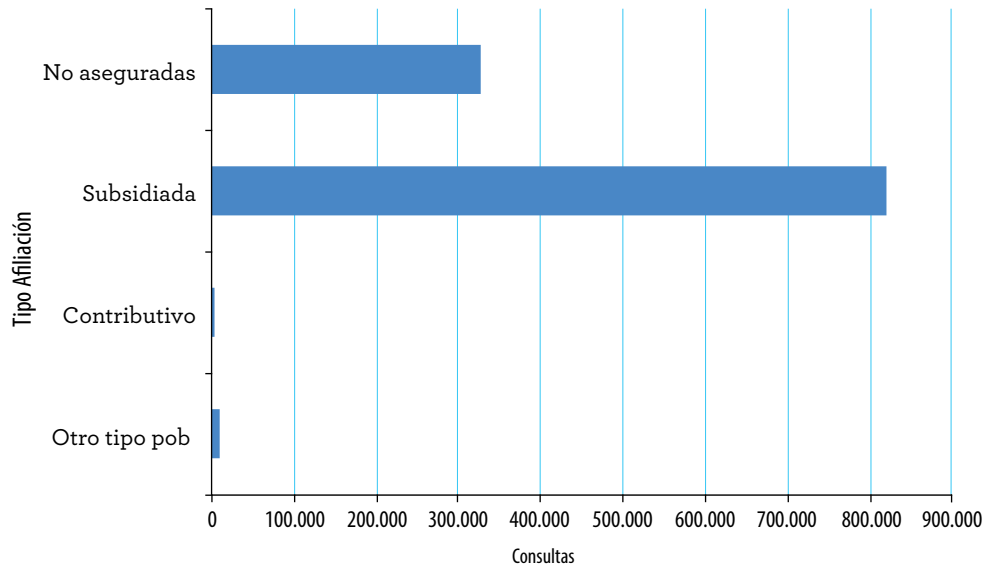
Fuente: SDS. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004.

- ◆ En instituciones de tercer nivel se generaron 46.851 observaciones (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:

- ◆ De ellas, 22.843 consultas (2%) fueron en hospitales de tercer nivel de atención (consulta odontológica especializada); 441.843 consultas (38%) se realizaron en hospitales de segundo nivel de atención, y 694.856 consultas (60%) en hospitales de primer nivel (especialmente consultas odontológicas generales).
- ◆ Según el 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 (figura 8).

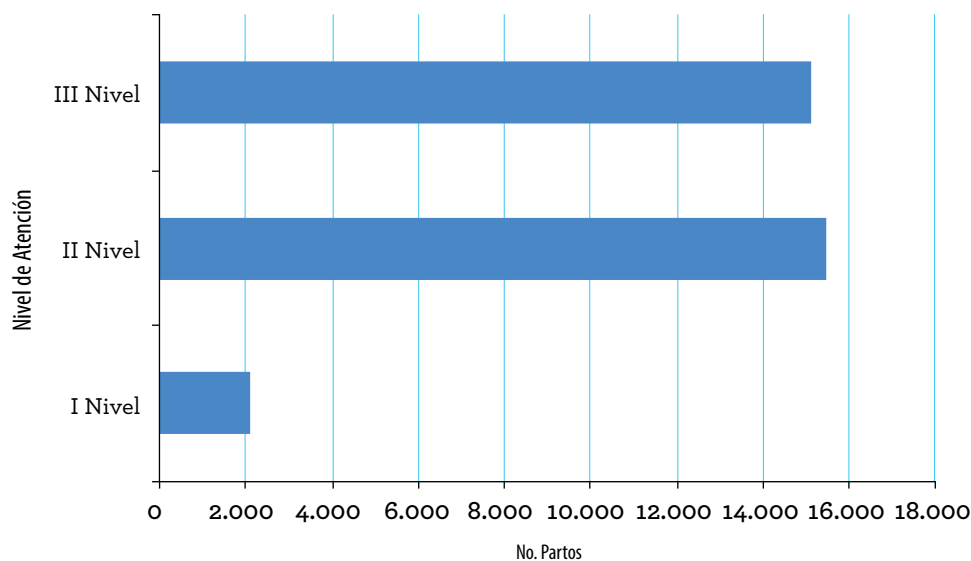
Figura 8. Producción en el servicio de odontología según el tipo de afiliación, 2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004

En los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud se atendieron en el 2011 un total 32.709 partos; 22.960 (70,2%) partos vaginales y 9.749 (29,8%) partos por cesárea. 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 (figura 9).

Figura 9. Número de partos según el nivel de atención, 2011

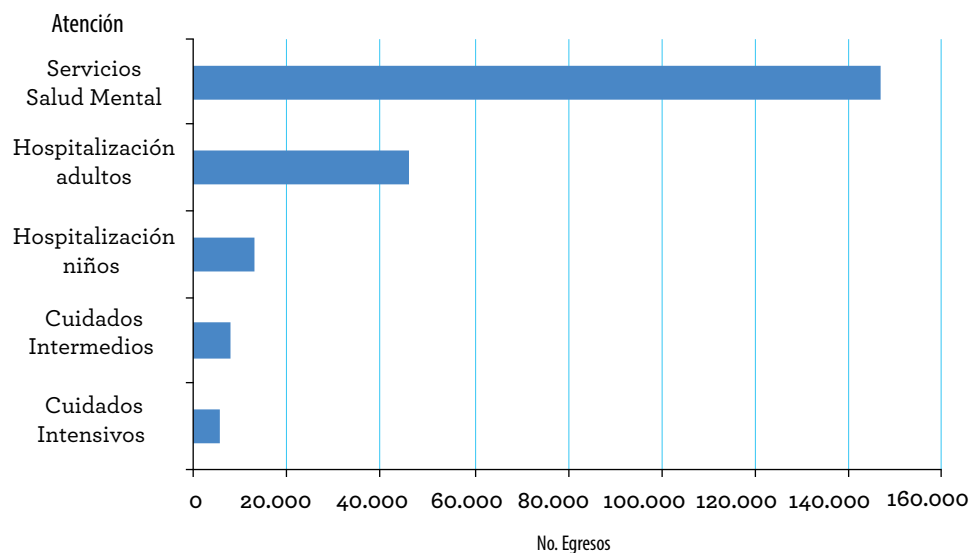


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004

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 2011 (2.895 camas - 1.053.464 días camas disponibles) en los servicios de medicina general, medicina interna, ginecología, obstetricia, VIH, quemados, salud mental, se generaron un total de 218.685 egresos, discriminados así:

- ◆ De camas para hospitalización de adultos, 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%) (figura 10).

Figura 10. Número de egresos en los hospitales de la red adscrita, según el tipo de servicio, 2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004.

- ◆ En los hospitales de tercer nivel de atención se generó 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%) en hospitales de primer nivel de atención de la red pública adscrita a la Secretaría (figura 11).

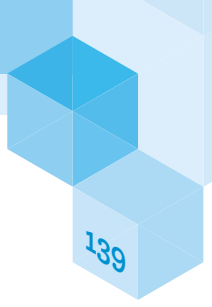
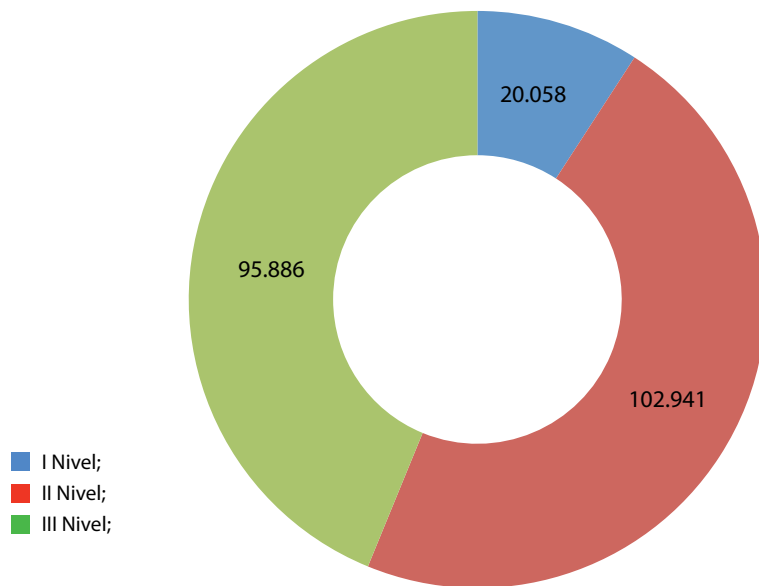


Figura 11. Producción de egresos hospitalarios según el nivel de atención, 2011



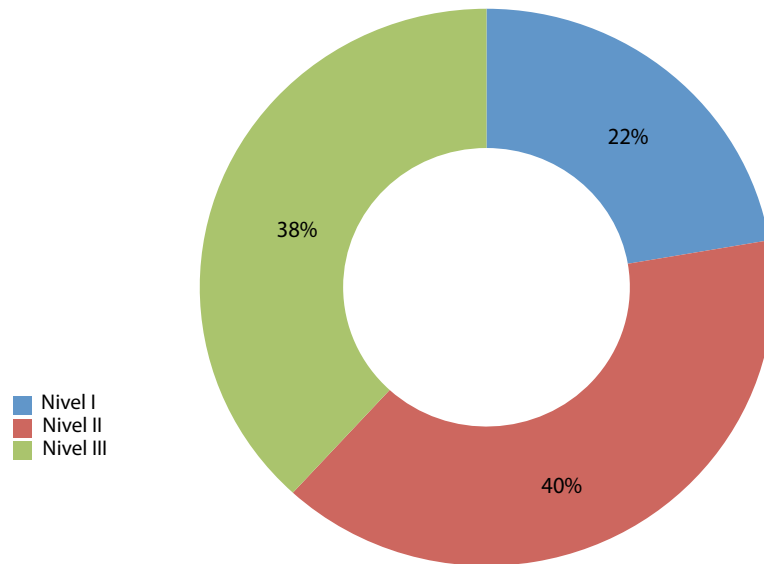
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004

- ◆ 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, 2.642 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) fueron generados 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. Con la capacidad instalada disponible se realizó un total 128.928 cirugías (sin incluir cesáreas), distribuidas así:

- ◆ En grupos quirúrgicos de 2 a 6, un total de 49.931 cirugías (38,7%); 58.134 procedimientos en el grupo de 7 a 10 (45,1%); en el grupo quirúrgico de 11 a 13 un total de 12.946 cirugías (10%), y por último, en el grupo de 20 a 23, un total de 7.917 cirugías (6,1%) (figura 12).

Figura 12. Producción de cirugías por grupo quirúrgico en hospitales de la red pública adscrita a la SDS, 2011

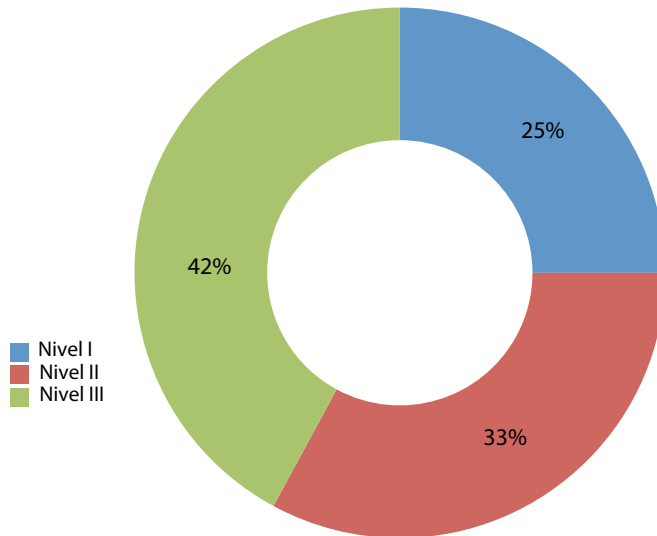


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004

- ◆ 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%, esto quiere decir que de un total de 81.185 cirugías programadas se canceló un total de 3.892; se debe anotar que el mayor porcentaje de cancelación de cirugías se observa en los hospitales de tercer nivel (el 6% de su programación).
- ◆ 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 2011 fue de 6.533.786 exámenes; en el tercer nivel de atención, con el 42,1%; en segundo nivel, el 32,9%, y en los hospitales de primer nivel de atención, el 25% (figura 13).

Figura 13. Porcentaje de producción de pruebas de laboratorio clínico según el nivel de atención, 2011

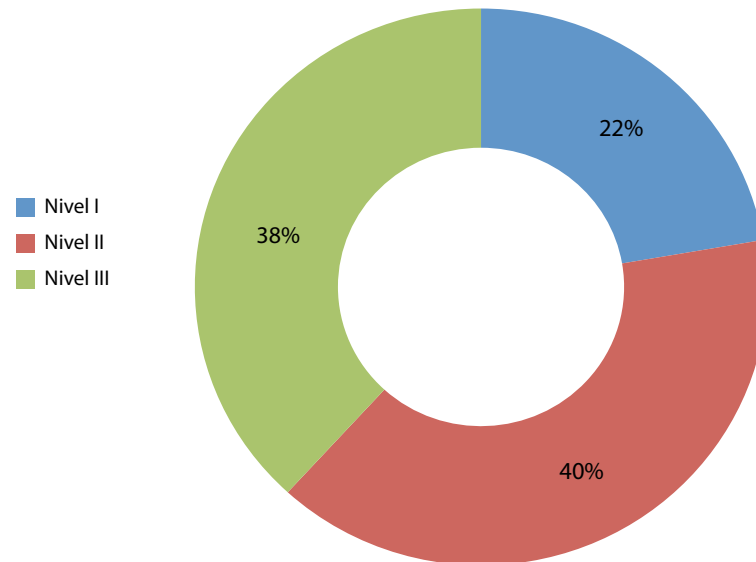


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004

- ◆ Se realizó un total de 2.952.652 (45,2%) exámenes de laboratorio solicitados en la consulta externa, 1.406.514 (21,5%) de 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 de otros apoyos diagnósticos), el 38,2% en hospitales de tercer nivel, el 39,5% en las ESE de segundo nivel y el 22,3% de actividades en hospitales de primer nivel de atención (figura 14).



Figura 14. Porcentaje de producción de pruebas de apoyo diagnóstico según el nivel de atención, 2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas. Datos de Indicadores. Decreto 2193 de 2004.

En la totalidad de hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud durante el 2011 se realizó 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; el 58% (305.132 sesiones), en instituciones de segundo nivel, y el 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 suroccidente.
- ◆ Servicios deficitarios en consulta externa, por disponibilidad del talento humano y por insuficiencia o no existencia de oferta en términos de agendas, así:
 - › En los terceros niveles de atención: cardiología, cirugía de mano, cirugía vascular, dermatología, ortopedia pediátrica. Este déficit es compensado con rendimientos en la consulta superiores a tres consultas/hora, lo cual afecta la calidad. Sin embargo, son inexistentes en este nivel los servicios ambulatorios especializados, como cirugía cardiovascular pediátrica, geriatría, hematología, inmunología y medicina nuclear.
 - › En los segundos niveles de atención: cardiología, dermatología, medicina interna, neurología, otorrinolaringología y urología. El déficit en talento hu-

mano se compensa con un incremento en el rendimiento de la consulta; en los casos anteriores superiores a tres consultas/hora, lo que afecta la calidad de la atención.

- › En los primeros 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 ginecobstetricia (1,8 tiempos equivalentes completos de especialista).
- ◆ A pesar de existir oferta de servicios de consulta externa, 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 de 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 POSS, lo que afecta negativamente los ingresos de las ESE por venta de servicios al Fondo Financiero Distrital de Salud. Esta situación no es compensada con la venta de servicios al régimen subsidiado.

4.3.3. Centro Hospitalario San Juan de Dios

4.3.3.1. 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.

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); funcionó 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 290 del 18 de febrero de 1979, por el cual se suple la voluntad del fundador; 1474 del 8 de junio de 1979, por el cual se adoptan los estatutos de la FSJD, y 371 del 23 febrero de 1998, por el cual se suple

la voluntad del fundador y se 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 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 Bogotá.

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 y 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; el alcalde mayor de Bogotá 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 artículo 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 2005, cuando el Consejo de Estado se pronunció para producir un cambio fundamental en la vida de estas instituciones. Mediante sentencia del 8 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, estos pertenecían a dicha Beneficencia.

Posteriormente, y como consecuencia del fallo del Consejo de Estado, mediante la expedición de un acto administrativo modificado por el Decreto 0117 de 30 de junio de 2006, el gobernador de Cundinamarca designó una liquidadora de la Fundación San Juan de Dios, proceso que aún 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, por medio del cual las entidades antes relacionadas se comprometieron a participar en el proceso y a brindar el apoyo y la colaboración necesaria, cada una en el marco de sus competencias.

El compromiso adquirido por parte de la nación fue gestionar la inclusión de una partida en el presupuesto nacional por valor de 60.000 millones de pesos. Este compromiso 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 1° de julio de 2006 el Instituto Materno Infantil se mantendrá en servicio para atender los requerimientos de Bogotá D. C., mediante un arreglo contractual que para el efecto deberá suscribir el Distrito con el liquidador de la extinta Fundación San Juan de Dios". Hoy en día, el IMI permanece bajo canon de arrendamiento a cargo del Hospital de La Victoria.

El punto 5 del Acuerdo Marco señala:

El Distrito Capital se compromete a constituirse en el operador del Instituto Materno Infantil, por considerar que es una institución especializada en servicios de cuidado 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, de la Secretaría Distrital de Salud, suscribió el Convenio Interadministrativo de Cooperación Mutua con el Hospital de La Victoria tercer nivel E. S. E., número 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 de los 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 de que una vez el Hospital La Victoria lograra organizar todos los servicios, continuaría contratando nuevo personal, priorizando aquellos que con anterioridad estaban vinculados con el Instituto materno Infantil (IMI).

4.3.3.2. 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, del 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 estos.
- ◆ 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 *cluster* 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. Está ocupado por cerca de 200 personas, de las cuales aproximadamente 150 son invasores ilegales ajenos a los trabajadores, pero que han hecho “mejoras” (como el lavadero de carros y el parqueadero), las cuales usufructúan.

4.3.3.3. 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. Está 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.- Delégase 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 esté destinado a cumplir con la voluntad de su fundador. Por ello, el 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, que no se han recogido por inexistencia de interés en la reglamentación.

4.3.4. 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 *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 cual 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, 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 cual 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, al utilizarla como espacio de contención y no como la vía para recibir y gestionar en el marco de la institucionalidad, las diversas formas de dar respuesta al derecho a la salud, de forma que permitan prevenir, garantizar o reparar los actos violatorios al derecho a la salud, al ubicar los procedimientos y actores responsables⁴².

La participación activa busca que exista una redistribución del poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones, de acuerdo con 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 diferencia.

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 en las decisiones públicas.

⁴² Vásquez, et al. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16(1):3-38. Propuesta Plan de desarrollo económico y social y de obras públicas para el Distrito Capital 2012-2016.

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. 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 equitativa⁴³.

En este sentido, la meta propuesta desde el sector salud de incorporar 300.000 ciudadanos 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.

4.3.5. Barreras de acceso

La vulneración en la garantía del derecho fundamental a la salud por barreras de acceso administrativa, económica, 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. Ello, en la medida en que la prestación actual de los servicios de salud para Bogotá 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. Fue diseñado para cumplir los principios de integralidad, universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, por medio 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 falta de garantía del derecho fundamental a la salud en Bogotá ha sido frecuente y evidente desde la misma creación de la Ley 100 de 1993, debida al fraccionamiento entre actores, instrumentos, procesos, recursos e 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 de la vida pública nacional y territorial. En este sentido, las administradoras de planes de beneficios (EPS) creadas con la Ley 100 de 1993, desde hace varios años registran una deuda acumulada con la ciudad y con sus habitantes, por las reiteradas barreras de 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 en lo que respecta a los servicios del POS.

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

⁴³ 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 responsables.

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). Por otra parte, y de manera adicional, hay que reconocer que, en cuanto a barreras económicas se refiere, aún 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, 2 y 3 del sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN), con el cual se cubre a un limitado número de pobladores, y queda excluida 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, lo que impide incidir en uno de los determinantes de la calidad de vida, como el caso 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, más costosos y menos eficaces; incide en las entidades prestadoras de servicios, por cuanto 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, porque los estimativos para la organización de su red de servicios se ven distorsionados, y afecta al ente territorial, porque, en forma agregada, se convierte en un problema potencial, y disminuye las posibilidades de mejorar indicadores de morbilidad y mortalidad evitables, al distorsionar estimativos financieros. También afecta a la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes de control, como la Procuraduría General de la Nación, la Personería de Bogotá, 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, 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 [...]”. En 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 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

estipulado en la Ley 100 de 1993 (figuras 2 y 3), fortaleció la inspección, vigilancia y control, hasta la 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 afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, y la vinculada con el sistema de seguridad social en salud, demanda intervenciones inmediatas para la solución de las barreras de acceso. Hay acciones manifiestas en la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano y las oficinas de atención al usuario de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, de los establecimientos públicos adscritos y los 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 tienen derecho.

Los actores sociales organizados y otras formas de participación social, han acudido a la movilización activa para exigir la solución a este problema, con la realización de 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.

Ella ha ido en aumento hasta llegar a generar dos modificaciones a la Ley 100 de 1993 y una sentencia de la Corte Constitucional, 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 cuarto trimestre de 2011 en el Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso, y el Sistema de Quejas y Soluciones, las principales barreras de acceso se refieren 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 (tablas 31, 32, 33 y 34).



Tabla 31. Consolidado por tipos de barrera de acceso de los motivos de barreras de acceso, identificados a través del SIDBA y SQS, IV trimestre 2011

Tipo de barrera de acceso	Total SIDBA IV trimestre 2011	Total SQS IV trimestre 2011	Total IV trimestre 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

Tabla 32. Consolidado por atributos de calidad del SOGCS, afectados por los motivos de barreras de acceso, identificados a través del SIDBA y SQS, IV trimestre 2011

Atributo de calidad	Total SIDBA IV trimestre 2011	Total SQS IV trimestre 2011	Total IV trimestre 2011	%
Continuidad	1.574	292	1.866	35,6
Accesibilidad	1.342	125	1.467	28,0
Oportunidad	597	573	1.170	22,3
Calidez	370	86	456	8,7
Oportunidad y pertinencia	113	171	284	5,4
Total	3.996	1.247	5.243	100

Tabla 33. Consolidado por entidades de los casos con barreras de acceso, identificados a través del SIDBA y SQS, IV trimestre 2011

Entidad	Total SIDBA IV trimestre 2011	Total SQS IV trimestre 2011	Total IV trimestre 2011	%
EPS-S	2.643	485	3.128	53
ESE	1.038	463	1.501	25
SDS	472	144	616	10
EPS-C	241	1	242	4
IPS Privada	41	142	183	3
EPS 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	4.685	1.247	5.932	100

Tabla 34. Motivos barreras de acceso

Motivos barreras de acceso	Total general motivos barreras de acceso SIDBA IV trimestre 2011	Total general motivos barreras de acceso SQS IV trimestre 2011	Total general motivos barreras de acceso IV trimestre 2011	%
Dificultad para la prestación del servicio POS	1.149	174	1.323	34,8
Dificultad de acceso a servicios por inconsistencias en Bases de Datos.	579	63	642	16,9
Casos especiales con demora en inicio de tratamientos prioritarios, de alto costo o tutelas	207	300	507	13,3
Atención deshumanizada o extralimitación y abuso de responsabilidades	370	86	456	12,0
Inadecuada orientación sobre los derechos, deberes, trámites a realizar	338	21	359	9,4
Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad.	113	171	284	7,5
Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside el usuario	211	18	229	6,0
Total	2.967	833	3.800	100



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, por medio 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 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; promueve el desarrollo de sus capacidades, potencialidades y libertades ciudadanas, en condicio-

nes de seguridad, sin ningún tipo de segregación por condición, identidad de género, orientación sexual, 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 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 los jóvenes; apoyará el desarrollo de la economía popular y aliviará la carga del gasto de los sectores más pobres, por medio de intervenciones en servicios donde tiene injerencia el Estado. A su vez, 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, por medio 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:

- ◆ Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.
- ◆ Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua.
- ◆ Una Bogotá que defiende y fortalece 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 en los siguientes puntos.

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 estructurantes*. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, además de lo establecido en la citada resolución, 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:

- a. 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”.
 - ◆ Componente de aseguramiento.
 - ◆ Componente de prestación y desarrollo de servicios de salud.
 - ◆ Componente de salud pública.

- ◆ Componente de prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.
 - ◆ Componente de emergencias y desastres.
 - ◆ Componente de gobernanza y rectoría.
- b. Eje estratégico: “Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua”, programa “Bogotá Humana ambientalmente saludable”.
- ◆ Componente de salud pública-ambiente.
- c. Eje estratégico: “Una Bogotá que defiende y fortalece lo público”, programa “Bogotá decide y protege el derecho fundamental a la salud de los intereses del mercado y la corrupción”.
- ◆ Componente de gobernanza y rectoría.
 - ◆ Componente de promoción social.

5.4. Eje 1. 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. Incluye acciones para eliminar barreras de acceso a los servicios de salud y 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 por medio 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 cual 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, por medio 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 y sostenibilidad.

El programa 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.

De igual forma, se orienta a garantizar la atención universal de salud, al hacer énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, así como a la promoción de entornos saludables, y a la prevención de enfermedades, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Por este programa se dará cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para lo cual se incluyeron metas de reducción de mortalidad infantil, materna y perinatal; reducción de embarazos en adolescentes; reducción de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida; se incluyen estrategias articuladas para eliminar las brechas de inequidad de diferentes grupos, territorios y regímenes de la seguridad social en salud.

De igual forma, incorpora como propósito la intervención y reducción de brechas de inequidad de género, y entre los distintos grupos poblacionales, como población infantil, personas mayores, indígenas, afrodescendientes, gitanos, raizales, en condición de discapacidad, población lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexual (LGBTI), en situación de trabajo sexual y habitantes de la 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. 869-Salud para el buen vivir
2. 874-Acceso universal y efectivo a la salud
3. 875-Atención a la población pobre no asegurada
4. 876-Redes para la salud y la vida
5. 878-Hospital San Juan de Dios
6. 879-Ciudad salud
7. 880-Modernización e infraestructura en salud
8. 881-Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria
9. 882-Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana
10. 883-Salud en línea
11. 872-Conocimiento para la salud
12. 877-Calidad de los servicios de salud en Bogotá D. C.

Como parte de los planteamientos programáticos del eje 1, el sector salud aporta al programa 'Trabajo decente y digno', con el fin de promover condiciones de trabajo dignas para los trabajadores de las entidades del sector público de la salud del Distrito Capital, y así fortalecer la capacidad institucional de las entidades del sector público de salud. Para lograrlo, se ejecutará el siguiente proyecto de inversión:

1. 884-Trabajo digno y decente para los trabajadores de la salud.



5.4.1. Componente de aseguramiento

5.4.1.1. 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.

5.4.1.2. Objetivo estratégico 1

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



5.4.1.2.1. Metas

- a. Garantizar a 1.678.622 habitantes de Bogotá el acceso efectivo al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al 2016.
 - ◆ Afiliación al régimen subsidiado de 387.040 niños y adolescentes mayores de 5 años y menores de 18 años, al 2016.
 - ◆ Garantizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a los niños que tengan nivel 1 y 2 de Sisbén, metodología 3.
- b. Fortalecer el carácter público de la EPS Capital, al 2016.
- c. Mantener la cobertura de servicios de salud para la población pobre no asegurada del Distrito Capital.

5.4.1.3. Objetivo estratégico 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.

5.4.1.3.1. Metas

- a. 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.

5.4.1.3.2. Estrategias

- a. Coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud para implementación de procesos de auditoría, seguimiento y evaluación de aseguradoras de salud y de su red de prestadores de servicios de salud.
- b. Diseño e implementación del proceso de inspección, vigilancia y control del aseguramiento, de acuerdo con la normatividad vigente.
- c. 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.
- d. Prevención y control de la propaganda engañosa y competencia desleal de las aseguradoras.
- e. Seguimiento a los procesos administrativos de la afiliación, en los términos y plazos previstos en la normatividad vigente.
- f. Seguimiento al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en las empresas administradoras de planes de beneficios.
- g. Fortalecimiento de la participación social para el empoderamiento y la defensa del derecho a la salud de la población, que incluya la universalización del cono-

cimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a toda la población bogotana.

- h.** 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.
- i.** Seguimiento a quejas y reclamos, identificados mediante diferentes mecanismos para garantizar la resolución de estos por parte de la Secretaría Distrital de Salud.
- j.** Diseño e implementación de una herramienta para la evaluación del desempeño (*ranking*) de las entidades administradoras de planes de beneficio que operan en Bogotá, con base en el cumplimiento de estándares de calidad.
- k.** Rendición de cuentas de las empresas administradoras de planes de beneficios frente a sus competencias y los compromisos del Plan de Desarrollo.

5.4.1.4. Objetivo estratégico 3

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

5.4.1.4.1. Metas

- a.** Desarrollar un sistema de seguimiento de resultados en salud al total de las empresas administradoras de planes de beneficio que operan en Bogotá.
- b.** Incrementar al 25% la atención de primera vez en salud oral de los niños y jóvenes menores de 19 años en el Distrito Capital, al 2016.

5.4.1.4.2. Estrategias

- a.** Diseño e implementación de un sistema de evaluación de resultados en salud.
- b.** 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.
- c.** 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

5.4.2.1. Función básica

Garantizar a la población de Bogotá 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 con sus necesidades y expectativas, por medio de la organización de redes territoriales, integradas e integrales, que permitan el fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria, la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico, en infraestruc-

turas humanizadas, en el marco de un modelo basado en la estrategia de atención primaria en salud, con participación social y transectorialidad.

5.4.2.2. Objetivo estratégico 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.

5.4.2.2.1. Metas

- a. Conformar una red integrada de servicios de salud en el Distrito Capital, que incluya la red pública hospitalaria, prestadores privados y mixtos, al 2016.
- b. Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la administración distrital al 2016.
- c. Reducir la razón de mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.
- d. Formular la política territorial de equipamiento en salud, al 2016.
- e. Garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo en el 100% de las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.
- f. Ajustar, implementar y seguir la Política Distrital de Medicamentos, al 2016.
- g. Diseñar, implementar y seguir la política de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital, al 2016.

5.4.2.2.2. Estrategias

- a. 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.
- b. 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.
- c. Implementación de la política distrital de medicamentos y de dispositivos médicos para la atención en salud en el Distrito Capital.
- d. Desarrollo de la política territorial de equipamientos en salud y actualización del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, acorde con el modelo de atención definido y las redes integradas.
- e. Fortalecimiento de la capacidad de negociación con las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- f. 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.
- g. Definición del modelo de salud que responda a las expectativas y necesidades de la población, que incluyan modalidades de atención ambulatoria, como: aten-

ción domiciliaria, telemedicina, hospital día, medicina alternativa y terapias complementarias, al igual que prácticas ancestrales, de conformidad con el derecho mayor de los pueblos indígenas.

- h. 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.
- i. Desarrollo de un sistema de información de la prestación de servicios salud, integrado al sistema de información de la Secretaría Distrital de Salud.

5.4.2.3. Objetivo estratégico 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 resolutoria, 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 de salud.



5.4.2.3.1. Metas

- a. 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.
- b. Gestionar las condiciones económicas necesarias para el correcto funcionamiento de la Asociación Pública Cooperativa de Empresas Sociales del Estado.
- c. Actualizar el plan maestro de equipamiento en salud, acorde con el modelo de atención definido y la red integrada, al 2016.
- d. Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el periodo de gobierno 2012-2016.
- e. Vigilar y apoyar al 100% de los hospitales del área de influencia del proyecto en la normalización de sus equipamientos respecto al Plan Maestro de Equipamientos de Salud, y de acuerdo con el estudio de factibilidad del proyecto 'Ciudad salud región'.
- f. Adoptar el modelo de gestión y operación interinstitucional del proyecto 'Ciudad salud región'.
- g. Consolidar a la red pública adscrita de Bogotá como socio estratégico de la puesta en marcha y operación del *cluster* de servicios de ciudad salud.
- h. Poner en marcha 83 centros de salud y desarrollo humano al 2016.
- i. Crear el Instituto Distrital de Oncología.
- j. Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.
- k. Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón, al 2016.
- l. Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital.
- m. Diseñar e implementar la red distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas, con énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas, que incluya la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.
- n. Diseñar e implementar la red distrital de salud mental, que incluya una ciudadela distrital en salud mental para atención de niños y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.
- o. Crear una unidad de atención drogodependiente o de desintoxicación para los niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en los diferentes grados de adicción, al 2016.
- p. Diseñar e implementar la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad, y puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
- q. Propender (crear) por conformar una empresa social del Estado pública como entidad especializada de trasplante, preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.
- r. 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, unidad primaria de atención (UPA) San Juan de Dios; 2. adecuación de las edificaciones actuales, hasta donde lo permitan las normas sobre patrimonio cultural, sismorresistencia y habilitación; 3. avance en la construcción de nuevas obras.
- s. Gestionar la construcción de un hospital universitario para Bogotá, al 2016.

5.4.2.3.2. Estrategias

- a. 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.
- b. Desarrollo de un programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de empresas sociales del Estado.
- c. Desarrollo de un programa para el fortalecimiento de las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.
- d. Desarrollo de un programa de humanización en salud para el Distrito Capital.
- e. 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.
- f. Fortalecimiento de competencias del talento humano asistencial en las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con énfasis en la estrategia de atención primaria en salud, y el enfoque familiar y comunitario, poblacional y diferencial.
- g. Consolidación tecnológica y administrativa de las empresas sociales del Estado según su nivel de atención.
- h. Especialización del tercer nivel para constituir centros de excelencia de alta complejidad.
- i. Inversión en infraestructura moderna y equipamiento en los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en todos los niveles de complejidad.
- j. Actualización de infraestructura y tecnología biomédica de las redes integradas de servicios de salud.
- k. 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.
- l. Articulación del Hospital San Juan de Dios a la red pública de prestación de servicios de salud de Bogotá.
- m. Desarrollo de estrategias para la disposición del talento humano especializado en salud, para la red pública hospitalaria.
- n. Formalización de la vinculación del talento humano en la red pública hospitalaria.
- o. Desarrollo de convenios de docencia, servicio que va en función del modelo de atención en salud y de la estrategia de atención primaria en salud.
- p. Desarrollo de centros de servicios especializados en la red pública, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.
- q. Generación de estrategias de negociación conjunta entre aseguradores y prestadores públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud.
- r. Fortalecimiento de la cooperativa de hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, para desarrollar estrategias de negociación conjunta que favorezcan economías de escala.

5.4.2.4. Objetivo estratégico 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.

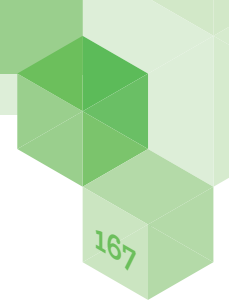


5.4.2.4.1. Metas

- a. Aumentar al 25% los donantes voluntarios habituales de sangre en pro de la seguridad transfusional de la ciudad, al 2016.
- b. Aumentar la tasa de donación a 22 donantes efectivos de órganos y tejidos por 1.000.000 de habitantes en Bogotá, a 2016.
- c. Desarrollar un programa de donación de órganos y tejidos en ESE, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, a 2016.

5.4.2.4.2. Estrategias

- a. Promoción del cuidado de la salud, que facilite hábitos de vida saludable, cultura del autocuidado y prevención de la enfermedad, en un trabajo transversal con otras entidades distritales.
- b. 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.
- c. 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.



- d. Desarrollo de la gestión operativa para la disposición de la sangre y hemocomponentes, órganos y tejidos en pro de la seguridad del paciente.
- e. 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 de Bogotá, al 2016.

5.4.2.5. Objetivo estratégico 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*, del Distrito Capital, con énfasis en las empresas sociales del Estado de la red pública distrital adscrita.

5.4.2.5.1. Metas

- a. 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.
- b. Formular, implementar y seguir la Política de Seguridad del Paciente en el Distrito Capital, a 2016.
- c. 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.
- d. Certificar 6.000 prestadores de servicios de salud a 2016.
- e. Incrementar a 500 las plazas de servicio social obligatorio en las empresas sociales del Estado de la red pública distrital adscrita para los profesionales de las ciencias de la salud, a 2016.

5.4.2.5.2. Estrategias

- a. Transformación cultural hacia la calidad, calidez y humanización de los servicios de salud desde el enfoque poblacional y diferencial.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Desarrollo del Programa de Hospitales Verdes y acompañamiento a las empresas sociales del Estado en el proceso de certificación como hospitales verdes.
- e. Fomento de la acreditación en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con énfasis en las empresas sociales del Estado.
- f. Implementación de la 'Política de seguridad del paciente', en el Distrito Capital.
- g. Empoderamiento de ciudadanos y personas usuarias de servicios de salud, para mejorar la seguridad de la prestación.

5.4.2.6. Objetivo estratégico 5

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

5.4.2.6.1. Metas

- a. 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, al 2016.
- b. Colectar y procesar 200.000 unidades de sangre en el Centro Distrital de Ciencia y Biotecnología para la Salud Humana.
- c. Disponer de 80.000 litros de plasma para ser procesado en una planta extranjera, en la producción de hemoderivados, mediante fraccionamiento industrial de plasma.
- d. 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.
- e. Disponer de 1.500 córneas para trasplante, en el banco de tejidos humanos del Centro Distrital de Ciencia y Biotecnología para la Salud Humana.
- f. Realizar 100 rescates de tejidos osteoarticulares, en el Centro Distrital de Ciencia y Biotecnología para la Salud Humana.
- g. Realizar 100 rescates de homoinjertos, en el Centro Distrital de Ciencia y Biotecnología para la Salud Humana.
- h. Colectar, procesar y disponer de 3.000 unidades de sangre de cordón umbilical para trasplante.

5.4.2.6.2. Estrategias

- a. Creación del grupo de investigación en terapia celular avanzada e ingeniería tisular.
- b. Creación del Centro de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud, adscrito a la Secretaría Distrital de Salud, para implementar un modelo de gestión, con personería jurídica propia, autonomía jurídica y financiera que le permita mayor capacidad de gestión.
- c. Gestión y desarrollo de proyectos en ciencia, biotecnología e innovación en ciencias de la salud humana y biomedicina.
- d. Fortalecimiento del componente banco de sangre como referente distrital.
- e. 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.
- f. Generación de nuevos servicios y productos biológicos para la salud, con fines terapéuticos.
- g. Formación y entrenamiento de talento humano en las áreas técnicas de desarrollo del Centro.
- h. Alianzas estratégicas y convenios con diversas entidades a escalas internacional, nacional y distrital.

- i. Desarrollo de iniciativas, reformas y aspectos técnicos a escalas distrital y nacional, en referencia a sangre, células madre, tejidos humanos y demás servicios del centro.
- j. 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

5.4.3.1. 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; por medio 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 derechos en los territorios de la ciudad.

5.4.3.2. Objetivo estratégico 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.

5.4.3.2.1. Metas

- a. 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.

5.4.3.2.2. Estrategias

- a. Formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas de salud pública, con enfoque poblacional y diferencial, desde la diversidad, mediante procesos participativos.
- b. Participación en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas poblacionales distritales.
- c. Coordinación intrasectorial, intersectorial y transectorial de las acciones en salud pública para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.
- d. Gestión de la participación de actores y sectores en la construcción de las políticas de salud pública sectoriales y distritales.

- e. 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.

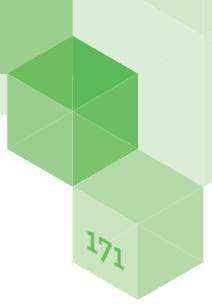
5.4.3.3. Objetivo estratégico 2

Promover el reconocimiento y el respeto de las particularidades y diversidades de las poblaciones, por medio 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.



5.4.3.3.1. Metas

- a. 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.
- b. 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 o afrodescendientes, al 2016.
- c. Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% a personas en condición de discapacidad al 2016.
- d. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las mujeres que participan en las acciones colectivas, al 2016.



- e. Garantizar atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, en el 100% de los servicios de salud del Distrito.
- f. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas de 60 años y más que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- g. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de los jóvenes que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- h. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de los habitantes de la calle que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- i. Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016.
- j. Incrementar a 100.000 personas en situación de discapacidad en procesos de inclusión social, por medio de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, para contribuir así con la implementación de la política pública de discapacidad, al 2016.

5.4.3.3.2. Estrategias

- a. 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.
- b. Encuentros intergeneracionales para fortalecer el diálogo de saberes y el respeto a la diversidad.
- c. Comprensión de la situación de salud y calidad de vida a partir de la identificación de interseccionalidades.
- d. Capacitación a los actores institucionales y sociales sobre las particularidades y diversidades poblacionales.
- e. Coordinación con las autoridades locales en el desarrollo de proyectos para la disposición de ayudas técnicas.
- f. 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.
- g. Facilitación de la comunicación incluyente 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.
- h. Inclusión del lenguaje no discriminatorio, no sexista y de género en las prácticas institucionales.
- i. Inclusión en la agenda pública de temas estratégicos de promoción social.
- j. Coordinación de los sistemas de salud propia de comunidades indígenas para el uso de plantas y prácticas ancestrales, de conformidad con el derecho mayor de los pueblos.

5.4.3.4. Objetivo estratégico 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.



5.4.3.4.1. Metas

- a. Reducir la mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.
- b. Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.
- c. Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil, en coordinación con los demás sectores de la administración distrital, al 2016.
- d. Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, en coordinación con los demás sectores de la administración distrital, al 2016.
- e. Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años, en el Distrito Capital, al 2016.
- f. Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016.
- g. Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica, al 2016.
- h. Garantizar la atención en salud al 100% de niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud, en coordinación con los de-



- más sectores de la administración distrital; y, de manera transversal, la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos, al 2016.
- i.** Lograr el 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a 2016.
 - j.** Disminuir en 5% las muertes evitables por condiciones crónicas en personas menores de 70 años, a 2016.
 - k.** Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el virus del papiloma humano, en las 20 localidades del Distrito Capital, al 2016.
 - l.** Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH, al 2016.
 - m.** 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.
 - n.** Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.
 - o.** Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.
 - p.** Reducir al 3% la prevalencia de desnutrición global en niños menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, al 2016.
 - q.** Reducir al 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, al 2016.
 - r.** Reducir a 1,5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.
 - s.** Reducir al 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, al 2016.
 - t.** Incrementar a cuatro meses la lactancia materna exclusiva, en los niños menores de 6 meses, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, al 2016.
 - u.** Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, para generar la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la cero tolerancia.
 - v.** Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.
 - w.** Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0,5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016.
 - x.** Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016.
 - y.** Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%, al 2016.
 - z.** Atender al 100% de las personas con lepra remitidos o diagnosticados en el Distrito Capital, al 2016.
 - aa.** Desarrollar estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, seguridad alimentaria y nutricional, trabajo saludable y prácticas saludables en el 100% de los territorios de salud, con coordinación intersectorial, a 2016.

- ab.** Poner en marcha estrategias de detección y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes.
- ac.** Identificar, caracterizar, medir y atender los casos de bulimia y anorexia en la Red de Salud Mental del régimen subsidiado, al 2016.
- ad.** 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 y adolescentes que lo padecen, al 2016.
- ae.** 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 y adolescentes, al 2016.
- af.** Reducir en un 4% la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en menores de 5 años, en el Distrito Capital, al 2016.
- ag.** Cubrir a 1.563.093 niños y adolescentes matriculados en instituciones educativas distritales, con acciones de promoción de la salud y prevención, en un trabajo coordinado de la Secretaría Distrital de Educación y la Secretaría Distrital de Salud, al 2016.
- ah.** Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de 25 años, en coordinación con las instituciones que hacen parte del Consejo Distrital de Estupefacientes, al 2016.
- ai.** Diseñar, implementar y evaluar un programa de salud mental comunitario, coherente con el modelo de salud basado en atención primaria en salud en el Distrito Capital, al 2016.
- aj.** Implementar la estrategia de entornos saludables en las 20 localidades del Distrito Capital, al 2016.

5.4.3.4.2. Estrategias

- a.** 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.
- b.** 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.
- c.** 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.
- d.** Formación y educación del talento humano en salud pública.
- e.** 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.
- f.** 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.
- g.** Socialización e implementación de la política distrital de y para la adultez en los diferentes espacios distritales.

- h.** Fortalecimiento de las alianzas con las instituciones de educación superior, unidades y organizaciones académicas, para el desarrollo de la salud pública en la ciudad.
- i.** Desarrollo de un sistema integrado de información de salud pública.
- j.** 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.
- k.** Inclusión de las víctimas del conflicto armado en el programa de atención psicosocial diferencial.
- l.** Promoción de las acciones de asesoría prevoluntaria de VIH en población general.
- m.** Fomento de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros en la población en edad fértil.
- n.** Información, educación y comunicación en promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- o.** 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 hombres, y en mujeres trans-, en el Distrito.
- p.** Construcción e implementación de 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.

5.4.3.5. Objetivo estratégico 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.

5.4.3.5.1. Metas

- a.** Implementar un modelo de atención integral, por medio de redes integradas de servicios de salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud, al 2016.
- b.** Cubrir a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud y desarrollo humano con enfoque diferencial, por medio de 1.000 equipos territoriales, que incluyen el ámbito familiar, escolar, trabajo informal, institucional y comunitario, al 2016.
- c.** Canalizar a los servicios de salud preventivos y curativos, el 100% de las personas detectadas en los territorios de salud, con necesidades en salud oral.
- d.** Promover la atención integral al 100% de las madres gestantes y lactantes, al 2016 (programa 'Creciendo saludables').

5.4.3.5.2. Estrategias

- a.** 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.

- b. 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.
- c. Articulación de las acciones del plan de intervenciones colectivas, con los demás planes de beneficios.
- d. Información y comunicación en salud, de forma que contribuya al cumplimiento de las metas de ciudad, del sector salud.
- e. Consolidar el Plan de Intervenciones Colectivas como campo de prácticas formativas en salud pública, en el marco de los convenios de docencia y servicio.
- f. Asesoría y asistencia técnica para la implementación del modelo de atención con enfoque diferencial e intercultural, que incluya las acciones para ejecutar con los pueblos indígenas de la ciudad.
- g. Mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública
- h. Evaluación del impacto, planes, programas y proyectos en salud pública.

5.4.3.6. Objetivo estratégico 5

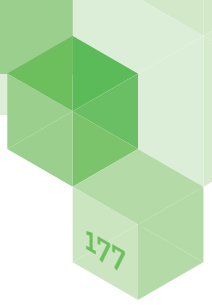
Dirigir, orientar y evaluar el sistema de vigilancia en salud pública, de forma que dirija las políticas en salud en el Distrito Capital.

5.4.3.6.1. Metas

- a. Desarrollar el sistema de vigilancia en salud pública poblacional, comunitaria y de la totalidad de los eventos, para que dé respuesta oportuna y efectiva a las necesidades en salud pública del Distrito y los territorios, al 2016.
- b. Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, integrado al Reglamento Sanitario Internacional, en el sector y otros sectores, al 2016.
- c. 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, al 2016.

5.4.3.6.2. Estrategias

- a. Desarrollo de las redes institucionales y comunitarias para la vigilancia en salud pública, en los territorios del Distrito Capital.
- b. Fortalecimiento de las capacidades institucionales, organizativas y operativas del sector en el ciclo 'planear, hacer, verificar, actuar', para la vigilancia en salud pública.
- c. Capacitación en vigilancia en salud pública por medio de mecanismos presenciales y virtuales.
- d. Desarrollo de un sistema integrado de información de la vigilancia en salud pública en la web.
- e. Diseño o ajuste de sistemas de vigilancia en salud pública, de acuerdo con las necesidades poblacionales, incluyendo los observatorios de salud.



- f. Actualización del diagnóstico y análisis de la situación de salud del Distrito Capital y sus territorios.
- g. Socialización de la información epidemiológica a través de medios físicos y virtuales.
- h. 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.
- i. Promoción y difusión del Reglamento Sanitario Internacional en el Distrito Capital.
- j. Fortalecimiento de la red de laboratorios del Distrito Capital.
- k. Desarrollo de análisis de muestras en apoyo a la vigilancia en salud pública y a la vigilancia sanitaria.
- l. Proyección de la gestión de conocimiento en el laboratorio de salud pública.
- m. Acreditación de metodologías del laboratorio de salud pública.

5.4.4. Componente de prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales

5.4.4.1. Función básica

Avanzar en la afectación positiva de los condicionantes de la relación salud enfermedad de los trabajadores y sus familias, mediante acciones que promuevan entornos saludables en los espacios laborales, la restitución social de derechos en relación con el trabajo y las garantías sociales de este, con la concurrencia de todos los actores.

5.4.4.2. Objetivo estratégico 1

Diseñar e implementar acciones integrales e integradas para la restitución de derechos a poblaciones de niños 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.

5.4.4.2.1. Metas

- a. 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.
- b. Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 jóvenes trabajadores, entre los 15 y 17 años, al 2016.
- c. Identificar y canalizar a servicios de salud y a servicios sociales a 20.000 niños trabajadores para su desvinculación del trabajo, al 2016.

5.4.4.2.2. Estrategias

- a. Participar y fortalecer las instancias de coordinación distrital y local para la prevención y erradicación del trabajo infantil.
- b. Identificación de niños y adolescentes en situación de trabajo infantil en Bogotá.
- c. Atención integral a los niños y adolescentes en situación de trabajo infantil para el restablecimiento de sus derechos.
- d. Canalización de los niños y adolescentes a programas y servicios de salud u otros programas, según necesidad individual y familiar.
- e. Caracterización, evaluación y seguimiento de las condiciones de salud, trabajo y vida de los niños trabajadores identificados.
- f. Gestión para el aseguramiento en salud de los niños que se encuentran sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social, y sus familias.
- g. Asesorar a las familias en torno al tema de la desvinculación laboral.
- h. Identificar adolescentes trabajadores que generen condiciones de trabajo protegido y desvinculación laboral en aquellos casos en los cuales realizan actividades prohibidas, de acuerdo con la normatividad vigente, para activar la ruta intersectorial con canalización a programas definidos desde lo local, para tal fin.

5.4.4.3. Objetivo estratégico 2

Consolidar el sistema de inspección, vigilancia y control de riesgos en el trabajo para el Distrito Capital.

5.4.4.3.1. Metas

- a. Mantener en operación el sistema de registro de enfermedad profesional y accidentes de trabajo del sector informal, al 2016.

5.4.4.3.2. Estrategias

- a. Coordinación de las acciones para el registro de las enfermedades de origen laboral y los accidentes de trabajo, con las aseguradoras de riesgos profesionales y con las empresas administradoras de planes de beneficios.
- b. 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.
- c. Desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades de origen laboral y los accidentes de trabajo.
- d. Seguimiento al cumplimiento del registro de riesgos profesionales, enfermedad de origen laboral, y accidentes en el trabajo del sector formal de la economía.
- e. Análisis de la situación de salud y calidad de vida de la población trabajadora del sector formal e informal de la economía.
- f. Formación de los profesionales de la salud, técnicos y trabajadores, para la implementación del sistema de información en eventos en salud de la población trabajadora.

5.4.4.4. Objetivo estratégico 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.



5.4.4.4.1. Metas

- a. Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.

5.4.4.4.2. Estrategias

- a. Sensibilización y capacitación para la población trabajadora, al fomentar condiciones protectoras en los entornos de trabajo, desde el enfoque poblacional, diferencial y de género.
- b. 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.
- c. Identificación, minimización, prevención y control de las condiciones de trabajo peligrosas, potenciando las condiciones protectoras en el espacio laboral.
- d. 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.
- e. 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 y jóvenes.

- f. 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.
- g. Implementación y evaluación de la estrategia de entornos saludables, en las instituciones del sector público de la salud.
- h. Información, educación y comunicación, dirigidas a los diferentes sectores de la producción con sentido de responsabilidad social.
- i. Mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector público.

5.4.4.5. Objetivo estratégico 4

Promover la participación de los trabajadores y sus organizaciones, en las actividades encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo y salud, con enfoque poblacional, diferencial y de género.

5.4.4.5.1. Metas

- a. Dos mil trabajadores de la economía informal formados en salud y seguridad social.

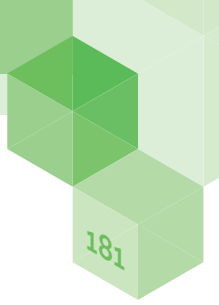
5.4.4.5.2. Estrategias

- a. 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, por medio de la organización y la participación.
- b. 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.
- c. Articulación permanente con los demás sectores para dar respuesta integral a la necesidad de restitución de derechos, en poblaciones trabajadoras de alta vulnerabilidad.
- d. Implementación de una estrategia de capacitación en salud laboral a los trabajadores y sus organizaciones.

5.4.5. Componente de urgencias, emergencias y desastres

5.4.5.1. Función básica

Gestionar a escala 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.



5.4.5.2. Objetivo estratégico 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.

5.4.5.2.1. Metas

- a. Implementar el 70% de los subsistemas del sistema de emergencias médicas a escala distrital.
- b. Contar con 19 subzonas de atención prehospitalaria, debidamente regionalizadas y mapeadas, al 2016.
- c. Atender al 100% de los incidentes de salud tipificados como críticos, que ingresan por medio de la línea de emergencias 123, al 2016.

5.4.5.2.2. Estrategias

- a. Implementación del sistema de emergencias médicas en el Distrito Capital, en el contexto de la reglamentación nacional.
- b. Reorganización de la prestación de servicios de atención prehospitalaria y de urgencias por medio de redes de servicios.
- c. Fortalecimiento de la atención prehospitalaria del Distrito Capital, mediante la integración de los actores del sistema de emergencias médicas (radiocomunicaciones, información y transporte).
- d. Evaluación de resultados e impacto del sistema de emergencias médicas en la ciudad.

5.4.5.3. Objetivo estratégico 2

Articular de manera intersectorial la preparación y respuesta de las emergencias en salud y posibles desastres en el Distrito Capital.

5.4.5.3.1. Metas

- a. Capacitar a 36.000 personas vinculadas con los sectores de salud y educación, y a líderes comunales en el tema de primer respondiente en situaciones de emergencia y urgencia.
- b. Garantizar que el 100% de empresas sociales del Estado cuenten con planes hospitalarios de emergencias formulados y actualizados.
- c. 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.

5.4.5.3.2. Estrategias

- a. 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 con los lineamientos establecidos por el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias.
- b. Desarrollo de programas de formación y entrenamiento a actores del sistema de emergencias médicas, con enfoque de prevención, preparación y respuesta en situaciones de urgencias y emergencias.
- c. Desarrollo de estrategias de información y comunicación dirigidas a la comunidad, en prevención y mitigación de emergencias y desastres en la ciudad.
- d. Fortalecimiento de las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el diseño, ajuste e implementación de planes hospitalarios de emergencias.
- e. Implementación de la estrategia de hospital seguro para la preparación y atención de urgencias, emergencias y desastres.
- f. Fortalecimiento de las acciones sectoriales e intersectoriales, orientadas a mitigar el impacto de las emergencias y desastres.
- g. Coordinación intersectorial para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.

5.4.5.4. Objetivo estratégico 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 en los ámbitos sectorial e intersectorial.



5.4.5.4.1. Metas

- a. Diseñar e implementar el Plan de Preparación y Respuesta a Incidentes de Gran Magnitud, de responsabilidad del sector, articulado con el Plan de Emergencias de Bogotá, al 2016.

5.4.5.4.2. Estrategias

- a. Organización de la respuesta integral en los eventos de aglomeraciones complejas de públicos y emergencias reportadas a la Secretaría Distrital de Salud.
- b. Organización de la respuesta y seguimiento a brotes, epidemias o emergencias, con impacto en la salud pública del Distrito Capital.
- c. 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.
- d. 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.
- e. Concertación intersectorial para la actualización de los sistemas de identificación de riesgos y la respuesta para la salud pública.
- f. Asesoría y asistencia técnica en atención en emergencias y desastres en salud pública a la población.
- g. Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (elaboración de mapas de amenazas, vulnerabilidad y riesgos).

5.4.6. Componente de gobernanza y rectoría

5.4.6.1. Función básica

Ejercer la gobernanza en salud en el Distrito Capital y la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio 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.

5.4.6.2. Objetivo estratégico 1

Fortalecer el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 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.

5.4.6.2.1. Metas

- a. Formular e implementar la *política pública de innovación, ciencia y tecnología en salud* para el Distrito Capital, al 2016.

5.4.6.2.2. Estrategias

- a. Formulación, implementación y evaluación de políticas de ciencia, tecnología e innovación en salud para el desarrollo social y sostenible.
- b. 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.
- c. Generación de espacios de reflexión y análisis de la situación de salud, para el impulso de la investigación, por medio 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.
- d. Desarrollo de centros de excelencia y de ciencia y tecnología en la ciudad-parque tecnológico de ciencia, tecnología e innovación para la salud.
- e. Conformación de centros de documentación, estrategias de comunicación y divulgación.
- f. 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.
- g. Formación y capacitación, mediante métodos alternativos para proponer soluciones integrales, interdisciplinarias y multisectoriales.
- h. 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.

5.4.6.3. Objetivo estratégico 2

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 en los niveles intra e interinstitucional, e intersectorial.

5.4.6.3.1. Metas

- a. Implantar un sistema integrado de información para la gestión de la salud en los territorios, incorporando las tecnologías para la información y comunicación, e integrándolo al Sistema Distrital de Información.

5.4.6.3.2. Estrategias

- a. Implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Información Integrado en Salud.
- b. 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 de Bogotá, para la interoperabilidad de la información entre las redes de servicios de salud.
- c. Desarrollo del sistema de información de servicios de salud y su articulación al sistema de vigilancia epidemiológica y al sistema de referencia y contrarreferencia.
- d. Disposición en línea de servicios a la ciudadanía, de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- e. Fortalecimiento de los medios de comunicación de las entidades del Distrito Capital, incluyendo internet, intranet y portales institucionales, que faciliten la operación de las redes sociales, la rendición de cuentas y la participación comunitaria.
- f. Integración de las estrategias de comunicación de todos los sectores del Distrito Capital.
- g. Incorporación de la telemedicina para mejorar la oportunidad y resolutivez en la prestación de servicios de salud en el Distrito Capital.

5.4.6.4. Objetivo estratégico 3

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.

5.4.6.4.1. Metas

- a. A 2016, tener incorporadas en la planta de personal a 10.000 trabajadores del sector salud.
- b. Adelantar acciones que generen el trabajo digno y decente en el sector salud, al 2016.

5.4.6.4.2. Estrategias

- a. Reorganización institucional que permita la inclusión formal del personal con funciones misionales y permanentes.
- b. Formación permanente del talento humano en salud, apoyada en la estrategia de capacitación.
- c. Mejoramiento de las condiciones laborales, priorizando acciones de bienestar, comunicación, clima y cultura organizacional, condiciones psicosociales y ocupacionales, por medio de la estrategia de entorno de trabajo saludable.
- d. Fomento del trabajo digno y decente, por medio de la estrategia de diálogo social.
- e. Fortalecimiento de la alianza por la salud pública para el fomento de la salud, desde la academia.

- f. 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.

5.5. Eje 2. 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 Capital de superar el modelo de ciudad depredador del ambiente, para lo cual las políticas de ordenamiento del territorio, la gestión ambiental y la 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 buscará 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 por medio de los programas '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'; 'Basura 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 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 '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



5.5.1.1. Función básica

Contribuir a la preparación de Bogotá y de la región central del país para afrontar el cambio climático y global, desde una perspectiva de transformación de las condiciones sanitarias y socioambientales de los territorios del Distrito Capital, que afectan positivamente la vulnerabilidad de biosistemas 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.

5.5.1.2. Objetivos específicos

- ◆ Desarrollar un modelo de planificación, gestión, seguimiento y evaluación en el Distrito Capital, que permita fortalecer financiera, 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 interterritoriales, 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 D. C.
- ◆ Fortalecer los procesos de regulación, autorregulación, vigilancia, seguimiento y evaluación de las condiciones sanitarias y ambientales, como factores de protección o deterioro de la salud de las personas.

5.5.1.2.1. Metas

- a. Diseñar e implementar un sistema de vigilancia en el Distrito Capital para la identificación del impacto en salud, asociado con la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados presentes en el ambiente, al 2016.
- b. Lograr coberturas útiles del total de la población de caninos y felinos, al 2016.
- c. Monitorear el cumplimiento de las condiciones sanitarias de 297.914 establecimientos comerciales, industriales e institucionales ubicados en la ciudad a 2016, incluyendo comedores comunitarios, plazas de mercado, cárceles y salas de retenidos, hogares geriátricos, establecimientos educativos, jardines infantiles distritales y establecimientos públicos y privados, que usen animales en cualquier actividad comercial.
- d. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológico ambiental para monitorear los efectos en salud asociados con la calidad del aire en las localidades, con énfasis en las relacionadas con la operación del sistema integrado de transporte en el Distrito Capital, al 2016.
- e. Diseñar e implementar un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud por ruido y radiación electromagnética, con énfasis en población infantil, al 2016.
- f. Diseñar e implementar un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud asociados con la variabilidad climática al 2016.
- g. Garantizar el funcionamiento de la red distrital de farmacovigilancia integrada por el 100% de prestadores de servicios de salud, establecimientos farmacéuticos y comunidad en general, al 2016.

- h.** 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 Distrito Capital, al 2016.
- i.** Evaluar los riesgos en salud asociados con la calidad del agua en los sistemas de abastecimiento del Distrito Capital en el territorio urbano y rural, al 2016.
- j.** Mantener cero casos de rabia humana autóctona al 2016.
- k.** Incrementar en el 10% anual el número de hembras caninas y felinas esterilizadas en el Distrito Capital, al 2016.
- l.** Operar el observatorio de salud ambiental en el Distrito Capital, por medio de la información generada por las líneas de la política de salud ambiental, al 2016.
- m.** Implementar ocho planes de acción correspondiente a las líneas de la política distrital de salud ambiental, al 2016.
- n.** Realizar alguna gestión para garantizar las acciones de salud ambiental, de acuerdo con la normatividad vigente, en las 20 localidades del Distrito Capital.
- o.** Controlar 4.000 focos de vectores, insectos y roedores en el Distrito Capital, al 2016.

5.5.1.2.2. Estrategias

- a.** 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, autorregulación y la responsabilidad social y empresarial, en temas de salud ambiental.
- b.** 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.
- c.** 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.
- d.** Coordinación intersectorial para evidenciar los problemas de salud, producto del ruido asociado con el tráfico aéreo en Bogotá, y promover acciones para su mitigación.
- e.** 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 estos, para transformar la cultura de respeto a los derechos y deberes ambientales.
- f.** 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.
- g.** 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. Eje 3. 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 Capital. Este eje se desarrollará por medio de los programas '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 intereses 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 y estructuración de proyectos de ciudad'.

El aporte del sector salud a este eje se realizará por medio 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:

- a. Fortalecimiento de la gestión y planeación para la salud.
- b. Bogotá decide en salud.

Este eje incluye los componentes programáticos:

- a. Gobernanza y rectoría.
- b. Promoción social.



5.6.1. Componente de gobernanza y rectoría

5.6.1.1. Función básica

Ejercer la gobernanza en salud en el Distrito Capital y la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio 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.

5.6.1.2. Objetivo estratégico 1

Mejorar las condiciones de salud de la población en el Distrito Capital, para garantizar el pleno goce del derecho a la salud; disminuir la segregación, con la implementación de un modelo de atención en salud basado en la atención primaria en salud; favorecer de manera directa al individuo, las familias y las diferentes poblaciones y grupos sociales en los territorios de la ciudad.

5.6.1.2.1. Metas

- a. Construir y poner en funcionamiento un sistema de análisis, evaluación y políticas de salud para el Distrito Capital, como base para la formulación y ajuste de planes, programas y proyectos, al 2016.

5.6.1.2.2. Estrategias

- a. Legitimación del Plan Territorial de salud de Bogotá con la ciudadanía, las instituciones y los sectores de la ciudad.
- b. 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.
- c. Apropiación del modelo de atención en salud por parte de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- d. 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.
- e. Fortalecimiento de las redes integradas de prestadores de servicios de salud.
- f. Consolidación y modernización de la red pública hospitalaria, con altos estándares de calidad y acreditados.
- g. Cualificación y suficiencia del talento humano en salud y mejoramiento de las condiciones de trabajo.

- h.** Mejoramiento continuo de la gestión institucional transparente de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, de las empresas sociales del Estado de la red adscrita y demás integrantes del sistema.
- i.** 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.
- j.** 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.
- k.** 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.

5.6.1.3. Objetivo estratégico 2

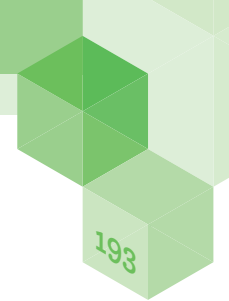
Superar la segregación e inequidad en salud de la población en los territorios del Distrito Capital, mediante la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas públicas sanitarias, que den respuesta a las necesidades y expectativas de la población de la ciudad, afectando los determinantes de la salud intersectorialmente, la sostenibilidad financiera, la gestión transparente, la vigilancia de las instituciones y la protección de los recursos.

5.6.1.3.1. Metas

- a.** 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.

5.6.1.3.2. Estrategias

- a.** 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.
- b.** Financiamiento del sector y gestión de recursos de diferentes fuentes, 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.
- c.** 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.
- d.** 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.
- e.** 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.



5.6.1.4. Objetivo estratégico 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 2012-2016, y del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, para el mismo periodo.

5.6.1.4.1. Metas

- a. Garantizar el financiamiento del 100% del Plan Territorial de Salud.

5.6.1.4.2. Estrategias

- a. Programación, adopción, ejecución del presupuesto plurianual de inversiones para el sector.
- b. Armonización del Plan de Desarrollo de la vigencia anterior, con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana y el Plan Territorial de Salud 2012-2016.
- c. Seguimiento a la inversión del sector, monitoreando el avance y cumplimiento de la vigencia.
- d. Evaluación, consolidación de resultados y rendición de cuentas del Plan de Desarrollo Distrital.
- e. Seguimiento a la ejecución del Plan de Ordenamiento Territorial y del Plan Maestro de Equipamiento en Salud.
- f. Articulación de proyectos de inversión locales con el Plan Territorial de Salud.
- g. Gestionar cofinanciación por medio de convenios de cooperación internacional y de multinacionales.

5.6.1.5. Objetivo estratégico 4

Ejercer rectoría para el fortalecimiento de la capacidad de gestión institucional en materia de salud, al integrar, coordinar y articular 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.

5.6.1.5.1. Metas

- a. Formular, implementar y realizar seguimiento de los planes programas, proyectos y presupuestos del sector público de la salud de Bogotá.

5.6.1.5.2. Estrategias

- a. Socializar el Plan Territorial de Salud de Bogotá 2012-2016, entre los diferentes actores de la ciudad, para su legitimación.
- b. Definición de compromisos de los actores sociales de la ciudad para el desarrollo de las acciones del Plan Territorial de Salud.

- c. Seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, en el componente de salud, para tomar oportunamente las decisiones de ajustes y mantenimiento de las acciones.
- d. Desarrollo del sistema de evaluación de resultados en salud, con todos los actores del sistema.
- e. 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 2012-2016.
- f. Articulación de los procesos misionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- g. 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.
- h. Desarrollo de un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Distrito Capital, para la implementación del Plan Territorial de Salud 2012-2016.
- i. Fortalecimiento de la gestión jurídica, interna y externa, de la entidad.
- j. Mejoramiento de la capacidad administrativa y de gestión institucional que soporte el ejercicio de la rectoría en el sector.
- k. Desarrollo de estrategias de comunicación que apoyen la implementación del Plan Territorial de Salud.
- l. Liderazgo en la redición de cuentas de la ciudadanía del Distrito Capital en relación con el Plan Territorial de Salud.

5.6.1.6. Objetivo estratégico 5

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.

5.6.1.6.1. Metas

- a. Acreditar la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá como dirección territorial de salud, al 2016.
- b. Mantener la certificación de calidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en las normas técnicas NTCGP 1000: 2009 en ISO 9001.
- c. Implementar el 100% de los subsistemas que componen el sistema integrado de gestión a escala distrital, al 2016.

5.6.1.6.2. Estrategias

- a. Gestión por procesos, con el fin de facilitar la implementación del Sistema Integrado de la Gestión.
- b. Desarrollo de acciones tendientes al mantenimiento de la certificación en el ente territorial.

- c. Definición e identificación de un plan de acción con los compromisos y recursos necesarios y suficientes para lograr y mantener la acreditación de la Secretaría Distrital de Salud.
- d. Definición y articulación de los elementos comunes de los diferentes sistemas de gestión a los procesos institucionales, para lograr una gestión transversal.
- e. Asesoría y asistencia técnica a las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para el desarrollo del sistema integrado de la gestión.
- f. 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, que promueven 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.

5.6.2. Componente de promoción social



5.6.2.1. Función básica

Generar condiciones que favorezcan el empoderamiento ciudadano, el 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.

5.6.2.2. Objetivo estratégico 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.

5.6.2.2.1. Metas

- a. Incorporar 300.000 ciudadanos a los procesos de planeación local, control social de resultados y exigibilidad jurídica y social del derecho a la salud, con enfoque poblacional, al 2016.
- b. Incrementar en el 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, al 2016.
- c. 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.

5.6.2.2.2. Estrategias

- a. Educación en salud para el fortalecimiento de la ciudadanía como sujeto de derechos y el mejoramiento de las condiciones de vida.
- b. 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.
- c. Información y comunicación como una forma de fortalecer los procesos organizativos y de movilización social.
- d. Organización ciudadana para impulsar la movilización social y la exigibilidad del derecho a la salud.
- e. Exigibilidad jurídica, social y política, para promover acciones que garanticen el derecho a la salud.
- f. Articulación y alianzas estratégicas con los sectores público, privado y la academia, para la defensa del derecho fundamental a la salud.

- g.** Construcción de tejido social y consolidación de una nueva ciudadanía, por medio del funcionamiento de observatorios ciudadanos locales.
- h.** 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.

5.6.2.3. Objetivo estratégico 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.

5.6.2.3.1. Metas

- a.** 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.

5.6.2.3.2. Estrategias

- a.** 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.
- b.** Diseño y desarrollo de agendas por componente estratégico de control social, en el contexto del Plan de Desarrollo Bogotá Humana.
- c.** Monitoreo, gestión y resolución de barreras de acceso a los servicios de salud.
- d.** 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.
- e.** 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, por medio de pasantías, judicaturas y servicio social obligatorio, entre otros.

5.6.2.4. Objetivo estratégico 3

Consolidar un servicio de atención a la ciudadanía, como vía para la promoción y protección del derecho a la salud de los ciudadanos del Distrito Capital



5.6.2.4.1. Metas

- a. Orientar a 864.000 ciudadanos del Distrito Capital, para el acceso y exigibilidad del derecho público de la salud; para ello, se dispondrá de diferentes canales de atención ciudadana, al 2016.
- b. Gestionar 41.652 requerimientos y derechos de petición, por medio del sistema de quejas y soluciones de la Secretaría Distrital de Salud, en la protección y defensoría ciudadana, frente a necesidades y vulneraciones del derecho público de la salud, al 2016.
- c. 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, al 2016.
- d. Incrementar al 90% la satisfacción y percepción con la calidad y humanización del servicio al ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud, al 2016.
- e. Monitorear la tasa de incidencia de casos intervenidos de barreras de acceso por 10.000 ciudadanos, por medio de los sistemas de exigibilidad del sistema de información distrital y de barreras de acceso (SIBDA) y el sistema distrital de quejas y soluciones (SQS), de la Secretaría Distrital de Salud, en la vía de rectoría y exigencia ciudadana, al 2016.
- f. Reducir en un 40% los casos de barreras de acceso a salud del régimen subsidiado, al 2016.

5.6.2.4.2. Estrategias

- a. Organización y desarrollo del servicio distrital de atención a la ciudadanía en salud, por medio de canales efectivos de orientación e información, sobre el derecho a la salud.
- b. 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.
- c. Gestión de enlace intra- e intersectorial de servicio al ciudadano, para el empoderamiento y la resolución de problemáticas sociales.
- d. 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.
- e. Rendición de cuentas sobre barreras de acceso de los ciudadanos atendidos en el servicio al ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.





6

Financiamiento del plan

Como parte de la compleja regulación del sistema de financiamiento de la salud en la ciudad, se señala lo estipulado en los artículos 336, 356, 357 y 358 de la Constitución Política de Colombia de 1991; lo mandado en los actos legislativos 01 y 02 de 2001, y lo contemplado en las leyes 9 de 1979, 14 de 1983, 10 de 1990, 100 de 1993, 223 de 1995, 715 de 2001, 643 de 2001, 666 de 2001, 788 de 2002, 1122 de 2007, 1393 de 2010 y 1438 de 2011, entre las más destacados, para conformar un sistema de carácter mixto en fuentes y usos.

En armonía con la estructura administrativa y financiera vigente para Bogotá, el financiamiento del sector público de la salud integra recursos provenientes del presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud¹, de la Secretaría Distrital de Hacienda de Bogotá² y de los fondos de desarrollo local³, de las alcaldías locales, asociadas estas últimas con iniciativas sectoriales de la comunidad para el desarrollo local, acorde con los planteamientos del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas vigente, Bogotá Humana, 2012-2016.

En los siguientes puntos se examina la tendencia registrada en el financiamiento de las inversiones a cargo del sector público de la salud en Bogotá desde el 2008 hasta el 31 de mayo del 2012. De igual forma, se presenta el financiamiento de las inversiones por realizar en el contexto del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, desagregadas por fuentes, ejes, programas, proyectos prioritarios y proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud.

- 1 En cumplimiento de lo establecido en el artículo 13 de la Ley 10 de 1990, literal B; del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, sobre flujo y protección de los recursos y el manejo en tres cuentas maestras que, tal y como lo plantea esta ley: “[...] corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social [...]”
- 2 La secretaría de Hacienda de Bogotá financia el costo de la nómina de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, por constituirse esta en una entidad que depende directamente de la Alcaldía Mayor de Bogotá D. C.
- 3 Decreto Ley 1421 de 1993, Artículos 69 y 89 y Decreto Distrital 460 de 1993.

6.1. Análisis retrospectivo

6.1.1. Presupuesto de ingresos: lo apropiado y lo recaudado

Durante el periodo comprendido entre el 1° de enero de 2008 y el 31 de mayo de 2012, el valor total del presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud ascendió a \$8.217.352 millones, de los cuales el 34,41% provino del aporte ordinario, equivalente a \$2.827.734 millones; el 26,74%, del Sistema General de Participaciones, correspondiente a \$2.197.595 millones; el 16,69% responde a recursos de capital, por \$1.371.879 millones; el 10,30% se origina en ingresos corrientes, de \$846.483 millones; el 9,57% procede de rentas cedidas, por \$786.4000 millones, y el 8,78% emana de otras transferencias de la nación, con un total de \$721.103 millones (tabla 35 y figura 15).

Durante este mismo periodo, la mayor participación de la financiación de los servicios de salud en Bogotá provino del aporte ordinario. En segundo lugar, del sistema general de participaciones, fuente que durante las últimas décadas se ha constituido en un numeral rentístico importante para la salud en Bogotá, la cual, con el paso de los años, ha venido perdiendo participación en el total de las fuentes, con el agravante de que con dichos recursos de destinación específica se vienen financiando los subsidios a la demanda; es decir, la afiliación al régimen subsidiado de la seguridad social en salud, cuya transformación en 2012 fue de 65,58%, en forma acorde con lo mandado en la Ley 1438 de 2011⁴. Así, perdió participación la transferencia para la financiación de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, la cual, en 2011 y 2012, fue de cerca del 24,42%; además, mantuvo el promedio del financiamiento de las acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social, la cual se sostiene en cerca del 10%, en promedio.



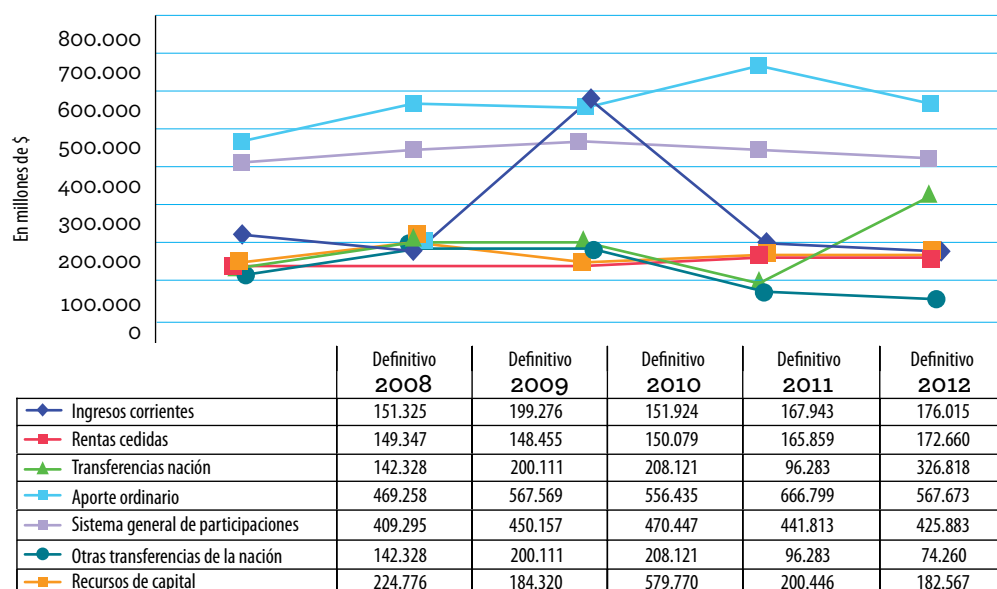
⁴ Ley 1438 de 2011. Artículo 44: "[...] Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud se destinarán al Régimen Subsidiado, partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015".

Tabla 35. Presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012 al 31 de mayo

Descripción	2008	2009	2010	2011	2012	Total de 2008-2012	
	Apropiación definitiva presupuesto de ingresos*					Porcentaje	
Ingresos corrientes	151.325	199.276	151.924	167.943	176.015	846.483	10,30%
Rentas cedidas	149.347	148.455	150.079	165.859	172.660	786.400	9,57%
Transferencias de la nación	142.328	200.111	208.121	96.283	326.818	973.661	11,85%
Aporte ordinario	469.258	567.569	556.435	666.799	567.673	2.827.734	34,41%
Sistema general de participaciones	409.295	450.157	470.447	441.813	425.883	2.197.595	26,74%
Otras transferencias de la nación	142.328	200.111	208.121	96.283	74.260	721.103	8,78%
Recursos de capital	224.776	184.320	579.770	200.446	182.567	1.371.879	16,69%
Total	1.396.982	1.601.433	1.966.697	1.573.284	1.678.956	8.217.352	100%

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

* Cifras en millones de pesos.

Figura 15. Apropiación definitiva del presupuesto de ingresos. Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012

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

* Cifras en millones de pesos.

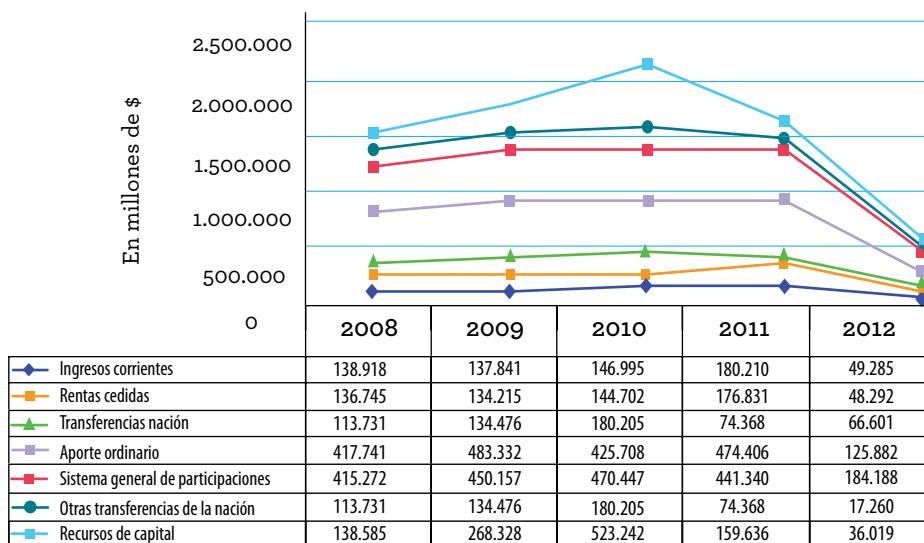
Con fecha de corte al 31 de mayo de 2012, se ha recaudado el 75,90% del total de los recursos presupuestados para el periodo en el presupuesto de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud, equivalente a \$6.236.913 millones (tabla 36 y figura 16). Al respecto, es necesario tomar en consideración que las cifras incorporadas en el presente documento se corresponden con la sumatoria de todas y cada una de las anualidades, sin desagregación de los periodos administrativos y de planeación establecidos por la Constitución Política de Colombia de 1991, la ley y la normatividad.

Tabla 36. Recaudo de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012, al 31 de mayo

Descripción	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	
						Recaudo presupuesto de ingresos*	
Ingresos corrientes	138.918	137.841	146.995	180.210	49.285	653.249	10,47%
Rentas cedidas	136.745	134.215	144.702	176.831	48.292	640.785	10,27%
Transferencias de la nación	113.731	134.476	180.205	74.368	66.601	569.381	9,13%
Aporte ordinario	417.741	483.332	425.708	474.406	125.882	1.927.069	30,9%
Sistema general de participaciones	415.272	450.157	470.447	441.340	184.188	1.961.404	31,4%
Otras transferencias de la nación	113.731	134.476	180.205	74.368	17.260	520.040	8,34%
Recursos de capital	138.585	268.328	523.242	159.636	36.019	1.125.810	18,05%
Total	1.224.247	1.474.134	1.746.597	1.329.960	461.975	6.236.913	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección Financiera, Área de Tesorería.
*Cifras en millones de pesos.

Figura 16. Recaudo de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 2008-2012*



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección Financiera, Área de Tesorería.
*Cifras en millones de pesos.

6.1.2. Presupuesto de gastos e inversiones: lo apropiado y lo comprometido

En cuanto al presupuesto de gastos de funcionamiento e inversión, con cargo a los recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud, durante el periodo comprendido entre el 1° de enero de 2008 y el 31 de mayo de 2012, se apropiaron recursos por valor de \$7.009.752 millones para inversión directa; se ejecutaron con fecha de corte al 31 de mayo de 2012, \$5.497.729 millones en compromisos y \$4.427.070 en giros (tabla 37). De igual forma, se apropiaron \$71.484 millones para funcionamiento, de los cuales, con fecha de corte al 31 de mayo de 2012, se han ejecutado \$46.368 millones en compromisos y \$37.823 en giros.

Tabla 37. Presupuesto de gastos de funcionamiento e inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS). Del 1° de enero de 2008 al 31 de mayo de 2012

Vigencia fiscal	Detalle	Inversión	Porcentaje	Funcionamiento*	Porcentaje
2008	Apropiación	1.117.179	91,92%	10.507	98,74%
	Compromisos	1.026.865		10.374	
	Giros	802.394	71,82%	8.413	80,07%
2009	Apropiación	1.365.501	88,63%	9.500	98,82%
	Compromisos	1.210.293		9.388	
	Giros	1.032.169	75,59%	8.509	88,67%
2010	Apropiación	1.758.832	93,41%	13.094	97,51%
	Compromisos	1.642.915		12.768	
	Giros	1.362.695	77,48%	11.631	88,83%
2011	Apropiación	1.288.174	84,46%	17.726	57,07%
	Compromisos	1.088.026		8.638	
	Giros	931.720	72,33%	6.342	46,09%
2012	Apropiación	1.480.866	35,76%	20.657	25,17%
	Compromisos	529.630		5.200	
	Giros	298.092	20,13%	2.928	14,18%
Total 2008-2012	Apropiación	7.009.152	100,00%	71.484	100%
	Compromisos	5.497.729	78,43%	46.368	64,86%
	Giros	4.427.070	63,13%	37.823	52,91%

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

*Cifras en millones de pesos.

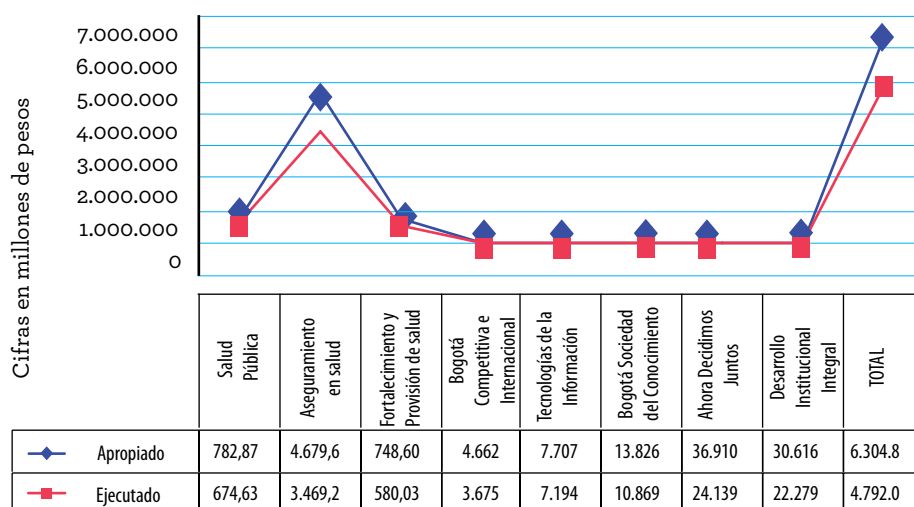
Para este mismo periodo, el presupuesto asignado para inversión directa fue de \$6.304.843 millones, de los cuales, al 31 de mayo de 2012, se han ejecutado \$4.792.021 millones, equivalentes al 76,01% de los recursos totales disponibles (anexo 2, tabla 38 y figura 17). De estos recursos, \$674.631 millones se ejecutaron en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que representan el 14,08%; \$1.643.984 millones, en el aseguramiento en salud de la población, con el 34,31%; \$1.825.216 millones, en la atención de población pobre no asegurada, con el 38,09%, y \$648.190 millones en otros gastos en salud, equivalentes al 13,53% del total (anexo 2).

Tabla 38. Presupuesto de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud. Del 1° de enero de 2008 al 31 de mayo de 2012*

Eje y programa	Valor apropiado	Valor ejecutado	Porcentaje de ejecución
1. Ciudad de derechos	6.211.122	4.723.865	76,05
1.1 Bogotá sana	782.873	674.631	86,17
1.2 Garantía del aseguramiento	4.679.645	3.469.200	74,13
1.3 Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud	748.603	580.034	77,48
2. Ciudad global	12.369	10.869	87,87
2.1 Bogotá, sociedad del conocimiento	4.662	3.675	78,82
2.2 Bogotá competitiva e internacional	7.707	7.194	93,34
3. Participación	13.826	10.869	78,61
3.1 Ahora decidimos juntos	13.826	10.869	78,61
4. Gestión pública efectiva y transparente	67.526	46.419	68,74
4.1 Tecnologías de la información al servicio de la ciudad	36.910	24.139	65,40
4.2 Desarrollo institucional integral	30.616	22.279	72,77
Total	6.304.843	4.792.021	76,01

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas Área de Análisis, programación y Evaluación.

Figura 17. Presupuesto de inversión asignado y ejecutado.
Fondo Financiero Distrital de Salud. Del 1° de enero de 2008 al 31 de mayo de 2012*



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Planeación y Sistemas Área de Análisis, Programación y Evaluación

*Cifras en millones de pesos.

Para realizar acciones de salud pública se apropiaron \$782.873 millones, de los cuales se ejecutaron, con fecha de corte al 31 de mayo de 2012, \$674.631 millones, que representan el 86,17%. De los recursos asignados para los procesos de aseguramiento y para garantizar la continuidad de la población afiliada al régimen subsidiado, así como la prestación de los servicios de salud a la población pobre y de los servicios no POSS, de \$4.679.645 millones se ejecutaron \$3.469.200 millones, es decir, el 74,13% (tabla 39 y figura 18).

Para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, se apropiaron \$415.252 millones y se comprometió el 86,24%, o sea, \$358.094 millones. En el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria se ejecutaron \$229.134 millones, que equivalen al 79,21% del presupuesto total asignado, por valor de \$289.274 millones. Para adelantar investigaciones y estudios orientados a mejorar las condiciones de salud de la población, se asignaron \$27.380 millones, de los cuales se han ejecutado \$19.136 millones, que representan el 69,89% del presupuesto asignado, con fecha de corte al 31 de mayo de 2012.

Para fortalecer los procesos de participación social, se apropiaron \$13.826 millones, de los cuales se ejecutaron con fecha de corte al 31 de mayo de 2012, \$10.869 millones, el 78,61% del presupuesto apropiado. En la modernización de la infraestructura tecnológica de la red pública, se ejecutaron \$24.139 millones, el 65,40% del presupuesto asignado, que equivale a \$36.910 millones, con fecha de corte al 31 de mayo de 2012. En los procesos de capacitación y cualificación del talento humano se ejecutaron \$6.818 millones, el 88,33% de los recursos apropiados, por valor de \$7.898 millones.

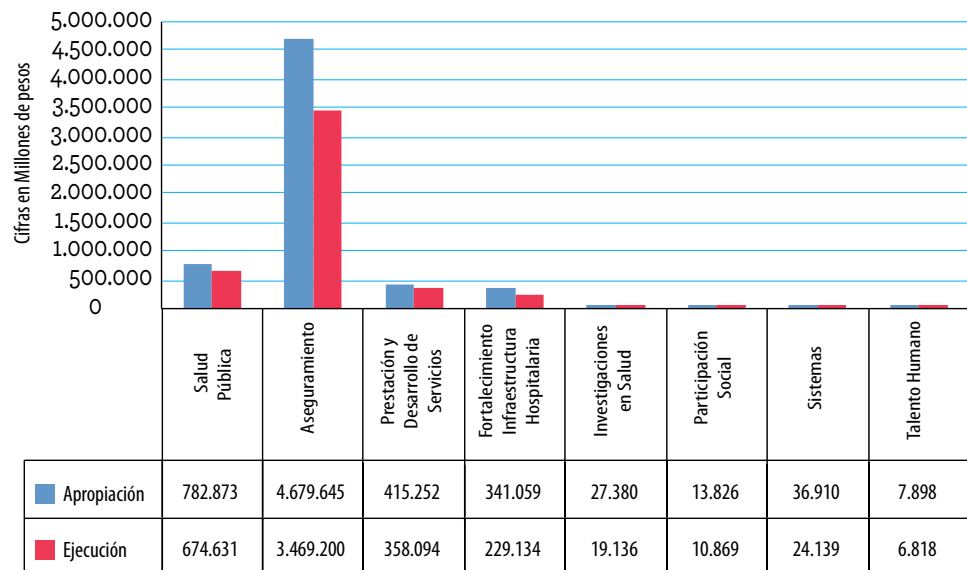
Tabla 39. Ejecución presupuestal de inversión directa 2008-2012 del Fondo Financiero Distrital de Salud, con fecha de corte al 31 de mayo*

Concepto	Apropiación	Ejecución	Porcentaje
Salud pública	782.873	674.631	86,17%
Aseguramiento	4.679.645	3.469.200	74,13%
Prestación y desarrollo de servicios	415.252	358.094	86,24%
Fortalecimiento de infraestructura hospitalaria	341.059	229.134	67,18%
Investigaciones en salud	27.380	19.136	69,89%
Participación social	13.826	10.869	78,61%
Sistemas	36.910	24.139	65,40%
Talento humano	7.898	6.818	86,33%
Total	6.304.843	4.792.021	76,01%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud Dirección de Planeación y Sistemas Área de Análisis, Programación y Evaluación.

*Cifras en millones de pesos.

Figura 18. Ejecución presupuestal de gastos de inversión directa 2008-2012. Fondo Financiero Distrital de Salud*



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Planeación y Sistemas Área de Análisis, Programación y Evaluación

*Cifras en millones de pesos.

6.2. Análisis prospectivo

Para el periodo comprendido entre el 1° de junio de 2012 y el 31 de mayo de 2016, se estimaron recursos por valor de \$8.511.000 millones de pesos. De estos, \$1.231.000 millones se programan para el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el 14,46% del total; \$4.199.000 millones, para el aseguramiento en salud de la población, el 49,33%; \$1.353.541 millones, para la atención de población pobre no asegurada, el 15,90%; \$1.625.459,08 millones, para otros gastos en salud, equivalentes al 20,68% del total, y \$102.000 millones para funcionamiento, el 1,19% del total (anexo 3).





7

Responsabilidades de los diferentes actores con el Plan Territorial de Salud 2012-2016

7.1. Empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB)

Entre los objetivos de las EAPB se encuentran:

- a. Conocer a su población afiliada, e identificar en ella las características diferenciales y diversidades que le permitan reconocer las particularidades que debe considerar.
- b. 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 de las etapas de ciclo vital, étnicas, socioeconómicas, culturales y de género, acorde con el 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.
- c. Adoptar y adaptar el Plan Territorial de Salud, de acuerdo con la estructura definida, realizando acciones en todos sus ejes y componentes.
- d. Responder ante la Secretaría Distrital de Salud por el cumplimiento de los siguientes requisitos:
 - ◆ Elaboración y actualización anual del análisis de la situación de salud de su población afiliada, reconociendo las particularidades locales.
 - ◆ Participación en la elaboración de los diagnósticos locales y distritales de salud.
 - ◆ Elaboración de plan indicativo y de inversiones (cuatrienal) de salud.
 - ◆ Elaboración de plan operativo anual y de inversiones (POAI).
 - ◆ 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.

- ◆ Allegar el acto administrativo de aprobación, por el Ministerio de Salud y la Protección Social, del plan de la empresa promotora de salud.
- ◆ Implementación y difusión del plan de salud en la entidad y en 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.
- ◆ Seguir, evaluar e implementar los correctivos necesarios de mejora, en caso de requerirse y radicar los ajustes respectivos a la Secretaría Distrital de Salud.
- ◆ Articular y fortalecer sus redes de servicios, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, su reglamentación, así como lo establecido por la Secretaría Distrital de Salud y demás normas que soportan la conformación de redes territoriales de servicios de salud para el desarrollo del modelo de atención.
- ◆ 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.
- ◆ 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 con la reglamentación que para ello expida el Ministerio de Salud y de la Protección Social.
- ◆ Adoptar y aplicar normas y lineamientos técnicos y administrativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como los emitidos por la Secretaría Distrital de Salud.
- ◆ Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud (SIVIGILA).
- ◆ Generar y reportar, de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales, la información requerida por el sistema de información en salud.
- ◆ 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.
- ◆ Garantizar el acceso a los servicios de salud, con oportunidad, calidad, seguridad y trato humanizado, en todos los niveles de atención, incluyendo la atención prehospitalaria, aplicando la estrategia de atención primaria en salud, con enfoque poblacional y diferencial, acorde con las necesidades y diversidades de sus afiliados.
- ◆ 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.
- ◆ 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.

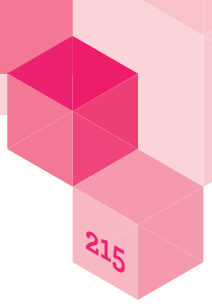
- ◆ Notificar a las entidades correspondientes los casos de maltrato infantil, maltrato a la mujer y violencia intrafamiliar, detectados en su red de prestadores.
- ◆ Atender las auditorías concurrentes sobre los casos que representen especial atención por parte de la Central Única de Referencia y Contrarreferencia (CURYC), línea 195, las 24 horas del día.
- ◆ Adoptar el sistema de referencia y contrarreferencia definido por la Secretaría Distrital de Salud.
- ◆ 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.
- ◆ 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.
- ◆ Participar en las redes sociales de apoyo y protección de la población afiliada.



7.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud

Entre los objetivos de estas instituciones, se encuentran:

- a. 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.
- b. Adoptar y aplicar normas y lineamientos técnicos y administrativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y los emitidos por la Secretaría Distrital de Salud, especialmente los relacionados con la garantía del derecho a la salud, calidad, oportunidad, seguridad y humanización.
- c. Difundir el Plan Territorial de Salud de la ciudad en 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. 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.
- e. Garantizar los servicios de salud de la población para la atención de la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, frente a las enfermedades prevalentes transmisibles, condiciones no transmisibles, lesiones, salud mental y demás eventos en salud.
- f. 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.
- g. Favorecer los programas de humanización, ampliación de horarios de atención, hospital abierto y de servicios amigables para los afiliados.
- h. Favorecer la implementación de la estrategia de hospitales verdes.
- i. Disminuir todos los tipos de barreras de acceso a los servicios de salud de la población, y en especial a las personas con discapacidad.
- j. 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.
- k. Generar y remitir oportunamente la información requerida por el sistema de información en salud, cumpliendo con los atributos de calidad establecidos.
- l. Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud (SIVIGILA).
- m. Atender las auditorías concurrentes sobre los casos que representen especial atención de la Central Única de Referencia y Contrarreferencia (CURYC), línea 195, las 24 horas del día.



- n. Capacitar al talento humano en procesos del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC), y adoptarlo según lineamiento impartidos por la Secretaría Distrital de Salud.
- o. Dar a conocer el Plan Territorial de Salud al talento humano asistencial y administrativo.
- p. Garantizar la participación real y efectiva de las asociaciones de usuarios en salud, comités de participación comunitaria (COPACOS) y comités de ética hospitalaria, en la institución.
- q. 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.
- r. 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.



7.3. Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.

- a. 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.
- b. Tramitar ante el Concejo de Bogotá, el Consejo Distrital de Planeación, el 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 Distrital de Desarrollo.
- c. Coordinar y articular con los actores intrasectoriales 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 de Desarrollo Bogotá Humana y del Plan Territorial de salud.
- d. 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 con la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.
- e. 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.
- f. 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 Distrito.
- g. 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.
- h. 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.
- i. 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.
- j. Ejercer rectoría, por medio 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.
- k. Ejercer rectoría, por medio 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.
- l. Realizar el reordenamiento de las respuestas institucionales en salud, para su funcionamiento bajo condiciones de altos estándares de calidad y satisfacción ciudadana.

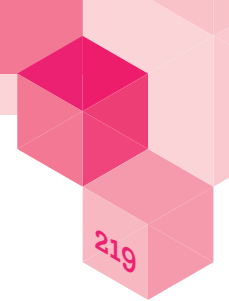
- m.** Establecer lineamientos técnicos para la reorganización de redes integradas de servicios de salud, bajo un modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria en salud, acorde con las definiciones que al respecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.
- n.** Fortalecer 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 contrarreferencia, entre otros, integrando a todos los actores del sistema, para garantizar el acceso, la continuidad y la atención en salud de la población.
- o.** Administrar los sistemas de información para la exigibilidad del derecho público a la salud, generando información dispuesta y accesible para todos los ciudadanos, al ubicar 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.
- p.** 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.
- q.** Materializar el enfoque diferencial, mediante acciones afirmativas diseñadas y adecuadas según las particularidades de grupos poblacionales en sus territorios.
- r.** 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 Distrital de Desarrollo.
- s.** Prestar asesoría y asistencia técnica a las empresas administradoras de planes de beneficios, para la construcción de su correspondiente plan de salud.
- t.** Recibir, revisar, retroalimentar y hacer seguimiento al plan indicativo y operativo de cada empresa administradora de planes de beneficio.



7.4. La ciudadanía

- a. Participar de manera activa en la planeación, diseño, formulación, implementación y seguimiento del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
- b. Contribuir en la implementación y desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Contribuir al fortalecimiento de las organizaciones sociales en los territorios, para la materialización de propuestas participativas en proyectos viables.
- g. Contribuir a la construcción de una ciudad más humana y garante de derechos.
- h. Demandar información y orientación que permita el goce efectivo del derecho a la salud.
- i. Participar activamente en la toma de decisiones, incluyendo la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas.
- j. Participar activamente en los comités de participación comunitaria, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, la asociación de usuarios, las juntas directivas, los comités de ética hospitalaria y en veedurías en salud.





7.5. Academia y gremios profesionales

- a. Participar en la construcción del Plan Territorial de Salud para el Distrito Capital, especialmente las unidades académicas de ciencias de la salud.
- b. Difundir el Plan Territorial de Salud a la comunidad educativa, con énfasis en docentes y estudiantes.
- c. 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 por cumplir, expresadas en el Plan de Salud Territorial.
- d. Participar en los procesos de implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
- e. 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.
- f. Establecer y promover articulaciones y alianzas entre diferentes agentes académicos e instituciones vinculadas con la producción de conocimiento.
- g. Articular con las redes de universidades los procesos de implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
- h. 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.
- i. Promover proyectos de invención e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento y avances en salud.
- j. Proponer acciones de organización, alianzas y aproximación intersectorial de agentes interesados, tanto para el financiamiento, el fomento y la formación en investigación, como la apropiación de sus resultados.
- k. Apoyar la circulación democrática de la producción científica relevante.
- l. 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.
- m. 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.
- n. 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.
- o. Incorporar la relación docencia y 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.
- p. 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, de manera que generen iniciativas de desarrollo sustentable y humanizado para la ciudad y la región.

7.6. Administradoras de riesgos profesionales

- a. Participar en la construcción del plan territorial de salud.
- b. Difundir el Plan Territorial de Salud a sus funcionarios y a sus afiliados.
- c. 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.
- d. Articular, con la Secretaría 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.
- e. 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 el Ministerio de Trabajo.
- f. Garantizar la operación de la vigilancia en salud pública en el entorno laboral.
- g. Promocionar entornos saludables que favorezcan la salud y protejan a los trabajadores de accidentes laborales y de enfermedades profesionales.
- h. Garantizar la prevención, atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades profesionales y accidentes laborales.
- i. Proteger a los trabajadores con discapacidad, por medio de procesos de rehabilitación funcional y profesional.
- j. 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.
- k. Participar en la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud lideradas por la Secretaría Distrital de Salud.
- l. 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.



7.7. Empresarios y gremios de producción

- a. Garantizar la afiliación de sus trabajadores al sistema integral de seguridad social, de acuerdo con la normatividad vigente.
- b. Promover ambientes de trabajo saludables y la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables.
- c. Diseñar e implementar estrategias de producción limpia que protejan el ambiente y generen bienes y servicios amigables, además de saludables, para la población consumidora.
- d. Promover proyectos de inversión e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento y avances en salud.
- e. 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.
- f. Participar activamente en la construcción de políticas públicas para la ciudad.
- g. Fomentar la participación y desarrollo de la gestión del conocimiento y la investigación en la salud de los trabajadores, que favorezcan el mejoramiento de sus condiciones de vida, trabajo y salud.
- h. 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 plazos, aprobados por el Concejo de Bogotá, así como los demás instrumentos de planificación y de gestión sectorial instituidos para Bogotá, en el contexto de la normatividad vigente que regula el proceso de planificación para la ciudad. Aquí 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 ámbitos territoriales, durante la última década.

En desarrollo de este proceso, desde el sector público de la salud en Bogotá 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 un reconocimiento de las problemáticas y necesidades, para la posterior organización de respuestas integrales, sectoriales y de otros sectores, en ámbitos de la 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, por medio 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; así, se afianza 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, por medio 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 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 plazos, 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 estos. Para ello, a partir de 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; de esta forma, se hizo 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 en los siguientes puntos, dentro de las cuales se realizaron actividades específicas.

8.2.1. Fase 1 de preparación

Consistió en el alistamiento de los insumos necesarios para el desarrollo del proceso. Se realizaron las siguientes actividades:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.

- d. Aprobación de la metodología por parte del comité directivo de la entidad.
- e. Revisión y presentación de las experiencias y aprendizajes del proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud 2008-2012.
- f. Revisión de diagnósticos locales y distritales 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; además del 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.
- g. 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 de salud y enfermedad, la estrategia de atención primaria en salud renovada, el enfoque de derechos, así como de sistemas y modelos de salud.
- h. 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, además del consolidado de documentos y presentaciones de insumos para la formulación del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan Distrital de Desarrollo.



8.2.2. 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 en la entidad. Se realizaron las siguientes actividades:

- a. Análisis e incorporación de las líneas políticas del Programa de Gobierno y del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016.
- b. Definición de la plataforma estratégica del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo Bogotá Humana: misión, visión, líneas políticas, objetivos estratégicos y estrategias.
- c. 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.
- d. 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 de los ámbitos internacional, nacional y distrital.
- e. Formulación de programas, metas, indicadores, proyectos y responsables, en el contexto de la plataforma estratégica institucional basada en procesos.
- f. 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.
- g. 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, al aplicar la metodología aprobada por el comité directivo de la entidad y actualizar la documentación y sistematización del proceso.
- h. Articulación, coordinación y retroalimentación permanente del proceso en la Secretaría Distrital de Salud, con la Secretaría Distrital de Planeación, la Alcaldía Mayor de Bogotá y demás instancias pertinentes.
- i. 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.
- j. Organización y participación en los cabildos locales, como mecanismos de identificación de necesidades de la población.
- k. Elaboración del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016.
- l. Presentación y gestión para la aprobación del Plan Territorial de Salud 2012-2016 y del componente de salud del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas, 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. Documen-

to del Plan Territorial de Salud y del componente de salud del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, de acuerdo con la metodología aprobada.



8.2.3. 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; Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud; Consejo Territorial de Planeación; Consejo de Bogotá, y Ministerio de Salud y Protección Social. En esta fase se ejecutaron las siguientes actividades:

- a. 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 este proceso.
- b. Preparación de documentos técnicos y demás insumos requeridos.
- c. Emisión de respuestas a observaciones de distintos actores.
- d. Coordinación de agendas con las diferentes instancias para su aprobación.
- e. Presentación y sustentación ante todas las instancias aprobatorias.
- f. Retroalimentación permanente del proceso de aprobación del grupo coordinador y líder a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- g. Ajustes a los documentos, de acuerdo con las observaciones de las diferentes instancias aprobatorias.
- h. 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 Distrital de Desarrollo.

8.2.4. Fase 4 de ajuste y armonización

Consiste en el acoplamiento entre los planes de desarrollo 'Bogotá Positiva: para Vivir Mejor' y 'Bogotá Humana'. Incorpora las siguientes actividades:

- a. 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'.
- b. 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.
- c. 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 periodo 2012-2016, y su desagregado en anualidades.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Ajuste del plan de acción y del plan de contratación del segundo semestre de 2012, para cada uno de los proyectos.
- g. Programación del plan operativo anual en el segundo semestre de 2012, el plan de contratación, el plan de gestión de la Secretaría Distrital de Salud, productos, metas y resultados del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016.

En cumplimiento con las actividades planteadas, se obtuvieron los siguientes productos: documento de armonización del Plan Distrital 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, elegido para el periodo 2012-2016. Documento del 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 del 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.

8.2.5. 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:

- a. 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.
- b. 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.
- c. Acompañamiento permanente en el proceso de socialización, y elaboración de la documentación y sistematización continua.
- d. Retroalimentación permanente del proceso de socialización del grupo coordinador y líder a la Secretaría Distrital de Salud.
- e. 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.
- f. 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.
- g. 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 del 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 Distrital de Desarrollo.

8.2.6. 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:

- a. Definición de lineamientos de trabajo para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. 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 con sus competencias.
- c. Elaboración del plan de trabajo para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- d. Convocatoria para impartir lineamientos y cronograma de trabajo para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- e. Revisión y ajuste de instrumentos por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- f. 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 del 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; e instrumentos ajustados para el seguimiento de la implementación del plan por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

8.2.7. Fase 7 de implementación y seguimiento

Incluye el desarrollo de todos los compromisos de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud incorporados en el Plan Territorial de Salud, y del componente de salud del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, de acuerdo con sus competencias. Presenta las siguientes actividades:

- a. Apertura de la ejecución presupuestal del Fondo Financiero Distrital de Salud.
- b. Aprobación y ejecución del plan de contratación del Fondo Financiero Distrital de Salud.
- c. Ajuste de la plataforma estratégica de la Secretaría Distrital de Salud y de los procesos del Sistema Integrado de Gestión.
- d. 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:

- a. Certificados de disponibilidades y registros presupuestales.
- b. Giros con cargo a los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud.
- c. Plan de Contratación del Fondo Financiero Distrital de Salud aprobado y en ejecución.
- d. Ejecución física.
- e. Entrega de productos, bienes y servicios.
- f. Cumplimiento de los objetivos, metas y actividades programadas.
- g. Informes de seguimiento mensual de los objetivos, metas y actividades programadas.
- h. Rendición de cuentas y demás informes solicitados por la administración y entes de control.
- i. Plataforma estratégica de la Secretaría Distrital de Salud ajustada.
- j. Documentos de seguimiento, modificaciones y actualizaciones anuales de los proyectos de inversión.

8.2.8. Fase 8 de 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:

- a. 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.
- b. Adopción e implementación de la metodología de evaluación del plan.
- c. 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.
- d. Toma de decisiones y ajustes acorde con los resultados de la evaluación.

Esta fase tiene como productos: un documento de la 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.



Bibliografía

- Alcaldía Mayor de Bogotá, Decreto Distrital 460 de 1993. Bogotá, 1993.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Dirección Territorial de Salud. Secretaría Distrital de Salud, Plan Maestro de Equipamientos en Salud, Decreto 318 de 2006.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Plan Territorial de Salud 2012-2016. En <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/ProtocolosdeVigilanciaenSaludPublica/DocumentoPreliminarDiagnosticoBasicoDistrital2010pdf>. Consultado el 27 de marzo de 2012.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud, Grupo funcional de salud mental . Fecha de reporte: 3 de febrero de 2012
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud, Grupo funcional de salud sexual y reproductiva de la SDS. Fecha de reporte: 6 de febrero de 2012.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud, RIPS SDS 2010, información reportada por las ESE, red no adscrita y urgencias, validada por la SDS, población vinculada, desplazada y atenciones no POS (corte de recepción, enero 30 de 2012).
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Ambiente. Inventario de emisiones y proyección de emisiones del Plan Decenal de Descontaminación del Aire para Bogotá (SDA). 2010.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Gobierno, Centro de Estudio y Análisis de la Convivencia y Seguridad Ciudadana. CEACSC.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación, Boletín estadístico. Bogotá en cifras número 20. Octubre 2011.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación, Información Decreto 190 del 2004 (POT). Elaboró Equipo ASIS SDS.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas, Sáenz, Julio. Análisis de Producción mediante Metodología de Unidades de Valor Relativo (UVR). Agosto de 2011.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública-Equipo técnico poblacional. El enfoque poblacional. Febrero de 2012.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Lineamientos PIC 2011.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas, Datos de Indicadores Decreto 2193 de 2004.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá 2011-2023. Bogotá D. C., octubre de 2011.

- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública. Lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas 2011.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, IDEPAC, PROROM, Lectura de necesidades Rom Plan de acciones afirmativas, documento de trabajo.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud, Política de Provisión de Servicios de la Salud para Bogotá, D. C. 2009.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Procesado Dirección Planeación y Sistemas. Datos tomados de MPS en: <http://201.234.78.38/SIHO/>. Consultado 5 de mayo de 2012.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, 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.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud. Mauricio Torres, Iván Méndez, Martha Lucía Triviño, Luz Dary Carmona. Equipo de sistematización. Política Pública de Participación Social y Servicio al Ciudadano en salud. Diciembre 2008.
- BDUA FOSYGA. Base de datos, 17 de febrero de 2012.
- Bogotá Ciudad en Estadísticas. Boletín 22 Densidades Urbanas (2010). En: <http://www.sdp.gov.co>. Consultado 5 de mayo de 2012.
- CELADE/CEPAL, Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía. Santiago de Chile. 2006.
- Díaz Martín Carlos Alejandro. Diagnostico Distrital de Calidad de Vida y Salud de las personas LGBT, 2010.
- Fondo de Riesgos Profesionales. En: www.fondoriesgosprofesionales.gov.co/documents/Infoestadistica/2011/estadisticas_sgrp_ene2011. Consultado 10 de agosto de 2011.
- 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.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia. ENSIN 2010. Primera edición. Agosto 2011.
- Observatorio de salud, Colombia, Memorias del foro Ley 1438 de 2011 y los Indicadores de goce efectivo del derecho a la salud. 2011.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), Declaración Universal de los Derechos Humanos. En <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. Consultado junio de 2012.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), Informe Brundtland. Comisión Mundial Para el Medio Ambiente y el Desarrollo. 1987.
- Organización de Naciones Unidas (ONU), Asamblea del Milenio de la Naciones Unidas, Nueva York, 2000.

- Organización de Naciones Unidas (ONU). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York y Ginebra, 2006
- Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce130-28-s.pdf>. Organización Mundial de la Salud. 130° sesión del Comité Directivo. Washington 24-28 de junio de 2002. Consultado el 27 de marzo de 2012.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), Trabajo decente. En: <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>. Consultado 5 de mayo de 2012.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión de Determinantes Sociales. 2005.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 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>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (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.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud. 2007. En: <http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf>. Consultado diciembre 2011.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Representación de Chile. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Material Procuraduría General de la Nación, 2011.
- Plan Integral Único de Atención a población desplazada, 2011-2020.
- Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), En: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml>. Consultado 5 de mayo de 2012.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá, 2008. Pag.21.
- República de Colombia, Congreso Nacional, Ley 1438 de 2011, Artículo 64. Bogotá, D. C.
- República de Colombia, Congreso Nacional. Decreto Ley 1421 de 1993, Artículos 69 y 89. Bogotá, 1993.
- República de Colombia, Constitución Política de la Republica de Colombia. Bogotá, 1991.
- República de Colombia, Corte Constitucional colombiana. Sentencia N° T-760 de 2008.
- República de Colombia, Departamento Administrativo de Estadística (DANE). Información preliminar DANE-RUAF, estadísticas vitales SDS. Fecha de corte 18 de Abril de 2011.
- República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Proyecciones de Población 2006-2020. En: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf> . Consultado 27 de enero de 2012.

- República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección de población de Bogotá 2000-2015. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.
- República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito para Bogotá D. C., 2011.
- República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Datos expandidos en proyecciones de población, con base en los resultados del Censo 2005. En: www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/ECV_2010_Bogota.pdf. Consultado 5 de mayo de 2012.
- República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Censo 2005. Bogotá.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá, 2010.
- República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, cifras preliminares del 2011.
- Vásquez, M. L.; Siqueira, E.; Kruze, I.; Da Silva, A.; Leite, I. C. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16(1): 30-38.
- Veeduría Distrital. Vivir en Bogotá: Índice de Desarrollo Humano 2010, Pág. 26.
- Vega Aragón, Ricardo; Germán Espinosa Garzón, Leonel Castillo Bejarano. Análisis de la población en el Distrito Capital, 2005.
- 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, capítulo Colombia.

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 antipolio en menores de 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 <i>Haemophilus Influenzae</i> 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 ¹	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

Nota: Los asteriscos corresponden a datos diferentes a los años 2000.

I 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.

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 BDUAFIDUFOSYGA-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>

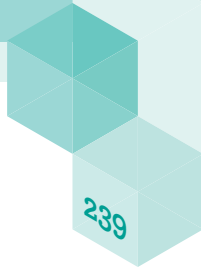
Anexo 2. Secretaría Distrital de Salud, Fondo Financiero Distrital de Salud. Ejecución presupuestal periodo 2008 junio 01 - 2012 (a mayo 31) Proyectos de inversión (cifras en millones de pesos)

Proyectos de inversión Aprobación	2008		2009		2010		2011		2012		Total 2008-2012						
	Ejecución	%	Ejecución	%	Ejecución	%	Ejecución	%	Ejecución	%	Ejecución	%					
623 Salud a Su Casa	18.574	18.573	99,99	34.430	30.084	30.084	100	33.318	33.305	99,96	34.066	25.526	74,93	150,472	141,917	94,31	
624 Salud al Colegio	6.934	6.916	99,74	20.104	22.040	22.039	100	21.579	21.486	99,57	26.139	9.920	37,95	96,797	80,466	83,13	
625 Vigilancia en Salud Pública	18.713	18.060	96,51	42.950	44.954	43.382	96,50	49.328	47.285	95,86	46.939	22.865	48,71	202,885	174.336	85,93	
626 Instituciones Saludables y Amigables	11.607	11.541	99,43	15.532	14.659	14.295	97,52	14.250	13.732	96,37	14.703	4.585	31,19	70.750	59.685	84,36	
627 Comunidades Saludables	7.359	7.358	99,99	16.268	15.327	14.982	97,75	15.502	14.644	94,46	21.482	7.119	33,14	75.938	60.371	79,50	
628 Niñez Bienvenida y protegida	5.585	5.577	99,87	16.222	24.500	24.422	99,68	17.020	16.152	94,90	17.432	5.193	29,79	80.759	67.556	83,65	
629 Fortalecimiento de la Gestión Distrital en la Salud Pública	9.036	8.991	99,51	20.094	16.916	14.913	88,16	14.786	14.541	98,34	13.164	4.645	35,29	73.997	63.078	85,24	
630 Salud al Trabajo	2.189	2.188	99,96	7.622	6.302	6.301	99,99	7.526	7.526	100	7.636	3.586	46,96	31.275	27.223	87,04	
618 Promoción y Afiliación al Régimen Subsidiado y Contributivo	91.643	9.881	10,78	601.727	633.689	577.129	91,07	471.186	323.614	68,68	749.271	253.480	33,83	2.547.517	1.643.984	64,53	
620 Atención a la Población Vinculada	155.642	152.966	98,28	434.539	423.284	97,41	709.356	676.887	95,42	448.298	420.185	93,73	380.244	1.147.863	1.147.863	100,00	
621 Gratuidad en Salud	2.560	2.560	100	1.488	0	0	0%	0	0	0	0	0	0	4.048	4.031	99,58	
631 Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos	987	786	79,60	2.065	1.913	1.909	99,76	3.552	1.950	54,91	6.500	1.636	25,17	15.017	8.239	54,86	
632 Redes Sociales y de Servicios	22.421	22.309	99,50	32.655	32.652	100,00	99,99	63.813	63.725	99,86	19.675	3.963	20,14	154.109	137.161	89,00	
633 Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria	38.266	34.710	90,71	46.585	25.205	54,10	163.525	142.802	87,33	39.787	25.306	63,61	52.896	341.059	229.134	67,18	
634 Atención y Mejoramiento de la Atención Prehospitalaria	7.940	7.416	93,41	32.365	40.788	40.521	99,35	55.151	52.569	95,32	51.098	27.396	53,62	187.342	160.196	85,51	
635 EPS Distrital	327	307	93,84	13.576	111	111	100	0	0	0	0	0	0	14.014	13.994	99,86	
636 Plan Maestro de Equipamientos	17	13	75,75	319	279	274	98,32	233	219	93,75	550	160	29,06	1.398	903	64,57	
637 Desarrollo del Sistema de Rectoría en Salud	4.157	3.663	88,12	8.642	5.400	5.388	99,77	9.466	9.335	98,62	8.000	3.448	43,10	35.664	30.408	85,26	
613 Gestión del Conocimiento y la Innovación en Salud	200	195	97,68	466	621	604	97,20	2.325	2.268	97,56	1.050	142	13,55	4.662	3.675	78,82	
615 Ciudad Salud	219	170	77,54	6.388	300	297	99,08	290	288	99,34	510	51	9,99	7.707	7.194	93,34	
617 Participación Social por el Derecho a la Salud	1.985	1.977	99,58	1.788	1.800	1.798	99,89	3.983	3.834	96,28	4.270	1.477	34,59	13.826	10.869	78,61	
616 Sistema de Información en Salud	3.202	3.193	99,74	3.816	4.807	4.662	96,98	9.519	9.285	97,54	15.566	3.186	20,47	36.910	24.139	65,40	
614 Fortalecimiento de la Gestión y de la Planeación en Salud para Bogotá	1.175	1.098	93,41	4.053	4.032	3.720	92,25	5.382	4.897	90,99	8.075	1.735	21,49	22.718	15.461	68,06	
622 Diseño e Implementación de la Política Pública del Talento Humano en Salud	731	708	96,89	1.805	1.882	1.882	100	1.879	1.878	99,95	1.600	544	33,99	7.898	6.818	86,33	
Total	411.470	321.157	78,05	1.365.501	1.210.293	88,63	1.758.832	1.642.915	93,41	1.288.174	1.088.026	84,46	1.480.866	529.630	6.304.843	4.792.021	76,01

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Fondo Financiero Distrital de Salud Dirección de Planeación y Sistemas, Área de Análisis Programación y Evaluación.

Anexo 3. Plan Financiero Bogotá Humana 2012 - 2016 Sector Salud Fondo Financiero Distrital de Salud (Cifras en millones de pesos)

Eje	Programas	Inversiones Transferencias de la Nación		Aportes del Distrito Capital	Rentas propias Fondo de Solidaridad y Garantía	Fuentes de financiación								
		Código	Denominación			Cuenta Maestra Ley 1122 de 2011	Recursos de capital Otras transferencias de la Nación	Otros ingresos Aporte ordinario	Total recursos 2012-2016 Rentas cedidas					
Eje 1. Superar la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo	Ejes estratégicos	Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad	1	Salud para el Buen Vivir	Salud Pública	230.000	0	6.000	818.000	0	2.000	40.000	1.096.000	
			2	Conocimiento para la Salud	Otros Gastos en Salud	0	0	0	5.000	0	0	0	0	5.000
			3	Acceso Universal y Efectivo a la Salud.	Aseguramiento en Salud de la Población	1.545.000	1.202.000	0	62.000	570.000	600.000	220.000	4.199.000	
			4	Atención a la Población Pobre no Asegurada	Atención de Población Pobre no Asegurada	490.000	0	150.000	546.541	120.000	40.000	7.000	1.353.541	
			5	Redes para la Salud y la Vida	Otros Gastos en Salud	0	0	0	28.000	40.000	5.000	0	73.000	
			6	Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá D. C.	Otros Gastos en Salud	0	0	0	35.000	0	0	0	35.000	
			7	Hospital san Juan de Dios	Otros Gastos en Salud	0	0	0	200.000	0	0	0	200.000	
			8	Ciudad Salud	Otros Gastos en Salud	0	0	0	459	0	0	0	459	
			9	Modernización e infraestructura de salud	Otros Gastos en Salud	0	0	0	250.000	0	0	0	250.000	
			10	Ampliación y Mejoramiento de la Atención Prehospitalaria	Otros Gastos en Salud	0	0	0	252.000	0	0	0	252.000	
			11	Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación Para la Vida y la Salud Humana	Otros Gastos en Salud	0	0	0	50.000	0	0	0	50.000	



Eje 2. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua				12	883	Salud en línea	Otros Gastos en Salud	0	0	0	0	300.000	0	0	300.000
		Trabajo Digno y Decente para los Trabajadores de Salud		13	884	Trabajo Digno y decente para los Trabajadores de Salud SDS	Otros Gastos en Salud	0	0	196.162	0	213.838	0	0	410.000
		Bogotá Humana Ambientalmente Saludable		14	885	Salud Ambiental	Salud Pública	70.000	0	0	30.000	35.000	0	0	135.000
		Bogotá Decide y Protege el Derecho Fundamental a la Salud Pública		15	887	Bogotá Decide en Salud	Otros Gastos en Salud	0	0	0	20.000	20.000	0	0	20.000
		Eje 3. Una Bogotá que Defiende y Fortalece lo Público		16	886	Fortalecimiento de la Gestión y Planeación para la Salud.	Otros Gastos en Salud	0	0	0	30.000	30.000	0	0	30.000
							Funcionamiento					100.000	2.000		102.000
							Total	2.335.000	1.202.000	352.162	2.845.838	860.000	649.000	267.000	8.511.000
							Gran Total								

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Planeación y Sistemas Área de Análisis, Programación y Evaluación

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 Roza 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
Yazmín Adriana Puerto Padilla
Nilda Carolina Torres Gutiérrez
Mauricio Jiménez Castelblanco
Amparo Rodríguez Tobito
Clara Inés Rodríguez Abril
Jeannette Girón Bolívar

Alejandro Prada Bermúdez
Libia Esperanza Forero
Martha Mora Moreno
Livainte Gómez
Martha J. Fonseca Suárez
Martha Rodríguez Bermeo
Laura Díaz Berkowitz
Yolanda Sepúlveda Medina
Sonia E. Rebollo Sastoque
Luz Yanny Agudelo de Cárdenas
Inés Marlén Esguerra Bulla
Carlos Rincón Córdoba
Guerly Alfonso López Palacios
Aleyci Moscoso Pabón
Luis Fernando Beltrán Ordoñez
Nirley Stella Vargas Díaz
César Castillo Torres
Janet Quimbay Chacón
Vilma Carranza Vargas
María Elena Echeverri González
Andrea Castillo Espinosa
Julio César Macías Camero
Carmen Cecilia Jáuregui Balaguera
Claudia Patricia García García
Martha Lucía Vanegas Rendón
Olga Lucía González Piedrahita
Juan Alvarado Solano
Alix Moreno Addie
Ana Cristina Obando Joya
Consuelo Castillo Lugo
Lina María Pineda Pulgarín
Luis E. Beleño Gutiérrez
María del Pilar Alvarado Sierra

Participantes de la Secretaría Distrital de Salud	
Martha Liliana Perdomo Ramírez Luis Heredia Díaz Ángela María Giraldo Cadavid Octavio Henao Orrego	Asesores del Despacho
Carlos Hernández	Subsecretaría
Belcy Torres Campos	Dirección Administrativa
Zulema Jiménez Soto Patricia Arce Guzmán Elkin Osorio Saldarriaga Lilia Edith López Rojas Gloria Hernández Niño Andrea Borbón Guevara Leslie Lindarte Ortegón Carmen Rosa Gallego Velasco Guillermo Alfonso Urquijo Vega Seldy Melo P. María Teresa Espitia Ortiz Leslie Torres María Cecilia Escrucería Mauricio Fuentes Vallejo Eduardo Pachón Melo Patricia Castillo G. Johana Clavijo H. Gina Paola Rangel Medina José Luis Salamanca Pérez Rocío Carbonell Olga María Moya Herrera Sandra Consuelo Manrique Mojica Bibiana Pérez	Dirección de Salud Pública
Fedra Constanza Rodríguez	Coordinadora Laboratorio Salud Pública
María Cecilia Reyes de Celemin	Dirección de Talento Humano
Amanda Farietta C. Ivón 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
Hugo Zarrate Osorio Octavio Niño	Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano
Iván Guarín Muñoz Támara 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 2012-2016

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 Roza 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 Catalina González Álvarez Dilson Ríos Romero Yazmín Adriana Puerto Padilla Nilda Carolina Torres Gutiérrez
Dirección de Aseguramiento	Mauricio Jiménez Castelblanco Amparo Rodríguez Tobito Clara Inés Rodríguez Abril
Dirección de Desarrollo de Servicios	Jeannette Girón Bolívar Alejandro Prada Bermúdez Libia Esperanza Forero Martha Mora Moreno Livainte Gómez Martha J. Fonseca Suárez Martha Rodríguez Bermeo Laura Díaz Berkowitz Yolanda Sepúlveda Medina Sonia E. Rebollo Sastoque Luz Yanny Agudelo de Cárdenas

Dirección de Planeación y Sistemas	Inés Marlen Esguerra Bulla Carlos Rincón Córdoba Guerly Alfonso López Palacios Aleyci Moscoso Pabón Luis Fernando Beltrán Ordoñez Nirley Stella Vargas Díaz César Castillo Torres Jeannette Quimbay Chacón Vilma Carranza Vargas
Dirección Administrativa	María Elena Echeverri González Andrea Castillo Espinosa Julio César Macías Camero
Dirección de Talento Humano	Carmen Cecilia Jáuregui Balaguera Claudia Patricia García García
Dirección de Comunicaciones	Martha Lucía Vanegas Rendón Olga Lucía 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	Nombre	Cargo y/o dependencia
San Cristóbal	Argemiro Rincón Ortiz	Gerente
	Hugo Armando Muñoz	Servicios de Salud
	Ana Lucía Restrepo Escobar	Planeación
	Juan Carlos Mantilla Alarcón	Talento Humano
	Blanca Teresa Henao Cortés	Participación Social
	Alejandro Ponte	Urgencias
	Elizabeth Coy	Salud Pública
Suba	Edgar Silvio Sánchez Villegas	Gerente
	William Rodríguez Uribe	Servicios de Salud
	Sandra Bibian Dager Nieto	Planeación
	María Isabel Ramírez Plazas	Salud Pública
	Adriana María Patiño	Talento Humano
	Maritza Pinzón Barrera	Participación Social
Usme	Liliana Patricia Paternina Macea	Gerente
	Yenny Adriana Pereira Oviedo	Planeación
	Fanny Sandoval Suárez	Salud Pública
	Gustavo Espinosa	Gestión Local
	Olga Maritza Duarte	Talento Humano
	Sandra Patricia Benavides Zárate	Servicios de Salud
	Adriana Patricia Arévalo 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
	Carriña Margarita Quiroga Bonilla	Talento Humano
	Carlos Eduardo Galán	Subgerencia Asistencial
	Sandra María Bocarejo Hernández	Salud Pública
Chapinero	Ana María Mahecha	Salud Pública
	Leonardo Bustos	Planeación
	Luisa Tovar	Urgencias
	Viviana Valencia	Participación Social
Simón Bolívar	Martha Medina Ángel	Servicios de Salud
	Ana Milena Castro Roa	Planeación
	Carlos Eduardo Hernández Forero	Subgerente Científico
Bosa	Lucy Stella Álvarez Ramírez	Talento Humano
	Emma Patricia Restrepo	Atención Usuario
	Guillermo Rodríguez Quinche	Gerente
	Alejandro Tovar Rojas	Planeación
Centro Oriente	Adriana Cansino Reyes	Talento Humano
	Yuri Chirley Cuevas	Servicios de Salud
	Ricardo Beira Silva	Gerente
	Julio Cesar Ortegón	Planeación
	Margarita Franco	Atención Usuario
	Priscila Roperro Guerrero	Servicios de Salud
Del Sur	Martha Vergel	Salud Pública
	Ana Patricia Nieves	Talento Humano
	Rubiela Monsalve Ospina	Administrativa y Financiera
	Oscar Javier Manrique Ladino	Gerente
	Daniel Blanco Santamaría	Servicios de Salud
	Marbel Isabel Cuza	Planeación
Nazareth	Luz Ángela Cubillos	Talento Humano
	Octavio Niño	Participación Social
	Carmen Alicia Cortés	Salud Pública
	Eliana Ivont Hurtado	Servicios de Salud
	Esmeralda Sánchez	Talento Humano
Tunjuelito	Leonardo Garzón Leguizamón	Planeación
	Yajaira Maturana	Participación Social
	Lady Roa	Salud Pública
	Martha Stella Rodríguez	Gerente
San Blas	Álvaro Rodríguez	Servicios de salud
	Pureza Rodríguez	Planeación
	Eduardo Barbosa	Salud Pública
	Adriana Zuluaga	Talento Humano
	Carlos Eduardo Pineda Amórtgüei	Gerente
Santa Clara	Amado José Cermeño Garrido	Planeación
	Laura Victoria Acevedo Acevedo	Talento Humano
	Helber Alfonso Sánchez	Servicios de Salud
	Diva Burbano	Referente Estadístico
Rafael Uribe	José Rafael Domínguez Ayala	Gerente
	Martha Moreno	Planeación
	Claudia Milena Cuéllar	Salud Pública
	John Ramos	Talento Humano
Usaquén	José Ernesto Páramo	Subdirector Científico
	Olga Lucía Jiménez	Servicios de Salud
	Diego Sánchez	Planeación
	Lida Montenegro	Salud Pública
	Rosa Acosta	Talento Humano
El Tunal	Dora Rodríguez	Talento Humano
	Edgar Zamudio	Gerente (e).
	Sandra Medina	Planeación
Engativá	Marcela Corredor	Salud Pública
	Reyes Murillo Higuera	Subgerente Desarrollo de Servicios
Engativá	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 Lucía 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	Subdirector Científico Servicio Ambulatorio
	Jaime Mauricio Fajardo	Subdirector Científico Apoyo Diagnóstico
Vista Hermosa	Gloria Stella Galeano	Talento Humano
	Luz Helena Hernández	Servicios de Salud
	Claudia Silenia Niño Rey	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
Subsecretaría	Aldo Enrique Cadena Rojas Carlos Hernán Hermida Isaza
Jurídica	Carmen Lucía Trisancho
Planeación y Sistemas	Gabriel Lozano Díaz Vianney Motavita Guerly Alfonso López Palacios Julio Alberto Sáenz Beltrán
Salud Pública	Jaime Hernán Urrego Rodríguez Zulema Jiménez Soto Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga Patricia Arce Guzmán Fedra Constanza Rodríguez
Desarrollo de Servicios	Ivan Jairt Guarín Muñoz Isabel Cristina Artunduaga Pastrana
Aseguramiento	Helver Giovanni Rubiano García Clara Inés Rodríguez Abril Amelia Rodríguez López Guillermo Sánchez B. Bernardo Armando Camacho Sonia Rebollo
Talento Humano	María Cecilia Reyes López Astrid Lucía Quintero
Participación Social y Servicio al Ciudadano	Hugo Ernesto Zarrate Osorio Martha Lucía Triviño
Financiera	Carlos A. Rodríguez Sarmiento

Administrativa	Doris Cecilia Maturana Julio César Macías Camero Luz Marina López Salamanca Belcy Torres Campos Lilia Amanda Farieta Castro
CRUE	Alexander Paz Velilla Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Control Interno	Herwin Jesús Rodríguez Santos Julia Elisabeth Fajardo Velásquez
Comunicaciones	Martha Isabel Forero Rodríguez Martha Lucía Vanegas Rendón
Control Interno	Herwin Jesús Rodríguez 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
	José Vicente Ballén
	Janneth López
Asociación de Usuarios Hospital Tunjuelito	Beatriz Mesa
	José Yesid Herrán
Asociación de Usuarios Hospital Meissen	José Agustín Moreno
	Jair Díaz
	Luisa Robayo
Asociación de Usuarios Hospital Vista Hermosa	Clara Castañeda Muñoz
	Elsa Ruth Rojas Duarte
	Elizabeth Rivera
Asociación de Usuarios Hospital Fontibón	Leonidas Pérez
	Alberto Carvajal
	Gonzalo Torres Arias
	Pedro Pablo Fonseca
	Alfredo Vargas Murcia
Asociación de Usuarios Hospital Pablo VI Bosa	Emma Torres
	Teresa Carreño
	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
	Dayana Melo
Asociación de Usuarios	Ana Rita Salinas
	Oscar Martínez
Asociación de Usuarios Cafam	Rafael Rodríguez
Asociación de Usuarios Unicajas	Andrés Melo
Copaco Tunjuelito	María Edilma Rivera
	Gabriel Martínez
Copaco Pablo VI Bosa	Nicolás Gil
	Efigenia Santiago
Copaco	Rosalba Gaitán
Copaco Usaquén	Hernando Beltrán
	Claudia Ayala
Copaco	María Pinilla
	María 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
	Zuly Sánchez
	Luz Stella Duque
	Jenny González
	Liliana Torres
	Ángela Ramírez
	Maryory Gómez
	Catherine Ángel Díaz
	Laura Catalina Salazar
	Ayda Claritza Pérez
Hospital Centro Oriente	Patricia Chamba
	Isabel Pachón
	Miguel López
	Claudia Pardo
	Carolina Cáceres
	Ruth Buitrago
	Genny Lissette Santos
	Juanita Sánchez
	Eduardo Castro
Hospital Pablo VI Bosa	Blanca Inés Silva
	Alexandra Hernández
	Mario Antonio Ballesteros
	Andrea del Pilar Espitia
	Ema Espinosa

Hospital Kennedy	Mónica Aguirre
Hospital El Tunal	María del Carmen Cubillos Rosa María Montoya Paola M Caro P.
Hospital San Blas	Edilia Rozano Angélica Pulgarín
Hospital Tunjuelito	Bianney Enríquez Fabio Parra Triana
Hospital San Blas	José Orlando Sánchez Luis Alberto Muñoz
Hospital San Cristóbal	Juan Dorado
Hospital Simón Bolívar	Manuel Orozco
Hospital Suba	Maritza Pinzón
Hospital Meissen Comité de Ética	María E. Delgado
Contraloría de Bogotá	Nathanael Machado
Veeduría Distrital	Ana Edith Sánchez
Fundación Universitaria San Martín	Liliana Huertas
Universidad del Bosque	Christine Arango
	Juan David Lasprilla
	María del Pilar Gutiérrez
Fundación Universitaria del Área Andina	Gladys Gómez Muñoz
Universidad UDCA	Ruth Vivian Barreto Osorio
	Luis Alfonso Ante
UDES	Ana Obregón
Universidad del Bosque	Marisol Sánchez
	Gustavo Aristizábal
Universidad San José	Carmen Rico
	María Dolores de Rodríguez
Corporación Promotora Humanitarios	Luis Guillermo Bernal
Universidad San Martín	Claudia Liliana Mancera
ATUSALUD	María Ofelia Cárdenas R.
	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 Rodríguez
	Rosa Pérez
	Gloria Barrera
	Amalia Niño
	Margoth Castillo
	Ruth Rocets
	Gonzalo Orjuela
	María Estela Niño
	José David Moya
UNICAJAS	Hermes Buitrago
	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 Rodríguez
	Jeannette León
	Diana González Ruiz
CPL	Myriam Camacho
APSS	Luis Gerardo Cano Villate
Auditoría Salud	Héctor Morales
Consejo consultivo	María Cristina Chávez
Organización Panamericana de la Salud. OPS	Eduardo Acosta
	María del Pilar Alvarado
	Oswaldo Salgado
Cruz Roja Cundinamarca	Angélica Sánchez
Grupos Etnias Raizal	Dilia Robinson
Cabildo Muisca Bosa Gestora	María Margarita Chiguasuque
Gestora	Claudia Patricia Wasorna Dosabia
Alcaldía Local Antonio Nariño	Jaime A. Téllez
FDC Antonio Nariño	Antonia Suárez
JAC San Antonio	Luis Fernando Vargas
Bosa	Alexander Carranza Quintero
Maloka	Ahiliz Rojas
Independiente	Daniel Copete
Sinaltraeses	Nancy Wilches
	Mónica Orozco

Secretaría Distrital de Salud

- Iván Jairt Guarín Muñoz
- Hugo Ernesto Zarrate Osorio
- Jaime Hernán Urrego Rodríguez
- Ivonne Arévalo
- Adriana Padilla
- Patricia Londoño
- Adriana Luisa Sánchez
- Fernán Espinoza
- Lilia Maritza Núñez
- Libia Ramírez
- Ana María 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
- María 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 Ávila
- Lina María Pineda
- Ingrid Ivonne Ochoa
- Raúl León F.
- Patricia Villegas
- Carlos Hernán Hermida
- Martha Lucía Triviño
- Luz Marina López



