

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

Aprobación: 9 de junio de 2016

Impresión: marzo de 2017

Bogotá, D. C.

Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

Enrique Peñalosa Londoño Alcalde Mayor de Bogotá, D. C.	Emiro José García Palencia Jefe de la Oficina de Control Interno	Juan Carlos García Ubaque Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial
Luis Gonzalo Morales Sánchez Secretario Distrital de Salud	Adriana Posada Suárez Directora de Planeación Sectorial	Consuelo Peña Aponte Directora de Provisión de Servicios
Juan Carlos García Ubaque Asesor de Despacho	Esperanza Suárez Pico Directora de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud	Graciela C. Retamoso Llamas Directora de Gestión de Talento Humano
Ricardo Beira Silva Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial	Jairo Enrique Berján Vásquez Director de Infraestructura y Tecnología	Sonia Luz Flórez Gutiérrez Directora Administrativa
Gilberto Álvarez Uribe Subsecretario de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	Juan Alvarado Solano Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad	Magda Mercedes Arévalo Rojas Directora Financiera
Patricia Arce Guzmán Subsecretaria de Salud Pública	Laura Milena Ramírez Serrano Directora de Servicio a la Ciudadanía	Arleth Patricia Saurith Contreras Directora de TIC
Anabelle Arbeláez Vélez Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento	Carlos Julio Pinto Iza Director de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas Salud Colectiva	Luis Enrique Martínez Riveros Director de Planeación Institucional y Calidad
Luz Marina Agudelo Vieda Subsecretaria Corporativa	Libia Esperanza Forero Ramírez Directora de Salud Colectiva	Asesores de Despacho Alfredo Luis Rueda Prada Héctor Mario Restrepo Montoya Diego Felipe Rengifo Velásquez Manuel José Sáenz Ardila María Elena Buritica de V. Lucía Y. Alfaro de Salamanca María Luisa Latorre Castro Juan Pedro Mendoza Ramírez
Oswaldo Ramos Arnedo Jefe de la Oficina Asesora Jurídica	José Rafael Domínguez Ayala Director de Urgencias y Emergencias en Salud	Coordinación por Dimensiones PASE Libia Janet Ramírez Garzón Andrea Liliana Pachón Saavedra Luz Helena Rúa Martínez Daniel Arévalo Penagos Manuel A. González Mayorga Óscar Andrés Cruz Martínez José J. Navarrete Rodríguez Tatiana Laura Martínez Mora Ivonne Arévalo Moreno Isabel Rojas Lindarte Alix Moreno Addie Dilson Ríos Romero
Ronald Ramírez López Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones	Rosmira Mosquera Padilla Directora de Calidad de Servicios de Salud	Coordinación editorial Oficina Asesora de Comunicaciones María del Pilar Moreno Cruz Andrea Fernanda Peña Hernández Gustavo Patiño Díaz
Yilda Ponce Yanci Jefe Oficina de Asuntos Disciplinarios	Juan Carlos Ordóñez Garzón Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud	Diseño, diagramación e impresión Editorial Scripto S.A.S
Equipo Técnico Dirección de Planeación Sectorial Alejandro Castaño Vásquez Myriam Andrea Ruiz Dionisio Guertly Alfonso López Palacios Ángela Andrea Portela Dussán Nirley Stella Vargas Díaz	Equipo Coordinador PASE a la Equidad en Salud María Claudia Franco Morales Coordinadora General PASE a la Equidad en Salud Irlena Salcedo Pretelt Claudia Serrano Serrano Marina García de Lichst Lilian Maritza Núñez Forero Yolanda Ramírez Galeano Mónica L. Granados Rodríguez Gloria Milena Gracia Charry	ISBN 978-958-8313-80-1
Equipo Líder de Salud Pública Libia Janet Ramírez Garzón Ricardo Rojas Higuera Fernán del Cristo Espinosa	Coordinación General del PTS 2016-2020 Lucía A. Forero Rojas Dirección de Planeación Sectorial	
Mapas Dirección de Planeación Sectorial José Darío Medina Palacios Dirección TIC		

Nota: Equipo directivo de la Secretaría Distrital de Salud posesionado o encargado al momento de imprimir el documento.



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



Contenido

Presentación	19
Introducción	23
1.Fundamentos de la Política de Salud 2016-2020	27
1.1. Cumplir con lo prometido	28
1.2. Cumplir con la normatividad vigente	30
1.2.1. Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud	31
1.2.2. Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018	33
1.3. Escuchar las recomendaciones de la OMS y de la OPS	34
1.4. Construir sobre lo construido	35
2.Referentes conceptuales	39
2.1. Salud urbana: un concepto marco orientador del PTS de Bogotá, D.C.	40
2.2. Atención Primaria en Salud Resolutiva (APSR)	46
2.3. Los determinantes sociales de salud en Bogotá, D.C.	48
2.4. Gestión integral del riesgo en salud para orientar acciones y mejorar resultados	49
2.5. Abordaje individual durante el curso de vida	53
2.6. Redes integradas de servicios de salud	54
2.7. Gobernanza y rectoría en salud en Bogotá, D.C.	57
3.Normatividad	61
4.Metodología	67
4.1. Primer proceso: Alistamiento institucional	69
4.2. Segundo proceso: Ruta lógica	70
4.3. Tercer proceso: Gestión operativa	75
4.4. Estimación de diferenciales en salud por localidades 2014	76
5.Análisis de la situación de salud en Bogotá, D.C	81
5.1. Caracterización de los contextos administrativo, territorial, poblacional, urbanístico, social y económico	82
5.1.1. Caracterización del territorio y del medio ambiente	82
5.1.2. Estructura y dinámica de la población residente en Bogotá, D.C.	86

5.1.3. Contexto urbano, económico y social de Bogotá, D.C.	94
5.1.3.1. Indicadores económicos y sociales	94
5.1.4. Acceso al SGSSS	103
5.2. Estado de salud de la población de Bogotá, D.C.	106
5.2.1. Perfil de mortalidad en Bogotá, D.C.	107
5.2.2. Perfil de morbilidad en Bogotá, D.C.	111
5.2.3. Diferenciales en salud en Bogotá, D.C. por localidades y dimensiones prioritarias	116
5.2.3.1. Vida saludable y condiciones no transmisibles	116
5.2.3.2. Vida saludable y enfermedades transmisibles	126
5.2.3.3. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	133
5.2.3.4. Salud ambiental	139
5.2.3.5. Salud laboral	146
5.2.3.6. Salud mental y convivencia social	151
5.2.3.7. Accidentes y violencia	156
5.2.4. Otras intervenciones en salud pública	161
5.2.4.1. Salud pública en emergencias y desastres	161
5.2.4.2. Seguridad alimentaria y nutricional	163
5.3. Respuesta del sistema a las condiciones de salud	165
6. Orientación estratégica del Plan	173
6.1. Plataforma estratégica	174
6.1.1. Misión	174
6.1.2. Visión	174
6.1.3. Objetivos estratégicos	174
6.2. Pilares y estrategias transversales	175
6.3. Pilar 1: Igualdad de calidad de vida	176
6.3.1. Programa Atención integral y eficiente en salud	177
6.3.1.1. Proyecto estratégico: Atención integral en salud (AIS)	179
6.3.1.2. Proyecto estratégico: Redes integradas de servicios de salud (RISS)	185
6.3.1.3. Proyecto estratégico: Investigación científica e innovación al servicio de la salud	188

6.3.2. Programa Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud	190
6.3.2.1. Proyecto estratégico: Modernización de la infraestructura física y tecnológica	191
6.4. Eje transversal 4: Gobierno legítimo, eficiencia administrativa y fortalecimiento local	193
6.4.1. Programa Gobernanza e influencia local, regional e internacional	193
6.4.2. Proyecto estratégico: Institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud para Bogotá, D.C.	194
7. Responsabilidades de los diferentes agentes con el PTS 2016-2020	199
7.1. Aportantes	200
7.2. Aseguradores o Administradores de Planes de Beneficios	200
7.3. Prestadores de servicios de salud	201
7.4. Proveedores de medicamentos y tecnología en salud	201
7.5. Ciudadanía y habitantes de la ciudad capital	202
7.6. Agencias estatales	202
8. Financiación del PTS para Bogotá, D.C. 2016-2020	205
8.1. Presupuestos de ingresos y de gastos. Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) 2006-2016	206
8.2. Financiación del PTS 2016-2020	212
Bibliografía	215
Anexos	223

Lista de tablas

Tabla 1. Población por sexo y agrupaciones de edad. Bogotá, D. C. (2016)	88
Tabla 2. Indicadores económicos de Bogotá, D. C. (2014)	95
Tabla 3. Coberturas de servicios públicos por hogares y estratos en Bogotá, D. C. (2014)	96
Tabla 4. Tasas de participación, ocupación, desempleo y subempleo Bogotá, D. C. (2012-2014) y trimestre noviembre 2015 enero 2016)	99
Tabla 5. Población por estratos socioeconómicos en Bogotá, D. C.(2014)	100
Tabla 6. Pobreza multidimensional en Colombia y por regiones (2014 y 2015) %)	101
Tabla 7. Indicadores de mortalidad en Bogotá, D. C., total y por localidades (2014)	110
Tabla 8. Comportamiento de los indicadores de morbilidad en Bogotá por localidad 2014.	113
Tabla 9. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, Bogotá (2010-2014)	126
Tabla 10. Casos de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia Bogotá, D. C. (2012- 2015)	144
Tabla 11. Notificación de brotes atendidos en Bogotá, D. C. (2012-2014)	162
Tabla 12. Ingresos FFDS 2006-2016 en pesos corrientes	207
Tabla 13. Ingresos FFDS 2006-2016 en pesos constantes de 2016	209
Tabla 14. Gastos FFDS 2006-2016 en pesos corrientes	211
Tabla 15. Gastos FFDS 2006-2016 en pesos constantes de 2016	212
Tabla 16. Plan financiero plurianual Bogotá Mejor Para Todos 2016-2020 FFDS	213

Lista de figuras

Figura 1. Población mundial urbana y rural 1950-2000-2050	40
Figura 2. El nuevo modelo de atención en salud para Bogotá, D.C.: Operación en ámbitos de vida	45
Figura 3. Modelo de atención en salud para Bogotá, D. C.: Operación de la atención integral centrada en la persona	50
Figura 4. Primer proceso: Alistamiento institucional (momentos, pasos y actividades	69
Figura 5. Segundo proceso: Ruta lógica (momentos, pasos y actividades)	72
Figura 6. Metáfora actual de Bogotá, D. C.	74
Figura 7. Metáfora deseada para Bogotá, D. C.	74
Figura 8. Tercer proceso: Gestión operativa (momentos, pasos y actividades)	76
Figura 9. Pirámide poblacional de Bogotá, D. C. (2005-2015-2020)	89
Figura 10. Hogares con internet por estrato, Bogotá, D. C. (2011-2014)	97
Figura 11. Hogares con servicios públicos por localidad, Bogotá, D. C. (2011-2014)	97
Figura 12. Estructura de la fuerza laboral en Bogotá, D.C. (2015)	98
Figura 13. Tasa de desempleo en Bogotá, D. C. y el país (2003-2014)	99
Figura 14. Incidencia de la pobreza monetaria en Bogotá, D. C. (2008-2014)	100
Figura 15. Índice de pobreza multidimensional en Bogotá y nación (2010-2015)	102
Figura 16. Coeficiente de Gini para Bogotá y Colombia (2010-2015). ..	103
Figura 17. Población de Bogotá, D. C. en el SGSSS (2015)	104
Figura 18. Población de Bogotá, D. C. 2011-2015 según condición en el SGSSS	105

Figura 19. Estado nutricional peso para la edad menores de 5 años Bogotá, D. C. (2009-2014)	163
Figura 20. Estructura del Plan Distrital de Desarrollo: “Bogotá Mejor Para Todos”	176
Figura 21. El nuevo modelo de atención en salud para Bogotá, D. C.	178
Figura 22. Ingresos 2016 del FFDS	206
Figura 23. Ingresos FFDS 2006-2016 en pesos constantes de 2016	210
Figura 24. Gastos FFDS 2006-2016 en pesos corrientes	211
Figura 25. Gastos FFDS en pesos constantes 2006-2016	212

Lista de mapas

Mapa 1.	Población urbana y rural de Bogotá, D.C. (2016)	42
Mapa 2.	Redes Integradas de Servicios de Salud Bogotá, D.C.	52
Mapa 3.	Estructura ecológica de Bogotá, D.C.	83
Mapa 4.	Zonas de riesgos naturales de Bogotá, D.C.	85
Mapa 5.	Áreas rural y urbana del Distrito Capital	87
Mapa 6.	Mortalidad prematura (en menores de 70 años) por enfermedades crónicas en Bogotá, D.C. (2014) (tasa por 100.000 habitantes)	118
Mapa 7.	Mortalidad por cáncer en Bogotá, D.C. (2014) (proporción de casos)	120
Mapa 8.	Morbilidad por eventos crónicos por localidades y género en Bogotá, D.C. (2014) (total población)	123
Mapa 9.	Mortalidad por eventos transmisibles en Bogotá, D.C. (2014) (tasas por localidades)	127
Mapa 10.	Morbilidad por enfermedades transmisibles en Bogotá, D.C. (2014) (prevalencia por localidades y género) (total población)	130
Mapa 11.	Mortalidad materna por localidades de Bogotá, D.C. (2014) (razón por 1.000 nacidos vivos)	135
Mapa 12.	Morbilidad asociada a sexualidad y reproducción Bogotá, D.C. (2014) (prevalencia por localidades) (total población)	138
Mapa 13.	Establecimientos vigilados y controlados en Bogotá, D.C. (2014)	141
Mapa 14.	Control de emisiones atmosféricas en Bogotá, D.C. (2014) .	143
Mapa 15.	Morbilidad por enfermedades ambientales y laborales en Bogotá, D.C. (2014) (prevalencia por localidades) (total población)	149
Mapa 16.	Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. (2015) (en los grupos de población de infancia y adolescencia)	153

Mapa 17. Morbilidad por patologías mentales en Bogotá, D. C. (2014) (prevalencia por género y localidades) (total población)	155
Mapa 18. Violencia intrafamiliar en niños, niñas y adolescentes en Bogotá, D. C. (2015)	158
Mapa 19. Morbilidad por accidentes y violencia en Bogotá, D. C. (2014) (prevalencia por género y localidades)	160
Mapa 20. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas de Bogotá, D. C.	167
Mapa 21. Población e IPS en Bogotá, D. C. (2013)	170

Anexos

Anexo 1. Marco normativo del Plan Territorial de Salud 2016-2020.....	224
Anexo 2. Estrategia “PASE a la Equidad en Salud”	231
Anexo 3. Proceso de armonización del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con el Plan de Desarrollo Distrital en 2015	232
Anexo 4. Población de Bogotá, D. C. por localidades (2016-2020)	236
Anexo 5. Agrupación de causas de morbilidad en Bogotá, D. C. según CIE10 por prioridades del Plan Territorial de Salud Bogotá, D. C. 2016-2020	237
Anexo 6. Indicadores demográficos Bogotá, D. C. (1985-2015)	241
Anexo 7. Indicadores demográficos Bogotá, D. C. (2011-2015)	241
Anexo 8. Esperanza de vida al nacer por sexo y localidad	242
Anexo 9. Caracterización poblacional por EAPB, Bogotá, D. C.	243
Anexo 10. Mortalidad evitable por principales causas y otros indicadores de salud y calidad de vida en Bogotá, D. C. (2000-2010-2014)	267
Anexo 11. Capacidad instalada por subredes de la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud (2014)	268
Anexo 12. Responsabilidad de los diferentes actores para con el Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020	270
Anexo 13. Participantes en talleres de construcción del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020	279

Lista de tablas de los anexos

Tabla 1. Población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá, D. C. (2014)	246
Tabla 2. Población afiliada al régimen contributivo en Bogotá, D. C. (2014)	247
Tabla 3. Grupos de riesgo relevantes por prioridad y régimen de afiliación	248
Tabla 4. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 1	249
Tabla 5. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 1	251
Tabla 6. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 2	252
Tabla 7. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 2	254
Tabla 8. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 3	255
Tabla 9. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 3	257
Tabla 10. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 4	259
Tabla 11. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 4	261
Tabla 12. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 5	262
Tabla 13. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 5	265

Lista de siglas y acrónimos

AIS	Atención Integral en Salud
APH	Atención Prehospitalaria
APP	Alianzas Público Privadas
APS	Atención Primaria en Salud
APSR	Atención Primaria en Salud Resolutiva
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CAPS	Centros de Atención Prioritaria en Salud
CEUS	Central de Urgencias del Sur
CHSJD	Centro Hospitalario San Juan de Dios
CODHES	Consultoría para los Derechos Humanos
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EPID	Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS	Empresa Promotora de Salud
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ESE	Empresas Sociales del Estado
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
FFDS	Fondo Financiero Distrital de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
HTA	Hipertensión Arterial
ICSP	Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg
IDECA	Infraestructura Integrada de Datos Espaciales para el Distrito Capital
IDGUAPH	Instituto Distrital para la Gestión de las Urgencias y Emergencias y de la Atención Prehospitalaria y Domiciliaria en Bogotá, D.C.
IPES	Instituto para la Economía Social
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales y Personas Transgénero e Intersexuales
MinProtección	Ministerio de Salud y Protección Social

NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ND	Nacimientos y Defunciones
NUSE	Número Único de Seguridad y Emergencias
NV	Nacidos Vivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PFA	Parálisis Flácida Aguda
PIB	Producto Interno Bruto
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PM	Material Particulado (<i>Particulate Matter</i>)
POAI	Plan Operativo Anual de Inversiones
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPNA	Población Pobre no Asegurada
PTS	Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C.
PYP	Promoción y Prevención
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RISSR	Redes Integradas de Servicios de Salud Resolutivas
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
UCSP	Unidades Comando de Salud Pública
UEC	Universidad Externado de Colombia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Fund for Population Activities)
UPZ	Unidad de Planeamiento Zonal
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



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



Presentación

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

Como punto de partida y eje central del PTS 2016-2020 se cuenta con el Programa de Gobierno “Recuperemos Bogotá, D.C.”, el cual, a su vez, se articula con el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos” en sus Pilares, Objetivos, Programas, Proyectos y Estrategias transversales. En particular, el Plan Territorial propuesto contribuye con el primer Pilar “Igualdad de calidad de vida”, en el cual se propicia la igualdad y la inclusión social mediante la implementación de estrategias y ejecución de programas e inversiones orientados prioritariamente a la población más pobre, con el fin de lograr la reducción de diferenciales de riesgos en salud, por medio de los Programas “Atención integral y eficiente en salud” y “Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud”.

Igualmente se participa del cuarto Eje Transversal “Gobierno legítimo, eficiencia administrativa y fortalecimiento local”, a través del restablecimiento de

las condiciones para el buen gobierno de la salud en la ciudad, con el aporte al Programa “Gobernanza e influencia local, regional e internacional”.

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

Para elaborar la priorización en salud pública, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud” en los pasos (1) uno al (8) ocho de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. (MinProtección, 2015a, Cap. 3, art. 19)

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

El documento está conformado por diez apartes: 1. Los lineamientos generales de la que será la política distrital de salud 2016-2020 y los fundamentos fácticos sobre los cuales esta se desarrolla; 2. El referente conceptual y los principios rectores; 3. El sustento normativo; 4. La metodología; 5. El análisis de la situación de salud en Bogotá, D.C.; 6. La orientación estratégica del Plan Territorial de Salud; 7. Las responsabilidades de los diferentes actores para con el Plan Territorial de Salud; 8. El financiamiento del Plan Territorial de Salud; 9. La bibliografía; y, 10. Los anexos.



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



Introducción

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

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

Tampoco hay una gestión adecuada del riesgo de enfermar y morir con la cual se dé una respuesta adecuada al proceso de transición epidemiológica; riesgo que existe en la ciudad por el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la comorbilidad, la presencia de enfermedades infecciosas y transmisibles, el deterioro de la salud mental de la población, el aumento de la violencia y de las lesiones y el deterioro de la salud ocupacional, todo lo cual exige respuestas más equitativas e integrales del sistema de salud incluidos sectores de la administración local y nacional.

Así las cosas, la nueva administración de Bogotá, D.C. enfrenta grandes desafíos en materia de salud y calidad de vida. El más importante es superar la crisis del sector salud y dirigirlo por la senda que le señalan los desarrollos normativos y las tendencias mundiales. El primer aspecto se fundamenta en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que ratifica la salud como derecho fundamental y el Plan Nacional de Desarrollo que ordena avanzar en un nuevo modelo de salud y prestación de servicios, orientados a la atención integral y las redes integradas de servicios. El segundo aspecto se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que sugieren avanzar en modelos de cobertura universal y planes de salud integrales prestados por Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) resolutivas.

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

El PTS 2016-2020 se constituye en una herramienta para lograr la recuperación y transformación del sistema de salud en la ciudad, centrándose en superar las dificultades que enfrenta, alcanzar la universalidad, eliminar las fronteras entre regímenes, planes de beneficios y formas de financiación y alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos, tal y

como lo prometiera en su campaña el alcalde de Bogotá, D.C., Enrique Peñalosa Londoño: “...los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva...” (Equipo, 2015, p. 35).

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

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

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

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

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

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



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



1

Fundamentos de la Política de Salud 2016-2020

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

Enrique Peñalosa Londoño

(Equipo, 2015, p. 5)

El PTS 2016-2020 se fundamenta en los cuatro pilares que el alcalde Enrique Peñalosa planteó en su programa de gobierno, a saber: 1. Cumplir con lo prometido. 2. Cumplir con la normatividad vigente. 3. Guiarse por las recomendaciones de organismos internacionales y 4. Construir sobre lo construido.

1.1. Cumplir con lo prometido

En el Programa de Gobierno 2016-2020 inscrito en la Registraduría Nacional del Estado Civil, el candidato Peñalosa y el “Equipo por Bogotá” se comprometieron a recuperar para los ciudadanos el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva, en el cual el Distrito asume y consolida su responsabilidad como primera autoridad en salud, con mayor control social en estos servicios, como respuesta a la situación actual del sector en la ciudad:

Los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva [...] la atención en salud en Bogotá no puede esperar más debemos realizar el cambio de fondo que nuestra ciudad necesita. (Equipo, 2015, p. 35)

La administración hará que el Distrito Capital asuma y consolide su responsabilidad como primera autoridad en salud de la ciudad.

La ciudad requiere una estrategia renovada de Atención Primaria en Salud más efectiva, que responda a la creciente demanda de mayor oportunidad, calidad y priorización de los servicios. No podemos seguir echándole la culpa a la Ley 100 o esperando que el Gobierno Nacional resuelva los problemas de salud de la ciudad. Hay que actuar ya, de manera planificada y en coordinación con ciudadanos y actores del sector salud. (Equipo, 2015, p. 36)

Otros aspectos a destacar en el programa de gobierno son (Equipo, 2015, pp. 36-39):

- Se crearán Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), distribuidos en todas las localidades de la ciudad que, cercanos a la gente, atenderán con estos para resolver integralmente las demandas de salud de la población [...] En estos centros se resolverán más del 70% de las consultas que hoy se hacen injustificadamente por urgencias. Estarán ubicados cerca de los hospitales para permitir el alivio a sus servicios de urgencias, operando en coordinación con estos.
- La Nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutiva y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Contará con equipos multidisciplinarios extramurales de atención, en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables. Dentro de éstos, además existirán los Equipos de Atención Integral a Poblaciones Especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de la calle, personas en situación de discapacidad y población vulnerable. Focalizarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud. Estos equipos se ampliarán de acuerdo a la demanda observada.
- Se garantizará, a través de un Programa Preventivo Integral para los ciudadanos, con la articulación entre las EPS, IPS y la Secretaría Distrital de Salud acciones promocionales y preventivas para los habitantes de la ciudad con el fin de prevenir y detectar enfermedades y situaciones de riesgo tempranamente.
- Se creará la Central de Urgencias del Sur (CEUS) que servirá para fortalecer y coordinar la atención de urgencias en el sur de la ciudad que hoy es totalmente insuficiente. Desde allí se realizará la recepción, manejo inicial y posterior atención o remisión a la red de hospitales distritales, de los pacientes urgentes que requieran de atención de mediana y alta complejidad. Además, se creará el Instituto Distrital para la Gestión de las Urgencias y Emergencias y de la Atención Pre-Hospitalaria y Domiciliaria en Bogotá D.C. (IDGUAPH), desde el cual se desarrollará el nuevo modelo de Ambulancias y Atención Pre-hospitalaria.
- Se reactivará y renovará el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud en su composición y operación, bajo el liderazgo del Distrito y con una fuerte participación de las comunidades usuarias. Este Consejo actuará como la

verdadera Junta Directiva de la salud de la ciudad. A este Consejo asistirán, como miembros permanentes, destacadas personalidades del sector empresarial y universitario de la ciudad que aporten al cuidado y desarrollo de la salud.

- Se implementará el Programa Bogotá Salud Digital para poner fin a las inhumanas filas que a diario se ven desde tempranas horas en prácticamente todas las instituciones de salud de la ciudad. Tenemos que acercar la salud al ciudadano. A través de esta plataforma y de una aplicación móvil, los ciudadanos podrán acceder a información de salud, disponer de su historial médico, hacer denuncias, realizar trámites, evaluar el desempeño de las instituciones del sector y hacer seguimiento a las solicitudes de servicios de salud.
- A través de la implantación de los Acuerdos de Gestión por Desempeño, firmados por los hospitales y la administración Distrital, vamos a garantizar la oportuna y satisfactoria atención de los pacientes. Estos acuerdos serán promovidos y vigilados por las Juntas Directivas de los Hospitales Distritales, quienes a su vez deberán rendir cuentas al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud sobre su desempeño y resultados.
- La totalidad de los hospitales Distritales deberá iniciar un proceso de Acreditación de Calidad Hospitalaria como primer paso hacia la búsqueda de la excelencia en el servicio, el cual además, será la base para la evaluación del desempeño de sus gerentes. Con esta iniciativa vamos a elevar la calidad de los hospitales distritales, ubicándolos entre los mejores del país.
- Se creará un Equipo Especializado en Administración y Finanzas Hospitalarias [...] con el fin de apoyar técnicamente el desarrollo de las actividades de planificación y control que debe ejercer la Administración Distrital desde las Juntas Directivas de sus hospitales. Con estos equipos se busca promover una gestión transparente y eficiente de sus recursos. (Equipo, 2015, p. 36-39)

1.2. Cumplir con la normatividad vigente

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

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

De manera especial se consideran las leyes 1751 y 1753 de 2015.

1.2.1. Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud

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

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

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

1.2.2. Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018

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

De igual forma, se estipula la integralidad de los servicios de salud que deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud; del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador, sin fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario:

La ley mantiene el enfoque de determinantes sociales de salud, las redes de servicios, como base para la organización de los servicios; la atención integral en salud que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. (Congreso, 2015a)

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

Esta Ley, en su artículo 65, determina la integración de los siguientes enfoques, como parte de la política de atención integral en salud: APS; salud familiar y comunitaria; articulación de actividades individuales y colectivas, y enfoque poblacional y diferencial. Igualmente, señala que dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano en el marco de la Ley 1164 de 2007, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

1.3. Escuchar las recomendaciones de la OMS y de la OPS

Bogotá Mejor para Todos en Salud acoge algunos de los aportes de organismos internacionales, particularmente de la OMS y de la OPS, expresados en el documento *La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas No. 4, Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para implementación en las Américas*, en el cual se señala:

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

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

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

Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. (OMS & OPS, 2010, p. 7 y 9)

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

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

1.4. Construir sobre lo construido

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

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

Así mismo, se reconoce la importancia de algunas áreas estratégicas de la Secretaría Distrital de Salud, las cuales darán un salto importante al convertirse en centros de investigación e innovación en salud y desarrollarse como instituciones autónomas e independientes.

La primera, que ya fue creada mediante Acuerdo del Concejo de la Ciudad, se encargará de liderar los procesos de innovación, desarrollo y prestación de servicios en biotecnología, sangre y hemoderivados, células madre, trasplantes y tejidos. La segunda estará encargada de liderar los procesos de gestión de urgencias, atención prehospitalaria y transporte de pacientes. La tercera será la responsable de liderar el desarrollo de las acciones técnico-administrativas del laboratorio distrital y regional de salud pública en los servicios de atención a las personas y al medio ambiente, con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación. La cuarta estará encargada de la actualización del talento humano en salud y la investigación en la gestión de los servicios de salud.

Se reconoce el esfuerzo en integrar los servicios en redes de atención, particularmente en el enfoque de Subredes Territoriales: Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente, así que se avanzará en el proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado de la Red Pública Distrital Adscrita a la Entidad, que las conforman.

De manera adicional, con el Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020, se busca el avance hacia un modelo especial de atención para las zonas rurales del Distrito Capital y la interoperabilidad de los sistemas de información en salud.

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



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



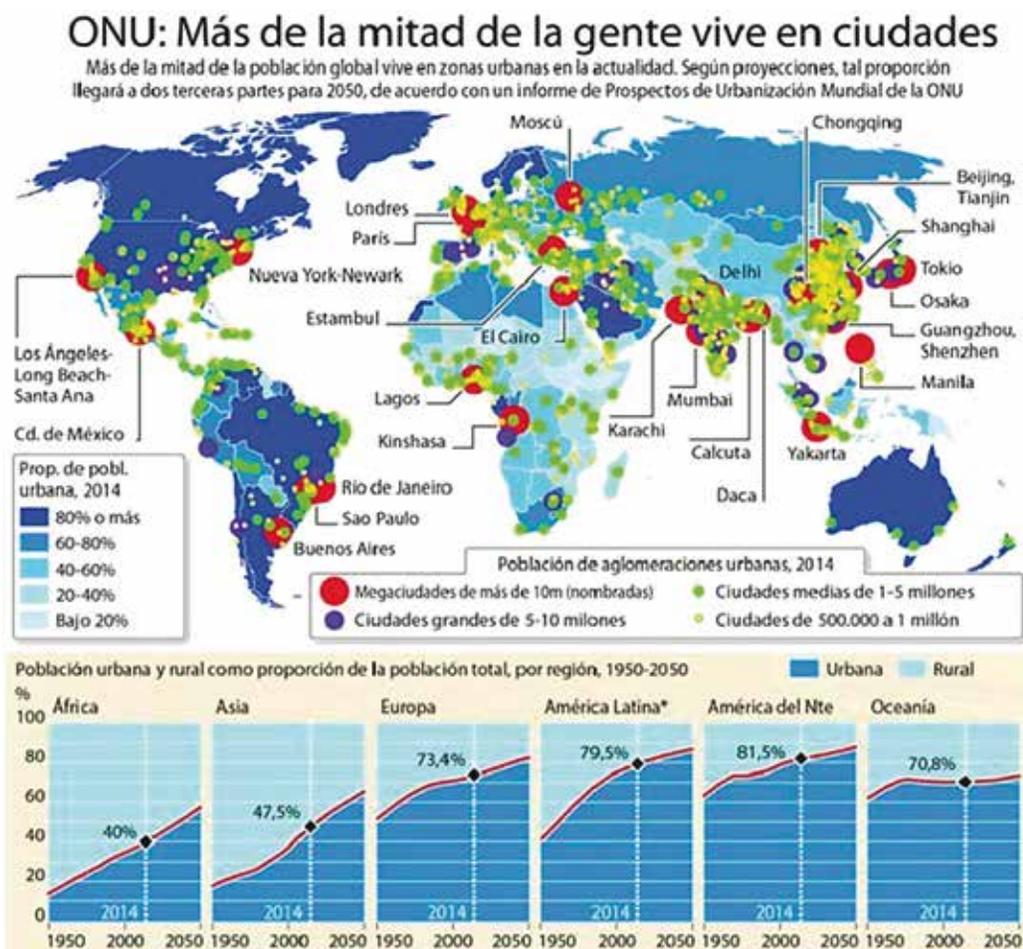
2

Referentes conceptuales

2.1. Salud urbana: un concepto marco orientador del PTS de Bogotá, D.C.

En el informe sobre “La situación demográfica en el mundo”, realizado por la Agencia de Naciones Unidas (ONU, DESA, 2014, p. 32), se muestra cómo hoy más de la mitad de la población reside en zonas urbanas. El ritmo mundial de urbanización ha sido acelerado. En 1950, solo el 30% de la población del planeta vivía en ciudades, ahora lo hace el 54% y para 2050, casi dos tercios de la humanidad vivirán en ciudades (figura 1). Esto hace que la gestión de las áreas urbanas se haya convertido en uno de los más importantes desafíos para el desarrollo en el siglo XXI, que en el campo de la salud pública se haya entrado a mirar la trascendencia de los efectos de la urbanización sobre la salud y a considerarla como uno de los factores clave para el desarrollo de la ciudad y de sus habitantes.

Figura 1. Población mundial urbana y rural 1950-2000-2050



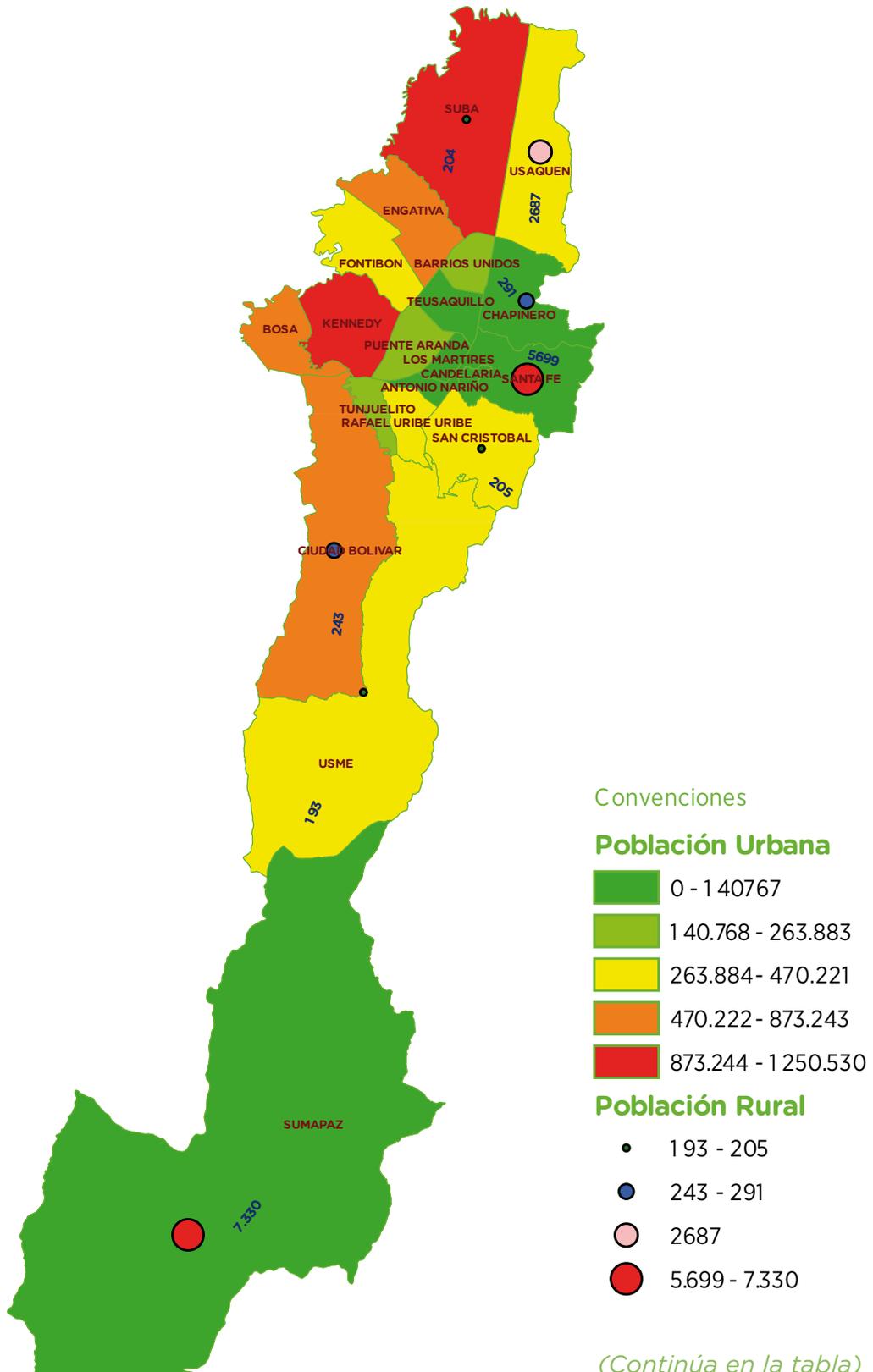
*Incluye el caribe

Fuente: Organización de Naciones Unidas (ONU).

Dentro de este contexto, Bogotá, D.C. se ubica en el conjunto de las diez ciudades con mayor población en América Latina, ocupa el sexto lugar en el continente y el primero en el país. Esto significa que la ciudad está compuesta por una sociedad netamente urbana, en la cual las dinámicas e interrelaciones son complejas; los estilos de vida, las conductas y los patrones específicos de consumo, trabajo y sociales que determinan el estado de salud-enfermedad de sus habitantes, se presentan de manera diferente de aquellos que se registran en contextos no urbanos o muy bajamente poblados. Así, aunque en Bogotá, D.C. existen extensas zonas rurales, la población que habita en la ciudad lo hace en mayor proporción en las zonas urbanas que en las rurales. Solamente en nueve de las veinte localidades del Distrito Capital hay ruralidad (mapa 1).

El PTS 2016-2020 se apoya en el concepto de salud urbana y en el enfoque de equidad, lo cual implica orientar esfuerzos hacia la reducción de diferenciales en salud presentes hoy en el Distrito Capital entre las áreas rural y urbana, las localidades, los regímenes de la seguridad social y los grupos humanos, los cuales se hacen evidentes en los resultados alcanzados en los indicadores con los que se mide el estado de salud y el nivel de desarrollo de la población. Así mismo, busca avanzar en una gestión conjunta y articulada entre sectores de la administración distrital; además, se orienta a rescatar el papel de la gobernanza y rectoría en la ciudad y a implementar políticas públicas para afectar aquellos determinantes que inciden en el proceso de salud enfermedad de la población.

Mapa 1. Población urbana y rural de Bogotá, D.C. (2016)



(Datos asociados al mapa 1)

	Localidad	Población rural			Población urbana		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	Usaquén	1.560	1.127	2.687	217.899	252.322	470.221
2	Chapinero	156	134	290	60.346	66.315	126.661
3	Santa Fe	3.045	2.654	5.699	45.657	45.178	90.835
4	San Cristóbal	122	82	204	192.392	203.787	396.179
5	Usme	123	70	193	164.814	172.145	336.959
6	Tunjuelito			0	93.839	95.683	189.522
7	Bosa			0	345.676	363.363	709.039
8	Kennedy			0	578.977	608.338	1.187.315
9	Fontibón			0	190.484	213.035	403.519
10	Engativá			0	419.262	453.981	873.243
11	Suba	107	98	205	595.050	655.479	1.250.529
12	Barrios Unidos			0	132.267	131.616	263.883
13	Teusaquillo			0	66.622	74.145	140.767
14	Los Mártires			0	47.587	46.543	94.130
15	Antonio Nariño			0	53.613	55.664	109.277
16	Puente Aranda			0	111.898	113.322	225.220
17	Candelaria			0	12.117	10.516	22.633
18	Rafael Uribe			0	172.915	180.846	353.761
19	Ciudad Bolívar	155	87	242	351.179	368.280	719.459
20	Sumapaz (rural)	3.765	3.565	7.330			0
	Subtotal	9.033	7.817	16.850	3.852.594	4.110.558	7.963.152

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Proyecciones de Población Bogotá, D. C. anualizadas según sexo, y Secretaría Distrital de Planeación, Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Estudios Macro, Boletín 69, diciembre 2014. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

En el concepto de salud urbana se reconoce la determinación de la salud bajo la premisa de que hay múltiples y complejos niveles de afectación del bienestar y de las condiciones de vida, se observa como la ciudad, lo urbano, afecta la salud de sus habitantes e involucra el cuerpo teórico que sobre la determinación social de la salud ha sido construido tanto por autores europeos como norteamericanos (McKeown, 1972; Lalonde 1974; Wilkinson, 2003 & Marmot, 2003), también por las agencias de salud de las Naciones Unidas, como la OPS y la OMS, y por el marco conceptual basado en la lógica de la determinación social de la salud (Northridge & Sclar, 2003; Galea, 2005a, b, y c).

Este último reconoce la complejidad del proceso y de la cadena, con niveles múltiples, en la cual las autoridades juegan un rol importante en la determinación de la salud de los residentes urbanos. Este marco indica que la salud de las poblaciones urbanas está en función de las condiciones de vida que, a su vez, están moldeadas por determinantes locales y globales. Este marco identifica cuatro componentes principales en cuanto a los determinantes de salud urbana: 1. Tendencias globales y nacionales. 2. Determinantes a nivel municipal. 3. Intervenciones de salud pública e investigación. 4. Condiciones de vida urbana.

El estudio de la salud urbana requiere un acercamiento a los conceptos de equidad y gobernabilidad. En *equidad*, en los desarrollos conceptuales de los últimos años se ha reconocido que los determinantes sociales influyen en el estado de salud, haciendo explícitos los nexos entre estos y las inequidades de salud entre los distintos grupos en la sociedad; en particular, están presentes en tres modelos: el propuesto por Dahlgren y Whitehead (1991), el de Diderichsen y Hallqvist (1998), posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehea (2001) y el planteado por Marmot y Wilkinson (2003).

En cuanto a la *gobernabilidad* en salud urbana, el término se refiere a los procesos de toma de decisiones, el uso de recursos y la formulación de políticas en términos de la salud de las poblaciones urbanas. Incluye la determinación de acciones necesarias, lograr alianzas intersectoriales efectivas que respondan a la actual fragmentación y desarticulación de la toma de decisiones y de la implementación de programas. El tema de gobernabilidad implica mantener un enfoque mediante el cual se identifiquen, y responda a las necesidades de las poblaciones de manera que se disminuyan los diferenciales en morbilidad, mortalidad y discapacidad entre localidades y grupos poblacionales. Se trata de una gobernabilidad sostenible y permanente entre sectores, niveles y grupos sociales. En este sentido se requiere de esfuerzo hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas y grupos con acciones individuales focalizadas y generales de políticas públicas para la población.

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

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

Figura 2. El nuevo modelo de atención en salud para Bogotá, D.C.:
Operación en ámbitos de vida



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

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

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

2.2. Atención Primaria en Salud Resolutiva (APSR)

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

Para la OPS, la APS es la estrategia que busca: "...mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como primer elemento de asistencia sanitaria..." (OMS, 1978).

A nivel mundial, la APS es reconocida por su efectividad para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades, en la medida en que coadyuva eficazmente

a enfrentar los determinantes sociales, aporta a la reducción de las inequidades en salud, considera la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y el empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria (WHO, 2007).

Las redes integradas de servicios de salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS, porque contribuyen a hacer realidad algunos de los componentes esenciales de la prestación del servicio, como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros:

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. (OPS & OMS, 2010, p. 16)

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

Tal y como quedó en el programa de gobierno, en Bogotá, D. C. la APS se constituirá en una estrategia resolutiva en todos los niveles, con la cual se dará respuesta a las necesidades de salud de la población:

La nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutiva y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Contará con equipos multidisciplinarios extramurales

de atención en coordinación con EPS y prestadores de servicios, encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables. Dentro de estos, existirán los Equipos de Atención Integral a Poblaciones Especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de la calle, personas en situación de discapacidad y población vulnerable. Focalizarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud, beneficiando alrededor de 1,5 millones de personas. Estos equipos se ampliarán de acuerdo a la demanda observada. (Equipo de empalme, 2015, p. 5)

En el ámbito de lo estructural, la APSR se orientará a promocionar y gestionar acciones intersectoriales para abordar otros determinantes proximales y estructurales de la salud y para reducir inequidades, para lo cual se acudirá al rescate y fortalecimiento de la función de rectoría y gobernanza del ente territorial y se creará la Comisión Intersectorial de Determinantes en Salud, liderada por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

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

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

Este modelo explicativo de determinantes sociales propone que las acciones de salud se centren en el incremento de las capacidades del Estado y del gobierno en la formulación de políticas públicas en un contexto de intersectorialidad y transectorialidad, que cuente con consensos y acciones sinérgicas entre sectores, en los gobiernos y entre los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil.

Existe un amplio rango de determinantes del deterioro de la salud, desde los proximales, asociados a variables del nivel individual, hasta los estructurales, asociados a variables sociales y económicas que marcan inequidades en las poblaciones. El sector salud en Bogotá, D.C. reconoce esta situación por lo que “Bogotá Mejor para Todos” orientará sus acciones al manejo de los determinantes relacionados con los estilos de vida y con las condiciones individuales, tales como la estructura psicosocial y el entorno familiar (los comportamientos, hábitos y valores), considerando las características personales, como edad, el sexo y las condiciones de salud, entre otros, sin desconocer y abogar por acciones de carácter más general que requieren de un gran esfuerzo de coordinación con los demás sectores y niveles de la administración territorial, local y nacional.

2.4. Gestión integral del riesgo en salud para orientar acciones y mejorar resultados

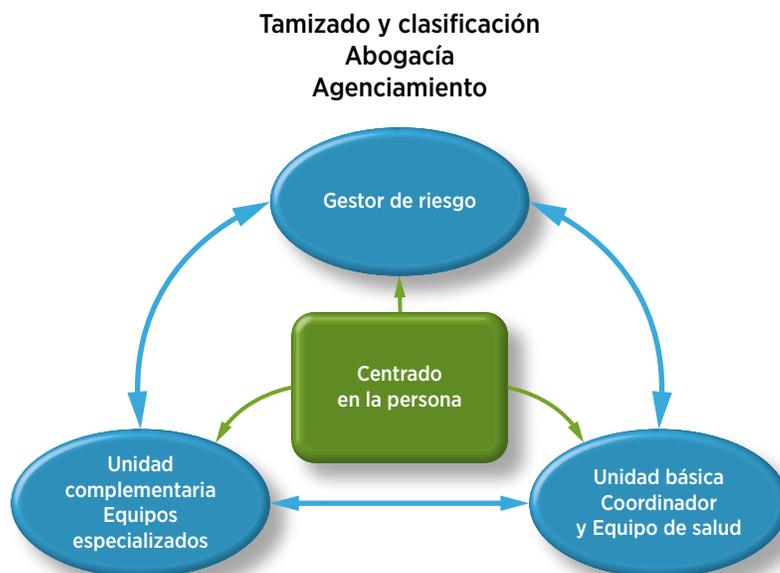
La *gestión integral del riesgo en salud* es la estrategia que permite anticiparse a las enfermedades y a los traumatismos, para evitar se presenten; o, si ya existen, detectarlos y tratarlos oportunamente para impedir, o disminuir, su evolución y sus consecuencias.

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

El PTS 2016-2020 plantea la gestión integral del riesgo en salud como el principal enfoque orientador. Esta gestión requiere una articulación entre el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, entre la Entidad Territorial y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), con el fin de construir y coordinar la realización de estrategias, procedimientos, acciones, actividades e intervenciones en la gestión del riesgo por parte de las instituciones, de acuerdo con las necesidades de salud de la población y la operación de los programas prioritarios en salud pública.

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

Figura 3. Modelo de atención en salud para Bogotá, D.C.: Operación de la atención integral centrada en la persona



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

La gestión integral del riesgo en salud permite, además, identificar algunas de las inequidades en salud, materializadas en amenazas —elementos externos a la persona— tales como deficiencias en la infraestructura, la oferta educativa o de salud, la falta de oportunidades, la limitación en el desarrollo de capacidades y la exclusión social, entre otros; y vulnerabilidades —elementos internos, propios de la persona— representadas por hábitos alimenticios, actividad física, prácticas sexuales, estigmatización y discriminación, entre otras, que se constituyen en un riesgo de aparición de eventos adversos en salud; estos eventos pueden ser, además de enfermedades, discapacidad, pérdidas laborales, modificaciones en las dinámicas de pareja o familiares, intervenciones en salud prolongadas, por ejemplo.

La identificación clara y oportuna de estos aspectos permite a un sistema de salud organizado adecuadamente, actuar positivamente en la modificación de dichas inequidades, evitar la ocurrencia del evento y sus consecuencias negativas para la vida de las personas y el desarrollo de las comunidades; además, potenciar los aspectos positivos que permitan alcanzar los objetivos propuestos.

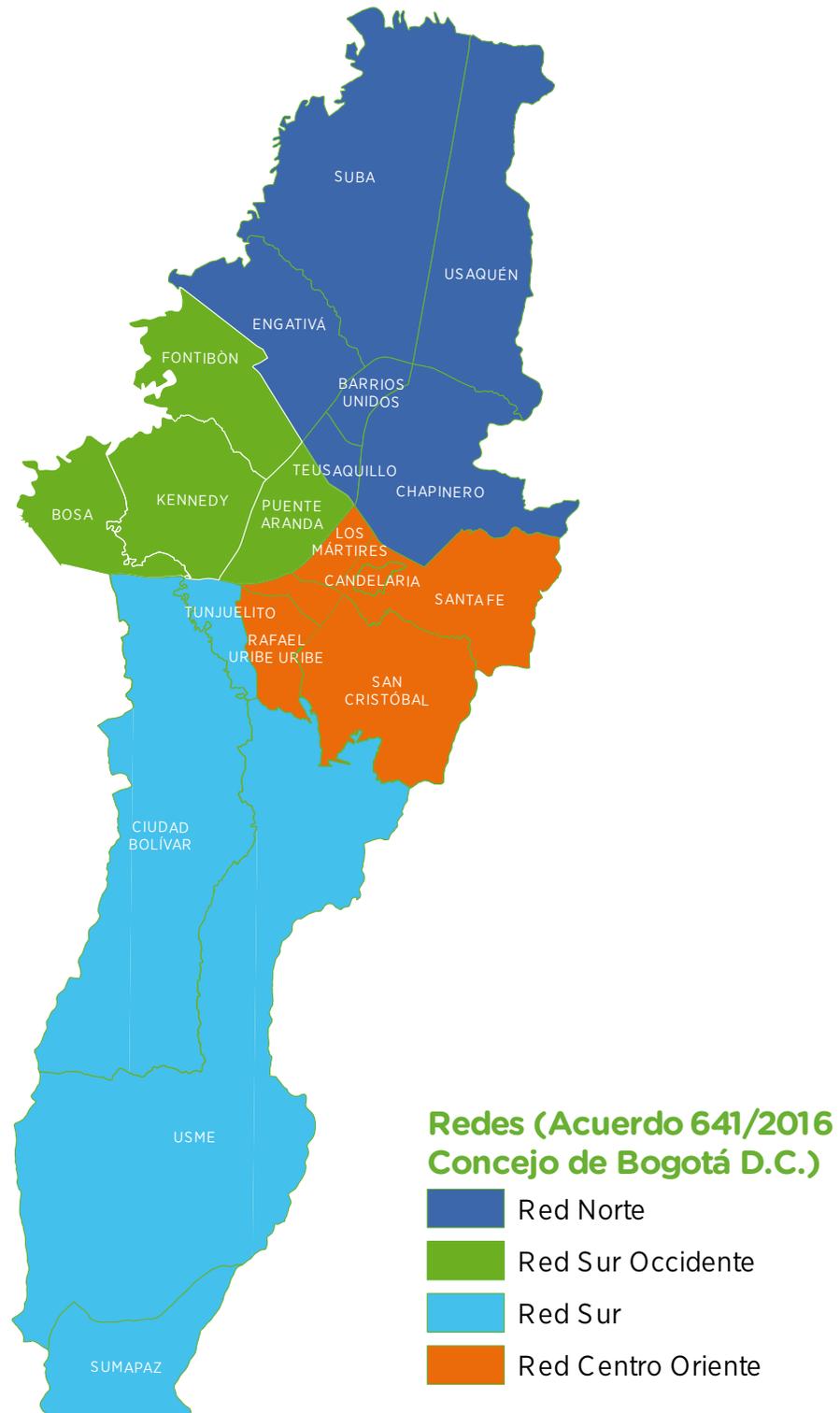
Esto implica la acción coordinada de la autoridad sanitaria territorial, los aseguradores, los prestadores, las comunidades, las familias y las personas; es decir, que en el proceso intervienen actores sectoriales y extrasectoriales, tanto en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y

desenlace de las enfermedades, bien sea que estas se originen en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; como en la ejecución de acciones orientadas a anticiparse a la enfermedad para que no se presente o si se tiene, que su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles, al tiempo que se facilita la rehabilitación de las eventuales secuelas que se presenten.

Incluye la clasificación de las personas según el grado en el que sean afectadas por circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

La organización y operación de los servicios bajo la mirada de la gestión integral del riesgo estará enfocada a combatir las causas prioritarias de enfermedad y muerte en las poblaciones más vulnerables, en aras de mejorar el nivel de salud y la experiencia del ciudadano cuando utiliza los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, aplicando los principios de eficiencia, eficacia y efectividad.

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

Mapa 2. Redes Integradas de Servicios de Salud Bogotá, D.C.

Fuente: Programa de Gobierno “Recuperemos Bogotá D.C.” Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” y SDS, Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa Generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

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

2.5. Abordaje individual durante el curso de vida

El concepto de *curso de vida* es entendido como el conjunto de trayectorias o el transcurrir que tienen un individuo y su familia, de acuerdo con los roles que desarrollan a lo largo de la vida, el cual está marcado por transiciones, momentos significativos, situaciones, condiciones y sus particularidades. Está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de los mismos individuos y de los entornos en los que se desenvuelven a lo largo de su existencia.

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

Para el PTS 2016-2020, el ser humano y su felicidad se constituyen en el centro de atención, lo que implica un necesario abordaje desde el curso de vida de cada individuo y su familia; lo anterior, enlazado con la reorganización de las redes de prestación de servicios permitirá que, a través de la atención oportuna y con calidad, se obtenga el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población bogotana.

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

El PTS 2016-2020, a través del abordaje con enfoque de curso de vida y de su concepto de salud urbana, establece el reconocimiento de la diversidad y las

diferencias de la población, de las inequidades y desigualdades dadas por la no garantía de los derechos fundamentales de las personas; busca garantizar que las necesidades, experiencias, expectativas y potencialidades para las diferentes poblaciones, sean el elemento central para el análisis de la situación de calidad de vida y salud; y, consecuentemente, sean prioritarias en la formulación de las políticas públicas y en la definición de intervenciones en los territorios sociales, con la perspectiva de garantizar los derechos humanos e impedir la perpetuación de inequidades.

2.6. Redes integradas de servicios de salud

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

[...] la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo del curso de vida [...] El concepto de red de servicios se asocia con: I) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; II) organización jerárquica según niveles de complejidad; III) un referente geográfico común; IV) el comando de un operador único; V) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y VI) un propósito común. (OMS, 2010, p. 29)

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 [...] Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red. (Congreso, 2011, art. 62)

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. (Congreso, 2011, art. 62)

Para un adecuado funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (2010) propone un modelo organizacional que requiere:

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

Una *Red Integral de Servicios de Salud* (RISS) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud individuales y colectivos, públicos y privados, o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del Modelo de Atención en Salud. Implica una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad,

aceptabilidad, accesibilidad y calidad (Congreso, 2011). Debe disponer, además, de los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud (MinSalud, 2005).

La red se debe definir a partir de las necesidades y expectativas de la población ubicada en un ámbito territorial, las cuales se identifican mediante la caracterización del riesgo que realizan las administradoras de planes de beneficios a sus afiliados. Una vez analizados y definidos los riesgos se configuran grupos poblacionales de riesgo, se activan las Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS), que mitigarán o eliminarán las posibilidades de enfermar, morir o adquirir discapacidades evitables. Se considera que las RIAS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS en los servicios de salud, las cuales contribuyen a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales, tales como: la cobertura y el acceso universal; el primer contacto con las personas; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros (OMS & OPS, 2010).

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

El PTS 2016-2020 propone la reorganización de la red pública de prestadores de servicios de salud, para contribuir al fortalecimiento de la APS, dado que el funcionamiento adecuado de las redes disminuye las barreras de acceso e incrementa la resolutive en el primer nivel, con lo cual se descongestionan los otros niveles de atención.

Con base en lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud considera que deberá existir una red distrital conformada por cuatro subredes integradas y un modelo de salud para las zonas rurales de la ciudad.

Cada subred se complementa con redes privadas en lo no disponible, actúa bajo una junta directiva, integra servicios de promoción y prevención del PIC, del POS y aquellas no incluidas en el POS (no POS), cuenta con un solo sistema de información, unidad jurídica y funcional por subred, se apoya en una empresa logística de servicios compartidos, mantiene la cercanía con los usuarios, actúa con un gestor en salud como puerta de entrada, está enfocada en la promoción y fomento de la salud en el espacio urbano, con atención prioritaria y domiciliaria en horario extendido, especialidades y servicios de apoyo altamente resolutivos; presta servicios de teleconsulta y telediagnóstico soportados en dos tipos de centros de atención: básicos y especializados (Secretaría de Salud [SDS], 2009).

2.7. Gobernanza y rectoría en salud en Bogotá, D. C.

La OMS define *Rectoría* como una función de la autoridad sanitaria, quien ejerce las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables, en el contexto de relaciones entre gobierno y sociedad, lo que permite la toma de decisiones y la realización de acciones públicas, encaminadas a satisfacer y garantizar el derecho a la salud (Aguilar, 2007; OMS & OPS, 2007). Esta se desarrolla entonces a través de la conducción, la regulación y fiscalización, la ejecución de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión. El desarrollo armónico de estas competencias debe garantizar el ejercicio de esta función vital en el sector salud.

La *gobernanza*, referida en particular al sector salud, se define como la competencia del Estado ejercida por la autoridad sanitaria nacional, es decir, por el Ministerio de Salud y Protección Social y su delegación respectiva en los entes territoriales, en este caso, la SDS. Su realización atiende a principios como visión estratégica, normatividad, transparencia, orientación de la participación y el consenso, capacidad de respuesta, equidad e inclusividad, efectividad y eficiencia, responsabilidad por rendir cuentas, e inteligencia, información y ética. Abarca el concepto de *Autoridad Sanitaria*, como el custodio del bien público que es la salud y su principal objetivo es la protección y promoción de la salud de la población incidiendo sobre las responsabilidades que le son propias e influyendo sobre aquellas que siendo competencia de otros sectores, modifican aquellas condiciones que son determinables y que están involucradas en la generación de la salud. La gobernanza se refiere a la capacidad para definir e implementar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos (OPS & OMS, 2007).

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

El concepto de gobernanza y rectoría en salud plantea un reto importante en el desarrollo del PTS 2016-2020. Para enfrentar dicho reto se necesita reorientar las estrategias sectoriales actuales e involucrar en el debate a la sociedad civil, lo que enriquecería el ejercicio de análisis y visualización de la ciudad al incorporar perspectivas científicas, gubernamentales, comunitarias, económicas, entre otras, lo que generaría estrategias sinérgicas de intervención que propendan por una mejor calidad de vida y de salud.

La *conducción* implica orientar las instituciones del sector, movilizar otros sectores y grupos hacia el desarrollo de las políticas de salud. Sus elementos básicos son: análisis de la situación de la 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 la medición del logro de metas y recursos utilizados en la asistencia.

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

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



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



3

Normatividad

El Régimen Especial establecido para Bogotá, D.C., contenido en el Decreto Ley 1421 de 1993, le plantea a la administración de la ciudad el reto de alcanzar firme y progresivamente un nivel equitativo de oportunidades para la población, de manera que se logre el desarrollo integral de su territorio y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, incluida la garantía de la prestación de los servicios de salud. En el cumplimiento de este objetivo están comprometidas todas las instituciones que forman parte de la estructura administrativa del Distrito Capital; sin embargo, la SDS es la responsable de dar cumplimiento a este mandato territorial en materia de salud y calidad de vida, al mismo tiempo que debe cumplir las funciones y competencias en salud y seguridad social delegadas por el nivel nacional.

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

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

El Sistema de Seguridad Social Integral en Salud vigente hoy para el país y que viene operando desde 1993, se fundamenta en una serie de leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y demás normas reglamentarias¹, así como en una extensa doctrina y jurisprudencia; la cual, en su conjunto, se esboza en el anexo 1.

¹ La normatividad expedida en el país abarca un número considerable entre leyes, acuerdos, conceptos, sentencias decretos y resoluciones. Como parte de normativa nacional cabe resaltar las Leyes 9 de 1979, 100 de 1993, 152 de 1994, 388 de 1997, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1450 de 2011, 1448 de 2011, 454 de 2011, 1616 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, las Sentencias 355 de 2006 y T-760 de 2008 y los Decretos 1757 de 1994, 1011, 3518 y 2181 de 2006 y 3039 de 2007.

Dentro de este contexto existen algunos desarrollos normativos recientes que le señalan al sector salud el derrotero hacia el cual debe evolucionar en su forma de concebir, organizar, financiar y operar los servicios de salud.

En primera instancia, en el Resumen Ejecutivo del documento *La renovación de la atención primaria en salud en las Américas No. 4, redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para implementación en las Américas*” (OMS & OPS, 2010), a la vez que define el perfil de la situación actual de los sistemas de salud en América Latina, dentro del cual se destaca la excesiva fragmentación de los servicios de salud como uno de los principales problemas para el acceso a los servicios, la baja calidad y el uso irracional e ineficiente de los mismos, un incremento de los costos y una baja satisfacción de los usuarios; también plantea alternativas y recomendaciones que son necesarias para los sistemas de salud, incluido el del Distrito:

En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios [...]. El propósito de la iniciativa RISS es contribuir al desarrollo del Sistema de Salud Basado en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptima; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial. (OPS & OMS, 2010, pp. 7 y 9)

En la Ley 1751 (Congreso, 2015b), conocida como *Ley Estatutaria en Salud*, se señala la oportunidad, la calidad y el acceso a los servicios como elementos constitutivos del derecho fundamental a la salud; al mismo tiempo que enfatiza en la integralidad, en la no fragmentación de la atención y en la implementación de políticas públicas para reducir el impacto de los determinantes de la salud. Igualmente, se ordena la organización del sistema de salud en redes integradas de servicios de salud (RISS) y se prioriza el sistema único de información en salud.

Por otra parte, en la Ley 1753 (Congreso, 2015a), se establece la política pública de atención integral en salud, la cual es de obligatorio cumplimiento para los actores del SGSSS. En esta ley, se organiza la prestación de los servicios de salud bajo los enfoques de la APS, la salud familiar y comunitaria, la articulación de las actividades individuales y colectivas, el enfoque poblacional y diferencial; teniendo

en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención integral en salud, para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupo de riesgos, la operación en redes integradas de servicios de salud, la articulación de las acciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud; así como la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

Así mismo, en las Resoluciones 1841 (MinSalud, 2013) y 1536 (MinSalud, 2015a), del Ministerio de Salud y Protección Social, se establece la obligatoriedad de que los entes territoriales, incluido el Distrito, implementen, ejecuten, realicen monitoreo y seguimiento y evalúen el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, de acuerdo con la metodología, condiciones y periodicidad que defina dicho ente. En este sentido, se define la metodología de la estrategia Poblacional, Ambiental, Social y Económica “PASE a la Equidad en Salud” como de obligatorio cumplimiento para la formulación de los Planes Territoriales de Salud por parte de los departamentos y distritos.

En particular, en cumplimiento de todos y cada uno de los pasos de la metodología “PASE a la Equidad en salud”, establecida en la Resolución 1536 de 2015, de obligatorio cumplimiento para los entes territoriales, incluida la Secretaría Distrital de Salud se deberán realizar como mínimo los pasos del uno al ocho de la “Ruta Lógica” de esta metodología, así como los contenidos para la priorización en salud pública que se realizará sobre la base de la identificación e intensidad de las tensiones, la tendencia de la cronicidad en el tiempo de las mismas, las tendencias e impactos en el mediano y largo plazo, la ingobernabilidad por parte de la Entidad Territorial y la valoración final de la tensión, tal como establece la mencionada metodología.



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



4

Metodología

El PTS 2016-2020 se formula con base en la metodología de la estrategia “PASE a la Equidad en Salud”, instituida por el MinSalud para la elaboración de los PTS, en desarrollo del proceso de planeación integral en salud (MinSalud, UNFPA & UEC, 2015b).

De manera específica, en la Resolución 1841 de (MinSalud, 2013), se determina:

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

La metodología se soporta en un enfoque sistémico, el cual, a su vez, se constituye como eje orientador para el desarrollo de un trabajo interdisciplinario, sobre la base de los desarrollos y realidades normativas, conceptuales, técnicas y operativas que se entretajan de manera armónica, para garantizar así la formulación integral e intersectorial de los PTS. Se apoya en el balance de tensiones e interacciones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas. Sigue una secuencia lógica, sistemática y ordenada de procesos, momentos y pasos. Cuenta con una batería de herramientas y de soportes técnicos (MinSalud et al., 2015b) que facilitan la implementación y operativización de los planes.

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

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

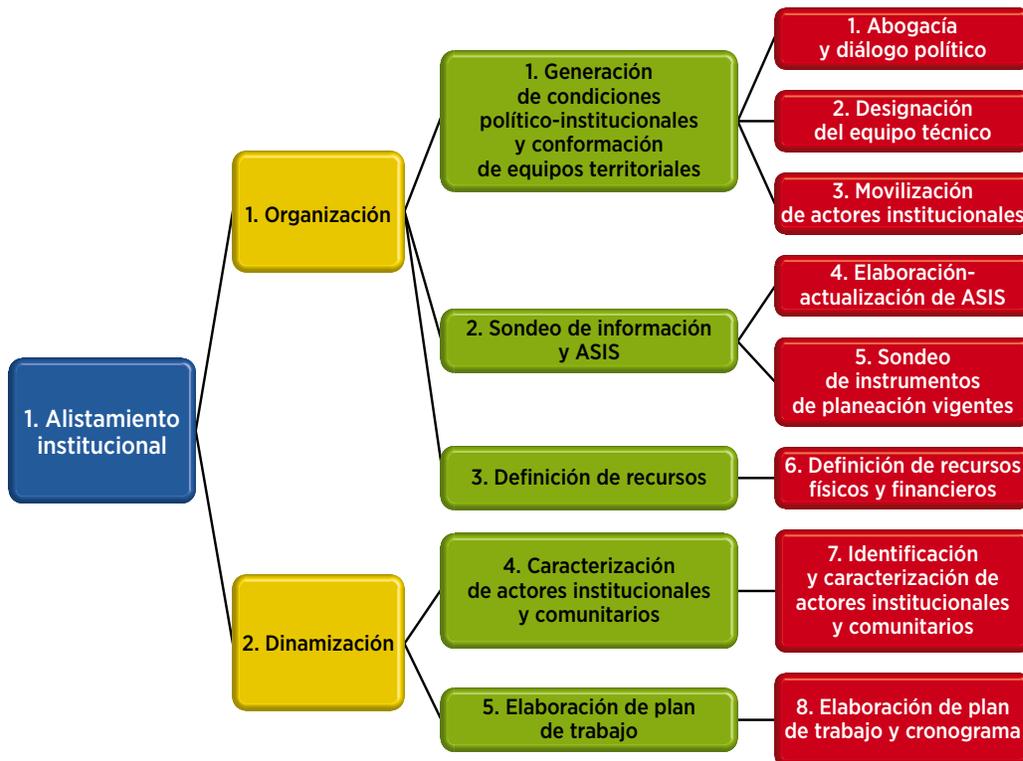
De igual forma, incorpora tres procesos: 1. Alistamiento institucional; 2. Ruta lógica; y 3. Gestión operativa. Dentro de estos procesos hay seis momentos: dos en el primer proceso, tres en el segundo y uno en el tercero; diecisiete pasos: cinco en el primer proceso, diez en el segundo proceso y dos en el tercer proceso; y 37 actividades: ocho en el primer proceso, 23 en el segundo y seis en el tercer proceso (anexo 2, figuras 4, 5 y 8).

4.1. Primer proceso: Alistamiento institucional

El primer proceso involucra dos momentos: organización y dinamización; y cinco pasos: 1. Organización y generación de condiciones político-institucionales y conformación de equipos territoriales. 2. Sondeo de información y análisis de situación en salud (ASIS). 3. Definición de recursos. 4. Dinamización y caracterización de actores institucionales y comunitarios. 5. Elaboración de plan de trabajo (figura 4).

El desarrollo de este proceso permite identificar, organizar y dinamizar los diferentes actores de la entidad territorial distrital, del sector salud y de otros sectores, comunidad y sociedades científicas, alrededor de la formulación del PTS 2016-2020, elaborar un plan de trabajo, llegar a consensos y agendas comunes y reconocer los recursos disponibles para el desarrollo del proceso de planeación integral en salud.

Figura 4. Primer proceso: Alistamiento institucional (momentos, pasos y actividades)



Fuente: MinSalud (2015b, c).

Durante este primer proceso se llevaron a cabo, bajo el liderazgo de la SDS, la organización, dinamización y generación de condiciones políticas e institucionales de alistamiento para, a partir de allí, adelantar el desarrollo de todo el ejercicio.

Se conformó el equipo de trabajo interno y se definieron responsabilidades; se adelantó el ejercicio de identificación, caracterización y convocatoria de actores estatales, institucionales, comunidad, sociedades científicas y se conformó el equipo de trabajo territorial para la formulación del PTS 2016-2020; se adelantó la concertación de un plan de trabajo intersectorial y se llegó a consensos y agendas entre la Entidad, el sector y los demás sectores de la administración distrital.

El plan de trabajo para la armonización entre planes quedó aprobado por el MinSalud y se realizó el análisis de situación de salud (ASIS).

Entraron a participar y a conformar el equipo para la formulación del PTS 2016-2020 delegados de la administración central y descentralizada. Participaron los sectores de Hacienda, Planeación, Desarrollo Económico, Industria y Turismo, Educación, Salud, Integración Social, Cultura Recreación y Deporte, Movilidad, Hábitat, Mujer y Ambiente. De las instituciones descentralizadas participaron el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), la Unidad Administrativa de Servicios Públicos (UAESP), el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), la Caja de Vivienda Popular, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), el Instituto para la Economía Social (IPES) y el Instituto de Infraestructura de Datos Espaciales para el D. C. (IDECA).

Como parte del alistamiento institucional se coordinó con la Oficina Asesora de Comunicaciones de la SDS la construcción de un programa de divulgación del PDSP, con mensajes a través de las redes sociales. Se organizó un “Taller de relacionamiento” para identificar los actores clave del Distrito, que por sus competencias y responsabilidades deben participar en la formulación y consecución de metas del PTS 2016-2020 con base en el PDSP 2012-2021.

Al taller asistieron representantes de comunicaciones del MinSalud, del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, profesionales de las Direcciones de Salud Pública, Aseguramiento, Planeación Sectorial, Participación Social, Desarrollo de Servicios de la Entidad.

4.2. Segundo proceso: Ruta lógica

En desarrollo del segundo proceso se llevan a cabo tres momentos: 1. Identificación. 2. Comprensión. 3. Respuesta. El primer momento, Identificación, se desarrolla en cuatro pasos: 1. Reconocimiento inicial del territorio y de su dinámica demográfica. 2. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicación de las dinámicas PASE para la planeación en salud. 3. Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio. 4. Proyección de tensiones, si no se realiza intervención

alguna en las dinámicas poblacional, ambiental, social y económica de la Estrategia PASE, en el territorio.

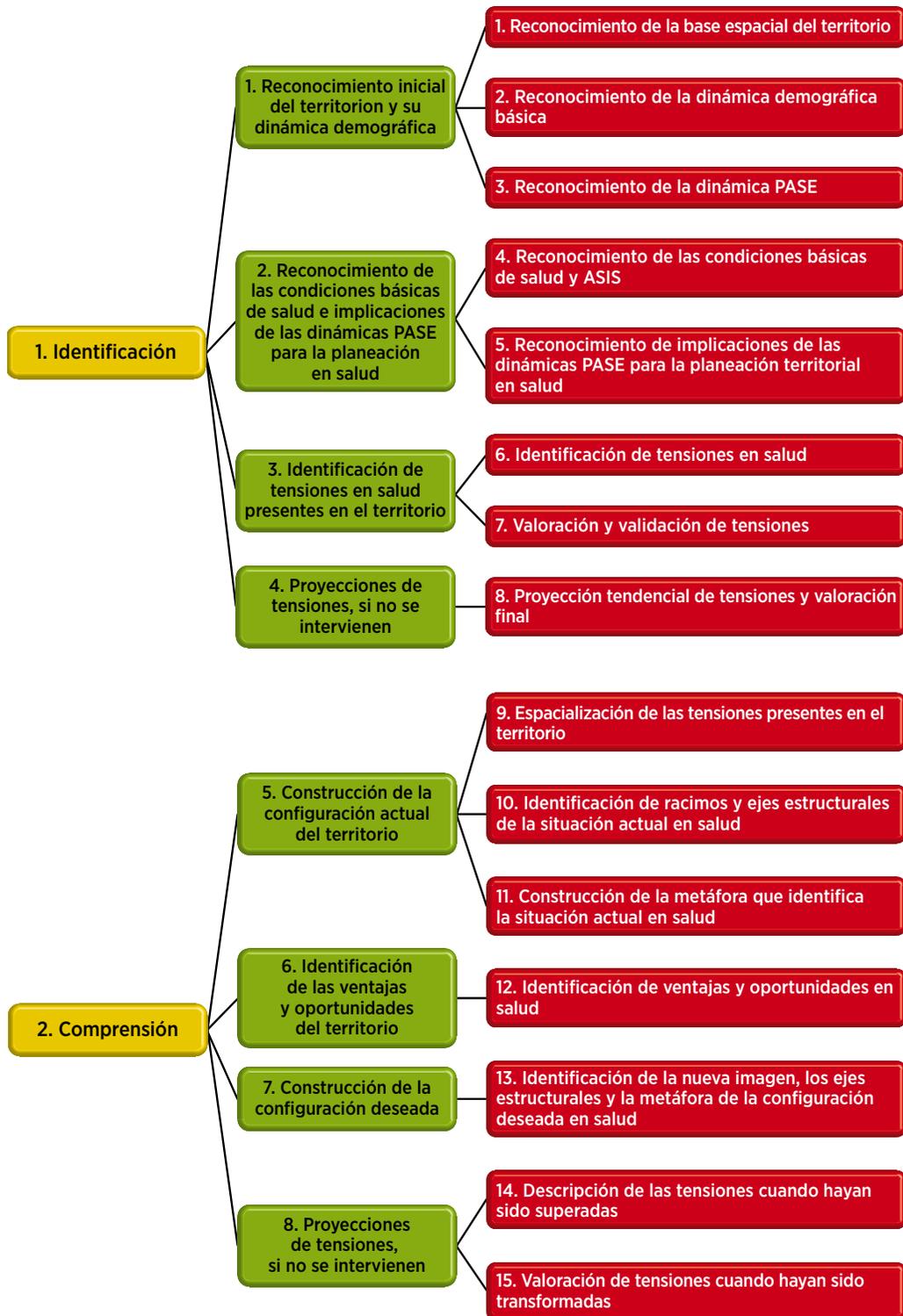
El segundo momento, Comprensión, se lleva a cabo en cuatro pasos: 1. Construcción de la configuración actual del territorio. 2. Identificación de ventajas y oportunidades del territorio. 3. Construcción de la configuración deseada. 4. Transformación esperada de tensiones.

El tercer momento, Respuesta, se realiza en dos pasos: 1. Construcción del componente estratégico y del plan de inversiones. 2. Definición de mecanismos para implementación, monitoreo y evaluación del PTS 2016-2020 (figura 5).

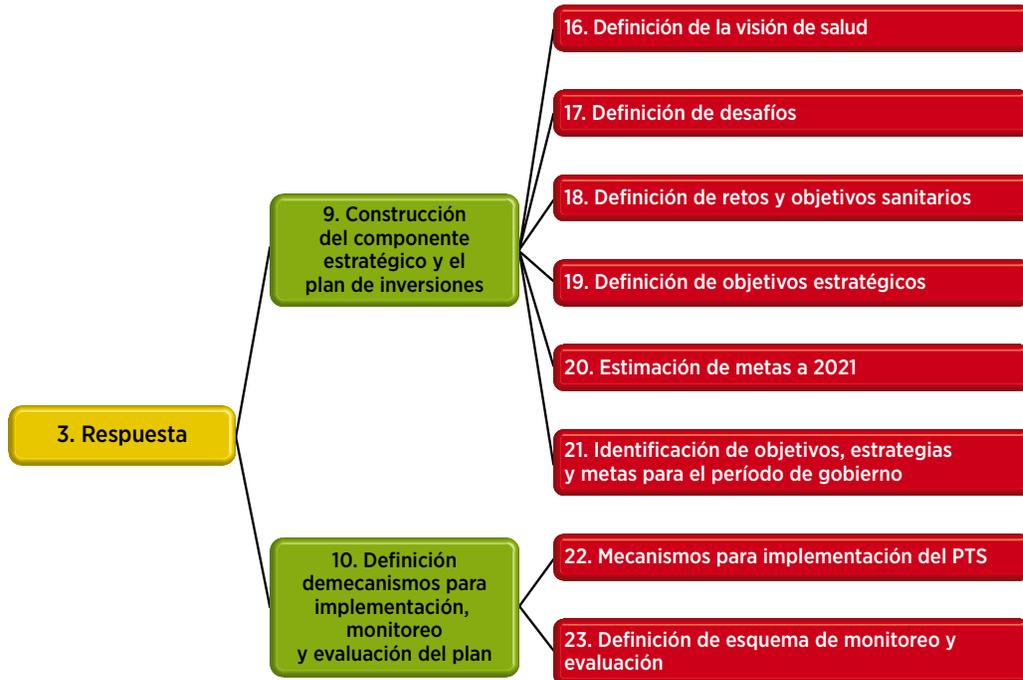
En desarrollo del segundo proceso, Ruta lógica, como en el anterior proceso se realiza un trabajo conjunto con los demás sectores de la administración distrital para el reconocimiento del territorio físico-espacial, demográfico, condiciones básicas de salud, reconocimiento de las dinámicas poblacional, ambiental, social y económica en el territorio (PASE) y su interacción, las implicaciones y tensiones de estas en el estado de salud de la población, dados los desequilibrios e interacciones entre ellas, su valoración y priorización para comprender el territorio actual y proyectar su transformación.

La comprensión y priorización mencionadas permiten definir elementos fundamentales del PTS: estratégicos, tácticos y operativos en términos de objetivos, metas y estrategias, definición de prioridades en salud pública, intervenciones y recursos para aprobación.

Figura 5. Segundo proceso: Ruta lógica (momentos, pasos y actividades)



Continúa



Fuente: MinSalud (2015b, c).

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

La formulación del PTS 2016-2020, además de los sectores central y descentralizado de la administración distrital, contó con la participación de la comunidad y de sociedades científicas, con quienes se lograron consensos, agendas comunes y acuerdos de gestión.

Como resultados prácticos se obtuvieron las metáforas *actual* (figura 6) y *deseada* (figura 7) para Bogotá, D.C. La *metáfora actual* se asimila a un bus articulado de TransMilenio, cuyo interior es fiel reflejo de la diversidad poblacional y de la cotidianidad; para acceder al servicio de transporte, la población debe contar con la tarjeta de pago que adquiere previamente, la cual le asegura la prestación del servicio, más no la calidad del mismo. Esto es lo que ocurre en la prestación de servicios de salud, mediada por el aseguramiento, la cual se constituye en una condición indispensable para acceder a la atención, más no la garantía de la

calidad de la misma. En este bus se reflejan los diferenciales presentes en las localidades de la ciudad y en las coberturas y acceso a los servicios.

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

Figura 6. Metáfora actual de Bogotá, D. C. Figura 7. Metáfora deseada para Bogotá, D. C.



Fuente: Socio.global (Internet).



Fuente: Taller Armonización PDSP.

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

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

Las hojas de color verde tenue del frailejón y todo ese entramado de nervios que conforma cada hoja, se asemejan a las grandes avenidas de Bogotá, sus majestuosas construcciones y la amplia distribución espacial, convirtiéndola en una ciudad

cosmopolita, multiétnica y pluricultural. Por otro lado, los delicados vellos blancos que recubren cada hoja del frailejón, que absorben el agua de la neblina, indican la labor social que debe cumplir cada ciudadano con el cuidado del medio ambiente y con el trabajo sinérgico, para que, al igual que el frailejón, todos los sistemas que de él hacen parte, puedan trabajar de manera mancomunada y avancen en el cuidado y protección de la vida a través de la sana convivencia y el respeto por la diferencia, con el fin de construir una Bogotá mejor para todos.

4.3. Tercer proceso: Gestión operativa

El proceso de Gestión operativa se desarrolla en un solo momento, el de Programación, y en dos pasos: 1. Formulación del Plan Operativo de Acción e Inversiones (POAI). 2. Formulación del Plan de Acción. La formulación del POAI permite la identificación de insumos para la operativización del PTS 2016-2020; la identificación de Ejes Estructurantes, Programas del Plan de Desarrollo y del PTS; la identificación y clasificación de proyectos estratégicos y de inversión, su formulación y registro en el Banco de Programas y Proyectos de la Secretaría Distrital de Planeación; la armonización presupuestal del POAI con el marco estratégico del PTS y la consolidación, socialización y aprobación en Consejo de Gobierno de la Ciudad del Plan de Acción del Plan de Desarrollo para Bogotá, D. C.

Como resultado de este proceso se realiza la programación de los recursos existentes y la gestión de nuevos, se elabora el Plan Operativo Anual de inversiones para aprobación de la autoridad máxima del territorio, se adelanta la formulación del componente operativo, incluido el plan de acción del PTS 2016 para plasmarlo en el plan de acción de salud y realizar su posterior implementación, monitoreo y evaluación (figura 8).

Figura 8. Tercer proceso: Gestión operativa (momentos, pasos y actividades)



Fuente: MinSalud (2015b, c).

El ejercicio adelantado en 2016 para la formulación del PTS 2016-2020 en el componente de la aplicación de la estrategia “PASE a la Equidad en Salud”, toma como punto de partida los avances alcanzados en 2015, con el fin de armonizar PTS 2012-2016 con el PDSP 2012-2021, basado en los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así, se parte del equipo de trabajo conformado en 2015, se actualizan y convocan delegados por sectores. De igual forma, se toman en consideración los avances alcanzados en desarrollo de todos y cada uno de los procesos, momentos y pasos adelantados en 2015 (anexo 3).

4.4. Estimación de diferenciales en salud por localidades 2014

El análisis de la morbilidad registrada en Bogotá, D.C. en 2014 se realizó mediante la consulta correspondiente al período 2010-2014 y cruce de las siguientes bases de datos durante este lapso: 1. SISRPO-RIPS del MinSalud, que incluye los registros individuales de prestación de servicios de salud a la población de los regímenes contributivo, subsidiado y regímenes especiales, con atenciones POS y no POS, período 2010-2014. 2. RIPS de la SDS, que incluye los registros individuales de prestación de servicios de salud a la población vinculada, con atenciones POS y no POS, período 2010-2014. 3. Atención Primaria en Salud (APS) de la SDS, de la Subsecretaría de Salud Pública, la cual dispone de información histórica de

las personas desde el inicio del programa de APS en los territorios del Distrito, también denominados “Territorios Saludables”, que incluye los registros individuales de la caracterización, entre otras, estado civil, dirección de localidad, UPZ y las atenciones individuales y colectivas de remisiones y de promoción y prevención de la población de Bogotá, D. C. de los regímenes contributivo, subsidiado, especiales y de la población vinculada, período 2010-2014. 4. Sisbén de la SDP que incluye información del nivel del Sisbén, lugar y localidad de residencia y condiciones sociales y económicas de la población de Bogotá, D. C. de los regímenes contributivo, subsidiado, especiales y de la población vinculada, período 2010-2014. 5. Base de Datos Única de afiliación (BDUA) del MinSalud que incluye información sobre afiliación al SGSSS y lugar de residencia de la población de Bogotá, D. C. de los regímenes contributivo, subsidiado y especiales, período 2010-2014.

El plan de trabajo fue el siguiente:

- Identificación de las seis prioridades que se propone intervenir en el PTS 2016-2020, en cada una de las localidades de la ciudad.
- En cada una de las prioridades, se identificaron las primeras causas de consulta de los usuarios, teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (anexo 5).
- En cada una de las prioridades, se clasificaron las localidades con mayor riesgo o problemática identificada con base en la tabla de Pareto, en la cual quedó definido como límite el 70 %.
- Cruce de bases de datos SISPRO, RIPS, BDUA, Sisbén y APS.
- Georreferenciación de las prioridades (elaboración de mapas).
- Establecimiento de las diez primeras causas de atención por prioridad en la ciudad y por localidad.
- Establecimiento de los diferenciales por prioridad y por localidad. Las variables definidas para los diferenciales fueron: Nivel de Sisbén, edad, sexo, estado civil, tipo de usuario frente al SGSSS.
- Presentación del análisis y conclusiones.

El desarrollo del trabajo incluyó los siguientes puntos.

1. Criterios de inclusión:

- Pacientes de consulta externa, hospitalización o urgencias en Bogotá, D. C. durante 2014.

- Individuos con los diagnósticos más frecuentes que representan el 70% de cada una de las prioridades del PTS 2016-2020.
- Fuentes de información.
- Sistemas de información y bases de datos correspondientes al período 2010-2014: SISPRO, RIPS-SDS, APS-SDS histórica consolidada, BDUA, SISBEN y base de datos 2014 de la Población Total de Bogotá, D.C. correspondiente a la Proyección de Población del DANE con base en el Censo de 2005.
- Prioridades del PTS 2016-2020: 1. Vida saludable y condiciones no transmisibles (crónicas). 2. Enfermedades infecciosas. 3. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. 4. Salud ambiental y ámbito laboral. 5. Salud mental y convivencia social. 6. Accidentes y violencia.

2. Procedimientos:

- Una vez obtenidas las bases de datos se realizó el análisis por prioridades: crónicas, infecciosas, sexualidad, ambiente laboral, salud mental y violencia y accidentes; se identificaron los diagnósticos con mayor frecuencia de atención por prioridad, los cuales representan el 70% del total de atenciones en salud registradas para cada una de las prioridades del PTS 2016-2020; estos diagnósticos se codificaron según la clasificación del CIE 10.
- A continuación se realizó un cruce de base datos entre los RIPS, APS consolidada, SISPRO, BDUA y Sisben 2010-2014, con el fin de validar la localidad de residencia e integrar variables de aspectos sociodemográficos que permitieran valorar diferenciales poblacionales. Posteriormente, se realizó la descripción de cada una de las variables. Para las de razón se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión; para las nominales y ordinales se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa.
- Con base en las validaciones realizadas a través de los cruces de las bases de datos, en localidad de residencia se generó una única variable, la cual se calculó con base en las seis prioridades del PTS 2016-2020, un número de individuos únicos, porcentaje, proporción de prevalencia específica y proporción de prevalencia ajustada, tomando como población estándar la de Bogotá, D.C. de la base de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de proyecciones de población base en el censo 2005.

3. Indicadores:

Para realizar el análisis se definieron los siguientes indicadores.

- Porcentaje por localidad de residencia:

Número de atenciones según individuo único por localidad en Bogotá, 2014	× 100
Total de atenciones según individuo único por prioridad para Bogotá, 2014	

- Tasas de prevalencia específicas (riesgo que tiene una persona de enfermar siendo residente de una localidad):

Número de atenciones según individuo único por localidad en Bogotá, 2014	× 100
Total de atenciones según individuo único por prioridad para Bogotá, 2014	

- Tasas de prevalencia ajustadas (riesgo que tiene una persona de enfermar por alguna de las prioridades, ajustado por población y edad en una localidad siendo residente de Bogotá, D.C.):

Número de atenciones según individuo único por localidad en Bogotá, 2014	× 100
Total de atenciones según individuo único por prioridad para Bogotá, 2014	



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



5

Análisis de la
situación de salud
en Bogotá, D. C.

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

5.1. Caracterización de los contextos administrativo, territorial, poblacional, urbanístico, social y económico

Administrativamente Bogotá, D. C. comprende los Sectores Central, Descentralizado y de las Localidades. Forman parte integrante del Sector Central, el Despacho del Alcalde, los Consejos Superiores de la Administración Distrital, las Secretarías de Despacho, los Departamentos Administrativos y las Unidades Administrativas Especiales (Presidencia, 1993; Concejo, 2006).

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

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

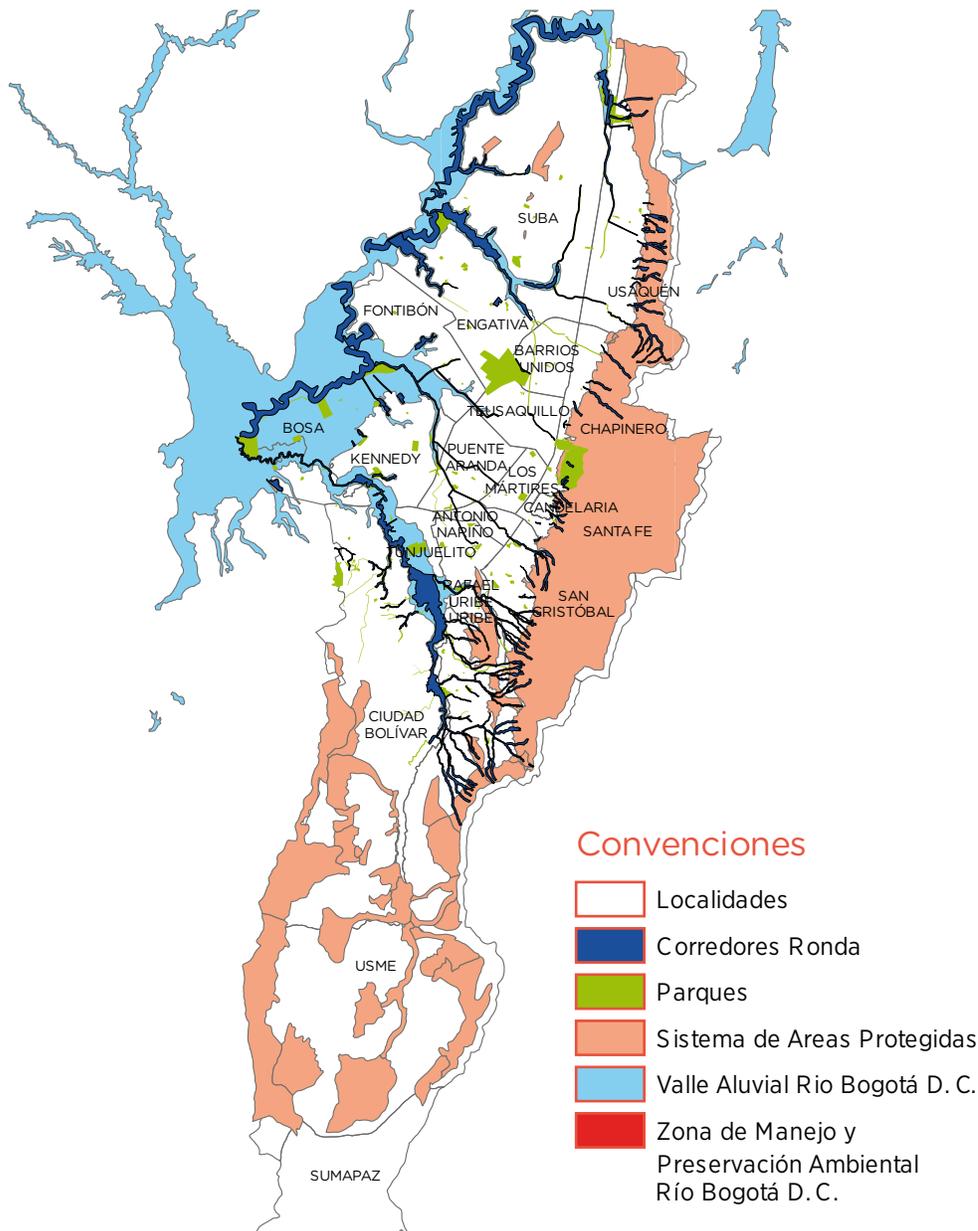
5.1.1. Caracterización del territorio y del medio ambiente

Bogotá, D. C. se ubica en la franja de la altitud subalpina sobre la Cordillera Oriental de los Andes a 2.625 metros sobre el nivel del mar, en la Sábana de Bogotá, D.C. Es la tercera capital más alta en América del Sur, después de La Paz y Quito. Los elementos sobresalientes de su estructura ecológica son los cerros de Monserrate y Guadalupe, el valle aluvial de río Bogotá y sus afluentes, las zonas de humedales,

corredores biológicos indispensables para futuras implementaciones de planes de restauración y parques metropolitanos.

Tiene una extensión aproximada de 177.598 hectáreas. De estas, 30.736 (17,3%) corresponden al área urbana, 17.045 (9,5%) al área suburbana y 129.815 (73%) al área rural. Entre las últimas se destacan las localidades de Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Santa Fe, Chapinero, Suba, Bosa y Usaquén (mapa 3).

Mapa 3. Estructura ecológica de Bogotá, D.C.



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Información Decreto 190 de 2004 (POT). Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

El territorio donde hoy se asienta la ciudad fue antiguamente un lago. De esto dan evidencia los humedales que cubren algunos sectores no urbanizados de la Sabana y los ubicados en la localidad de Suba. Bogotá, D.C. tiene en su territorio el páramo de Sumapaz, el más grande del mundo, localizado en la localidad de Sumapaz (Vásquez & Buitrago, 2011). El Distrito se caracteriza por tener clima frío de montaña, temperatura media anual de 14 °C, máxima de 19,9 °C, mínima de 8,2 °C y mínima absoluta de 5,2 °C, y humedad relativa media anual de 72 % (Weatherbase, 2016). En la ciudad se presentan escasas lluvias en enero, febrero, junio, julio, agosto y septiembre, y lluvias fuertes en marzo, abril, mayo, octubre, noviembre y diciembre. En la ciudad se han venido presentando variaciones en estos períodos de lluvia y en los niveles de temperatura debido a los fenómenos climatológicos ocurridos en los últimos tiempos.

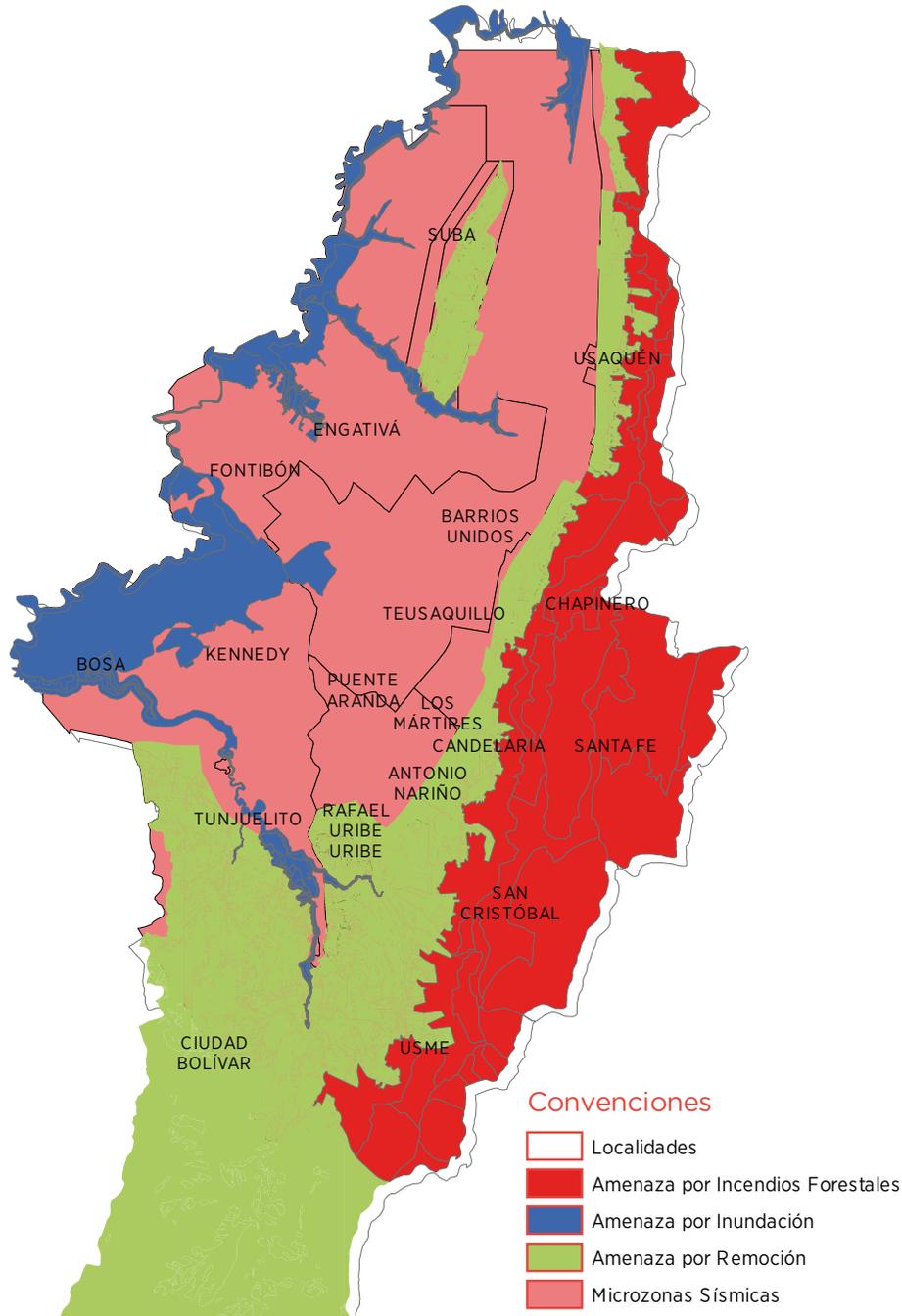
Limita al sur con los departamentos del Meta, municipios de Guamal, Cubarral y La Uribe, y del Huila; al norte, con los municipios de Chía y Sopó; al oeste con el río Bogotá y con los municipios de Cota, Funza, Mosquera, Soacha (zona urbana), Pasca, San Bernardo, Arbeláez, Cabrera y Venecia (zona rural),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

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

Bogotá, D.C. es hoy una ciudad con un alto grado de vulnerabilidad ambiental. Las zonas aledañas a las riveras de los ríos son susceptibles de inundaciones y las zonas montañosas con alto grado de erosión, presentan riesgo de deslizamiento. Las condiciones ambientales de la ciudad se han modificado debido a la variabilidad climática que durante los últimos años viene afectando al país. Las localidades con mayor grado 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 un mayor

grado de amenaza por incendios forestales. Las localidades de Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, parte de San Cristóbal y Usme, presentan mayor grado de amenaza por remoción en masa (mapa 4) (SDP, 2011).

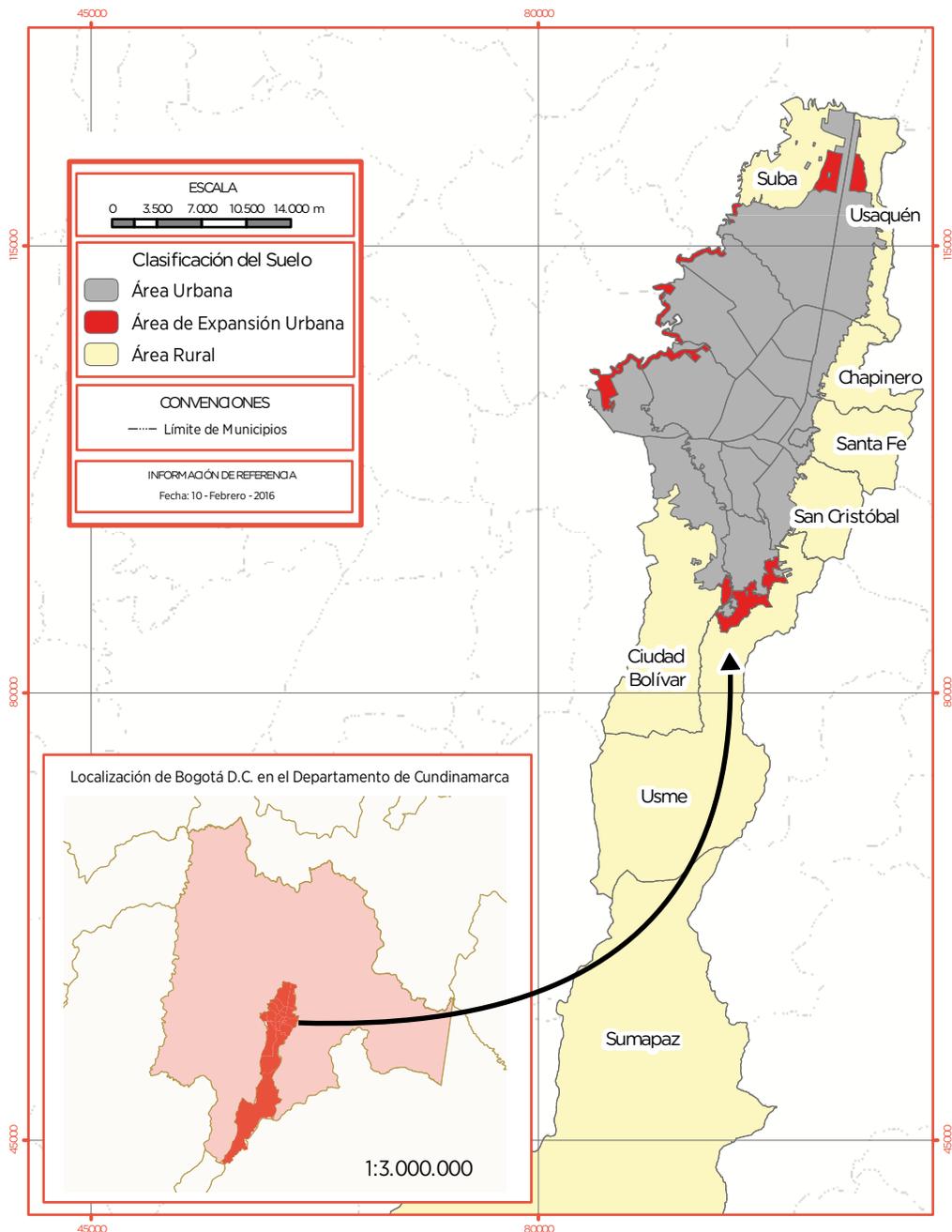
Mapa 4. Zonas de riesgos naturales de Bogotá, D.C.



Fuente: Dirección de Prevención y Atención de Emergencias (DEPAE), 2009. Elaboró: Grupo Análisis de la Situación de Salud (ASIS), SDS. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

5.1.2 Estructura y dinámica de la población residente en Bogotá, D.C.

Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2009), en el año 2010 Bogotá, D.C. contaba con una población de 7.363.782 habitantes, con proyección al 2016 de 7.980.001 pobladores y al 2020 de 8.380.801 habitantes (anexo 4). La densidad poblacional aproximada es de 4.321 habitantes por km². La ciudad alberga la mayor aglomeración de personas del país, superando por más del 18% a la segunda a nivel nacional: el departamento de Antioquia, incluida su capital, (6.534.764 hab.). Solo 16.962 habitantes se ubican en la zona rural y 7.861.821 en el área urbana. Se puede afirmar que el territorio del Distrito es rural 82,7%, mientras que el territorio urbano corresponde al 17,3% (mapa 5).

Mapa 5. Áreas rural y urbana del Distrito Capital

Fuente: <http://www.observatorioruralbogota.gov.co/> y Secretaría Distrital de Planeación. Información Decreto 190 del 2004 (POT). Elaboró: Equipo ASIS-SDS.UPZ rurales y urbanas. Mapa generado en la SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

Bogotá, D.C. presenta una alta densidad de población urbana en 18 de las 20 localidades, de las cuales San Cristóbal y Kennedy son las que tienen la mayor densidad (anexo 4). Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar presentan importantes fenómenos de urbanización informal producto del desplazamiento de personas —incluidas las víctimas de la violencia— desde otras ciudades o municipios hacia la capital.

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

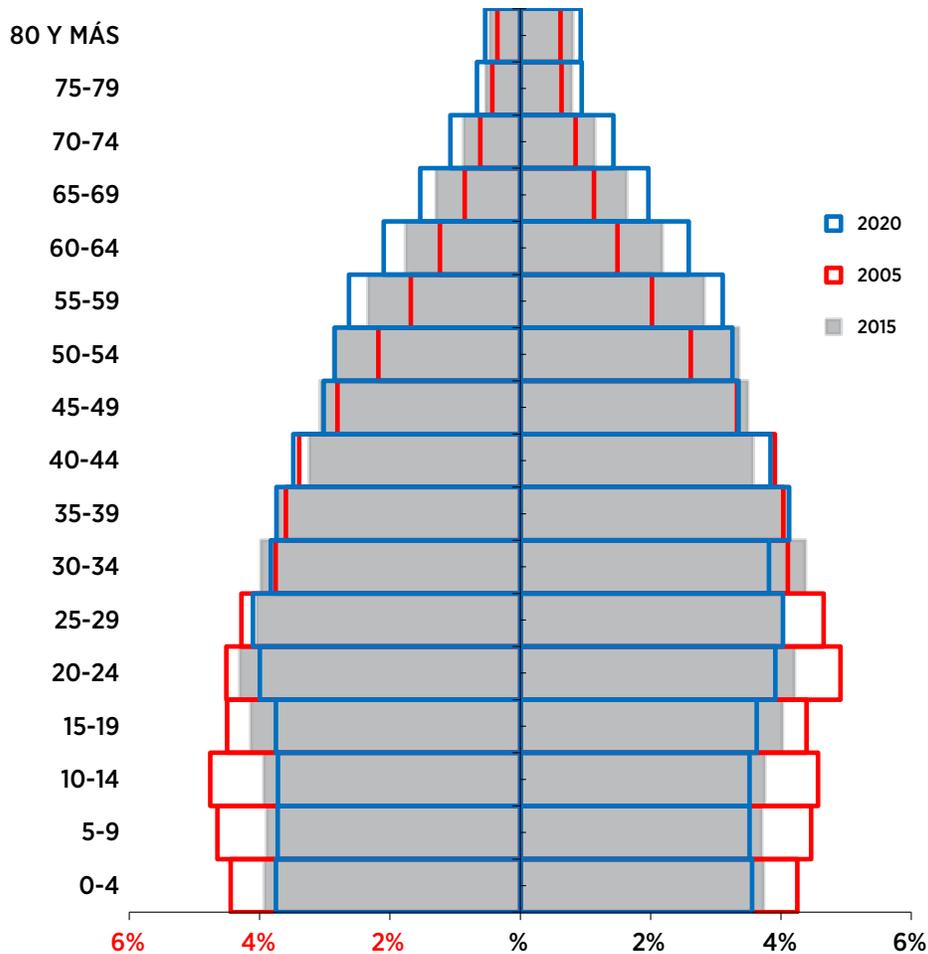
El incremento total de la población en 2016, respecto a 2010, fue del 8,4%, es decir, 616.219 habitantes; la proporción por sexo muestra que el 51,6% son mujeres (4.118.377) y un 48,4% (3.861.624) son hombres (tabla 1); la mediana de edad se ha incrementado: en 2005 era de 27,6, en 2010 era de 29,5 y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

Tabla 1. Población por sexo y agrupaciones de edad. Bogotá, D.C. (2016)

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

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

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

Figura 9. Pirámide poblacional de Bogotá, D.C. (2005-2015-2020)

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La relación hombre-mujer es de 94, indica que hay 94 hombres por cada 100 mujeres. El 24,5% (1.951.454 habitantes) de la población se encuentra en el rango de 15 a 29 años de edad en relación con la población total (7.980.001 habitantes). El índice de envejecimiento es de 34,4%. Este indicador expresa la relación entre los menores de 15 años (de 0 a 14 años, 1.808.863 habitantes) y los mayores de 64 años (65 años y más, 621.952 habitantes), es decir por cada 100 menores de 15 años hay 34,4 personas mayores de 64 años.

El índice de dependencia es del 43,8%, expresa que por cada 100 personas entre las edades de 15 a 64 años (5.549.186 habitantes) hay 43,8 personas menores de 15 (de 0 a 14 años) y mayores de 64 años (65 y más años) (2.403.815 habitantes). El índice de Friz es de 104, representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades

comprendidas entre los 30 y los 49 años; es decir, expresa la relación entre la población productiva y la población dependiente. Este índice muestra que en la ciudad la población es todavía joven. El índice valora en su conjunto si la población es joven o se está envejeciendo. Cuando el valor obtenido supera 160 se considera que la población es joven, si es menor a 60 la población se ha envejecido.

Para el último quinquenio, el Distrito Capital registró una tasa de crecimiento natural de 11,4, una tasa de migración de 2,1 y una esperanza de vida al nacer de 79 años (anexo 6), siendo menor en las Localidades Ciudad Bolívar y Sumapaz, en las cuales se registra una esperanza de vida de 73 y 71 años de manera respectiva; y, mayor en las Localidades de Usaquén, Chapinero, Suba y Teusaquillo, en las cuales se registra una esperanza de vida de 77 años para las tres primeras y 78 para la última (anexo 8). La capital registra una tasa bruta de natalidad de 15,9, una tasa general de fecundidad de 68,6, una edad media de fecundidad de 29 años, una tasa bruta de reproducción de 1 y una tasa bruta de mortalidad de 4,5 (anexo 7). La relación hombre-mujer es de 93,6², el índice de juventud es de 27 % y oscila entre los 15 y 29 años de edad, el índice de envejecimiento es 32,8 %³ y el de dependencia es 43,8 %⁴.

La esperanza de vida, expresión del desarrollo, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. La esperanza de vida al nacer ha presentado un aumento de 10 años frente al periodo 1985 lo cual refleja las mejoras del sistema sanitario, la disminución de la mortalidad por algunos eventos dadas las acciones de promoción y prevención y los cambios en el estilo de vida. En Bogotá, D. C., la esperanza de vida pasó de 75,4 años en el 2005 a 79 años en el año 2015. El grupo de las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, 80,1 años, el grupo de los hombres, 75,9 años (anexo 8).

Para la definición e implementación de las acciones, estrategias y actividades, el PTS 2016-2020, a través de sus enfoques diferencial y poblacional, le da especial relevancia al reconocimiento de las personas y sus particularidades, teniendo en cuenta, además, el concepto de *curso de vida*.

2 Indica que por cada 100 mujeres hay 93 hombres.

3 Expresa que por cada 100 menores de 15 años hay 32,8 personas mayores de 65 años.

4 Registra que por cada 100 personas entre las edades de 15 a 64 años hay 43,8 personas menores de 15 y mayores de 65 años.

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

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

En la ciudad se reconocen catorce pueblos indígenas identificados, de los cuales, nueve están en busca de reconocimiento como cabildos, estos son: uitoto, misak, yanacona, nasa, pastos, tubu, eperara, camentsa y wounaan, y cinco pueblos tienen cabildos indígenas reconocidos legalmente ante el Ministerio del Interior y ante la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.: muisca de Suba, muisca de Bosa, ambiká pijao, inga y kichwa. Sin embargo, se han identificado familias e individuos pertenecientes a otros pueblos, como emberá, wuayu y arhuaco, que habitan en la ciudad.

En cuanto al grupo étnico de los gitanos, estos se caracterizan por su tradición nómada. Llegaron a Colombia desde los primeros años de la Colonia, aunque la mayor parte de los romaníes colombianos pertenecen a la etnia vlax y llegaron por voluntad propia desde 1880 hasta 1920. En general, no obstante su tradición nómada, hoy tienen nuevas formas de itinerancia, cuentan con un idioma propio y preservan un conjunto de normas tradicionales así como de instituciones que regulan la aplicación de su derecho interno conocido como 'la Ley Gitana' o *Kriss* (SDS, 2015a).

Actualmente, en Bogotá existen dos organizaciones reconocidas: Unión Romaní y Pro ROM. Se han identificado 316 Gitanos, de los cuales 154 pertenecen a la Unión Romaní y 162 a la comunidad Pro ROM; de ellos, 167 son mujeres (53%) y 149 son hombres (47%). La mayoría se ubica en las localidades de Kennedy y Puente Aranda. Su condición de aseguramiento refleja que un 54% de la población se encuentra vinculada al régimen subsidiado como población especial y un 46% vinculada al régimen contributivo.

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

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

Las patologías más frecuentes en estos grupos son las enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial; situación posiblemente asociada a causas como los hábitos alimentarios y sedentarismo, entre otras. También son frecuentes los problemas de salud asociados al sistema respiratorio, en especial las infecciones respiratorias agudas; seguidos de los problemas de salud asociados a la visión, al sistema digestivo y a la salud oral; así mismo, se presentan de manera regular lesiones de piel e infecciones genitourinarias y problemas de desnutrición.

Los raizales se constituyen como “pueblo indígena afrodescendiente” el cual se fue configurando a lo largo de más de trescientos años, como descendientes de los puritanos británicos que llegaron a las islas en el siglo XVII, los esclavos africanos traídos por estos y los indígenas que habitaban el archipiélago. La gran mayoría de los raizales hablan los idiomas inglés, español y creole, esta última su lengua nativa.

El 70% de la población afrodescendiente residente en Bogotá, D.C. está afiliada al régimen contributivo, el 20% al régimen subsidiado, el 8% a regímenes especiales y un 2% se encuentra sin aseguramiento. El 48% de los afrodescendientes se ubica en Teusaquillo, seguido del 12% en Chapinero y el 8% en Usaquén.

En general, las problemáticas que se presentan en la población raizal son similares a las que se presentan en el resto de la población del Distrito Capital. Sin embargo, se ha identificado que las enfermedades respiratorias, las afecciones del sistema digestivo, las lesiones de piel, las infecciones genitourinarias, los defectos de refracción, las patologías orales y la presencia temprana de hipertensión arterial y diabetes, son los eventos que más afectan la salud de esta población.

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

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

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

En Colombia se calcula que existen 7.999.663 personas víctimas, de las cuales 636.824 se ubican en Bogotá, D.C. (Unidad para la Atención de Víctimas, 2016), principalmente en las localidades de Ciudad Bolívar (15%), Bosa (15%) y Kennedy (15%); seguidas de Suba (9%), San Cristóbal (8%), Usme (7%), Engativá (5%) y Rafael Uribe (5%).

De esta población, 344.438 se encuentran vinculadas al SGSSS: 78.539 se encuentran afiliadas al régimen contributivo, 112.268 en el régimen subsidiado y 53.631 corresponden a afiliación especial al magisterio⁵.

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

Las víctimas del conflicto armado demandan servicios de salud para la rehabilitación física y psicosocial a nivel individual, familiar y comunitario, desde una mirada interdisciplinaria y la atención diferencial según hechos victimizantes, etapa de ciclo y género.

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

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

5.1.3. Contexto urbano, económico y social de Bogotá, D.C.

Bogotá, D.C. se constituye en el epicentro político, económico, administrativo, artístico, cultural, deportivo y turístico del país, por ser el principal centro de servicios industriales y comerciales, además de que alberga el grueso del sector terciario del país (SDP, 2011).

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

5.1.3.1. Indicadores económicos y sociales

Bogotá D.C. es la ciudad con el mayor crecimiento económico del país. En 2015 (Alcaldía, 2016, p. 13) este indicador alcanzó el 39%, cifra con la cual supera en 0,8 puntos porcentuales al crecimiento total del país. En 2014, el Distrito aportó el 24,9% al producto interno bruto (PIB) de la nación. Sin embargo, registró un alto índice de desigualdad, el 9,2% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el 1,4% vive en la miseria (tabla 2).

Tabla 2. Indicadores económicos de Bogotá, D.C. (2014)

Indicador	Valor
PIB (millones)*	US\$94.000
PIB per cápita*	US\$12.091
% del PIB total de Colombia*	24,9%
Crecimiento económico*	4,4%
Inflación*	3,8%
Índice de Gini (2014)**	0,502
Índice de Desarrollo Humano(2015)***	0,8
Población en Necesidades Básicas Insatisfechas****	9,2%
Proporción de personas en miseria****	1,4%

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

** https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/Bogota_Pobreza_2014.pdf

***<file:///C:/Users/Laforero/Downloads/Dialnet-EstimacionDelIndiceDeDesarrolloHumanoAjustadoParaL-5156997.pdf>

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

De acuerdo con los resultados de la segunda y última Encuesta Multipropósito realizada por la Secretaría Distrital de Planeación y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (SDP & DANE, 2014), en Bogotá, D.C. durante los últimos años ha venido aumentando el número de hogares pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. De los 2.437.996 hogares que hay en la ciudad, en 2011 pertenecían a estos estratos solamente el 82,4%, cifra que aumentó en 2014 a 84,5%.

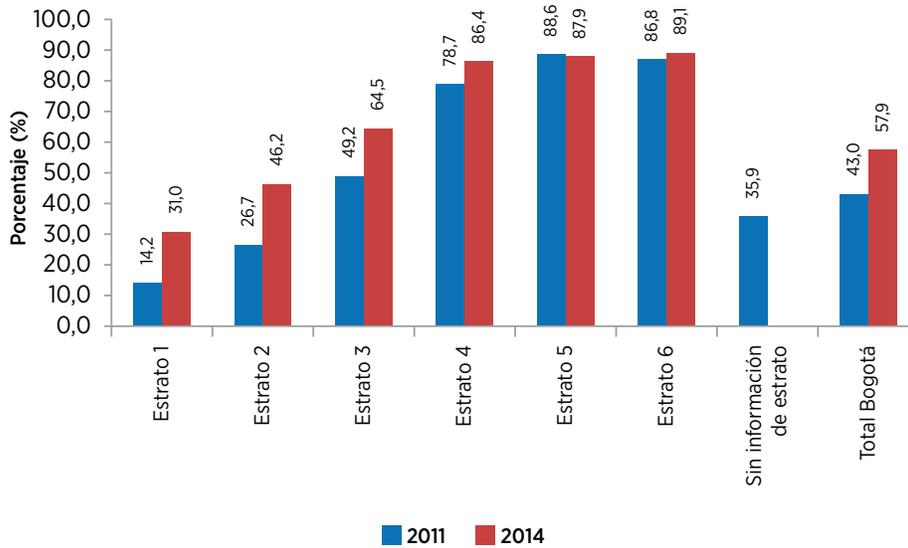
Tabla 3. Coberturas de servicios públicos por hogares y estratos en Bogotá, D. C. (2014)

Estrato	Acueducto		Alcantarillado		Recolección de basuras		Energía eléctrica		Gas natural	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1	221.023	99,3	217.63	97,8	219.653	98,7	222.6	100,0	200.5	90,1
2	938.436	99,9	938.315	99,8	938.101	99,8	939.477	100,0	865.679	92,1
3	897.374	99,9	897.111	99,8	897.846	99,9	896.808	99,8	791.772	88,1
4	230.19	100,0	230.149	100,0	230.19	100,0	230.19	100,0	200.358	87,0
5	79.965	100,0	76.867	96,1	79.965	100,0	79.965	100,0	70.603	88,3
6	66.743	100,0	66.743	100,0	66.743	100,0	66.743	100,0	59.202	88,7
Total	2.433.731	99,8	2.426.816	99,5	2.432.497	99,8	2.435.784	99,9	2.188.113	89,8

Fuente: SDP & DANE (2014). Nota: No incluye la localidad de Sumapaz

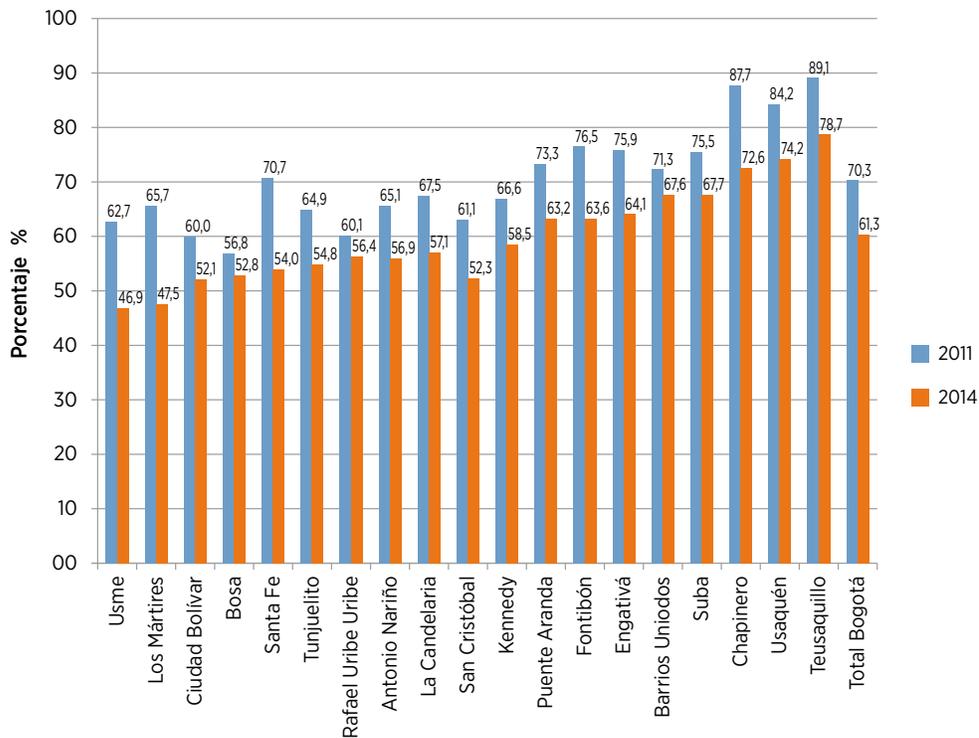
De acuerdo con los resultados de esta Encuesta, en Bogotá, D.C., en 2014, los hogares contaron con el 100% de cobertura de servicios públicos de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y recolección de basuras. El acceso al gas natural fue superior en los estratos 1 y 5 alcanzando un 90,1% y 92,1% respectivamente. El servicio de internet refleja diferencias notorias, el 31% en el estrato 1, en comparación con el 89,1% en el estrato 6. El acceso a telefonía fija disminuyó en 2014 en comparación con 2011, lo cual puede deberse al posicionamiento de otros medios de comunicación (tabla 3, figuras 10 y 11).

Figura 10. Hogares con internet por estrato, Bogotá, D.C. (2011-2014)



Fuente: DANE-DP. Encuesta Multipropósito Bogotá, D.C. (2014).
 Nota: No incluye la localidad de Sumapaz.

Figura 11. Hogares con servicios públicos por localidad, Bogotá, D.C. (2011-2014)

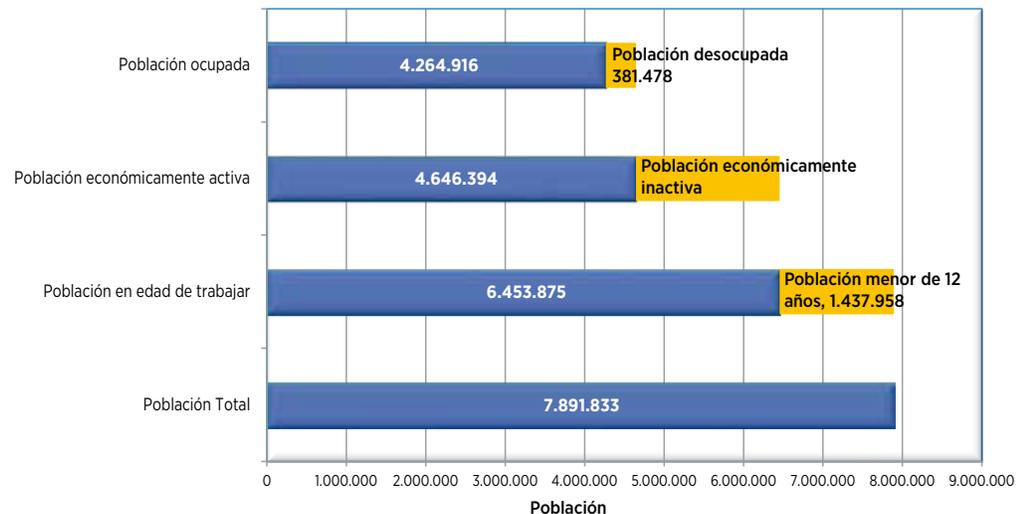


Fuente: DANE-SDP. Encuesta Multipropósito Bogotá, D.C. (2014).

Bogotá, D. C. es la ciudad del país que cuenta con el mayor mercado de trabajo y la principal entidad territorial generadora de empleo. La capital genera uno de cada cuatro empleos del país. Desde el año 2013, la tasa global de participación de la ciudad ha sido la más alta registrada a nivel nacional, la cual ha fluctuado en 72,5 % en el 2014 y 71,4 % en 2015.

Durante 2015 la fuerza laboral en Bogotá, D. C. la conformaron 6.453.875, el 81,77 % del total de habitantes; no obstante, solo el 71,99 %, 4.646.394 personas, están económicamente activas; y, de estas, el 91,78 % permanecen ocupadas, es decir 4.264.916 de habitantes (figura 12).

Figura 12. Estructura de la fuerza laboral en Bogotá, D. C. (2015)



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

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

En cuanto a los indicadores que definen el estado de empleo y desempleo, está la tasa de ocupación; este indicador alcanza en Bogotá, D. C. el 64,0 % a enero de 2016; es decir, que Bogotá, D. C. cuenta con una tasa de ocupación del 64 % (tabla 4 y figura 13).

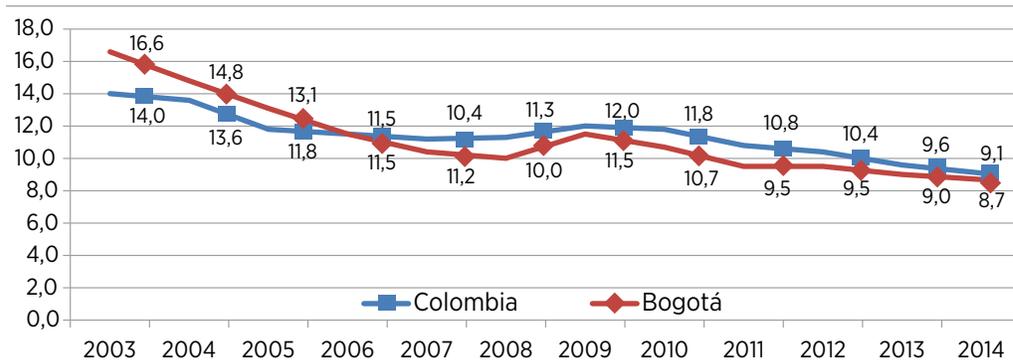
Tabla 4. Tasas de participación, ocupación, desempleo y subempleo Bogotá, D.C. (2012-2014) y trimestre noviembre 2015 enero 2016)

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

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

*https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_ene_16.pdf. Información correspondiente al trimestre noviembre de 2015 a enero de 2016.

Figura 13. Tasa de desempleo en Bogotá, D.C. y el país (2003-2014)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La proporción de informalidad para el trimestre octubre-diciembre de 2015 se encuentra en un 42,2%, lo que según el DANE equivale a alrededor de 1,7 millones de h. Según los censos realizados por el Instituto para la Economía Social (IPES) y la información registrada en su base de datos Herramienta Misional (HEMI), en hay un número estimado de 47.800 vendedores informales, de los cuales 2.284 se ubican en Chapinero, 1.494 en Suba y 608 en Usaquén (*El Tiempo*, 2015).

Bogotá, D.C. muestra una estructura de estratificación del territorio con seis estratos para zonas residenciales y una clasificación especial para las áreas comerciales, industriales e institucionales, con predominio del estrato 2. Se evidencian claras concentraciones de estratos 1 y 2 en la periferia y en la zona sur, entre las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Tunjuelito, Rafael

Uribe y Bosa, entre otras. El 87,7% de la población del Distrito Capital se encuentra en los estratos 1, 2 y 3 (tabla 5).

Tabla 5. Población por estratos socioeconómicos en Bogotá, D. C. (2014)

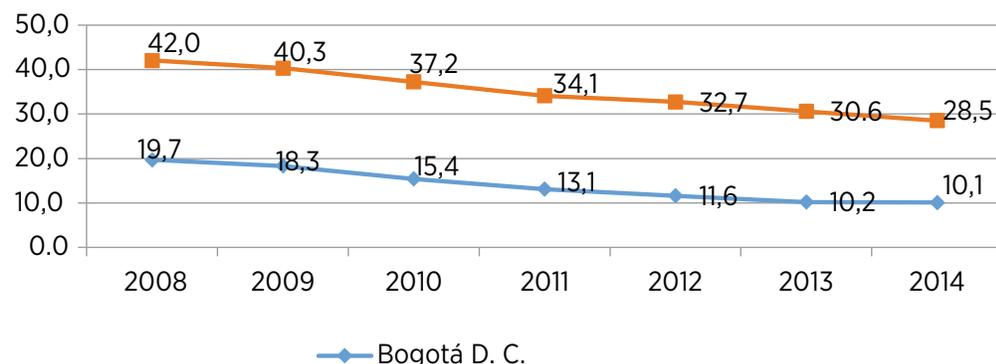
Estratos	Población	%
1	810.266	10,4
2	3.220.105	41,3
3	2.807.349	36,0
4	604.219	7,8
5	204.002	2,6
6	148.522	1,9
Total	7.794.463	100,0

Nota: No incluye la localidad de Sumapaz.

Fuente: Encuesta Multipropósito para Bogotá, D. C. 2014.

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

Figura 14. Incidencia de la pobreza monetaria en Bogotá, D. C. (2008-2014)



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

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

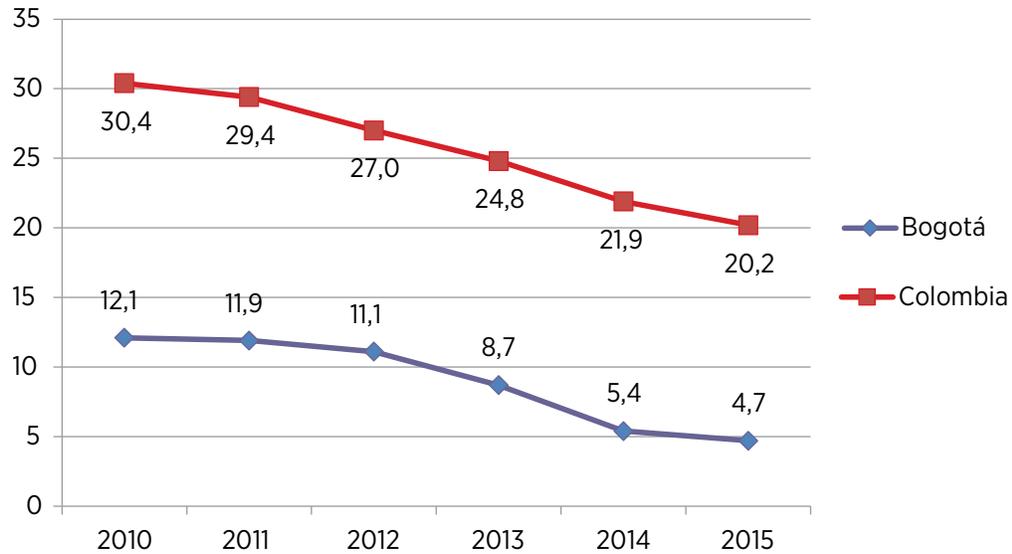
En 2015 disminuyó la pobreza multidimensional en Bogotá, D. C. El indicador pasó del 5,4% en 2014 al 4,7%, con una reducción del 0,7. Este indicador se presenta significativamente más bajo en Bogotá D. C. comparado con las demás regiones del país (tabla 6 y figura 15).

Tabla 6. Pobreza multidimensional en Colombia y por regiones (2014 y 2015) (%)

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

Fuente: DANE- ENCV-Observatorio de Desarrollo Económico.

Figura 15. Índice de pobreza multidimensional en Bogotá y nación (2010-2015)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014.

Nota: No incluye la localidad de Sumapaz.

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

En relación con las condiciones de la niñez y la juventud, en 2015 el porcentaje de hogares con inasistencia escolar fue del 0,6%, los hogares con rezago escolar componen un 24,2%. Este indicador hace referencia a los hogares con al menos un niño entre 7 y 17 años con un número de años aprobados, menor a la norma nacional⁶.

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

El trabajo infantil es el último indicador que conforma esta condición; en 2015 el porcentaje de hogares con al menos un niño entre 12 y 17 años trabajando fue del 1,1%, con incremento del 0,9% con respecto al 2014; no obstante, comparado con

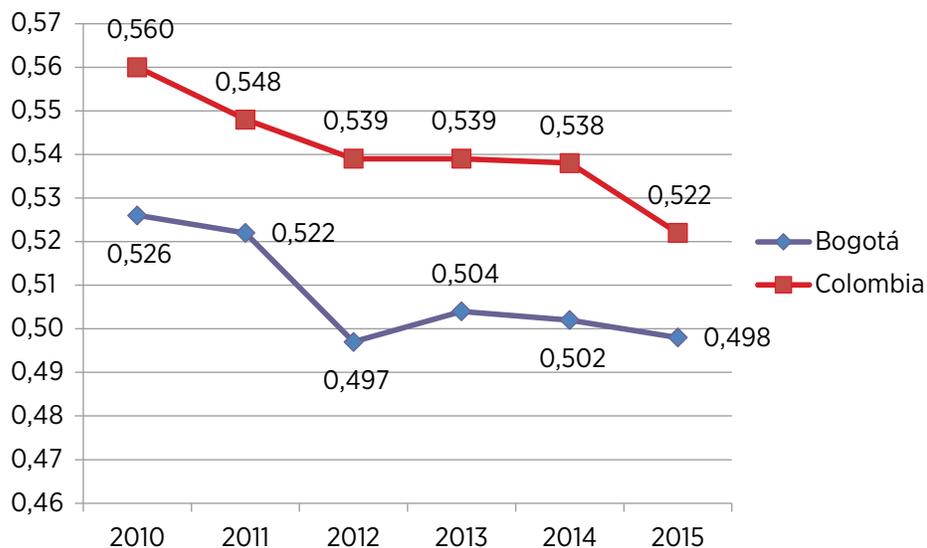
⁶ Definición tomada de la Nota Editorial: Pobreza y desigualdad en Bogotá DESR – n° 157 Abril de 2016 del Observatorio de Desarrollo Económico de Bogotá.

el nivel nacional es aún menor, ya que en Colombia el porcentaje de hogares con esta situación fue del 3,2%.

En cuanto a las condiciones de vivienda, en Bogotá, D.C. el 6,5% de los hogares presenta hacinamiento crítico, el 0,4% cuenta con paredes exteriores inadecuadas en sus viviendas, el 0,2% consta de material inadecuado en sus pisos, el 0,4% tiene inadecuada eliminación de excretas y el 0,1% no tiene acceso a fuente de agua mejorada.

De otra parte, en términos de medición de la desigualdad, en Bogotá, D.C. el coeficiente de Gini para 2015 fue de 0,498 y para Colombia fue de 0,522, según el DANE y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (figura 16).

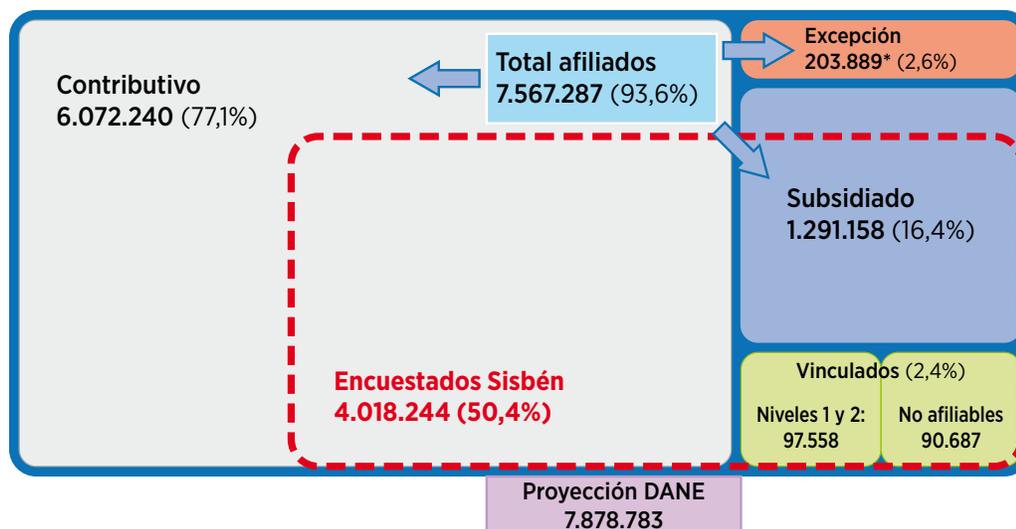
Figura 16. Coeficiente de Gini para Bogotá y Colombia (2010-2015)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

5.1.4. Acceso al SGSSS

En Bogotá, D. C. del total de la población, 7.878.783 habitantes, el 96,04 %, que equivale a 7.567.287 pobladores, se encuentra cubierta por el SGSSS en los regímenes contributivo, subsidiado y especiales. Del total de los habitantes de la ciudad, 7.567.287 pobladores cuentan con el seguro de salud. De estos, el 77,1%, 6.072.240 habitantes, están afiliados en el régimen contributivo; el 16,4%, 1.291.158, pertenecen al régimen subsidiado y el 2,6 %, 203.889 habitantes, son de regímenes de excepción. La población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, vinculada, de niveles 1 y 2 del Sisbén, asciende a 97.558 habitantes y los no afiliables, con puntajes superiores a niveles 1 y 2 equivalen a 90.687, el 2,4% (figura 17).

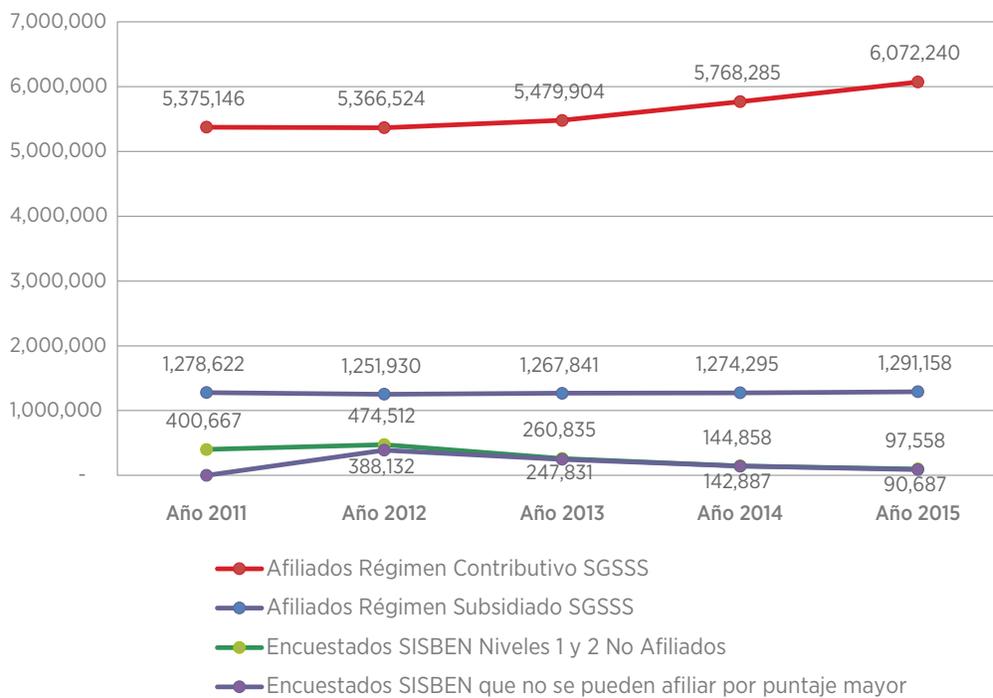
Figura 17. Población de Bogotá, D. C. en el SGSSS (2015)

*Cifra preliminar

Fuente: Afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado BDUA-FOSYGA, 31 de diciembre de 2015; Encuestados Sisbén, base de datos Sisbén certificada por el DNP, 30 de diciembre 2015; DANE-SDP, encuesta Multipropósito 2014; Proyección de población DANE.

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

Figura 18. Población de Bogotá, D.C. 2011-2015 según condición en el SGSSS



Fuente: BDUA y Encuestados Sisbén No Afiliados, cortes anuales.

No obstante las coberturas alcanzadas en el aseguramiento de la población de Bogotá, D.C. a los regímenes de la seguridad social en salud, las barreras de acceso a la prestación de servicios se constituyen en una de las principales problemáticas dentro del aseguramiento (barreras de tipo administrativo, económico, cultural y geográfico).

Según Bogotá Como Vamos en Salud⁷, el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que es detectado en las actuaciones de inspección, vigilancia y seguimiento llevadas a cabo por la SDS, lo que muestra la necesidad de implementar mecanismos efectivos para evitar prácticas que atentan contra la debida gestión del riesgo en salud y sancionen a los actores que incumplan con las obligaciones propias del aseguramiento.

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

⁷ Universidad Javeriana, Fundación Corona, Cámara de Comercio de Bogotá, Periódico El Tiempo. Programa Bogotá Como Vamos en Salud. Encuesta de Percepción Ciudadana, "Bogotá Cómo Vamos 2015".

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

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

5.2. Estado de salud de la población de Bogotá, D.C.⁸

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

Aunque durante los últimos años los indicadores en Bogotá, D.C. mostraron tendencia a la reducción (anexo 10), estos han disminuido levemente en su velocidad de descenso y registran diferenciales significativos entre localidades, territorios y grupos poblacionales, teniendo su mayor expresión en términos de tasas diferenciales de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

⁸ En el anexo 9 se registra la caracterización poblacional en cuanto al perfil de salud enfermedad de la población de Bogotá D.C. desagregada por Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) de Bogotá, D.C., tal y como lo requiere la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

5.2.1. Perfil de mortalidad en Bogotá, D.C.

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

De acuerdo con las estadísticas distritales, en Bogotá, D.C. ocurren al año 29 muertes maternas por cada 1.000 NV, se registran 10 muertes en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos y sobreviven 19 en menores de 5 años por cada 10.000. Igualmente acontecen 16,3 muertes por cada 100.000 menores de 70 años por enfermedades crónicas y se presentan 17.101 partos en adolescentes⁹.

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

La mortalidad evitable expresada por la mortalidad materna, perinatal, infantil, en menores de cinco años general y por enfermedad diarreica aguda, neumonía y desnutrición ha presentado en los últimos 15 años una tendencia hacia la reducción. Sin embargo, aún persisten diferencias notorias comparadas con las tasas de la Ciudad (tabla 7):

⁹ Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Estadísticas Vitales con fecha de corte a 31 de diciembre de 2014, cifras preliminares. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SeriesdeEstadisticasVitalesVSP>

- La mortalidad materna se presenta en mayor proporción en Barrios Unidos y Teusaquillo, localidades en las cuales se registraron tasas que superan en más de dos veces a la del Distrito Capital.
- La mortalidad perinatal y la mortalidad infantil, registran una probabilidad más alta de presentarse en la localidad de La Candelaria.
- La tasa de mortalidad en menores de 5 años es superior a la de la ciudad en siete localidades, siendo la de La Candelaria tres veces más alta que la tasa de Bogotá, D.C.
- La mortalidad por neumonía en menores de 5 años no se registra en seis localidades, pero en siete se registran tasas por encima del promedio distrital. La mortalidad por enfermedad diarreica aguda se presenta en tres localidades Usme, Kennedy y Rafael Uribe Uribe.
- El cáncer de mama presenta tasas por encima de la de Bogotá, D.C. en Usaquén, Chapinero, Tunjuelito, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe y Candelaria, siendo esta última la localidad con la tasa más alta, lo cual se registra en cerca de tres veces por encima de la de la ciudad.
- El cáncer de útero se presenta en mayor proporción en las localidades de Santa Fe, Bosa, Fontibón, Mártires y Candelaria.
- La mortalidad asociada al cáncer de próstata presenta las tasas más altas de la ciudad en las localidades de Los Mártires y Teusaquillo, con una tasa cerca de tres veces mayor comparada con la de Bogotá, D.C.
- Otras causas de mortalidad asociadas a condiciones crónicas fueron la diabetes, la hipertensión arterial y por EPOC. La mortalidad en enfermedades crónicas en menores de 70 años presenta una tasa de 16,3 por 100.000 habitantes. Diez localidades presentan tasas superiores a la de la Ciudad, particularmente en la localidad de La Candelaria, con la tasa más alta de la ciudad en casi tres veces por encima.
- La mortalidad causada por enfermedad pulmonar o coronaria (EPOC) presenta en diez localidades las tasas más altas de la ciudad; Puente Aranda tiene la tasa más alta, superando en casi 5 veces la de Bogotá, D.C. , mientras que la localidad de Santa Fe presenta una tasa dos veces por encima a la de la ciudad.

- La mortalidad por diabetes presenta una tasa de 3,7 por 100.000 habitantes, ocho localidades presentan las tasas más altas de la ciudad; es decir, están por encima de la tasa de la ciudad.
- La mortalidad por hipertensión arterial presenta una tasa de 1,5 por 100.000 habitantes. Seis localidades presentan las tasas más altas de la ciudad, es decir están por encima de la tasa registrada en Bogotá, D.C. (tabla 7).

Tabla 7. Indicadores de mortalidad en Bogotá, D. C., total y por localidades (2014)

Indicador	Período de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	1 Usaquén	2 Chapinero	3 Santafé	4 San Cristóbal	5 Usme	6 Tunjuelito	7 Bosa	8 Kennedy	9 Fontibón	10 Engativá	11 Suba	12 Barrios Unidos	13 Teusaquillo	14 Mártires	15 Antonio Nariño	16 Pueblo Aranda	17 Candelaria	18 Rafael Uribe	19 Ciudad Bolívar	
Mortalidad Materna	2014	Razón x 1.000 nacidos vivos	29	33,3	0	0	0	0,00	35,8	40,1	33,3	23	30,2	40,7	62,9	62,9	0	0	31,9	0	0	2,8,4	
Mortalidad perinatal	2014	Razón x 1.000 nacidos vivos	13,7	13,3	15	16,7	12,6	15,6	14,2	12,2	14,2	10,3	10,7	12,5	11,7	13,1	12,4	10,1	16,6	26,4	14,6	14,2	
Mortalidad Infantil	2014	Razón x 1.000 nacidos vivos	9,6	10,1	9,4	6,9	9,9	10,5	11,1	10,3	8,4	7,6	7,8	9,6	8,7	9,7	7,8	9,4	7,6	19,6	8,2	9,8	
Mortalidad en menores de 5 años	2014	Tasa x 10.000 menores nacidos de 5 años	19,2	22,6	31,7	18,8	22,7	16,3	22,6	19,6	17,6	15,4	15,1	18,8	12,5	22,3	21,4	14,6	16,6	67	18	17,8	
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	2014	Tasa x 100.000 menores nacidos de 5 años	7,8	6,9	16,7	0,0	8,5	7,2	12,9	10,2	8,1	3,8	5,1	10,6	0	16	0	0	0	0	0	6,5	7,4
Mortalidad por IDA en menores de 5 años	2014	Tasa x 100.000 menores nacidos de 5 años	0,5	0	0	0	0	2,4	0	0	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3		
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	2014	Tasa x 100.000 menores nacidos de 5 años	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 en menores de 70 años	2014	Tasa x 100.000 habitantes	16,3	16,3	17,5	20	22,6	15	20,4	18,9	14,6	16,2	16,6	12,1	12,6	8,7	23,3	19,3	15,9	41,4	19,4	15,8	
Mortalidad por EPOC	2014	Tasa x 100.000 habitantes	3,4	2,2	5,5	7,6	5,2	4	6,2	2,5	2,6	4,3	2,4	2,6	2	5,1	5,5	2,3	16,6	4,5	3,3	0	
Mortalidad por diabetes	2014	Tasa x 100.000 habitantes	3,7	3,6	3,7	2,7	4,4	5,7	6,4	4,3	3,6	3,8	2,6	2,7	2,6	0,7	5,1	5,5	3,5	8,3	3,7	4,4	
Mortalidad por hipertensión arterial	2014	Tasa x 100.000 habitantes	1,5	0,8	1,5	2,7	2	1	1,5	1	0,8	1,4	1,4	1,6	1,3	0,7	1	5,5	1,9	0	2,6	1,7	
Mortalidad por cáncer de mama	2014	Tasa x 100.000 habitantes	3,9	5,1	5,2	2,7	3,9	1,6	5	3,6	3,5	3,8	4	4,1	4,3	2,7	4,1	2,8	4,6	12,4	5	3,8	
Mortalidad por cáncer de útero	2014	Tasa x 100.000 habitantes	2,8	2,5	3	6,4	3,2	2,4	2	4,1	3,5	4,6	3,2	1,4	1,7	0	5,1	0	2,3	4,1	2,4	3,1	
Mortalidad por cáncer de próstata	2014	Tasa x 100.000 habitantes	1,1	1,5	2,2	0	1,5	0,8	1,5	1,2	1,1	1,2	1,5	0,7	0,4	2,7	3,1	0	1,2	0	1,1	0,5	

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

5.2.2. Perfil de morbilidad en Bogotá, D. C.

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

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

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

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

Se continúa presentando sífilis congénita y requiere de intervención; las localidades con mayores incidencias son Santa Fe, Ciudad Bolívar, Usme, Los Mártires, Antonio Nariño, San Cristóbal, Tunjuelito, Barrios Unidos, Chapinero y Rafael Uribe.

La morbilidad durante el 2014, expresada en el indicador de proporción de prevalencia por 1.000 habitantes, muestra que en la Ciudad, por cada 1.000 habitantes, 215 presentan una alteración o daño en la salud. Por localidad, el resultado de la razón de las proporciones de prevalencia muestra que Santa Fe,

San Cristóbal, Tunjuelito, Usme, Chapinero, Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Sumapaz son las que presentan mayores problemas de salud en su población.

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

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

La mayor prevalencia se presenta en las edades comprendidas entre los 27 y 59 años, siendo estas las edades de la población económicamente activa, lo cual genera para Bogotá, D.C. un alto gasto laboral y familiar.

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

Diagnóstico	Unidad de medida	Cuando la razón es <1, el indicador es significativamente más bajo por localidad comparado con el indicador distrital.													Cuando la razón es 1, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en el valor que toma el indicador por localidad comparado con el indicador distrital.				Cuando la razón es >1, indica que el indicador es significativamente más alto por localidad comparado con el indicador distrital.			
		Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Los Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz
Enfermedades de la pulpa y la dentina	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	37.699	17.85	14.8	39.19	56.58	57.22	44.08	63.80	42.99	29.01	27.39	23.44	11.57	2.72	23.92	22.48	24.32	25.31	52.08	59.63	28.78
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	28.583	15.55	10.72	27.68	44.54	39.29	29.77	49.56	32.13	21.36	21.67	20.09	9.22	2.23	18.64	18.08	20.91	18.56	39.95	40.10	23.62
Infección respiratoria aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	28.114	15.83	10.44	29.68	41.77	34.00	35.61	41.35	29.61	24.00	23.93	21.05	11.02	2.94	25.07	24.92	22.78	24.28	40.20	39.24	21.59
Hipertensión esencial (primaria)	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	23.224	11.17	6.99	28.99	41.01	31.28	31.11	34.14	23.90	17.05	18.22	15.56	7.56	1.75	21.42	22.17	21.17	23.61	36.27	31.90	35.66
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	14.802	7.67	4.81	13.48	21.17	19.24	15.96	24.77	17.03	12.33	11.50	11.78	4.41	0.95	8.61	9.26	10.06	9.69	20.68	20.55	4.07
Migraña	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	8.296	3.89	2.39	8.07	13.06	10.32	9.27	15.26	9.19	6.55	6.21	5.91	2.46	0.51	4.10	5.27	5.55	5.59	12.12	12.03	6.26
Diabetes mellitus	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	7.958	3.98	2.13	9.55	12.61	8.88	11.47	10.79	8.27	6.53	7.01	5.61	2.94	0.40	6.93	7.97	7.79	7.62	13.15	11.02	3.44
Amigdalitis aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	7.864	4.14	2.62	6.60	11.06	11.67	8.71	12.71	8.25	5.86	5.69	6.56	2.36	0.43	4.36	5.35	4.74	3.60	11.94	11.81	10.01
Insuficiencia venosa de miembros inferiores	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3.384	1.66	1.23	3.48	5.32	4.58	3.72	5.28	3.47	2.70	3.12	2.68	1.09	0.15	2.48	2.90	2.36	2.20	4.71	4.49	3.60
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3.309	1.66	1.26	5.65	5.27	4.11	4.43	4.87	3.03	2.23	2.49	2.45	1.19	0.28	3.34	3.15	2.38	4.93	5.51	5.09	5.16
Sinusitis	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3.256	1.83	1.15	3.15	5.25	3.99	3.60	4.83	3.58	2.82	2.66	2.59	1.21	0.21	2.09	2.58	2.58	2.28	4.84	4.24	1.25
Infección intestinal viral	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	3.131	1.65	0.72	1.96	4.69	4.64	3.71	5.74	3.70	2.54	2.11	2.26	0.75	0.17	1.29	1.82	1.85	1.37	4.55	4.39	0.78
Asma	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	2.791	1.35	0.93	2.36	3.59	3.10	2.92	5.02	3.05	1.99	2.27	2.51	0.83	0.19	1.90	1.80	2.25	1.33	3.83	3.92	2.19
Epilepsia	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	2.028	0.95	0.60	2.56	3.75	2.85	2.32	2.85	2.09	1.43	1.59	1.31	0.63	0.26	1.69	1.41	1.49	1.82	3.29	3.16	1.25
Dermatitis alérgica de contacto	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1.862	1.09	0.58	2.13	2.53	2.04	2.13	3.61	2.07	1.47	1.42	1.50	0.53	0.07	1.04	1.06	1.40	1.33	2.33	2.56	0.94
Síndrome del túnel carpiano	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1.808	0.93	0.62	1.80	3.04	2.11	2.25	3.08	1.93	1.73	1.48	1.29	0.38	0.09	0.99	1.40	1.22	0.75	2.65	2.45	1.25

Continúa

Diagnóstico	Unidad de Medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santafé	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barridos Unidos	Teusaquillo	Los Mártires	Antonio Narino	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz
Leiomioma del útero	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,797	0,88	0,47	1,53	2,48	2,02	2,31	3,17	2,11	1,60	1,48	1,35	0,52	0,05	1,22	1,45	1,53	1,28	2,30	2,40	1,09
Trastorno afectivo bipolar	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,693	0,92	0,61	1,76	2,46	1,67	2,00	2,18	1,99	1,43	1,69	1,39	0,75	0,21	1,60	1,56	1,54	1,86	2,14	2,16	1,09
Trastornos depresivos	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,466	0,66	0,65	1,50	2,14	1,44	1,68	1,79	1,68	1,24	1,84	1,14	0,73	0,17	1,20	1,15	1,38	1,28	1,93	1,73	0,94
Hipoacusia, no especificada	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	1,03	0,62	0,36	1,12	1,64	1,28	1,21	1,48	1,11	0,87	0,88	0,83	0,43	0,06	0,86	0,76	0,77	0,83	1,32	1,39	0,47
Apnea del sueño	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,846	0,41	0,23	0,72	1,06	0,80	1,21	1,02	1,04	0,84	0,96	0,63	0,42	0,05	0,79	1,08	0,98	0,87	1,27	0,88	0,00
Trastorno de ansiedad, no especificado	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,816	0,38	0,14	0,73	1,09	0,79	1,07	1,22	0,98	0,74	0,84	0,61	0,26	0,08	0,68	0,95	0,84	0,75	1,15	0,96	0,63
Conjuntivitis atópica aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,767	0,47	0,38	0,86	1,29	0,94	0,92	1,08	0,84	0,55	0,63	0,52	0,23	0,04	0,62	0,54	0,49	0,46	1,01	1,26	1,25
Tumor benigno de la piel	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,763	0,36	0,26	0,51	1,19	0,84	0,96	1,09	0,84	0,70	0,70	0,57	0,24	0,04	0,56	0,74	0,71	0,54	1,25	1,00	0,00
Parto	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,69	0,57	0,39	1,35	0,95	0,83	1,32	0,94	0,58	0,69	0,49	0,43	0,40	0,13	1,14	0,74	0,69	1,12	1,03	0,89	1,09
Hipoacusia neurosensorial, bilateral	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,676	0,33	0,19	0,62	0,91	0,68	0,98	0,86	0,8	0,60	0,70	0,52	0,28	0,03	0,60	0,76	0,69	0,83	0,92	0,84	0,47
Abortos	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,643	0,54	0,44	0,85	0,80	0,76	1,13	0,90	0,57	0,64	0,52	0,46	0,36	0,07	0,85	0,66	0,67	0,83	0,96	0,77	0,78
Esquizofrenia	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,612	0,35	0,23	1,40	1,11	0,75	0,78	0,60	0,47	0,39	0,56	0,55	0,29	0,15	0,79	0,51	0,62	1,08	0,95	0,85	0,31
Tumor de mama	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,56	0,27	0,10	0,7	0,81	0,50	0,81	0,81	0,62	0,53	0,54	0,44	0,23	0,06	0,55	0,64	0,57	0,70	0,85	0,6	20,47
Laringitis aguda	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,557	0,33	0,17	0,46	0,66	0,72	0,6	0,98	0,75	0,35	0,39	0,45	0,20	0,03	0,29	0,41	0,46	0,25	0,70	0,73	0,16
Cardiomiopatía isquémica	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,552	0,32	0,12	0,53	0,73	0,56	0,79	0,58	0,59	0,49	0,60	0,39	0,30	0,02	0,63	0,80	0,60	0,37	0,90	0,74	0,00
Tumor maligno de la piel	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,485	0,28	0,16	0,49	0,65	0,46	0,61	0,55	0,55	0,46	0,50	0,39	0,23	0,03	0,54	0,56	0,45	0,95	0,76	0,60	0,00
Trastornos de adaptación	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,475	0,23	0,12	0,46	0,84	0,39	0,54	0,55	0,52	0,36	0,41	0,62	0,16	0,03	0,31	0,43	0,29	0,37	0,55	0,57	0,00

Continúa

Diagnóstico	Unidad de Medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santafé	San Cristóbal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Engativá	Suba	Barrios Unidos	Tosaquillo	Los Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz
Desviación del tabique nasal	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,461	0,25	0,15	0,41	0,70	0,44	0,57	0,66	0,54	0,48	0,46	0,34	0,13	0,03	0,50	0,27	0,39	0,58	0,65	0,57	0,00
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,4	0,25	0,36	1,19	0,60	0,48	0,65	0,52	0,32	0,35	0,30	0,25	0,28	0,12	1,00	0,38	0,31	0,99	0,59	0,50	0,00
Tinnitus	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,36	0,17	0,06	0,27	0,46	0,33	0,43	0,54	0,41	0,38	0,41	0,28	0,16	0,05	0,35	0,37	0,34	0,33	0,47	0,41	0,16
Amebiasis	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,352	0,21	0,48	0,32	0,49	0,41	0,38	0,60	0,37	0,17	0,44	0,19	0,13	0,01	0,17	0,17	0,34	0,33	0,43	0,45	0,94
Enfermedad cerebrovascular	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,338	0,16	0,06	0,25	0,39	0,34	0,44	0,41	0,36	0,37	0,35	0,27	0,14	0,04	0,28	0,45	0,36	0,41	0,45	0,51	0,16
Preeclampsia	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,229	0,16	0,11	0,35	0,26	0,33	0,36	0,36	0,23	0,22	0,18	0,18	0,06	0,03	0,18	0,13	0,17	0,17	0,30	0,32	0,00
Abuso psicológico	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,025	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,25	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,94
Eclampsia en el embarazo	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,025	0,02	0,00	0,02	0,03	0,03	0,03	0,05	0,03	0,01	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,04	0,04	0,00
Dengue	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,098	0,04	0,01	0,03	0,15	0,11	0,10	0,14	0,12	0,12	0,10	0,08	0,04	0,01	0,05	0,05	0,09	0,00	1,04	0,13	0,16
Abuso sexual	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,024	0,01	0,01	0,03	0,05	0,05	0,01	0,03	0,01	0,01	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	0,03	0,02	0,00	0,05	0,03	0,00
Abuso físico	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	0,002	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31
Otras causas	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	20,669	10,39	7,09	22,55	31,54	25,87	25,92	31,87	22,93	16,68	17,03	15,13	6,90	1,51	16,20	15,96	15,38	17,07	29,76	29,16	13,45
Total morbilidad	Proporción de prevalencia x 1.000 habitantes	215,516	110,78	75,32	227,34	330,71	283,18	258,88	342,89	235,62	170,91	171,76	154,65	72,05	16,40	159,86	163,16	163,54	168,52	310,93	307,11	174,72

Fuente: Base de datos RIPS SDS, 2014 preliminar, población vinculada, desplazada y atenciones no POS, (2015 fecha corte de recepción 31 de diciembre de 2015), base de datos RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, 2014 preliminar, población contributiva y subsidiada (2015 fecha de recepción febrero 01 2016), Proyecciones de población DANE periodo 2010 a 2015 (información preliminar).

5.2.3. Diferenciales en salud en Bogotá, D. C. por localidades y dimensiones prioritarias

De acuerdo con el perfil de morbilidad y de mortalidad de Bogotá, D. C., se consideran prioritarias para la ciudad las siguientes seis dimensiones: 1. Vida saludable y condiciones no transmisibles. 2. Convivencia social y salud mental. 3. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. 4. Vida saludable y enfermedades transmisibles. 5. Salud ambiental. 6. Salud y ámbito laboral.

5.2.3.1. Vida saludable y condiciones no transmisibles

5.2.3.1.1. Mortalidad por enfermedades crónicas

En Bogotá, D. C. el 32% de la carga de la enfermedad está dada por las enfermedades crónicas, con una tasa de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes (tabla 7), constituyéndose en la primera causa de mortalidad de la ciudad. En general, las principales causas están asociadas a enfermedades cardio-cerebrovasculares (hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad arterioesclerótica), con una tasa de 120,4 por 100.000 habitantes; cánceres malignos con una tasa de 82,24 por 100.000 habitantes, de los cuales el 30% corresponde a menores de 18 años; diabetes, con una tasa 12,4 por 100.000 habitantes; insuficiencia renal crónica, con una tasa de 12,4 por 100.000 habitantes; y enfermedades respiratorias (EPOC y enfermedad pulmonar intersticial difusa [EPID]), con una tasa de 12,4 por 100.000 habitantes (mapa 6).

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

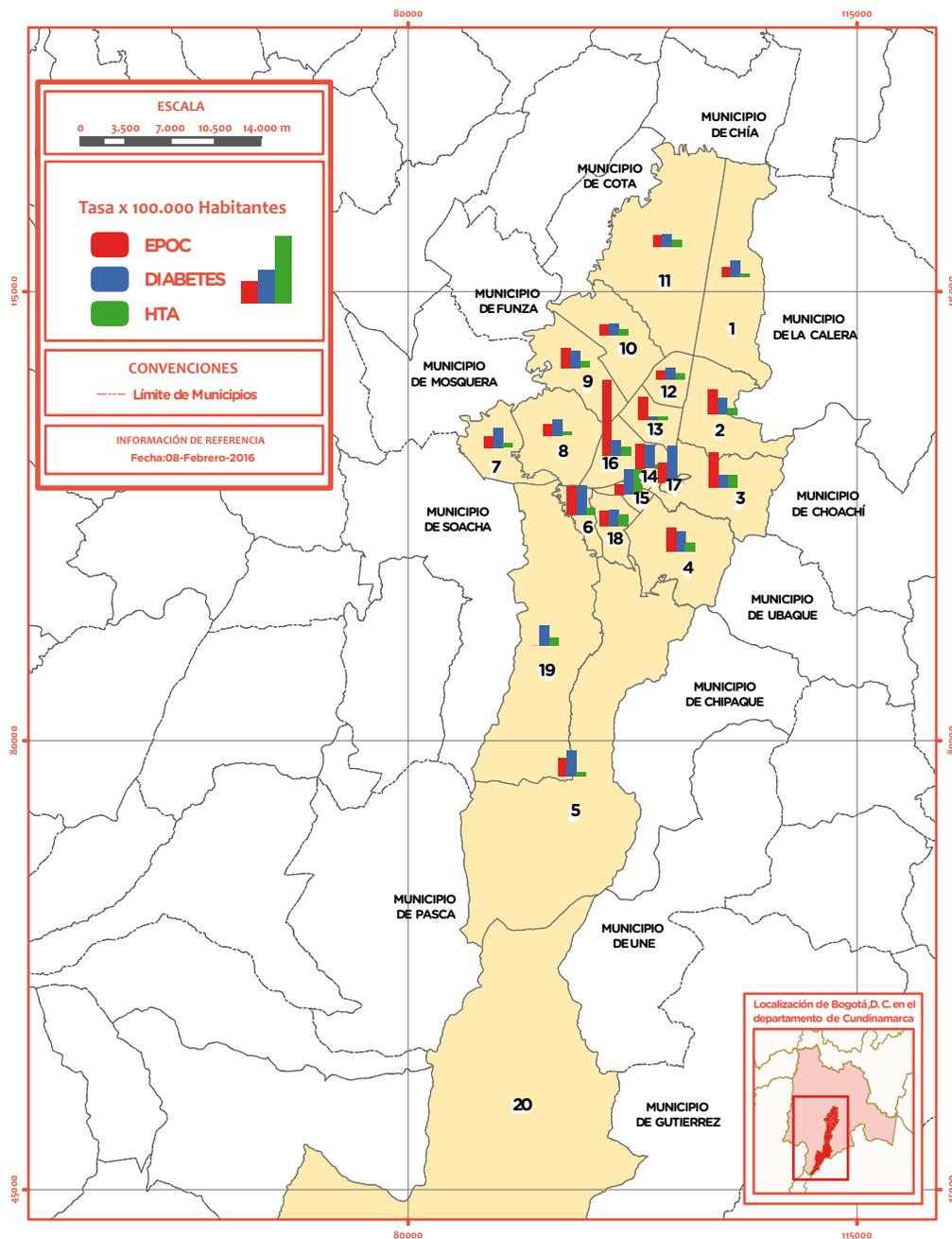
La mayor proporción de casos de mortalidad por cáncer se presenta en Suba, con un 15,46%; Kennedy, con el 12,52%; Engativá, con el 11,61%; Usaquén, con el 9,12% y Bosa con el 6,08%. Al ajustar las tasas de prevalencia por la población estándar de Bogotá, D. C., se estableció que las localidades con tasas más altas son Chapinero, con 134,03 por 100.000 habitantes; Usaquén, con 127,88 por 100.000

habitantes; La Candelaria, con 124,28 por 100.000 habitantes; Teusaquillo, con 115,82 por 100.000 habitantes; Puente Aranda, con 108,46 por 100.000 habitantes y Los Mártires, con una tasa de 99,35 por 100.000 habitantes (mapa 7).

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

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

Mapa 6. Mortalidad prematura (en menores de 70 años) por localidades de Bogotá, D.C. (2014) por enfermedades crónicas (tasa por 100.000 habitantes)



(Continúa en la tabla)

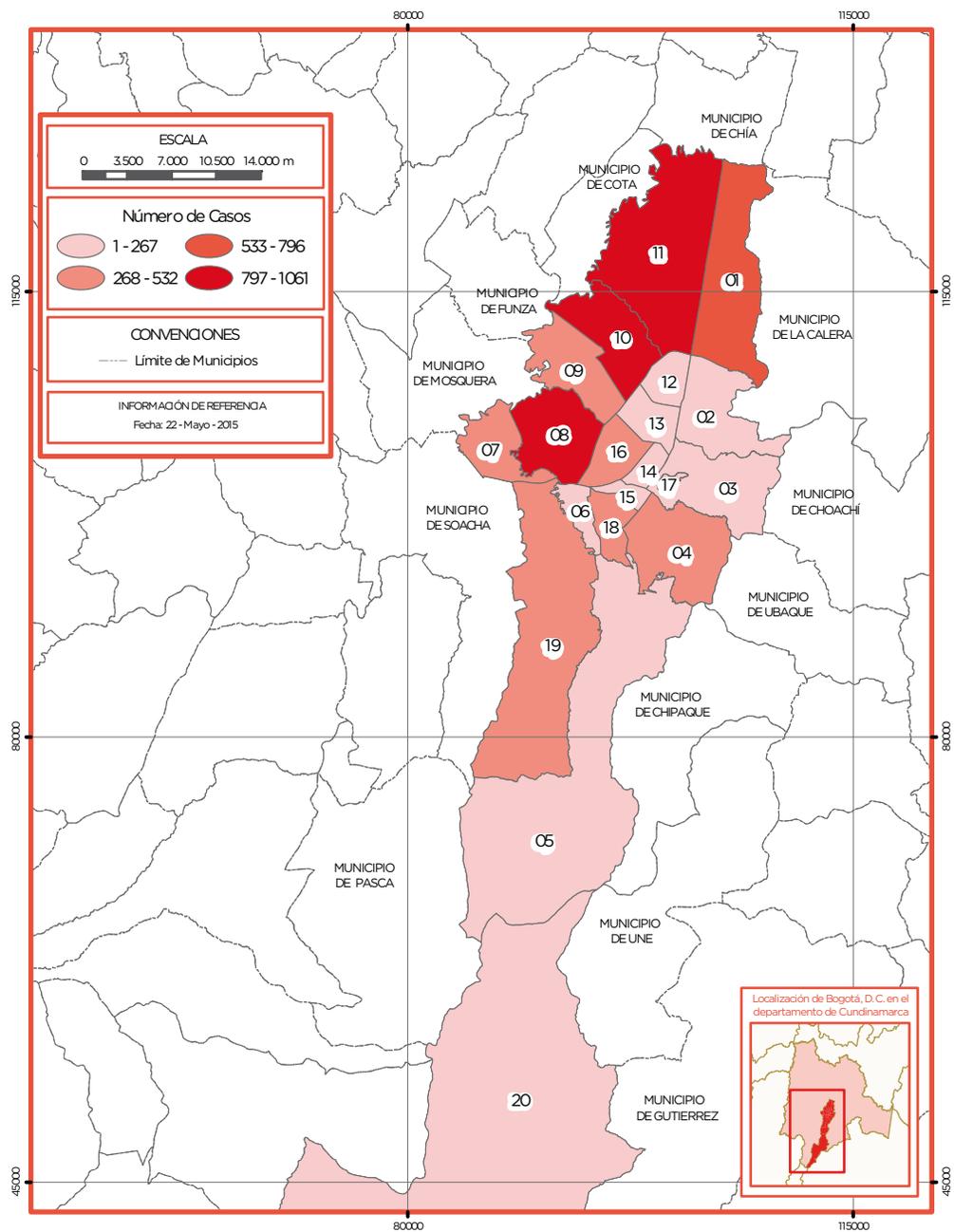
(Datos asociados al mapa 6)

	Localidad	EPOC	Diabetes	HTA
1	Usaquén	2,2	3,6	0,8
2	Chapinero	5,5	3,7	1,5
3	Santa Fe	7,6	2,7	2,7
4	San Cristóbal	5,2	4,4	2,0
5	Usme	4,0	5,7	1,0
6	Tunjuelito	6,2	6,4	1,5
7	Bosa	2,5	4,3	1,0
8	Kennedy	2,6	3,6	0,8
9	Fontibón	4,3	3,8	1,4
10	Engativá	2,4	2,6	1,4
11	Suba	2,6	2,7	1,6
12	Barrios Unidos	2,0	2,6	1,3
13	Teusaquillo	5,1	0,7	0,7
14	Los Mártires	5,5	5,1	1,0
15	Antonio Nariño	2,3	5,5	5,5
16	Puente Aranda	16,6	3,5	1,9
17	Candelaria	4,5	8,3	0
18	Rafael Uribe	3,3	3,7	2,6
19	Ciudad Bolívar	0	4,4	1,7
20	Sumapaz	0	0	0

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO-RIPS cruzada con bases de datos APS y Sisbén, ajustado 29-03-2016. Información procesada por SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Mapa generado en SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

La problemática más frecuente, en el grupo de enfermedades crónicas, es el desconocimiento de los signos de alarma, la falta de controles periódicos, las barreras de acceso a servicios de salud, la demora en el diagnóstico y el tratamiento, en particular asociadas a situaciones como la negación de servicios o los inconvenientes relacionados con inoportunidad en las citas médicas o inconsistencias en las bases de datos, lo mismo que con problemas para entrega de medicamentos POS y no POS y demoras y negación de servicios no POS. También lo es el personal de salud no capacitado.

Mapa 7. Mortalidad por cáncer en Bogotá, D.C. (2014) (proporción de casos)



(Continúa en la tabla)

(Datos asociados al mapa 7)

	Localidad	%
1	Usaquén	9,1
2	Chapinero	2,7
3	Santa Fe	1,5
4	San Cristóbal	5,2
5	Usme	3,2
6	Tunjuelito	2,7
7	Bosa	6,1
8	Kennedy	12,5
9	Fontibón	4,6
10	Engativá	11,6
11	Suba	15,5
12	Barrios Unidos	3
13	Teusaquillo	2,5
14	Los Mártires	1,4
15	Antonio Nariño	1,5
16	Puente Aranda	4,1
17	Candelaria	0,4
18	Rafael Uribe	5,1
19	Ciudad Bolívar	6
20	Sumapaz	0
	En blanco	1,3
	Total	100

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales. Mapa generado en la SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

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

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

5.2.3.1.2. Morbilidad por enfermedades crónicas

En Bogotá, D.C. la tasa de prevalencia por enfermedades crónicas fue de 79,85 por 1.000 habitantes en 2014. Las enfermedades crónicas más frecuentes son cardiovasculares, cáncer maligno y tumores benignos, diabetes, insuficiencias renales, enfermedades respiratorias y cirrosis hepáticas. Al ajustar las tasas de morbilidad por la población estándar de Bogotá, D.C. se tiene que las localidades con mayor tasa de prevalencia son Usme, 387,78 por 1.000 habitantes; Suba, 364,00 por 1.000 habitantes; Teusaquillo, 363,09 por 1.000 habitantes; Candelaria, 336,71 por 1.000 habitantes; Engativá, 332,72 por 1.000 habitantes y San Cristóbal, 282,05 por 1.000 habitantes (mapa 8).

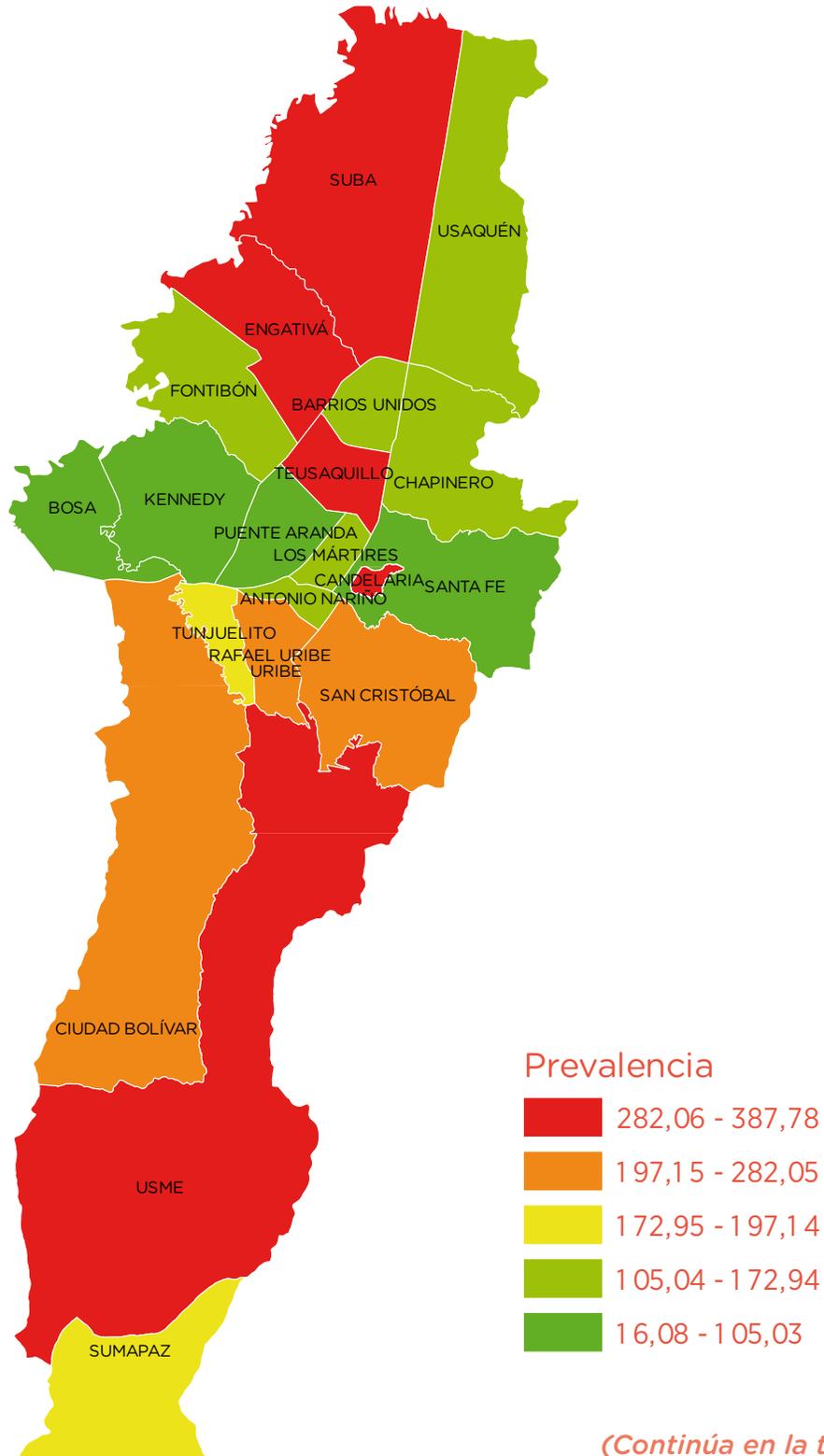
A nivel mundial, las enfermedades no transmisibles son en esta época el mayor desafío para la salud y el desarrollo social y económico, ya que representan una elevada carga de enfermedad que seguramente continuará aumentando en la medida en que no se implementen estrategias integrales con los diferentes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

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

El PDSP 2012-2021, establece metas y objetivos concretos en dos componentes claves de la dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles: 1. Modos, condiciones y estilos de vida saludables y 2. Condiciones crónicas prevalentes. Para el primer componente, el cual pretende a través de intervenciones colectivas e individuales lideradas por el sector salud, en conjunto con otros sectores y desde una base comunitaria, propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable, en las personas, familias y comunidades.

El análisis de los indicadores de este componente, refleja que en el Distrito Capital los hábitos de vida saludable presentan un comportamiento que favorece la aparición de factores de riesgo para adquirir una condición crónica. En relación con el tabaco se encuentra una prevalencia de consumo para el año 2015 en el 25,8% de los hogares, con un incremento del 1% frente al año anterior, asociado a que aún existen establecimientos que incumplen la Ley 1335 de 2009.

Mapa 8. Morbilidad por eventos crónicos por localidades y género en Bogotá, D.C. (2014) (total población)



(Datos asociados al mapa 8)

	Localidad	Frecuencia	Proporción de prevalencia ajustada	Proporción de prevalencia ajustada	
				Hombres	Mujeres
1	Usaquén	32.442,00	156,66	121,58	188,50
2	Chapinero	6.248,00	169,70	122,91	222,41
3	Santafé	16.174,00	16,08	14,23	17,75
4	San Cristóbal	86.029,00	282,05	209,14	353,31
5	Usme	76.386,00	387,78	288,65	481,12
6	Tunjuelito	33.902,00	179,95	138,58	218,27
7	Bosa	134.001,00	79,68	65,45	92,58
8	Kennedy	156.133,00	105,03	80,54	126,69
9	Fontibón	39.598,00	172,94	134,09	208,15
10	Engativá	94.460,00	332,72	247,25	414,51
11	Suba	107.532,00	364,00	273,93	449,20
12	Barrios Unidos	10.703,00	169,12	127,91	208,49
13	Teusaquillo	1.494,00	363,09	271,72	448,95
14	Los Mártires	10.155,00	164,82	123,91	204,50
15	Antonio Nariño	11.675,00	161,22	124,38	198,84
16	Puente Aranda	27.098,00	71,67	55,34	87,18
17	La Candelaria	2.681,00	336,71	248,42	421,71
18	Rafael Uribe	74.607,00	251,38	190,44	309,15
19	Ciudad Bolívar	131.915,00	236,11	175,15	297,73
20	Sumapaz	718,00	197,14	156,89	239,25

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO - RIPS cruzada con bases de datos APS y SISBEN, ajustado 29-03-2016. Información procesada por Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

Frente al consumo de alcohol, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, para el año 2013 fue del 39,9% en las edades de 12 a 65 años la cual está 3,72 por encima del consumo a nivel nacional.

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

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

Estos comportamientos se ven afectados desde lo ambiental por las condiciones, el hacinamiento crítico y los entornos no saludables, así como por el uso inadecuado del espacio público, una malla vial en mal estado y congestionada y la alta percepción de inseguridad en la población que limitan las prácticas de actividad

física (uso de bicicleta, caminar, etc.) y el acceso a los escenarios deportivos y recreativos por parte de la población. Desde la dimensión social los imaginarios, representaciones sociales, las creencias, valores, prácticas, hábitos higiénicos y culturales pueden llegar a generar un contexto propicio para la reproducción de prácticas no saludables en la población.

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

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

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

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

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

5.2.3.2. Vida saludable y enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles son aquellos eventos causados por agentes de origen infeccioso, o sus productos biológicos, los cuales se caracterizan por su transmisión de una persona a otra o de un animal o reservorio, afectando directamente el estado de salud de un individuo o colectivos, generando un alto impacto en términos epidemiológicos en una población, con la afectación del bienestar y la calidad de vida, produciendo un alto grado de externalidades y de costos en el sistema de salud (Yadón, 2006).

5.2.3.2.1. Mortalidad por enfermedades transmisibles

En Bogotá, D.C. el 9% de la carga de enfermedad (SDS, Porras & Navarrete, 2014) es por enfermedades transmisibles. La tasa de mortalidad registrada en Bogotá fue de 18,1 por 100.000 habitantes en 2014. Las principales causas son por neumonía con una tasa de mortalidad de 7,8 por 100.000 menores de 5 años; tuberculosis con una tasa de 14 casos por cada 100 mil habitantes, con mayor afección al sexo masculino, en una razón de 2 hombres por cada mujer, en edades de 24 a 35 años y una alta carga en mayores de 65 años; enfermedad diarreica aguda (EDA) con una tasa de 0,5 casos por cada 100.000 menores de 5 años (tabla 9); enfermedades transmitidas por vectores, dengue, con una letalidad del 0,41%; si bien Bogotá, D.C. no es una zona endémica, si representa una alta demanda de atenciones de casos importados de residentes que viajan a zonas endémicas o las remisiones de otros departamentos por ser Bogotá, D.C. centro de atención por excelencia (SDS & Rentería, 2014).

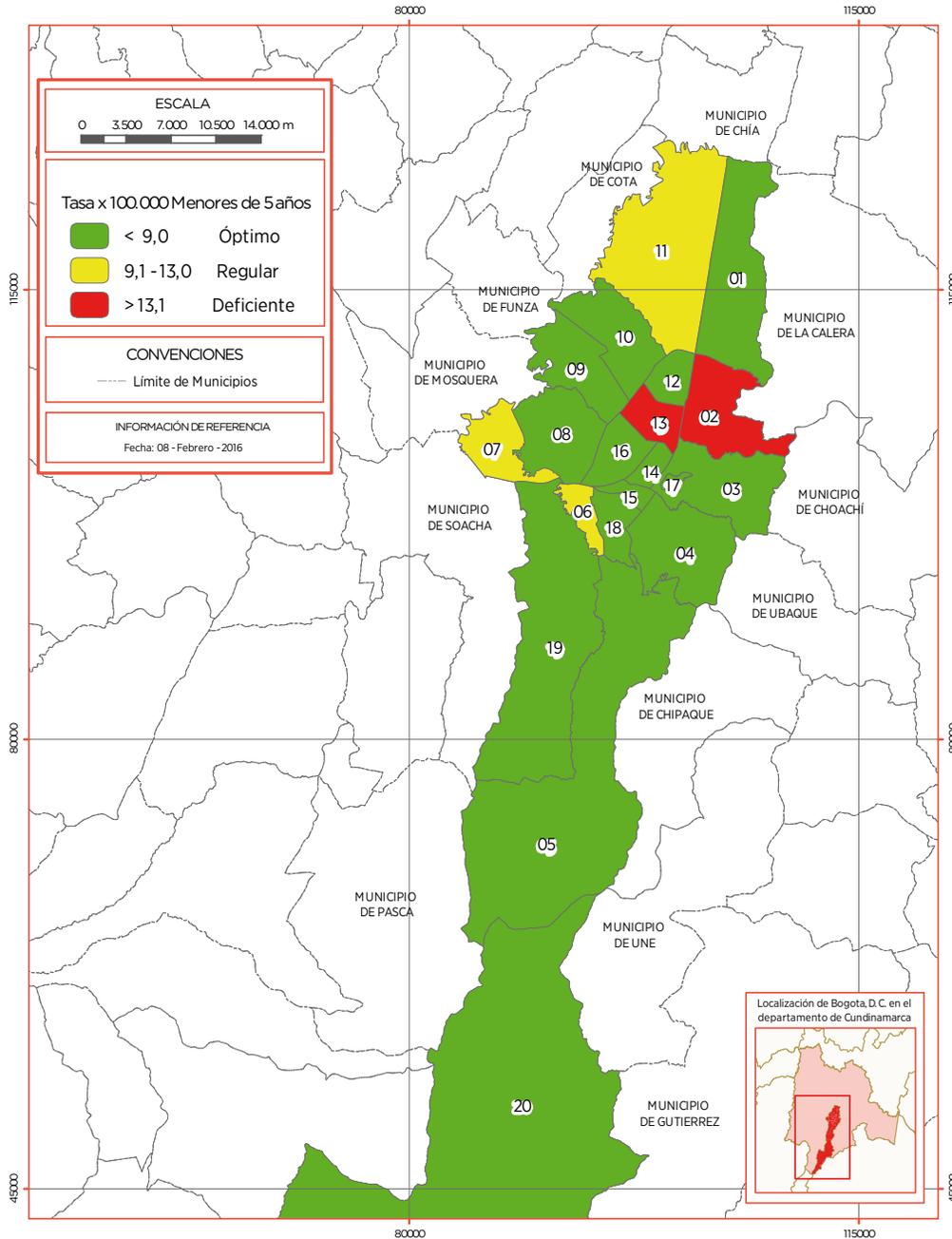
Tabla 9. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, Bogotá (2010-2014)

Eventos	2010		2011		2012		2013		2014	
	Casos	Tasa								
Neumonía (Tasa por 100.000 <5 años)	102	17,2	65	10,9	55	9,2	41	6,8	47	7,8
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) (Tasa por 100.000 <5 años).	5	0,8	7	1,2	8	1,3	3	0,5	3	0,5
Mortalidad General Menores de 5 Años (Tasa por 10.000 <5 años)	1.512	25,5	1.463	24,5	1.429	23,9	1.194	19,9	1.157	19,2

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. D.C. Estadísticas Vitales 2011-2014.

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

Mapa 9. Mortalidad por eventos transmisibles en Bogotá, D.C. (2014)
(tasas por localidades)



(Continúa en la tabla)

(Datos asociados al mapa 9)

	Localidad	Tasa
1	Usaquén	6,9
2	Chapinero	16,7
3	Santa Fe	0
4	San Cristóbal	8,5
5	Usme	7,2
6	Tunjuelito	12,9
7	Bosa	10,2
8	Kennedy	8,1
9	Fontibón	3,8
10	Engativá	5,1
11	Suba	10,6
12	Barrios Unidos	0
13	Teusaquillo	16,0
14	Los Mártires	0
15	Antonio Nariño	0
16	Puente Aranda	0
17	Candelaria	0
18	Rafael Uribe	6,5
19	Ciudad Bolívar	7,4
20	Sumapaz	0

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales. Mapa generado en SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

De los eventos en erradicación o eliminación como rubeola, sarampión y parálisis flácida, no se han presentado casos autóctonos de Bogotá, D. C., durante los últimos años. Sin embargo, se presenta alta incidencia con baja mortalidad por varicela y hepatitis A, eventos sobre los cuales se ha presentado una reducción significativa en la tasa de incidencia, llegando esta última a una reducción de menos cinco casos por 100.000 habitantes en 2014.

Por su parte, la meningitis muestra en 2014 una tendencia irregular con tasas de incidencia para neumococo de 0,5 casos por 100.000 habitantes y meningococo 0,1 casos por 100.000 habitantes. Durante este mismo año se notificaron un total de 2.715 casos de parotiditis, observándose una disminución del 66% en la notificación del evento respecto al 2013, lo cual se explica en gran medida por la intervención oportuna realizada sobre los brotes de las Unidades Comando de Salud Pública (UCSP); lo anterior evidencia que el 75% de los casos proceden de fuera del Distrito Capital.

5.2.3.2.2. Morbilidad por enfermedades transmisibles

La vida saludable libre de enfermedades transmisibles, de acuerdo con lo dispuesto en el PDSP 2012-2021¹⁰, constituye en Colombia y en Bogotá, D.C. una prioridad desde el accionar de las políticas, programas, proyectos en salud pública, que requieren la gestión sectorial, transectorial y comunitaria, para la modificación de los determinantes sociales de la salud, relacionados a los modos, condiciones y estilos de vida de la población.

La tasa de prevalencia de la morbilidad por enfermedades infecciosas en Bogotá, D.C. es de 51,77 por 1.000 habitantes. De estas se destacan la EDA con una tasa de morbilidad de 2.532,54 por 100.000 habitantes; el dengue, con una tasa de 2.513,20 por 100.000 habitantes y la neumonía, la cual registró una tasa de 105,53 por 100.000 habitantes. La mayor proporción de morbilidad se presenta en mujeres con un 57,68%; en edades de 27 a 59 años, con un 40,51% del total, en niveles educativos bajos y en nivel Sisbén 1, con un 45,29%. Las localidades con mayor afectación son: Usme con una tasa de morbilidad ajustada de 105,98 por 1.000 habitantes; Suba, con una tasa de 100,28 por 1.000 habitantes; La Candelaria, con una tasa de 93,99 por 1.000 habitantes; Teusaquillo, con una tasa de 88,89 por 1.000 habitantes; Engativá, con una tasa de 87,01 por 1.000 habitantes y Rafael Uribe, con una tasa de 71,38 por 1.000 habitantes (mapa 10).

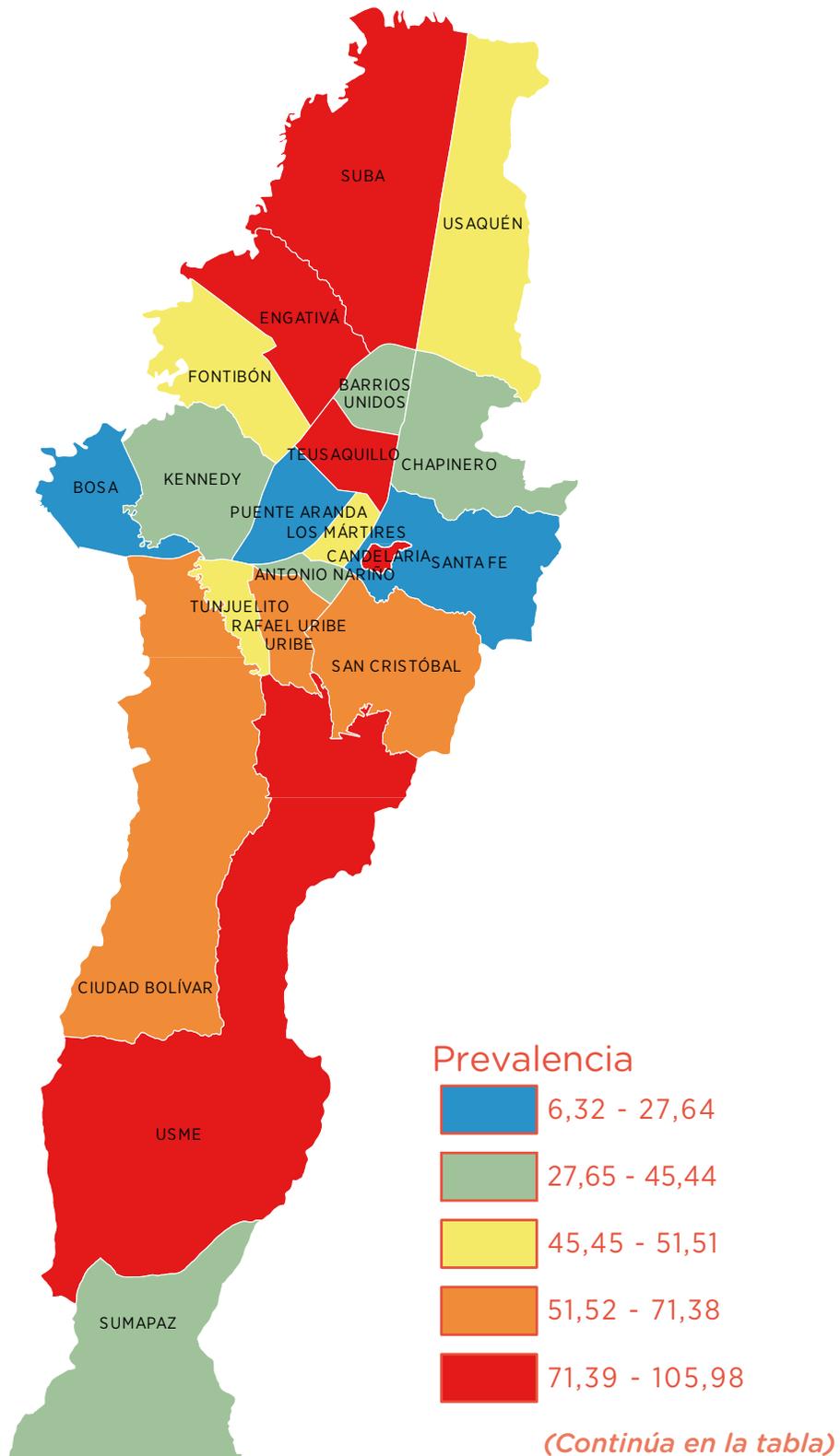
Uno de los eventos de mayor seguimiento y vigilancia es la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años, la cual, aunque presentó una disminución del 16,7%, entre el 2014 y 2015, (78-65 casos), aún corresponde a una de las principales causas de muerte en esta población.

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

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

¹⁰ Ministerio de salud y protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por el cual se adopta el Plan decenal de Salud Pública 2012-2021.

Mapa 10. Morbilidad por enfermedades transmisibles en Bogotá, D.C. (2014) (prevalencia por localidades y género) (total población)



(Datos asociados al mapa 10)

	Localidad	Frecuencia	Proporción de prevalencia ajustada	Proporción de prevalencia ajustada	
				Hombres	Mujeres
1	Usaquén	17.714	49,56	61,36	38,63
2	Chapinero	3.089	45,44	47,93	42,61
3	Santa Fe	7.077	6,32	7,14	5,57
4	San Cristóbal	41.221	69,53	81,31	57,99
5	Usme	38.380	105,98	126,51	86,62
6	Tunjuelito	13.799	50,54	62,28	39,90
7	Bosa	68.772	27,64	31,93	23,73
8	Kennedy	76.306	40,24	48,52	32,88
9	Fontibón	18.967	51,51	62,84	41,27
10	Engativá	42.049	87,01	102,44	72,21
11	Suba	57.470	100,28	120,21	81,39
12	Barrios Unidos	4.945	43,40	49,37	37,27
13	Teusaquillo	679	88,89	105,02	73,70
14	Los Mártires	4.096	47,33	56,15	38,75
15	Antonio Nariño	4.537	42,60	51,87	33,71
16	Puente Aranda	11.667	23,47	27,63	19,51
17	La Candelaria	1.016	93,99	110,71	77,86
18	Rafael Uribe	35.409	71,38	84,28	59,15
19	Cuidad Bolívar	62.597	65,08	75,70	54,32
20	Sumapaz	286	44,58	46,61	42,38

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO-RIPS cruzada con bases de datos APS y Sisbén de la SDS, ajustado 29-03-2016. Información procesada por SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

Se encuentran también las infecciones de transmisión sexual (ITS). En el caso del VIH-sida se debe resaltar que Bogotá, D.C. presenta una prevalencias alta en poblaciones de riesgo, como transgeneristas 17% y HSH 15%. En cuanto a hepatitis B se reportó en 2015 un total de 4,00 casos por 100 mil habitantes afectando tanto a población general como a grupos de riesgo, tales como mujeres y hombres en ejercicio de la prostitución, LGBTI, habitante de calle y consumidores de sustancias psicoactivas. En este caso, las estadísticas muestran un comportamiento errático para los últimos 5 años, debido, posiblemente, a subdiagnóstico en la ciudad y el país.

Otra de las infecciones de transmisión sexual de gran relevancia es la sífilis gestacional, la cual viene aumentando su razón de prevalencia en la ciudad en los últimos 5 años, pasando de 4,2 en 2011 a 6,2 casos por 1.000 NV en 2015, lo cual podría obedecer a la estrategia mencionada, que viene aumentando el acceso al tamizaje para estos eventos. En comparación, la sífilis congénita, la sífilis

gestacional ha mostrado una leve disminución en la incidencia, pasando de 2,2 en 2012 a 2,0 casos por 1.000 NV en 2014; para 2015, período en el cual no es posible hacer la comparación dado que se presentó cambio en la definición de casos y se reporta 1,1 por 1.000 nacidos vivos. Estas últimas cifras distan aún de la meta distrital y nacional de 0,5 casos.

En cuanto a los eventos prevenibles por vacuna, estos se relacionan con enfermedades que se pueden controlar a través de la gestión integral del PAI, el cual ha alcanzado coberturas en los últimos años por encima del 95 %, y en algunos casos, del 100 %. Si bien se presenta una alta cobertura de vacunación en la ciudad, en el marco de la vigilancia epidemiológica, se ha detectado 1 caso probable de parálisis flácida aguda (PFA), 1.575 casos sospechosos de sarampión, 102 casos de tosferina con cuatro muertes atribuibles, 2.410 casos de parotiditis, 99 casos de hepatitis A, 20 casos de meningitis por meningococo, y 34.161 casos de varicela, que afectaron principalmente a población menor de 5 años. La presencia de estos eventos se puede relacionar con la baja oferta de la red privada en localidades como Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, y de deficiencia en las acciones de información y comunicación generadas por los prestadores y aseguradoras.

Los eventos endemoepidémicos que se relacionan con las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y las enfermedades zoonóticas, muestran que para el 2015, comparado con el año 2011, la demanda de atención por estas enfermedades se incrementó en 6 veces, pasando de 1.123 a 7.919 casos notificados, asociados con la exposición de vectores, transmisión congénita (malaria, chagas, chikungunya, zika), transmisión por alimentos (chagas), transfusión sanguínea y a los accidentes laborales. Estas enfermedades afectan a la población general, a viajeros y migrantes en todas las localidades del Distrito Capital.

De manera adicional, en la ciudad se atienden enfermedades zoonóticas, como leptospirosis, procedentes de Bogotá, D.C. y accidentes ofídicos procedentes de otros departamentos y municipios. Para una respuesta integral ante esta situación se requiere la implementación de una estrategia de gestión integrada intrainstitucional, sectorial e intersectorial en la que se articulen las acciones de promoción del autocuidado de la población que se desplaza a zonas endémicas y la atención integral de pacientes afectados por enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.

Para impactar el diagnóstico de las enfermedades transmisibles y disminuir la carga de la enfermedad en Bogotá, D.C., en marco del PTS 2016-2020, se hace necesario el desarrollo de acciones sectoriales de las IPS, de EAPB y de aseguradoras, que

garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad para la atención integral en salud de pacientes; así como el fortalecimiento de la detección temprana y protección específica, las acciones de Información, educación y comunicación que contribuyan a la disminución de la carga de la enfermedad, secuelas, discapacidades y mortalidad.

5.2.3.3. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

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

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

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

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

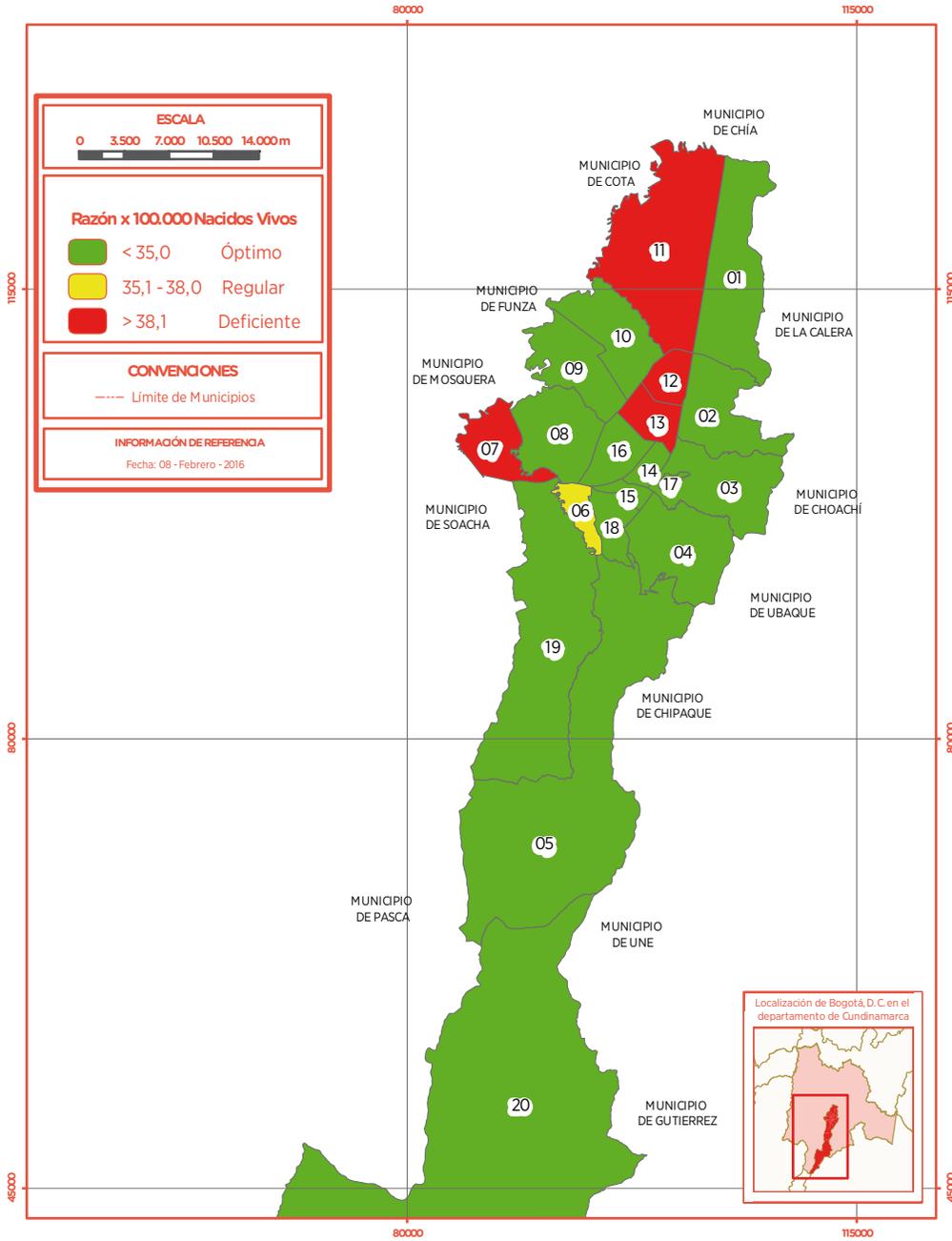
También está la pobreza multidimensional que históricamente afecta en promedio al 20% de los hogares, principalmente en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe, Bosa, Tunjuelito y Santa Fe; y la denominada pobreza vergonzante que ha hecho presencia en localidades como Teusaquillo,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

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

5.2.3.3.1. Mortalidad materna, VIH y embarazo en adolescentes

En cuanto a la mortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva, se presentan eventos como la mortalidad materna por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mortalidad perinatal y mortalidad por interrupción voluntaria del embarazo. Las causas de la mortalidad materna son preeclampsia con un 26,7%, complicaciones del trabajo de parto con un 14,1%, y complicaciones principales con el puerperio en el 13,4%; mortalidad perinatal 13,7 por 1.000 (SDS, 2014) nacidos vivos, cuya causa principal son las malformaciones congénitas, transmisión materna infantil del VIH, con un promedio de 1,8 casos anualmente. Existen los mayores riesgos de ocurrencia de muertes maternas en las localidades de Barrios Unidos, Teusaquillo, Suba, Bosa, Tunjuelito y Usaquén (mapa 11).

Mapa 11. Mortalidad materna por localidades de Bogotá, D.C. (2014)
 (razón por 1.000 nacidos vivos)



(Continúa en la tabla)

(Datos asociados al mapa 11)

	Localidad	Razón
1	Usaquén	33,3
2	Chapinero	0
3	Santa Fe	0
4	San Cristóbal	0
5	Usme	0
6	Tunjuelito	35,8
7	Bosa	40,1
8	Kennedy	33,3
9	Fontibón	23
10	Engativá	30,2
11	Suba	40,7
12	Barrios Unidos	62,9
13	Teusaquillo	62,9
14	Los Mártires	0
15	Antonio Nariño	0
16	Puente Aranda	31,9
17	Candelaria	0
18	Rafael Uribe	0
19	Ciudad Bolívar	28,4
20	Sumapaz	0

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Sistema de Estadísticas Vitales. Mapa generado en SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

Una de las explicaciones de la mortalidad materna en Bogotá, D. C. obedece a las cuatro barreras o demoras: 1. Decisión de consultar. 2. Acceso a servicios de salud. 3. Calidad de la prestación de los servicios de salud y 4. Atención efectiva. Así mismo, obedece al inicio tardío o inexistente de controles prenatales, las barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud, que limitan el acceso oportuno a pruebas rápidas; así como a los esquemas profilácticos requeridos y al desconocimiento o no adherencia a los protocolos y guías de manejo, por parte de las usuarias.

Otro problema de salud pública en Bogotá, D. C. es el relacionado con los embarazos en adolescentes. En total se presentaron, en el último año, 415 casos en el grupo de 10 a 14 años y 16.686 casos en las mujeres de 15 a 19 años. El embarazo en adolescentes conlleva riesgos de malnutrición en las gestantes y la baja asistencia a controles prenatales, así como inicio tardío de los mismos.

Por su parte, en 2014 se presentaron 8.835 casos de interrupción voluntaria del embarazo, de los cuales el 69% obedecieron a solicitudes relacionadas con riesgos para la salud de la mujer.

De igual forma, en el grupo de patologías asociadas a la salud sexual y reproductiva, se presentaron, de manera persistente, violencias basadas en género; las cuales, de acuerdo con las cifras del SIVIM, para los años 2013 y 2014 alcanzaron los 43.236 casos de violencias contra las mujeres, en sus distintas formas, de los cuales, 7.617 se presentaron en mujeres que fueron víctimas de violencia sexual, ocurriendo la mayoría, 5.551 casos, en niñas y mujeres adolescentes.

Por su parte, la proporción de incidencia del VIH-sida es de $26,6 \times 100.000$ habitantes. Los grupos quinquenales más afectados son los de 25 a 29, con el 22,6%; y, de 20 a 24 años, con el 18,9%. En segundo lugar se ubica el grupo de 30 a 34 años, con el 18,7% del total; al igual que en las poblaciones lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexual (LGBTI). De igual manera, en este grupo de patologías se encuentra en Bogotá, D.C. la sífilis gestacional, con una tasa de prevalencia de $5,5 \times 1.000$ nacidos vivos. En general, la cobertura de tratamiento antirretroviral es del 95%, debido en parte a que las personas que viven con VIH no conocen su diagnóstico por tanto no acceden a tratamiento.

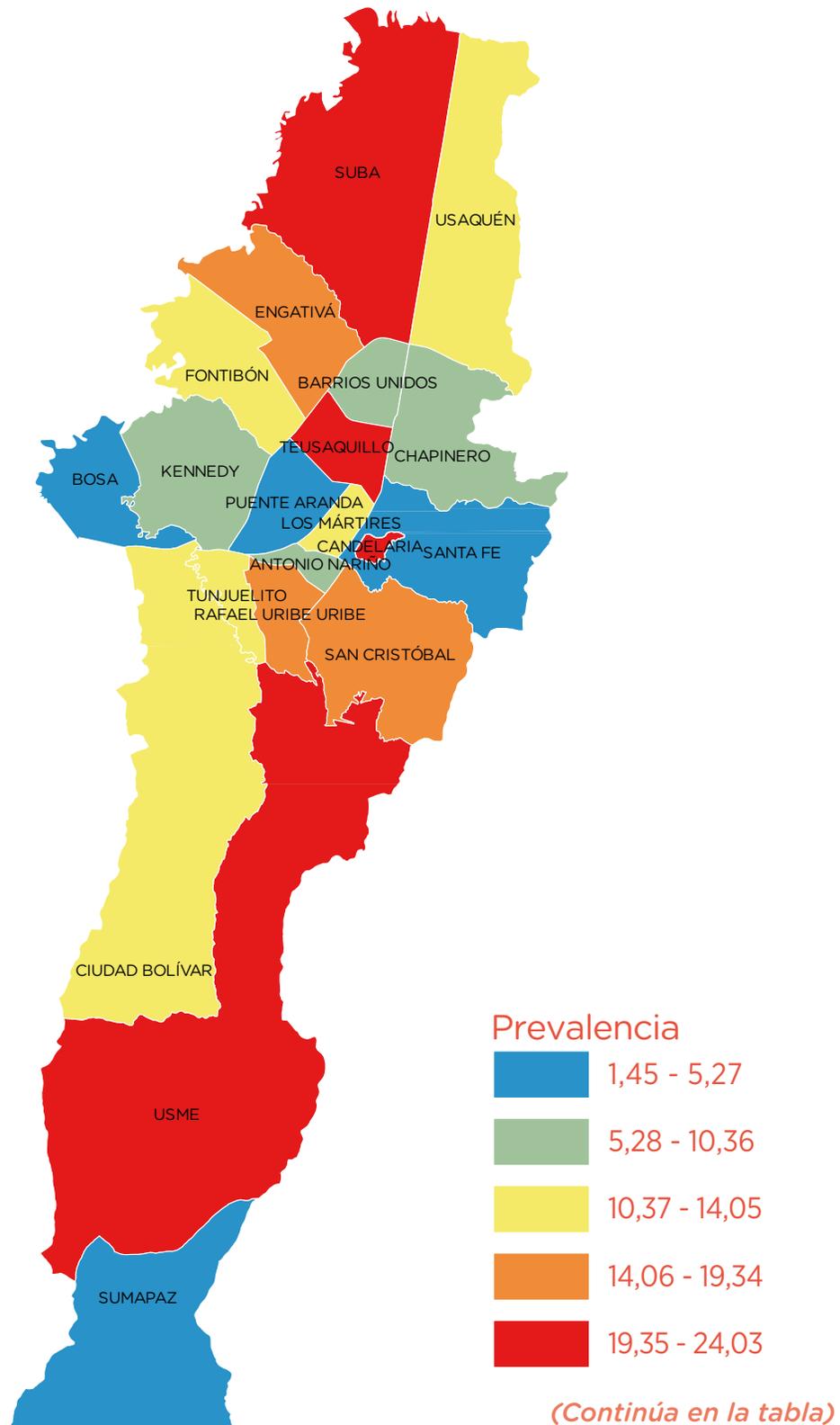
5.2.3.3.2. Morbilidad asociada a la salud sexual y reproductiva

En cuanto a la salud sexual y reproductiva se encontraron como primera causa de consulta en Bogotá, D.C., las atenciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En primer lugar está el parto con una tasa de 1.151,43 por 100.000 habitantes, los problemas relacionados con el parto con una tasa de 1.051,6 por 100.000 habitantes y la eclampsia con una tasa de 269,7 por 100.000 habitantes.

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

Las localidades con mayor afectación son Usme, con una tasa ajustada de morbilidad de 24,03 por 1.000 habitantes; Suba, con una tasa de 21,49 por 1.000 habitantes; La Candelaria, con una tasa de 21,30 por 1.000 habitantes; Teusaquillo, con una tasa de 21,28 por 1.000 habitantes, y San Cristóbal, con una tasa de 19,34 por 1.000 habitantes (mapa 12).

Mapa 12. Morbilidad asociada a sexualidad y reproducción Bogotá, D.C. (2014) (prevalencia por localidades) (total población)



(Datos asociados al mapa 12)

	Localidad	Frecuencia	Proporción de prevalencia ajustada	Proporción de prevalencia ajustada	
				Hombres	Mujeres
1	Usaquén	4.620	10,87	3,43	17,57
2	Chapinero	607	8,13	3,36	13,60
3	Santa Fe	1.490	1,45	0,87	1,98
4	San Cristóbal	8.852	19,34	6,15	32,28
5	Usme	8.474	24,03	6,99	40,08
6	Tunjuelito	3.828	12,05	3,91	19,41
7	Bosa	15.701	5,13	2,91	7,14
8	Kennedy	17.177	10,36	3,69	16,22
9	Fontibón	4.003	11,67	3,89	18,87
10	Engativá	9.791	19,00	6,32	31,16
11	Suba	13.703	21,49	8,10	34,17
12	Barrios Unidos	1.006	9,39	3,42	15,11
13	Teusaquillo	181	21,28	7,73	34,35
14	Los Mártires	1.045	11,26	5,05	17,67
15	Antonio Nariño	955	10,04	3,49	16,43
16	Puente Aranda	2.484	4,89	2,34	7,32
17	La Candelaria	175	21,30	6,91	34,82
18	Rafael Uribe	7.962	15,99	5,14	26,29
19	Ciudad Bolívar	15.101	14,05	5,90	22,34
20	Sumapaz	31	5,27	0,26	10,65

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO-RIPS cruzada con bases de datos APS y Sisbén de la SDS, ajustado 29-03-2016. Información procesada por SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

5.2.3.4. Salud ambiental

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

Actualmente existen 67 áreas protegidas del orden Distrital distribuidas en cada una de las tres categorías: preservación, restauración y aprovechamiento sostenible. Se destacan: 1. Área de Manejo Especial Sierra Morena de Ciudad Bolívar; 2) Área de manejo especial urbana Alta Reserva Forestal Protectora Bosque Oriental de Bogotá, Parque Nacional Natural del Sumapaz; y, 3) Área de Reserva Forestal Regional del Norte Thomas Van der Hammen. En total incorporan cerca de 1.395 hectáreas¹¹. El total de suelos de protección del Distrito Capital, corresponden aproximadamente al 53% del territorio, y su principal característica es la restricción para ser urbanizados, esto debido a sus condiciones geográficas, ambientales o por estar localizados en zonas de amenaza y riesgo no mitigable.

El espacio público total por habitante en la ciudad es de 16,9 m². Las localidades de Los Mártires y La Candelaria son las que tienen menor número de áreas ambientales de recreación y equipamiento. La localidad de Teusaquillo es la que tiene mayor área de espacio público per cápita.

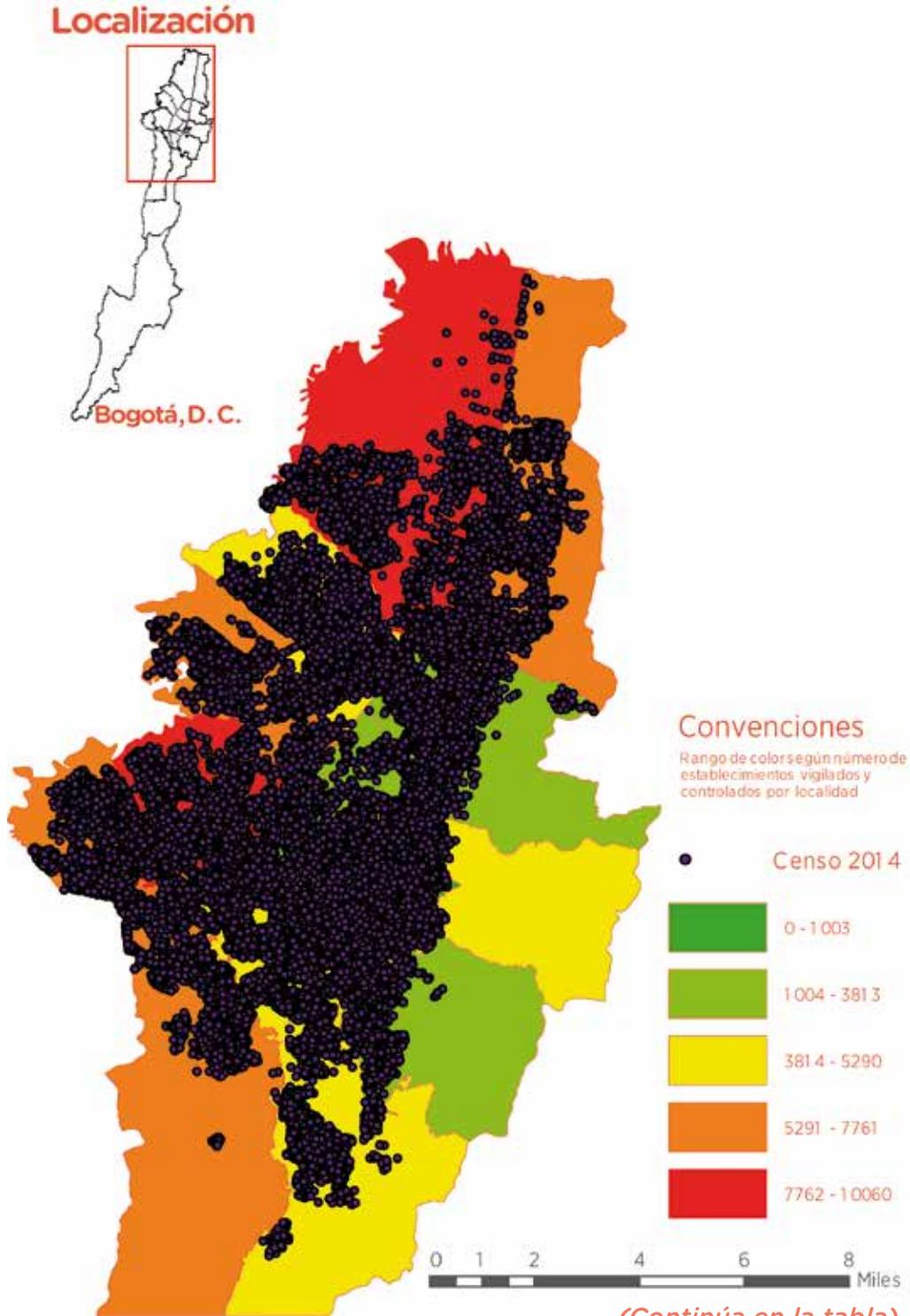
Bogotá, D.C. cuenta con abastecimiento de agua para consumo humano en condiciones apropiadas y seguras por parte de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB). Los pobladores de zonas rurales y de asentamientos fuera del área de cobertura de la EAAB, tienen otras fuentes de abastecimiento, las cuales no son tan seguras y por esta razón favorecen la presencia de eventos mórbidos en la población, como es el caso de la enfermedad diarreica aguda.

La cobertura de recolección de basuras en hogares es del 99,8% y el ingreso de residuos al relleno sanitario en 2015 fue de 2.199.508,52 t. Según el Sistema de Información para la Gestión del Arbolado Urbano (SIGAU), desde el 2012 hay 0,16 árboles por persona.

La industria y el comercio se encuentran ubicados en todo el territorio del Distrito Capital debido a que en la ciudad no se cuenta con áreas especiales para el desarrollo de las diversas actividades económicas, lo cual conlleva riesgos tanto físicos y químicos, como biológicos y del consumo, que ponen en riesgo la salud humana. En cumplimiento de la función de inspección, vigilancia y control, en 2014, fueron intervenidos 113.167 establecimientos en el Distrito Capital (mapa 13).

11 Bogotá, D.C. Balance de resultados del plan de desarrollo distrital, 2012 -2016 "Bogotá humana" al 31 de diciembre de 2014. Bogotá D. C., 10 de marzo de 2015.

Mapa 13. Establecimientos vigilados y controlados en Bogotá, D.C. (2014)

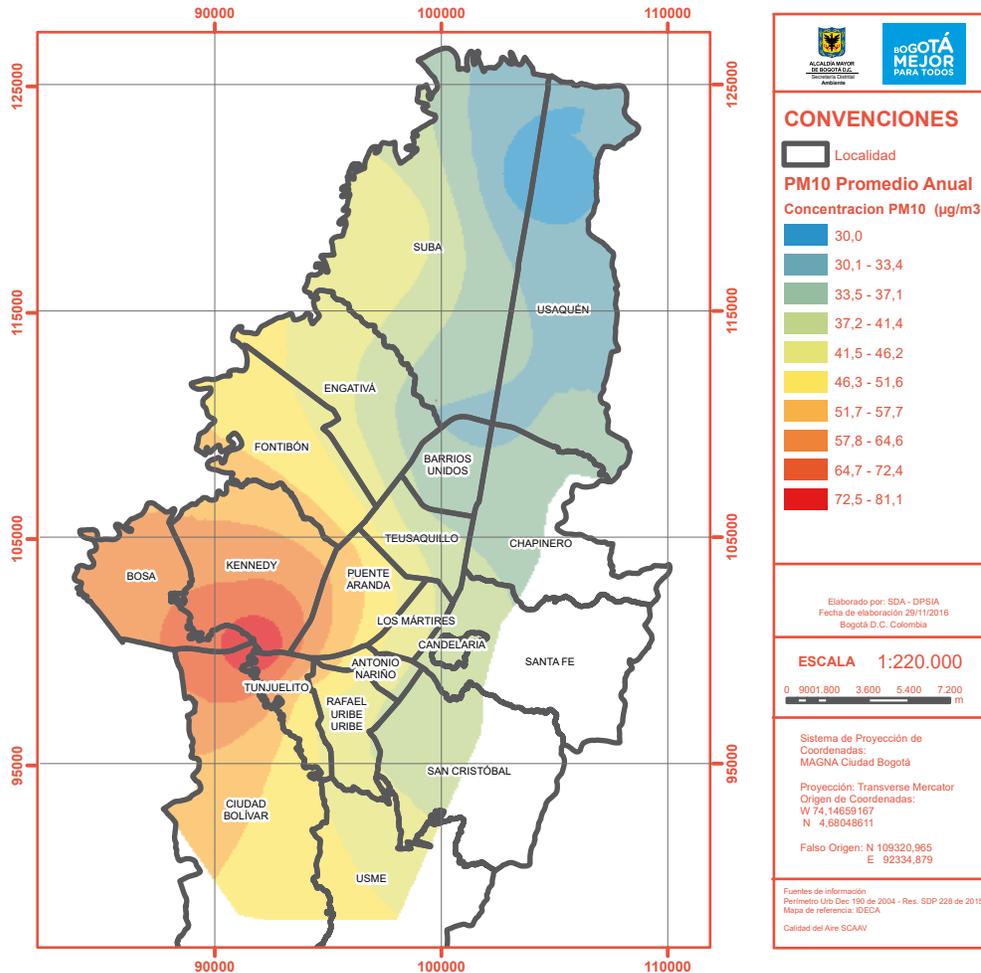


(Datos asociados al mapa 13)

	Localidad	Número de establecimientos
1	Usaquén	6.294
2	Chapinero	3.419
3	Santa Fe	5.100
4	San Cristóbal	5.138
5	Usme	5.957
6	Tunjuelito	6.205
7	Bosa	8.575
8	Kennedy	10.849
9	Fontibón	6.772
10	Engativá	5.530
11	Suba	11.005
12	Barrios Unidos	3.900
13	Teusaquillo	3.359
14	Los Mártires	6.987
15	Antonio Nariño	3.521
16	Puente Aranda	4.042
17	Candelaria	1.470
18	Rafael Uribe	7.143
19	Ciudad Bolívar	7.687
20	Sumapaz	214
	Total	113.167

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva, Sistema Siviigila. Base censo establecimientos, año 2014. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

En contaminación ambiental las tendencias observadas indican que las localidades más afectadas por concentraciones altas fueron para PM10 las ubicadas en el sur de la ciudad, especialmente en las localidades de Kennedy, Bosa y Puente Aranda; para el caso del PM2.5 el comportamiento es similar (mapa 14). En contraposición, las zonas menos afectadas fueron las ubicadas en San Cristóbal y Barrios Unidos en el suroriente y noroccidente de la ciudad. Por obvias razones la concentración de contaminantes en el aire es inversamente proporcional a la tendencia de las lluvias. Se destaca igualmente la importancia de no generalizar el comportamiento de la contaminación atmosférica sobre Bogotá con promedios globales y la conveniencia de mantener su sectorización para los análisis respectivos.

Mapa 14. Control de emisiones atmosféricas en Bogotá, D.C. (2014)**Mapa de Contaminación Ambiental (PM 10) para Bogotá año 2014**

NOTA: Esta comunicación es de carácter general y se expide a petición del solicitante tomando como base el mapa de referencia de IDECA. Debe ser tomada solo como un documento informativo. La Estructura Ecológica Principal es tomada según Decreto 190 de 2004.

Fuente: Secretaría Distrital de Ambiente (SDA). Dirección de Planeación y Sistemas de Información Ambiental. Subdirección de Calidad de Aire, Auditiva y Visual. Recuperado de <http://oab.ambientebogota.gov.co/mig/map.phtml>. Mapa generado en SDA, Dirección de Planeación y Sistemas de Información Ambiental. Subdirección de Calidad de Aire, Auditiva y Visual.

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

En cuanto a riesgo biológico, para el año 2016, se cuenta con un estimativo poblacional de 903.573 caninos y 293.000 felinos. En la ciudad se evidencia la inadecuada tenencia de mascotas en los hogares y en el espacio público, con mayor afectación en las localidades de Kennedy, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar y Usme, ocasionando eventos. Dentro de la prioridad asociada a la salud ambiental se incorporan los accidentes ocasionados por agresión animal. En Bogotá, D. C., en 2015 se presentaron 17.251 casos de accidentes por agresión animal. La mayor presencia de estos casos se registra en las localidades de Suba, 13%; Engativá, 9,2% y Kennedy, 9,1%. En estas localidades, de manera prioritaria, se requiere del fortalecimiento de acciones dirigidas a disminuir el crecimiento de población canina y felina; así como, de aquellas acciones de prevención ante la presencia de eventos transmisibles de origen zoonótico. Como parte de los eventos de salud pública asociados a la salud ambiental, también se hace necesario aclarar que en la ciudad no se presentan casos autóctonos de rabia animal desde 2001 y de rabia humana desde 1982, aunque se presentaron casos de agresión por animales (tabla 10).

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

Año	Agresiones de perros	%	Agresiones de gatos	%	Otros animales	%	Total
2012	11.034	85	1.791	14	128	1	12.953
2013	13.932	85	2.392	15	107	1	16.431
2014	15.951	85	2.767	15	122	1	18.840
2015	6.957	84	1.237	15	119	1	8.313

*Las cifras de 2015 son preliminares.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, SIVIGILA 2012-2015.

De acuerdo con los análisis de los resultados alcanzados como producto de la aplicación de tamizajes de audiometrías zonales, se identificó que en 2013, en Bogotá, D. C., la prevalencia más alta de hipoacusia se registró en la localidad de Fontibón, con 65,9%; en 2014, se registró en la Localidad de Puente Aranda, con una prevalencia de 74,5%; y, en 2015, se registró en la misma localidad, en Puente Aranda, con una prevalencia de 53,07%. De igual forma, se identificó una prevalencia de hipoacusia en zonas de contaminación por ruido en Bogotá, D. C. de 36,50%, en 2014, con extremos en las localidades de Puente Aranda, 74,50%, Fontibón, 59,10%, Engativá, 26,20%, Chapinero 18%, Santa Fe, 11,90%, y La Candelaria, 7,80%.

5.2.3.4.1. Mortalidad por enfermedades ambientales

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

El comportamiento de la letalidad por intoxicación aguda por plaguicidas en el Distrito Capital registra una tendencia ascendente, pasando del 0,30% en el año 2007 al 0,83% en el 2013. Por otra parte, se observa una tendencia decreciente entre los años 2013, 2014 y el primer semestre del año 2015, donde se estimó esta letalidad en un 1,00%. Este comportamiento se debe a que en la mayoría de las exposiciones, las dosis fueron subletales, tratándose de casos leves o moderados, principalmente. En el año 2014 y el primer semestre del año 2015, el 100% de las mortalidades asociadas a plaguicidas fueron por intento suicida, evidenciando una problemática en el uso inadecuado de los plaguicidas; así como problemas de salud mental. En su conjunto todos estos eventos de afectaciones a la salud evidencian la necesidad de un trabajo articulado entre las áreas de salud mental y la vigilancia de intoxicaciones por sustancias químicas. Bogotá, D.C. cuenta con una línea base de niveles de mercurio y plomo en población general, gracias a la toma de muestras biológicas en sangre, cabello, orina y examen médico específico realizado a 401 residentes de las 20 localidades de Bogotá, D.C., con fecha de corte a septiembre del 2015.

De igual forma, se estimó una prevalencia de insomnio en zonas de contaminación por ruido en Bogotá, D.C. en 2014. Las localidades en las cuales se presentaron los mayores niveles de prevalencia por insomnio fueron Fontibón, 61,10%; Puente Aranda, 54,70%; Engativá, 37,20%; Santa Fe, 25,30% y La Candelaria, 20%. El total de prevalencia para Bogotá, D.C. por este concepto fue de 47%. Sin embargo, como factor positivo se encuentra que la tendencia registrada en el índice de calidad del sueño de Pittsburg (ICSP), para la localidad de Fontibón ha venido aumentando desde 2013 hasta 2015, al pasar de 61,11% a 73,17%, respectivamente. Para el año 2014 se identificaron las localidades de Fontibón, Chapinero y Puente Aranda con los mayores índices de calidad de sueño con 61,11%, 61% y 60,7%, respectivamente y para el año 2015 se identificaron las localidades de Fontibón, Teusaquillo y Chapinero, con los índices de 73,17%, 62,07% y 55,88%, respectivamente.

5.2.3.4.2. Morbilidad por enfermedades ambientales

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

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

5.2.3.5. Salud laboral

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

De acuerdo con los resultados del estudio realizado por la Universidad de los Andes (RCN, 3 de septiembre de 2013), el 44% de las personas con trabajo son formales y 56% son informales. Aunque se trata de un fenómeno heterogéneo en el cual

conviven diversas realidades, los datos recopilados demuestran que hay un fuerte vínculo entre informalidad, pobreza y exclusión social. Los trabajadores informales tienen deficientes condiciones de trabajo y empleo, que afectan potencialmente su estado de salud y el bienestar psicológico; además, el trabajo es uno de los factores de mayor impacto sobre los determinantes sociales y de salud de la población, principalmente la infantil y adolescente, debido a su temprana vinculación.

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

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

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

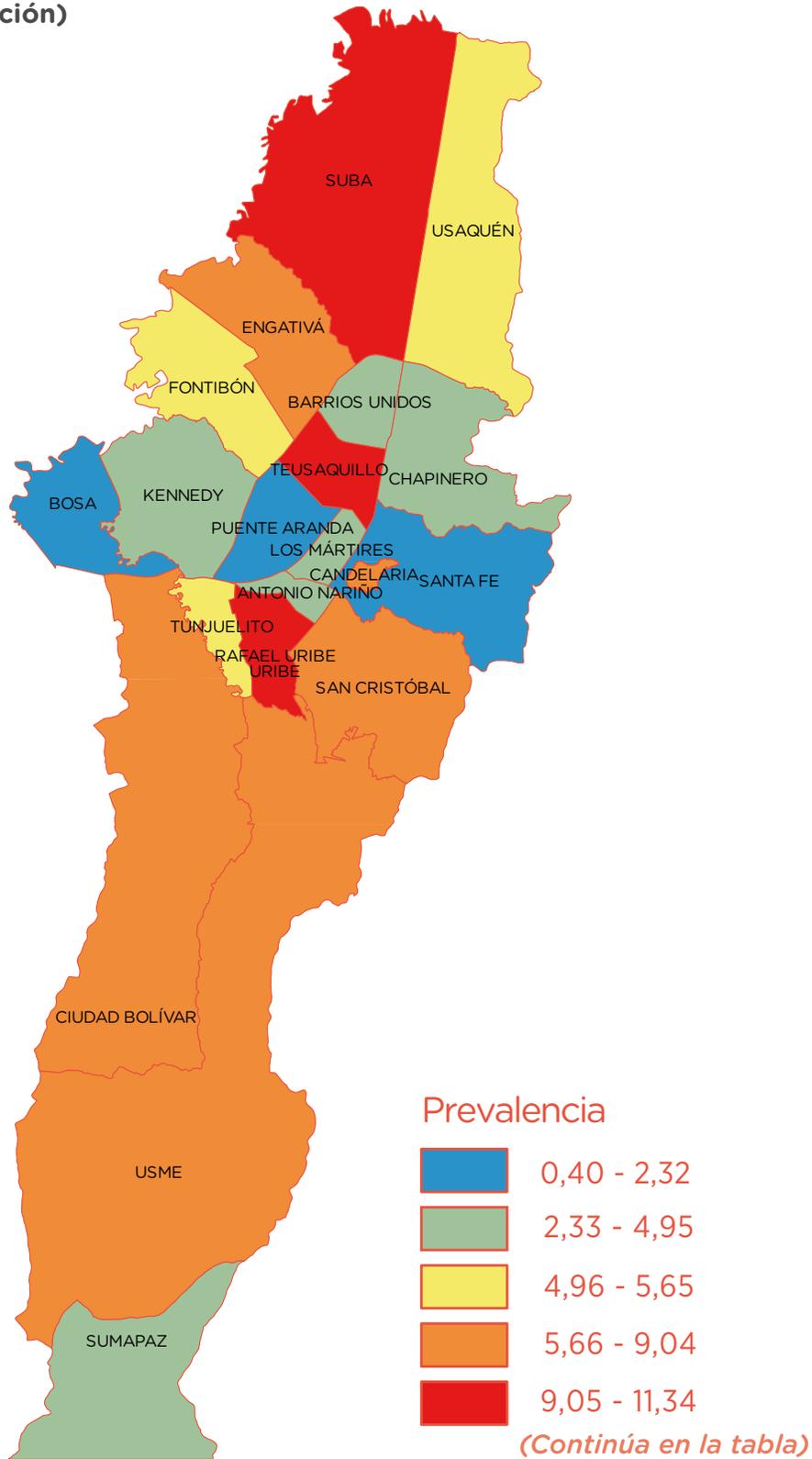
En la problemática laboral se encuentra la población recicladora. En Bogotá, D.C. existen 20.960 recicladores¹², con presencia en todo el Distrito, principalmente en las localidades de Kennedy (19%), Ciudad Bolívar (11%), Suba (10%) y Bosa (9%). La mayor parte de la población se ubica en zonas precarias. La condición de informalidad del oficio acrecienta las problemáticas de salud, sociales y económicas de esta población. Como personal involucrado en el contacto con la basura y bajo condiciones de trabajo precarias, se exponen permanentemente a riesgos para la salud y su integridad física, que son propios de su actividad y que no les permite contar con las garantías de seguridad social establecidas por la Ley. Además, están expuestos a enfermedades infecciosas y transmisibles como EDA, hepatitis A, parasitosis intestinales, enfermedades respiratorias, entre otras. De igual manera, una gran proporción de la población tiene contacto directo con material contaminado con heces de humanos (papel higiénico) y animales, sangre (toallas higiénicas, gasas, algodones, agujas, etc.) y otras sustancias que pueden ser vehículos de transmisión para agentes infecciosos.

5.2.3.5.1. Morbilidad por enfermedades laborales

La morbilidad causada por enfermedades laborales se presenta en Bogotá, D.C. con mayor proporción en mujeres, con un 56,25%; en edades de 27 a 59 años, con un 46,93%; en niveles educativos bajos con nivel Sisbén 3, con 40,93%. Las localidades más afectadas son Rafael Uribe, con una tasa de morbilidad ajustada de 11,34 por 1.000 habitantes; Suba, con 10,24 por 1.000 habitantes; Teusaquillo, con una tasa de 9,92 por 1.000 habitantes; La Candelaria, con una tasa de 9,04 por 1.000 habitantes; Engativá, con una tasa de 8,30 por 1.000 habitantes y San Cristóbal, con una tasa de 8,00 por 1.000 habitantes (mapa 15).

¹² (Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos) desde el Registro único de recicladores de oficio (RURO) que da cuenta de -corte a 02 de julio de 2015.

Mapa 15. Morbilidad por enfermedades ambientales y laborales en Bogotá, D.C. (2014) (prevalencia por localidades) (total población)



(Datos asociados al mapa 15)

	Localidad	Frecuencia	Proporción de prevalencia ajustada	Proporción de prevalencia ajustada	
				Hombres	Mujeres
1	Usaquén	1.932	5,65	6,86	4,53
2	Chapinero	301	4,68	5,64	3,53
3	Santa Fe	799	0,40	0,46	0,35
4	San Cristóbal	4.049	8,00	8,78	7,22
5	Usme	3.300	7,60	8,85	6,42
6	Tunjuelito	1.603	5,36	6,57	4,27
7	Bosa	6.742	2,32	2,74	1,94
8	Kennedy	7.822	3,91	4,83	3,11
9	Fontibón	2.090	5,61	6,79	4,55
10	Engativá	5.017	8,30	8,72	7,89
11	Suba	6.065	10,24	11,98	8,59
12	Barrios Unidos	562	4,95	5,65	4,28
13	Teusaquillo	59	9,92	10,94	8,95
14	Los Mártires	502	4,89	5,78	4,00
15	Antonio Nariño	577	4,82	5,12	4,48
16	Puente Aranda	1.338	2,17	2,54	1,82
17	La Candelaria	124	9,04	10,47	7,64
18	Rafael Uribe	3.362	11,34	12,75	10,00
19	Cuidad Bolívar	6.215	7,20	8,57	5,80
20	Sumapaz	30	4,78	5,27	4,29

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO-RIPS cruzada con bases de datos APS y Sisbén de la SDS, ajustado 29-03-2016. Información procesada por SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

Dentro de las patologías asociadas a enfermedades laborales, en Bogotá, D. C. se destacan las enfermedades profesionales como el síndrome del túnel carpiano, con una tasa de 7,35 por 100.000 habitantes; síndrome del manguito rotatorio, con una tasa de 5,92 por 100.000 habitantes; y, lumbago no especificado, con una tasa de 3,18 por 100.000 habitantes. En lo relacionado con los accidentes de trabajo se encontraron en primer lugar los diagnósticos asociados a esguinces y torceduras del tobillo, con una tasa de 9,64 por 100.000 habitantes; fractura de los dedos de la mano, con una tasa de 3,94 por 100.000 habitantes; y, traumatismo no especificado, con una tasa de 2,89 por 100.000 habitantes.

5.2.3.6. Salud mental y convivencia social

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

5.2.3.6.1. Mortalidad por enfermedades mentales

Bogotá D.C. presenta como eventos prioritarios conducta suicida con una tasa de mortalidad 3,5 por cada 100.000 habitantes. Las causas más frecuentes son falta de redes sociales y familiares de apoyo, problemas económicos relacionados con el desempleo y la poca capacidad para atender las necesidades básicas. El rango de edad en el que se presentan con mayor frecuencia los suicidios es en el de 20 a 24 años.

En cuanto a la conducta suicida es posible indicar que para el año 2015 las localidades que registraron las frecuencias más elevadas de suicidio consumado fueron Engativá, Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y Usaquén. No obstante, las localidades que registraron las tasas más elevadas de suicidio fueron Sumapaz (15,6%), La Candelaria (12,4%) y Santafé con (9,1%) (MinJusticia & MinSalud, 2013).

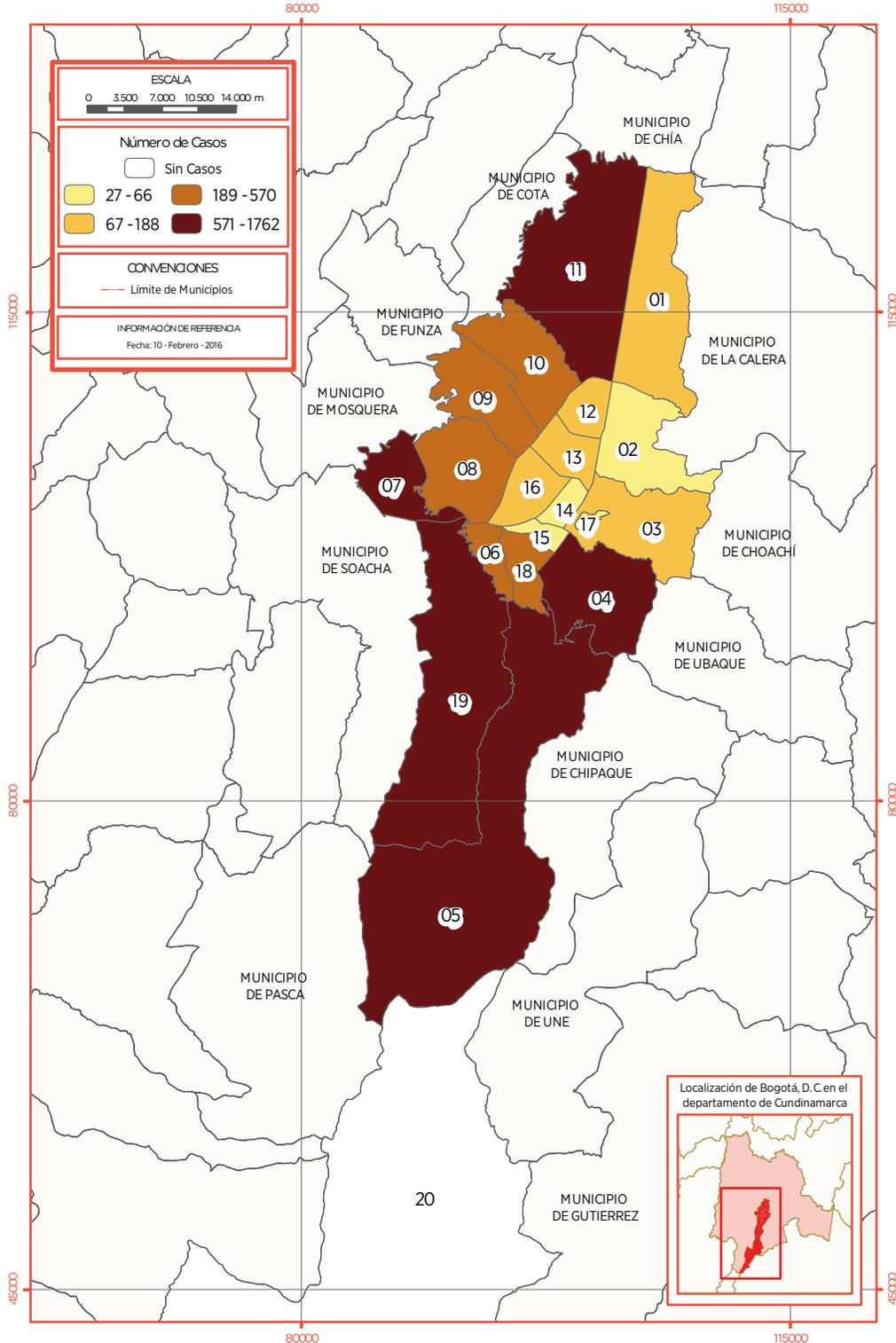
El consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. presenta una prevalencia de 3,52%. La sustancia ilícita de mayor consumo en Bogotá, D.C. continúa siendo la marihuana, seguida del bazuco y los inhalables, dichas sustancias se concentran en el segmento poblacional comprendido entre los 18 a los 34 años de edad; otros trastornos importantes son ansiedad 9,8%, que es la más frecuentes en los adultos, pero en niños, niñas y adolescentes la prevalencia también es alta. Las patologías mentales son la segunda causa de morbilidad y mortalidad en Bogotá. En la ciudad se ha reportado fobia social en adolescentes como el tercer motivo de consulta entre los trastornos de ansiedad y depresión, 5,5%.

En lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, registra una disminución significativa en el consumo de tabaco. Respecto al consumo de alcohol, en él se presenta un leve aumento y se registra cerca del 2% de incremento en el consumo reciente de dicha sustancia.

El mayor número de casos de consumo de sustancias ilícitas se presenta en las localidades de Suba, Usme, Ciudad Bolívar, Bosa y San Cristóbal (mapa 16).

De acuerdo con las estadísticas del Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual y Maltrato Infantil (SIVIM), en 2015 se registraron 34.166 casos de víctimas por diversos tipos de violencia; de los cuales, el 61%, 20.853 casos, corresponden a maltrato y violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes. Las localidades en las cuales se presentan los mayores niveles de violencia intrafamiliar y sexual son Bosa, con 16,4%; Ciudad Bolívar, con 13,9%; Suba y Kennedy, con 11% cada una; y San Cristóbal y Engativá, con 7,6% cada una.

Mapa 16. Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. (2015)
(en los grupos de población de infancia y adolescencia)



(Continúa en la tabla)

(Datos asociados al mapa 16)

	Localidad	Total
1	Usaquén	99
2	Chapinero	59
3	Santa Fe	68
4	San Cristóbal	1.218
5	Usme	1.006
6	Tunjuelito	196
7	Bosa	1.762
8	Kennedy	450
9	Fontibón	311
10	Engativá	300
11	Suba	1.300
12	Barrios Unidos	75
13	Teusaquillo	128
14	Los Mártires	48
15	Antonio Nariño	36
16	Puente Aranda	142
17	Candelaria	27
18	Rafael Uribe	433
19	Ciudad Bolívar	1.310
20	Sumapaz	0

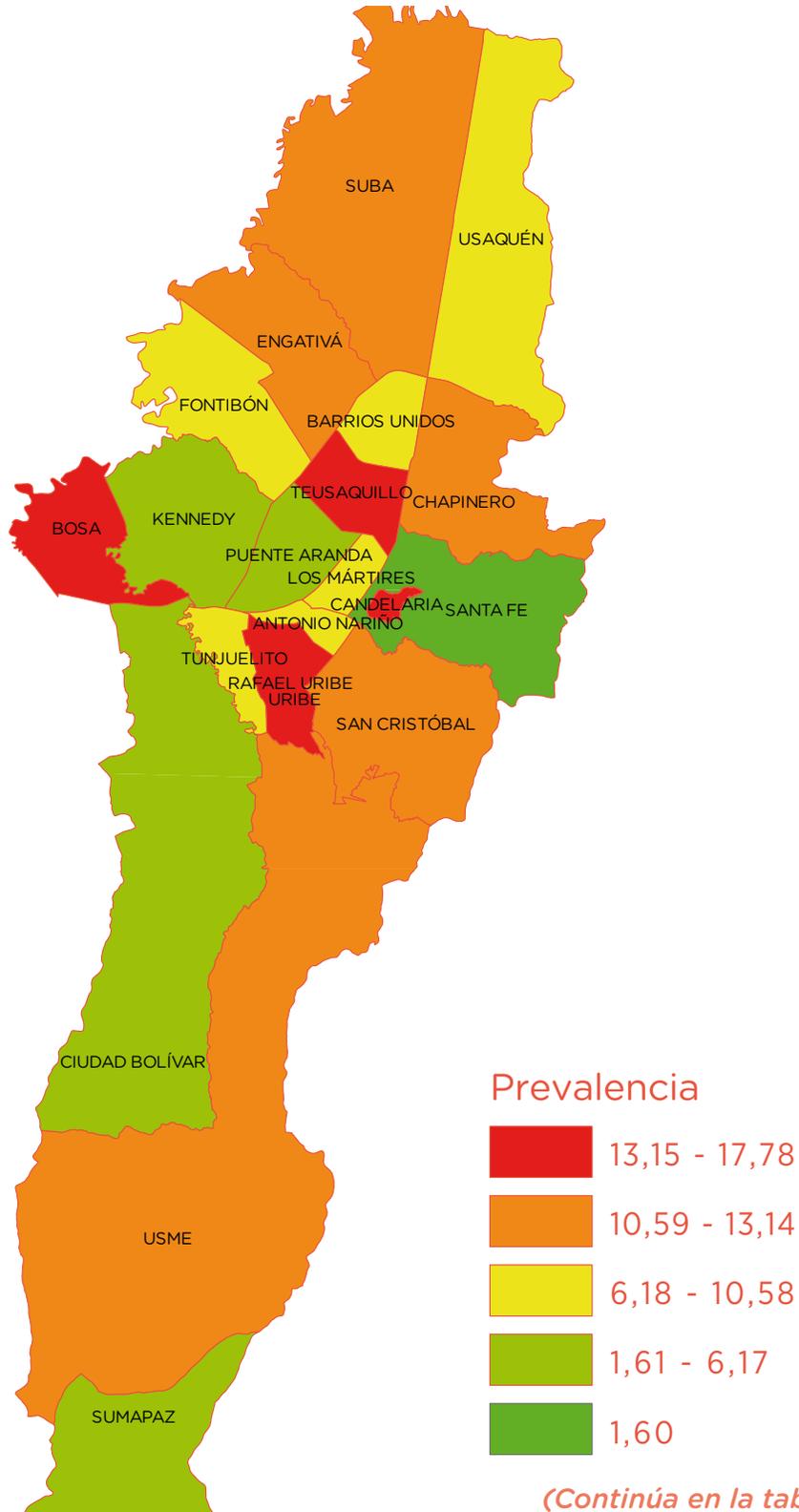
Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Mapa generado en SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

5.2.3.6.2. Morbilidad por enfermedades mentales

En Bogotá, D. C. la morbilidad asociada a enfermedades mentales se caracteriza por la presencia de trastornos neurológicos asociados con trastornos somatomorfos, los cuales fueron los más frecuentes, con una tasa de morbilidad de 651,69 por 100.000 habitantes; en segundo lugar están los trastornos del humor, con una tasa de 454,88 por 100.000 habitantes; y, en tercer lugar se registraron los trastornos mentales orgánicos, con una tasa de 197,97 por 100.000 habitantes. La morbilidad por estas causas se presentan en mayor proporción en mujeres de 27 a 59 años, grupo en el cual se registró el 55,32 % del total; en mujeres de nivel educativo bajo, en el cual se registró el 41,87 % del total; en nivel Sisbén 1, nivel en el cual se registró el 47,53 % del total.

Las localidades en las cuales se presentan las mayores tasas son Bosa, con una tasa de morbilidad de 17,78 por 1.000 habitantes; Teusaquillo, con una tasa de 16,09 por 1.000 habitantes; en Rafael Uribe, con una tasa de 15,76 por 1.000 habitantes; en La Candelaria, con una tasa de 15,59 por 1.000 habitantes; y en San Cristóbal, con una tasa de 13,14 por 1.000 habitantes (mapa 17).

Mapa 17. Morbilidad por patologías mentales en Bogotá, D.C. (2014)
 (prevalencia por género y localidades) (total población)



(Datos asociados al mapa 17)

Localidad		Frecuencia	Proporción de prevalencia ajustada	Proporción de prevalencia ajustada	
				Hombres	Mujeres
			Hombres	Mujeres	4,53
1	Usaquén	2.865	10,58	9,54	11,55
2	Chapinero	622	11,48	11,45	11,50
3	Santa Fe	1.401	1,60	1,95	1,28
4	San Cristóbal	7.131	13,14	11,23	15,02
5	Usme	5.408	13,00	11,53	14,39
6	Tunjuelito	2.614	9,29	8,70	9,83
7	Bosa	9.805	17,78	15,85	19,60
8	Kennedy	13.435	6,17	6,17	6,15
9	Fontibón	3.383	9,29	8,60	9,91
10	Engativá	9.116	12,99	11,98	13,95
11	Suba	10.471	12,84	12,50	13,19
12	Barrios Unidos	1.124	10,29	9,30	11,32
13	Teusaquillo	226	16,09	14,65	17,44
14	Los Mártires	1.006	9,53	8,13	10,91
15	Antonio Nariño	1.045	9,30	8,64	9,94
16	Puente Aranda	2.483	4,77	4,57	4,95
17	La Candelaria	283	15,59	14,04	17,08
18	Rafael Uribe	5.811	15,76	14,37	17,08
19	Ciudad Bolívar	10.660	5,34	6,08	4,67
20	Sumapaz	35	5,64	3,54	7,80

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO-RIPS cruzada con bases de datos APS y Sisbén de la SDS, ajustado 29-03-2016. Información procesada por SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

5.2.3.7. Accidentes y violencia

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

El hecho de que los niños permanezcan más tiempo en su casa los pone en riesgo, debido a que no miden las consecuencias de sus actos, sobre todo los que se quedan solos, pues es una realidad que la gran mayoría de los padres tienen que trabajar, y son pocos los que cuentan con familiares que les pueda cuidar a sus hijos. Los accidentes de tránsito son por inseguridad en las vías, ausencia de semáforos y señalización, estrés, imprudencia, cansancio, alcoholismo, drogas y no utilización del cinturón de seguridad.

5.2.3.7.1. Mortalidad por accidentes y violencia

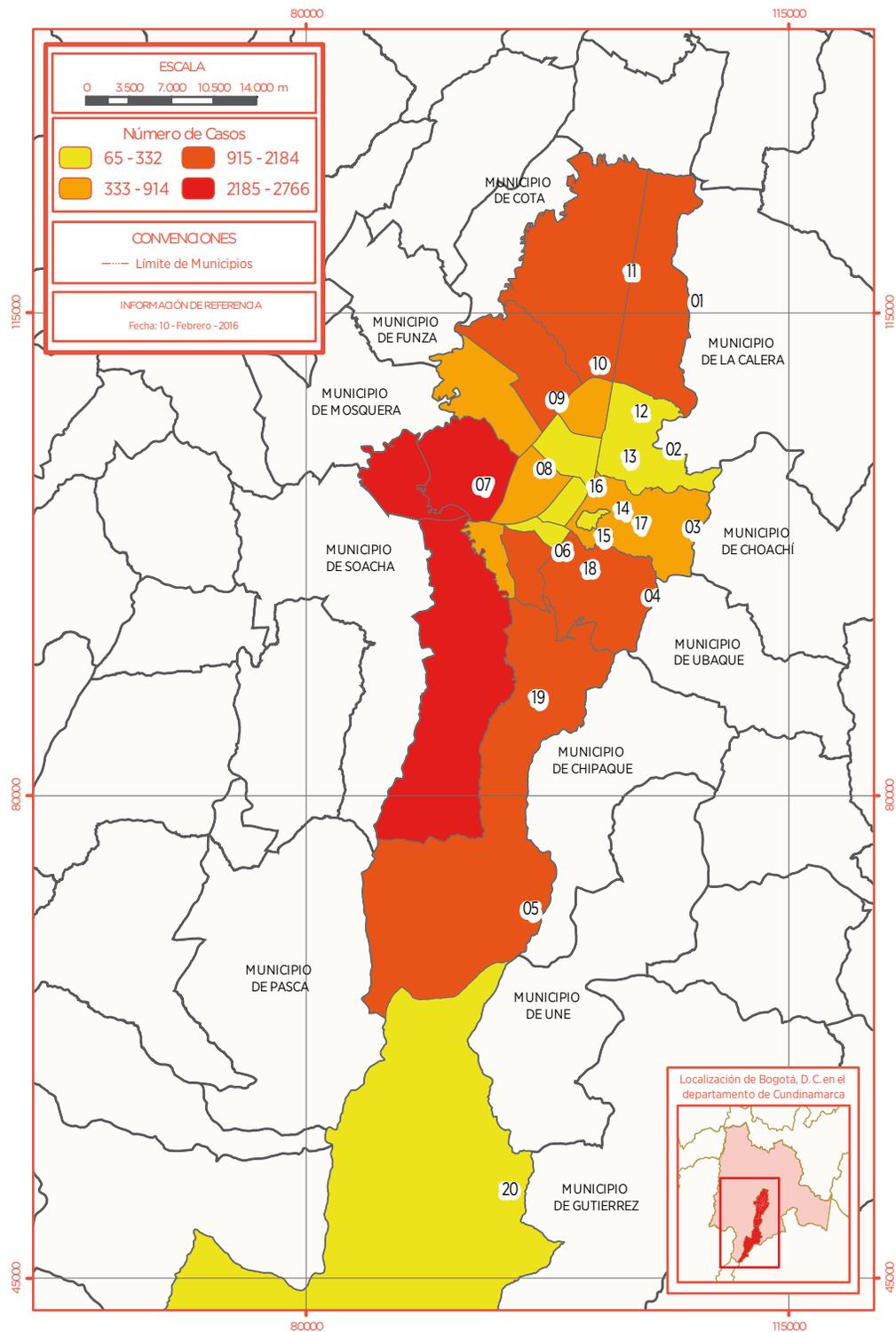
La tasa de mortalidad por lesiones de causa externa fue de $45,6 \times 1.000.000$ de habitantes, en Bogotá, D.C. en 2014. Las ocasionadas por accidentes de tipo terrestre registraron una una tasa de 8,1 por 100.000 habitantes, caídas 2,2 por 100.000 habitantes, otras lesiones corresponden a golpes, cortes, quemaduras y ahogamientos. En menores de 5 años llaman la atención los accidentes de transporte, con tasas de mortalidad de 1,7 por 100.000 menores de 5 años.

En la población de Bogotá, D.C. de 0 a 19 años de edad se registraron 20.853 casos de violencia intrafamiliar, sexual y maltrato infantil. En este grupo de edad se concentra el 82,3% del total de los casos de violencia. En gran parte está relacionado con las condiciones de pobreza y desventaja social. Los hombres jóvenes se ven afectados primordialmente por enfrentamientos armados, desajustes sociales y laborales. En las conductas violentas es relevante poner en evidencia que padres, madres, abuelos y otros familiares y personas allegadas o conocidas dentro del círculo familiar, son los principales agresores. En las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba, Usaquén, Usme, Puente Aranda, Rafael Uribe, San Cristóbal, y Engativá se presentan las mayores casos de violencia (mapa 18).

El mayor peso porcentual de la violencia intrafamiliar lo representa la violencia de pareja en el 63% de los casos y a partir de esta se desarrollan otras violencias en la familia. El maltrato infantil tiene un peso porcentual de 18% y deriva de factores estresores que caracterizan la relación violenta que se da entre los padres y de la cual son víctimas, no solo en el aspecto físico sino también en el emocional y psicológico, y por ende reflejan y repiten en su entorno familiar, con sus hermanos y otros miembros de su familia. De esta manera se encuentra que un 17% de la violencia intrafamiliar se da entre “otros familiares”; es decir, las personas mayores de 18 años y menores de 50 que son familiares civiles o consanguíneos, y el 1% de la violencia se ejerce contra las personas mayores.

Al analizar la información existente desde el año 2007 hasta el 2014, se hace visible una reducción de 6,7 puntos en el caso de mujeres/niñas víctimas y un aumento 6,7 puntos en hombres/niños víctimas de violencia intrafamiliar. En el 73% de los casos, las víctimas de esta violencia son mujeres en todos los rangos de edad y el 27% son hombres de todas las edades. Los meses en los que se presentó mayor número de agresiones fueron, junio con un total de 1.381 casos (9,2%) y octubre con 1.388 casos (9,2%). Aunque las cifras no son altamente significativas en relación con los demás meses del año, si existe una correlación con que en ambos meses se presenten periodos vacacionales. Las localidades con mayor incidencia son Kennedy, Bosa, Ciudad Bolívar, Suba y San Cristóbal, concentrando el 56,4% de la violencia intrafamiliar que se presenta en el Distrito (Centro de Estudios, 2014).

Mapa 18. Violencia intrafamiliar en niños, niñas y adolescentes en Bogotá, D.C. (2015)



(Continúa en la tabla)

(Datos asociados al mapa 18)

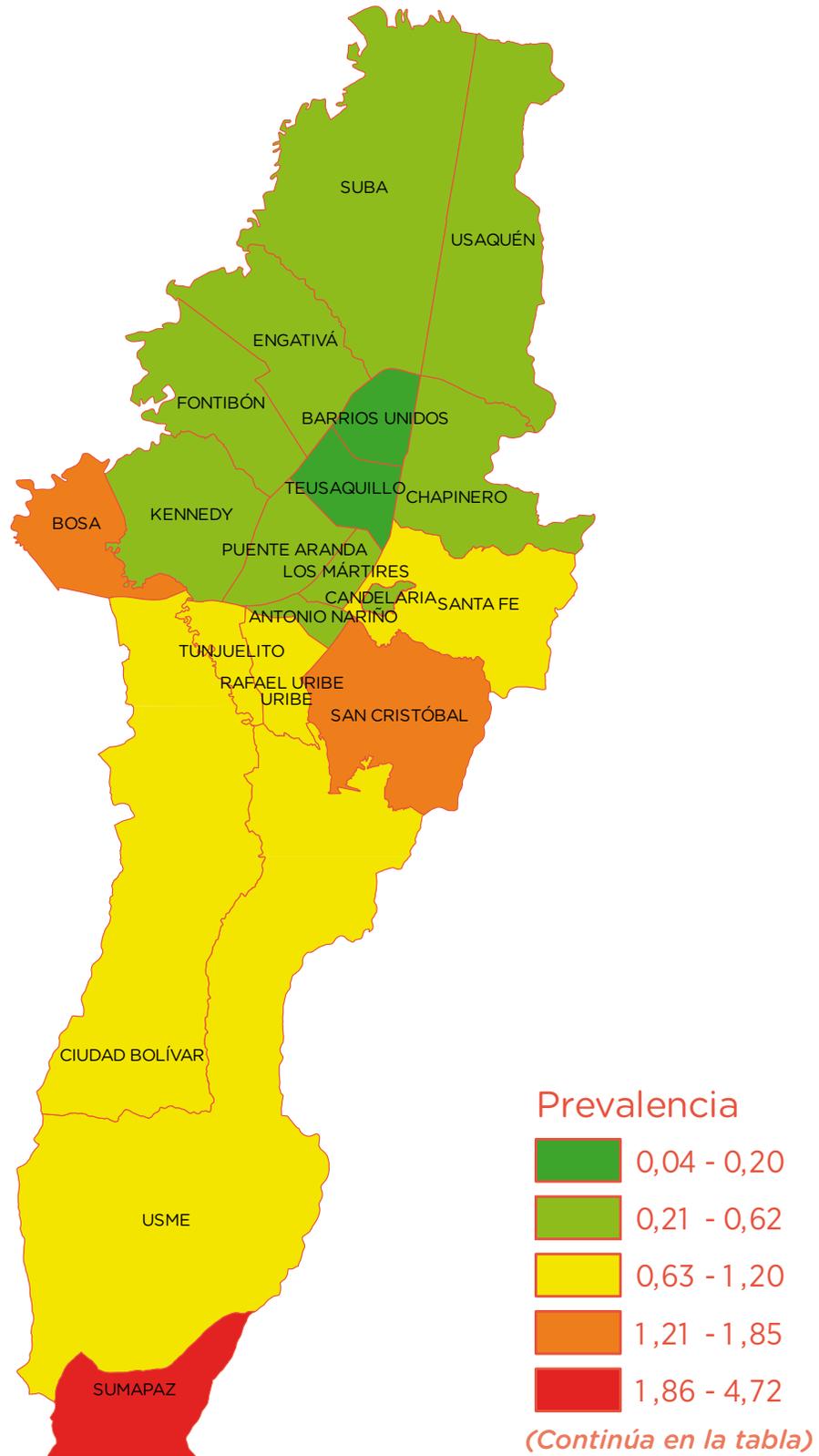
	Localidad	Total
1	Usaquén	1.518
2	Chapinero	236
3	Santa Fe	369
4	San Cristóbal	1.848
5	Usme	1.737
6	Tunjuelito	374
7	Bosa	2.766
8	Kennedy	2.469
9	Fontibón	649
10	Engativá	1.467
11	Suba	2.004
12	Barrios Unidos	335
13	Teusaquillo	145
14	Los Mártires	311
15	Antonio Nariño	202
16	Puente Aranda	457
17	Candelaria	65
18	Rafael Uribe	1.308
19	Ciudad Bolívar	2.477
20	Sumapaz	116

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Mapa generado en SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

5.2.3.7.2. Morbilidad por accidentes y violencia

Entre los eventos asociados a violencia y accidentes en general, tuvieron mayor prevalencia el accidente de tránsito con una tasa de 433,87 por 100.000 habitantes, la sospecha de maltrato emocional, con una tasa de 25,28 por 100.000 habitantes y la lesión autoinfligida con una tasa de 18,95 por 100.000 habitantes. Estos eventos se presentan en mayor proporción en el sexo femenino, en 60,02%; en edades de 27 a 59 años, con 58,44%, su nivel educativo es bajo, en nivel Sisbén 3, con 48,69%. Las localidades con mayor afectación son Sumapaz con una tasa de morbilidad por 4,72 por 1.000 habitantes; Bosa, con una tasa de 1,85 por 1.000 habitantes; San Cristóbal, con una tasa de 1,39 por 1.000 habitantes; Ciudad Bolívar, con una tasa de 1,20 por 1.000 habitantes; Rafael Uribe, con una tasa de 1,17 por 1.000 habitantes; y Usme con una tasa de 1,04 por 1.000 habitantes (mapa 19).

Mapa 19. Morbilidad por accidentes y violencia en Bogotá, D.C. (2014) (prevalencia por género y localidades)



(Datos asociados al mapa 19)

	Localidad	Frecuencia	Porcentaje	Proporción de prevalencia ajustada	
				Hombres	Mujeres
1	Usaquén	206	3,51	0,43	0,37
2	Chapinero	51	0,87	0,35	0,17
3	Santa Fe	97	1,65	0,88	0,74
4	San Cristóbal	548	9,35	1,39	1,07
5	Usme	427	7,28	1,04	0,76
6	Tunjuelito	155	2,64	0,79	0,80
7	Bosa	1.148	19,58	1,85	1,93
8	Kennedy	659	11,24	0,62	0,49
9	Fontibón	141	2,40	0,37	0,27
10	Engativá	358	6,11	0,41	0,38
11	Suba	571	9,74	0,49	0,40
12	Barrios Unidos	45	0,77	0,20	0,17
13	Teusaquillo	5	0,09	0,04	0,02
14	Los Mártires	48	0,82	0,48	0,29
15	Antonio Nariño	41	0,70	0,38	0,29
16	Puente Aranda	107	1,83	0,41	0,40
17	La Candelaria	13	0,22	0,54	0,49
18	Rafael Uribe	431	7,35	1,17	0,83
19	Ciudad Bolívar	781	13,32	1,20	0,91
20	Sumapaz	31	0,53	4,72	6,48

Fuente: SDS, Subsecretaría de Salud Pública, Sistema de Estadísticas Vitales y Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO-RIPS cruzada con bases de datos APS y Sisbén de la SDS, ajustado 29-03-2016. Información procesada por SDS, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

5.2.4. Otras intervenciones en salud pública

5.2.4.1. Salud pública en emergencias y desastres

Durante el año 2014 se atendieron 607 emergencias y 4.009 personas. Se realizaron 2.249 traslados y 1.760 pacientes fueron atendidos y dados de alta en la escena; fallecieron en el total de las emergencias 32 personas. Igualmente, en 2014 se generaron 2.331 servicios de atención por eventos notificados por los equipos de las Unidades Comando en Salud Pública Locales y en 2015 se presentaron 2.087 eventos los cuales fueron notificados y atendidos.

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

Tabla 11. Notificación de brotes atendidos en Bogotá, D. C. (2012-2014)

Evento presentado	2012	2013	2014	Total	%
Brote de varicela	1.361	1.422	1.675	4.458	69,44
Brote de enfermedad transmitida por alimentos	224	180	178	582	9,07
Otros no especificados	126	96	157	379	5,90
Brote de ERA	48	54	64	166	2,59
Brote de EDA	54	59	52	165	2,57
Brote de parotiditis	60	36	32	128	1,99

Fuente: Informes mensuales de las Empresas Sociales del Estado de la red Pública Distrital Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Fecha de consulta: 26 de agosto de 2015.

Estos eventos no son predecibles y el comportamiento de presentación no necesariamente está ligado a factores sociales o políticos; responde a la notificación bien sea por la comunidad o por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES). La oportunidad de la respuesta depende del tiempo manejado por la agencia que administra en el Distrito Capital el Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE), Línea 123, en la transferencia de la solicitud a la SDS del servicio de transporte y respuesta a las urgencias y emergencias en salud que se presenten en la ciudad, para la posterior gestión por parte del Centro Operativo de la Dirección CRUE para envío del soporte para la atención prehospitalaria (APH), que incluye ambulancia si se requiere. De igual forma, la respuesta depende de externalidades en su mayoría relacionadas con el sistema de transporte y la movilidad de la ciudad.

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

Los grupos etáreos que más solicitan el servicio son los mayores de 60 años con aproximadamente un 25 %, relacionado con el grupo de patologías crónicas,

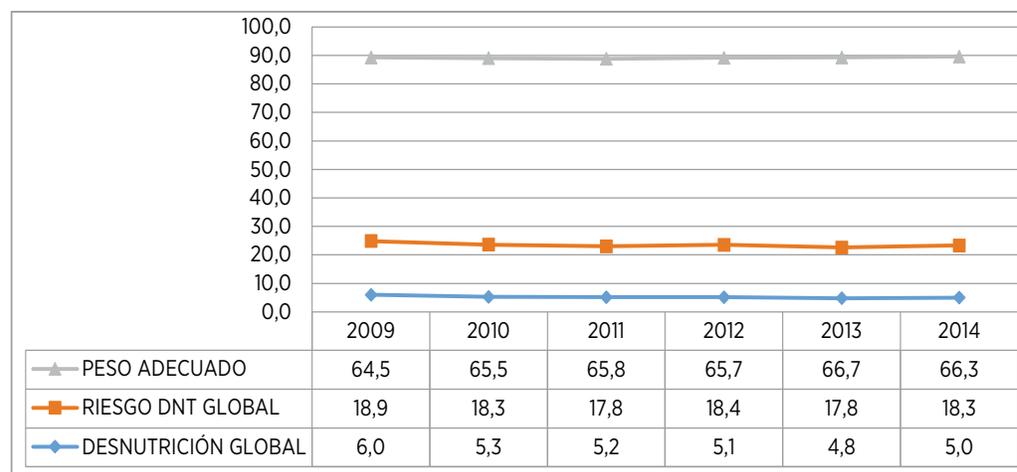
seguido por el grupo etáreo de 20 a 24 años, asociado a accidentalidad en general, principalmente de tránsito, comportamiento que ha permanecido estable. En el lapso comprendido entre julio 2012 a septiembre 2015, se atendieron el 100 % de las emergencias en las cuales se activó el sector salud, atendiendo en total 1.923 emergencias y 21.200 personas lesionadas en las emergencias. El tipo de paciente a los cuales se les apoya en su ubicación para la atención en una IPS de la ciudad, son los de prioridad alta o críticos en un 54 %, seguidos por pacientes de prioridad media, 31 % y materna de prioridad alta, 10 %.

5.2.4.2. Seguridad alimentaria y nutricional

Para Bogotá, D.C., los nacimientos con bajo peso siguen siendo una realidad que afecta cerca del 12 % del total de nacidos vivos anualmente, tendencia que se ha mantenido relativamente estable desde 2008 (12,8 %) hasta 2014 (12,2 %)¹³.

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

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



Fuente: SDS, Dirección de Salud Pública. Área Vigilancia en Salud. SISVAN. Patrón de referencia OMS.

¹³ Fuente: 2009-2015 Certificado nacido vivo Bases de datos DANE.

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

Los indicadores nutricionales muestran que la mal nutrición (desnutrición global, sobre peso y obesidad) se concentra en las localidades de La Candelaria, Rafael Uribe, Antonio Nariño, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz. Para la desnutrición global, indicador que refleja ampliamente las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de una población, la prevalencia en la ciudad alcanza el 4,8%. Las localidades que presentan porcentajes superiores son Antonio Nariño (6,9%), La Candelaria (6,7%), San Cristóbal (6,2%), Rafael Uribe (6,1%), Los Mártires (5,6%) y Ciudad Bolívar (5,5%). Con respecto al exceso de peso (sobrepeso y obesidad), Bogotá, D. C. alcanza un porcentaje de 26,9% para la población de 5 a 18 años. Las localidades con las prevalencias más altas son Puente Aranda (31,5%), Tunjuelito (29,5%), Rafael Uribe (29,2%), Ciudad Bolívar (28,9%), Bosa (28,4%) y Fontibón (28,2%). Esto refleja la transición epidemiológica que se presenta en Bogotá, D. C. con porcentajes importantes de desnutrición que no han sido resueltos y al mismo tiempo un aumento creciente del sobrepeso y la obesidad.

Por otro lado, la obesidad en la niñez y en la adolescencia ha alcanzado proporciones epidémicas en América, y Bogotá, D. C. no es ajena a esta situación. La prevalencia de sobrepeso en el grupo de escolares de 5 a 17 años, pasó de 7,8% en 2010 a 9,8% en 2014. A su vez, la prevalencia de obesidad pasó de 15,9% a 17,2%¹⁴ en el mismo periodo, lo cual representa una alerta para la ciudad y evidencia la necesidad de construir con todos los sectores estrategias contundentes en la promoción de la alimentación saludable, la actividad física y en la modificación de los ambientes obesogénicos a los que se exponen diariamente los niños, niñas y adolescentes y, en general, la población de la ciudad. La prevalencia de exceso de peso en la edad adulta es cercana al 50% en la ciudad, situación bastante preocupante si se tiene en cuenta que, además, constituye un factor de riesgo para la incidencia de otras condiciones crónicas como la hipertensión arterial (HTA), el cáncer y la diabetes *mellitus*.

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

¹⁴ Fuente: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. SISVAN. Fecha de extracción de la información: 30 de junio 2015.

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

5.3. Respuesta del sistema a las condiciones de salud

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

Según el Informe de Calidad de Vida 2013, del Programa Bogotá cómo Vamos (Universidad Javeriana, Fundación Corona, *El Tiempo*, 2015), seis de cada diez encuestados afirmaron que en Bogotá no se les garantiza el derecho a la salud. Comparativa e irónicamente, en Medellín y Barranquilla, que cuentan con muchos menos recursos, solo tres de cada diez encuestados consideraron lo mismo. Igualmente, el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que se explica por la presencia de barreras de acceso financieras, administrativas, culturales y geográficas, las cuales se evidencian en la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas.

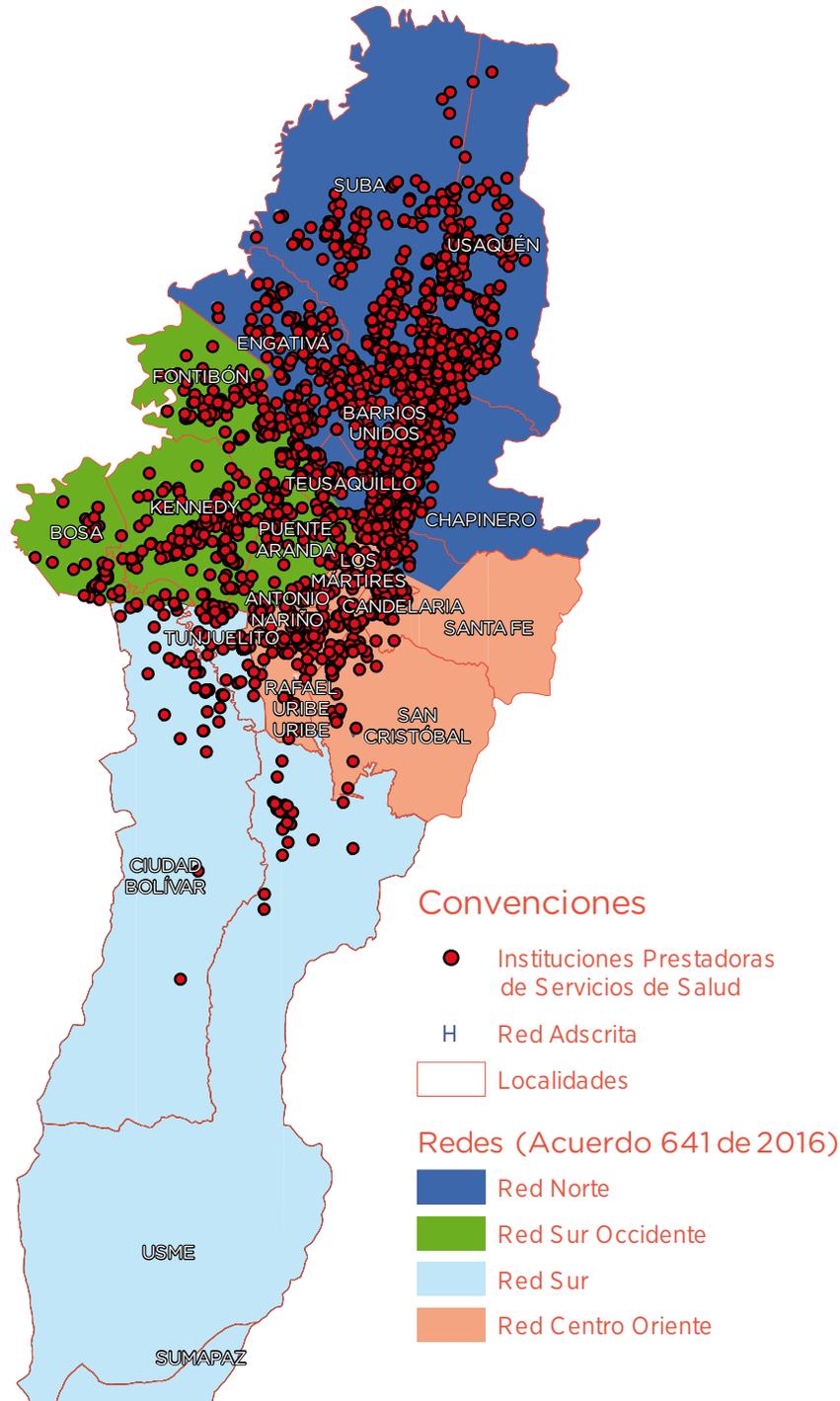
Esta situación tiene dos causas. En primer lugar, la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios. En segundo lugar, la poca resolutivez clínica en los servicios básicos. En su conjunto, esta situación y sus causas, tienen efectos en el componente financiero del sector por los elevados costos que se generan y el pobre impacto en la salud a causa de la duplicidad de acciones. Además, se reconocen otras situaciones asociadas, tales como la fragmentación de la atención y las deficiencias en la calidad de la misma.

Estas circunstancias, que afectan de manera negativa la calidad de vida de los ciudadanos, han sido abordadas por organismos multilaterales como la OMS y la

OPS, quienes recomiendan afrontarlas con enfoques de atención primaria en salud resolutiva y de gestión del riesgo, así como con el desarrollo e implementación de redes integradas de prestación de servicios de salud, lo cual ha sido acogido por Colombia en normas diversas como la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la Ley 1438 de 2011, el Plan de Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015).

Ahora bien, en el Distrito Capital se concentran más de 14.000 prestadores de servicios de salud, la mayoría se ubica al norte de la ciudad (mapa 20). El Distrito Capital cuenta con cuatro ESE, que agrupan cinco hospitales de III nivel, ocho de II nivel y nueve de I nivel, lo que genera 174 puntos de atención (mapa 20).

Mapa 20. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas de Bogotá, D.C.



Fuente: SDS, Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, Dirección de Provisión de Servicios de Salud y Dirección de Calidad de Servicios de Salud. Cartografía suministrada por IDECA. Mapa generado por la SDS, Subsecretaría Corporativa, Dirección TIC.

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

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

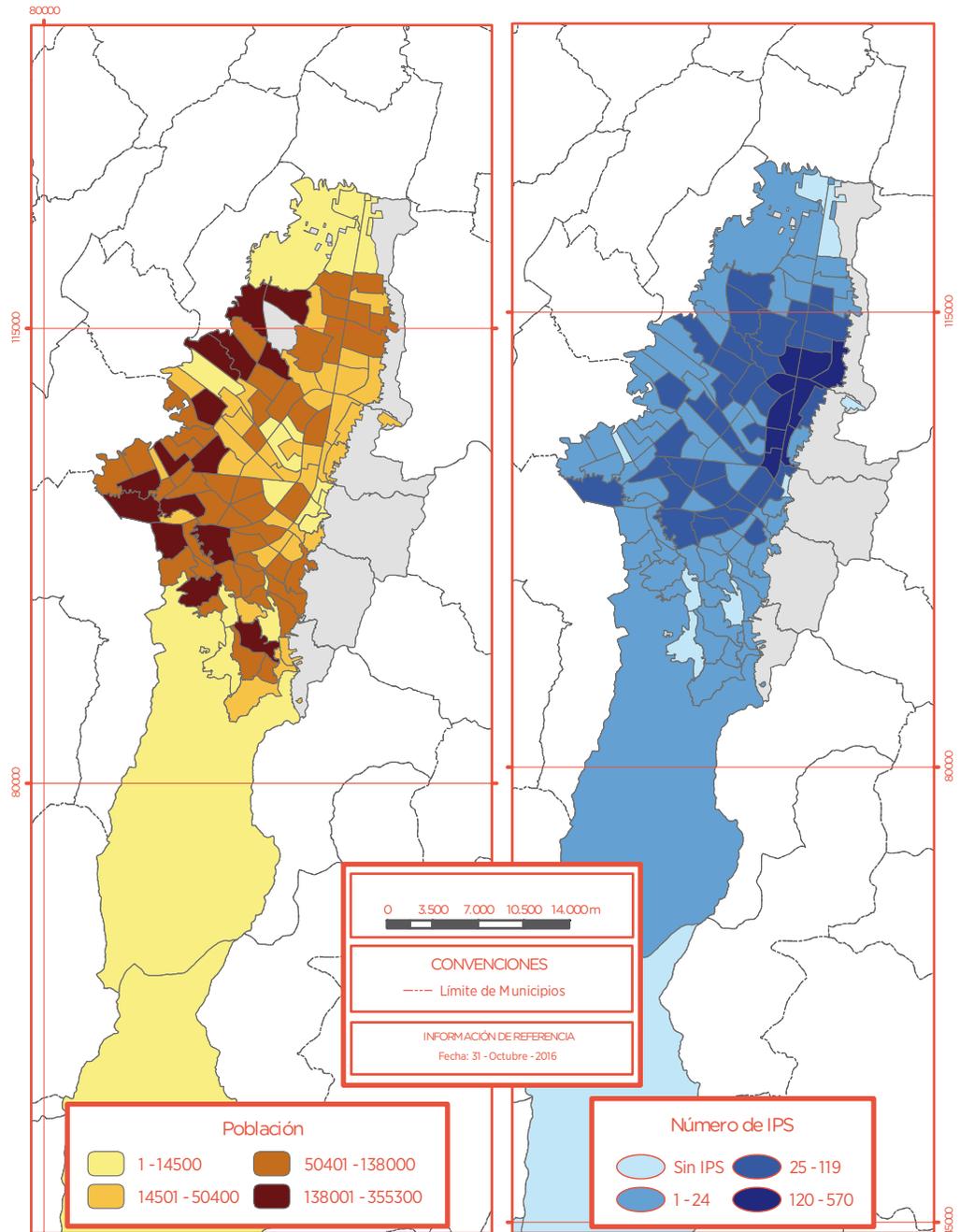
En el servicio de consulta externa, la capacidad instalada se encuentra distribuida así: Subred Sur, 28%. Subred Norte, 25%. Subred Sur Occidente, 24%. Subred Centro Oriente, 23%. Con relación a la capacidad instalada de salas de cirugía: Subred Norte, 30%. Subred Sur 28%. Subred Centro Oriente, 23%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

La capacidad instalada en salas de cirugías, en la Subred Sur, Subred Occidente y Subred Centro Oriente, resulta insuficiente ante la magnitud de la población de cobertura y la demanda del servicio por atención de urgencias relacionadas principalmente con lesiones de causa externa y trauma. La mayor cantidad de mesas para la atención de partos se encuentra en la Subred Sur con un 30% de las mesas, siguiéndole la Subred Norte con el 27% de esta capacidad, y la Subred Centro Oriente y Sur Subred Occidente, con el 24% y 18% de las mesas de parto, respectivamente. Adicionalmente, la infraestructura hospitalaria, física y tecnológica distrital evidencia atrasos de hasta 15 años, por lo que no está en capacidad para responder a las necesidades y demandas actuales y futuras de la población del Distrito Capital, afectando de esta manera la calidad percibida en la prestación de los servicios de salud. En el anexo 11 se registra la evolución de la capacidad instalada de la red pública distrital adscrita, en el período 2011-2014.

Al contrastar la oferta de servicios en la red de prestadores privados y públicos, con su distribución en las localidades del Distrito, se anota que el 68,6% de los

servicios médicos especializados básicos en consulta externa (medicina interna, pediatría, anestesia y ginecobstetricia), se encuentran ubicados en la Red Norte en las Localidades de Chapinero (22,40%), Usaquén (21,62%), Teusaquillo (8,49%) y Suba (7,72%); en las Subredes Sur y Centro Oriente cuenta con la menor oferta de estos servicios básicos especializados en las localidades de Usme (0,61%) y Antonio Nariño (1,88%) y para las localidades de La Candelaria (0,30%) y Sumapaz (0,10%) de la Red Sur.

El anterior comportamiento se extrapola a los servicios de cirugía general, ortopedia, cardiología, neurocirugía, neurología, nefrología, nefrología-diálisis renal y nefrología pediátrica, oncológicos, hospitalización, y la oferta para estos servicios es muy reducida o nula al igual en localidades como Usme, Bosa, Fontibón, Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria y Sumapaz (mapa 21).

Mapa 21. Población e IPS en Bogotá, D.C. (2013)

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Planeación y Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, Dirección de Provisión de Servicios de Salud y Dirección de Calidad de Servicios de Salud. Mapa Generado en Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

Los equipamientos de salud en Bogotá, D.C., actualmente se encuentran distribuidos en dos tipos, por un lado se encuentran las IPS privadas, los cuales corresponden al 95% de equipamientos de salud de la ciudad, atienden al régimen contributivo en su mayoría y se encuentran localizadas principalmente hacia los ejes viales

principales de la ciudad (autopista Norte) y por otro lado los hospitales públicos, los cuales corresponden al 5% de los equipamientos de salud de Bogotá, D.C., atienden población del régimen subsidiado y vinculado y se encuentran localizados dependiendo de la demanda de los servicios procurando una cobertura integral para la ciudad. Actualmente, para la implantación de un nuevo equipamiento de salud en la ciudad de Bogotá, independientemente de su naturaleza (pública o privada) debe cumplir con lo establecido en los Decretos Distritales 318 de 2006 y 553 de 2012 Plan Maestro de Equipamientos de Salud.

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



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



6

Orientación estratégica del Plan

6.1. Plataforma estratégica

6.1.1. Misión

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

6.1.2. Visión

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

6.1.3. Objetivos estratégicos

- Contar con un nuevo modelo de salud basado en la estrategia de APSR, que atiende de manera integral e integrada a los usuarios de acuerdo con la reorganización de redes de prestación de servicios, que fortalece las acciones colectivas y las articula con las de tipo individual, garantiza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disminuye las barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y administrativas para reducir el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad; así mismo, responde a las necesidades y expectativas de las personas y, especialmente, a las poblaciones más pobres y necesitadas, dentro de un esquema de aseguramiento en un ejercicio de gobernanza y rectoría en salud.
- Desarrollar acciones intersectoriales y generar APP, que permitan la implementación de planes, programas y proyectos que incidan de manera positiva en las condiciones sociales, ambientales y económicas de los habitantes de las zonas urbana y rural y que permitan el acceso a los servicios de salud

en condiciones dignas, lo que a su vez se reflejará en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población y en la disminución de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por eventos evitables.

6.2. Pilares y estrategias transversales

El Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020 propiciará el desarrollo pleno del potencial de los habitantes del Distrito Capital, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de una familia y la sociedad. Se aprovechará el momento histórico de reorientar el desarrollo de la ciudad para hacerla distinta y mejor.

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

Para alcanzar este propósito la administración distrital adelantará su gestión alrededor de tres pilares: 1. Igualdad en calidad de vida. 2. Democracia urbana. 3. Construcción de comunidad.

Los pilares se soportan en cuatro estrategias transversales que son los requisitos institucionales para que los pilares puedan edificarse, fortalecerse, tengan vocación de permanencia y puedan constituirse en fundamento del objetivo trazado: 1. Sostenibilidad ambiental basada en la eficiencia energética y el crecimiento compacto de la ciudad. 2. Oportunidades que promuevan el desarrollo económico basado en el conocimiento. 3. Nuevo Plan de Ordenamiento Territorial. 4. Gobierno legítimo, eficiencia administrativa y fortalecimiento de lo local, para prestar los mejores servicios al menor costo y en forma equitativa (figura 20).

Figura 20. Estructura del Plan Distrital de Desarrollo: “Bogotá Mejor para Todos”



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

En el contexto de los tres pilares y de las cuatro estrategias transversales del Plan de Desarrollo Bogotá Mejor Para Todos se propone el PTS 2016-2020, el cual aporta al logro de las apuestas de la actual administración en el “Pilar 1: Igualdad y calidad de vida” y en el “Eje transversal 4: Gobierno legítimo...”, como se enuncia en los siguientes apartados.

6.3. Pilar 1: Igualdad de calidad de vida

Tiene como objetivo la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más vulnerable y, especialmente, a la primera infancia. Estos programas están enfocados a la intervención del diseño y del funcionamiento de la ciudad a partir del reconocimiento de que de la calidad de la ciudad depende en gran medida la calidad de vida de sus habitantes. Este pilar se implementa a través del desarrollo de los programas: “Igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente”; “Familias protegidas y adaptadas al cambio climático”; “Ruta integral de atención para la primera infancia”; “Desarrollo integral desde la gestación hasta la adolescencia (Bogotá crece conmigo)”; “Oportunidades para la prevención de la maternidad

y la paternidad temprana”; “Desarrollo integral para la felicidad y el ejercicio de la ciudadanía”; “Inclusión para la equidad”; “Calidad educativa para todos”; “Atención integral y eficiente en salud”; “Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud”; “Mejores oportunidades para el desarrollo a través de la cultura, la recreación y el deporte”; “Bogotá mejor sin violencia para las mujeres”; “Bogotá territorio seguro para las mujeres” y “Ciudad de oportunidades para las mujeres: niñas, adolescentes y jóvenes”.

En este pilar, el sector salud contribuye con los programas intersectoriales “Atención integral y eficiente en salud” y “Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud”.

6.3.1. Programa Atención integral y eficiente en salud

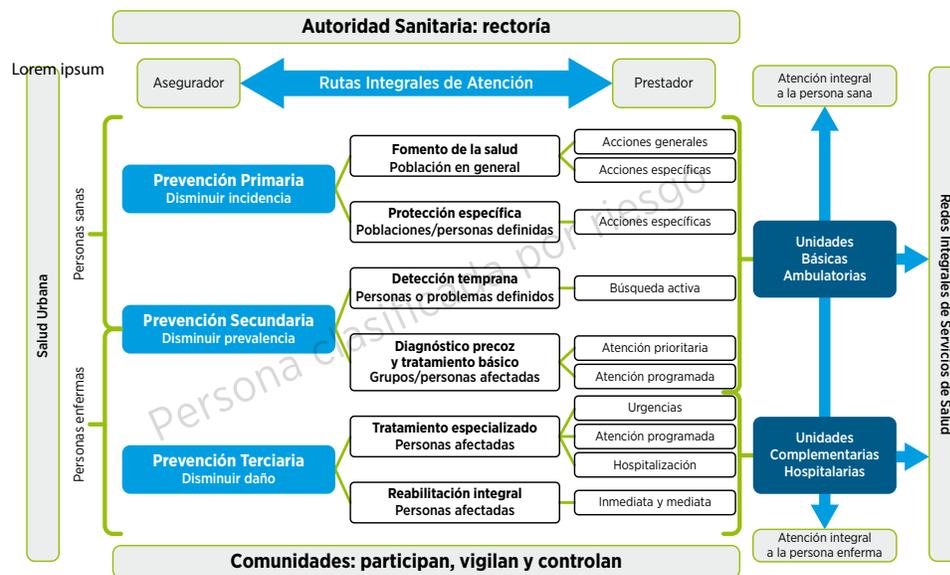
En el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos”, con el programa “Atención integral y eficiente en salud”, se busca desarrollar conceptual, técnica, legal, operativa y financieramente un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en un modelo de salud positiva, con responsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de APSR, soportada en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

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

Se desarrollarán cuatro centros de investigación e innovación en salud con los objetivos de apoyar la atención integral y digna y soportar al desarrollo científico y tecnológico de la ciudad.

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

Figura 21. El nuevo modelo de atención en salud para Bogotá, D. C.



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

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

Los proyectos de estratégicos de este programa son los siguientes: 1. Atención integral en salud (AIS). 2. Redes integradas de servicios de salud (RISS). 3. Conocimiento e innovación al servicio de la salud.

6.3.1.1. Proyecto estratégico: Atención integral en salud (AIS)

Este proyecto se orienta a permitir la organización y operación de un nuevo modelo de atención en salud basado en el enfoque de la salud urbana y en la estrategia de APSR; así como en la organización y operación de las rutas integrales de atención en salud, facilitando el acceso efectivo a los servicios de salud, la cobertura universal del aseguramiento en salud a través de mecanismos ágiles, la gestión individual e integral del riesgo en salud, la gestión compartida del riesgo en salud entre aseguradores y prestadores y el fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

El proyecto comprende las siguientes cuatro líneas de acción: 1. Aseguramiento social universal en salud. 2. AIS. 3. Gestión compartida del riesgo en salud. 4. Fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

1. Aseguramiento social universal en salud

Mediante esta línea de acción se adelantará el diseño y puesta en marcha de un mecanismo ágil y eficiente para garantizar la cobertura del aseguramiento a la totalidad de la población elegible para los subsidios en salud a través de un nuevo esquema de aseguramiento automático; así mismo, se garantizará la continuidad de 1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud¹⁵ y el aumento de cobertura hasta llegar a 1.334.667 afiliados, manteniendo la atención para aquella población vinculada transitoriamente no afiliada, catalogada por la ley como población *pobre no afiliada* (PNA).

La estrategia central consistirá en el diseño y puesta en marcha de un mecanismo de afiliación y cobertura de aseguramiento automático por parte de Capital Salud, para la totalidad de la población catalogada como PPNA que se identifica a lo largo de cada vigencia fiscal.

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

- Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático a 2019 ya evaluado.
- Garantizar la continuidad de 1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1.334.667 en 2020.

¹⁵ Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base Única de Afiliados (BDUA), con fecha de corte a 31 diciembre de 2015. Remitida a la Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento. Dirección de Aseguramiento.

- Garantizar la atención al 100% de la población PNA (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S a 2020.

2. Atención integral en salud (AIS)

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

Con el nuevo modelo de atención integral en salud se espera mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá, D.C.; así como disminuir diferenciales en morbilidad y mortalidad entre localidades y grupos de personas en la ciudad. Se diseñarán instrumentos para la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud. Existirán los equipos de atención integral orientados a la atención de población pobre y vulnerable con énfasis en poblaciones especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de calle, personas en situación de discapacidad, entre otros. Estos equipos enfocarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud, implementando una estrategia de tipo incremental para superar las diferencias.

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

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

- En vida saludable y condiciones no transmisibles, a 2020
 - Reducir la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15,0 por cada 100.000 menores de 70 años.
 - Aumentar al 30% la cobertura en detección temprana de alteraciones relacionadas con condiciones crónicas en todas las etapas del curso de la vida (cardiovascular, diabetes, EPOC, cáncer).
 - Aumentar en un 15% las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud oral en los espacios de vivienda y educativo de las veinte localidades del Distrito Capital.

- En convivencia social y salud mental, a 2020
 - Reducir en una quinta parte el diferencial de las localidades en donde se concentra el 64,7% de la proporción de prevalencia de alteraciones en la salud relacionadas con trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno mental, enfermedad neuropsiquiátrica y consumo problemático de alcohol.
 - Garantizar la atención integral en salud como medida de reparación a 7.200 personas víctimas del conflicto.
 - Aumentar la respuesta efectiva a un 84% de los niños, niñas y adolescentes identificados en alto riesgo desde la Línea 106.
 - Mejorar en un 60% las pautas de crianza y protección hacia la infancia y adolescencia captada en los espacios educativos y de vivienda.
 - Mejorar en 10% la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad mental y neuropsiquiátrica.
 - Iniciar en las instituciones, adscritas o vinculadas, procesos de rehabilitación integral en 800 pacientes con adicciones.
 - Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatro subredes integradas de servicio de salud de acuerdo con la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados.
 - Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en adultos mayores.

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

- En sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, a 2020
 - Reducir en 50 % el diferencial que ocurre en las localidades donde se concentra el 70 % de los casos de la mortalidad materna.
 - Reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.
 - Disminuir en 6 % la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años.
 - Reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año.
 - Reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.
 - Reducir en 50 % el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60 % de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.
 - Reducir la tasa de mortalidad infantil a 8,16 por 1.000 nacidos vivos.
 - Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9,52 por 1.000 nacidos vivos.
 - El 80 % de las personas con VIH en el Distrito Capital contarán con tamizaje, conocerán su diagnóstico y alcanzarán una carga viral indetectable.
 - Mantener en 2 casos o menos, la transmisión materna-infantil de la Hepatitis B.
 - Disminuir a 2,4 casos por 1.000 días de uso de dispositivo, las infecciones asociadas al mismo.
 - Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales.

- En vida saludable y enfermedades transmisibles, a 2020
 - Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos en la población sujetos del programa.
 - Realizar el estudio de costo-efectividad e incorporar al PAI Distrital, de manera progresiva en los próximos 4 años, la vacuna del meningococo para la población en riesgo.
 - Reducir en 20% el diferencial que ocurre en las localidades donde se concentra el 70% de la morbilidad por transmisibles.
 - Reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el Distrito Capital.
 - Reducir a la mitad el diferencial de las localidades en donde se concentra el 57,5% de los casos de la mortalidad por neumonía en menores de cinco años.
 - Lograr la reducción de la mortalidad por tuberculosis en el Distrito Capital a menos de 1 caso por 100.000 habitantes.
- En salud y ámbito laboral, a 2020
 - El 70% de los niños trabajadores identificados e intervenidos por el sector salud, serán canalizados efectivamente a los servicios de salud y sociales para su desvinculación del trabajo.
 - El 100% de los trabajadores identificados por el sector salud en las unidades de trabajo tendrán implementada la estrategia de entornos laborales saludables.
- En salud pública en emergencias y desastres, a 2020
 - El 100% de las unidades comando habrá dado respuesta al 100% de las urgencias y emergencias de salud pública notificadas en el Distrito Capital.
 - El 100% de los hospitales-clínicas priorizados de la red distrital tendrán implementados planes para dar respuesta a las urgencias y emergencias de la ciudad.

3. Gestión compartida del riesgo en salud

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

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

- Contar con el diseño técnico, operativo, legal y financiero del esquema; poner en marcha y tener una operación completa y consolidada del nuevo esquema de rutas integrales de atención, al finalizar el segundo año de operación (2017) en todas las subredes integradas de servicios de salud.
- Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero.
- Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual, a 2020.
- Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual, a 2020.

4. Fortalecimiento de la EPS Capital Salud

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

La estrategia central consistirá en hacer una revisión y rediseño inmediato de los aspectos críticos de los principales procesos operativos (afiliación, recaudo, contratación, facturación, auditoría y gastos de administración, entre otros), de sus estructuras tecnológicas y humanas de soporte, y del personal responsable

de su ejecución, comenzando por la gerencia y sus líderes principales, que permitan tomar medidas de choque en un plazo inmediato. Las metas evaluables para esta línea de acción, son las siguientes:

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

6.3.1.2. Proyecto estratégico: Redes integradas de servicios de salud (RISS)

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

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

Se integrarán servicios en dos tipos de centros de atención (unidades ambulatorias y unidades hospitalarias), con las que esta red garantizará la prestación integral de servicios de salud a la población bajo su responsabilidad, en especial la afiliada a la EPS Capital Salud y a la PPNA.

El proyecto comprende cuatro líneas de acción así:

1. Organización y operación de servicios de salud en redes integradas

Se avanzará en la puesta en marcha, monitoreo y control de la RISS distrital, conformada por cuatro subredes territoriales especializadas: Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente, a través de las cuales se organizará y garantizará la prestación integral de servicios de salud incluidos en los distintos planes de

beneficios en salud, en especial a la población afiliada a la EPS Capital Salud y la PNA. Las metas evaluables para esta línea de acción son las siguientes:

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

2. Habilitación y acreditación de calidad de los servicios de salud

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

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

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

3. Pago por red con incentivos al desempeño

Mediante esta línea de acción se incorpora un esquema de remuneración e incentivos para la prestación de servicios de salud por parte de las redes integradas de servicios, permitiendo que se facilite la relación con las entidades administradoras de planes de beneficios en salud, al tiempo que incentiva mejoras significativas en la calidad y eficiencia para la prestación del servicio y que reduce la incertidumbre, los costos de transacción y la conflictividad entre pacientes, aseguradores y prestadores de servicios. El esquema planteado en esta línea entrará en operación en la totalidad de los hospitales del Distrito durante el segundo año de gobierno.

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

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

4. Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT)

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

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

6.3.1.3. Proyecto estratégico: Investigación científica e innovación al servicio de la salud

Con este proyecto se consolidarán las estructuras orientadas al desarrollo de la ciencia, la tecnología, la innovación y la investigación en salud para Bogotá, D.C. Contempla el fortalecimiento estructural y funcional de áreas de apoyo a la salud en el distrito, para lo cual se avanzará en la implementación de estrategias de financiación que garanticen la sostenibilidad en el tiempo.

La estrategia central consistirá en la creación de entidades especializadas, autónomas, sin ánimo de lucro, de carácter mixto y en las que participen el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), SDS, las cuatro subredes integradas y uno o varios entes privados.

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

1. Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud

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

2. Instituto Distrital para la Gestión de las Urgencias y Emergencias y de la Atención Prehospitalaria y Domiciliaria en Bogotá, D.C.

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

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

3. Laboratorio Distrital y Regional de Salud Pública

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

4. Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud

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

Las metas evaluables de este proyecto, son las siguientes:

- Tener implementada para 2020 una línea de producción tecnológica.
- A 2017 consolidar un Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud.
- A 2017 crear un Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.
- A 2017 proponer la creación de un Instituto Distrital para la Gestión de las Urgencias y Emergencias y de la Atención Prehospitalaria y Domiciliaria en Bogotá, D.C.
- A 2017 crear un Laboratorio Distrital y Regional de Salud Pública como entidad encargada de liderar el soporte técnico y las acciones de investigación, así como las de inspección, vigilancia y control de los procesos de atención a las personas.
- Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología, b. atención prehospitalaria y domiciliaria y c. salud pública, clasificado por Colciencias al menos en categoría C.

6.3.2. Programa Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud

Este programa busca mejorar la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para, con la implementación de la historia clínica virtual y a través de cualquier plataforma y de la telesalud, facilitar el acceso a atenciones resolutivas, a atención eficiente en la prestación de los servicios, información pertinente, suficiente y clara, individualizada y diferenciada, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población PPNA, elevando el nivel de satisfacción en salud.

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

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

Así mismo, se desarrollarán seis instalaciones hospitalarias (cuatro de reposición y dos nuevas) y cuatro centrales de urgencias.

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

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

Se buscará fortalecer la operación de un sistema de información interconectado entre las cuatro subredes, Capital Salud, la SDS, la EAGAT y las demás instituciones del sector.

Esto permitirá disponer de mecanismos tipo *call center* para las agendas de citas, el acceso más fácil a la historia clínica y procesos tipo teleconsulta y telediagnóstico en todo el Distrito.

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

6.3.2.1. Proyecto estratégico: Modernización de la infraestructura física y tecnológica

A través de este proyecto se realizarán las acciones de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica en los servicios de salud en la red pública distrital adscrita a la SDS, teniendo en cuenta que las principales acciones incluyen las siguientes tres líneas de acción: Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud; Asociaciones público privadas en el sector salud y Plataforma única Bogotá Salud Digital.

1. Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud

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

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

- Haber revisado y ajustado al finalizar 2016 el Plan maestro de obras y equipamientos de salud.
- Avanzar, culminar y poner en operación el 100 % de las obras de infraestructura y de dotación que se encuentran en proceso de ejecución o inconclusas.
- Construir 40 CAPS, a 2020.

- Construir cuatro CEUS cercanas al ciudadano, a 2019.
- Construir dos instalaciones hospitalarias, a 2020.
- Reponer cuatro instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme, a 2020.

2. Asociaciones público-privadas (APP) en el sector salud

El propósito de este proyecto es diseñar y poner en marcha un esquema de APP, al amparo de la Ley 1508 de 2012, que le permitan al Distrito adelantar el proceso de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica que se requiere, para ofrecer un servicio de salud oportuno, eficiente y de calidad.

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

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

3. Plataforma única “Bogotá Salud Digital”

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

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

- Contar con el diseño técnico, operativo y legal de la plataforma en los seis primeros meses del plan.

- Crear una plataforma tecnológica virtual para 2017.
- Lograr para la red pública distrital adscrita a la SDS, el 100% de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas para 2017
- Diseñar y poner en marcha el Plan de monitoreo y evaluación del modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero para 2019.

6.4. Eje transversal 4: Gobierno legítimo, eficiencia administrativa y fortalecimiento local

6.4.1. Programa Gobernanza e influencia local, regional e internacional

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

Para el caso del sector salud se busca establecer las condiciones para el buen gobierno de la ciudad tanto distrital como local, orientado al servicio ciudadano, evaluando las diferentes alternativas para optimizar el método y los costos de la prestación de los servicios, y adoptar la que ofrezca una mejor relación beneficio-coste. El sector salud contribuye al desarrollo de este eje transversal con el programa Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud.

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

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

De conformidad con lo previsto en el Acuerdo 641 de 2016 del Concejo de Bogotá, se desarrollarán el Comité Directivo de Red previsto en el parágrafo del artículo 25 y los espacios de participación comunitaria previstos en los artículos 27 a 30, como organismos de participación encargados de dinamizar la gestión en salud.

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

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

El programa incorpora el proyecto de inversión denominado Institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud para Bogotá, D. C.

6.4.2. Proyecto estratégico: Institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud para Bogotá, D. C.

Este proyecto se orienta a fortalecer la función de rectoría y conducción de la salud en el Distrito Capital bajo la responsabilidad de la SDS y de los organismos asesores y decisores, tales como el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud.

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

El proyecto comprende las siguientes seis líneas de acción: 1. Comisión Distrital Intersectorial de Salud. 2. Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado. 3. Desarrollo y fortalecimiento de la institucionalidad sanitaria en la ciudad. 4. Gobierno de red. 5. Corresponsabilidad en salud. 6. Inspección, vigilancia y control sanitario, epidemiológico y de prestadores de servicios de salud.

1. Comisión Distrital Intersectorial de Salud

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

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

2. Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud

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

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

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

3. Desarrollo y fortalecimiento de la institucionalidad sanitaria en la ciudad

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

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

4. Gobierno de red

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

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

5. Inspección vigilancia y control

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

- Dimensión de Salud Ambiental
 - Diseñar, actualizar y poner en funcionamiento el 100 % de los sistemas de vigilancia de 1ª, 2ª y 3ª generación en salud ambiental priorizados para Bogotá, en el marco de las estrategias de Gestión del conocimiento y Vigilancia de la salud ambiental.
 - Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100 % de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital.
- Dimensión de Fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial
 - Realizar intervenciones de prevención y control sanitario en el 100 % de la población sujeto de vigilancia priorizada en el marco de la estrategia de gestión integral del riesgo en el Distrito, para 2020
 - Para 2020 se garantiza la IVC y el seguimiento al 100 % de los agentes del sistema que operan en el Distrito de acuerdo con las competencias de ley.

6. Corresponsabilidad en salud

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

- Para 2020, 102 agentes del SGSSS y de otras instancias nacionales, distritales y locales, vinculadas con el sector, interactuarán, según su competencia, en las actividades y en el control social en salud.

- Para 2019 el 100 % de las Juntas Asesoras Comunitarias estarán conformadas y operando por cada una de las RISS del Distrito Capital.
- Para 2019 se habrá aumentado la cobertura de Servicio a la Ciudadanía del sector salud en 10 %.



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



7

Responsabilidades
de los diferentes
agentes con
el PTS 2016-2020

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

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

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

7.1. Aportantes

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

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

7.2. Aseguradores o administradores de planes de beneficios

Se entiende por *aseguramiento en salud*, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantizan el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio

de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el SGSSS, dentro de un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; es decir, de gestión adecuada del riesgo en salud.

Las EPS del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo, las citas médicas deben ser fijadas con oportunidad para brindar un tratamiento oportuno, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondientes.

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

7.3. Prestadores de servicios de salud

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

7.4. Proveedores de medicamentos y tecnología en salud

El servicio farmacéutico tiene como objetivos la promoción, prevención, suministro y atención farmacéutica, para lo cual requiere de actividades como accesibilidad, conservación de la calidad, continuidad, eficiencia, eficacia, humanización, imparcialidad, integralidad, promoción del uso adecuado, seguridad, oportunidad e investigación y desarrollo. Por lo anterior, es responsabilidad de la academia y gremios

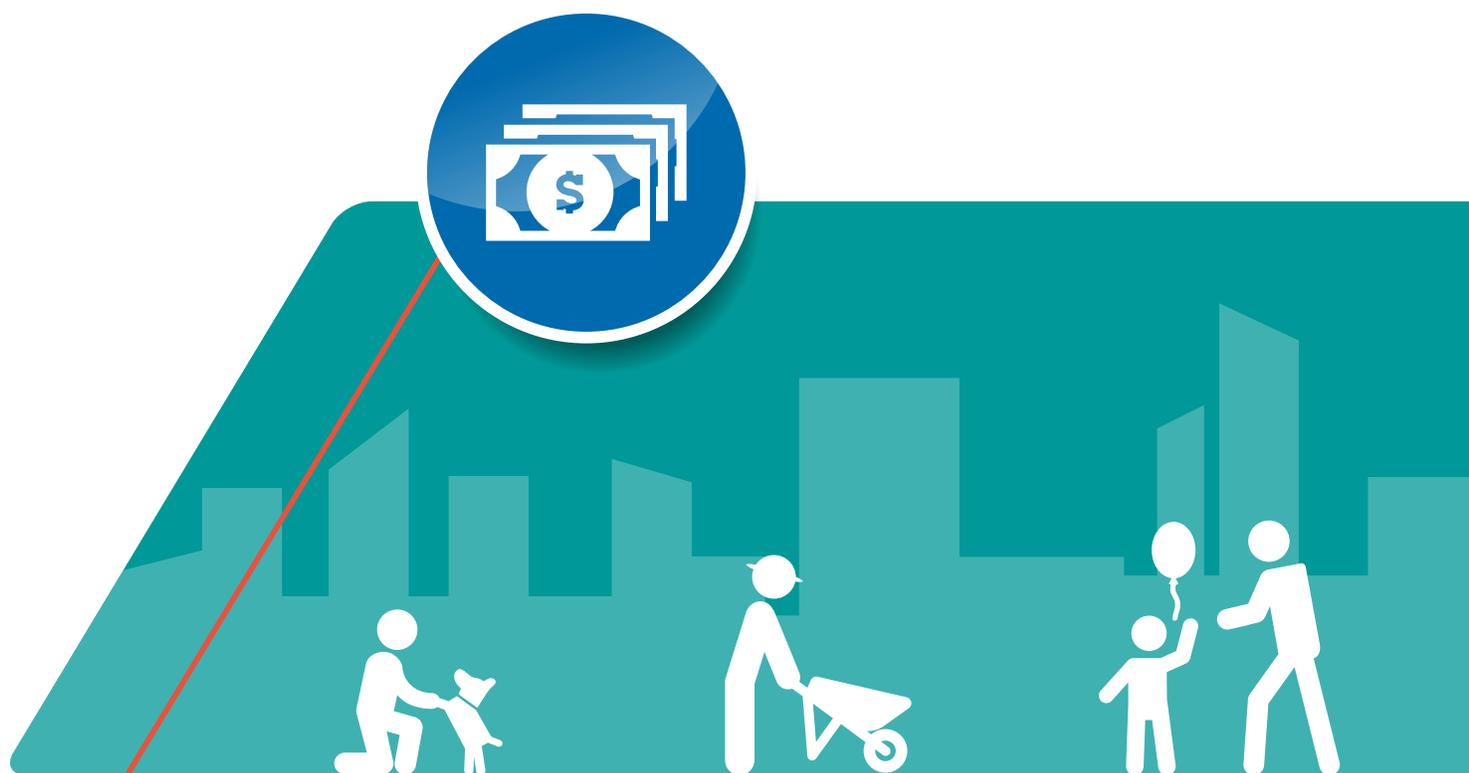
profesionales generar investigación y proyectos de invención e innovación tecnológica y social que permitan mejorar la calidad de la atención y gestionar el riesgo. Los proveedores tienen como función planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar los servicios relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos ofrecidos a la comunidad en general.

7.5. Ciudadanía y habitantes de la ciudad capital

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

7.6. Agencias estatales

Deben formular e implementar, controlar y evaluar las políticas públicas; así como los planes territoriales de salud; las estrategias, los programas, proyectos y normatividad que conduzcan al fomento de la salud, prevención de la enfermedad, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación, directamente, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas; ejecutar las campañas de carácter nacional en los términos y condiciones de la delegación efectuada, o asumir directamente la competencia y participar en los programas nacionales de cofinanciación, financiar los tribunales distritales de ética profesional y financiar la construcción, ampliación y remodelación de obras civiles, la dotación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del Distrito; las inversiones en dotación, construcción, ampliación, remodelación, y mantenimiento integral de los centros (anexo 12).



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



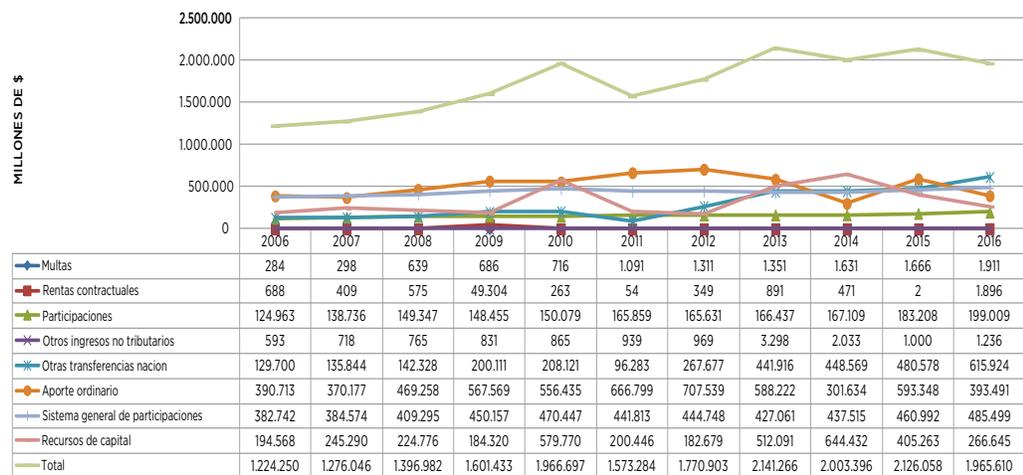
8

Financiación
del PTS
para Bogotá, D. C.
2016-2020

8.1. Presupuestos de ingresos y de gastos. Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) 2006-2016

Durante el periodo comprendido entre el 1° de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2016, el presupuesto de ingresos del FFDS ha tenido un comportamiento variable, en cada una de las vigencias fiscales. Luego de que presentara una tendencia positiva con leve crecimiento en términos nominales hasta 2010, a partir de allí, en 2011, se redujo en \$393.413 millones, es decir, en el 20 %, al pasar de \$1.966.697 millones en 2010 a \$1.573.284 millones en 2011 (figura 22 y tabla 12).

Figura 22. Ingresos 2016 del FFDS



Fuente: SDS, Dirección Financiera, Área de Tesorería.

Tabla 12. Ingresos FFDS 2006-2016 en pesos corrientes

DESCRIPCIÓN	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Multas	284	4,96	298	4,96	639	114,03	686	7,42	716	4,33	1.091	52,44	1.311	20,20	1.351	3,00	1.637	20,78	1.666	2,15	1.911	14,67
Rentas Contractuales	688	-40,51	409	-40,51	575	40,61	493.04	8470,72	263	-99,47	54	-79,49	349	946,23	891	155,25	471	-47,12	2	-99,98	1896	94700,0
Participaciones	124.963	11,02	138.736	11,02	149.347	7,65	148.455	-0,60	150.079	1,09	165.859	10,51	165.631	-0,14	166.437	0,49	167.109	0,40	183.208	9,63	199.009	8,62
Otros ingresos no tributarios	593	20,96	718	20,96	765	6,55	831	8,66	865	4,03	939	8,60	969	3,14	3.298	240,48	2.033	-38,36	1.000	-50,80	1.236	23,60
Otras Transferencias Nación	129.700	4,74	135.844	4,74	142.328	4,77	200.111	40,60	208.121	4,00	96.283	-53,74	267.677	178,01	441.916	65,09%	448.369	1,51	480.578	7,14	615.924	28,16
Aporte ordinario	390.713	-5,26	370.177	-5,26	469.258	26,77	567.569	20,95	556.435	-1,96	666.799	19,83	707.539	6,11	598.222	-16,86	301.634	-48,72	593.348	96,71	393.491	-33,68
Sistema general De participaciones	382.742	0,48	384.574	0,48	409.295	6,43	450.157	9,98	470.447	4,51	441.833	-6,09	444.748	0,66	427.061	-3,98	437.515	2,45	460.992	5,37	485.499	5,32
Recursos de capital	194.568	26,07	245.290	26,07	224.776	-8,36	184.320	-18,00	579.770	214,55	200.446	-65,43	182.679	-8,86	512.091	180,32	644.432	25,84	403.263	-37,11	266.645	-34,20
Total	1.224.250	4,23	1.276.046	4,23	1.396.982	9,48	1.607.433	14,64	1.966.697	22,81	1.573.284	-20,00	1.770.903	12,56	2.141.266	20,91	2.033.396	-6,44	2.126.038	6,12	1.965.610	-7,55

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

En 2013 y en 2014 la reducción fue de 6,44%, es decir, en \$137.871 millones, al pasar de \$2.141.266 millones a \$2.003.396 millones. En 2015 y en 2016 continúa presentando decrecimiento el cual alcanza el 7,55% que equivale a \$160.448 millones; al pasar de \$2.126.058 millones a un presupuesto de ingresos programado de \$1.965.610 millones (figura 22 y tabla 12).

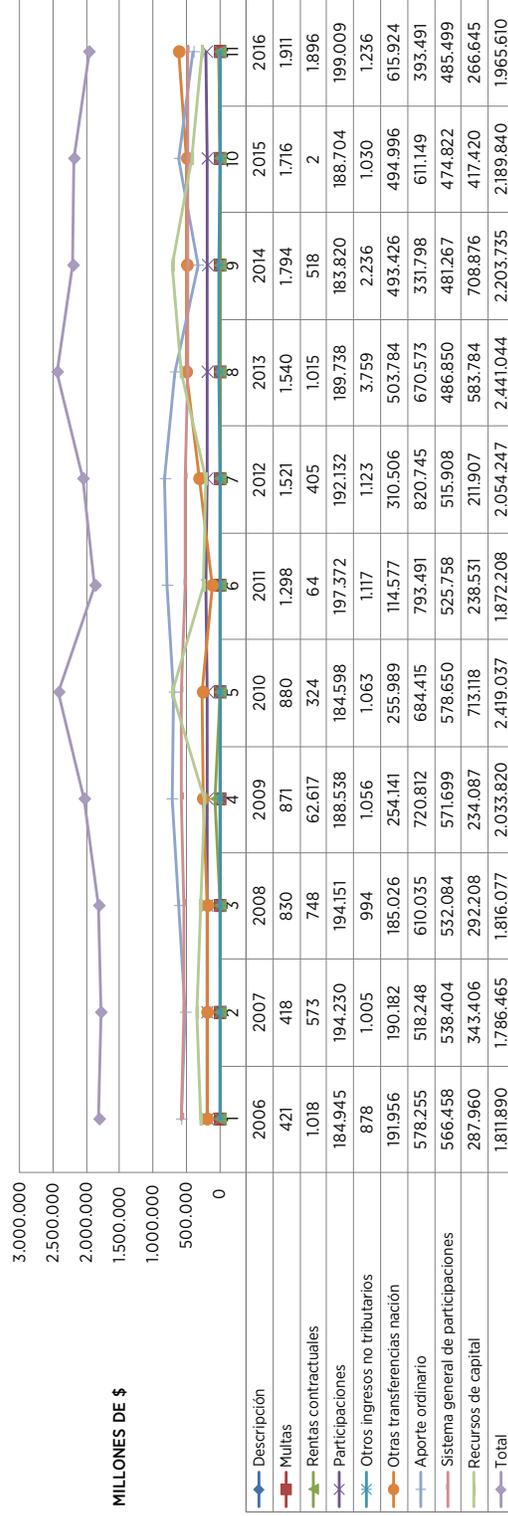
Al revisar las cifras en pesos constantes de 2016, se tiene que el presupuesto asignado para el FFDS para la presente vigencia fiscal decreció en términos reales en 18,74% con relación a 2010, es decir que disminuyó en 2016 en \$453.427 millones; y se redujo en 19,48% con respecto a 2013, es decir que en 2016 se tienen \$475.434 millones menos de lo que se presupuestó en 2013 (tabla 13 y figura 23).

Tabla 13. Ingresos FFDS 2006-2016 en pesos constantes de 2016

DESCRIPCIÓN	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Multas	421	418	830	871	880	1.2981.521	1.540	1.794	1.716	1.911	
Rentas Contractuales	1.018	573	748	62.617	324	64	405	1.015	518	21.896	199.009
Participaciones	184.945	194.230	194.151	188.538	184.598	197.372	192.132	189.738	183.820	188.704	199.009
Otros ingresos No tributarios	878	1.005	994	1.056	1.063	1.117	1.123	3.759	2.236	1.030	1.236
Otras transferencias Nacion	191.956	190.182	185.026	254.141	255.989	114.577	310.506	503.784	493.426	494.996	615.924
Aporte ordinario	578.255	518.248	610.035	720.812	684.415	793.491	820.745	670.573	331.798	611.149	393.491
Sistema general De participaciones	566.458	538.404	532.084	571.699	578.650	525.758	515.908	486.850	481.267	474.822	485.499
Recursos de capital	287.960	343.406	292.208	234.087	713.118	238.531	211.907	583.784	708.876	417.420	266.645
Total	1.811.890	1.786.465	1.816.077	2.033.820	2.419.037	1.872.208	2.054.247	2.441.044	2.203.735	2.189.840	1.965.610

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

Figura 23. Ingresos FFDS 2006-2016 en pesos constantes de 2016



Fuente: SDS, Dirección Financiera, Área de Tesorería.

La tabla 14 y la figura 24 presentan el valor total del presupuesto de gastos del FFDS asignado, ejecutado y girado durante el periodo 2006-2015 y el programado para 2016.

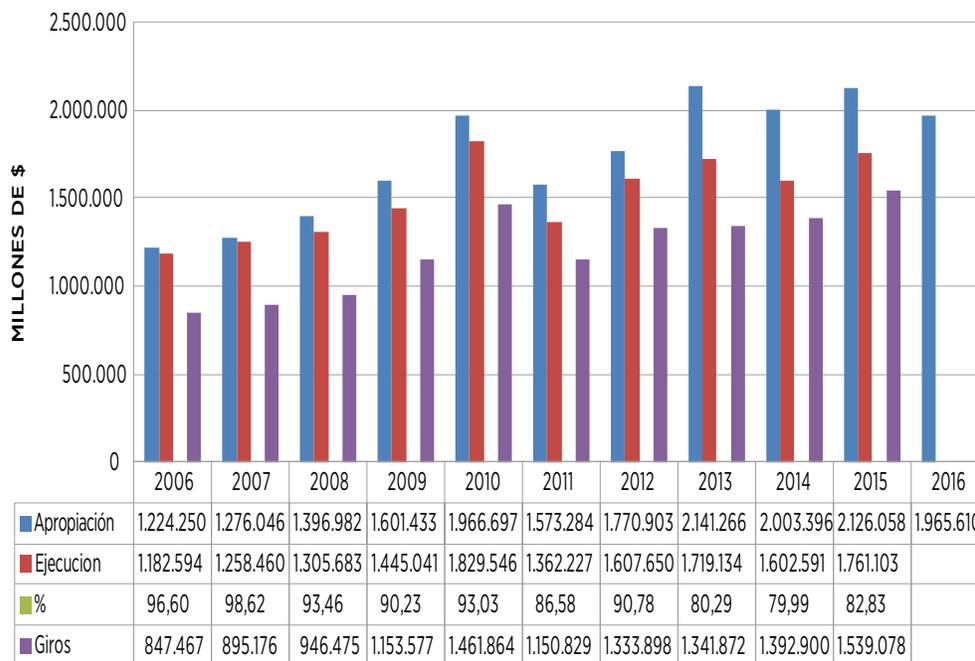
Tabla 14. Gastos FFDS 2006-2016 en pesos corrientes

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

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección Financiera.

Figura 24. Gastos FFDS 2006-2016 en pesos corrientes

(Cifras en millones de \$)



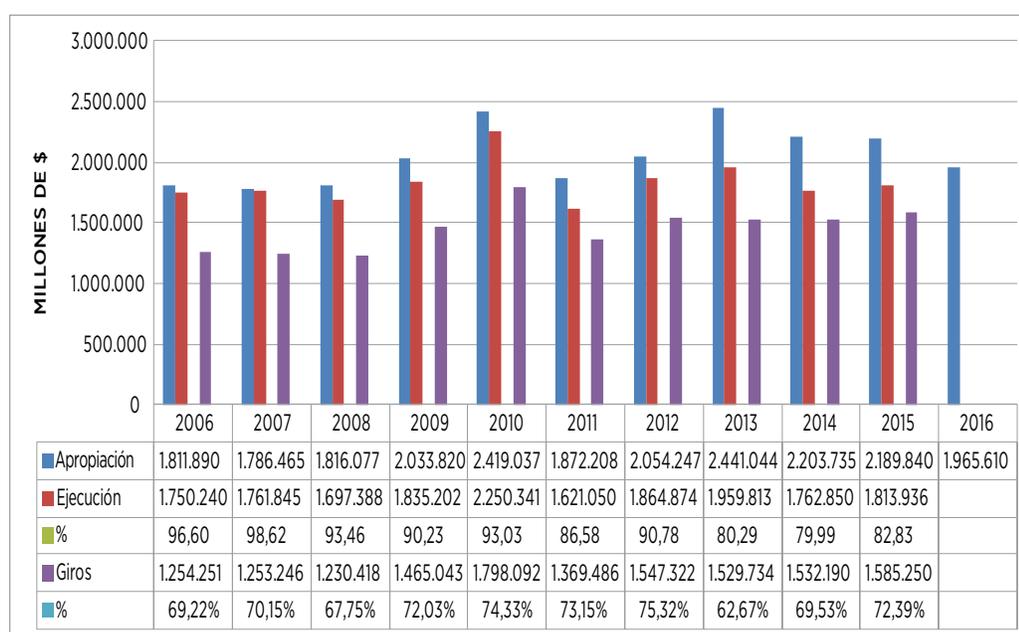
Fuente: SDS, Dirección Financiera.

La tabla 15 y la figura 25 presentan el valor total del presupuesto en pesos constantes de los gastos del FFDS asignado, ejecutado y girado durante el periodo 2006-2015 y programado 2016.

Tabla 15. Gastos FFDS 2006-2016 en pesos constantes de 2016

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

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección Financiera.

Figura 25. Gastos FFDS en pesos constantes 2006-2016

Fuente: SDS, Dirección Financiera

8.2. Financiación del PTS 2016-2020

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

Tabla 16. Plan financiero plurianual Bogotá Mejor Para Todos 2016-2020 FFDS

Proyecto	Aporte del Distrito Capital	Recursos administrados por la Entidad	Sistema General de Participaciones (SGP)	Recursos del crédito	Alianzas Público Privadas (APP)	Total
Atención Integral en Salud (AIS)	1.298.531	4.244.246	2.541.641	0	0	8.084.419
Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	62.647	125.520	0	0	0	188.168
Conocimiento e innovación al servicio de la salud.	290.246	11.045	0	1.546	0	302.837
Infraestructura física y tecnológica de las sedes de salud	1.499.394	289.980	0	56.987	2.500.000	4.346.360
Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud	431.234	2.500	31.993	0	0	465.727
Total	3.582.052	4.673.292	2.573.634	58.532	2.500.000	13.387.510

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



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



Bibliografía

- Aguilar, L. (2007). El aporte de la política pública y la nueva gestión pública a la gobernanza. *Reforma y Democracia*, (39), 5-32.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. Secretaría de Desarrollo Económico. (2016). *¿Cómo le fue a la economía bogotana en el 2015?* Recuperado de <http://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/base/descargas/public/librocle2015.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política Colombiana*. Bogotá: Legis.
- Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana. (2014). *Informe sobre violencia intrafamiliar y delitos sexuales*. Bogotá.
- Concejo de Bogotá & Alcaldía Mayor de Bogotá. (2006). *Acuerdo 257 por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, D. C. y se expiden otras disposiciones*. Bogotá: Registro Distrital No. 3662 del 30 de noviembre de 2006.
- Concejo de Bogotá & Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). *Acuerdo Distrital 641 por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, D. C., se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65686#0>.
- Congreso de la República de Colombia. (2015a). *Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un Nuevo País*. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015_pr001.html.
- Congreso de la República de Colombia. (2015b). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario Oficial 49.427 del 16 de febrero de 2015.
- Congreso de la República. (2011). *Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Diario Oficial 47.957 del 19 de enero de 2011.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). (2009). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020 con base en cifras del censo 2005*. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

- Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological consideration for the study of social position and social context. En: *Arve Pares B. ad. Inequality health - A Swedish perspective* (pp. 25-39). Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. En Evans et al. (eds). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Nueva York: Oxford UP.
- Equipo de Empalme Sector Salud Bogotá, D. C. (2015). *Propuesta de Plan Territorial de Salud 2016-2020*. Coordinador Luis Gonzalo Morales Sánchez. Bogotá, D. C.
- Galea, S. (2005c). Cities and population health. *Social Science and Medicine*, 1017-1033.
- Galea, S., & Vlahov, D. (2005a). Urban health: Evidence, challenges, and directions. *Annual Review of Public Health* 26, 341-365.
- Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z., & Vlahov, D. (2005b). Urban built environment and depression: *a multilevel analysis*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(10), 822-827.
- Lalonde, M. (1974). *Minister of National Health and Welfare. A new perspective on Health of the Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- McKeown, T. (1972). An Interpretation of the modern rise in population in Europe. *Popul Stud*, 26(3), 345-382.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) & Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2015). *Bases de datos del Sistema de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Universidad Externado de Colombia (UEC). (2015b). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos*. Bogotá: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Universidad Externado de Colombia (UEC). (2015c). *Plan decenal de salud pública 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Guía Pedagógica*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/4.1.3%20EPALSPedag%C3%B3gico_28_08_2014_Credi.pdf.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). *Política nacional de prestación de servicios de salud*. Bogotá: MinSalud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestación%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1841 por medio de la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Diario Oficial 48.811 del 4 de junio de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Resolución 1536 de 2015, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud* (Capítulo III, artículo 19: Priorización en Salud Pública). Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%201536%20del%202015.PDF
- Northridge, M. E., Sclar, E. D., & Biswas, P. (2003). Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *Journal of Urban Health, 80*, 556-568.
- Noticias RCN. (Septiembre 3 de 2013). *El 56% de los trabajadores son informales: UniAndes*. Recuperado de: <http://www.noticiasrcn.com/nacional-economia/el-56-los-trabajadores-son-informalesuniandes> y en <http://uniandes.edu.co/noticias/economia/56-de-los-trabajadores-son-informales>
- OMS & OPS. (2010). Informe final del Segundo Foro Regional de Salud Urbana y Tercer Foro Regional de Promoción de Salud. Nueva York, 25-27 de octubre. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/SDE/finalreportforum-esp.pdf>
- OPS & OMS. (2007). *La renovación de la atención primaria en salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington: OPS.
- OPS & OMS. (2010). *Serie "La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas" No. 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su Implementación en las Américas. Área de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria en Salud (HSS) Proyecto de Servicios Integrados de Salud (HSS/IHS) Oficina de la Subdirección OPS y OMS*. Washington: OPS.

- Organización de Naciones Unidas (ONU) & Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA). (2014). *La situación demográfica en el mundo 2014*. Informe Conciso. New York. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). *Informe Subregional sobre Rectoría Sectorial y Liderazgo de los Sectores de Salud*. Washington: OMS/OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *La renovación de la atención primaria en salud en las Américas*. Washington: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud. "Hacia un Marco Conceptual de Salud Urbana y Agenda para la Acción de las Américas"*. Ciudad de México: 27 a 29 de noviembre de 2007.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. N° 4. Redes Integradas de servicios de salud. Washington: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: Lecciones Aprendidas en conducción y regulación*. Washington: OPS/OMS.
- Peñalosa Londoño, E. (2015). *Programa de Gobierno "Recuperemos Bogotá, 2016-2019"*. Bogotá. Recuperado de <http://www.registraduria.gov.co/PLANES-DE-GOBIERNO-CANDIDATOS.html>.
- Periódico El Tiempo. (19 de junio de 2015). *Ventas ambulantes invadieron el norte de Bogotá, D. C.* Recuperado de <http://www.eltiempo.com/bogota/ventas-ambulantes-en-bogota/15976843>

- Presidencia de la República de Colombia. (1993). *Decreto Ley 1421, por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital*. Bogotá: Diario Oficial 40.958 del 22 de julio de 1993.
- Secretaría Distrital de Planeación (SDP) & Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2014). Encuesta Multipropósito 2014. Principales Resultados en Bogotá, D. C. y la Región. *Boletín 65*. Recuperado de www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta_Multiproposito_2014/Resultados_2014/Boletin_Resultados_Encuesta_Multiproposito_2014
- Secretaría Distrital de Planeación (SDP). (2011). Principales resultados de la Encuesta Multipropósito 2011. *Bogotá Ciudad de Estadísticas*, Boletín 32. Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2011/DICE115-CartillaEncuesMultipropos-2011.pdf>.
- Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2009). *Política de Provisión de Servicios de la Salud para Bogotá, D. C.* Bogotá: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2015a). *Diagnóstico Sectorial de Salud. Directiva 009 de 2015 de la Alcaldía Mayor de Bogotá*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/Empalme%20del%20Sector%20Salud%2020122016/DIRECTIVA%2009%20DE%202015/1%20%20DIAGNOSTICO%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.pdf>
- Secretaría Distrital de Salud (SDS) & Rentería, L. (2014). *Información enfermedades transmitidas por vectores*. Bogotá: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud (SDS), Porras, A. R., & Navarrete, J. J. (2014). *Documento de análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud para el distrito capital*. Bogotá: SDS.
- UNFPA, Universidad Externado de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan decenal de salud Pública 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud, Guía Pedagógica*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/4.1.3%20EPALES_Pedag%C3%B3gico_28_08_2014_Credi.pdf. Fecha de consulta abril 4 de 2016.
- Universidad Javeriana, Fundación Corona, Cámara de Comercio de Bogotá & Periódico El Tiempo. (2015). *Programa Bogotá cómo vamos en salud. Encuesta de Percepción Ciudadana, "Bogotá Cómo Vamos 2015"*. Bogotá.

- Vásquez, A., & Buitrago, A. C. (Editoras). (2011). *El gran libro de los páramos*. Bogotá: Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt.
- Weatherbase. (2016). *Histórico de clima de Bogotá*. Recuperado de <http://www.weatherbase.com/weather/weather.php3?s=22208>
- Whitehead M. (1991). *The concepts and principles of equity and health*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. En *Challenging inequities in health care: from ethics to action* (pp. 309-322). New York: Oxford University Press.
- WHO, Commission on the Social Determinants of Health. (2007). The final report of the Health Systems Knowledge Network. En Vega-Romero, R., Acosta-Ramírez, N., Mosquera-Méndez, P. A., & Restrepo-Vélez, M. O. *La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/La%20pol%C3%ADtica%20de%20salud%20en%20Bogot%C3%A1,%202004-2008.An%C3%A1lisis%20de%20la%20APIS%20-%20Rom%C3%A1n%20Vega.pdf>
- Wilkinson, R. & Marmot, M. Eds. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. 2nd. ed. Copenhagen: World Health Organization.



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



Anexos

Anexo 1. Marco normativo del Plan Territorial de Salud 2016-2020

Normas y acuerdos internacionales	
I. Acuerdos y compromisos internacionales	
Norma	Contenido
Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud. OPS-OMS	Responde a “la necesidad urgente de abordar el problema de la fragmentación de los sistemas de salud de las Américas y validar la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Atención Primaria de Salud, lo que contribuye a servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. Las RISS permiten la aplicación de elementos como cobertura y acceso universal, primer contacto, atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros”.
Objetivos de Desarrollo Sostenible.	Esta agenda retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio para lograr lo que estos no alcanzaron, acogiendo las tres dimensiones de desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. Cuenta con diecisiete objetivos y 169 metas por cumplir en el período que se extiende desde 2016 hasta 2030.
Declaración Universal de Derechos Humanos.	Proclamada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo, tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, con lo que es esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de derecho y se promueva el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones. Los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado los derechos fundamentales del ser humano y se han comprometido a promover el progreso social, elevar el nivel de vida, asegurar el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre.
Declaración de Alma Ata de 12 de septiembre de 1978.	La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de APS para todos los individuos en el mundo.
Protocolo de Kioto Naciones Unidas 1998.	Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Reglamento Sanitario Internacional, versión 2005.	Comprende el conjunto de normas y procedimientos acordados por 193 países que aplican para: limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública, incrementar la seguridad de la salud pública global y minimizar interferencias a los viajes, el comercio y las economías.
Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.	Orienta la elaboración de los planes nacionales de salud para el abordaje de los determinantes de la salud y el mejoramiento al acceso a los servicios y bienes de salud, individuales y colectivos, que se facilite la movilización de recursos y se influencien las políticas de salud en la región, en la que cada individuo, familia y comunidad tengan la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial.

Normas y acuerdos internacionales	
II. Jurisprudencia y normatividad de orden nacional	
Norma	Contenido
Ley 9 de 1979. Código Sanitario Nacional.	Incluye normas generales, base de las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar o mejorar las condiciones en lo relacionado con la salud humana; procedimientos y medidas que se deben adoptar para la regulación, legalización y control de las descargas de residuos y materiales que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del ambiente, entendiéndose estas, como las necesarias para asegurar el bienestar y la salud humana.
Ley 30 de 1986	Estatuto Nacional de Estupefacientes (reglamentado por el Decreto 3788 de 1986). Decreto 2737 de 1989, por el cual se expide el Código del Menor.
Ley 6877 de 2001	Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.
Ley 38 de 1989	La presente Ley constituye el Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación a que se refiere el inciso 1° del artículo 210 de la Constitución Política. En consecuencia, todas las disposiciones en materia presupuestal deben ceñirse a las prescripciones contenidas en este Estatuto que regula el sistema presupuestal.
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Constitución Política de Colombia de 1991.	Establece en su artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado...", quien debe garantizar a todas las personas del territorio nacional, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Ley 152 de 1994, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
CONPES 2793 de 1993	Lineamientos Política de envejecimiento y vejez.
Ley 136 de 1994	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.
Ley 152 de 1994	Establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo y la planificación, para su aplicación en el ámbito de la nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden.
Ley 124 de 1994	Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1° del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos.
Ley 253 de 1996	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscrito en Basilea el 22 de marzo de 1989.

Normas y acuerdos internacionales	
Ley 294 de 1996	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
Decreto Ley 111 de 1996	Esta ley orgánica del presupuesto, su reglamento, las disposiciones legales que está expresamente autorice, además de lo señalado en la Constitución, serán las únicas que podrán regular la programación, elaboración, presentación, aprobación, modificación y ejecución del presupuesto, así como la capacidad de contratación y la definición del gasto público social. En consecuencia, todos los aspectos atinentes a estas áreas en otras legislaciones quedan derogados y los que se dicten no tendrán ningún efecto (Ley 179 de 1994, artículo 64).
Ley 361 de 1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
Ley 383 de 1997	Por la cual se expiden normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión y el contrabando, y se dictan otras disposiciones.
Ley 388 de 1997	Tiene como objetivos: armonizar y actualizar las disposiciones contenidas en la Ley 9 de 1989 con las nuevas normas establecidas en la Constitución Política, la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, la Ley Orgánica de áreas metropolitanas y la Ley por la que se crea el Sistema Nacional Ambiental; establecer los mecanismos que permitan al municipio, en ejercicio de su autonomía, promover el ordenamiento de su territorio, el uso equitativo y racional del suelo, la preservación y defensa del patrimonio ecológico, cultural, localizado en su ámbito territorial, prevenir desastres en asentamientos de alto riesgo y ejecutar acciones urbanísticas eficientes.
Resolución 2358 de 1998	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, art. 77 del Decreto 1292 de 1994.
Acuerdo 117 de 1998 CNSSS	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Ley 629 de 2000	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Ley 643 de 2001	El monopolio de que trata la presente ley se define como la facultad exclusiva del Estado para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar, y para establecer las condiciones en las cuales los particulares pueden operarlos, facultad que siempre se debe ejercer como actividad que debe respetar el interés público y social y con fines de arbitrio rentístico a favor de los servicios de salud, incluidos sus costos prestacionales y la investigación.
Ley 691 de 2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
Ley 715 de 2001	Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento del Acto Legislativo 001 de 2001, mediante la reestructuración del sistema de transferencias originadas en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, reajusta las competencias de los entes territoriales en materia de salud, y ordena reorganizar el régimen subsidiado.
Decreto 330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.

Normas y acuerdos internacionales	
Ley 745 de 2002	Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.
Ley 762 de 2002	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el 7 de junio de 1999.
Ley 789 de 2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
Ley 790 de 2002	Renovación de la Administración Pública.
Decreto 4175 de 2004	Por el cual se establece la prima de seguridad, se fija un sobresueldo para algunos empleos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), y se dictan otras disposiciones.
Sentencia T-025 de 2004	Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento.
Acuerdo 326 de 2005	Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.
Sentencia 355 de 2006	La Sala Plena del Tribunal Constitucional decidió despenalizar la práctica del aborto en tres circunstancias específicas: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.
Decreto 1011 de 2006	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de disposiciones que se aplican a los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.
Decreto 2181 de 2006	Reglamenta parcialmente las disposiciones relativas a los planes parciales contenidos en la Ley 388 de 1997. Dicta disposiciones en materia urbanística en concordancia con las determinaciones de los planes de ordenamiento territorial y los instrumentos que los desarrollen o complementen.
Decreto 3518 de 2006	Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1145 de 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.
Ley 1176 de 2007	Modifica la Ley 715 de 2001 Sistema General de Participaciones.

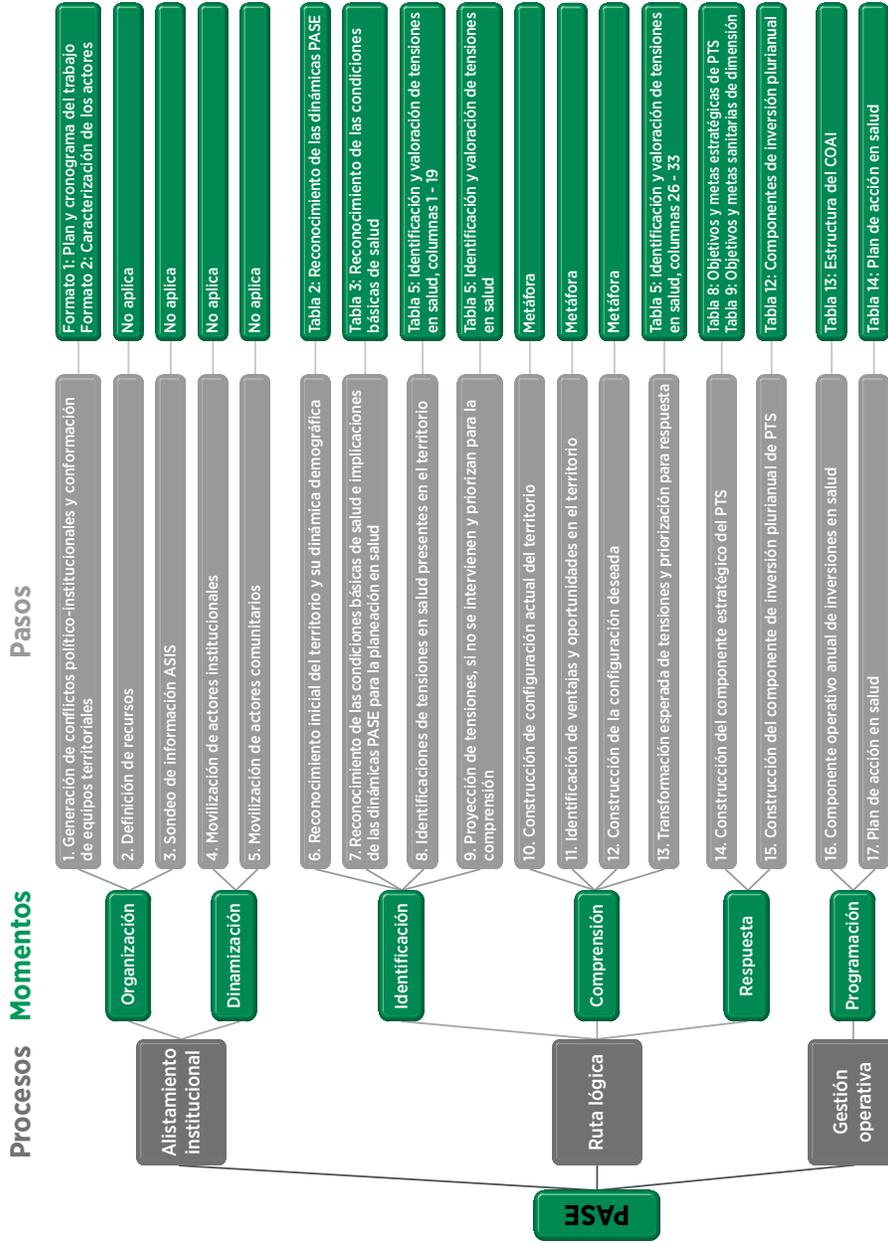
Normas y acuerdos internacionales	
Ley 1164 de 2007	Tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud, mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
Ley 1251 de 2008	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008	Obliga a unificar los planes obligatorios de salud para los regímenes contributivo y subsidiado y a realizar su actualización de manera periódica.
Ley 1287 de 2009	Por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997 en la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas en situación de discapacidad y se dictan otras disposiciones.
Ley 1295 de 2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisbén.
Ley 1384 de 2010	Se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Ley 1388 de 2010, por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, con el fin de disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 18 años de edad a través de una detección temprana y tratamiento integral.
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos para el sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1346 de 2011	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. (Esta Ley se reglamentó, entre otros, en los decretos reglamentarios 2244, 4800, 4802, 4801, 4635, 4634 y 4829 todos de 2011).
Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014, Prosperidad para Todos, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población.
Ley 1454 de 2011	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones.
CONPES 147 de 2011	Prevención del embarazo en adolescentes.
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.

Normas y acuerdos internacionales	
Ley 1562 de 2012	Ley de Riesgos Laborales. Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4800 de 2012	El presente decreto tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Ley 1608 de 2013	La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector Salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales, en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.
Ley 1616 de 2013	Garantiza a la población colombiana el pleno derecho a la salud mental fundamentado en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la APS.
Resolución 1841 de 2013	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 enfocado hacia la intervención sobre los determinantes sociales de la salud y de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema de protección social, según sus competencias. Delega responsabilidades a las Entidades Territoriales referidas a su implementación, monitoreo, seguimiento, evaluación, coordinación intersectorial del Plan y su armonización con las políticas públicas.
Resolución 1536 de 2015	Establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las Entidades Territoriales y las Entidades del Gobierno Nacional. Delega obligaciones a las Empresas Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Administradoras de Riesgos Laborales, en esta materia.
Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018	Esta ley en su artículo 65, Política de atención integral en salud, establece que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
Ley 1751 de 2015, Estatutaria de la Salud	Indica que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Los servicios de salud deben ser suministrados con integralidad; el Estado debe adoptar políticas públicas para reducir las desigualdades de los determinantes sociales de la salud. Este derecho involucra la participación de las personas en las decisiones del sistema, la organización en redes integrales de servicios de salud, la autonomía profesional en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento, condiciones laborales justas y dignas, un sistema único de información en salud y la articulación intersectorial.
Decreto 2353 de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.
Resolución 429 de febrero 17 de 2016	Por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adopta la Política de Atención Integral en Salud basada en redes integradas de servicios de salud.

Normas y acuerdos internacionales	
III. Normatividad distrital	
Norma	Contenido
Decreto Ley 1421 de 1993	Establece el régimen especial para el Distrito Capital y el estatuto político, administrativo y fiscal. Busca dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo, promover el desarrollo integral de su territorio y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.
Acuerdo 20 de 1990 del Concejo de Bogotá, D. C.	Designa a la Secretaría Distrital de Salud como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud, logrando la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Acuerdo 12 de 1994, del Concejo de Bogotá, D. C.	Establece el Estatuto de Planeación para Bogotá y reglamenta la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas de Santa Fe de Bogotá, conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.
Acuerdo 19 de 1996 del Concejo de Bogotá, D. C.	Adopta el Estatuto General de Protección Ambiental de Bogotá y dicta normas básicas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el ambiente.
Decreto 190 de 2004	Define como objetivo del Plan Maestro de Equipamiento en Salud: "...Ordenar y mejorar la oferta actual y futura de equipamientos y servicios de salud, públicos y privados, de manera accesible, equitativa, disponible, integral y de calidad, para contribuir en la garantía del derecho a la salud de la población del Distrito Capital...".
Acuerdo 257 de 2006 del Concejo de Bogotá, D. C.	Por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, D. C. y se expiden otras disposiciones. En el Acuerdo se establece el sistema de coordinación de la administración distrital, se organizan doce sectores administrativos de coordinación y se delega la dirección del Sector Salud en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Decreto Distrital 546 de 2007	Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital con el objeto de garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial.
Decreto Distrital 794 de 2011	Por medio de la cual se seleccionan los ganadores de la Convocatoria a Iniciativas sobre Gastronomía Afrocolombiana en Bogotá, y se ordena el desembolso de los estímulos económicos en favor de los mismos

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial (elaborado con base en marco legal vigente).

Anexo 2. Estrategia “PASE a la Equidad en Salud”



Fuente: Universidad Externado de Colombia 2015.

Anexo 3. Proceso de armonización del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con el Plan de Desarrollo Distrital en 2015

1. Primer momento: Armonización de Plan Territorial de Salud 2012-2016 con el Plan Decenal de salud Pública 2012-2021 y con el Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C.

Conforme a los lineamientos de orden nacional y considerando que el momento de adaptación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, mediante la promulgación de la normatividad correspondiente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se produce cuando ya se encontraba aprobado y en ejecución el Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 y por ende el Plan Territorial de Salud, se lleva a cabo el proceso preliminar de armonización de estos planes para lo cual se desarrolla la implementación en el Distrito Capital de la metodología “PASE a la equidad en salud”. Para ello fueron desarrollados los procesos, momentos, pasos y actividades definidos por la metodología de la estrategia PASE, como se describe enseguida.

A partir del plan de trabajo aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se concretan acciones con la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. con las Secretarías Distritales de Hacienda y de Planeación, para identificar y convocar referentes de distintos sectores de la administración distrital, e iniciar el desarrollo metodológico estructurado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en convenio con la Universidad Externado de Colombia y el Fondo de Poblaciones de las Naciones unidas (UNFPA).

En desarrollo del proceso se organiza un primer evento con alcance distrital denominado: “Primer Taller de Relacionamiento de Actores” con el propósito de dar inicio del proceso e identificar actores claves del nivel distrital, que por sus competencias y responsabilidades deberían participar en todo el proceso de armonización y construcción del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. Asisten al taller representantes de comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, representantes del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, profesionales de la Secretaría Distrital de Salud de las Direcciones de Salud Pública, Aseguramiento, Planeación y Sistemas, Participación Social, Desarrollo de Servicios, Hemocentro Distrital y Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.

Como producto del Taller se realiza la gestión para obtener la participación y delegación correspondiente de los demás sectores y entidades de la administración

distrital; obteniéndose la participación de profesionales delegados de las Secretarías Distritales de: Hacienda, Integración Social, Educación, Movilidad, Planeación, De la Mujer, Desarrollo Económico, Gobierno e institutos adscritos como el de Recreación y Deportes, el de Desarrollo Económico, el de Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), la Caja de Vivienda Popular, la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos (UAESP), para la Economía Social, Empresa de Acueducto y Alcantarillado, e IDECA, entre otros.

Para iniciar el desarrollo de la metodología “PASE a la Equidad en Salud”, con el equipo intersectorial constituido, integrado por profesionales delegados por cada sector de la administración, así como por los profesionales de las distintas dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, comisionados del Ministerio de Salud y Protección Social, se realiza la convocatoria y presentación de la misma a todo el equipo. A partir de este momento se inicia la recolección de información de las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica, la cual será usada para identificar el territorio y comprensión de la situación de salud y sus factores determinantes, así como insumo para definir la respuesta, en desarrollo de los momentos de “Identificación” “Comprensión” y “Respuesta” del segundo proceso o de “Ruta Lógica”, de la metodología.

Se constituyeron equipos intersectoriales por temáticas, teniendo como referencia las dimensiones prioritarias de vida, definidas en el PDSP 2012-2021 y se desarrollaron mesas de trabajo de: 1. Salud ambiental; 2. Vida saludable y condiciones no transmisibles; 3. Convivencia social y salud mental; 4. Seguridad alimentaria y nutricional; 5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; 6. Vida saludable y enfermedades transmisibles; 7. Salud pública en emergencias y desastres; 8. Salud y ámbito laboral. Cada equipo estableció su propio itinerario y dinámica.

Dadas las exigencias del Ministerio de Salud y Protección Social, de armonizar el Plan Territorial de Salud 2012-2016 y el Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C. con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; y, de llevar a cabo el cargue de la información y diligenciamiento de los aplicativos definidos como herramienta tecnológica para ello; se avanza, consolida y concluye el proceso al interior de la Secretaría Distrital de Salud. Se realiza un taller en el que se identifican las implicaciones de las dimensiones del desarrollo (PASE: poblacional, ambiental, social y económico) y sus efectos en la salud de la población en las diferentes dimensiones de vida; se identifican, valoran y transforman las tensiones de cada dimensión, para continuar con la comprensión del territorio, insumo para la planeación en salud.

Como producto del momento de armonización de planes, se cuenta con información de dinámicas PASE, estadísticas y series de tendencias del comportamiento de indicadores de salud en la población, comprensión de los determinantes de la situación de salud del Distrito Capital, las ventajas y oportunidades con que cuenta la Ciudad para modificar estos determinantes, un acercamiento a la visión del plan territorial y la identificación del aporte del Plan Territorial de Salud de Bogotá, D. C. 2012-2016 al cumplimiento de metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y los recursos, fuentes de financiación, inversiones y programas y resultados alcanzados en el mismo.

Estos elementos se analizan a la luz del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Los resultados de la armonización se consolidan en los aplicativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, quedando así armonizado el Plan Operativo Anual de Inversiones y el Plan de Acción 2012-2016 del D.C. con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Los anteriores productos, son considerados insumos para el siguiente momento de planeación integral en salud: la formulación del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C., en el marco del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020.

2. Segundo momento: Formulación del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020 y del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”.

A partir del proceso de armonización de planes referida en los anteriores acápite, en el Distrito Capital se cuenta con información precisa proveniente de los demás sectores y con una batería de indicadores de las dimensiones del desarrollo, analizados e inter relacionados con los cuales se explica la situación de salud de la población del Distrito Capital; así mismo se tiene una primera aproximación de las prioridades en salud y para la salud, que desde el sector y otros sectores deben ser abordadas, para mejorar las condiciones que afectan la calidad de vida y, en consecuencia, la salud de la población, que habita el Distrito Capital.

Recogiendo la experiencia del 2015, se realiza el alistamiento institucional y la convocatoria a los demás sectores para participar en la formulación del plan territorial de salud para Bogotá, D. C. Con los insumos recolectados el año anterior, se organizan talleres y mesas de trabajo para definir, valorar las tensiones en salud (magnitud, cronicidad, impacto) y continuar con el proceso de formulación de objetivos sanitarios de resultado y producto, al igual que las metas y estrategias para incidir en la salud de la población, las cuales se verán reflejadas en el Plan Territorial de Salud 2016-2020.

La definición de tensiones y su valoración, permite al Distrito Capital identificar, no solo, el comportamiento de los eventos en salud, las localidades y población en donde se presentan; sino también, esos aspectos que generan dicha situación desde lo poblacional, ambiental, social, económico e institucional; las posibles demandas de atención de la población a distintos sectores incluida salud y, adicionalmente, con qué elementos cuenta, no solo, la Secretaría Distrital de Salud, sino, el Distrito Capital desde el punto de vista de ventajas y oportunidades para afectar dicha situación y las necesidades de considerarlas en la planeación sectorial y en la administración pública distrital.

Una vez se socializan y analizan las tensiones identificadas, en un espacio de taller intersectorial con representantes de la academia, las agremiaciones científicas y la comunidad, se procede a identificar los aspectos generadores comunes en todas ellas, definiendo así los racimos y los ejes estructurantes del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C., los cuales se centran en aspectos de la pobreza, acceso a bienes y servicios, nivel educativo de la población, acceso al sistema educativo, desconocimiento de deberes y derechos en salud, barreras de acceso a la prestación de servicios, calidad de la atención en salud, modelo de aseguramiento y modelo de atención y prestación, ejercicio de gobernanza y rectoría por parte de la Secretaría Distrital de Salud. A partir de estos resultados, y con la transformación de las tensiones, se inicia la construcción del marco estratégico del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020.

El ejercicio de formulación del componente estratégico se realiza por dimensiones prioritarias de vida y por la dimensión transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Territorial. Las poblaciones vulnerables como dimensión transversal se incluyeron en cada una de las dimensiones de vida.

Anexo 4. Población de Bogotá, D. C. por localidades (2016-2020)

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

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Proyecciones de Población por Municipios 2005-2020.

Anexo 5. Agrupación de causas de morbilidad en Bogotá, D. C. según CIE 10 por prioridades del Plan Territorial de Salud Bogotá, D. C. 2016-2020

Prioridades PTS	Descripción	Código CIE 10
1. Vida saludable y condiciones no transmisibles [crónicas]	Enfermedades cerebrovasculares	I60 - I69
	Cáncer de colon y rectosigmoides	C18
	Cáncer de estómago	C16
	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon	C15, C17, C19 - C21, C26, C48
	Tumor maligno hígado y vías biliares	C22-C24
	Tumor maligno del páncreas	C25
	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	C33 - C34
	Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	C30 - C32, C37 - C39
	Cáncer de mama	C50
	Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	C81 - C96
	Cáncer de próstata	C61
	Cáncer de tiroides	H415,
	Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	C51 - C52, C56 - C57, C60, C62 - C68
	Hiperplasia de la próstata	N40
	Otros tumores malignos	RESTO DE (C00-C97): C00 - C14, C40 - C47, C49, C58, C69 - C80, C97
	Carcinoma-in-situ, t. benignos y de comportamiento incierto o desconocido	D00 - D48
	Diabetes <i>mellitus</i>	E10 - E14
	Enfermedades del sistema urinario	N00 - N39
	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	G04 - G98
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40 - J47
	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	J30 - J39
	Enfermedades pulmón debidas a gentes externos	J60 - J70
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J441, J448, J 449
	Otras enfermedades respiratorias	J80 - J98
	Otras enfermedades del sistema digestivo	RESTO DE (K00 - K93) : K00 - K31, K50 - K55, K57 - K66, K71, K72, K75, K80 - K92
	Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	K35 - K46, K56

Prioridades PTS	Descripción	Código CIE 10
1. Vida saludable y condiciones no transmisibles [crónicas] <i>Continuación</i>	Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	K70, K73, K74, K76
	Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	I00 - I09
	Enfermedades hipertensivas	I10 - I15
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20 - I25
	Enfermedad cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	I26 - I45, I47 - I49, I51
	Paro cardíaco	I46
	Insuficiencia cardíaca	I50
	Aterosclerosis	I70
	Otras de enfermedades del sistema circulatorio	I71 - I99
	Infarto agudo de miocardio	I252
	Insuficiencia renal crónica	N189
2. Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas intestinales	A00 - A09
	Enfermedad diarreica aguda	A09X
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	RESTO DE (A00-B99): A21 - A31, A32.0, A32.7 - A32.9, A38, A42 - A43, A46 - A49, A65 - A67, A69 - A74, A81, A85.0 - A85.1, A85.8, A86, A88-A89, A92 - A94, A96 - A99,
	Chagas	B570, 575
	Dengue	A90X, 91X
	Malaria	B520, 528, 529, B54X
	Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	A20, A44, A68, A75 - A79, A82 - A84, A85.2, A90 - A91, A95, B50 - B57
	Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	A33 - A37, A80, B05, B06, B16, B17.0, B18.0, B26, B91, P35.0
	Meningitis	A32.1, A39, A87, B00.3, B01.0, B02.1, B37.5, B38.4, G00 - G03
	Septicemia	A40 - A41
	Infecciones respiratorias agudas	J00-J22
	Neumonía	J100, 120-122, J128-129, J159
	Tuberculosis	A15 - A19, B90

Prioridades PTS	Descripción	Código CIE 10
3. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Enfermedad por el VIH/sida	B20-B24
	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	O681,682
	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	O741-743, O746, 748, 758, P038-039
	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	O100-104, O109, O299
	Eclampsia	O140-141, O149-152, O159
	Embarazo terminado en aborto	O021, O030-O069
	Endometritis	N800-806, N808-809
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J22X, J440, Z825
	Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas	D690, D693, D65X, D682, D684, D688, D689, O450, O670
	Preeclampsia	O140,141, O149-152, O159
	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	N736, N738
	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	P00, P04
	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	P01 - P03, P10 - P15
	Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual	A50 - A64
	Parto	O421, O828
	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	P05, P07
	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	P20 - P28
	Sepsis bacteriana del recién nacido	P36
	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	P55 - P57
	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	P08, P29, P35.1 - P35.9, P37 - P54, P58 - P96
	Embarazo, parto y puerperio	O00 - O99
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00 - Q99
	Infecciones de transmisión sexual	A64x
	Sífilis	A506, 509
	Sífilis congénita	A500, 502, A504, 507, A509
	4. Salud ambiental y ámbito laboral	Acusia-hipoacusia
Conjuntivitis alérgica		H101
Dermatitis de contacto		H900 - H958

Prioridades PTS	Descripción	Código CIE 10
5. Salud mental y convivencia social	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	F200-203; F205-206, F208-209, F230-231
	Retraso mental	F238, F239, F24X, F250-F259, F28X, F29X, F300-F314
	Trastornos del desarrollo psicológico	F80-F89
	Trastornos del humor (afectivos)	F39X
	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	F90 - F98
	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	F00-F09
	Trastornos mentales y del comportamiento	F10-F19
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	F40-F48
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	F60-F69
6. Accidentes y violencia	Códigos Resolución 3374 de 2000 MinSalud	
	02 = Accidente de tránsito	0 2
	06 = Evento catastrófico	0 6
	07 = Lesión por agresión	0 7
	08 = Lesión auto infligida	0 8
	09 = Sospecha de maltrato físico	0 9
	10 = Sospecha de abuso sexual	10
	11 = Sospecha de violencia sexual	11
	12 = Sospecha de maltrato emocional	12

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial. Dirección de Planeación Sectorial.

Anexo 6. Indicadores demográficos Bogotá, D. C. (1985-2015)

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

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

Anexo 7. Indicadores demográficos Bogotá, D. C. (2011-2015)

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

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS

Anexo 8. Esperanza de vida al nacer por sexo y localidad

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

Fuente: Estimaciones de Población 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020 Nacional, departamental por sexo, grupos quinquenales de edad.

Anexo 9. Caracterización poblacional por EAPB, Bogotá, D. C.

1. Introducción

Conforme lo establece la Resolución 1536 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, la caracterización poblacional se define como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones entre los afiliados y lugares dentro de un territorio, y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales, contempladas en los planes de beneficios.

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

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

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

2. Caracterización y priorización de riesgos en población afiliada a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios Bogotá, D. C.

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

La gravedad del efecto se entiende como el impacto negativo que se presenta en la población a causa del problema de salud en términos de carga de la enfermedad y en mortalidad. Así mismo, se tiene en cuenta el potencial de mortalidad prematura y/o discapacidad, relativas; el alto costo a los servicios de salud que se pueden generar como otros efectos del daño en la salud de la población, que vistos en su conjunto, inciden en el desarrollo humano y son señales de la vulneración del derecho a la salud.

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

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

2.1. Grupos de riesgo priorizados por las EAPB para Bogotá, D. C.

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

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

La priorización da el orden a intervenir los problemas con las estrategias que genere cada EAPB dentro de su plan de intervención y gestión del riesgo; y será el insumo para la articulación con la Planeación Integral para la Salud (Art. 14 Resolución 1536 de 2015). El análisis incluye los resultados de la priorización de la caracterización del corte enero a diciembre de 2014 reportados por las empresas administradoras de planes de beneficios al Ministerio de Salud y Protección Social, en el mes de septiembre de 2015.

2.2. Población afiliada a EPAB en Bogotá, D. C., a 31 de diciembre de 2014

La caracterización y priorización de la población afiliada a las EAPB en el Distrito Capital se realiza teniendo en cuenta el corte correspondiente a enero-diciembre de 2014, tomando como base la población afiliada registrada en la Base de Datos Única de Afiliación (BDUA) con corte a diciembre del mismo año. Para este periodo, en Bogotá, D. C. se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud 7.040.580 personas, de las cuales el 81,8 % (5.759.194 afiliados) pertenecen al régimen contributivo, el 18,1 % (1.274.345 afiliados) al régimen subsidiado y el 0,1 % (7.041 afiliados) a regímenes especiales.

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

Tabla 1. Población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá, D. C. (2014)

Código	Empresas promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS-S)	Cantidad	%
EPSS34	Capital Salud	875.256	68,69
EPS020	Caprecom	263.157	20,65
CCF053	Comfacundi Unicajas	79.571	6,24
	Subtotal	1.217.984	
EPSS17	Famisanar (RS)	14.056	1,10
EPSS08	Compensar (RS)	8.877	0,70
EPSS13	Saludcoop (RS)	8.310	0,65
EPSS02	Salud Total (RS)	7.777	0,61
EPSS23	Cruz Blanca (RS)	4.935	0,39
EPSS37	Nueva EPS (RS)	4.717	0,37
EPSM03	Cafesalud (RS)	4.009	0,31
EPSS10	Sura (RS)	2.062	0,16
EPSS16	Coomeva (RS)	660	0,05
EPSS05	Sanitas (RS)	586	0,05
EPSS39	Golden Group (RS)	193	0,02
EPSS01	Aliansalud (RS)	129	0,01
	Subtotal Movilidad	56.311	
	Total general	1.274.295	100,00

Fuente: BDUA - Fosyga, Corte a 31 de diciembre de 2014, Maestro subsidiado SDS, corte a 31 de diciembre de 2014.

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

Tabla 2. Población afiliada al régimen contributivo en Bogotá, D. C. (2014)

Afiliados al régimen contributivo			
Código	Empresas promotoras de salud del régimen contributivo (EPS-C)	Cantidad	%
EPS017	Famisanar	1.066.164	18,51
EPS008	Compensar	973.991	16,91
EPS005	Sanitas	703.870	12,22
EPS002	Salud Total	614.064	10,66
EPS013	Saludcoop	543.378	9,43
EPS037	Nueva EPS	509.480	8,84
EPS023	Cruz Blanca	391.902	6,80
EPS003	Cafesalud	377.018	6,54
EPS010	Sura	212.316	3,69
EPS001	Aliansalud	204.142	3,54
EPS016	Coomeva	143.219	2,49
EPS039	Golden Group	11.290	0,20
EPS018	Servicio Occidental de Salud	7.636	0,13
EPS033	Saludvida	2.625	0,05
EPSC22	Convida A.R.S.	145	0,00
	Total general	5.761.240	100,00

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

De acuerdo con las cifras de la Base de Datos Única de Afiliación (BDUA) y la población reportada por las EAPB en la caracterización, se encontró que la población del régimen especial corresponde a Ferrocarriles Nacionales- Fondo del Pasivo Social (FPS), ya que no se cuenta con el reporte de población de las demás entidades de régimen especial y de excepción.

2.3. Resultados de la priorización

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

Tabla 3. Grupos de riesgo relevantes por prioridad y régimen de afiliación

Prioridad	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Regímenes Especiales	Total
1	Sin grupo De riesgo	Cardio-cerebro-vascular-metabólico y sin grupo de riesgo	Cardio-cerebro-vascular-metabólico	Cardio-cerebro-vascular-metabólico
2	Materno perinatal y cardio-cerebro-vascular-metabólico	Cáncer y cardio-cerebro-vascular-metabólico	Cardio-cerebro-vascular-metabólico	Cardio-cerebro-vascular-metabólico
3	Cáncer	Cáncer	Alteraciones nutricionales, cáncer y sin grupo de riesgo	Cáncer
4	Materno Perinatal	Materno perinatal	Cardio-cerebro-vascular-metabólico, enfermedades infecciosas: otras y materno perinatal	Materno Perinatal
5	Materno Perinatal Y cáncer	Materno perinatal	Enfermedades infecciosas: de transmisión sexual, sin grupo de riesgo y alteraciones nutricionales	Materno Perinatal

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

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

2.4. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 1

Como parte de la metodología para la priorización en las EAPB se establece que aquellos grupos de riesgo e indicadores que en el ejercicio de priorización obtuvieron el puntaje máximo se clasifican como Prioridad. Dentro esta categoría las EAPB identificaron los siguientes, para la prioridad 1:

Tabla 4. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 1

EAPB	Prioridad 1
EPS005 EPS Sanitas	Enfermedades raras Tasa de mortalidad infantil por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
EPS010 Compañía Suamericana de Servicios de Salud S. A. (SURA)	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
EPS013 Saludcoop EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo
EPS017 EPS Famisanar Ltda.	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPS018 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por diabetes <i>mellitus</i>
EPS020 Caja de Previsión Social de Comunicación EPS (CAPRECOM)	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio
EPS023 Cruz Blanca EPS	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPS033 Salud Vida EPS	Materno perinatal Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
EPS037 Nueva EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo
EPSC20 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio
EPS001 Aliansalud EPS	Sin grupo de riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
EPS002 Salud Total - Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata
EPS003 Cafesalud EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
EPS008 Compensar	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPS016 Coomeva EPS S. A.	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
EPSC34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EAS027 Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años

EAPB	Prioridad 1
RES002 Ecopetrol S. A.	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por las demás enfermedades del sistema circulatorio
RES008 Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia (Unisalud)	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSS03 Cafesalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPSS05 EPS Sanitas	Enfermedades raras Tasa de mortalidad infantil por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
EPSS10 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS13 Saludcoop EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo
EPSS17 EPS Famisanar LTDA	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPSS18 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por diabetes <i>mellitus</i>
EPSS23 Cruz Blanca EPS	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPSS37 Nueva EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo
CCF053 Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca (Comfacundi)	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPSS01 Aliansalud EPS	Sin grupo de riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
EPSS02 Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (Salud Total)	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata
EPSS08 Compensar	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPSS16 Coomeva EPS S A	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
EPSS34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Razón de mortalidad materna

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

Con el fin de identificar los grupos de riesgo priorizados con mayor frecuencia de acuerdo con el régimen de afiliación de la población caracterizada en cada una

de las EAPB, se encuentran priorizados 4 grupos de riesgo, de los 11 definidos en guía metodológica los cuales se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 5. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 1

Grupo de riesgo prioridad 1	EAPB contributivo	EAPB subsidiado	EAPB R. especiales	Total
Cardio-Cerebro-Vascular -Metabólico	4	4	2	10
Sin grupo de riesgo	5	4		9
Materno perinatal	4	3		7
Cáncer	1	3	1	5
Enfermedades raras	1	1		2

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

El grupo de riesgo cardio-cerebro-vascular-metabólico es el que se identifica con mayor frecuencia dentro de la prioridad 1, en este están incluidos los siguientes indicadores: prevalencia de diabetes *mellitus* en personas de 18 a 69 años, captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años, tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio y tasa ajustada de mortalidad por diabetes *mellitus*.

Seguido se observa que se priorizaron indicadores que se definen como “Sin grupo de riesgo” dentro de los que están costo total para la EAPB por la primera, segunda y tercera patología de alto costo; prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal; y, tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio.

Como tercer grupo de riesgo identificado se encuentra el grupo materno perinatal en el cual se priorizaron los indicadores razón de mortalidad materna y porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB.

El cuarto grupo de riesgo identificado en esta prioridad corresponde a cáncer en el cual se priorizaron los indicadores tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero, tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata y tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer.

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

2.5. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 2

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

Tabla 6. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 2

EAPB	Prioridad 2
EPS005 EPS Sanitas	Materno perinatal Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPS010 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de diabetes <i>mellitus</i> de personas de 18 a 69 años
EPS013 Saludcoop EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
EPS017 EPS Famisanar Ltda.	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de Diabetes <i>Mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPS018 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de diabetes <i>mellitus</i> de personas de 18 a 69 años
EPS023 Cruz Blanca EPS	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
EPS033 Salud Vida EPS	Sin grupo de riesgo Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
EPS037 Nueva EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la quinta patología de alto costo
EPSC20 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	Cáncer Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cuello uterino
EPS001 Aliansalud EPS	De transmisión sexual Prevalencia registrada de VIH/sida
EPS002 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Materno perinatal Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPS003 Cafesalud EPS	Materno perinatal Razón de mortalidad materna
EPS008 Compensar	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
EPS016 Coomeva EPS S. A.	Materno perinatal Tasa de años de vida potencialmente perdidos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPSC34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB

EAPB	Prioridad 2
Eas027 Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
Res002 Ecopetrol S. A.	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa ajustada de mortalidad por diabetes <i>mellitus</i>
Res008 Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia (Unisalud)	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
EPS020 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	Cáncer Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cuello uterino
EPSS03 Cafesalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSS05 EPS Sanitas	Materno perinatal Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPSS10 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de diabetes <i>mellitus</i> de personas de 18 a 69 años
EPSS13 Saludcoop EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
EPSS17 EPS Famisanar Ltda.	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPSS18 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de diabetes <i>mellitus</i> de personas de 18 a 69 años
EPSS23 Cruz Blanca EPS	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
EPSS37 Nueva EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la quinta patología de alto costo
CCF053 Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca (Comfacundi)	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSS01 Aliansalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea
EPSS02 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Materno perinatal Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPSS08 Compensar	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
EPSS16 Coomeva EPS S. A.	Materno perinatal Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
EPSS34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

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

Tabla 7. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 2

Grupo de riesgo prioridad 2	EAPB contributivo	EAPB subsidiado	EAPB R. especiales	Total
Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico	5	5	2	12
Materno perinatal	5	4		9
Cáncer	2	5	1	8
Sin grupo de riesgo	2	1		3
De transmisión sexual	1			1

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

De la misma forma que para la prioridad 1, el grupo de riesgo que fue priorizado con mayor frecuencia en las EAPB en la segunda prioridad, corresponde a cardio-cerebro-vascular-metabólico donde los indicadores que aportan a esta priorización son prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años, captación de diabetes *mellitus* de personas de 18 a 69 años, prevalencia de diabetes *mellitus* en personas de 18 a 69 años y tasa ajustada de mortalidad por diabetes *mellitus*.

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

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

Los indicadores que se incluyen en el grupo denominado “Sin Grupo de Riesgo” priorizados por las EAPB ocupan el cuarto lugar según la frecuencia de priorización estos corresponden a costo total para la EAPB por la quinta patología de alto costo y porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB. Así mismo se encuentra el grupo de transmisión sexual donde se priorizó la

prevalencia registrada de VIH/Sida por una EAPB.

2.6. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 3

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

Tabla 8. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 3

EAPB	Prioridad 3
EPS005 EPS Sanitas	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPS010 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
EPS013 Saludcoop EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
EPS017 EPS Famisanar Ltda.	Cáncer Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años
EPS018 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
EPS023 Cruz Blanca EPS	De transmisión sexual Prevalencia registrada de VIH/sida en personas de 15 a 49 años
EPS033 Salud Vida EPS	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPS037 Nueva EPS	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
EPSC20 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	Materno perinatal Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna
EPS001 Aliansalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea
EPS002 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa de mortalidad por enfermedades sistema del circulatorio
EPS003 Cafesalud EPS	En adultos Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales
EPS008 Compensar	Alteraciones nutricionales Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
EPS016 Coomeva EPS S. A.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer

EAPB	Prioridad 3
EPSC34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
Eas027 Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	Alteraciones nutricionales Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años
Res002 Ecopetrol S. A.	Sin grupo de riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
Res008 Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia (Unisalud)	Cáncer Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias
EPS020 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	Materno perinatal Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna
EPSS03 Cafesalud EPS	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS05 EPS Sanitas	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPSS10 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
EPSS13 Saludcoop EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
EPSS17 EPS Famisanar Ltda.	Cáncer Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años
EPSS18 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS23 Cruz Blanca EPS	De transmisión sexual Prevalencia registrada de VIH/sida en personas de 15 a 49 años
EPSS37 Nueva EPS	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
Ccf053 Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca (Comfacundi)	Materno perinatal Tasa de mortalidad perinatal
EPSS01 Aliansalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSS02 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Cardio-Cerebro-Vascular- Metabólico Tasa de mortalidad por enfermedades sistema del circulatorio
EPSS08 Compensar	Alteraciones nutricionales Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
EPSS16 Coomeva EPS S. A.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPSS34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

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

Tabla 9. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 3

Grupo de riesgo prioridad 3	EAPB contributivo	EAPB subsidiado	EAPB Excepción y especial	Total
Cáncer	4	4	1	9
Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico	3	3		6
Sin grupo de riesgo	2	2	1	5
Materno perinatal	2	3		5
Alteraciones nutricionales	1	1	1	3
Enfermedades infecciosas: IRA	1	1		2
Enfermedades infecciosas: De transmisión sexual	1	1		2
Enfermedades infecciosas: En adultos	1			1

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

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

En segundo lugar se encuentra el grupo de riesgo cardio-cerebro-vascular-metabólico en el cual se priorizó la captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años, tasa de mortalidad por enfermedades sistema del circulatorio y prevalencia de diabetes *mellitus* en personas de 18 a 69 años.

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

Con la misma frecuencia de EAPB que priorizaron el grupo “Sin Grupo de Riesgo”, se encuentra el grupo de riesgo materno perinatal en el cual se incluyeron

indicadores como el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna y tasa de mortalidad perinatal.

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

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

2.7. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 4

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

Tabla 10. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 4

EAPB	Prioridad 4
EPS005 EPS Sanitas	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPS010 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad en la niñez
EPS013 Saludcoop EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por el quinto evento de alto costo
EPS017 EPS Famisanar Ltda.	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
EPS018 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPS023 Cruz Blanca EPS	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPS033 Salud Vida EPS	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPS037 Nueva EPS	Materno perinatal Número de casos de hipotiroidismo congénito no tratado
EPSC20 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida
EPS001 Aliansalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer
EPS002 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Captación de diabetes <i>mellitus</i> de personas de 18 a 69 años
EPS003 Cafesalud EPS	Infantil Tasa de mortalidad infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
EPS008 Compensar	IRA Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
EPS016 Coomeva EPS S A	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida
EPSC34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
EAS027 Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo

EAPB	Prioridad 4
RES002 Ecopetrol S. A.	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
RES008 Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia (Unisalud)	Otras Tasa ajustada de mortalidad por septicemia, excepto neonatal
EPS020 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida
EPSS03 Cafesalud EPS	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS05 EPS Sanitas	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPSS10 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad en la niñez
EPSS13 Saludcoop EPS	Sin grupo de riesgo Costo total para la EAPB por el quinto evento de alto costo
EPSS17 EPS Famisanar Ltda.	IRA Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
EPSS18 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPSS23 Cruz Blanca EPS	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPSS37 Nueva EPS	Materno perinatal Número de casos de hipotiroidismo congénito no tratado
CCF053 Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca (Comfacundi)	De transmisión sexual Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida
EPSS01 Aliansalud EPS	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPSS02 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Captación de diabetes <i>mellitus</i> de personas de 18 a 69 años
EPSS08 Compensar	IRA Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
EPSS16 Coomeva EPS S A	De transmisión sexual Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida
EPSS34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Materno perinatal Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

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

Tabla 11. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 4

Grupo de riesgo prioridad 4	EAPB contributivo	EAPB subsidiado	EAPB excepción y especial	Total
Enfermedades infecciosas: De transmisión sexual	2	3		5
Enfermedades infecciosas: IRA	2	2		4
Enfermedades infecciosas: Otras			1	1
Enfermedades infecciosas: Infantil	1			1
Materno perinatal	4	4	1	9
Sin grupo de riesgo	3	3		6
Cardio-Cerebro-Vascular -Metabólico	2	3	1	6
Cáncer	1			1

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

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

El grupo materno perinatal se ubica el segundo lugar en la priorización según la frecuencia presentada dentro de las EAPB en la cuarta prioridad, en este grupo se priorizaron indicadores como porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo, número de casos de hipotiroidismo congénito no tratado y tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio.

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

En el cuarto lugar se encuentran el grupo de riesgo cardio-cerebro-vascular-

metabólico donde se clasificaron indicadores como la prevalencia de diabetes *mellitus* en personas de 18 a 69 años, captación de diabetes *mellitus* de personas de 18 a 69 años, prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años y captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años

Por último, se observa el grupo de riesgo cáncer priorizado en una EAPB con el indicador de tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer.

2.8. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 5

Tal como lo especifica la guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las EAPB, la priorización de grupos de riesgo e indicadores debe incluir cinco prioridades, siendo la prioridad 5 la que obtiene el quinto puntaje en el ejercicio de priorización. En esta categoría se encuentran los grupos e indicadores presentados en la siguiente tabla:

Tabla 12. Grupos de riesgo e indicadores por EAPB prioridad 5

EAPB	Prioridad 5
EPS005 EPS Sanitas	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPS010 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Materno perinatal Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal
EPS013 Saludcoop EPS	Otras Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años
EPS017 EPS Famisanar Ltda.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada
EPS018 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPS023 Cruz Blanca EPS	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
EPS033 Salud Vida EPS	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPS037 Nueva EPS	Cáncer Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata

EAPB	Prioridad 5
EPSC20 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
EPS001 Aliansalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPS002 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
EPS003 Cafesalud EPS	IRA Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
EPS008 Compensar	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPS016 Coomeva EPS S. A.	Materno perinatal Tasa de mortalidad en la niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
EPSC34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Sin grupo de riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
EAS027 Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	De transmisión sexual Prevalencia registrada de VIH/sida en personas de 15 a 49 años
RES002 Ecopetrol S. A.	Alteraciones nutricionales Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
RES008 Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia (Unisalud)	Sin grupo de riesgo Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas
EPS020 Caja de Previsión Social de Comunicación Caprecom EPS (Caprecom)	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años
EPSS03 Cafesalud EPS	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años
EPSS05 EPS Sanitas	Sin grupo de riesgo Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario
EPSS10 Compañía Suramericana de Servicios de Salud S. A. (Sura)	Materno perinatal Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal
EPSS13 Saludcoop EPS	Otras Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años

EAPB	Prioridad 5
EPSS17 EPS Famisanar Ltda.	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada
EPSS18 Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS)	Materno perinatal Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
EPSS23 Cruz Blanca EPS	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
EPSS37 Nueva EPS	Cáncer Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata
CCF053 Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca (Comfacundi)	Materno perinatal Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
EPSS01 Aliansalud EPS	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
EPSS02 Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (Salud Total)	Cáncer Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
EPSS08 Compensar	Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en personas de 18 a 69 años
EPSS16 Coomeva EPS S. A.	Materno perinatal Tasa de mortalidad en la niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
EPSS34 Capital Salud EPS-S S.A.S.	Sin grupo de riesgo Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

Dentro de prioridad 5, las EAPB clasificaron 6 grupos de riesgo los cuales se observan a continuación:

Tabla 13. Grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 5

Grupo de riesgo prioridad 5	EAPB contributivo	EAPB subsidiado	EAPB excepción y especial	Total
Materno perinatal	4	5		9
Cáncer	4	4		8
Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico	3	3		6
Sin Grupo de Riesgo	2	2	1	5
Enfermedades infecciosas: Otras	1	1		2
Enfermedades infecciosas: De transmisión sexual			1	1
Enfermedades infecciosas: IRA	1			1
Alteraciones nutricionales			1	1

Fuente: Priorización EAPB septiembre 2015. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

El primer grupo de riesgo clasificado en la prioridad 5, corresponde al Grupo Materno Perinatal el cual incluye el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal; porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal; tasa de mortalidad en la niñez por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; y, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.

Como segundo grupo de riesgo priorizado con el quinto mayor puntaje, se encuentra el grupo de Cáncer, donde los indicadores que se encuentran en este grupo son la tasa ajustada de mortalidad por neoplasias; tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata; y, la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero.

En tercer lugar se ubica el grupo de riesgo de Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico, en el cual se priorizó la prevalencia de diabetes *mellitus* en personas de 18 a 69 años, la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años y la captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años.

Los indicadores que se clasifican en el grupo denominado “Sin Grupo de Riesgo”, se encuentran en el cuarto lugar, según la frecuencia encontrada. Dentro de estos está la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal; la tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema genitourinario y la tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas.

En quinto lugar se observan el grupo de enfermedades infecciosas, en el que las EAPB priorizaron tres subgrupos dentro de los que está el subgrupo de otras, con

la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años, seguido de los subgrupos de transmisión sexual y de infección respiratoria aguda (IRA) con la prevalencia registrada de VIH/sida en personas de 15 a 49 años y la tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas, de manera respectiva.

Por último se observa la priorización del grupo de riesgo de alteraciones nutricionales, con el indicador de prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años, en una EAPB.

Anexo 10. Mortalidad evitable por principales causas y otros indicadores de salud y calidad de vida en Bogotá, D. C. (2000-2010-2014)

Indicadores	2000	2010	2014
Razón de mortalidad materna (por mil nacidos vivos)	92,8	37,3	29
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	18,5	11,8	9,6
Tasa de mortalidad por desnutrición (por cien mil menores de cinco años)	4,4	1,2	0,0
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años	15,3	11,0	18
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años	10,9	8,4	5,0
Tasa de mortalidad perinatal (por mil nacidos vivos)	15,1	35,3	13,7
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años (por cien menores)	10,8	0,8	0,5
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años (por cien mil menores)	40,8	17,2	7,8
Tasa de Suicidio (por cien mil habitantes)	5,8	3,5	3,8
Tasa de mortalidad General en menores de cinco años (por cien mil menores)	42,1	25,5	19,2
Embarazos en adolescentes de 10 a 14 años	540	515	415
Embarazos en adolescentes de 15 a 19 años	21.903	19.325	16.686
Cobertura de vacunación con antipolio en menores de un año	81,7	94,2	88,1
Cobertura de vacunación difteria, tétanos, tos ferina (DPT) menores de un año	79,4	94,2	88,1
Porcentaje de cobertura de vacunación con BCG en menores de un año	100,8	101,1	103,0
Cobertura de vacunación contra hepatitis B en menores de un año	78,9	93,8	88,0
Cobertura de vacunación <i>haemophilus influenza</i> en menores de un año	80,8	94,2	88,1
Cobertura de vacunación contra triple viral en menores de un año	75,9	97,3	90,3
Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en menores de un año 2004	76,8*	69,,9	90,,0
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra la hepatitis A1	0	65.079	101.588
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra rotavirus	0	220.848	96.240
Dosis de vacunación aplicada en población adulta contra el neumococo (mayores de 60 años)	0	82.183	29.811
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra el neumococo	0	346.692	101.212
Número de afiliados al régimen subsidiado de la seguridad social en salud	1.043.968	1.309.008	1.274.295
Tasa de donación de órganos y tejidos (por mil habitantes) (*2005)	11,3(*)	19,0	21,7
Esperanza de vida al nacer total Bogotá, D. C. (en años)	73,23	75,94	79
Tasa general de fecundidad	51,4	41,5	37,9
Tasa Global de fecundidad	2.002	1,7	1,6
Tasa bruta de natalidad	19,1	14,9	13,3
Tasa de Trabajo Infantil (por mil menores)(*2001)	5,3(*)	2,8	7,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial: Sistema de Seguimiento al Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C. SEGPLAN. Seguimiento de la inversión con fecha de corte a diciembre 31 de 2014.

Anexo 11. Capacidad instalada por subredes de la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud (2014)

Subred	Concepto	2011	2012	2013	2014	Variación % 2011 2014
Norte	Camas de hospitalización	709	722	775	775	9%
	Camas de observación	1421	351	661	711	7%
	Consultorios de consulta externa	197	247	235	228	14%
	Consultorios en el servicio de urgencias	35	31	30	29	-21%
	Mesas de partos	8	9	10	9	11%
	Número de unidades de odontología	70	72	66	61	-15%
	Salas de quirófanos	20	18	17	18	-11%
Sur	Camas de hospitalización	677	672	679	669	-1%
	Camas de observación	106	106	106	111	5%
	Consultorios de consulta externa ²⁵⁶	259	268	254	-1%	
	Consultorios en el servicio de urgencias	37	38	41	39	5%
	Mesas de partos	12	11	10	10	-20%
	Número de unidades de odontología	75	76	75	74	-1%
	Salas de quirófanos	17	16	17	17	0%
Sur occidente	Camas de hospitalización	540	537	541	543	1%
	Camas de observación	105	117	127	132	20%
	Consultorios de consulta externa	220	211	222	220	0%
	Consultorios en el servicio de urgencias	23	20	20	24	4%
	Mesas de partos	7	7	7	6	-17%
	Número de unidades de odontología	76	75	75	73	-4%
	Salas de quirófanos	12	12	11	12	0%
Centro occidente	Camas de hospitalización	875	899	921	915	4%
	Camas de observación	108	107	100	111	3%
	Consultorios de consulta externa	232	233	227	208	-12%
	Consultorios en el servicio de urgencias	34	34	33	31	-10%
	Mesas de partos	9	9	8	8	-13%
	Número de unidades de odontología	50	56	53	51	2%
	Salas de quirófanos	14	14	14	14	0%

Subred	Concepto	2011	2012	2013	2014	Variación % 2011 2014
Total distrito	Camas de hospitalización	2.801	2.830	2.916	2.902	3%
	Camas de observación	461	465	499	525	12%
	Consultorios de consulta externa	905	950	952	910	1%
	Consultorios en el servicio de urgencias	129	123	124	123	-5%
	Mesas de partos	36	36	35	33	-9%
	Número de unidades de odontología	271	279	269	259	-5%
	Salas de quirófanos	63	60	59	61	-3%

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Capacidad instalada, Decreto 2193/2004. Ministerio de Salud y Protección Social, corte diciembre de 2014.

Anexo 12. Responsabilidad de los diferentes actores para con el Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020

I. Empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB)

- 1.** Adoptar y adaptar el Plan Territorial de Salud, de acuerdo a la estructura definida, realizando las acciones pertinentes de acuerdo a sus competencias y normatividad vigente.
- 2.** Caracterizar a la población afiliada y sus familias, de acuerdo al lineamiento de la nación, para identificar los riesgos en salud insumo para elaborar sus planes de riesgo.
- 3.** Concertar con la Entidad Territorial el plan de asesorías para el desarrollo de la línea operativa de gestión del riesgo en salud, acorde con la normatividad vigente y el direccionamiento del nivel nacional.
- 4.** Concertar con la red de prestadores de servicios de salud, un plan de gestión del riesgo de su población afiliada para realizar la gestión pertinente.
- 5.** Garantizar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada, a través de la contratación de redes de prestación de servicios que den atención integrada e integral.
- 6.** Garantizar los atributos de continuidad, longitudinalidad en la prestación de servicios a la población afiliada.
- 7.** Realizar la auditoría para el mejoramiento de la calidad a través del diseño e instrumentación de procesos de auditoría externa y métodos de evaluación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su red, propia o contratada, frente a la conformación de redes integradas, modelo de atención, que incluya acciones de inspección, vigilancia efectivo, de acuerdo con las competencias normativas que le corresponden.
- 8.** Garantizar que la prestación de servicios se realice con IPS habilitadas en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.
- 9.** Disminuir las barreras de acceso de tipo administrativo y geográfico a sus afiliados y beneficiarios, para mejorar la oportunidad en la prestación de servicios.

10. Articular con la Secretaría Distrital de Salud la implementación del modelo integral de salud en el Distrito Capital.
11. Verificar el cumplimiento de las capacidades tecnológicas y científicas de sus prestadores, de acuerdo a sus competencias, para bienestar de sus afiliados y beneficiarios.
12. Cumplir con las condiciones básicas para su habilitación, acorde con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
13. Definir indicadores de calidad acorde a los estándares establecidos en la normatividad, que le permita evaluar a las IPS de su red.
14. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.
15. Implementar y monitorear el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en salud SIVIGILA y tomar correctivos pertinentes de acuerdo a los hallazgos.
16. Generar y reportar la información requerida por los sistemas de información en salud de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales.
17. 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.
18. Responder a las necesidades de auditorías concurrentes por parte de la Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.
19. Adoptar el sistema de referencia y contra referencia establecido por la secretaría Distrital de Salud.
20. Garantizar la participación real y efectiva en las asociaciones de usuarios en salud y comités de ética hospitalaria, por parte de sus afiliados.

II. Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

1. Adaptar el Plan Territorial de Salud, de acuerdo a la estructura definida, realizando las acciones pertinentes de acuerdo a sus competencias y normatividad vigente.

2. Desarrollar la gestión de riesgo en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
3. Adoptar y aplicar normas y lineamientos técnicos y administrativos definidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y los emitidos por la Secretaría Distrital de Salud.
4. Difundir el Plan Territorial de Salud del D.C. al interior de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, incluyendo todo el personal, haciendo especial énfasis en el cumplimiento de metas y normas expedidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y la Secretaría Distrital de Salud.
5. Generar y remitir oportunamente, la información requerida por el sistema de información en salud, cumpliendo con los atributos de calidad, establecidos.
6. Atender las auditorias concurrentes sobre los casos que representen especial atención de la Central Única de Referencia y Contra referencia, CURYC, Línea 195, las 24 horas del día.
7. Realizar la auditoria para el mejoramiento de la calidad a través del diseño e instrumentación de procesos de auditoría y evaluación propia.
8. Garantizar la participación real y efectiva de las asociaciones de usuarios en salud, comités de participación comunitaria, COPACOS y comités de ética hospitalaria, al interior de la institución.
9. Dar a conocer públicamente, como mínimo: número de quejas, los programas de prevención y control de enfermedades implementados, los resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.
10. Aportar al cumplimiento de las metas del Plan Territorial de Salud del D.C. mediante la gestión del riesgo en salud, de acuerdo a los lineamientos distritales.
11. Disminuir las barreras de acceso de tipo administrativo y geográfico a sus afiliados y beneficiarios, para mejorar la oportunidad en la prestación de servicios.
12. Verificar el cumplimiento de las capacidades tecnológicas y científicas para la prestación de servicios de salud, de acuerdo a sus competencias, para bienestar de sus afiliados y beneficiarios.

13. Cumplir con las condiciones básicas para su habilitación, acorde con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
14. Definir indicadores de calidad acorde a los estándares establecidos en la normatividad, que le permita su auto evaluación.
15. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.
16. Generar y reportar la información requerida por los sistemas de información en salud de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales.

III. Responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS)

1. Organizar y conformar las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo.
2. Establecer los mecanismos necesarios para la habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
3. Implementar un modelo de atención en salud integral e integrada, que permita la articulación intersectorial en el mejoramiento de condiciones de vida que disminuyan el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad.
4. Realizar acciones de Inspección y Vigilancia de los servicios de salud se brinden de forma continua, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos.
5. Direcccionar la identificación de la población y determinar los factores de riesgo y factores protectores.
6. Articular la actuación de diferentes actores y sectores para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
7. Definir e implementar el modelo integral de atención en salud para la población del D.C.
8. Garantizar el aseguramiento en salud de la población del D.C. y el acceso efectivo a los servicios de salud.

9. Realizar la vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.
10. Evaluar la oferta de servicios de los prestadores que conforman las redes de prestación de servicios públicas, privadas o mixtas.
11. Coordinar el desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información que permita la toma de decisiones en salud para el D.C.
12. Dar lineamientos y asesoría para la implementación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del D.C. y a las buenas prácticas en la materia.
13. Monitorear los indicadores en salud y tomar las medidas pertinentes que favorezcan a la población del D.C.
14. Vigilar y monitorear la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, por los actores del Sistema en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.
15. Facilitar la participación social en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación del plan Territorial de Salud.
16. Formular, implementar y monitorear el Plan Operativo Anual, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.
17. Formular, implementar y monitorear el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública.
18. Difundir información que contribuya a conocer los contenidos de los derechos y los mecanismos de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia en la ciudad.
19. Generar y reportar de acuerdo con los requisitos normativos nacionales y distritales, la información requerida por los sistemas de información en salud.
20. Diseñar e instrumentar procesos de auditoría externa y métodos de evaluación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su red, propia o contratada, frente a la conformación de redes integradas, modelo

de atención, que incluya acciones de inspección, vigilancia y control efectivo, de acuerdo con las competencias normativas que le corresponden.

21. Garantizar el derecho a la participación en salud, en donde el estado, representado en la administración distrital, dispondrá de recursos financieros, técnicos, logísticos y humanos para garantizar el derecho y potenciar los procesos de empoderamiento de la ciudadanía.
22. Favorecer la atención en salud promoviendo la coordinación con los equipos que desarrollan el Plan de Intervenciones Colectivas, los equipos básicos de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, y demás actores sociales.
23. Promover los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas

IV. Responsabilidad de la ciudadanía

1. Promover y facilitar la toma de decisiones y el fortalecimiento del control social de la gestión pública en los asuntos relacionados con la salud y la calidad de vida.
2. Participar activamente en el desarrollo de estrategias comunitarias en salud pública que permitan mejorar las condiciones de vida y salud de la población del D. C.
3. Generar procesos de organización social para la gestión de agendas que permitan mejorar la calidad de vida y salud de las comunidades.
4. Participar de manera activa en la planeación, diseño, formulación, implementación y seguimiento del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
5. Participar activamente en: los comités de participación comunitaria, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, asociación de usuarios, juntas directivas, comités de ética hospitalaria y en veedurías en salud.
6. Apropiar los mecanismos de exigibilidad en salud para lograr el goce efectivo del derecho a la salud.

V. Academia y gremios profesionales

1. Ajustar los currículos y orientar las prácticas académicas de los estudiantes en particular los de ciencias de la salud y ciencias sociales, con un enfoque, gestión del riesgo y de salud urbana y rural; de conformidad con el Plan Territorial de salud.
2. Fomentar la generación del conocimiento y la investigación en temas prioritarios para la salud de la población, incluidos los contemplados en el Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
3. Establecer y promover articulaciones y alianzas entre diferentes agentes académicos e instituciones vinculadas a la producción de conocimiento.
4. Articular con las redes de universidades los procesos de implementación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud del Distrito Capital.
5. Promover proyectos de invención e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en salud.
6. Proponer acciones de organización, alianzas y aproximación intersectorial de agentes interesados, tanto para el financiamiento, el fomento y la formación en investigación y la apropiación de sus resultados.
7. Incorporar en el debate político distrital en salud, los asuntos identificados como prioritarios para la ciudad, con el fin de lograr que las agendas de formación profesional, de investigación y educación continuada, aporten a su solución desde una perspectiva real y eficiente.
8. Participar activamente en la construcción de políticas públicas para la ciudad, que aporten al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.
9. Desarrollar convenios con instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente con las Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.
10. Incorporar la relación docencia servicio en la red de prestadores de salud de la ciudad y generar procesos de formación del talento humano, de acuerdo con la normatividad vigente.

VI. Responsabilidad de las administradoras de riesgos profesionales (ARP)

1. Participar en la construcción del Plan Territorial de Salud y difundirlo a sus funcionarios y afiliados
2. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud y de condiciones de trabajo de la población afiliada al Sistema de Riesgos Profesionales en el Distrito Capital.
3. Participar en la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud lideradas por la Secretaría Distrital de Salud.
4. Establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad.
5. Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
6. Fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los agentes de riesgos ocupacionales.
7. Realizar seguimiento a la exposición a riesgos detectados del orden ocupacional y liderar su modificación positiva, para mejorar el ambiente laboral y la salud de sus afiliados
8. Garantizar la operación de la vigilancia en salud pública en el entorno laboral.

VII. Empresarios y gremios de producción

1. Garantizar la afiliación de sus trabajadores al Sistema Integral de Seguridad Social, de acuerdo con la normatividad vigente.
2. Promover ambientes de trabajo saludables y la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludable.
3. Promover proyectos de invención e innovación tecnológica y social, orientados al acceso real de la población al diagnóstico, tratamiento y avances en salud.

4. Incorporar en el debate político distrital en salud, los asuntos identificados como prioritarios para la ciudad, con el fin de lograr que las agendas de formación profesional, gestión del conocimiento, investigación y educación continuada aporten a su solución, desde una perspectiva real y eficiente.
5. Participar activamente en la construcción de políticas públicas para la ciudad.
6. Suscribir y desarrollar con la Secretaría Distrital de Salud, convenios de responsabilidad social con la ciudad, para mitigar impactos y favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de la población residente en el Distrito Capital

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial.

Anexo 13. Participantes en talleres de construcción del Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020

Adela Balata	José Adrián Valero
Adriana Constanza Padilla	José Delgado
Adriana Cortés	José Francisco Vargas
Adriana García	José Mena
Adriana L. Sánchez	Juan Mauricio Beltrán
Adriana Padilla	Juan Pablo Cantor
Adriana Sánchez	Laura Marina R.
Albinci Velásquez	Laura Rocío Angarita
Alejandra Caro	Leidy Díaz Rivera
Alejandro Peña	Leslie Guasmayán
Alejandro Rico Mendoza	Leslie Lindarte
Alexander Estepa	Leslie Torres
Alexandra Porras	Libardo Rentería
Alexis Sánchez Tovar	Lilian Montañez
Alfonso Lara	Lilian Núñez
Álvaro Girón	Liliana Guerrero
Álvaro Varela	Liliana Torres
Amanda Siachoque Rodríguez	Luis Antonio Morales
Amparo M. Hincapié	Luis Fernando Beltrán Ordoñez
Amparo Ramírez	Luis Morales
Amparo Ramírez	Luis Nazareno
Amparo Rodríguez Tobito	Luis Orlando Hernández
Ana Marcela Corredor	Luisa Fernanda Vargas
Ana María Sierra	Luz Ángela Páez
Ana Milena Moreno	Luz Astrid López Barrera
Ana Marcela Corredor	Luz Helena Rúa
Andrea Ávila P.	Luz Magdalena González
Andrea Bastidas	Luz Mireya Ardila
Andrea Labachuco Castro	Luz Myriam Díaz
Andrea Torres	Luz Myriam Roa
Andrea Villamizar	Luz Mila Buitrago
Andrés Guerrero	Magaly Núñez
Andrés Medina Vanegas	Magda Camelo
Ángela Andrea Portela	Marcela Acelas
Ángela Sosa	Marcela Correa
Armando Hernández	Margarita Angarita
Astrid Montel	María C. Castañeda

Ayda Rocío Salcedo	María Celsa Castañeda
Beatriz Helena Guerrero	María Cristina Chacón
Bernardo Camacho Rodríguez	María Cristina Duarte
Blanca Lilia Ardila	María Cristina Prieto
Camila Rodríguez	María Cristina Salcedo
Carlos Andrés Rincón	María del Pilar Arias
Carlos V. Cobos	Martha Gualdrón
Carolina Bohórquez	María Mercedes Pabón
Carolina Plazas	María Mercedes Pachón
Carolina Torres	María Mercedes Páez
Catalina García	María Nancy Becerra
Catalina Medina	María Patricia Becerra
Catherine Rodríguez	María Teresa Espitia
Charlotte Callejas	Marlén Soto
Cielo Rocío Valencia	Marley Andrea Ávila
Clara Inés Penagos	Martha Barrero
Clara Villanueva	Martha Garzón L.
Claudia Amparo Mora	Martha Gualdrón
Claudia Mora	Martha Judith Fonseca
Claudia Patricia Guerrero	Martha L. Rincón
Clemencia Mayorga	Martha Ligia Rincón
Constanza Hernández	Martha Liliana Álvarez
Cristina Robayo	Martha Lucía Mora Moreno
Daily Perea	Martha Lucía Rentería
Daniel Arias	Martha Lucía Santacruz
Daniel Bernal	Martha Patricia Becerra
Darío Medina	Martha Patricia Cárdenas
Diana Carolina Blanco	Martha Santacruz
Diana Ester Celedón	Mary Bernal
Diana Marcela Saavedra	Mauricio Molina
Diana Paola Valencia	Mayerly Molano
Diana Peláez	Melina Narváez
Diane Moyano	Mireya Martínez
Dilson Ríos	Miryam Álvarez
Dora Haydde Montes	Miryam Rodríguez
Dora Plazas	Nancy Rodríguez
Duvan Lozano	Nathali Gutiérrez
Édgar Ardila	Nelly Janeth Rueda
Eduardo Barbosa	Nidia Suárez
Elizabeth León	Nubia González
Elizabeth Meza	Nubia Stella González

Elizabeth Quiñónez	Olga Lucía Mancera
Esperanza Galeano	Olga Moya
Fabiola Rey	Oscar Andrés Cruz
Fanny Guanumen	Paola Santander
Fernán Espinosa Tamara	Paola Serna
Germán H. Hernández	Paola Villamizar
Gina Paola Rangel	Patricia Londoño
Gladys Espinosa	Patricia Montenegro
Gloria Bustamante	Patricia Villegas Rondón
Gloria Imelda Mora	Paula A. Borda
Gloria Janeth Quiñones	Paula Board
Gloria Pedraza	Pilar Ángel
Gloria Quiñones	Pilar Garzón
Gloria Sacristán	Rodrigo Rodríguez
Graciela Holguín	Rosa Nubia Malambo
Guillermo Álvarez	Ruth Buitrago
Guillermo Prieto	Ruth Ester Buitrago
Guillermo Ríos	Ruth Estrada
Guillermo Sánchez	Sandra Gómez
Héctor A. González	Sandra Janet Gómez Gómez
Héctor Henry Henao	Sandra M. Rodríguez
Héctor Mario Restrepo	Sandra Ramírez
Helber I. Vera	Sol Ángel García
Henry Alejo A.	Sol Beltrán
Heydi Hidalgo	Sonia Rebollo Sastoque
Inés Marlén Esguerra	Sonia Vega
Irlena Morales	Tatiana Díaz H.
Isabel Buriticá	Tatiana Valentina Cabrera
Ivonne Arévalo	Victoria Carrillo
Jairo H. Ternera	Viviana Martínez
Janet Rueda	Viviana Alvarado
Janeth Quimbay	Viviana Ramírez
Janeth Quiñónez	William A. Luque M.
Jazmín Pintor	Yady Cristina González
Jenny Gaitán	Yaneth Valero
Jenny Pinilla	Jazmín Puerta
Jenny Ríos	Yesid Leyva
Johana Moreno	Yolanda Gómez V.
Johanna Cabiativa	Yolanda Sepúlveda

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial (listados de asistencia a talleres).

Como metáfora deseada “Bogotá, el gran frailejón que debemos resguardar”, se espera que la capital adquiera y apropie las características de un frailejón: armonía, belleza, orden, diversidad, respeto del medio ambiente, equidad, libertad, adaptación a las condiciones críticas del ambiente. Así, en el territorio distrital se superarán la pobreza y la exclusión, con justicia en la distribución de los beneficios del desarrollo y la sostenibilidad.

El frailejón aporta al equilibrio del ecosistema y el medio ambiente de la misma forma como Bogotá contribuye al avance de la sabana, del centro del país y de Colombia, convirtiéndose en una ciudad-región de auge económico, social, industrial y cultural que favorece la conservación del ambiente y el desarrollo sostenible y sustentable.

