



**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.**

**DIAGNÓSTICO SECTORIAL DE SALUD**

**BOGOTÁ D.C., OCTUBRE DE 2015**

## Contenido

<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>6</b>
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....</b>	<b>8</b>
<b>ÍNDICE DE MAPAS .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>1. SITUACIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Dinámica y estructura de la población .....</b>	<b>14</b>
1.1.1. Estructura poblacional .....	16
1.1.2. Pirámide Poblacional.....	16
1.1.3. Indicadores de Estructura .....	17
1.1.4. Otros indicadores demográficos .....	18
<b>1.2. Caracterización de la población .....</b>	<b>21</b>
1.2.1. Caracterización por ciclo vital.....	21
1.2.2. Caracterización por situación o condición .....	31
1.2.3. Caracterización por identidad y género .....	42
<b>1.3. Estado de salud de la población.....</b>	<b>44</b>
1.3.1. Mortalidad .....	44
1.3.2. Morbilidad.....	47
<b>1.4. Prioridades en salud pública en el distrito capital .....</b>	<b>52</b>
1.4.1. Salud sexual y reproductiva.....	52
1.4.2. Salud mental.....	54
1.4.3. Condiciones crónicas.....	57
1.4.4. Salud oral.....	59
1.4.5. Enfermedades transmisibles .....	61
1.4.5.1. Eventos Prevenibles por Vacuna (EPV) .....	61
1.4.5.2. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Resistencia a los antibacterianos (RB)	63
1.4.5.3. Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis .....	63
1.4.6. Seguridad alimentaria y nutricional.....	64
1.4.7. Trabajo y condición de salud.....	66
1.4.8. Emergencias y desastres .....	68
<b>1.5 Salud y ambiente .....</b>	<b>70</b>
1.5.1 Manipulación inadecuada de alimentos.....	70
1.5.2 Deterioro del recurso hídrico (calidad y cantidad) .....	71
1.5.3. Inadecuadas condiciones higiénico sanitarias en establecimientos comerciales. ....	72
1.5.4. Inadecuadas prácticas en el manejo y consumo de medicamentos .....	73

1.5.5.	Presencia de vectores que ocasionan mordeduras o picaduras. ....	73
1.5.6.	Cambio climático.....	78
<b>2.</b>	<b>ESTADO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POBLACIÓN DE BOGOTÁ .....</b>	<b>82</b>
2.1.	Población según el aseguramiento en salud.....	82
2.2.	Composición de la población por régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud. 82	
2.3.	Empresas administradoras de planes de beneficio que operan en Bogotá, D.C. ....	84
2.4.	Distribución de la población afiliada al régimen subsidiado por aseguradora en Bogotá.....	85
2.5.	Distribución de la población afiliada al régimen contributivo por aseguradora .....	86
2.6.	Barreras de acceso a la atención en salud .....	87
<b>3.</b>	<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....</b>	<b>89</b>
3.1.	Oferta de servicios de salud del Distrito Capital. ....	89
3.2.	Oferta de servicios de salud de la red pública .....	93
3.2.1.	Disponibilidad de recursos físicos en las IPS públicas años 2011-2015. ....	93
3.2.2.	Análisis del comportamiento de la producción de servicios años 2011-2015.....	99
3.2.3.	Análisis de la utilización de la capacidad instalada de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. 2011-2015.....	101
3.3.	Redes de servicios de salud. ....	104
3.3.1.	Análisis de Suficiencia de camas en el distrito.....	106
<b>3.4.</b>	<b>SITUACIÓN ACTUAL DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD EN BOGOTÁ.....</b>	<b>112</b>
<b>3.4.1.</b>	<b>PROYECTOS PRIORITARIOS.....</b>	<b>113</b>
<b>3.4.2.</b>	<b>PRINCIPALES RETOS EN INFRAESTRUCTURA EN SALUD .....</b>	<b>115</b>
3.5.	Atención pre-hospitalaria .....	116
<b>4.</b>	<b>CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....</b>	<b>122</b>
4.1.	Fármaco-vigilancia .....	124
4.2.	Bioseguridad en prestación de los servicios de salud .....	127
4.3.	Sistema único de acreditación.....	128

<b>5. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD .....</b>	<b>130</b>
<b>6. CIENCIA Y TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN PARA LA SALUD .....</b>	<b>133</b>
6.1. Banco de sangre. Tejidos y células.....	133
6.2. Banco de sangre y medicina transfusional .....	133
6.3. Banco de sangre de cordón umbilical .....	134
6.4. Unidad de terapia celular .....	134
6.5. Banco de tejidos .....	135
6.7. Financiación .....	141
<b>7. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN .....</b>	<b>143</b>
<b>8. RECTORÍA AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL .....</b>	<b>151</b>
8.1. Función regulatoria .....	151
8.2. Vigilancia y control de prestadores en Bogotá D.C. ....	153
8.3. Función de inspección, vigilancia y control en salud pública .....	159
8.3.1. Vigilancia de eventos de interés en salud pública .....	159
8.3.2. Vigilancia Sanitaria .....	160
8.3.2.1. Vigilancia y control de establecimientos .....	160
8.3.2.2. Actividades educativas .....	162
8.3.2.3. Control de la población canina y felina .....	162
8.3.2.4. Control de vectores .....	162
8.3.2.5. Control de enfermedades zoonóticas .....	162
8.3.2.6. Proyectos de vigilancia intensificada.....	162
8.4. Inspección, vigilancia y seguimiento a las EPS.....	162
<b>9. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR.....</b>	<b>166</b>
9.1. Fondo Financiero Distrital de Salud.....	166
9.1.1. Ingresos .....	166
9.1.2. Gastos.....	169
Presupuesto de funcionamiento .....	169
9.2. Situación fiscal y financiera de las empresas sociales del estado de la red pública hospitalaria	176
9.2.1. Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.....	177

➤	Resultado del flujo financiero .....	180
➤	Comportamiento de la Producción .....	180
<b>9.2.2.</b>	<b>Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero .....</b>	<b>181</b>
<b>9.3.</b>	<b>Cartera Empresas Sociales Del Estado 2011 -2015 .....</b>	<b>182</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>189</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población por sexo y agrupaciones de edad. Bogotá D.C., 2015 .....	16
Tabla 2. Comportamiento de indicadores demográficos. Bogotá D.C., 1985 - 2015 ....	18
Tabla 3. Indicadores demográficos. Bogotá D.C., 2011 A 2015 .....	19
Tabla 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Bogotá D.C., 2005 – 2015 .....	20
Tabla 5. Tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. ....	23
Tabla 6. Nacidos vivos de mujeres adolescentes. Bogotá, 20112014 .....	27
Tabla 7. Causas de muerte. Bogotá D.C. y sus localidades, 2010.....	45
Tabla 8. Indicadores de mortalidad. Bogotá y localidades, 2014.....	46
Tabla 9. Indicadores de morbilidad y deterioro de la salud. Bogotá y sus localidades, 2010.....	48
Tabla 10. Comportamiento de los indicadores de morbilidad según SIVIGILA y por localidad. Bogotá, 2014 .....	49
Tabla 11. Principales causas de morbilidad atendidas en Bogotá, 2009 a 2012 .....	50
Tabla 12. Número de casos de agresión por animales potencialmente transmisores de rabia notificados según especie agresora. Bogotá D.C., año 2012- 2015*.....	75
Tabla 13. Distribución por régimen de afiliación.....	83
Tabla 14. Distribución de la población afiliada al régimen subsidiado por aseguradora. Bogotá D.C., septiembre de 2015.....	85
Tabla 15. Distribución de la población afiliada régimen contributivo, de excepción y subsidiado por localidades.....	86
Tabla 16. Distribución de la población no asegurada en el Distrito .....	87
Tabla 17. Prestadores Servicios de Salud por Tipo, Bogotá D.C. ....	89
Tabla 18. Total Sedes Habilitadas en Bogotá D.C.....	89
Tabla 19. Camas habilitadas por tipo Bogotá D.C.....	90
Tabla 20. Número Salas Partos, Quirófanos y Procedimientos Bogotá D.C.....	91
Tabla 21. Número Sillas Hemodiálisis y quimioterapia Bogotá D.C. ....	92
Tabla 22. Número Ambulancias Bogotá D.C.....	92
Tabla 23. Distribución de puntos de atención por tipo de sede y por subred. Comparativo 2011 Vs. 2015.....	96
Tabla 24. Capacidad instalada red distrital.....	98
Tabla 25. Producción de servicios de salud trazadores en la red distrital. 2011 a primer semestre 2015.....	99
Tabla 26. Utilización de servicios de salud trazadores en la red distrital. 2011 a primer semestre 2015.....	103
Tabla 27. Análisis de suficiencia de camas en el Distrito Capital .....	107
Tabla 28. Análisis de suficiencia de camas Red Centro Oriente .....	108
Tabla 29. Análisis de suficiencia de camas Red Norte .....	109
Tabla 30. Análisis de suficiencia de camas Red Sur .....	110
Tabla 31. Análisis de suficiencia de camas Red Sur Occidente.....	111
Tabla 32. Proporción de solicitudes de atención de urgencias .....	117
Tabla 33. Despachos de vehículos de emergencias .....	118
Tabla 34. Atención pre-hospitalaria según grupo de patología Bogotá, julio 2010 a septiembre de 2015 .....	119

<b>Tabla 35. Tiempo de respuesta de la APH por mes.....</b>	<b>120</b>
<b>Tabla 36. Proyectos aprobados en salud por el fondo de regalías 2012 – 2016 .....</b>	<b>139</b>
<b>Tabla 37. Presupuesto Investigaciones 2004 – 2015 Secretaría Distrital de Salud.....</b>	<b>140</b>
<b>Tabla 38. Factor de impacto de citas de la S.D.S. en bases de datos 2008 - 2014 .....</b>	<b>141</b>
<b>Tabla 39. Fuentes de financiación y proyectos de inversión.....</b>	<b>142</b>
<b>Tabla 40. Estado del HIS en los Hospitales de la Red Pública ”. Año 2015.....</b>	<b>144</b>
<b>Tabla 41. Sistemas de información de la Secretaría distrital de salud .....</b>	<b>146</b>
<b>Tabla 42. Total de quejas recibidas por tipo de causas Bogotá 2012 – 2014.....</b>	<b>156</b>
<b>Tabla 43. Total de servicios afectados por presuntas fallas en la calidad de la atención Bogotá 2012 – 2014.....</b>	<b>156</b>
<b>Tabla 44. Total de visitas de control realizadas 2012 – septiembre 2015.....</b>	<b>157</b>
<b>Tabla 45. Resultados de visitas realizadas por quejas 2012 – septiembre 2015 .....</b>	<b>157</b>
<b>Tabla 46. Total de investigaciones administrativas por tipo 2012 – septiembre 2015 .....</b>	<b>158</b>
<b>Tabla 47. Número de actos administrativos sancionatorios. Bogotá 2011-2014.....</b>	<b>161</b>
<b>Tabla 48. Ejes programa de inspección y vigilancia .....</b>	<b>163</b>
<b>Tabla 49. Clasificación de los ingresos del FFDS .....</b>	<b>167</b>
<b>Tabla 50. Presupuesto de ingresos y rentas del fondo financiero distrital de salud... ..</b>	<b>168</b>
<b>Tabla 51. Presupuesto de gastos de funcionamiento e inversión (Cifras en Millones \$) .....</b>	<b>169</b>
<b>Tabla 52. Presupuesto de gastos de inversión vigencia 2012-2015.....</b>	<b>170</b>
<b>Tabla 53. Presupuesto de gastos de inversión 5 proyectos representativos .....</b>	<b>172</b>
<b>Tabla 54. Sistema General de participaciones .....</b>	<b>173</b>
<b>Tabla 55. Recursos de asignación forzosa FFDS vigencias 2012 - 2015 .....</b>	<b>174</b>
<b>Tabla 56. Déficit presupuestal de las E.S.E. 2014.....</b>	<b>176</b>
<b>Tabla 57. Resoluciones de categorización del riesgo 2012-2015 y evaluación P.S.F.F. ....</b>	<b>178</b>
<b>Tabla 58. Tabla de calificación del M.S.P.S. y del M.H.C.P.....</b>	<b>179</b>
<b>Tabla 59. Categorización del riesgo 2012-2015 para E.S.E. en PDIFF .....</b>	<b>181</b>
<b>Tabla 60. Total cartera distrital, según edades.....</b>	<b>182</b>
<b>Tabla 61. Tendencia cartera distrital 2011 a junio de 2015.....</b>	<b>183</b>
<b>Tabla 62. Cartera por deudores y edad a junio de 2015 .....</b>	<b>183</b>
<b>Tabla 63. Cartera distrital por E.S.E y E.P.S. A junio de 2015 .....</b>	<b>184</b>
<b>Tabla 64. Resultado mesas realizadas entre marzo de 2014 y junio de 2015.....</b>	<b>185</b>
<b>Tabla 65. Facturación vs recaudo por venta de servicios de salud 2011 - 2012.....</b>	<b>186</b>
<b>Tabla 66. Facturación vs recaudo por venta de servicios de salud 2013 – 2014.....</b>	<b>187</b>
<b>Tabla 67. Facturación vs recaudo por venta de servicios de salud corte a junio de 2015 .....</b>	<b>188</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1. Pirámide poblacional comparativo. Bogotá D.C., 2005- 2015 - 2020</b> .....	17
<b>Ilustración 2. Número de casos y tasa por 100.000 habitantes de suicidio consumado en Bogotá. 2000 A 2014</b> .....	26
<b>Ilustración 3. Número de personas involucradas en los eventos atendidos por las unidades comando por localidad. Bogotá, 2012-2014</b> .....	69
<b>Ilustración 4. No. de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. Bogotá D.C., 2007-2014.</b> .....	71
<b>Ilustración 5. Índice de riesgo para la calidad del agua potable en otros sistemas de abastecimiento. Bogotá D.C., 2012-2014.</b> .....	72
<b>Ilustración 6. Establecimientos implicados en medidas sanitarias y número de medidas sanitarias aplicadas. Bogotá D.C., 2012-2014</b> .....	73
<b>Ilustración 7. Dinámica poblacional canina y felina.</b> .....	75
<b>Ilustración 8. Prevalencia de sibilancias en menores de 5 años posiblemente asociado a material particulado pm10. Bogotá D.C., 2007-2015</b> .....	76
<b>Ilustración 9. Prevalencia de hipoacusia. Bogotá D.C., 2012-2014</b> .....	77
<b>Ilustración 10. Frecuencia de síntomas que perciben las personas que refieren quejas por exposición a radiaciones electromagnéticas. Bogotá D.C., 2014</b> .....	77
<b>Ilustración 11. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas Bogotá D.C., 2007-2014.</b> .....	78
<b>Ilustración 12. Eventos notificados de ESI-IRAG e IRAG en temporada de lluvias. Bogotá D.C., 2013-2014.</b> .....	79
<b>Ilustración 13. Comportamiento de la afiliación al régimen subsidiado de salud Bogotá D.C. mes a mes 2012-- 2015</b> .....	84
<b>Ilustración 14. Distribución de Camas Bogotá D.C.</b> .....	90
<b>Ilustración 15. Conformación y especialización de la red de prestación de servicios de salud en el Distrito Capital</b> .....	105
<b>Ilustración 16. Frecuencia de llamadas línea de emergencias</b> .....	116
<b>Ilustración 17. Frecuencia de llamadas que ingresaron a la línea de emergencias. 2012 - 2015.</b> .....	117
<b>Ilustración 18. Frecuencia de llamadas que ingresaron a la línea de emergencias. Julio 2012- septiembre 2015</b> .....	118
<b>Ilustración 19. Número de emergencias vs pacientes atendidos 2012-2015</b> .....	120
<b>Ilustración 20. Frecuencia de pacientes ubicados y/ trasladados SIRC de julio 2012- septiembre 2015</b> .....	121
<b>Ilustración 21. Proporción de pacientes ubicados y/o trasladados, según criticidad. Julio 2012- septiembre 2015</b> .....	121
<b>Ilustración 22. Resultado categorización Seguridad del Paciente IPS Privadas</b> .....	122
<b>Ilustración 23. Resultado categorización Seguridad del Paciente ESE Comparativo</b>	123
<b>Ilustración 24. Cumplimiento criterios de Habilitación y Acreditación.</b> .....	123
<b>Ilustración 25. Estado Actual IPS del Pacto de Seguridad del Paciente</b> .....	124
<b>Ilustración 26. Resultado categorización diagnostico IPS Farmacovigilancia 2014</b> ..	125
<b>Ilustración 27. Reporte de Eventos Adversos en Farmacovigilancia 2013.</b> .....	125
<b>Ilustración 28. Reporte de Eventos Adversos en Farmacovigilancia 2014.</b> .....	126

<b>Ilustración 29 Resultado categorización diagnostico IPS Tecnovigilancia .....</b>	<b>126</b>
<b>Ilustración 30. Reportes de eventos adversos asociados a Dispositivos Médicos.....</b>	<b>127</b>
<b>Ilustración 31. Resultado categorización IPS Bioseguridad 2014.....</b>	<b>128</b>
<b>Ilustración 32. Variación calificación Autoevaluación Acreditación 2012 – 2015.....</b>	<b>129</b>
<b>Ilustración 33. Investigaciones en las empresas sociales del estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2013 .....</b>	<b>137</b>
<b>Ilustración 34. Total quejas recibidas por presuntas fallas en la calidad de la atención Bogotá 2012 – septiembre 2015 .....</b>	<b>154</b>
<b>Ilustración 35. Quejas por presuntas fallas, según prestador de servicios de salud involucrado Bogotá 2012 – septiembre 2015.....</b>	<b>155</b>
<b>Ilustración 36.Total quejas recibidas por presuntas fallas de IPS públicas de la red distrital Bogotá 2012 – septiembre 2015 .....</b>	<b>155</b>
<b>Ilustración 37. Total de investigaciones preliminares por quejas Bogotá 2012 septiembre 2015 .....</b>	<b>158</b>
<b>Ilustración 38. Establecimiento abiertos al público intervenidos. Bogotá 2012-2015* .....</b>	<b>161</b>
<b>Ilustración 39. Ingresos 2012-2015 Fondo Financiero Distrital de Salud .....</b>	<b>167</b>
<b>Ilustración 40. SUPERAVIT O DEFICIT PRESUPUESTAL ESE VIGENCIAS 2011- 2014.....</b>	<b>177</b>
<b>Ilustración 41. Comportamiento de la facturación y el recaudo. ESE adscritas SDS. 2012-2014.....</b>	<b>188</b>

## ÍNDICE DE MAPAS

<b>Mapa 1. Área rural y urbana del Distrito Capital .....</b>	<b>15</b>
<b>Mapa 2 . Exposición ambiental y mortalidad por era en niños menores de 5 años ....</b>	<b>80</b>
<b>Mapa 3. Ubicación red de hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud .....</b>	<b>94</b>

## INTRODUCCIÓN

Conforme a la estructura del sector público de la salud adoptada en la reforma administrativa de la Secretaria Distrital de Salud con el Decreto 507 de 2013, y acorde con las competencias establecidas en las Leyes 9 de 1979, 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, para las direcciones territoriales de salud, le corresponde ejercer el rol de máxima autoridad sanitaria para Bogotá D.C., es decir, ser el rector del sector, establecer y/o modular la regulación, realizar la vigilancia de los actores, entidades, recursos y procesos del sistema General de Seguridad Social en el ámbito de la jurisdicción de Bogotá D.C.<sup>1</sup>.

En ese contexto, la Entidad se orienta con base en la premisa de garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía bogotana, tomando como punto de partida y eje central de la respuesta estatal el reconocimiento de condiciones, estilos y modos de vida diferenciales entre individuos, comunidades, grupos y territorios de la ciudad; que separadamente y en conjunto, actúan como determinantes de la salud de la población.

Bogotá D.C. incrementó en la última década la esperanza de vida en 4,6 años, registra reducción de la mortalidad evitable con tendencia decreciente, aunque el comportamiento no es homogéneo presentándose aún diferencias entre localidades. La morbilidad de la ciudad refleja las características de varias transiciones: demográfica (la pirámide población se angosta en la base, envejecimiento acelerado e inmigración constante), epidemiológica (Condiciones Crónicas en crecimiento), generacional, tecnológica, entre otras

Los Análisis de Situación de Salud realizados para la globalidad de la ciudad, por localidad, UPZ, Territorio y micro –territorio, así como también por grupos diferenciados por características de género, edad, ubicación geográfica, riesgos, permitieron adelantar la gestión orientada a la solución de los problemas y al planteamiento de retos para acerca los niveles de calidad de vida de ciudades similares de América Latina. La problemática que se entrega a la administración entrante en este sector se caracteriza por evidenciar una tendencia favorable que coloca a Bogotá, en los primeros lugares del país y en un camino intermedio para alcanzar estándares de referencia continental.

Con el Modelo de Salud Bogotá Humana, basada en un enfoque amplio de Atención Primaria en Salud, la ciudad avanzó de manera significativa en los principales indicadores trazadores de Salud Pública, así como también en la organización y sustentabilidad de la red de hospitales adscritos, enfocados hacia la garantía de servicios accesibles, oportunos, humanizados y con estándares altos de calidad científica.

Así, mismo se establecieron algunas bases que demuestran que es posible la integración con la red de IPS privadas, para avanzar en el futuro la conformación de Redes Integrales de Servicios de Salud. Los retos para la administración entrante, en provisión de servicios serán por un lado, mantener la tendencia de optimización de la gestión de los hospitales

---

<sup>1</sup> Artículos: 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001; 174, de la Ley 100 de 1993 y 5, de la ley 10 de 1990.

públicos, la promoción de acciones administrativas colectivas de las ESE (APC Bogotá), incremento de resolutividad, especialización y atención a afiliados al régimen contributivo en especial a ciudadanos que viven en zonas como el sur y sur occidente de la ciudad donde son la única oferta de servicios de salud; así, como también la búsqueda de profundizar la coordinación con el sector privado y demás actores del sistema a nivel nacional y distrital para disminuir y/o erradicar barreras de acceso a los servicios por efectos de problemas de coordinación y de flujo de recursos en el sistema.

Por el otro lado, mantener e incrementar las gestiones ante el gobierno nacional para lograr la armonización de las normas que regulan la financiación y la presupuestación de los hospitales públicos, con la realidad de la dinámica económica del SGSSS. La finalización de proyectos de infraestructura de valor estratégico contemplados en el plan maestro de equipamiento en salud, y el afianzamiento del proceso de reapertura del Hospital san Juan de Dios, como acción de rescate y proyección de este icono de alto valor histórico y patrimonio cultural de la ciudad y del país.

La autoridad sanitaria en la Vigilancia de los prestadores, aseguradores y demás actores del sistema de salud, ha sido una materia en la cual se avanzó de manera sustantiva, principalmente en lo atinente a la prestación de servicios y menos en cuanto a los aseguradores, por las limitaciones normativas en el ejercicio del control. La administración entrante, tendrá dentro de sus retos, la de procurar que se descentralice por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de la función de control.

El proceso de participación Social en salud, se caracteriza por la puesta del tema en la agenda de toda la política pública, con énfasis en la abogacía que la entidad ejerce en favor del derecho en salud para la ciudadanía. La plena implementación de la Ley Estatutaria en Salud, será el reto más importante para la administración entrante.

Este documento contiene la descripción de la situación de salud de la población del D.C. con datos consolidados en general a diciembre de 2014, aunque también algunos de los temas se presentan con corte a septiembre de 2015.

Se estructuró tomando en consideración los lineamientos establecidos por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. en la Directiva 009 de 2015, así como las dimensiones priorizadas por la nación en el año 2013, en el Plan Decenal de Salud Pública de obligatorio cumplimiento para los entes territoriales.

El primer capítulo se ocupa de la Situación de Salud de la ciudad, el segundo se refiere al estado del aseguramiento en salud de la población de Bogotá; el capítulo tercero la situación en cuanto a Provisión de servicios de salud; el capítulo 4 Calidad y Seguridad de los Servicios de Salud; el capítulo 5 se refiere a la Participación Social en Salud. El capítulo 6 se ocupa de los proyectos de Ciencia y Tecnología e Innovación; el capítulo 7 aborda lo concerniente al Hemocentro Distrital, el capítulo 8 se refiere a las Tecnologías de la Información y la Comunicación; el noveno desarrolla la rectoría autoridad sanitaria territorial, el décimo se refiere a la situación actual de la infraestructura de salud en

Bogotá; el once analiza el financiamiento del sector, incluyendo la situación financiera de la red pública adscrita a la SDS. Por último, se incluye un capítulo de dificultades encontradas y soluciones. El documento se complementa con una relación de referencias bibliográficas y anexos.

De esta manera la Secretaria Distrital de Salud cumple con su responsabilidad de presentar a la administración que asume el gobierno de la ciudad a partir del primero de enero de 2016, el estado actual del sector salud, de tal manera que sirva de plataforma para la formulación del Plan Sectorial para la vigencia 2016-2019.

## 1. SITUACIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ

### 1.1. Dinámica y estructura de la población

Bogotá, Distrito Capital, abreviado Bogotá, D. C.<sup>2</sup> está constituida por 20 localidades y es el epicentro político, económico, administrativo, industrial, artístico, cultural, deportivo y turístico del país. Está ubicada en el centro de Colombia, en la denominada sabana de Bogotá, que hace parte del altiplano Cundiboyacense. Es la tercera capital más alta en América del Sur después de La Paz y Quito, a una altura sobre el nivel del mar de 2.625 metros. Tiene una longitud de 33 km de sur a norte, y 16 km de oriente a occidente. La ciudad se encuentra situada en la Sabana de Bogotá, enmarcada por los cerros Monserrate y Guadalupe y por el río Bogotá al occidente.

El territorio donde se asienta la ciudad fue antiguamente un lago. De esto dan evidencia los humedales que cubren algunos sectores no urbanizados de la Sabana y en la localidad de Suba. A la llegada de los primeros conquistadores este territorio estaba cubierto de pantanos. Tiene en su territorio el páramo de Sumapaz, el más grande del mundo, localizado en la localidad de Sumapaz, a la que dio su nombre; ese páramo es parte de la región natural y antigua región administrativa del Sumapaz, del departamento de Cundinamarca<sup>3</sup>

Bogotá se caracteriza por un clima frío de montaña. La temperatura media anual es de 14°C, máxima media anual 19,9°C, mínima media anual 8,2°C y la mínima absoluta 5,2°C; la precipitación media anual es de 1.013 mm, la presión atmosférica 752 milibares, la humedad relativa media anual es de 72%<sup>4</sup>. En la ciudad se presenta escasa lluvia en enero, febrero, junio, julio, agosto y septiembre; y lluvias fuertes en marzo, abril, mayo, octubre, noviembre y diciembre. Sin embargo, se presentan variaciones en estos períodos de lluvia debido a los fenómenos climatológicos ocurridos en los últimos tiempos.

Según cifras del DANE<sup>5</sup>, en el año 2010 Bogotá contaba con una población de 7.363.782 habitantes, con proyección en el 2015 de 7.878.783 habitantes, la densidad poblacional aproximada es de 4.321 habitantes por kilómetro cuadrado. Solo 15.987 habitantes se ubican en la zona rural. Se puede afirmar que el territorio del distrito capital es rural 82,7% mientras que el territorio urbano corresponde al 17,3%. (Ver mapa 1)

---

<sup>2</sup> Estatuto Orgánico de Bogotá D. C. 2009.

<sup>3</sup> [www.bogota.gov.co](http://www.bogota.gov.co) El páramo más grande del mundo en la Localidad de Sumapaz.

<sup>4</sup> Weatherbase: Historical Weather for Bogota, Colombia.

<sup>5</sup> Resultados y proyecciones (2005-2020) del censo 2005. DANE.

## Mapa 1. Área rural y urbana del Distrito Capital



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

Bogotá limita al sur con los departamentos del Meta con los municipios de Guamal, Cubarral y La Uribe) y del Huila, al norte con el municipio de Chía y Sopó, al oeste con el río Bogotá y los municipios de Cota, Funza, Mosquera, Soacha (zona urbana), Pasca, San Bernardo, Arbeláez, Cabrera y Venecia (zona rural) del departamento de Cundinamarca. Por el este llega hasta los cerros Orientales y los municipios de La Calera, Chipaque, Choachí, Gutiérrez, Ubaque, Une.1 Está delimitada por un sistema montañoso en el que se destacan los cerros de Monserrate (3.152 msnm de altura) y Guadalupe (3.250 msnm de altura) al oriente de la ciudad. Se encuentra comunicada con el cerro de Monserrate a través de los servicios de transporte de teleférico y funicular.

Su río más extenso es el río Bogotá, que desde hace varias décadas presenta altos niveles de contaminación<sup>6</sup>. Otros ríos importantes en la ciudad son el río Tunjuelo, que discurre por el sur de la ciudad, el San Francisco, el Fucha, el Juan Amarillo o Salitre, los cuales desembocan a su vez en el río Bogotá.

En Bogotá, al igual que en todo el resto del país, el proceso de urbanización acelerado no se debe exclusivamente a la industrialización, ya que existen complejas razones políticas y sociales como la pobreza y la violencia, las cuales han motivado la migración del campo a la ciudad a lo largo del siglo XX, determinando un crecimiento exponencial de la población

<sup>6</sup> SDA. Departamento Administrativo de Medio Ambiente. 2004

en las zonas urbanas, generando problemas humanitarios, administrativos y operativos para la atención en salud de esta población.

### 1.1.1. Estructura poblacional

En el año 2015, Bogotá sigue siendo la ciudad más poblada de Colombia, con un total de 7.878.783 habitantes (Tabla 1) , su incremento con respecto al 2010 fue del 5% (515.001) habitantes la proporción por sexo muestra a las mujeres con el 51,6% y un 48,4% de hombres.

La mediana de edad ha ido en incremento a través de los años, en el año 2005 era de 27,6, en el año 2010 es de 29,5 y para el año 2015 es de 31,4, esto refleja la estructura de una sociedad madura.

La población menor de 15 años representa el 23% del total de población con un incremento del 7% con respecto al 2010, en tanto que los mayores de 65 años son para 2015 el 11,4%, mientras que para el 2010 fueron el 6,3%. La población del área urbana se cuenta en 7.658.081 y del área rural en 16.285 habitantes.

**Tabla 1. Población por sexo y agrupaciones de edad. Bogotá D.C., 2015**

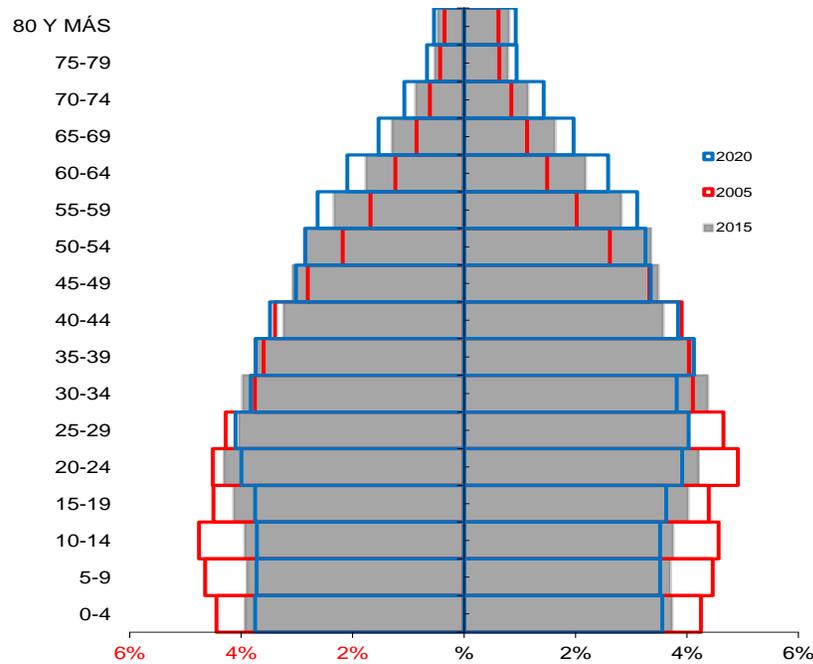
Edad (años)	Mujeres 2015	Hombres 2015	Ambos Sexos 2015	Porcentaje	Índice de masculinidad
<b>0 a 14</b>	880.795	925.685	1.806.481	22,9	105
<b>15 a 19</b>	316.724	325.752	642.476	8,2	103
<b>20 a 59</b>	2.355.780	2.171.433	4.527.213	57,5	92
<b>60 y +</b>	515.471	387.142	902.613	11,5	75
<b>Total</b>	<b>4.068.770</b>	<b>3.810.012</b>	<b>7.878.783</b>	<b>100</b>	<b>94</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>51,6</b>	<b>48,4</b>	<b>100</b>		

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

### 1.1.2. Pirámide Poblacional

La estructura de población (Ilustración 1) ha variado entre aquella basada en el censo de población de 2005 y la de 2015, debido al estrechamiento de la base por reducción de los menores de 15 años y ampliación de los grupos mayores de 50 años de edad, envejecimiento paulatino de la población y menor natalidad acompañada de menor mortalidad de menores de cinco años.

### Ilustración 1. Pirámide poblacional comparativo. Bogotá D.C., 2005- 2015 - 2020



Fuente: Proyecciones de población DANE. 1985-2020.

#### 1.1.3. Indicadores de Estructura

La relación Hombre Mujer es de 93.6, indica que son 93 hombres por cada 100 mujeres. Índice de juventud, el 27% de la población se encuentra en el rango de 15 a 29 años de edad. El indicador expresa el porcentaje de población de 15 a 29 años en relación a la población total.

Índice de envejecimiento 32.8%. Este indicador expresa la relación entre los menores de 15 años y los mayores de 65 años, es decir por cada 100 menores de 15 años hay 32.8 personas mayores de 65 años.

El índice de dependencia es 43.8%, expresa 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. El índice compara la población productiva y la población dependiente.

El índice de Friz es de 105, muestra que en la ciudad la población es todavía joven. El índice valora en su conjunto si la población es joven o se está envejeciendo. Cuando el valor obtenido supera 160 se considera que la población es joven, si es menor a 60 la población se ha envejecido.

#### 1.1.4. Otros indicadores demográficos

Las tablas 2 y 3 muestran el comportamiento de otros indicadores demográficos desde 1985 a 2015 y 2011 a 2015 respectivamente.

El Crecimiento natural, es la diferencia de tasas de natalidad y de mortalidad de una población. La Esperanza de vida al nacer, corresponde a la media en cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo. Tasa neta de migración, es la diferencia entre el número de personas que entran y salen de un país durante el año por cada 1.000 habitantes. tasa bruta de natalidad, mide la frecuencia de los nacimientos ocurridos en un período en relación a la población total. Tasa general de fecundidad, corresponde al número de nacimientos ocurrido en un periodo y la población femenina en edad fértil (por 1.000 mujeres). Tasa global de fecundidad, se entiende como el número promedio de hijos e hijas que nacerían de una mujer edad fértil. Edad media de la fecundidad, es un indicador de la distribución por edades de las tasas de fecundidad. Tasa bruta de reproducción, se entiende como el número de hijas que tiene una mujer. Tasa bruta de mortalidad, este indicador mide la frecuencia de las defunciones ocurridas en un período en relación a la población total.

**Tabla 2. Comportamiento de indicadores demográficos. Bogotá D.C., 1985 - 2015**

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

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

**Tabla 3. Indicadores demográficos. Bogotá D.C., 2011 A 2015**

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

Fuente: Estadísticas Vitales. SDS.

Se observa en la dinámica poblacional, un descenso lento y progresivo de la mortalidad especialmente de las enfermedades transmisibles en menores de un año (diarrea y neumonía) y la tasa de fecundidad que para los últimos 4 años se mantiene estable, sin embargo comparado con el año 1999 se pasa de 2.4 hijos por mujer a 1.6 en 2015, que se traduce en una disminución de la tasa de crecimiento, como consecuencia de esta dinámica se transforma la estructura demográfica observando un aumento de la población de 65 y más años que para el 2005 constituía el 5.4% del total de la población y en 2015 representa el 7.4%. De igual manera la tasa de dependencia es decir el número de personas que debe ser sostenido disminuyo en 226 por mil en los últimos 30 años.

La Esperanza de Vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. La esperanza de vida al nacer ha presentado un aumento de 10 años frente al periodo 1985 lo cual refleja las mejoras del sistema sanitario, la disminución de la mortalidad por algunos eventos dadas las acciones de promoción y prevención y los cambios en el estilo de vida.

En Bogotá, la esperanza de vida pasó de 75,4 años en el 2005 a 79 años en el año 2015. El grupo de las mujeres presentan una mayor esperanza de vida 80.1 años, el grupo de los hombres 75.9 años, según la información del DANE (Tabla 4). Por localidad se observa que Ciudad Bolívar y Sumapaz presentan la menor esperanza de vida tanto en el grupo de los hombres como en el grupo de las mujeres, en contraste Usaquén, Chapinero, Suba y Teusaquillo alcanzan mayor esperanza de vida en relación con las otras localidades de la ciudad.

**Tabla 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Bogotá D.C., 2005 – 2015**

NOMB_L OC	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	2005- 2010	2010- 2015	2005- 2010	2010- 2015	2005- 2010	2010- 2015
Usaquén	75,15	75,86	79,30	80,17	77,17	77,96
Chapinero	73,51	74,72	80,95	81,28	77,11	77,90
Santa Fe	68,06	70,35	75,26	76,81	71,56	73,49
San Cristóbal	68,10	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	77,10	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	76,30	77,37
Engativá	72,96	74,20	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	74,20	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	71,90	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	67,30	73,33	74,90	68,81	71,00

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

Según los documentos de trabajo sobre economía regional del Centro de Estudios Económicos Regionales del Banco de la República, 2012<sup>7</sup>; entre 2008 y 2012, se presentó un aumento en el porcentaje de personas que requirieron servicios médicos en Bogotá, pasando de 60,5% a 69,9%. Así mismo, estimaron que el tiempo transcurrido entre solicitud de la cita y el servicio efectivo fue entre 1 y 5 días el 28,7%, entre 11 y 20 días el

<sup>7</sup> Centro de estudios económicos regionales del Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional del, 2012. ISSN 1692-3715.

14,2%, entre 21 y 30 días el 14,6% y más de 30 días, el 21,1%. El Índice de Calidad de Vida mostró un incremento en los componentes de capital social básico, acumulación colectiva de bienes, y acumulación individual de bienes materiales, mientras que el factor de acumulación del capital humano no presentó variaciones entre los años 2011 y 2014.

## **1.2. Caracterización de la población**

Para la Secretaria Distrital de Salud la población es entendida como un conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el territorio para su reproducción biológica y social. El concepto de población humana, se refiere a un conjunto de sujetos vivos, cuya actividad necesariamente crea y recrea permanentemente el territorio en función de sus necesidades biológicas, socioculturales y políticas, al mismo tiempo, la población es transformada por las condiciones que le impone el territorio.

Cada población constituye una unidad con identidad propia, con características relacionadas en cada una de sus etapas del ciclo de vida- generación (niñez, juventud, adultez, vejez), de procesos de identidad - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado), de las condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad de calle, la discapacidad, la privación de la libertad, el conflicto armado – grupos en reinserción-) y el género como una categoría transversal.

De esta manera, adopta el enfoque poblacional como una orientación analítica con alcance a las intervenciones, que reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad, en la interrelación territorio-población, visibilizando potencialidades o limitaciones del territorio; que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y les permite generar o no condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades

Para efectos del análisis de situación en salud, se presentan a continuación las características de cada grupo poblacional en la Ciudad.

### **1.2.1. Caracterización por ciclo vital**

#### **1.2.1.1. Infancia**

Se parte del reconocimiento de los niños y las niñas como ciudadanos, sujetos titulares de derechos, seres diversos, con capacidades y particularidades que los hacen únicos y en una ciudad como Bogotá, especialmente rodeados de condiciones distintas que de una u otra manera afectan su desarrollo integral y el ejercicio de sus derechos, es por ello que ocupan un lugar central dentro de las apuestas de ciudad consagradas en el Plan de desarrollo “Bogotá Humana”.

Cuando se refiere a la infancia, se parte de la inclusión de los niños y niñas desde la gestación que hace parte de la primera infancia y va hasta los 5 años. Se continúa con la infancia que comprende de los 6 hasta los 13 años, 11 meses y 29 días. Es importante resaltar que el énfasis que se da a los primeros meses en la vida de niñas y niños radica en el rápido y acelerado crecimiento y maduración en este crucial momento, pues a menor edad, mayor labilidad, y por tanto la falta de cuidado, las deficiencias en la crianza y en la nutrición pueden acarrear efectos directos e irreversibles en sus procesos de desarrollo.

En Bogotá, de acuerdo con la proyección DANE a 2015 hay en total 1.806.480, niños y niñas, de los cuales 603.230 están entre los 0 a 4 años (309.432 niños y 293.798 niñas), 598.182 de 5 a 9 años (306.434 niños y 291.748 niñas) y 605.068 de 10 a 14 años (309.819 niños y 295.249 niñas).

En cuanto a la distribución por localidades se resaltan solamente aquellas con mayor población en esta franja, lo que indudablemente implica una mayor concentración de esfuerzos. Suba con 260.500 niños y niñas distribuidos así; de 0 a 4 años 865.04, de 5 a 9 años 86.335 y de 10 a 14 años 87.661 y Kennedy con 253.524, de 0 a 4 años 87.232, de 5 a 9 años, 83.509 y de 10 a 14 años 82.783, seguidas por Ciudad Bolívar, Bosa y Engativá con; 68.072, 59.765 y 59.765 niños y niñas respectivamente.

Las principales problemáticas evidenciadas en este grupo etario se presentan de la siguiente manera: **Durante la gestación:** el embarazo adolescente, la malnutrición en las gestantes y la baja asistencia a controles prenatales desde el primer trimestre, situaciones que indudablemente inciden en la salud tanto de la madre como del bebé.

**En la primera infancia** se resalta el bajo peso al nacer, las enfermedades prevalentes (ERA - EDA), el maltrato infantil, las violencias, la deficiencia de micronutrientes, la malnutrición, la caries y la baja adherencia de cuidadores y cuidadoras a los controles de crecimiento y desarrollo. Por último, para el grupo de **infancia 6 a 14 años** se destaca también el maltrato y la violencia, la malnutrición, por desnutrición y exceso de peso y el trabajo infantil.

Si bien las problemáticas anteriormente expuestas fueron temas prioritarios en el desarrollo de acciones, uno de los principales objetivos estuvo enfocado en la evitabilidad y disminución de las tasas de mortalidades en este grupo poblacional. A continuación se relacionan los indicadores y hallazgos que caracterizan especialmente a la primera infancia.

**Tabla 5. Tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.  
Bogotá, 2010-2014-2015\***

MUERTES EVITABLES	2010		2011		2012		2013		2014	
	# de muertes	Tasa								
<b>PERINATAL</b>										
Tasa x 1000 NV más fetales	3887	35,3	3843	36,2	1638	15,4	1441	14,0	1431	13,7
<b>INFANTIL</b>										
Tasa X 1000 NV	1302	11,8	1283	12,1	1248	11,9	1034	10,1	990	9,6
<b>NEUMONÍA</b>										
Tasa por 100.000 <5 años	102	17,2	65	10,9	55	9,2	41	6,8	47	7,8
<b>EDA</b>										
Tasa por 100.000 <5 años	5	0,8	7	1,2	8	1,3	3	0,5	3	0,5
<b>DESNUTRICIÓN</b>										
Tasa por 100.000 <5 años	7	1,2	5	0,8	4	0,7	0	0,0	0	0
<b>MENORES DE 5 AÑOS</b>										
Tasa por 10.000 <5 años	1512	25,5	1463	24,5	1429	23,9	1194	19,9	1157	19,2

FUENTE 2010-2013 : Bases de datos DANE-RUAF-ND.Análisis Demográfico SDS

FUENTE 2014 : Bases de datos SDS-RUAF-ND , actualizado el 14 de junio del 2015 ( Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Como lo muestra la tabla anterior, la *mortalidad perinatal* evidencia un comportamiento descendente, pasando de una tasa de 35.3 muertes por 1000 NV en el año 2010 a 13.7 en el 2014<sup>8</sup>. Se ha identificado que el mayor componente de esta mortalidad está dado por las muertes fetales, cuya causa es desconocida en gran parte de los casos. Sin embargo, los análisis individuales de caso (5% del total de las muertes por normatividad) han permitido establecer un alto número de muertes relacionadas con la salud materna y el inadecuado control prenatal. De las muertes neonatales tempranas se han podido evidenciar problemas relacionados con la calidad en la atención del parto, el bajo peso al nacer debido a prematuridad, las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas.

En el año 2014 las localidades de Kennedy, Bosa, Suba, Engativá y Ciudad Bolívar notificaron el mayor número de muertes perinatales. Sin embargo al medir el riesgo de muerte perinatal esta es mayor en las localidades de La Candelaria, Puente Aranda, Rafael Uribe, Usme, Chapinero, Tunjuelito y Ciudad Bolívar.

El comportamiento de la *mortalidad infantil* ha mostrado una tendencia decreciente con una tasa de 11.8 por cada 1.000 nacidos vivos en 2010 a 9.6 en 2014. Las localidades de Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar y Bosa presentaron el mayor número de muertes infantiles, con valores entre 102 y 142. De igual forma la *mortalidad en menores de cinco años* refleja un descenso durante el periodo comprendido entre los años 2010 y 2014 partiendo de una tasa de 25,5 a 19,2 muertes por cada 10.000 menores de cinco años. Este indicador se ve afectado por la dificultad de bajar las tasas de la mortalidad perinatal; por enfermedades congénitas y por neumonía. *Las primeras cinco causas* en menores de cinco años han permanecido invariables, destacándose como primera causa los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías

<sup>8</sup> Este fenómeno puede estar asociado a la corrección de la información de los últimos tres años mediante revisión exhaustiva de las historias clínicas de cada uno de los casos, en los cuáles se corrigió el peso al nacer y la edad gestacional. Igualmente se excluyeron las muertes fetales tardías.

congénitas. Tanto las causas como las proporciones son similares entre el nivel nacional y distrital.

Vale la pena resaltar que las acciones de salud para su reducción son cruciales, especialmente la patología asociada a los períodos perinatal, neonatal tardío y las malformaciones del corazón. Es evidente el impacto de las vacunas que previenen la neumonía (Hib, neumococo, influenza), que pasó de ser la primera causa de muerte en 2010 a quinta en 2012 y séptima en 2013. En cambio, es preocupante la aparición de la leucemia y los accidentes de vehículo de motos; la primera requiere diagnóstico y tratamiento oportuno y la segunda abordaje intersectorial.

Con respecto a la *mortalidad por neumonía* se ha presentado una baja, al pasar de una tasa de 17,2 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en el 2010 a 7,8 en el año 2014. En el último año las localidades con tasas superiores a las del distrito fueron Chapinero, San Cristóbal, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Suba y Teusaquillo.

Frente a la *mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)*, en 2013 y 2014 se presentaron 3 casos en cada año, mantenido una tasa de 0,5 casos por cada 100.000 menores de 5 años. Las localidades que han presentado casos en los dos últimos años fueron Usme, Bosa, Kennedy, Rafael Uribe, Engativá. La disminución de esta tasa está relacionada con vacunación, mejoramiento en el acceso a agua potable, adecuadas prácticas en la manipulación de alimentos y mejor manejo de desechos sólidos y líquidos.

Finalmente, la *mortalidad por desnutrición* muestra una franca reducción, que parte de la presentación 7 casos en 2010 con una tasa de 1,2 por cada 100.000 menores de 5 años, hasta lograr que en 2013 no presentara ninguna defunción por esta causa en la ciudad. Lamentablemente y a pesar de los esfuerzos realizados en el año 2014 se presentó un caso.

Dentro de los principales hallazgos asociados a la presentación de los eventos de mortalidad, se identifican las dificultades relacionadas con la valoración integral de los casos junto con las demoras relacionadas con la calidad de los servicios. De igual manera se identificaron prácticas intra domiciliarias inadecuadas, así como debilidad en la identificación de signos de alarma.

Las prioridades para mejorar la calidad de vida y de salud de la población infantil deben estar orientadas a:

- a. Promover la adherencia al control prenatal y seguimiento al proceso de atención durante la gestación, el parto y el postparto.
- b. Empoderamiento de familias y cuidadores en pautas de crianza y cuidado, así como en la identificación de signos y síntomas de alarma, incluida la estrategia AIEPI.
- c. Coordinación intersectorial para la protección integral de familias con menores de 5 años en vulnerabilidad social.
- d. Fortalecimiento de la respuesta efectiva a canalizaciones realizadas por los equipos territoriales de salud, así como del oportunidad de atención en servicios pediátricos.

- e. Implementación de un modelo de atención de niños y niñas con anomalías congénitas.
- f. Integración de un Sistema de Información Distrital para la Infancia, que permita hacer un seguimiento intersectorial de la respuesta social.

#### 1.2.1.2. Adolescencia y juventud

La adolescencia se considera un periodo de extensos cambios debidos a factores biológicos, intrapersonales y socioculturales y como una transición social de la infancia a la vida adulta. Se destaca el impulso creciente para la autonomía en todas sus expresiones, la expansión de todas las capacidades y la adquisición de una responsabilidad desde las libertades individuales.

Dicha expansión se advierte en la transformación de su identidad, sus roles, intereses, valores y hábitos que regulan el comportamiento y las relaciones cotidianas. Esto los lleva a la consolidación de su identidad, a satisfacer el deseo de status e independencia y a reconocer sus capacidades para roles particulares<sup>9</sup>. Lo anterior va de la mano con la consolidación de sus capacidades intelectuales, cognoscitivas y socioemocionales lo cual le permite mayor comprensión y conciencia crítica del mundo, de ahí, sus formas particulares de relacionarse con la realidad y sus símbolos.

La juventud por su parte, es una categoría social y el joven es sujeto social particular, que la crisis de las políticas modernizantes ha resultado en la emergencia de ciudadano y ciudadanas no integrados al sistema educativo, no asociados al imaginario del estudiante, excluidos de la participación social y sin fuentes claras de empleo<sup>10</sup>. Durante la juventud se producen importantes cambios como dejar el hogar parental, con la inserción a la vida productiva, la incorporación al empleo estable y con el hecho de finalizar los estudios<sup>11</sup>, y la consolidación de capacidades intelectuales, morales, económicas, sociales y culturales que hacen parte de su ciudadanía<sup>12</sup>. Posiblemente por esto los jóvenes rechazan el imaginario social de ser vistos por su sexualidad, el consumo de psicoactivos, la violencia o el suicidio.

En Bogotá habitan 1.942.141 adolescentes y jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad, de acuerdo con las proyecciones poblacionales DANE de 2014; los y las jóvenes representan un 25% de la población total de Bogotá. Con respecto al año 2010, la población joven ha aumentado, puesto que para dicho año la población era de 1.930.924 personas, lo que significa que hoy en Bogotá habitan 11.217 jóvenes más que hace cuatro años.

---

<sup>9</sup> Kielhofmer, G. Modelo de la Ocupación humana. 2004

<sup>10</sup> Documento CONPES 173: Lineamientos para la generación de oportunidades para los jóvenes. Consejo Nacional Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. 2014.

<sup>11</sup> Optando por la paz y la prosperidad social. Primera rendición pública de cuentas sobre la garantía de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud, 2005 – 2012. ICBF. 2012.

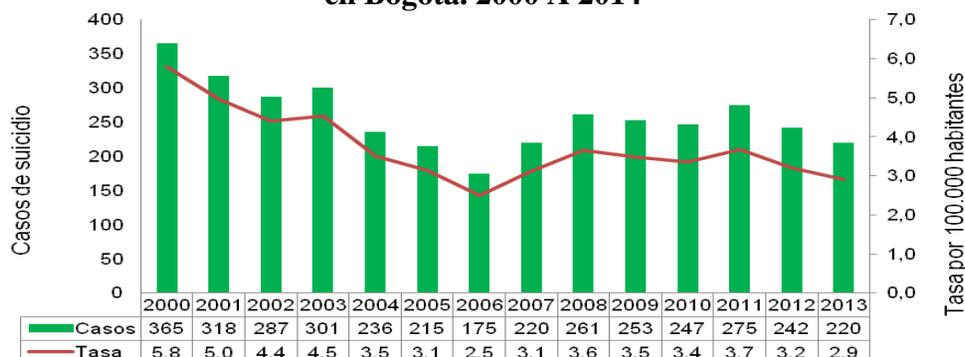
<sup>12</sup> Ley estatutaria 1622 por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil. Congreso de la República. 2013.

Sin embargo este aumento está concentrado en la población de 20 a 24 años ya que haciendo un comparativo con otros rangos de edad, desde 2010 hasta 2014 la población de 15 a 19 años de edad ha disminuido en 0.6 puntos porcentuales, la población de 20 a 24 años de edad ha aumentado en 1.6 puntos porcentuales y la de 25 a 29 ha decrecido en 0.6 puntos.

Aspectos de salud como alteraciones nutricionales, particularmente el sobre peso y obesidad, embarazo en adolescentes y jóvenes, consumo de psicoactivos, lesiones y mortalidad resultado de violencia entre jóvenes, contra jóvenes y desde jóvenes, se encuentra asociado estrechamente a aspectos sociales como la pobreza, la desigualdad, el acceso inequitativo a educación y empleo, la desestructuración familiar, el debilitamiento de la cohesión social, potencializado por la débil respuesta de las instituciones públicas y la poca apertura a la participación en la toma de decisiones políticas<sup>13</sup>.

A manera de ejemplo se puede señalar que el intento de suicidio registra más casos entre los 15 a 19 años, pero el suicidio consumado es más frecuente en la población de 20 a 29 años con tendencia a la reducción en el número de casos. Por cada mujer que se suicida 5 hombres lo hacen y respecto al mecanismo implicado suele ser la asfixia, arma de fuego, intoxicación. Los determinantes se encuentran relacionados son problemas familiares, conflictos en la relación de pareja, problemas del empleo y enfermedad crónica, elementos también presentes en los demás eventos de interés en salud relacionados con la juventud.

**Ilustración 2. Número de casos y tasa por 100.000 habitantes de suicidio consumado en Bogotá. 2000 A 2014**



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida. 2015.

Para dar una respuesta integral e impactar la calidad de vida y la salud de los y las jóvenes, se requiere entonces desarrollar medidas de prevención, protección, promoción y garantía de los derechos, el fortalecimiento de capacidades y competencias, el mercado laboral, las ofertas para los no vinculados al sector educativo ni laboral, fortaleciendo su identidad y participación social y política, la cohesión social, la ciudadanía, la inclusión urbana y rural.

<sup>13</sup> Martín Hopenhayn, Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar. CEPAL. 2008.

Otro evento que contribuye a limitar las posibilidades de desarrollo del proyecto de vida de este grupo de edad es el embarazo en adolescentes. Si bien la meta ODM hace referencia a los embarazos en las adolescentes entre 15 y 19 años, no se puede desconocer la problemática en el Distrito Capital de nacimientos en niñas entre 10 y 14 años, por lo que el plan de desarrollo “Bogotá Humana” ha dispuesto estrategias y acciones para identificar y prevenir el embarazo en menores de 15 años, abriendo espacio a la denuncia y a las acciones correspondientes para garantizar el restablecimiento de los derechos, en el marco de la Cero Tolerancia para este grupo poblacional, toda vez que muchos de estos se dan por el abuso sexual.

Los nacimientos en adolescentes han venido reduciéndose año tras año. Es así como en 2010 se presentaron 19.840, de los cuales 515 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años y 19.325 y en 2014 se redujo a 415 en el grupo de 10 a 14 años y a 16.686 en las mujeres de 15 a 19 años. El comportamiento de este indicador por localidad de residencia evidencia que las localidades que aportan el mayor número de casos son las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, San Cristóbal, Engativá Suba.

Respecto al embarazo en adolescentes (Tabla 6), se puede observar que el porcentaje que aportan las mujeres adolescentes al total de nacidos vivos de la ciudad no supera el 13%, incluyendo la población de 10 a 13 años. y su tendencia entre el 2011 y 2014 ha ido en descenso.

**Tabla 6. Nacidos vivos de mujeres adolescentes. Bogotá, 2011-2014**

Mujeres de 10 a 13 Años	Numero	243.367	241.026	238.581	236.344
	Porcentaje	9,1	8,9	8,8	8,7
Nacido Vivo de Madres de 14 a 18 Años	Numero	13.707	13764	12785	11599
	Porcentaje	12,9	13,1	12,5	11,2
Mujeres de 14 a 18 Años	Numero	320.655	319.207	317.043	314.754
	Porcentaje	12,0	11,8	11,7	11,5
<b>Subtotal de Nacido Vivo de 10 a 18 Años</b>	Numero	<b>13.777</b>	<b>13.858</b>	<b>12.857</b>	<b>11.667</b>
	Porcentaje	<b>13,0</b>	<b>13,2</b>	<b>12,6</b>	<b>11,3</b>
<b>Total Nacido Vivo para todas las edades</b>		<b>106.228</b>	<b>105.314</b>	<b>102.254</b>	<b>103.318</b>
<b>Total Mujeres de 10 a 54 Años</b>		<b>2.674.415</b>	<b>2.695.287</b>	<b>2.713.809</b>	<b>2.730.404</b>

*Fuente Nacido Vivo: Base de datos Nacido Vivo DANE- RUAF\_ND- Sistema Estadísticas Vitales; los datos de los años 2012 a 2014 son PRELIMINARES*

*Fuente Total de Mujeres: DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP : Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007*

*Tabla elaborada por: Rodrigo Rodríguez Fernandez y Pilar Macana. 08-07-2015*

Este comportamiento puede estar asociado a cuatro elementos claves:

- Intolerancia social al abuso sexual de menores de edad y respuesta social.
- Respuesta de programas sociales dirigidos a la adolescencia (recreación, arte, cultura, deporte, educación, salud).
- Mayor empoderamiento de derechos sexuales y derechos reproductivos y de la salud sexual y reproductiva.
- Oferta de servicios amigables para la atención en salud.

Quiere esto decir que las estrategias desarrolladas han sido acertadas, debe fortalecerse en la coordinación sectorial<sup>14,15,16</sup>, transectorial y comunitaria, y debe ampliarse para llegar a las y los adolescentes y sus redes primarias en el contexto familiar<sup>17</sup> y escolar<sup>18,19</sup>, principalmente de grupos poblacionales en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Siendo el embarazo en adolescentes un tema de interés político y público<sup>20</sup>, lo que evidencia la necesidad de abordar la adolescencia con estrategias que incluyan su interés político, de participación y de compromiso social y los derechos sexuales y reproductivos, la resiliencia, la confianza básica, la identidad, la independencia, la autonomía, el pensamiento crítico, la laboriosidad y el enfoque diferencial.

### 1.2.1.3. Adultez

La población adulta es la más extensa en la pirámide poblacional de la ciudad de Bogotá con un 42,2%, de población (29 a 59 años) de ellos el 47,5% son hombres y el 52,5% mujeres. Es muy poco lo que se estudia o indaga sobre este ciclo vital en comparación con otros grupos poblacionales.

De acuerdo al diagnóstico, la ubicación espacial de la población adulta guarda estrecha relación con los tamaños poblacionales de las localidades, siendo así que el 48,4% del total se encuentran en las cuatro localidades con mayor población en la ciudad, siendo en su orden Suba, Kennedy, Engativá y Ciudad Bolívar.

En Bogotá al 29,8% de la población adulta le ha sido diagnosticada alguna enfermedad o problemas de salud; la morbilidad que mayor prevalencia tiene en este grupo poblacional es

---

<sup>14</sup> “Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente”. OPS. 2010.

<sup>15</sup> Sistema Informático Perinatal (SIP)/Sistema Informático del Adolescente (SIA). “Reunión Internacional de Salud Integral y Servicios de Salud para los Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe”. CLAP. 2011.

<sup>16</sup> Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. 2008.

<sup>17</sup> Valenzuela Mujica María Teresa, Ibarra R. Ana María, Zubarew G. Tamara, Correa M. Loreto. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. Index Enferm [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2015 Ago 26]; 22(1-2):50-54. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100011&lng=es).

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>.

<sup>18</sup> Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. OPS. 2003.

<sup>19</sup> Adolescentes, Derecho a la educación y al bienestar futuro. María Nieves Rico y Daniela Trucco. CEPAL-UNICEF. 2014.

<sup>20</sup> Documento CONPES Social 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. 2012.

la relacionada con las vías digestivas o úlceras gástricas que se presenta en el 12,1%, el 9,6% han sido diagnosticados con enfermedades cardiovasculares e hipertensión, y un 6,6% con enfermedades relacionadas con los huesos, lesiones, artrosis, artritis o reumatismo, y cerca del 50% de los adultos tiene exceso de peso (sobre peso u obesidad)<sup>21</sup>.

Más del 50% de los hombres adultos, en los diferentes grupos de edad, no tienen conocimiento de cuales acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrolla la entidad a la cual están afiliados, en las mujeres este desconocimiento se ubica por encima del 45%. Quienes más enteradas están de estas actividades son las mujeres entre 29 y 35 años, sin embargo la proporción no sobrepasa el 50%.

Caracterizan la adultez la ampliación de las responsabilidades, la autonomía y las realizaciones, producto de un proceso de construcción histórico, social y cultural; en la que se espera que los sujetos a través de sus aprendizajes, experiencias y desarrollo de potencialidades, logren la capacidad de agencia para sostener, mantener o transformar realidades individuales y colectivas. La adultez como etapa del ciclo vital, concebida entre los 27 y 59 años<sup>22</sup>.

Pese a la carga de los imaginarios, es necesario destacar que la mayoría de las personas mayores siguen siendo un recurso vital para sus familias y comunidades; muchas continúan trabajando en los sectores laborales tanto formales como informales. Es importante destacar la actividad como el centro del envejecimiento saludable; se concibe que la continuidad en el desarrollo de actividades, permiten obtener mejores condiciones, un desempeño de nuevos roles que dinamicen y enriquezcan sus vidas.

Otras características problemáticas propias de esta etapa del desarrollo vital son: débil reconocimiento del adulto como sujeto de derechos por desconocimiento y por factores externos alienantes, que limitan su desarrollo integral y el de su entorno; priorización de aspectos laborales, presionado por exigencias y retos sociales, que se sobrepone a las prácticas de cuidado y auto cuidado, con deterioro de su calidad de vida; inequidad en el acceso del adulto a bienes y servicios, por diferencias de contratación en el mercado laboral, lo que contribuye al deterioro en la calidad de vida del adulto; escasas redes sociales operando para legitimar derechos y hacerlos efectivos, que se refleja en una respuesta Social inadecuada, que no satisface las necesidades de los adultos; ambiente y entorno poco saludable para el desarrollo Biopsicosocial de la población adulta, que no favorece la calidad de vida de los adultos; imaginarios culturales y representaciones sociales que invisibilizan a la persona adulta con discapacidad y su familia como sujetos de derecho, generando barreras de acceso y permanencia a servicios de salud, educación y

---

<sup>21</sup> ICBF ENSIN 2010.

<sup>22</sup> El rango de edad adulta, entre 27 y 59 años, se ubica en Bogotá entre las caracterizaciones que de la juventud (de los 14 a 26 años) y de la vejez (a partir de los 60 años) acogen las políticas públicas poblacionales distritales.

recreación y fraccionamiento de la respuesta social dirigida a la población con discapacidad.

#### 1.2.1.4. Vejez

La Secretaria Distrital de Salud para definir la Vejez ha tenido en cuenta el concepto de transcurso vital el cual explica el desarrollo de diferentes patrones de comportamiento de los individuos a lo largo de la vida, en el ámbito de recursos físicos, mentales, sociales y económicos, así como en el ajuste cuando del ser humano que crece y se desarrolla en diferentes dimensiones, desde la ecológica, psicológica, social, política y cultural que inciden en la forma como la persona y las sociedades envejecen. Es por ello que las condiciones biológicas, culturales históricas, contextuales entre otras influyen en el transcurrir vital humano, conduciendo a las personas durante el proceso de envejecimiento a tener ganancias y pérdidas<sup>23</sup>.

La vejez dentro de un contexto normativo se ha establecido a partir de los 60 años y más. En Bogotá para el año 2015 contamos con 902.614 personas que superen los 60 años, equivalente al 11.5% del total de la población de la ciudad, y su esperanza de vida en las mujeres es de 80 años y en los hombres de 76 años. El proceso de envejecimiento ha aumentado a pasos agigantados en la ciudad, y este proceso parece ser más acentuado en las mujeres, pues la variación porcentual de los hombres mayores de 60 es del 83% mientras que la de las mujeres es del 85% en los últimos 30 años. Lo anterior obedece en parte a que la población mayor masculina presenta tasas más altas de mortalidad que la femenina.

La distribución de la población mayor de 60 años por localidad permite determinar que las localidades que presentan alto índice de envejecimiento demográfico son: Usaquén con 84,34% Candelaria con 102,31%, Teusaquillo con 149,83%, Barrios Unidos 111,31%, Chapinero con 143,81% y Puente Aranda con 80,70% .

La Secretaria de Salud atiende gratuitamente el 100% de las personas mayores de 65 años que pertenecen al régimen subsidiado y están clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN. Por medio de la aplicación del Decreto 345 de 2008<sup>24</sup>, la Secretaria Distrital de salud implementa el programa de Gratuidad en Salud a las personas mayores de 65 años. Este programa busca eliminar los copagos para disminuir las barreras de acceso de tipo económico y de esta manera mejorar la calidad de vida y salud de la población infantil, adultos mayores y personas en condición de discapacidad severa, afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

El número de afiliaciones realizadas a las personas mayores de 60 años y más activos afiliados por régimen desde Enero a Agosto del año 2015 son las siguientes:

<sup>23</sup> Teoría Lifespa N. Villar (2002). Aristizábal-Vallejo. 2010

<sup>24</sup> Por el cual se reglamenta el Proyecto Gratuidad en Salud del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito 2008 - 2012 "Bogotá positiva para vivir mejor", adoptado mediante el Acuerdo Distrital [308](#) de 2008"

a. Régimen contributivo con 705.649, régimen subsidiado con 165.694, para un total de 872.343 personas mayores afiliadas.

b. Subtotal no afiliados cantidad 16.771 en donde se encuentran los afiliados al Régimen Subsidiado (SISBEN Niveles 1 y 2) con 7.350, y los encuestados que no se pueden afiliar al subsidiado por puntaje SISBEN superior con 9.421. Esto permite determinar que el número total afiliados + no afiliados es de 888.114.

La principal causa de mortalidad en las personas entre 60 y 69 años está asociada en mayor medida a tumores malignos mientras que las de 70 o más mueren producto de enfermedades cardiovasculares.

Las causas con mayor peso en la mortalidad de la población mayor son: 1) enfermedades isquémicas del corazón, 2) Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, 3) Enfermedades cerebrovasculares, 4) Neumonía, 5), Enfermedades hipertensivas, 6) Diabetes mellitus, 7) Tumor maligno del estómago, 8) Todas las demás formas de enfermedad del corazón, 9) Tumor maligno de la próstata, y 10) Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano.

Estas 10 primeras causas de mortalidad originan el 59.3% de las defunciones de las personas mayores, lo que significa que debe trabajarse de manera preventiva las enfermedades crónicas, y enfermedades respiratorias. Igualmente la cuarta parte de las personas mayores residentes en Bogotá presentan en salud mental cuadros de depresión moderada y un 6% depresión severa. Por último, de enero a agosto de 2015 se han reportado 151 casos de abandono social en los hospitales del Distrito.

## 1.2.2. Caracterización por situación o condición

### 1.2.2.1. Población en ejercicio de Prostitución

Se define prostitución como un contrato entre adultos con capacidad para emitir su consentimiento, en el que la persona vende sus servicios sexuales a cambio de dinero u otro tipo de retribución.

El Distrito no cuenta con un diagnóstico, que permita identificar cuantas personas ejercen la prostitución en Bogotá, dado que es una ciudad de tránsito a donde llegan personas de otros departamentos y ejercen la prostitución por temporadas que pueden ir desde días hasta meses; igualmente se encuentra clandestinidad en el ejercicio, lo que dificulta precisar el número de personas que ejercen la prostitución en la ciudad. Se cuenta con ejercicios de caracterización de las personas atendidas que permite analizar, procedencia, grupo etario, nivel escolar, régimen de salud, tipo de familia, localidad de vivienda, entre otros ítems de la ficha SIRBE, sistema unificado de información de la SDIS.

Según los datos de la Dirección de análisis y diseño estratégico de la Secretaria de Integración Social, para el 2014. En Bogotá, se estima que existen 1.792 personas en ejercicio de prostitución, en su mayoría de sexo femenino (97%); el 59% se encuentra entre los 27 y 59 años, el 39.6% entre los 18 y 27 años y en menor proporción 0.5% mayores de 60 años; respecto al nivel educativo se observa que el 72% de esta población tiene básica secundaria, seguido de un 15% que tiene básica primaria y en menor proporción formación técnica, tecnológica o universitaria.

Con relación al sistema general de seguridad social en salud se encuentra que el 46% de estas personas pertenecen al régimen subsidiado, el 20% al contributivo y el 33% no proporcionó esta información; el 97% son jefes del núcleo familiar; el 71% vive en casa o apartamento y un 13% vive en el lugar de trabajo; el 51% son de Bogotá y el resto de esta población procede de Tolima, Valle del Cauca, Boyacá y Cundinamarca entre otros departamentos; siendo similar a los datos encontrados en los ejercicios de caracterización realizados desde la Secretaria de Salud, en las diferentes localidades distritales. Adicionalmente se encuentra un grupo de personas que pertenecen a la comunidad LGBTI, que se ha identificado que ejerce prostitución en calle, lo que las hace más vulnerables al maltrato físico, abuso sexual y al estigma y la discriminación asociados a la orientación sexual.

En el Distrito el ejercicio de la prostitución se encuentra presente en todas las localidades pero su actividad se concentra en Mártires, Santa Fe, Chapinero y últimamente han surgido en Barrios Unidos Kennedy. Estos establecimientos de encuentro sexual evidencian deficiencias en las condiciones de salubridad, saneamiento básico, contaminación auditiva, inadecuado manejo y manipulación de bebidas alcohólicas, entre otros aspectos; incrementando así el riesgo de afectación de la salud en esta población.

Las problemáticas reconocidas en esta población y que afectan su salud son la alta vulnerabilidad a presentar VIH/SIDA, ITS, embarazos no planeados, uso de sustancias psicoactivas, cáncer de cuello uterino, violencia sexual, violencia de género, maltrato, abuso, discriminaciones y fobias entre otros; asociados factores sociales y culturales como la pobreza, el bajo nivel educativo, falta de conocimiento, falta de oportunidades, la inequidades de género, identidades de géneros y orientaciones sexuales, lo cual sumado a las barreras de acceso a los servicios de salud, condiciones del ejercicio y el riesgo permanente a que están expuestas estas personas son factores que aumentan la probabilidad de que se presente alguno de estos eventos que tanto impactan a la salud pública del Distrito Capital, requiriendo así minimizar las brechas de inequidad en salud con el fin de construir respuestas integrales que mejoren la calidad de vida y salud de esta población, a fin de garantizar el ejercicio pleno de sus derechos y el cumplimiento de los deberes que se derivan del ejercicio de esta actividad.

#### 1.2.2.2. Discapacidad

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la presenta como un *“concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con*

*deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás”.* Así mismo, establece que en este grupo poblacional, se incluyen aquellas con *deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo.* Igualmente, la Discapacidad continua siendo considerada como un evento producto de una condición de salud, tal como lo explica la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) (2001), definida como un término genérico que abarca *deficiencias en las estructuras y funciones corporales, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación.*

En Bogotá, según los datos preliminares del registro de caracterización y localización de la población con discapacidad, hasta el año 2014, se reportan identificadas y caracterizadas 219.988 personas con discapacidad con residencia en la ciudad; de las cuales el 58% son mujeres y 42% son hombres, siendo las localidades con mayor número de personas registradas en su orden: Kennedy, Rafael Uribe, Bosa y San Cristóbal.

La pirámide poblacional para las personas con discapacidad muestra en la etapa de infancia 7.594 niños y niñas equivalente al 3,6%; 5.709 adolescentes para un 2,7%; 15.574 jóvenes correspondiente al 7,3%; 70.229 adultos con un 32,9% y 114.250 personas mayores de 60 años con la mayor proporción de 53,6%. Al igual que el referente mundial, se evidencia que el aumento de edad puede constituirse en posible factor de riesgo asociado con la presentación de discapacidad.

Con relación al origen de la discapacidad se encuentra que un 38,1% se presenta por enfermedad general, seguido de alteraciones genéticas y hereditarias con un 12,6% y por accidente un 8,3%. Otras causas están identificadas en su orden por complicaciones en el parto con 2,7%, enfermedad profesional en 1,7%, víctimas de violencia 1,3%, consumo de psicoactivos con 1,2%, conflicto armado 0,6%. Adicionalmente, se encuentra dentro del origen, dificultades en la prestación de servicios de salud en un 1,0% de la población identificada y significativamente un reporte del 25% de las personas registradas, que reportan desconocimiento sobre el origen de su discapacidad.

En esta condición se presentan como principales alteraciones o deficiencias aquellas relacionadas con el movimiento del cuerpo y el sistema nervioso, así mismo, las principales limitaciones se dan para las actividades de la vida diaria como: caminar, correr y saltar con un 60,2%; pensar y memorizar con 39%. Cabe anotar que estas características tienen un patrón diferencial entre las etapas de ciclo de vital, es similar entre las etapas de tempranas (infancia, adolescencia y juventud), y entre etapas mayores (adulthood y vejez). Esto sugiere que la discapacidad en la adultez y la vejez, se relaciona con enfermedades crónicas y condiciones físicas, mientras que en etapas más jóvenes, la relación se da con problemas cognitivos. Esto evidencia que según el origen o causa, la discapacidad principalmente se encuentra asociada a enfermedad general y en segundo lugar a alteraciones genéticas o hereditarias.

Respecto al régimen de afiliación en salud, se cuenta con datos de un 40.9 % que pertenece al régimen contributivo, seguido del 37.5 % al subsidiado, en tercer lugar un 11.3% al

régimen especial y el 5.9% a ninguno. Frente al comportamiento de las barreras actitudinales es similar en cada etapa del ciclo de vital. De forma general es frecuente encontrar que “no existen actitudes negativas en ninguna persona”, sin embargo, cuando las hay, se relacionan con la familia en un 61,4%. Mientras que las barreras físicas que predominan hacen referencia a las calles y las vías equivalentes a un 66,8%; en segundo lugar, en las escaleras en un 62%, los vehículos para transporte público ocupa el tercer lugar con un 59%.

En cuanto a la participación en actividades ciudadanas se muestran niveles bajos , y cuando, éstas actividades se realizan es principalmente con la familia y en religión. Adicionalmente las restricciones para la participación de población con discapacidad están asociadas especialmente con la infraestructura de la ciudad en calles, transporte, escaleras, lugares de ocio y esparcimiento. El 31% de personas requiere ayuda permanente de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria.

En coherencia con referentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), se encuentra que en Bogotá las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de atención en salud que quienes no presentan discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera. Por esta razón y su condición, pueden presentar mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad y una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura.

Se observa, que las tasas de discapacidad aumentan debido, en gran parte, al envejecimiento de la población y de la prevalencia de las condiciones crónicas, se reconocen comorbilidades con otras condiciones de salud, identificando: la artrosis, la cardiopatía, alteraciones sensoriales, el ICTUS, enfermedad pulmonar, cáncer, hipertensión, enfermedad de Parkinson, fractura de cadera, Diabetes y el deterioro cognitivo. Además, se consideran condiciones de comorbilidad el VIH, la depresión, la esquizofrenia, lesiones por desastres y por las diferentes formas de violencia, enfermedades transmisibles y las denominadas enfermedades huérfanas, raras u olvidadas, igualmente estas personas están expuestas a mayor riesgo de sufrir accidentes y lesiones que pueden generar mayores niveles de dependencia, limitación y restricción.

En conclusión, se evidencia que las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras continúan encontrando inequidad y barreras de acceso a servicios de salud y a oportunidades para el goce de sus demás derechos. Esto, conlleva a que la segregación se mantenga y genere en esta población mayor dependencia, alteraciones en su estado de salud, incremento de sus limitaciones y restricciones para su plena participación en asuntos que competen a su bienestar y calidad de vida.

Las prioridades para mejorar la calidad de vida y de salud deben estar orientadas a:

- a. Eliminar las barreras geográficas, administrativas, asistenciales, para la atención en salud y la rehabilitación.

- b. Detección temprana y oportuna de la discapacidad en cualquier etapa del ciclo vital.
- c. Oportunidades a programas y proyectos sociales de inclusión.
- d. Barreras en el contexto ambiental, cultural, social, económico y político que perpetúan la situación de discriminación y segregación.

### 1.2.2.3. Ciudadanos Habitantes de Calle

Si bien no hay un acuerdo distrital frente a los criterios de caracterización de los Habitantes de Calle, sin embargo se define como “Todo ciudadano o ciudadana que sin importar su edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, grupo étnico y/o condición socioeconómica, permanece en la calle, haciendo de ella su espacio físico, social y cultural en donde buscan satisfacer sus necesidades y al mismo tiempo la adopta como vivienda (Plan Integral de Convivencia y Seguridad Ciudadana PICSC, 2013).

La población Ciudadanos Habitantes de Calle ha crecido de acuerdo con los datos relacionados en los censos poblacionales realizados por la Secretaría Distrital de Integración Social, que se han realizado en los últimos años, dado que en 1997 los datos relacionaban a 4.515 personas habitando las calles; en 1999 se relacionan 7793; en 2001 se censaron 11.832 Habitantes de Calle; en 2004 se relacionan 10.077, número que desciende en 2007 en el cual se relacionan 8.385, para finalizar con un dato de 9.614 para la última información censal en 2011.

Los Ciudadanos Habitantes de Calle se encuentran en las localidades donde originalmente se instalaron los servicios sociales desde la Colonia, es decir, el sector inter-localidades, centro que corresponde a las localidades de Los Mártires, Santa Fe y La Candelaria. Sin embargo con el crecimiento urbano de Bogotá, la dinámica del modo de vida de calle se ha extendido a toda la ciudad. Actualmente los Habitantes de Calle se concentran mayoritariamente en Puente Aranda, Kennedy, Los Mártires, Engativá y Rafael Uribe Uribe.

Los Ciudadanos Habitantes de Calle requieren atención integral en salud con celeridad y oportunidad. En relación a los programas de Salud Sexual y Reproductiva así como los eventos de interés en salud pública, se hace necesario un seguimiento diferencial, puesto que el modo de vida de calle impide que se terminen los tratamientos que se inician. De igual manera se hace evidente la necesidad de mejorar el cubrimiento de las necesidades en salud oral, en articulación con programas de mitigación de al daño y reducción del consumo, puesto que algunas de las sustancias psicoactivas, como el bazuco que se relaciona en la última caracterización de Habitantes de Calle como la sustancia que más rápido deteriora las piezas dentales.

Se identifica que la oferta de servicios institucionales para la evaluación, tratamiento y seguimiento de las patologías de salud mental, así como la atención en relación a las discapacidades y las problemáticas relacionadas con la atención del adulto mayor en los Habitantes de Calle, son actualmente insuficientes para el alto número de ellos que las padecen, las complejidades derivadas por su modo de vida y la combinación de variables de

atención. Algunos criterios de ingreso para las instituciones tratantes deberían entrar en flexibilización, puesto que la mayoría de Habitantes de Calle no tienen red familiar de apoyo, criterio que se exige en algunas instituciones del Estado.

#### 1.2.2.4. Población víctima de conflicto armado.

La Ley 1448 de 2011 establece que serán consideradas víctimas del conflicto armado las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas 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, a partir del conflicto armado que se ha prolongado por más de cincuenta años existen 7.438.023<sup>25</sup> personas víctimas, de las cuales 612.134 han declarado los hechos en la ciudad de Bogotá, su residencia se ubica en las localidades de Ciudad Bolívar (15%), Bosa (15%) y Kennedy (15%); seguidas de Suba (9%), San Cristóbal (8%) y Usme (7%), Engativá (5%) y Rafael Uribe (5%). Las demás localidades presentan porcentajes menores al 4%.

Respecto a la situación frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población víctima por conflicto armado con corte al 30 de septiembre de 2015, en Bogotá se identifican 277.190 personas víctimas del conflicto armado<sup>26</sup>, de las cuales 145.573 se encuentran afiliadas al régimen contributivo, 107.025 al régimen subsidiado y 39.256 corresponden a afiliación especial al magisterio<sup>27</sup>.

Así mismo como un alcance sectorial se puede mencionar que en el marco de la Atención Primaria en Salud, la Secretaría Distrital de Salud ha atendido dentro del programa territorios saludables a un total de 109.644<sup>28</sup> personas víctimas de conflicto armado, para la identificación, valoración de riesgos en salud pública y atención. Se distribuye por género en 58% (63.216) mujeres y 42% (46.428) hombres. Por pertenencia étnica se identificaron,

---

<sup>25</sup> Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas. Dirección de Registro y Gestión de la Información. Subdirección Red Nacional de Información. Información actualizada hasta el 1° de junio de 2015. Fecha de consulta: 3 de julio de 2015.

<sup>26</sup> Registro Único de víctimas reportado a la Secretaría Distrital de Salud desde la Unidad para la atención y reparación a las víctimas a través de la Alta consejería para la atención a las víctimas.

<sup>27</sup> Fuente: Régimen Subsidiado FOSYGA-BDUA cruce con Maestro de Afiliados SDS, corte 30 de septiembre de 2015.

<sup>28</sup> Fuente: Cruce BD APS en línea, BDUA, Registro Único De Víctimas (RUV) Corte 30 de abril de 2015. Procesado por: SDS -SSSP. Equipo Gestión de la información de la operación local del programa territorios saludables 27 de mayo de 2015

1.954 (2,0 %) afro-descendientes, 1.529 (1,0 %) indígenas y 127 (0,12 %) de población gitana. Es de anotar que 106.034 personas (97,0 %) no refieren pertenencia étnica.

En lo relacionado a las problemáticas de interés en salud pública en la población víctima por conflicto armado principalmente se presentan, *afectaciones psicosociales* como consecuencia de los hechos victimizantes que comprometen el equilibrio emocional, la fractura de proyectos de vida, redes familiares y el tejido social, así como el debilitamiento de la calidad de vida familiar y la insatisfacción en las personas por no contar con las necesidades básicas de subsistencia.

De otra parte *desconocimiento de sus derechos sociales, económicos, políticos y culturales* que marcan diferencias en la creación de oportunidades de equidad y justicia social; y en salud principalmente un desconocimiento de los derechos en salud para generar su inclusión y participación en las acciones de promoción y prevención en el nivel individual y familiar en temáticas de salud pública sumado a las barreras en salud, que generan exclusión e inequidad para el acceso efectivo, oportuno y continuo a servicios de salud desde la estructura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los procesos y procedimientos y las limitaciones administrativas por vinculación al SGSSS en EPSS de municipios expulsos.

En el marco de la diversidad cultural ante la ruptura con los territorios de origen, se presentan problemáticas asociadas a las oportunidades de dar continuidad a los esquemas tradicionales de atención en salud en algunos colectivos víctimas de conflicto armado, pueblos indígenas y Afrodescendientes principalmente que generan segregación y discriminación lo cual impacta negativamente en los procesos de adaptación a la vida urbana y requieren ser abordados en un marco diferencial de atención y reparación integral. Así mismo, respecto a las condiciones de trabajo en la ciudad éstas difieren de conocimientos y habilidades previas en las personas afectando su calidad de vida y la falta de oportunidades de desarrollo y reconstrucción de sus proyectos de vida.

Respecto a las necesidades en salud más demandas por las personas víctimas del conflicto armado se encuentran, la rehabilitación en salud física y psicosocial a nivel individual, familiar y comunitaria desde una mirada interdisciplinaria y de atención diferencial según hechos victimizantes, etapa de ciclo y género, incorporación efectiva del enfoque diferencial a partir de los saberes ancestrales en sujetos colectivos víctimas de conflicto armado, activación efectiva de la ruta para la atención en casos de violencia sexual por conflicto armado y prevención de eventos en salud mental y asistencia y atención individual en salud y salud mental sin barreras de acceso con oportunidad y calidad reconociendo sus diversos contextos y las historias y afectaciones dadas en el marco del conflicto armado y los hechos victimizantes vividos en cada una de las personas.

#### 1.2.2.5. Población recicladora

La población recicladora es aquella que se dedica al reciclaje, como actividad productiva; por las características mismas de su oficio se encuentra en alta vulnerabilidad y

desprotección social. La actividad del reciclaje de residuos es considerada en nuestro país como una acción de rebusque pero en realidad, el proceso de reciclaje tiene tres grandes etapas: recuperación, transformación y comercialización de los residuos reutilizables. Los recicladores se relacionan en la primera etapa; son ellos los encargados de buscar y seleccionar el material que será posteriormente reutilizado en otras industrias, constituyéndose en actores sociales importantes en el manejo y gestión de los residuos sólidos.

Actualmente existe un registro oficial de la UAESP (Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos) desde el Registro único de recicladores de oficio (RURO) que da cuenta de 20.960 personas -corte a 02 de julio de 2015-; de ellos 7.967 son mujeres y el restante 13.281 son hombres y el ciclo vital predominante es la edad adulta.

La población recicladora tiene presencia en todo el distrito pero las localidades con mayor asentamiento son Kennedy (19%), Ciudad Bolívar(11%), Suba (10%) y Bosa (9%). De esta población el 39.16% se encuentran en el nivel I del SISBEN, 4.8% cuentan con nivel II, en puntaje superior esta el 6.8% y el restante no se encuentra en registro (cruce de bases de Bogotá). La mayor parte de la población se ubica en zonas precarias de la ciudad y la condición de informalidad del oficio acrecienta las problemáticas de salud, sociales y económicas de la población.

Núcleos problemáticos. La población recicladora como personal involucrado en el contacto con la basura y bajo condiciones de trabajo precarias, se exponen a riesgos para la salud y su integridad física permanentemente que son propios de su actividad y que no les permite contar con las garantías de seguridad social establecidas por la ley.

Esto lleva a la precariedad en la vida de estas personas y a que la mirada de la sociedad niegue su condición de iguales; se enfrentan a la generación de bajos ingresos, pocas oportunidades de progreso debido al bajo perfil de la profesión por su poca exigencia de conocimiento y educación, la inestabilidad en el trabajo, escasa protección en seguridad social, condiciones precarias de trabajo y la casi nula protección frente a riesgos ocupacionales, conlleva a que esta labor se ubique dentro de la economía informal del país. Algunos de los núcleos problemáticos más sobresalientes son:

- a. Debido a sus condiciones laborales presenta problemas de salud asociados a la labor que desempeñan en cuanto a salud ocupacional; exposición a riesgos de todo tipo (Los riesgos inherentes a la labor de reciclaje, de carácter biológico, físico, químico, ergonómico, público y psicosocial) al realizar una manipulación inadecuada de los residuos reciclables que recuperan; de igual manera, la carencia de tecnología adecuada, los pagos inequitativos, entre otros, aumenta su vulnerabilidad y equidad social y económica.
- b. El material en descomposición que manipula el reciclador se convierte en fuente de diferentes microorganismos, tales como hongos, bacterias, virus y parásitos, patógenos que pueden causar enfermedades infecciosas y transmisibles como enfermedad diarreica aguda (EDA), hepatitis A, parasitosis intestinales, enfermedades respiratorias,

entre otras. De igual manera, una gran proporción de la población tiene contacto directo con material contaminado con heces de humanos (papel higiénico) y animales, sangre (toallas higiénicas, gasas, algodones, agujas, otros) y otras sustancias que pueden ser vehículos de transmisión para agentes infecciosos.

- c. Condiciones ambientales no adecuadas de las viviendas por ubicación en lugares con carencia de servicios públicos tales como acueducto, alcantarillado, luz (zonas de invasión), infraestructura vial inadecuada, ubicación en zonas periféricas, de alto riesgo y de laderas de los ríos expuestos a sin número de focos de contaminación; por lo general, en los casos de mayor vulnerabilidad sus viviendas son construidas en condiciones precarias en latas, cartón o madera, en situación de hacinamiento y en ocasiones comparten la vivienda con los animales domésticos o con su sitio de trabajo, sin espacios adecuados para cada uno.
- d. La creciente migración de familias desplazadas del campo a la ciudad que van a engrosar sus cinturones de miseria y que por no encontrar otras alternativas de sostenimiento, se dedican a la economía del rebusque en los basureros, rellenos sanitarios, ríos, calles y canecas. Esto sin mencionar las franjas de personas que llegan allí, por desintegración del núcleo familiar y de la drogadicción.
- e. Problemáticas que afectan la salud mental, como el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y adultos, violencia social e intrafamiliar (violencia física, emocional, negligencia) que afecta a niños y niñas, mujeres y persona mayor. Dichas situaciones se viven a diario y el hecho de trabajar en calle aumenta los niveles de agresividad por defensa del territorio, muchas mujeres llevan a sus hijos de acompañantes a su trabajo como factor de protección pero en la misma medida son expuestos a otros riesgos asociados directamente al trabajo o al desempeño de su labor en calle.
- f. En materia económica, el reciclador al pertenecer a un estrato que no alcanza a satisfacer siquiera las demandas básicas de sobrevivencia, facilita la explotación del trabajo marginal, ya que el fruto de un esfuerzo agotador beneficia en mayor grado a los intermediarios y estructuralmente subsidia al industrial que reprocesa los materiales reciclados. El reciclador abarata parte de los insumos para la industria, con un alto costo humano no reconocido por la sociedad.

#### 1.2.2.6. Grupos étnicos

En Bogotá hay presencia de población con pertenencia étnica de los diferentes pueblos, tales como Indígenas, Afrodescendientes, Palenqueros, Raizales y ROM gitanos, quienes poseen innumerables características y particularidades que las diferencian del resto de la población de la nación y de la ciudad; su cultura, usos y costumbres se conservan de generación en generación permitiendo su pervivencia a pesar del dominio de la cultura occidental. La presencia de esta población consolida a Bogotá como una ciudad que promueve la inclusión, el respeto y la diferencia por el ser humano desde la integralidad. Según censo 2005 existen en Bogotá 25.000 indígenas, 1.800 raizales, 750 ROM, 20.000 Afrodescendientes y de acuerdo a la encuesta multipropósito de 2015 refiere que la población afro descendiente corresponde al 42,9%, indígena al 20,9%, raizal 0,64%,

ROM 0,42% y palanquera a 0,15%. A continuación se describe cada uno de los grupos étnicos:

### **Indígenas.**

Los pueblos indígenas que actualmente viven en la ciudad representan aproximadamente 25.000 personas con pertenencia a 32 pueblos entre los cuales se encuentran los Músicas, Yanaconas, Uitotos, Kichwas, Pijaos, Emberá, Kametsá, Guambianos, Nasas, Pastos, Wounaan, Eperara, Cametsa, Tubu, entre otros. En Bogotá en la actualidad se reconocen cinco cabildos indígenas: Ambiká Pijao, Muisca de Suba, Muisca de Bosa, Inga y Kichwa; esto sin desconocer la existencia en la ciudad de otros nueve procesos organizativos indígenas consolidados.

Como resultado de un proceso de caracterización de población Indígena realizado entre 2013 y 2014 (en convenio interadministrativo entre SDS y ASCAI - Asociación de Cabildos Indígenas-), se identificaron 2.268 familias correspondiente a 7.238 personas, Es importante resaltar que el asentamiento de estas familias son en las 19 localidades, sin embargo un 75% de relevancia se concentra en 6 localidades: Suba, Bosa, ciudad Bolívar, Fontibón, Usme y Mártires.

A su vez se resalta las características poblacionales por género y ciclos vitales, tomado relevancia que un 54.3% de la población es joven (18 a 27 años) y 39 % de la población es adulta (28 a 59 años) la prevalencia del sexo en un 50% corresponde a mujeres y 49% a hombres.

Cabe señalar que en la actualidad la ciudad es receptora de población étnica víctima y se han identificado 193 familias del pueblo Indígena Embera Chami y Embera Katio en los diferentes ciclos vitales, que en el marco de la emergencia fueron albergadas en tres alojamientos en la localidad de Santa fe con el fin de conjurar esfuerzos institucionales y estabilizar sus condiciones de vivienda y salud, garantizando los derechos a una vivienda adecuada, alimentación sana, educación, y salud; finalizando con un proceso de retorno de 900 individuos Indígenas a sus territorios (Choco y Risaralda) en el año 2012.

De igual manera, se han identificado 820 individuos Indígenas Víctimas del conflicto armado (pueblos Embera, Wounaan y Eperara) lo que agudiza su vulnerabilidad y fragilidad en acceder a servicios de salud y vivir en la ciudad, en este sentido el sector plantea un modelo para desarrollar acciones diferenciales con esta población.

Algunas situaciones problemáticas de este grupo de población son desnutrición aguda (2%) y crónica (11%) en los menores de cinco años. Exceso de peso en la población joven y adulta, que además aumenta el riesgo de aparición de otras condiciones crónicas.

Uno de los principales motivos de consulta se refieren al seguimiento del proceso de la gestación, en donde se han identificado complicaciones del parto y puerperio que representan el 26% de la consulta de esta población, pues por razones culturales la

gestación puede iniciar desde los 14 años, lo que aumenta todo tipo de riesgo. Mortalidades evitables en los niños y niñas, enfermedades relacionadas con la salud sexual (VIH y sífilis).

Además se han identificado altos niveles de segregación y discriminación, demostrado mediante trato excluyente en los servicios de salud y sociales. Descalificación de sus elementos tecnológicos, médicos y sociales propios de la cosmovisión

### **Gitanos**

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

Según la encuesta multipropósito 2014, en la ciudad se estima que en la ciudad habitan 1.389 personas ROM. Actualmente en Bogotá existe una Compañía y dos organizaciones (Unión Romaní y Pro ROM) y se han identificado 316 Gitanos (individuos), de la siguiente manera: Unión Romaní (154 personas) y Pro ROM 162 personas); de los cuales 167 son mujeres (53%) y 149 (47%) son hombres.

La mayoría de la población se ubica en las localidades de Kennedy y Puente Aranda, actualmente su condición de aseguramiento refleja que un 54% de la población se encuentra vinculada al régimen subsidiado como población especial y un 46% vinculada al régimen contributivo.

Al interior de la comunidad se presentan claras barreras principalmente relacionado con temáticas abordadas desde la medicina occidental, como la planificación familiar o la regulación de la fecundidad, cuidado femenino entorno a procedimientos como la citología Cérvico-uterina, prevención de cáncer de mama, las enfermedades de transmisión sexual, constituyen un tabú.

### **Afro descendientes**

La presencia de la población afrodescendiente en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX fue poca; ya para el año 1939 se estimó su migración hacia la capital debido al desarrollo de las vías de comunicación, así mismo el servicio militar estimó su llegada a la ciudad, aumentando en especial a partir de migraciones provenientes del Chocó bio geográfico y de las llanuras del Caribe, ocurridas mayormente a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Existen varias cifras sobre el número de personas afro descendientes que habitan la ciudad, pero oficialmente contamos con la reportada por el censo 2005, que registra 20.000 que se encuentran en las 20 localidades, cabe resaltar que existen localidades como Ciudad

Bolívar, Rafael Uribe, Suba, Kennedy, Puente Aranda, Bosa y Usme en donde su presencia es más visible. De igual manera, es preciso anotar que hay dificultades para su identificación y caracterización debido a su dispersión, el auto reconocimiento a la pertenencia étnica y algunas divisiones internas de sus organizaciones.

Todo esto define a la población afro descendiente como un foco de la máxima atención en materia de derechos humanos.

### **Raizales**

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

Las acciones de dialogo y trabajo articulado se realizan con la organización de Raizales Fuera del Archipiélago -ORFA-. Durante el 2014, se han identificado 310 personas raizales de las cuales 244 se caracterizan por hacer parte del ciclo vital de juventud, 10 en infancia y 56 en el ciclo de adultez/vejez; de los cuales 51% son mujeres y 49% son hombres.

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

En general las problemáticas que se presentan en la población raizal son similares a las que se presentan en el resto de la población, pero se ha identificado que las de mayor afectación tiene son las enfermedades respiratorias, afecciones del sistema digestivo, lesiones de piel, infecciones genitourinarias, defectos de refracción, patologías orales, así como la presencia temprana de hipertensión arterial y Diabetes.

#### 1.2.3. Caracterización por identidad y género

##### 1.2.3.1. Mujeres

En Bogotá, según las proyecciones poblacionales DANE para el 2014, la población Bogotana se encontraba en 8.469.196 de las cuales el 51% son mujeres, siendo Suba la localidad con mayor número de mujeres en la ciudad, seguida de Kennedy y Engativá. Según lo expresa la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2007, las mujeres adultas comprenden de 27 a 59 años de edad, siendo el 54% total en esta etapa del ciclo vital.

En cuanto a solicitudes de IVE (interrupción voluntaria del embarazo) la tendencia va en aumento, y en el transcurso de los tres años 22,179 mujeres de diferentes ciclos vitales accedieron a la IVE. La mayor representatividad se encuentra en el grupo de edad de los 20 a 24 años con el 29,4% de las atenciones; le sigue mujeres en edades entre los 25 y 29 años

con el 22% de los casos atendidos y las adolescentes con edades entre los 15 y 19 años con el 13,6% de los casos . El acceso al Derecho a la IVE se concentra en la población joven que consolida el 66% de las atenciones brindadas en los años referidos.

Finalmente, una de las principales problemáticas que tiene las mujeres en Bogotá son las violencias basadas en género; para los años 2013 y 2014 de acuerdo con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIM durante los años 2013 y 2014 se captaron 43.236 casos de violencias contra las mujeres, (violencia física, emocional, sexual, económica, así como casos de abandono y negligencia). Entre 2013 y 2014 se registraron 7.617 casos de mujeres víctimas de violencia sexual, de éstas, el 73% (n=5.551 casos), corresponden a víctimas de niñas y mujeres adolescentes.

#### 1.2.3.2. Población lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexual LGBTI

La personas de los sectores LGBTI, son individuos y colectivos que se construyen desde identidades de orientaciones sexuales e identidades de géneros consideradas como no normativas o diversas, movilizándose desde opciones, prácticas, comportamientos, aptitudes y capacidades para el ser y el hacer relacionadas con dichas construcciones identitarias. Históricamente han configurado o desencadenado exclusiones, discriminaciones, abusos, maltratos, vulneración de derechos, fragilidades sociales, situaciones y condiciones por la vida que desean y han construido para sí.

Experiencias de vida que social y culturalmente no son aceptadas y terminan siendo estigmatizadas por algunos sectores de la sociedad y/o personas que los y las discriminan fundamentados en sus ideologías político sociales, en sus creencias religiosas o por pautas de crianzas que les han inculcado que lo único válido y posible es ser heterosexual, y que lo que es diferente o es diverso no es “normal”, desde una cultura imperante, dominante, hegemónica y desde el sistema cultural de opresión sexo/género y patriarcado.

No existe un censo que dimensione cuantas personas LGBTI habitan la ciudad y como están distribuidos, inclusive es muy reciente la utilización de instrumentos, indicadores y variables en los sistemas de identificación, caracterización o de información de la administración distrital que han tratado de captar los datos, características, necesidades y respuestas hacia las personas de estos sectores de la diversidad sexual.

Según la encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, en el caso de la homosexualidad masculina, femenina y la bisexualidad, revela o estima un porcentaje de personas LGBTI pertenecientes a los estratos 1, 2,3 menor al 0.8 % y para otros estratos de alrededor del 2%.

Según fuentes disponibles del sector público relacionadas con información sobre registros de beneficiarios, identificación, caracterización, reporte de la política pública con coberturas de personas y atenciones reportadas en la Bogotá Humana se puede generar una estimación de la población LGBTI de la ciudad de 15.000 personas.

Una dimensión prioritaria en salud pública de este sector poblacional, específicamente en lo que se refiere a la orientación sexual homosexual y bisexual, es el evento de VIH, en donde la meta ha sido la reducción de prevalencia del VIH. El comportamiento de este evento en este grupo poblacional, se relaciona estructuralmente con los problemas de estigmatización y discriminación que se materializan en la ausencia o precariedad de enfoques diferenciales en la prevención y promoción de la salud sexual que logren reconocer sus prácticas sexuales, y en acciones que reconozcan la necesidad de intervenir espacios de homossocialización sin prejuicios, trascendiendo la mirada del sector salud de “eventos prioritarios” y centrándose en los sujetos, dado que la enfermedad no existe por si sola sino que vive en los sujetos, en este caso convive en los sujetos.

### **1.3. Estado de salud de la población**

#### **1.3.1. Mortalidad**

En las tablas 7 y 8 se presenta la dinámica de los indicadores locales tomando como referencia los valores distritales. Las tablas se encuentran semaforizadas en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador distrital, basándose en intervalos de confianza del 95%. La razón de tasas y los intervalos de confianza se calcularon usando el método de Miettinen.

Por su parte la tabla 7 se muestra el comportamiento de los principales indicadores de mortalidad evitable para el periodo 1998 a 2014.

**Tabla 7. Causas de muerte. Bogotá D.C. y sus localidades, 2010**

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

Fuente: Mortalidad evitable-Mortalidad por enfermedades crónicas-Mortalidad por causas externas: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Datos Definitivos Fuente 2009 -2010: Certificado de Defunción - Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAUF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares. Elaboró GRUPO ASIS.

**Tabla 8. Indicadores de mortalidad. Bogotá y localidades, 2014**

Indicador	Unidad de medida	Bogotá	1-Usaquén	2-Chapinero	3-Santa Fe	4-San Cristóbal	5-Usmé	6-Tunjuelito	7-Bosa	8-Kennedy	9-Fontibón	10-Engativá	11-Suba	12-Barrios Unidos	13-Teusaquillo	14-Mártires	15-Antonio Nariño	16-Puente Aranda	17-Candelaria	18-Rafael Uribe	19-Ciudad Bolívar
Mortalidad Materna	Razón x 1.000 n	29,0	33,3	9	9	9	9	35,8	40,1	33,3	23,0	30,2	40,7	62,9	62,9	9	9	31,9	9	9	28,4
Mortalidad perinatal	Razón x 1.000 n	13,7	13,3	15,0	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	Razón x 1.000 n	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 < de 5 años	Tasa x 10.000 < 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	67,0	18,0	17,8
Mortalidad por neumonía en < de 5 años	Tasa x 100.000 < de 5 años	7,8	6,9	16,7	9	8,5	7,2	12,9	10,2	8,1	3,8	5,1	10,6	9	16,0	9	9	9	9	6,5	7,4
Mortalidad por EDA en < de 5 años	Tasa x 100.000 < de 5 años	0,5	9	9	9	9	2,4	9	9	1,2	9	9	9	9	9	9	9	9	9	3,3	9
Mortalidad por desnutrición en < de 5 años	Tasa x 100.000 < de 5 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mortalidad por enfermedades crónicas en < de 70 años	Tasa x 100.000 habitantes	16,3	16,3	17,5	20,0	22,6	15,0	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	Tasa x 100.000 habitantes	3,4	2,2	5,5	7,6	5,2	4,0	6,2	2,5	2,6	4,3	2,4	2,6	2,0	5,1	5,5	2,3	16,6	4,5	3,3	0,0
Mortalidad por diabetes	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	Tasa x 100.000 habitantes	1,5	0,8	1,5	2,7	2,0	1,0	1,5	1,0	0,8	1,4	1,4	1,6	1,3	0,7	1,0	5,5	1,9	0,0	2,6	1,7
Mortalidad por cáncer de mama	Tasa x 100.000 habitantes	3,9	5,1	5,2	2,7	3,9	1,6	5,0	3,6	3,5	3,8	4,0	4,1	4,3	2,7	4,1	2,8	4,6	12,4	5,0	3,8
Mortalidad por cáncer de útero	Tasa x 100.000 habitantes	2,8	2,5	3,0	6,4	3,2	2,4	2,0	4,1	3,5	4,6	3,2	1,4	1,7	0,0	5,1	0,0	2,3	4,1	2,4	3,1
Mortalidad por cáncer de próstata	Tasa x 100.000 habitantes	1,1	1,5	2,2	0,0	1,5	0,8	1,5	1,2	1,1	1,2	1,5	0,7	0,4	2,7	3,1	0,0	1,2	0,0	1,1	0,5

	El indicador de la localidad es significativamente menor que el indicador del distrito
	El indicador es significativamente mayor que el indicador del distrito
	No hay diferencias entre la localidad y el distrito en el resultado del indicador

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

**Tabla 9. Tasa de mortalidad evitable para Bogotá D.C., 1998-2014**

AÑOS	MORTALIDAD MATERNA		MORTALIDAD INFANTIL		MORTALIDAD PERINATAL*		MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS		MORTALIDAD DESNUTRICION		MORTALIDAD DE DA		NEUMONIA	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV+Fetales	Número muertes	Tasa por 10000 < 5 años	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años	Número muertes	Tasa por 10000 <5 años	Número muertes	Tasa por 10000 <5 años
1998	126	104,9	2376	19,8	2172	15,8	2748	42,5	19	2,9	108	16,7	285	44,1
1999	109	86,5	2458	19,5	2071	16,3	2828	42,3	23	3,4	70	10,9	264	41,3
2000	114	92,8	2267	18,5	1867	15,1	2611	42,1	27	4,4	67	10,8	253	40,8
2001	92	77,1	1997	16,7	1720	14,3	2325	38,0	26	4,3	50	8,2	229	37,4
2002	74	64,2	1743	15,1	1568	13,5	2020	33,5	32	5,3	46	7,6	149	24,7
2003	67	58,8	1719	15,1	1730	15,1	1984	33,3	14	2,3	36	6,0	144	24,2
2004	73	64,2	1758	15,5	1788	15,6	2050	34,6	32	5,4	36	6,1	169	28,5
2005	67	59,6	1684	15,0	2197	19,3	1948	32,7	30	5,0	16	2,7	141	23,7
2006	60	52,7	1553	13,6	2696	23,3	1809	30,6	26	4,4	15	2,5	109	18,4
2007	55	46,9	1620	13,8	2832	23,7	1850	31,4	24	4,1	18	3,1	104	17,6
2008	47	40,0	1558	13,3	3218	26,8	1792	30,4	16	2,7	10	1,7	124	21,0
2009	61	52,7	1395	12,1	2877	24,4	1595	26,9	17	2,9	6	1,0	104	17,6
2010	41	37,3	1302	11,8	3887	35,3	1512	25,5	7	1,2	5	0,8	102	17,2
2011	41	38,6	1283	12,1	3843	36,2	1463	24,5	5	0,8	7	1,2	65	10,9
2012	43	40,8	1248	11,9	1638	15,4	1429	23,9	4	0,7	8	1,3	55	9,2
2013	25	24,4	1034	10,1	1441	14,0	1194	19,9	0	0,0	3	0,5	41	6,8
2014	30	29,0	990	9,6	1431	13,7	1157	19,2	0	0,0	3	0,5	47	7,8

Fuente 1998-2007 : Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS . 2008 al 2012.-Bases de datos DANE-RUAF .2012 actualizado 31-10-2014- datos finales. 2013 Y 2014 :

### 1.3.2. Morbilidad

La información que se presenta corresponde a los Registros de Información de Prestación de Servicios de Salud [RIPS], que reportan las Empresas Sociales del Estado adscritas a la secretaría de salud y que dan cuenta sólo de población pobre no afiliada y de régimen subsidiado, quedando por fuera la información de población de otros regímenes que tienen contratada red privada. También se tuvo en cuenta como fuente el SIVIGILA (Tabla 10). Las tablas se encuentran coloreadas en verde o rojo cuando el indicador de la localidad es significativamente mejor o peor que el indicador o mediana distrital.

Los eventos presentados, objetos de vigilancia en salud pública y que tienen gran impacto particularmente en la salud infantil, presentan un comportamiento diferenciado por localidad. Teniendo como referencia el indicador de la ciudad expresado en mediana o en media, solamente la localidad de Fontibón logró tener todos los indicadores analizados iguales o por debajo del dato de la ciudad. Las localidades de La Candelaria, Teusaquillo, Barrios Unidos y Mártires aún presentan entre uno o dos indicadores con valores superiores a los alcanzados por la ciudad.

Solo dos eventos han sido mantenidos en cero en todas las localidades: casos de sarampión y casos de parálisis flácida; la meningitis por virus de Haemophilus Influenzae se presentó un caso en las localidades de San Cristóbal y Bosa (Tabla 11). Aún persisten factores y determinantes de la salud que es necesario intervenir y afianzar con acciones y estrategias que permitan modificar e impactar sobre las condiciones que afectan negativamente el logro de estos indicadores.

**Tabla 9. Indicadores de morbilidad y deterioro de la salud. Bogotá y sus localidades, 2010**

Indicador	Periodo de tiempo	Unidad de medida	Bogotá	Usaquén	Chapinero	Santa Fe	San Cristobal	Usme	Tunjuelito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Ergativa	Suba	Barrios Unidos	Teusaquillo	Mártires	Antonio Nariño	Puente Aranda	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Ciudad Bolívar	Sumapaz	Sin dato de localidad	
<b>Salud sexual y reproductiva</b>																									
Proporción de incidencia de casos de VIH	2010	Proporción de incidencia por 100.000 hab.	19,4	11,9	61,2	34,5	19,5	12,1	13,9	14,6	16,5	19,8	16,4	14,5	13,7	34,4	34,8	22,2	20,5	128,5	18,0	11,8	0,0	0,0	
Mortalidad por VIH/SIDA	2010	Tasa por 100.000 hab.	3,8	2,2	4,6	7,3	5,1	3,4	3,5	3,2	2,4	1,8	3,3	2,9	1,3	7,6	15,4	1,9	3,5	8,3	5,0	3,9	0,0	0,0	
Proporción de incidencia de Hepatitis B	2010	Tasa por 100.000 hab.	3,8	2,8	4,5	3,6	3,9	2,7	5,0	3,5	4,8	2,7	2,2	1,8	3,0	2,8	3,1	4,6	3,9	16,6	5,8	4,1	32,1	0,0	
Proporción de incidencia de Hepatitis C	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,1	0,6	0,2	0,4	1,3	2,1	0,0	1,8	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	
Prevalencia de sífilis gestacional	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	4,2	1,0	2,5	14,1	7,5	5,1	3,1	3,8	4,3	2,3	1,7	1,8	5,3	0,8	11,1	7,4	4,3	30,6	6,5	6,5	0,0	2,1	
Incidencia de sífilis congénita	2010	Tasa por 1.000 nacidos vivos	2,1	0,7	0,0	10,7	3,6	2,2	1,4	1,1	1,6	1,4	0,8	1,3	1,2	0,0	5,2	4,1	2,3	21,0	4,0	3,5	0,0	0,6	
<b>Enfermedades infecciosas</b>																									
Incidencia de tuberculosis pulmonar	2010	Tasa por 100.000 hab.	7,9	6,8	8,3	14,5	11,7	7,7	9,9	5,3	6,2	5,3	5,4	7,4	6,9	4,1	18,4	7,4	15,8	49,8	9,3	8,9	0,0	0,0	
<b>Accidentes</b>																									
Incidencia de accidentes domésticos	2010	Tasa por 100.000 hab.	43,9	14,3	31,7	217,7	13,9	29,4	32,3	9,0	10,2	16,9	31,7	15,6	13,0	23,8	75,4	11,2	11,7	21,9	27,2	42,1	2,3	0,0	
<b>Inmunoprevenibles</b>																									
Eventos en erradicación																									
Notificación por residencia de parálisis flácida aguda	2010	Tasa por 100.000 hab.	1,4	1,1	0,0	3,7	3,5	1,8	4,0	1,8	0,0	1,3	0,0	2,0	0,0	0,0	5,0	3,9	0,0	0,0	2,0	1,5	0,0	0,0	
Eventos en eliminación																									
Casos de Sarampión-Rubeola investigados en las primeras 48 horas	2010	Porcentaje	92	82	100	97	96	88	76	95	88	91	99	94	95	100	100	90	95	83	89	92	100	0,0	
Vigilancia de síndrome de rubeola congénita	2010	Tasa por 100.000 hab.	6,8	6,9	7,7	5,5	13,4	6,8	3,1	4,6	3,4	3,9	3,3	6,7	7,8	7,8	20,8	11,2	2,9	83,0	9,3	3,0	0,0	0,0	
Eventos en control																									
Tetanos accidental	2010	Número de casos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
Notificación por residencia de fiebre tifoidea	2010	Tasa por 100.000 hab.	0,3	0,6	0,8	0,0	0,2	0,0	1,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	
Notificación por residencia de parotiditis	2010	Tasa por 100.000 hab.	79,7	42,6	71,1	107,2	128,3	110,0	70,8	79,2	67,0	50,0	87,3	77,7	44,7	56,5	80,9	68,4	93,9	319,3	78,6	60,5	16,1	0,0	
Notificación por residencia de varicela	2010	Tasa por 100.000 hab.	401,3	370,1	266,1	405,3	645,6	339,0	394,0	383,4	336,3	475,5	350,3	425,6	208,3	285,2	421,1	377,3	357,1	1069,8	453,6	335,8	208,9	0,0	
Notificación por residencia de tosferina	2010	Tasa por 100.000 hab.	12,9	10,0	5,3	7,3	14,6	14,6	15,8	16,3	8,6	8,0	9,4	12,7	6,0	8,3	9,2	15,7	7,0	37,3	16,4	14,8	0,0	0,0	
Notificación por residencia de hepatitis A	2010	Tasa por 100.000 hab.	6,2	5,5	6,0	4,5	7,8	4,4	4,5	8,3	6,6	3,0	5,5	3,9	3,9	6,2	7,2	7,4	5,0	20,7	6,6	4,5	0,0	0,0	
Notificación por residencia de Meningitis																									
Por haemophilus influenzae		Tasa por 100.000 hab.	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,3	0,0	0,1	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Por meningococo		Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	1,5	0,9	0,5	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1	0,4	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	
Por neumococo		Tasa por 100.000 hab.	0,4	0,4	1,5	0,0	0,2	0,5	0,0	0,4	0,1	0,3	0,1	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4	8,3	0,8	0,3	0,0	0,0	
Notificación de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por sitio de notificación	2010	Número de casos	606.563	44.186	34.467	44	16.014	5.517	139	76	5.940	40.706	19.728	45.038	2.065	44.625	11.395	41.941	588	-	29.139	13.217	186	251.552	
Notificación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)	2010	Número de casos	138	9	1	0	10	7	4	7	19	4	17	28	2	2	1	4	5	1	7	5	1	4	
<b>Salud mental</b>																									
Intentos de suicidio	2010	Tasa por 100.000 hab.	21,5	9,2	33,3	48,2	38,8	44,3	5,0	43,1	22,9	15,4	5,3	11,4	19,3	21,4	31,8	25,0	28,2	24,9	22,0	1,1	16,1	0,0	

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

Accidentes: Grupo funcional de salud mental de la SDS. Fecha de reporte: 3 de Febrero de 2012 Inmunoprevenibles: SIVIGILA 2010. Grupo Inmunoprevenibles SDS. MESS 2010. Grupo Inmunoprevenibles SDS.

**Tabla 10. Comportamiento de los indicadores de morbilidad según SIVIGILA y por localidad. Bogotá, 2014**

Indicador	Unidad de medida	Total Bogotá	Mediana Bogotá	1-USAQUEN	2-CHAPINERO	3-SANTAFE	4-SAN CRISTOBAL	5-USME	6-TUNJUELITO	7-BOSA	8-KENNEDY	9-FONTIBON	10-ENGATIVA	11-SUBA	12-BARRIOS UNIDOS	13-TEUSAQUILLO	14-MARTIRES	15-ANTONIO NARIÑO	16-PUENTE ARANDA	17-CANDELARIA	18-RAFAEL URIBE	19-CIUDAD BOLIVAR
Proporción de incidencia de VIH	Proporción x 100.000 hab	26,6	NA	23,1	94	64,6	27,5	17,3	23,9	22,1	22,6	17,5	21,9	20,5	28,1	58,6	54,7	38,6	39,1	4,1	22,3	15,2
Número de casos de hepatitis B	Número de casos	324	15	12	8	16	21	12	17	28	46	15	35	25	8	8	8	9	11	0	25	20
Número de casos de hepatitis C	Número de casos	62	3	3	2	0	3	3	0	4	8	2	10	7	3	0	1	1	4	0	7	4
Incidencia de sífilis congénita	Incidencia x 1000 NV	2,0	NA	1,3	2,1	5,2	2,9	4,1	2,9	0,7	1,4	0,2	1,3	1,6	2,5	0	3,9	3,9	0,3	1,9	2,4	4,2
Número de tuberculosis pulmonar	Número de casos	684	34	54	14	33	43	29	22	47	69	27	66	82	10	9	26	34	35	0	35	49
Número de casos de sarampión	Número de casos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de casos de parotiditis	Número de casos	2542	98	158	57	49	133	85	99	203	376	98	289	438	60	55	19	39	72	2	131	179
Número de casos de parálisis flácida aguda	Número de casos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de casos de varicela	Número de casos	34575	1578	1580	394	363	2333	1831	1228	3545	4638	1578	2878	6157	500	411	322	359	862	48	2800	2748
Número de casos de meningitis por <i>H. influenzae</i>	Número de casos	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de casos de meningitis por <i>S. pneumoniae</i>	Número de casos	2	2	2	4	2	2	1	0	0	2	0	3	6	0	1	0	1	2	0	2	6
Prevalencia del bajo peso al nacer	Prevalencia x 100 NV	12,2	NA	12,2	11,3	14,3	13,0	13,5	12,4	11,1	11,8	11,1	12,0	12,8	11,4	12,4	12,5	13,5	11,1	12,5	11,9	12,9

	El indicador de la localidad es significativamente menor que el indicador del distrito
	El indicador es significativamente mayor que el indicador del distrito
	No hay diferencias entre la localidad y el distrito en el resultado del indicador

Fuente: SIVIGILA 2014. Corte de información marzo 30 de 2015.

### 1.3.3. Morbilidad atendida

Con base en el análisis de los cubos SISPRO y RIPS disponibles para 2009 a 2012 en Bogotá; se encontró que el 78,6% de las personas fueron atendidas por causas no transmisibles con 2.949.780 personas, seguido por 29,4% de condiciones transmisibles y nutricionales. Dentro de las enfermedades no transmisibles se encuentra como principal causa de atención condiciones orales con 21,4%, desordenes endocrinos con 12,1%, enfermedades cardiovasculares con 12,9%, enfermedades musculo esqueléticas con 19.5%, enfermedades genitourinarias con 15,8% y enfermedades de los órganos de los sentidos con 15.1% (Tabla 11).

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realizó la estimación de cambios en las proporciones durante el periodo 2009 a 2012.

**Tabla 11. Principales causas de morbilidad atendidas en Bogotá, 2009 a 2012**

Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	2009		2010		2011		2012	
		Núm. Personas	%						
Condiciones maternas perinatales	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	25.276	23,9	23.455	23,6	21.800	22,6	18.654	19,8
	Condiciones maternas	80.404	76,1	75.729	76,4	74.596	77,4	75.538	80,2
	Total	105.680	1,5	99.184	1,4	96.396	1,2	94.192	1,2
Condiciones transmisibles y nutricionales	Deficiencias nutricionales	45.989	3,6	38.555	3,2	40.499	3,2	34.087	2,8
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	493.235	38,6	473.712	39,9	498.192	39,5	498.502	41,4
	Infecciones respiratorias	739.513	57,8	675.212	56,9	724.013	57,3	671.126	55,8
	Total	1.278.737	18,3	1.187.479	17,2	1.262.704	16,1	1.203.715	15,2
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	72.164	1,6	67.907	1,6	76.809	1,5	81.218	1,5
	Condiciones neuropsiquiátricas	303.974	6,9	308.184	7,0	356.012	6,9	366.422	7,0
	Condiciones orales	641.989	14,6	619.492	14,1	828.090	16,0	773.492	14,7
	Desordenes endocrinos	318.532	7,2	325.853	7,4	394.326	7,6	437.782	8,3
	Diabetes mellitus	51.340	1,2	60.050	1,4	78.015	1,5	85.996	1,6

Gran causa de morbilidad	Subgrupo de causas	2009		2010		2011		2012	
		Núm. Personas	%						
	Enfermedades cardiovasculares	364.393	8,3	364.919	8,3	456.222	8,8	465.768	8,8
	Enfermedades de la piel	330.952	7,5	322.745	7,4	362.352	7,0	369.400	7,0
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	510.429	11,6	518.316	11,8	546.458	10,6	545.450	10,4
	Enfermedades digestivas	391.228	8,9	380.447	8,7	423.326	8,2	446.570	8,5
	Enfermedades genitourinarias	518.652	11,8	504.078	11,5	566.380	11,0	572.054	10,9
	Enfermedades musculoesqueléticas	534.360	12,1	559.905	12,8	660.634	12,8	706.323	13,4
	Enfermedades respiratorias	263.892	6,0	237.811	5,4	282.879	5,5	275.207	5,2
	Neoplasias malignas	33.780	0,8	37.484	0,9	45.037	0,9	49.464	0,9
	Otras neoplasias	72.094	1,6	72.040	1,6	83.819	1,6	90.534	1,7
	<b>Total</b>	<b>4.407.779</b>	<b>63,0</b>	<b>4.379.231</b>	<b>63,3</b>	<b>5.160.359</b>	<b>65,8</b>	<b>5.265.680</b>	<b>66,5</b>
Lesiones	Lesiones de intencionalidad indeterminada	196	0,1	198	0,0	179	0,1	228	0,1
	Lesiones intencionales	1.489	0,4	1.472	0,0	1.537	0,4	1.482	0,4
	Lesiones no intencionales	10.786	3,1	12.636	0,2	18.062	5,1	66.051	16,8
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	337.011	96,4	312.244	4,5	337.571	94,5	326.402	82,8
	<b>Total</b>	<b>349.482</b>	<b>5,0</b>	<b>326.550</b>	<b>4,7</b>	<b>357.349</b>	<b>4,6</b>	<b>394.163</b>	<b>4,9</b>
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	858.884	100,0	922.761	100,0	971.153	100,0	961.989	100,0
	<b>Total</b>	<b>858.884</b>	<b>12,3</b>	<b>922.761</b>	<b>13,3</b>	<b>971.153</b>	<b>12,4</b>	<b>961.989</b>	<b>12,1</b>
<b>Total</b>		<b>7.000.562</b>	<b>100,0</b>	<b>6.915.205</b>	<b>100,0</b>	<b>7.847.961</b>	<b>100,0</b>	<b>7.919.739</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. 2009 a 2012.

## 1.4. Prioridades en salud pública en el distrito capital

### 1.4.1. Salud sexual y reproductiva

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital<sup>29</sup>.

Los siguientes son los eventos considerados trazadores de las condiciones sexuales y reproductivas:

La *mortalidad materna* tuvo un rápido descenso entre los años 2005 y 2008 pasando de una razón de mortalidad de 59,6 a 41,7 muertes por 100.000 nacidos vivos; en el 2009 se presentó una elevación dada por el incremento en el número de muertes que llegó a 56 con una razón de mortalidad materna de 48,4; para el año 2010 la razón se ubicó en 39,1 muertes por 100.000 nacidos vivos<sup>30</sup>. En el año 2012 la razón fue de 40,8 y al 2014 fue de 29,0, lo cual evidencia los esfuerzos en la ciudad frente a este evento.<sup>31</sup>

Las localidades que presentan el mayor número de casos de forma recurrente y para los dos últimos años son Suba, Kennedy, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar. Las localidades cuyas

---

<sup>29</sup> Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

<sup>31</sup> Fuente 2010-2012 : Certificado de Defunción Certificado Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Datos Definitivos. 2013-2014 : Bases de datos SDS-RUAF-ND , el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. el 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 ( Corte 7 de abril del 2015) preliminar.

razón de razones muestran mayor riesgo de muerte materna comparado con la totalidad del distrito son Barrios Unidos, Teusaquillo, Usaquén, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Suba.

Frente a la *transmisión materna infantil del VIH*, se observa una tendencia estacionaria del indicador durante los últimos cinco años con un promedio de 1,8 casos anualmente. Es de resaltar que durante el año 2006 se dio inicio a la estrategia de reducción de la transmisión madre hijo con lo cual se presentó un pico en la notificación. La ocurrencia de casos tiene como principales causas el inicio tardío o inexistente de controles prenatales, las barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud que limitan el acceso oportuno a pruebas rápidas así como a los esquemas profilácticos requeridos, y el desconocimiento o no adherencia a los protocolos y guías de manejo.

Con relación a la incidencia de sífilis congénita esta ha tenido un comportamiento errático hasta 2011 año atípico para la ciudad, en 2012 aumentó el número de casos con relación al año anterior pero se mantuvo en el promedio de ciudad, a partir de este momento se observa una disminución sostenida hasta 2014, sin embargo a pesar de dicha disminución sostenida la ciudad se ubica lejos de alcanzar la meta de  $0,5 \times 1.000$  NV. Para el año 2015 se cuenta con guías actualizadas y protocolos, donde las definiciones de caso cambiaron, por lo cual se refleja una disminución significativa de casos respecto al año 2014. Por lo anterior, es importante tener en cuenta que los datos del año 2015 no son comparables con años anteriores dado que no cuentan con los mismos criterios de notificación.

La proporción de incidencia de notificación de casos de VIH por 100.000 habitantes según localidades de residencia, permite observar cuantas personas están notificadas por VIH/SIDA en cada una de las localidades según su población. En este sentido se observa una concentración mayor en dos zonas de la ciudad, en la Zona Centro Oriente (Santa Fe y Los Mártires), parte de la Zona Norte (Chapinero y Teusaquillo). Las cuatro primeras localidades en proporción de incidencia, así como aquellas que muestran un aumento sostenido, tienen en común contar con zonas reconocidas por la visibilización de poblaciones definidas como de mayor vulnerabilidad.

En cuanto a la razón de infección hombre mujer por VIH permite ver por cada mujer que se está infectando cuantos hombres lo están haciendo, para II trimestre de 2015 este indicador es de 6,8:1, siendo el punto más alto de este desde 1.998. Aunque pareciera que las mujeres se están viendo menos afectadas por la epidemia por VIH en los últimos años, este comportamiento posiblemente se relaciona con menor acceso de las mujeres al diagnóstico para VIH y mayores acciones de prevención y diagnóstico en grupos integrados exclusiva o mayoritariamente por hombres (hombres gay y bisexuales, habitantes de calle y población privada de la libertad), en este sentido se está trabajando para aumentar la oferta de la prueba de VIH a las mujeres, así como fortalecer la identificación del riesgo en este grupo poblacional que haga aumentar la demanda del tamizaje.

Para el Distrito Capital a IV trimestre de 2014 los grupos más afectados fueron las personas entre los 20 y 39 años con 71,8% de los casos, este grupo muestra un comportamiento similar aunque con un leve aumento con relación a los mismos periodos de 2012 y 2013

donde la proporción aportada por este grupo fue de 67,6% y 68,8% respectivamente. Los grupos quinquenales más afectados a 2014 son los de 25 a 29 con 22,6% y 20 a 24 con 18,9%, aunque seguido de cerca por el grupo de 30 a 34 años con 18,7%. Por primera vez en los últimos 5 años el grupo de 50 años y más disminuyó su aporte en el número de casos.

Con relación a la transmisión materno infantil del VIH se identifica que a 2014, se identificaron dos (2) casos de transmisión materno-infantil de VIH. Los resultados de análisis mostraron que en el primero la atención del caso cumplió las guías existentes, desafortunadamente a pesar de la adecuada atención ante, intra y posparto el caso desarrolló el VIH, en el segundo de los casos se identificaron diferentes barreras en la atención en todos los niveles involucrados en el mismo, así como baja adherencia a las guías de manejo clínico en VIH que generaron inadecuada clasificación del riesgo. Para el último quinquenio de la ciudad dos (2) casos es el promedio, lo cual la ubica como una ciudad con un importante avance, el 2,4% de transmisión materno infantil según la última medición del Ministerio de Salud y Protección Social la ubica como una de las 3 ciudades con menor porcentaje y cercana a cumplir el 2% que se establece como meta nacional y de ciudad.

Con relación al cáncer su alta incidencia y letalidad, los altos costos económicos y sociales principalmente el cáncer de cuello uterino, mama y próstata han sido considerados como problemas prioritarios de la salud pública. En el Distrito en los últimos 15 años la curva de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha demostrado una tendencia al descenso, de acuerdo a las bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de estadísticas vitales de la Secretaría Distrital de Salud, se estima como dato preliminar que en Bogotá se pasó de tener en el año de 1998 una tasa de 8,8 muertes por 100.000 mujeres a 5,1 por 100.000 en el año 2014, aunque se presenta un descenso del 61,3%, sigue siendo preocupante la presencia de este evento pese a la implementación del Programa de Detección Temprana.

A pesar de los avances en las condiciones de salud sexual y reproductiva, la perspectiva de abordaje debe ampliarse desde la sexualidad como una categoría transversal e inherente a lo humano, producto de interacciones, culturales, económicas y relacionales construida socialmente, que afecta tanto a individuos como a la sociedad, cuya intervención requiere competencia de diversos sectores institucionales (públicos y privados), comunitarios, que generen condiciones de opciones reales para el desarrollo de la plenitud de potencialidades humanas.

#### 1.4.2. Salud mental

En Colombia, la Salud Mental es reconocida por el estado como una prioridad en salud pública y prueba de ello lo constituye su inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 en la Dimensión Convivencia Social Y Salud Mental, así como la Expedición de la Ley nacional de Salud Mental (Ley 1616/2013). Ministerio de Salud y Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

En consonancia con los principales hallazgos de la ENSM 2015 y la vigilancia en salud pública que se desarrolla en el Distrito Capital, la ciudad de Bogotá presenta como eventos prioritarios violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas, además de los trastornos de mayor prevalencia.

El vínculo ineludible entre individuo y sociedad, así como la compleja interrelación entre los eventos prioritarios en salud mental, permite señalar no sólo la afectación del comportamiento y la salud mental individual hacia los entornos comunitarios y viceversa. Adicionalmente, el entrecruzamiento de los eventos es decir, a manera de ejemplo, la violencia intrafamiliar con el consumo de sustancias psicoactivas y éste a su vez con diversas lesiones auto infligidas; hace que, este tipo de hechos, aunado a las situaciones estructurales así como a las particularidades referidas al contexto en donde se desarrolla la vida cotidiana y los estilos de vida asociados a factores de tipo cultural, social, político, económico y biológico determinen la ocurrencia de los trastornos mentales y del comportamiento y también las diversas expresiones que repercuten afectando la convivencia social, hace necesario el reconocimiento de algunos eventos prioritarios referidos a la salud mental tales como: conducta suicida, violencia sexual, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

Un análisis de los factores asociados a diversas manifestaciones relacionadas con los trastornos mentales y del comportamiento, se refiere al desplazamiento forzado que conlleva el deterioro de las condiciones de vida y de la salud. De igual manera, la dificultad al acceso de los servicios socio – sanitarios que sumados al desempleo o la informalidad laboral, se convierten en caldo de cultivo para trastornos tales como la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático.

Así mismo, la ciudad no es ajena a los cambios socio demográficos caracterizados por la transición que atraviesa el país en su conjunto, que a su vez subraya las particularidades e interrelaciones entre la salud mental y los procesos de urbanización, la actividad económica y las modificaciones generadas en la educación y escolarización de diversos segmentos de población.

Un ejemplo evidente de la determinación multidimensional del estado de la salud mental en los sujetos individuales y colectivos, se puede expresar en los trastornos asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas. El uso y abuso de “drogas” sean o no de tipo legal, pueden hallarse asociadas a su vez con la conducta suicida, la accidentalidad, la violencia intrafamiliar, los actos delictivos en que incurre el adicto, “microtráfico por ejemplo”, para proveerse la dosis necesaria generada por el proceso de habituación de sus sistemas fisiológicos generados por la adicción.

#### Violencia intrafamiliar, violencia sexual y maltrato infantil

Durante el año 2014 el subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual – SIVIM captó un total de 33.411 casos de víctimas de diversos tipos de violencia. La proporción de maltrato y violencia

ejercida contra niñas, niños y adolescentes – NNA presenta la mayor frecuencia 61,1% del total de víctimas. Igualmente relevante es poner en evidencia que padres, madres, abuelos y otros familiares y personas allegadas o conocidas dentro del círculo familiar son los principales agresores.

En relación con la distribución de casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual según localidad, podemos señalar que las localidades que registran las mayores frecuencias de casos son en orden descendente Bosa con el 20% del total de casos registrados seguida por las localidades de Kennedy, San Cristóbal, Suba y Usme cada una con una proporción cercana al 12%; finalmente las localidades de Usaquén y Ciudad Bolívar. Estas ocho localidades agrupan el 98% del total de casos registrados.

Es importante mencionar que la población de 0 a 19 años de edad concentra el 82,3% de los casos de violencia sexual. De igual manera, las tasas por cada 100.000 habitantes más elevadas se presentan en los cuatro primeros quinquenios de edad, con algunas variaciones por sexo. La mayor tasa se ubica en niñas adolescentes entre los 10 y 14 años que es de 439 casos por cada 100.000 habitantes.

#### Consumo de sustancias psicoactivas

Respecto al uso y abuso de sustancias psicoactivas y comparando los estudios en mención se puede mencionar que Bogotá registró una disminución significativa en el consumo de tabaco, es la mayor disminución registrada en el país (reducción de 5,79 puntos). Es relevante mencionar que el contraste entre los estudios 2008 y 2013 muestra que respecto al consumo de alcohol, en el nivel nacional se presenta un leve aumento y Bogotá registro cerca del 2% de incremento en el consumo reciente de dicha sustancia.

Respecto al consumo de cualquier sustancia ilícitas en el Distrito Capital, muestra un incremento equivalente al 0.63% manteniendo las frecuencias del estudio nacional llevado a cabo en el año 2008. La sustancia ilícita de mayor consumo continúa siendo la marihuana, seguida del bazuco y los inhalables. El consumo de dichas sustancias se concentra en el segmento poblacional comprendido entre los 18 a los 34 años de edad.

#### Conducta suicida

La tasa de suicidio consumado, en el año 2013 cerró con el registro de la menor tasa de suicidio consumado de los últimos 6 años (2,9 por cada 100.000 habitantes), lo que significa una reducción de 22 suicidios en Bogotá entre el año 2012 y 2013. Es de resaltar que durante el año 2012 y 2013 se logró el cumplimiento de la meta distrital del plan de gobierno Bogotá Humana, de reducir el suicidio consumado a 3.3 por 100.000 habitantes. En el 2014 se registró un aumento de 53 casos con respecto al periodo anual precedente.

Las localidades que registran las frecuencias más elevadas de suicidio consumado para el periodo anual de 2014 son en su orden: Engativá Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y Usaquén. Estas cinco localidades agrupan cerca del 51% del total de casos registrados en Bogotá, D.C No obstante, las localidades que registran las tasas más altas son en orden descendente Sumapaz (15,6) seguida por las localidades de La Candelaria (12,4%) y Santafé con (9,1%).

En el periodo de tiempo del 2010 al 2014 el patrón que son los hombres los que más se suicidan se repite. En el año 2015 por cada mujer que se suicida 4 hombres lo hacen, lo cual significa un aumento en los suicidios registrados en las mujeres con respecto a los hombres. El rango de edad en el que se presentan con mayor frecuencia los suicidios es en el de 20 a 24 años en la etapa de ciclo vital de juventud. Vale la pena evidenciar que los rangos de 15 a 19 años y de 25 a 29 años también presentan un número importante de casos. Se reitera que las acciones de prevención deberán centrarse en la etapa de ciclo vital de adolescencia- juventud y adultez

Por otra parte, según la ENSM 2015, la población de 18 a 44 años en Bogotá presenta algún grado de disfunción familiar en un 37,8 %. En la población de 18 a 44 años en evaluación con SQR el 11 % de la población de 18-44 años de Bogotá, es positiva en SQR; el 9,8 % de la población presenta 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad constituyéndose en el porcentaje más alto del país; y el 5,5 % presenta siete o más síntomas de depresión, siendo también el porcentaje más alto del país.

En personas de 45 años, el 12 a 13 % positivo en SQR en Bogotá presenta 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad con el 12,1 %, el más alto del país; con relación a la depresión, el 11,5 % presentó 5 o más síntomas sugestivos, el mayor porcentaje del país para este grupo etáreo.

La región con mayor prevalencia para cualquier trastorno mental a lo largo de la vida es Bogotá con el 12,9 % y es la segunda con mayor prevalencia en el último año con un 4,9 %.

#### 1.4.3. Condiciones crónicas

Las Condiciones Crónicas, especialmente las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas por la carga social y económica que representan, son una amenaza para el desarrollo de Bogotá D.C., igual que lo son a nivel Nacional, Regional y Mundial. Han alcanzado proporciones de epidemia, aumentando las desigualdades para las diferentes poblaciones por su alto costo, progresión lenta y larga duración e interdependencia con acciones de otros sectores son de alta complejidad y son el mayor desafío para el gobierno y las autoridades sanitarias. La carga de enfermedad dada por las enfermedades crónicas para Bogotá en el año 2012 fue de 90% , cifra que es alarmante y que implica un gran reto por la complejidad de la respuesta que requiere.

Para abordar eficazmente la prevención y el control se necesita un posicionamiento en las agendas de todo el gobierno, trabajar con enfoque multisectorial y de determinantes sociales.

Todas estas enfermedades son prevenibles y podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de exposición o de riesgo común como son: alimentación no saludable, sedentarismo, exposición al humo del cigarrillo y uso abusivo de alcohol.

Durante el gobierno actual se realizó la vigilancia de las condiciones crónicas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, EPOC, enfermedad Renal Crónica, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata) en menores de 70 años estableciendo la reducción del 5% de muertes al año 2016, logrando una disminución del 2.14% durante los años 2012 al 2014; la mortalidad por estas condiciones tuvo una mayor frecuencia para Diabetes Mellitus seguido por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de cuello uterino.

Frente al comportamiento por cada uno de los eventos se evidencio:

Las enfermedades Cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad por condiciones crónicas, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo con mayor peso a nivel regional y nacional. Para el caso de Bogotá, en el año 2014 represento una tasa de mortalidad de 1.5 por 100,000 habitantes menores de 70 años.

En relación a las enfermedades Respiratorias Crónicas en Colombia el EPOC ocupa el séptimo lugar como causa AVISA en el país y según proyecciones de la OMS para el año 2020 será la tercera causa; para el caso de Bogotá representa una tasa de mortalidad de 3,7 por 100.000 habitantes menores de 70 años.

En el Distrito en los últimos 15 años la curva de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha demostrado una tendencia al descenso, de acuerdo a las bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de estadísticas vitales de la Secretaria Distrital de Salud, se estima como dato preliminar que en Bogotá se pasó de tener en el año de 1.998 una tasa de 8,8 muertes por 100.000 mujeres a 5,1 por 100.000 en el año 2014.

De otro lado mortalidad por cáncer de mama se ha incrementado de 10,5 por 100.000 en el año 2008 a 11,2 por 100.000 en el 2.014 (442 muertes), siendo actualmente la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de la ciudad, según datos del equipo de análisis demográfico – estadísticas vitales de la SDS.

Por su parte, el cáncer de próstata en el país ocupa el primer lugar en incidencia de cáncer en hombres y el segundo lugar en las defunciones por cáncer. El Sistema de estadísticas vitales de la Secretaria Distrital de Salud registra que el 2008 se presentó una tasa de mortalidad por esta neoplasia de 9,7 y datos preliminares del año 2014 reporta una tasa de 11,0 X 100.000, lo cual muestra un incremento.

En cuanto a Diabetes (DM) también ha mostrado un incremento. En Colombia es la quinta causa de muerte en la población general con una tasa de 15.07 por 100.000 habitantes y para Bogotá con una tasa de 3.1 por 100.000 habitantes menores de 70 años

En relación a las enfermedades Respiratorias Crónicas en Colombia el EPOC ocupa el séptimo lugar como causa AVISA en el país y según proyecciones de la OMS para el año 2020 será la tercera causa; para el caso de Bogotá representa una tasa de mortalidad de 3,7 por 100.000 habitantes menores de 70 años.

Datos preliminares de las Bases del DANE-RUAF-ND. Análisis demográfico., indica que la mortalidad por cáncer de mama se ha incrementado de 10,5 por 100.000 en el año 2008 a 11,2 por 100.000 en el 2.014 (442 muertes), siendo actualmente la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de la ciudad.

En el Distrito en los últimos 15 años la curva de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha demostrado una tendencia al descenso, de acuerdo a las bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de estadísticas vitales de la Secretaria Distrital de Salud, se estima como dato preliminar que en Bogotá se pasó de tener en el año de 1.998 una tasa de 8,8 muertes por 100.000 mujeres a 5,1 por 100.000 en el año 2014.

El cáncer de próstata en el país ocupa el primer lugar en incidencia de cáncer en hombres y el segundo lugar en las defunciones por cáncer. El Sistema de estadísticas vitales de la Secretaria Distrital de Salud registra que el 2008 se presentó una tasa de mortalidad por esta neoplasia de 9,7 y datos preliminares del año 2014 reporta una tasa de 11,0 X 100.000, lo cual muestra un incremento.

Según la cuenta de alto costo en 2014 en Colombia se registraron 13.198 personas afectadas por una enfermedad huérfana (crónicamente debilitante, grave y que amenaza la vida) para Bogotá se presentaron 3528 personas siendo las enfermedades de sistema nervioso central y las enfermedades congénitas las que representan mayor carga.

#### 1.4.4. Salud oral

De acuerdo a la información del SISVESO, la población captada que asistió a la consulta de primera vez (año 2014), se encontró afectada por enfermedad bucodental según las etapas del ciclo de vida, así:

1. Niños y niñas de 0 a 5 años más del 54 %
2. Niñas y niños de 6 a 12 años por encima del 66,5%
3. Adolescentes entre los 13 - 18 años más del 62,2%
4. Etapa de adultez el 87,2% de la población.
5. Personas mayores más del 80%.

Así mismo se encontró un deficiente estado de higiene oral en más del 75 % de la población, captada para la vigilancia de la salud oral.

Prácticas inadecuadas en salud oral, se encontraron en el 61,9% de la población institucionalizada de los ámbitos escolar e institucional (Base de datos de salud oral institucional PIC S.D.S. 2014), estas se constituyen en la causa permanente de la aparición de patologías bucodentales, desde edades muy tempranas y aumentando la gravedad a medida que pasan los años; reflejándose en la carga de la enfermedad bucodental, que ocupa la tercera causa de los AVISA 8 (Años de Vida Saludables perdidos en forma prematura por discapacidad o muerte). La prevalencia de caries en la población gestante de Bogotá es del 89% y el 100% de estas mujeres han presentado el evento; más del 7 % de la

población mayor de 35 años requiere prótesis total y los que tienen más de 65 años el 32,87% (ENSAB 2014). El índice de dientes Cariados, Obturados y Perdidos por caries – COP D-, se encuentra a expensas del componente cariado y es la segunda causa de morbilidad en consulta externa, con el 63.5% (Boletín indicadores básicos de salud en Bogotá 2013-SISVESO); la alta carga de patología bucodental se encuentra en las 20 localidades del D.C., pero presenta un ligero incremento en las localidades de Santafé, Tunjuelito, Bosa, Puente Aranda, Candelaria Rafael Uribe y Ciudad Bolívar.

Siendo la caries y la enfermedad periodontal, las enfermedades bucodentales más comunes en Bogotá, de alta prevalencia e incidencia, fácilmente evitables y prevenibles a muy bajo costo, son generadas por las representaciones e imaginarios sociales, prácticas inadecuadas, modos, condiciones y estilos de vida poco saludables, escasa educación frente al tema, condición social y económica desfavorable, aumento de las brechas para la atención en salud oral entre la población contributiva y subsidiada, barreras de acceso que repercuten en la inadecuada prestación de los servicios.

Los factores descritos anteriormente, incrementan el riesgo de enfermar en la población en general, desde la primera infancia aumentando con el transcurrir del curso de vida, teniendo como consecuencia un alto costo social y económico así como la congestión de los servicios y una disminución del potencial del desarrollo humano. Aunque en la mayoría de los casos se nace con salud oral, las inequidades sociales hacen que la población aumente la patología a lo largo del curso de vida, aumente los costos económicos, los años de vida perdidos por incapacidad de la población, como se evidencia en este informe

Estrategias para mejorar la Salud Oral en la ciudad:

- a. Trabajar de forma intersectorial en los factores socio culturales que afectan la salud oral, volviéndose este un tema vinculante para los diferentes actores de decisión.
- b. Dar prelación a la población con alertas en salud oral
- c. Construcción de un mesa distrital de salud oral que convoque a los diferentes actores comprometidos con el tema en el seguimiento a la política de salud Oral.
- d. Fortalecer la implementación de estrategias integrales para mantener y asumir la salud oral como el espejo que refleja la calidad de vida y salud de la población.
- e. Establecer con tiempo oportuno el cronograma de asistencias técnicas a las ESE.
- f. Fortalecer la comunicación interna de la DSP, SDS y con el exterior.
- g. Fortalecer la implementación de estrategias que favorezcan el cumplimiento de las responsabilidades de la EAPB para la atención de la población de acuerdo a sus necesidades con criterios de calidad.
- h. Continuar con la implementación de estrategias de comunicación que aporten a la difusión de derechos y deberes en salud oral.

#### 1.4.5. Enfermedades transmisibles

##### 1.4.5.1. Eventos Prevenibles por Vacuna (EPV)

La vigilancia EPV involucra el seguimiento e investigación epidemiológica de eventos que se encuentran en proceso de eliminación, erradicación y control, evalúa de manera directa las diferentes acciones del programa ampliado de inmunizaciones y su impacto en el control, disminución y erradicación de estos eventos:

#### **Eventos en eliminación y erradicación**

##### **Parálisis Flácida Aguda**

En promedio cada año se notifican 25 casos probables, dando cumplimiento de manera parcial a los indicadores de vigilancia establecidos en el plan mundial de erradicación; para el próximo año se debe dar curso al cambio de vacuna trivalente VOP por la vacuna bivalente oral, lo cual requiere de fortalecimiento de la vigilancia del evento.

##### **Vigilancia integrada Sarampión y Rubeola**

Durante el periodo 2011-2015, se han notificado en promedio 1600 casos sospechosos por año. Durante este periodo se han confirmado tres casos de sarampión, el primero en 2012 en un hombre de 35 años, residente desde hace 10 en España, en 2013 una mujer de 59 años con antecedente de viaje Berlín Alemania y en 2015 un caso de sarampión de una mujer de 25 años procedente de Suiza en tránsito por Bogotá durante el periodo de incubación. Ninguno de los casos mencionados ha dejado cadenas secundarias de transmisión en la ciudad.

##### **Síndrome de Rubeola Congénita**

En promedio se notifican cien casos sospechosos al año, sin haberse confirmado ninguno a la fecha.

#### **Eventos en control**

**Varicela:** Durante los últimos años se han notificado en promedio 40 mil casos anuales; en el último año, se presenta como uno de los eventos con mayor proporción de incidencia (448 casos por 100000 habitantes), agrupándose los casos en las localidades de Suba, Kennedy y Engativá. A partir del 1 julio de 2015 se incluyó la vacunación contra la varicela dentro el esquema permanente de los menores 2 años. Para el mismo año se atendieron 1447 brotes por este evento donde un 48% corresponde a brotes institucionales.

**Tosferina:** Los menores de 1 año continúan siendo los más afectados, y dentro de estos los menores de 4 meses (60,8% de los casos en menores de 1 año). La mortalidad por este evento se ha disminuido en comparación con años anteriores. La tasa de incidencia en la población general fue de 0.7 por 100000 habitantes. Para 2.014 se identifica una reducción en la notificación de 42,7% así como una reducción del 72,9% en la confirmación de casos, esto se relaciona con el inicio de la estrategia de vacunación con DPTa a mujeres gestantes.

**Hepatitis A:** Para la hepatitis A se ha venido presentando una disminución en la tasa de notificación a 4,7 casos por 100000 habitantes, presentándose los casos en grupo de edad de jóvenes y adultos. Es de recordar que la vacuna se incluyó en el programa de vacunación a partir del año 2007.

**E.R.A.:** En Bogotá, durante los últimos 5 años la mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda- ERA en los niños y niñas menores de 5 años ha ido disminuyendo; sin embargo el 70% de las muertes por ERA durante estos años, fueron muertes evitables, lo cual plantea un gran compromiso para unir esfuerzos dirigidos a disminuir las dificultades evidenciadas en las unidades de análisis de mortalidad frente a las demoras relacionadas a dicho evento, las cuales se concentran principalmente en escasa cobertura de estrategias de promoción de prácticas de autocuidado y prevención de la ERA, barreras de acceso para la atención principalmente por no oferta de servicios o demora en la ubicación de especialistas, así como fallas en la calidad de la atención.

En los últimos cuatro años (2.011, 2.012, 2.013 y 2014 ) se obtuvo una reducción sostenida de la tasa de mortalidad infantil pasando de 12,1 a 7 muertes por cada 100.000 niños de ese grupo de edad, lográndose reducir además la mortalidad en menores de 5 años de 24,5 a 19,3. En el año 2014 se logró reducir las muertes por neumonía a 44 muertes en menores de 5 años contra 65 muertes por esa causa en el año 2.011.

### **Micobacterias**

**Tuberculosis:** En los últimos 5 años en la ciudad de Bogotá se han notificado entre 1000 a 1300 casos de TB Todas las formas; para el año 2014 se notificaron 1272 casos de los cuales residen en Bogotá 1079 casos con una incidencia de 13,8 casos por 100000 mil habitantes; a 1er semestre de 2015 se han reportado 764 casos con una incidencia de 8,2 casos por 100000 mil habitantes; la tuberculosis pulmonar es la más frecuente con el 65% de los casos; siendo estas las formas infectantes que perpetúan la transmisión de persona a persona. Frente a ciclos vitales y grupos etarios se presenta una alta carga en adultos mayores en los cuales se reportan incidencias superiores al 20 casos por 100000 mil habitantes para el 2014; en la población de jóvenes y adultos los casos se asocian coinfección TB/VIH; es importante relacionar el aumento constante de la coinfección TB/VIH para el 2014 correspondió a 24,8%; en el 1er semestre de 2015 fue 26%.

**Lepra:** En relación a los casos de Lepra presentados en el Distrito Capital en el año 2014, correspondió a 31 casos nuevos, de los cuales la mitad fueron residentes de Bogotá en diversas localidades de la ciudad, y el resto casos procedentes de departamentos como Cundinamarca, Tolima, Meta entre otros. La mayor notificación fue de formas Multibacilares con un 77%, los cuales fueron diagnosticados y tratados en Instituciones públicas como el Centro Dermatológico Federico Lleras, e instituciones privadas<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Seguridad Alimentaria y Nutricional en cuatro países andinos. Una Propuesta de seguimiento y análisis. Serie Políticas Sociales CEPAL. Pág. 16.

#### 1.4.5.2. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Resistencia a los antibacterianos (RB)

Las IAAS constituyen un problema mundial de Salud Pública, así como son un reto para la Seguridad del Paciente. Como resultados de la vigilancia de los diferentes eventos IAAS, se observa que para Endometritis las tasas han disminuido presentándose en el 2011 0,85%, 2012 0,76%, 2013 0,71%, 2014 0,72. La mortalidad asociada a IAAS ha disminuido igualmente para 2011 6,25 y en 2014 bajo a 5,2%. La Infecciones de sitio Quirúrgico se han mantenido teniendo un porcentaje de 0,995 para 2013 y 1,45% para el 2014. A partir del 2013 se empezó la vigilancia específica de las Unidades de Cuidado Intensivo donde se observan las Infecciones Asociadas a Dispositivos como son Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Cateter Vesical, Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central y Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

**Resistencia Bacteriana:** Para el nivel II de complejidad en los años 2012 a 2013, el principal patógeno causante de infecciones fue *S. aureus* (34,6% año 2012 y 15,5% año 2013), seguido de *E. coli* (28,8% año 2012 y 22% año 2013) y *S. epidermidis* (15,3% año 2012 y 12,9% año 2013). Llama la atención que en el año 2012 no se presentaron asilamientos de *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* y *E. cloacae* que emergieron en el año 2013. En el año 2014, para el nivel II de complejidad, el principal patógeno causante de infecciones fue *E. coli* (33,3%), seguido de *S. aureus* (23,5%) y *P. mirabilis* (11,8%). Para el III nivel de complejidad en los años 2012 a 2014, el principal patógeno causante de infecciones fue *E. coli* (18,8% año 2012, 19,9% año 2013 y 20,6% año 2014), seguido de *K. pneumoniae* (15,7% año 2012, 16,6% año 2013 y 16,7% año 2014), *S. aureus* (10,4% año 2012, 11% año 2013 y 11,1% año 2014) y *P. aeruginosa* (8,4% año 2012, 9,3% año 2013 y 8,5% año 2014).

#### 1.4.5.3. Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis

Bogotá no es zona endémica para la mayor parte de las ETV, sin embargo se presenta un alto volumen de demanda de atención de casos importados de residentes que viajan a zonas endémicas, casos complicados remitidos y de personas de otros departamentos que buscan atención en Bogotá, dos de los principales eventos son Dengue y Chikungunya las cuales describimos a continuación.

**Dengue:** Se observa un aumento de atención de casos, es así para el 2010 4173 casos, en 2011 con 524 casos, en el 2012 con 980 casos, 2013 con 2756 casos, 2014 con 2945 casos y para primer semestre 2015 800 casos esto debido al aumento de la incidencia en el territorio Colombiano y en la zonas turísticas más visitadas por los Bogotanos; el aumento de la letalidad de 2011 con 5,4% a 2013 con el 13,3% y al 2014 con 17,4%.

**Chikungunya:** Virus que se introdujo al país en el 2014, año que Bogotá atendió 1093 casos sin presentar mortalidad, mientras que en el primer semestre 2015 se atendieron 1140 casos con una mortalidad de un niño de 6 días de nacido, sin embargo este evento presenta un número importante de incapacidades y secuelas crónicas en las personas que los presentan.

#### 1.4.6. Seguridad alimentaria y nutricional

“La alimentación es un derecho fundamental consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. De esta manera, la seguridad alimentaria y nutricional de la población se convierte en una obligación para los Estados”<sup>33</sup>.

Una forma de medir la seguridad alimentaria y particularmente la seguridad nutricional es mediante el análisis de tendencia de los indicadores nutricionales, que para el caso de Bogotá muestran un aumento significativo de aquellos relacionados con el sobrepeso y la obesidad en los niños, niñas y adolescentes, además de la persistencia en segmentos de población afectados también por desnutrición especialmente en la población más vulnerable.

La prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y peso del niño, considerándose un indicador compuesto que refleja ampliamente las condiciones estructurales en seguridad alimentaria y nutricional de una población.

La prevalencia de desnutrición global ha disminuido en Bogotá, pasó de 6% en 2009 a 4,8% en 2015, lo cual refleja una mejora en el abordaje integral de los niños y niñas menores de cinco años. Las localidades con las mayores prevalencias son Kennedy, Mártires, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Usme.

Así mismo para el 2014 la desnutrición Crónica fue de 17,9%, es decir 129.125 niños y niñas presentan retraso en su crecimiento en talla en comparación con otros de su misma edad y género.

La Desnutrición además de las deficiencias de micronutrientes es el resultado de múltiples factores entre los que se pueden mencionar: la inequitativa distribución de los recursos que afecta la seguridad alimentaria de la población más pobre, la falta de disponibilidad física y económica de alimentos saludables en los sectores periféricos de la ciudad que perjudica la calidad de la alimentación que se consume por parte de estas personas, la pobreza que aún persiste en la ciudad y que no permite el acceso físico y económico de toda la población, el aumento progresivo de los precios de los alimentos debido a la alta intermediación y a la especulación de alimentos, el constante ingreso de familias víctimas del conflicto cuyos miembros por las difíciles condiciones de acceso a los servicios afectan su estado de salud y nutrición, el alto costo de vida de la Capital que incrementa el gasto en otros servicios diferentes a la alimentación y el cuidado de la salud.

Este panorama de posibles causas de la desnutrición en el Distrito evidencia que el problema no solo puede ser abordado desde los sectores de salud e integración social y

---

<sup>33</sup> Fuente: Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. SISVAN. Fecha de extracción de la Información 30 de junio 2015.

necesita la concurrencia de otras acciones macro que favorezcan el acceso económico de las familias a alimentos adecuados en cantidad calidad y precios.

Por otro lado la obesidad en la niñez y la adolescencia ha alcanzado proporciones epidémicas en la Región de las Américas, y Bogotá no es ajena a esta situación.

La prevalencia de sobrepeso en el D.C. en el grupo de escolares de 5 a 17 años paso de 7,8% en el 2010 a 9,8% para el 2014 y la prevalencia de obesidad de 15,9% a 17,2%<sup>34</sup> en el mismo periodo, lo cual representa una alerta para construir con todos los sectores estrategias contundentes en la promoción de la alimentación saludable, juego y la actividad física y en la modificación de los ambientes obesogénicos a los que se exponen diariamente los niños, niñas y adolescentes. Las prevalencias de exceso de peso en la edad adulta son cercanas al 50% situación bastante preocupante teniendo en cuenta que además constituye un factor de riesgo para la incidencia de otras condiciones crónicas como la HTA, Cáncer y Diabetes Mellitus.

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

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

Para la ciudad de Bogotá, los nacimientos con bajo peso, son todavía una realidad que afecta cerca del 12% del total de nacidos vivos anualmente, tendencia que se ha mantenido relativamente estable desde el año 2008 (12,8%) hasta el 2014 (12,2%).<sup>35</sup>

El bajo peso al nacer se considera uno de los indicadores más importantes para evaluar la calidad de vida de la población y bajo la misma perspectiva, se considera desde la literatura, el eslabón primordial en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal, de patologías del periodo neonatal y problemas de salud del primer año de vida; por cuanto genera un incremento innecesario en la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales, también se asocia con alteraciones en el desarrollo psicomotor y

---

<sup>34</sup> Fuente: 2009-2015 Certificado nacido vivo Bases de datos DANE.

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

<sup>35</sup> Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región

algunas revisiones sugieren que más de 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuible a este trastorno.

Otro indicador de la seguridad alimentaria y nutricional en los niños y niñas es la alimentación con leche materna de forma exclusiva hasta los seis meses de edad, según el SISVAN la mediana de lactancia materna se mantiene en 3 meses, esta situación aumenta el riesgo de morbimortalidad en los menores de 1 año, por tanto sigue siendo un reto para la ciudad garantizar condiciones a las mujeres y sus familias que favorezcan esta práctica.

#### 1.4.7. Trabajo y condición de salud

A pesar que se reconoce que el trabajo y el empleo son determinantes centrales de la salud de los colectivos humanos, más del 85% de los trabajadores y trabajadoras no tienen acceso a servicios básicos de salud ocupacional, lo cual significa que se pierdan oportunidades valiosas de promocionar la salud y prevenir la ocurrencia de daños a la misma. Como resultado se tiene el incremento de la accidentalidad, de las enfermedades y de las muertes de origen laboral.<sup>36</sup>

En Bogotá, a pesar de no contar con información o censo de Unidades de Trabajo Informal, la fuerza laboral de esta economía se ubica en todos los ciclos vitales con mayor énfasis en los ciclos de juventud (18-27 años), adultez (28-59 años) siendo este último el de mayor presencia en las 31.000 unidades de trabajo informal identificadas por la Secretaría Distrital de Salud al 2014. La alta prevalencia de trabajadores y trabajadoras en el sector informal, limita las oportunidades de contar con condiciones de trabajo y empleo seguras, que garanticen el derecho a la salud, así como el trabajo decente y digno. De las UTI identificadas solo 22 se vincularon a las ARL.

En el Distrito, la informalidad se consolida en espacios característicos como las calles, plazas de mercado de las localidades, establecimientos, comercio callejero, pasajes comerciales, y parques principales, principalmente en las Localidades de Chapinero, Kennedy, Mártires, Santa Fé, Antonio Nariño, Fontibón, Suba, Bosa, Engativá, Barrios Unidos, Tunjuelito, Ciudad Bolívar etc..

Al compartir sus actividades económicas con el uso habitacional, afectan su salud y la de todos los miembros de la familia. Dentro de los riesgos ocupacionales se encuentran condiciones psicosociales (inestabilidad laboral, ingresos bajos diarios o a destajo, jornadas de trabajo que superan las 10 horas diarias, sobrecarga laboral), exposición a ruido (propio del proceso productivo o ambiental), condiciones biomecánicas inadecuadas (movimientos repetitivos y forzados, posturas prolongadas, manejo de cargas), condiciones locativas (respecto a la disposición de espacio para la ubicación de la materia prima, maquinaria o herramientas, o el desarrollo del proceso productivo), condiciones mecánicas (asociadas

frecuentemente con la ejecución de procesos poco tecnificados), son entre otros los agentes que con más frecuencia componen el entorno laboral.

En las UTI se hallaron Como consecuencia de esta exposición, se encuentra que de 6.090 casos de accidente ocupacional investigados (60% del total), el 95% fueron confirmados como accidentes de trabajo. Las lesiones presentadas con mayor frecuencia fueron: heridas (50%), quemaduras (20,9%) y contusiones o aplastamiento (16%).

Con menor frecuencia pero con significado especial por su severidad, se encuentran amputaciones, esguinces, luxaciones y fracturas, además de lesiones sistémicas generadas por inhalación de sustancias químicas o electrocución, algunas de las cuales su servicio de salud generaron incapacidades de hasta 120 días.

Con relación a los accidentes laborales en trabajadores informales, las manos, corresponden al segmento comprometido con mayor frecuencia (67,1%), seguido de miembros superiores (15%), miembros inferiores (7,8%) y ojos (2,6%). En relación con el mecanismo del accidente y el agente causal se encontró que el 46,3% de los eventos fueron por contacto o exposición con elementos filosos o corto punzantes generalmente asociados con el uso de herramientas y equipos; el 13% por golpes relacionados con mayor frecuencia con las condiciones locativas y el uso de máquinas o equipos, el 12% de las lesiones fueron producidas por contacto con temperaturas extremas y el 5,8% por salpicadura de sustancias. Los sobreesfuerzos generaron el 5,8% de las lesiones.

En cuanto a las enfermedades probablemente asociadas con la ocupación se encuentra que las patologías identificadas con más frecuencia fueron las dorsopatías (26,4%) dentro de las que se encuentran lumbago, dorsalgias, cervicalgias y síndromes cervicobraquiales. Le siguen las mononeuropatías (25,5%) siendo el síndrome del túnel del carpo el diagnóstico más representativo (24,5% del total). Las entesopatías ocuparon el tercer lugar (24,8%) e incluyen sinovitis y tendosinovitis, lesiones del hombro no especificadas, bursitis y epicondilitis entre otras patologías.

Los trastornos auditivos se encontraron en el 6,82% de los casos, siendo la hipoacusia producida por ruido la principal patología (5,4% del total de eventos). Otras patologías no osteomusculares incluyen: rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica bronquitis y neumoconiosis; eventos frecuentemente asociados con la exposición a químicos ambientales.

Cabe mencionar aquí que, entre el 15 y el 16% de los eventos ocurrieron en personas que no cuentan con afiliación a salud, solo el 3,4% cuentan con afiliación a pensión y ninguno está afiliado a ARL. El 80% percibe ingresos iguales o menores a 1 SMMLV y alrededor del 72% se ubican en estratos socioeconómicos 1 y 2.

Lo anterior, da cuenta de que el trabajador informal, no reconoce los riesgos a los que está expuesto, ni los asocia con su condición de salud, no identifica las medidas de control que debe tener en la unidad de trabajo, para mitigar su exposición y controlar los riesgos, no

dan cuenta de la afiliación o uso oportuno de los servicios de salud, lo que se puede traducir en accidentes, enfermedades crónicas, discapacidades y hasta la muerte.

Por otro lado, los bajos niveles educativos de los y las trabajadoras en la economía informal, derivados de la falta de equidad en las oportunidades para el acceso a los servicios sociales, asociados a factores culturales donde los oficios son heredados en la realización de actividades económicas inmersas en ambientes pocos saludables, acompañadas de largas jornadas que afectan la calidad de vida y salud de las y los trabajadores.

Dichas condiciones de trabajo, inciden en la temprana **vinculación de los niños, niñas y adolescentes** al trabajo en condiciones precarias, que vulneran el derecho a la salud, afectan su asistencia y permanencia en el sistema educativo, además de las condiciones particulares de Bogotá, asociadas a situaciones sociales como hechos victimizantes, procesos migratorios, embarazo adolescente, discapacidades e inequidades sociales, falta de oportunidades de empleo para los padres, que los obligan de manera incipiente a hacer parte del mundo de trabajo.

Hasta el 2014 la Secretaria Distrital de Salud, se identificaron 14.528 niños y niñas trabajadores, y 6.311 adolescentes.

Dentro de las prioridades en salud pública se encuentran:

1. Barreras de acceso de los y las trabajadoras en la Economía Informal al Sistema General de Riesgos Profesionales de tal manera que existe ausencia de información sobre los eventos en salud relacionados con el trabajo de los y las trabajadoras en la Economía Informal.
2. Estrategias de promoción y prevención en la salud de los trabajadores y las trabajadoras.
3. Fortalecimiento de la estrategia de prevención y erradicación del trabajo infantil y promoción del trabajo adolescente protegido.

#### 1.4.8. Emergencias y desastres

Las urgencias en salud pública se refieren a todo evento extraordinario que generara o con potencialidad de generar un aumento de la morbilidad y la mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública y que para su atención requiere una estructura funcional y recursos dispuestos para una atención oportuna e integral del sector salud con un enfoque de protección del derecho a la salud.

Por otro lado las emergencias son amenazas súbitas a la salud pública o al bienestar del medio ambiente, que ocurren debido a causas naturales o a intervenciones del hombre, generalmente causando un impacto que puede ser atendido con recursos locales.

**Tabla 13. Notificación de brotes atendidos. Bogotá, 2012-2014**

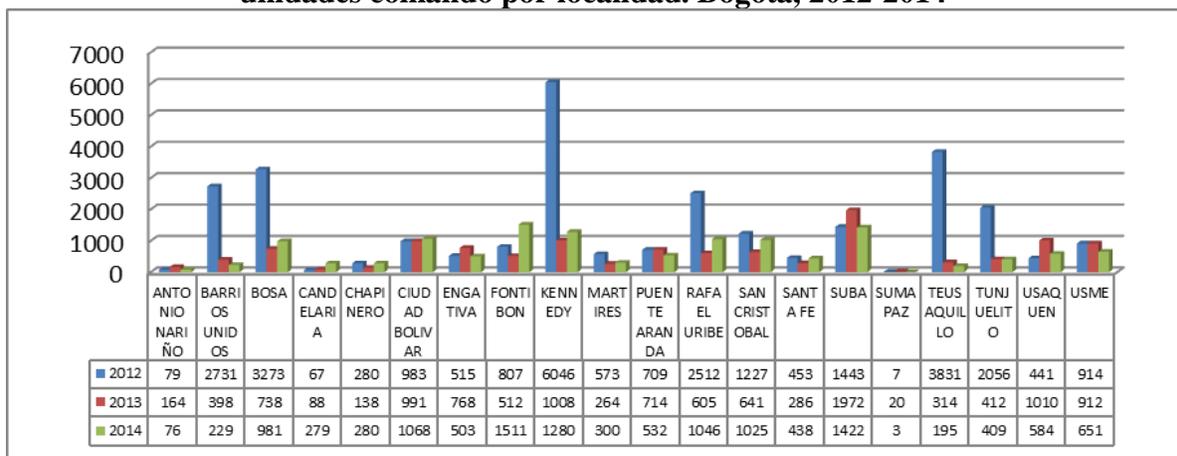
EVENTO PRESENTADO	2012	2013	2014	Total general	%
BROTE VARICELA	1.361	1.422	1.675	4.458	69.44
BROTE ETA	224	180	178	582	9.07
OTROS NO ESPECIFICADOS	126	96	157	379	5.90
BROTE ERA	48	54	64	166	2.59
BROTE EDA	54	59	52	165	2.57
BROTE PAROTIDITIS	60	36	32	128	1.99

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

Los eventos atendidos desde el 2012 al 2014 por las Unidades Comando en salud pública (Tabla 13) que concentran el 69,44% son los brotes de Varicela con un 69.44% (4.458 eventos), seguido de las ETA, Enfermedades Transmitidas por alimentos, con un 9,07% (582 eventos), junto con los eventos no especificados, brotes de ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) y Parotiditis concentran el 91,56% de los eventos atendidos por los grupos de Urgencias y emergencias en salud Pública.

Se presenta un promedio de 2.140 eventos atendidos por año desde el año 2012. Estos eventos no son predecibles y el comportamiento de presentación no necesariamente está ligado a factores sociales o políticos, responde a la notificación bien sea por la comunidad o la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES).

**Ilustración 3. Número de personas involucradas en los eventos atendidos por las unidades comando por localidad. Bogotá, 2012-2014**



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

La ilustración 3 representa el número de personas involucradas en los eventos atendidos por las Unidades Comando en Salud Pública. El 15,5% de las personas se concentran en la localidad de Kennedy.

## 1.5 Salud y ambiente

La Salud Ambiental se entiende como el campo de acción de la salud pública, enmarcado en la interacción del ambiente y la salud, y en los efectos que las condiciones del ambiente tienen sobre la salud individual y colectiva (Decreto 596 de 2011). Las condiciones ambientales se abordan como un determinante que genera un perfil de protección o deterioro de la salud humana.

En el marco de esta definición, la política Distrital de Salud, incide en las diferentes problemáticas ambientales a través de la política de Salud ambiental con 8 Líneas de Intervención (Aire, ruido y radiación electromagnética, Agua y saneamiento básico, Medicamentos seguros, Alimentos sanos y seguros, Hábitat, Espacio público y movilidad, Seguridad química, Eventos transmisibles de origen zoonótico y Cambio Climático), las cuales tienen 5 estrategias para su implementación: (i) fortalecimiento de la gestión en salud ambiental, (ii) promoción de entornos ambientalmente saludables, (iii) gestión del conocimiento, (iv) gestión integral del riesgo, (v) vigilancia en salud ambiental.

La Secretaría Distrital de Salud desarrolla la vigilancia de la Salud Ambiental, que corresponde a una de las ramas de la Salud Pública encargada de evaluar y controlar el impacto de las personas sobre el medio ambiente y del medio ambiente sobre las personas. Esta vigilancia se enmarca en la Vigilancia en Salud Pública, que el Decreto 3518 en su artículo 3 define como la “Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.”

Los principales problemáticas que en salud ambiental se han evidenciado en la ciudad, e igualmente las consecuencias en caso que estas no puedan ser atendidos mediante una respuesta institucional, se relacionan con:

### 1.5.1 Manipulación inadecuada de alimentos

La manipulación inadecuada de alimentos se debe, entre otros factores a: no aplicación de las buenas prácticas de manufactura (BPM), 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.

La manipulación inadecuada de alimentos tiene como consecuencia la afectación de las personas a nivel individual y colectivo (brotes) con enfermedades transmitidas por

alimentos (ETA) (Ilustración 13). Se observa que desde que existe el sistema de notificación de eventos SIVIGILA (2008), la notificación de brotes de ETA ha ido en ascenso, encontrando dos picos en los años 2010 y 2012.

Con el fin de disminuir los riesgos a la población de la ciudad, es necesario destinar recursos para aumentar la cobertura de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de establecimientos en los cuales se elaboren, distribuyan y expendan alimentos (restaurantes comerciales, fábricas de refrigerios escolares, instituciones educativas, establecimientos penitenciarios y carcelarios, etc.), así como de los vehículos transportadores de los mismos.

De igual forma se requiere presupuesto para la educación en manipulación adecuada de alimentos a las amas de casa, manipuladores de alimentos de oficio y comunidad en general.

**Ilustración 4. No. de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. Bogotá D.C., 2007-2014**



Fuente: SIVIGILA

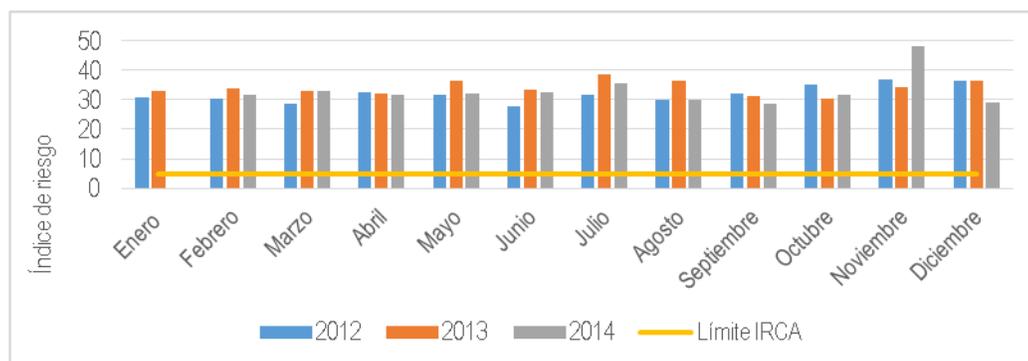
### 1.5.2 Deterioro del recurso hídrico (calidad y cantidad)

La calidad del agua y el saneamiento básico se afecta por factores como la presencia de vertimientos de aguas residuales y afectación de los ecosistemas en las fuentes abastecedoras e igualmente la presencia de asentamientos humanos en zonas donde no se cuenta con abastecimiento de agua potable y que adicionalmente conlleva el inadecuado manejo y disposición final de residuos sólidos.

La ciudad cuenta con abastecimiento de agua para consumo humano en condiciones apropiadas y seguras por parte de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá. Los pobladores de zonas rurales y de asentamientos fuera del área de cobertura de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, tienen otras fuentes de abastecimiento

los cuales no son seguros favoreciendo la presentación de eventos mórbidos como enfermedad diarreica aguda.

**Ilustración 5. Índice de riesgo para la calidad del agua potable en otros sistemas de abastecimiento. Bogotá D.C., 2012-2014.**



Fuente: SIVIGILA

El índice de riesgo de la calidad del agua potable permite relacionar los diferentes parámetros que se miden en el agua suministrada por los sistemas de abastecimiento, el cual idealmente debe estar en un nivel sin riesgo (límite IRCA), es decir por debajo del nivel de ponderación de 5 unidades.

La mayoría de los sistemas de abastecimiento diferentes a la Empresa de agua, aseo, acueducto y alcantarillado de Bogotá, EAB-ESP, suministran agua con algún nivel de riesgo (Ilustración 15) lo cual se podría relacionar con incrementos de morbilidad en la población abastecida.

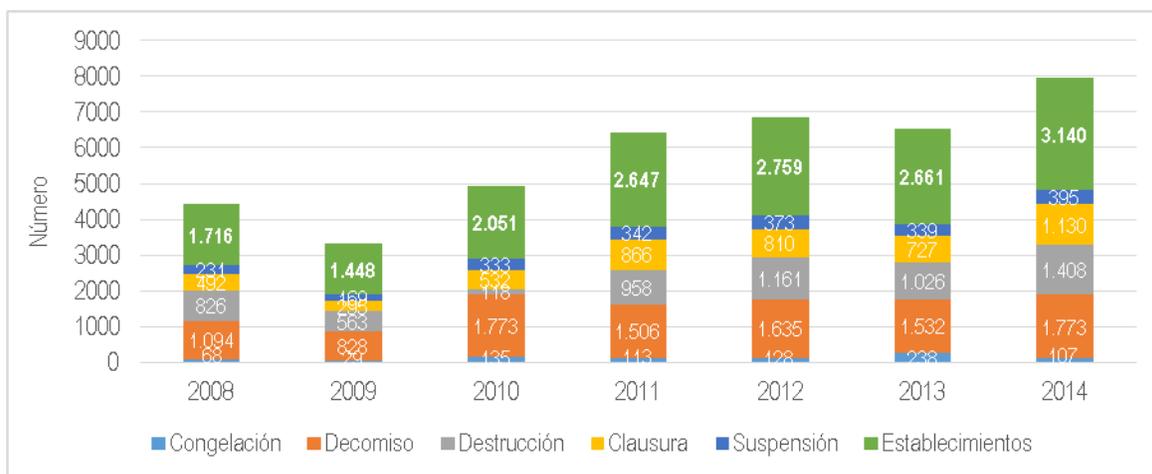
Para disminuir el indicador a rangos sin riesgo, es necesario revisar de manera detallada información sobre los parámetros que lo conforman y así determinar cuáles serían los principales procesos que se deben implementar o mejorar.

**1.5.3. Inadecuadas condiciones higiénico sanitarias en establecimientos comerciales.**

En la ciudad de Bogotá se ha evidenciado una alta proliferación de establecimientos informales donde los propietarios desconocen las normas vigentes, aunado a lo anterior, por la dinámica de la ciudad, hay una alta rotación de establecimientos y diversificación de los mismos impidiendo el cumplimiento de las normas sanitaria y afectando la culminación de procesos sancionatorios.

La presencia de establecimientos comerciales, institucionales o industriales que no cumplen las condiciones sanitarias se constituyen en factores de riesgo que favorecen la presencia de eventos mórbidos o mortales en las personas que laboran allí o que los visitan.

**Ilustración 6. Establecimientos implicados en medidas sanitarias y número de medidas sanitarias aplicadas. Bogotá D.C., 2012-2014**



Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. SIVIGILA.2014

**1.5.4. Inadecuadas prácticas en el manejo y consumo de medicamentos**

En relación al manejo inadecuado de medicamentos, se evidencian aspectos como los determinantes sociales, culturales y económicos, sumados a las barreras de acceso a los servicios de salud y la proliferación de publicidad por distintos medios que conlleva a prácticas como la automedicación irresponsable y la auto prescripción.

Se presentan eventos de interés en salud pública como brotes y alertas, principalmente debido a intoxicaciones agudas por medicamentos en su mayoría en menores de cinco años y gestantes, asociados a intoxicaciones accidentes y con intencionalidad suicida.

Es necesario resaltar que las intoxicaciones asociadas al uso de benzodiazepinas con intencionalidad delictiva representan un porcentaje importante de las intoxicaciones agudas por medicamentos, donde en el año 2014 se reportaron 500 casos (39,4%) y primer semestre del 2015 con 174 casos (38,6%).

**1.5.5. Presencia de vectores que ocasionan mordeduras o picaduras.**

La conducta irresponsable en materia de adquisición y tenencia responsable de animales de compañía, genera un incremento de caninos y felinos en la ciudad, lo anterior, lo evidencia la Secretaría Distrital de Salud producto del desarrollo durante los últimos 15 años de tres estudios orientados a establecer las dinámicas poblacionales de caninos y felinos.

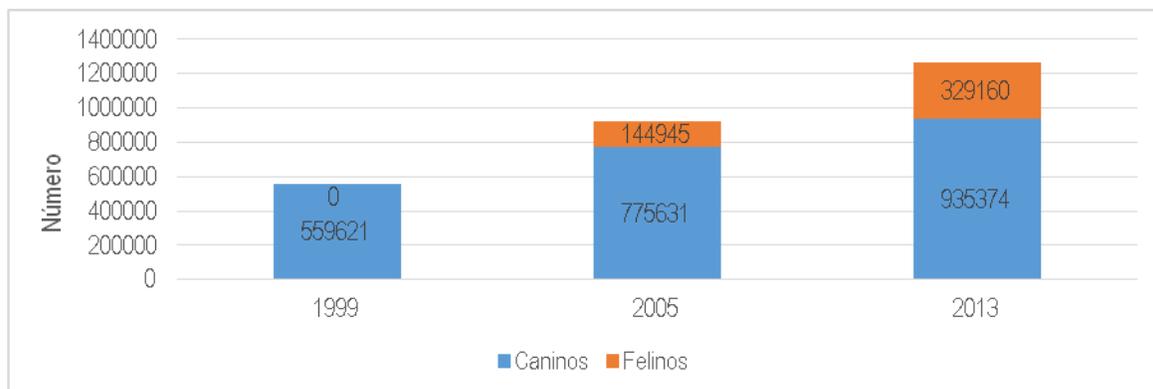
Los resultados entregados permiten observar que entre el año 1999 y 2005, la tasa de crecimiento de la población canina oscilaba en un 5,5% anual, tasa que decreció entre 2005 y 2013 al pasar al 2,1% anual.

Para el año 2015 se estima que en la ciudad habitan 903.313 caninos y 290.221 felinos. Se anota que el estudio poblacional más reciente (2013) tomó como unidad muestral la vivienda e incluyó la variable grado de confinamiento parcial de perros, el cual en promedio para la ciudad es del 38%, lo cual indica que de cada 100 perros de la ciudad que tienen vivienda, 38 deambulan por las calles (Ilustración 18); este dato se presenta para indicar que existen animales identificados por la comunidad como callejeros, los cuales pueden generar riesgos de agresiones a la comunidad o molestias sanitarias.

La presencia de animales domésticos en las vías públicas se puede deber entre otras razones a la conducta irresponsable por parte de tenedores y propietarios de animales de compañía y semovientes que afectan el bienestar de los animales, las personas y el entorno, causando potenciales problemas de salud pública y deterioro ambiental.

Las situaciones que facilitan a los vectores y roedores su generación y proliferación se encuentran: el hacinamiento, la inadecuada infraestructura de las viviendas, el inadecuado manejo de residuos sólidos y líquidos y la tenencia irresponsable de animales de diversa índole.

**Ilustración 7. Dinámica poblacional canina y felina.  
Bogotá D.C., 1999-2005-2013**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Estudios dinámica poblacional canina y Felina Bogotá D.C.

De otra parte, el grado de confinamiento parcial de los gatos para el distrito es del 53%, lo cual indica que es mayor que en los perros, generando un potencial riesgo en materia de salud pública, sanidad animal y bienestar animal; la presencia de animales deambulando en las calles favorece la presentación de accidentes ocasionados por agresión animal (Tabla 17) y aumenta el riesgo en las personas de adquirir una zoonosis e igualmente contribuye a la contaminación ambiental por la inadecuada disposición de las excretas.

**Tabla 12. Número de casos de agresión por animales potencialmente transmisores de rabia notificados según especie agresora. Bogotá D.C., año 2012- 2015\*.**

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

Fuente: SIVIGILA

Por otra parte, la disposición inadecuada de residuos, sumado a las deficientes condiciones de saneamiento básico en las viviendas y en áreas públicas, ocasiona molestias a los ciudadanos al percibir un incremento en el número de animales sinantrópicos especialmente roedores y palomas, que además de facilitar la presencia de mosca doméstica, pulgas, piojos y cucarachas generan un riesgo latente de presentación de enfermedades.

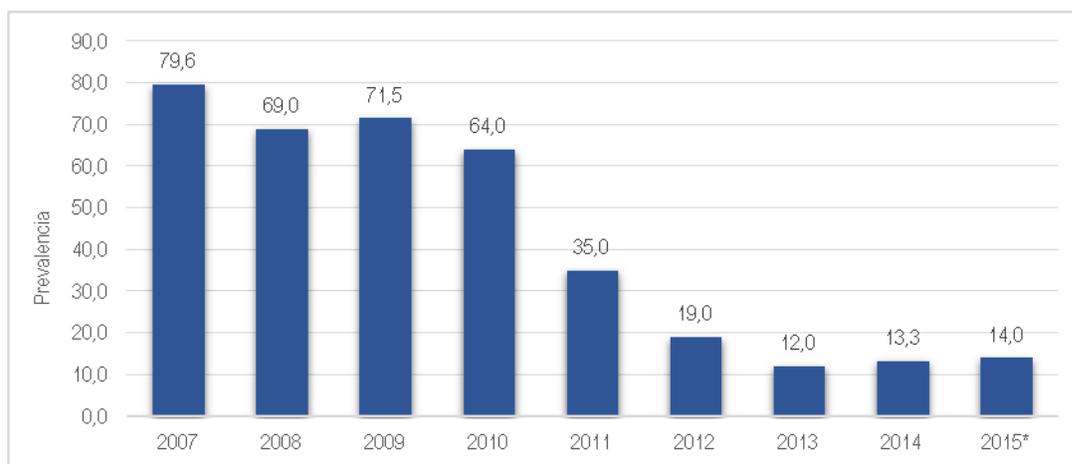
### 1.5.6. Contaminación ambiental generada por el aire, ruido y radiación electromagnética

En relación a la calidad del aire, se ha determinado que más de la mitad de la contaminación del aire en Bogotá por material particulado se debe al aporte de fuentes móviles. Las vías de más alto flujo vehicular -en particular donde hay una mayor distribución modal de la flota de Transporte Público Colectivo (TPC) -son la Carrera 10, la calle 13, la Calle 26 y la avenida 68. Las localidades de Kennedy, Puente Aranda y Fontibón están consideradas como áreas fuente de contaminación ambiental. Sin embargo, en los últimos años se ha manifestado una contaminación complementaria a la del material particulado y es la generada por olores ofensivos que han sido reportadas por la comunidad especialmente las relacionadas con la quema de residuos de diferente naturaleza; cercanía a fuentes de agua contaminadas o alcantarillado; actividades económicas como la cría, sacrificio y procesamiento de subproductos de animales y empresas manufactureras. Además, se suma a la contaminación del aire, la contaminación del aire a nivel intramural especialmente por humo de tabaco.

De igual manera, la presencia de niveles de ruido altos especialmente en zonas densamente pobladas, con prácticas comerciales o asociadas a la operación de mega infraestructuras y la proliferación de instalaciones básicas de telefonía celular como consecuencia del desarrollo de los sistemas de telecomunicaciones, son consecuencia del desarrollo creciente de la ciudad.

Respecto a la contaminación del aire, se observa que la prevalencia promedio de sibilancias en menores de 5 años, asociadas a material particulado, es del 37% durante los últimos 4 años.

#### **Ilustración 8. Prevalencia de sibilancias en menores de 5 años posiblemente asociado a material particulado pm10. Bogotá D.C., 2007-2015**

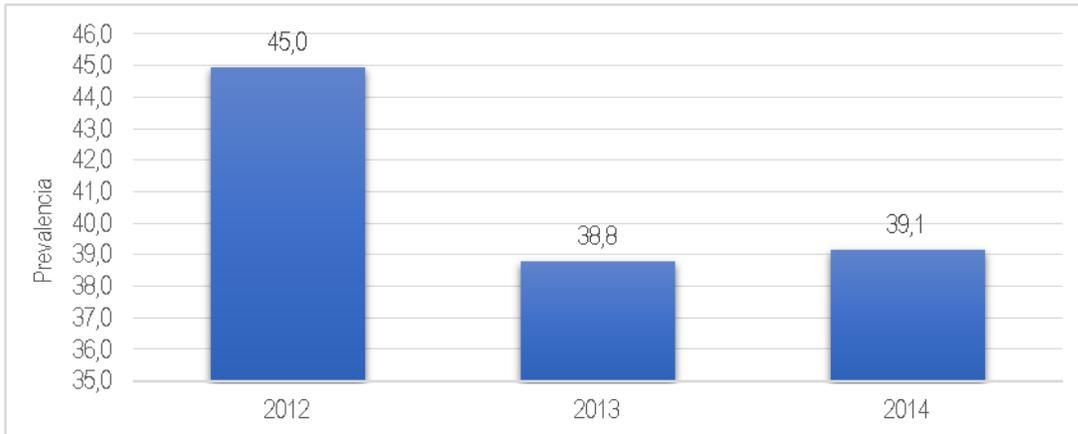


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Subsecretaría de Salud Pública-Línea de Aire, Ruido y REM.

\*Primer semestre 2015

En relación a la contaminación por ruido, se destaca que entre los efectos en salud los de tipo auditivo (hipoacusia) (Ilustración 20) y extra auditivo (neuro-psicológicos) que incluyen: sensación de molestia, irritabilidad, alteraciones del sueño y disminución en la productividad.

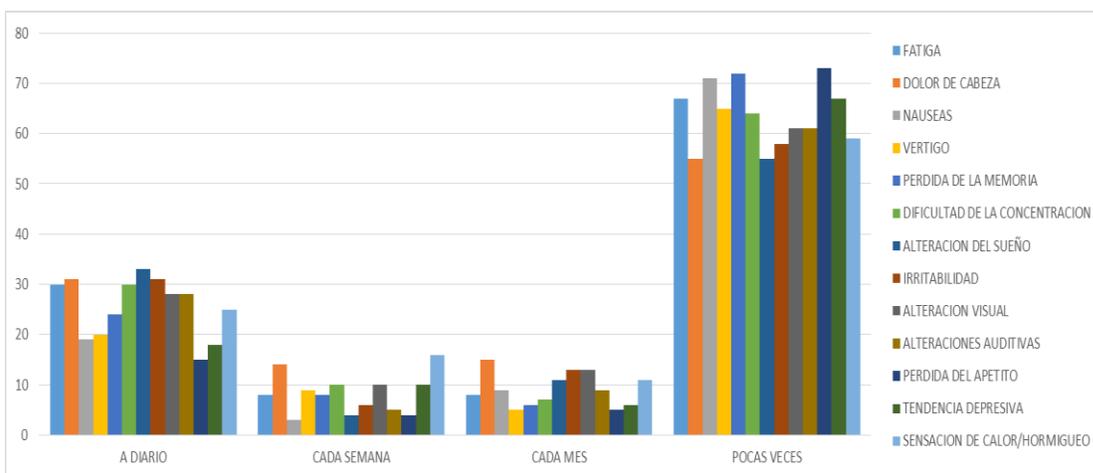
**Ilustración 9. Prevalencia de hipoacusia. Bogotá D.C., 2012-2014**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Subsecretaría de Salud Pública-Línea de Aire, Ruido y REM.

La percepción de morbilidad por parte de la comunidad, posiblemente relacionada con la instalación de antenas se ha empezado a estudiar de acuerdo a síntomas inespecíficos, al indagar la percepción, perciben se encontró que la comunidad frecuentemente refiere presentar los síntomas pocas veces.

**Ilustración 10. Frecuencia de síntomas que perciben las personas que refieren quejas por exposición a radiaciones electromagnéticas. Bogotá D.C., 2014**



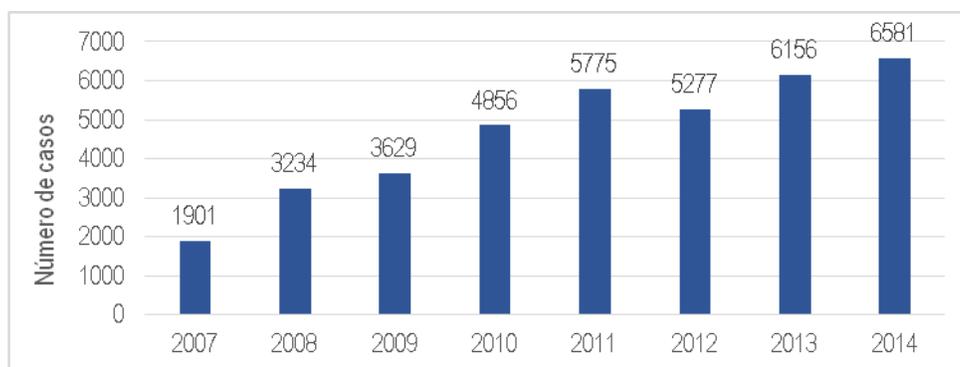
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Subsecretaría de Salud Pública-Línea de Aire, Ruido y REM.

### 1.5.7. Seguridad química

El evento de intoxicaciones por exposición a sustancias químicas recoge información en relación con la exposición a plaguicidas, medicamentos, metanol, solventes, metales pesados, sustancias psicoactivas, gases y otras sustancias químicas. La principal consecuencia de las exposiciones identificadas es el aumento en la ocurrencia de intoxicaciones por exposición a sustancias químicas con fines intencionales, tales como los intentos suicidas, las acciones delictivas y el uso psicoactivo, situaciones que encabezan las causas de ocurrencia de la mayor proporción de intoxicaciones en la ciudad, en los últimos años.

Al comparar los eventos por intoxicación por sustancias químicas en Bogotá, entre el 2007 y 2014 (Ilustración 14), se observa un aumento de los mismos, situación que se puede explicar por el fácil acceso a la adquisición de sustancias químicas en el comercio y el manejo inadecuado de las mismas, muchas veces con intencionalidad suicida, delictiva, homicida y accidental.

**Ilustración 11. Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas Bogotá D.C., 2007-2014**



Fuente: SIVIGILA 2017-2014

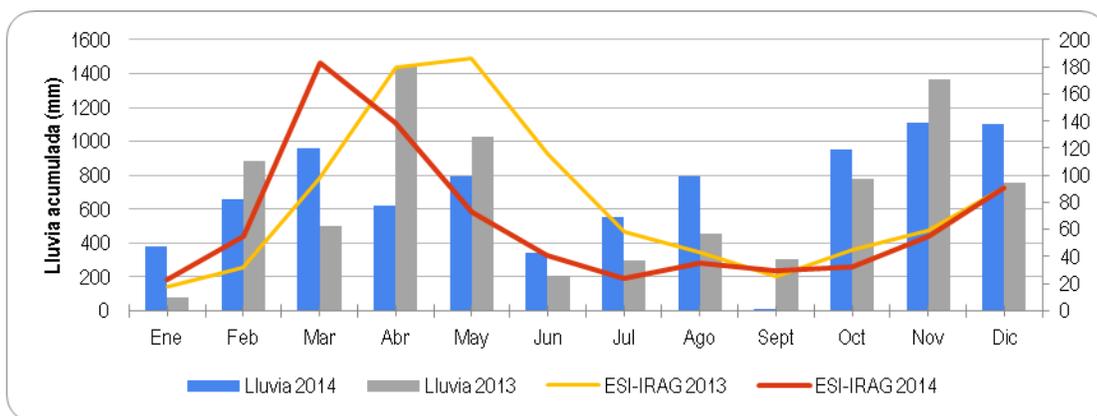
### 1.5.6. Cambio climático

El Cambio climático compromete la sostenibilidad del desarrollo humano y amenaza los sistemas ecológicos. Los efectos directos en la salud generados por variabilidad y cambio climático son entre otros: olas de calor más frecuentes y más intensas con efectos nocivos para la salud de la población (islas de calor en el Distrito); mayor frecuencia de catástrofes naturales como inundaciones o terremotos, que no sólo tendrían un impacto inmediato por las víctimas directas que provocarían, sino que también afectarían a las viviendas, suministros de agua potable y comida; aumento de la polución ambiental en las ciudades, generando problemas respiratorios y mayores dificultades alérgicas y radiación ultravioleta.

Como efectos indirectos se encuentran: incremento de las enfermedades transmitidas por alimentos, enfermedades infecciosas, grandes desplazamientos de población como consecuencia de estas catástrofes naturales, que complicarían aún más las condiciones sanitarias de ciudades masificadas y zonas sin servicios adecuados, alta variabilidad climática

que generarían malnutrición y enfermedades asociadas, a menos que las prácticas agrícolas se adaptaran a los cambios en las temperaturas, las lluvias y la humedad de la tierra, entre otros.

**Ilustración 12. Eventos notificados de ESI-IRAG e IRAG en temporada de lluvias. Bogotá D.C., 2013-2014.**



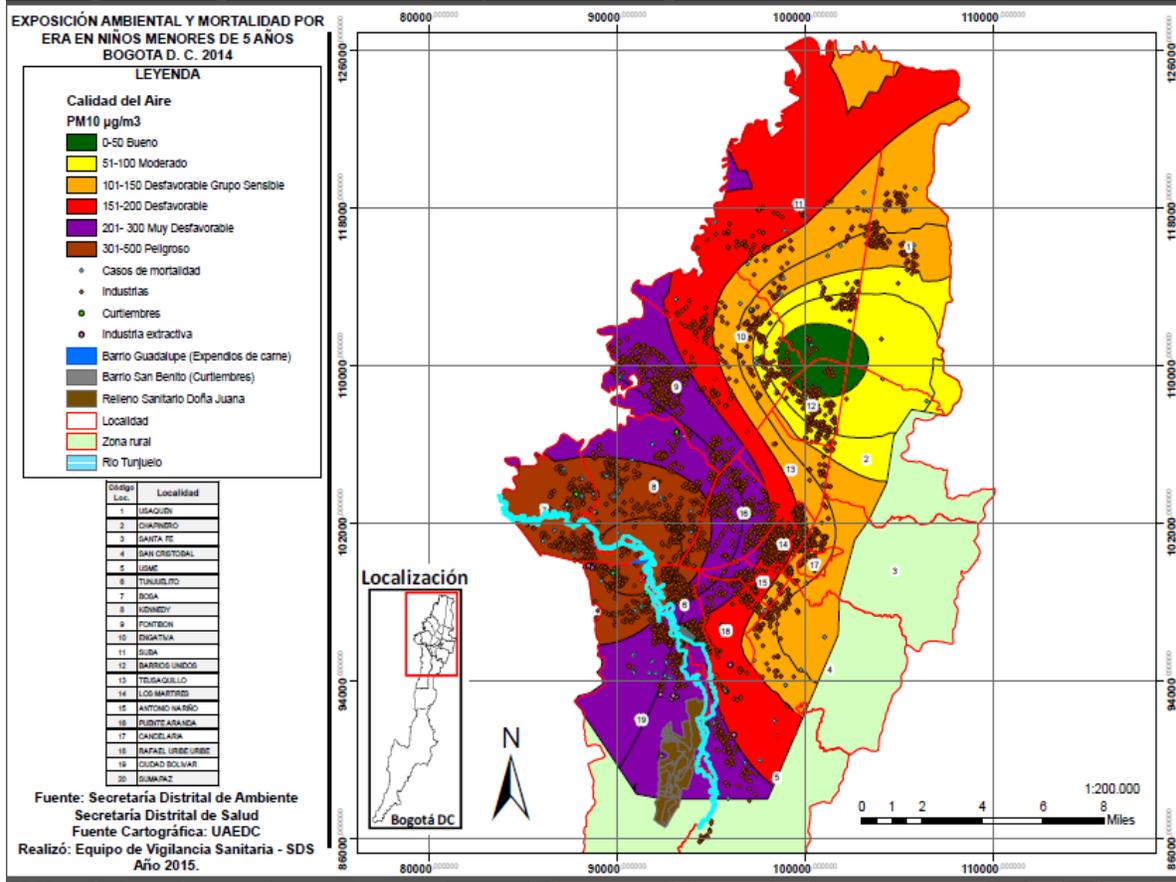
Fuente: Secretaría Distrital de Salud

El efecto de la variabilidad climática puede afectar, negativamente, la carga de la enfermedad en Bogotá al verse modificados los patrones de transmisión de ciertas enfermedades o agravar los factores de riesgo en otras patologías. En Bogotá, la carga de la enfermedad en menores de 5 años recae principalmente en la enfermedad respiratoria aguda- ERA\_- siendo una de las principales causas de mortalidad en esos grupos etáreos (73,8 x 100.000 habitantes en menores de 1 año, 4,9 x 100.000 habitantes en población de 1 a 4 años) (Ilustración 22). Igualmente, se evidencia una tendencia en el aumento de los casos de ERA en la temporada de lluvias, 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.

A manera de ilustración se presenta, la relación entre exposición a contaminación ambiental y el comportamiento de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (ERA) en niños menores de cinco años:

En el mapa se observan los índices de calidad del aire de Bogotá medidos en PM<sub>10</sub>, así mismo, están geo-referenciadas las industrias del distrito, resaltando las curtiembres e industria extractiva, la zona de concentración de expendios de carne y el relleno sanitario Doña Juana.

**Mapa 2 . Exposición ambiental y mortalidad por era en niños menores de 5 años**



De forma complementaria, se observa la afectación en los habitantes de las localidades Kennedy, Bosa y Ciudad Bolívar, sumando a Puente Aranda, quienes tiene mayor probabilidad de manifestar sintomatología respiratoria y/o cardiovascular de acuerdo con su vulnerabilidad (menores de 5 años, adultos mayores, asmáticos, cardiacos, embarazadas), teniendo en cuenta las concentraciones de material particulado de estas zonas, principalmente se resalta Bosa y Kennedy cuyas concentraciones se catalogan como Peligrosa (entre 301 y 500  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) y Ciudad Bolívar catalogadas como Muy desfavorable (201-300  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ), siendo coherente con la zona de residencia de los casos de mortalidad infantil por ERA, los cuales se concentraron en las localidades de Ciudad Bolívar con 14 casos, Bosa, Kennedy y Suba con 11 casos cada uno.

La tendencia de lluvias es inversamente proporcional con la concentración de contaminantes. Tal y como se observa en el mapa, las industrias se encuentran ubicadas en todo el Distrito Capital sin tener áreas específicas para el desarrollo de las diversas actividades económicas. Sin embargo, existe mayor concentración en la zona sur occidental de la ciudad, áreas correspondientes principalmente a las localidades de Fontibón, Kennedy, Bosa, Ciudad Bolívar y Puente Aranda, hecho equiparable con las mayores

concentraciones de material particulado y mayores promedios de temperatura y menores registros de precipitación de la ciudad. 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.

#### 1.5.9 Gestión de la salud ambiental

Otros escenarios distritales por donde discurre la salud ambiental de la ciudad, hacen referencia la articulación de la gestión de la salud ambiental con los espacios interinstitucionales e intersectoriales para el cumplimiento de los fallos del Consejo de Estado del Tribunal Administrativo de Cundinamarca acerca del Río Bogotá y los Cerros Orientales; para el desarrollo de una Estrategia de intervención integral en el Río Fucha; y para el desarrollo de un programa de Reasentamiento Humano en zonas de alto riesgo, como es el caso de las comunidades asentadas en territorios en alto riesgo de remoción en masa de las localidades de los cerros orientales o en las áreas de ronda de quebradas de Ciudad Bolívar o en zonas de protección de humedales o de inundación en sectores aledaños al Río Bogotá, Tunjuelo, Fucha, entre otros.

## **2. ESTADO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POBLACIÓN DE BOGOTÁ**

### **2.1. Población según el aseguramiento en salud**

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades encargadas de las funciones del aseguramiento, son las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado. Adicionalmente una proporción de la población pertenece a entidades adaptadas, regímenes de excepción o, a regímenes especiales y la garantía de la prestación de servicios en salud de la población pobre no asegurada es responsabilidad de la entidad territorial.

Se debe tener en cuenta que en la capital de país, adicional a las situaciones propias del SGSSS (tránsito entre regímenes, nacimientos, fallecimientos, traslados, desplazamientos y movilidad), es receptora de constatación migración, lo cual genera diferentes dinámicas en virtud de las cuales se presenta una franja de población que demanda servicios de salud que deben ser garantizados por el Ente Territorial, no obstante esta población: no haya sido encuestada o categorizada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios [SISBEN], o cumpliendo con los requisitos para ser afiliados al régimen subsidiado no ha realizado el procedimiento de afiliación al régimen subsidiado, o cuyo puntaje de la encuesta SISBEN no les permite acceder al régimen subsidiado pero que manifiestan no tener capacidad de pago.

### **2.2. Composición de la población por régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud.**

La distribución de la población en Bogotá D.C (Tabla 13), según régimen del SGSSS a diferencia de lo que ocurre en el resto del país presenta una distribución mayoritaria con afiliación al régimen contributivo, y un porcentaje poblacional de PPNA (Población Pobre No Asegurada) cuya prestación de los servicios de salud es garantizada en todos los niveles de complejidad a través de la contratación con las 22 ESE que componen la red adscrita e IPS de red complementaria. Dentro de estos encontramos a los ciudadanos que no cumplen con los requisitos para ser afiliados al Régimen Subsidiado por presentar puntaje de SISBEN superior a 54,86, pero que manifiesta no tener capacidad de pago para contribuir al sistema.

**Tabla 13. Distribución por régimen de afiliación.  
Bogotá, septiembre de 2015**

<b>AFILIADOS POR RÉGIMEN</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del total</b>	<b>% de afiliados</b>
Activos en Régimen Contributivo	5.985.977	76,0%	80,0%
Activos en Régimen Subsidiado	1.295.889	16,4%	17,3%
Regímenes de Excepción (estimado)	203.889	2,6%	2,7%
<b>Subtotal afiliados</b>	<b>7.485.755</b>	<b>95,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>NO AFILIADOS</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del total</b>	
Afiliables al Régimen Subsidiado (SISBEN Niveles 1 y 2)	106.784	1,4%	
Encuestados que no se pueden afiliar al subsidiado por puntaje Sisbén superior	106.222	1,3%	
No afiliados No Sisbenizados atendidos con cargo al FFDS-SDS en 2014	81.540	1,0%	
<b>Subtotal no afiliados</b>	<b>294.546</b>	<b>3,7%</b>	
<b>TOTAL AFILIADOS + NO AFILIADOS</b>	<b>7.780.301</b>	<b>98,8%</b>	
<b>Proyección población DANE a 2015</b>	<b>7.878.783</b>		

- Fuentes:
- Contributivo Base de Datos Única de Afiliados – Fondo de Solidaridad y Garantía, corte a 30 de septiembre de 2015.
- Subsidiado Base de Datos Única de Afiliados - Fondo de Solidaridad y Garantía, corte a 30 de septiembre de 2015.
- Maestro Subsidiado Secretaría Distrital de Salud, corte 30 de junio de 2015.
- Base de datos SISBEN certificada Dirección Nacional de Planeación, agosto de 2015 (vigente a 30 de septiembre de 2015).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – Secretaría Distrital de Planeación, Encuesta Multipropósito 2014.
- Proyección población Departamento Administrativo Nacional de Estadística a 2015.
- Cruce Registro Individual de Procedimientos (RIPS) 2014 con SISBEN corte a diciembre 2014

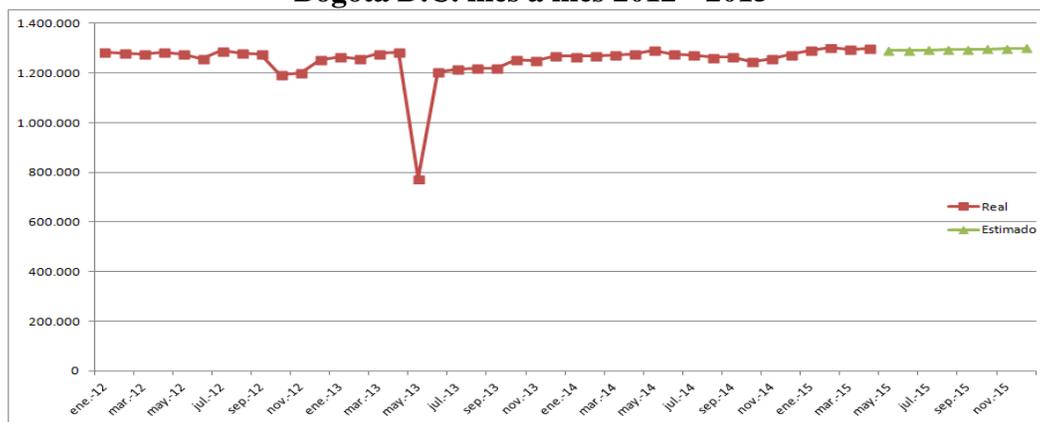
En el Distrito Capital, con corte a 30 de septiembre de 2015, existe un total de 106.784 ciudadanos que cumplen con los criterios para afiliarse al Régimen Subsidiado y aún no han hecho, mientras que otras 106.222 personas no podrían ingresar al régimen subsidiado por exceder el puntaje límite de 54,86 establecido en la metodología III del SISBEN, no obstante manifiestan no tener capacidad de pago.

Verificado lo anterior y toda vez que Bogotá D.C., cuenta con la certificación de universalización desde el año 2012, tenemos que este pequeño grupo poblacional corresponde a la dinámica propia del aseguramiento y la movilidad dentro del Distrito Capital, no obstante demanda servicios y en esta medida nuevos análisis y definiciones normativas para su ingreso al SGSSS.

## Análisis de la Cobertura del Aseguramiento. El reto del Aseguramiento Universal en Bogotá D.C.

Aunque la dinámica de afiliación al Régimen Subsidiado de salud varía mes a mes, el promedio histórico de variabilidad refleja un aumento neto similar a la tasa de crecimiento poblacional estimada por el DANE, de 1,35% (Gráfico 15) con la cual se podría soportar de una manera más real una proyección de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en Bogotá D.C., para los próximos años, considerando que los picos registrados corresponden a los traslados por asignación directa hecha tras la intervención para liquidar a las EPS SALUD CÓNDOR (2012), HUMANAVIVIR y SOLSALUD (2013) y tras el retiro voluntario de COLSUBSIDIO y ECOOPSOS (2012) de Bogotá D.C.<sup>37</sup>, Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado de Salud [EPS-S].

**Ilustración 13. Comportamiento de la afiliación al régimen subsidiado de salud Bogotá D.C. mes a mes 2012-- 2015**



Fuente: Maestro de Afiliados Régimen Subsidiado y BDUA, cortes mensuales

### 2.3. Empresas administradoras de planes de beneficio que operan en Bogotá, D.C.

En el Distrito Capital actualmente operan 3 EPS del régimen subsidiado: Capital Salud, Caprecom y Unicajas COMFACUNDI, y 13 EPS Del Régimen Contributivo: FAMISANAR, Compensar, Sanitas, Salud Total, SALUDCOOP, Nueva EPS, Cruz Blanca, CAFESALUD, SURA, ALIANSALUD, Coomeva, Servicio Occidental de Salud y SALUDVIDA, y 6 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de régimen de excepción, especiales o adaptadas: Policía, Fuerzas Militares, Fondo Pasivo de Ferrocarriles Nacionales, UNISALUD, Magisterio y Ecopetrol.

<sup>37</sup> En relación a las Fases de Diagnostico del Programa de Seguridad del Paciente, la I Fase se evaluaron los criterios del Programa de Seguridad del Paciente, realizado en el año 2013, en la II Fase se evaluó el avance del programa y se incluyeron los componentes del Sistema Único de Habilitación y el Sistema Único de Acreditación, realizado en el año 2014. Para la categorización se evaluó sobre un total de 1000 Puntos. La categoría Alta corresponde a las instituciones que tuvieron un puntaje superior a los 800 Puntos., la Media entre 600 y 795 y la Baja inferior a 595.

Es importante aclarar que con el Decreto 3047 de 2013, todas las EPS de régimen subsidiado y contributivo pueden registrar afiliados a ambos regímenes a través del proceso de movilidad entre regímenes.

Cabe destacar que las EPS Capital Salud y Caprecom están bajo medida de vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Bajo medida preventiva se encuentran: Unicajas Comfacundi, Coomeva, Servicio Occidental de Salud. En el régimen contributivo, con medida de vigilancia especial: Cruz Blanca y CafeSalud. En intervención forzosa para administrar se encuentra la EPS SALUDCOOP, todas a través de SNS.

#### 2.4. Distribución de la población afiliada al régimen subsidiado por aseguradora en Bogotá.

La afiliación al régimen subsidiado en la ciudad, se distribuye así: Capital Salud, con el 65% de afiliados; Caprecom con el 16% de los afiliados y Unicajas - COMFACUNDI con el 6% de afiliación, el restante 12% se encuentra distribuida en 13 EPS-C (de acuerdo a lo establecido por proceso de movilidad entre regímenes).

**Tabla 14. Distribución de la población afiliada al régimen subsidiado por aseguradora. Bogotá D.C., septiembre de 2015.**

<b>AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO</b>					
<b>Código</b>	<b>EPS-S</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>	<b>Aprobados</b>	<b>Disponible</b>
EPSS34	CAPITAL SALUD	845.882	65,27%	934.027	88.145
EPS020	CAPRECOM	208.981	16,13%	300.000	91.019
CCF053	COMFACUNDI UNICAJAS	79.798	6,16%	400.000	320.202
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.134.661</b>	<b>87,56%</b>		
EPSS17	FAMISANAR (RS)	39.544	3,05%	112.536	72.992
EPSS02	SALUD TOTAL (RS)	25.482	1,97%	60.906	35.424
EPSS08	COMPENSAR (RS)	24.920	1,92%	101.179	76.259
EPSS13	SALUDCOOP (RS)	19.966	1,54%	58.621	38.655
EPSS37	NUEVA EPS (RS)	12.739	0,98%	51.169	38.430
EPSS23	CRUZ BLANCA (RS)	10.955	0,85%	41.355	30.400
EPSM03	CAFESALUD (RS)	8.655	0,67%	39.912	31.257
EPSS10	SURA (RS)	8.520	0,66%	23.823	15.303
EPSS05	SANITAS (RS)	5.624	0,43%	73.211	67.587
EPSS16	COOMEVA (RS)	4.193	0,32%	14.311	10.118
EPSS01	ALIANSALUD (RS)	344	0,03%	19.803	19.459
EPSS18	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (RS)	281	0,02%	760	479
EPSM33	SALUDVIDA (RS)	5	0,00%	356	351
	<b>SUBTOTAL MOVILIDAD</b>	<b>161.228</b>	<b>12,44%</b>		
	<b>Total general</b>	<b>1.295.889</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.231.968</b>	<b>936.079</b>

Fuente. Subsidiado BDUA-FOSYGA corte 30 de septiembre de 2015.

Nota: Datos vigentes hasta el 10 de noviembre de 2015, después de procesar próximo cierre del ciclo BDUA.

2.5. Distribución de la población afiliada al régimen contributivo por aseguradora  
 En cuanto a la distribución de la población del Régimen Contributivo por Entidad Promotora de salud el grupo SALUDCOOP compuesto por SALUDCOOP EPS, CAFESALUD y CRUZ BLANCA cuenta con aproximadamente el 23% del total de la afiliación, adicionalmente puede observarse la participación de las dos EPS que cuentan con mayor población afiliada al Régimen Subsidiado CAPITAL SALUD y CAPRECOM, en cuyos casos la movilidad no es representativa. Ver tabla 15.

**Tabla 15. Distribución de la población afiliada régimen contributivo, de excepción y subsidiado por localidades**

LOCALIDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	% DENTRO DE LA LOC	RÉGIMEN SUBSIDIADO	% DENTRO DE LA LOC
01. USAQUEN	434.998	88,0%	30.632	6,2%
02. CHAPINERO	119.298	86,5%	9.419	6,8%
03. SANTA FE	63.681	57,9%	33.428	30,4%
04. SAN CRISTOBAL	279.427	68,8%	109.930	27,1%
05. USME	259.731	60,0%	108.435	25,1%
06. TUNJUELITO	148.515	74,2%	38.888	19,4%
07. BOSA	406.294	62,8%	145.930	22,6%
08. KENNEDY	792.275	74,1%	141.626	13,2%
09. FONTIBON	313.041	82,3%	26.647	7,0%
10. ENGATIVA	741.040	84,7%	81.797	9,4%
11. SUBA	986.762	84,0%	97.827	8,3%
12. BARRIOS UNIDOS	215.086	89,3%	14.768	6,1%
13. TEUSAQUILLO	142.201	94,1%	2.172	1,4%
14. LOS MARTIRES	68.362	69,2%	18.295	18,5%
15. ANTONIO NARIÑO	87.444	80,3%	11.003	10,1%
16. PUENTE ARANDA	215.816	83,5%	22.345	8,6%
17. LA CANDELARIA	15.681	65,1%	6.347	26,3%
18. RAFAEL URIBE URIBE	269.188	71,8%	104.249	27,8%
19. CIUDAD BOLIVAR	425.686	61,9%	214.101	31,1%
20. SUMAPAZ	1.452	22,5%	1.569	24,3%
99. LOCALIDAD NO REFERIDA			76.481	
<b>Total general</b>	<b>5.985.978</b>	<b>76,0%</b>	<b>1.295.889</b>	<b>16,4%</b>

Fuentes: Contributivo (Estimado) BDUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015. Subsidiado DUA - FOSYGA, corte a 30 de septiembre de 2015. Maestro Subsidiado SDS, corte 30 de septiembre de 2015. DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2015.

### **Población pobre no asegurada**

En cuanto a la población pobre no asegurada, se garantiza la prestación de los servicios de salud de todos los niveles de complejidad para todas las localidades del Distrito (Ver Tabla 16) a través de la contratación con las 22 E.S.E. que componen la red adscrita, e IPS de red complementaria.

**Tabla 16. Distribución de la población no asegurada en el Distrito**

ENCUESTADOS SISBEN NO AFILIADOS					
Afiliable	% De la localidad	Puntaje Superior	% De la localidad	Total SISBÉN No. Afiliados	% De la localidad
2.787	0,6%	1.963	0,4%	<b>4.750</b>	<b>1,0%</b>
641	0,5%	321	0,2%	<b>962</b>	<b>0,7%</b>
2.050	1,9%	962	0,9%	<b>3.012</b>	<b>2,7%</b>
8.356	2,1%	6.899	1,7%	<b>15.255</b>	<b>3,8%</b>
7.798	1,8%	5.195	1,2%	<b>12.993</b>	<b>3,0%</b>
3.646	1,8%	3.623	1,8%	<b>7.269</b>	<b>3,6%</b>
11.852	1,8%	11.517	1,8%	<b>23.369</b>	<b>3,6%</b>
15.424	1,4%	22.954	2,1%	<b>38.378</b>	<b>3,6%</b>
2.980	0,8%	4.424	1,2%	<b>7.404</b>	<b>1,9%</b>
9.257	1,1%	12.517	1,4%	<b>21.774</b>	<b>2,5%</b>
12.291	1,0%	11.373	1,0%	<b>23.664</b>	<b>2,0%</b>
1.156	0,5%	868	0,4%	<b>2.024</b>	<b>0,8%</b>
188	0,1%	155	0,1%	<b>343</b>	<b>0,2%</b>
1.502	1,5%	1.093	1,1%	<b>2.595</b>	<b>2,6%</b>
1.061	1,0%	1.558	1,4%	<b>2.619</b>	<b>2,4%</b>
2.479	1,0%	3.980	1,5%	<b>6.459</b>	<b>2,5%</b>
267	1,1%	151	0,6%	<b>418</b>	<b>1,7%</b>
7.920	2,1%	7.046	1,9%	<b>14.966</b>	<b>4,0%</b>
15.005	2,2%	9.618	1,4%	<b>24.623</b>	<b>3,6%</b>
124	1,9%	5	0,1%	<b>129</b>	<b>2,0%</b>
<b>106.784</b>	<b>1,36%</b>	<b>106.222</b>	<b>1,35%</b>	<b>213.006</b>	<b>2,70%</b>

Fuente: Base de datos SISBÉN certificada DNP, agosto de 2015 (vigente a 30 de septiembre de 2015).DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2015.

## 2.6. Barreras de acceso a la atención en salud

Las barreras de acceso a la prestación de servicios se constituye en una de las principales problemáticas dentro del aseguramiento (barreras de tipo administrativo, económico, cultural, accesibilidad, tecnológico, entre otras) las cuales son detectadas en las actuaciones de Inspección, Vigilancia y Seguimiento llevadas a cabo por la SDS, evidenciando la necesidad de que se implementen desde el orden nacional mecanismos efectivos que eviten prácticas que atentan contra la debida gestión del riesgo en salud y sancionen a los actores que incumplan con las obligaciones propias del aseguramiento y, por otra parte, que la Entidad Territorial cuente con competencias de control que permitan implementar correctivos eficaces ante violaciones normativas detectadas. Tenemos a continuación modificaciones normativas cuya implementación, si bien amplia condiciones relacionadas con el aseguramiento, ha generado barreras de acceso dentro de su aplicación.

Con la expedición del Acuerdo 32 de 2012 que unificó los planes obligatorios de salud para los regímenes subsidiado y contributivo sin un incremento correspondiente de la “Unidad Per Cápita” (UPC), surgieron barreras administrativas para la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Recientemente, la operación de movilidad entre regímenes (Decreto 3047 de 2013), llevó incrementar las barreras por inconsistencia en bases de datos.

En mayo del 2015, tras la expedición de la Resolución 1479 de 2015, se incrementaron las barreras de acceso a la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

### 3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

#### 3.1. Oferta de servicios de salud del Distrito Capital.

De acuerdo al tipo de Prestador de Servicios de Salud se encuentra que el 83,7% (10.342) son profesionales independientes, el 14% (1.723) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el 2% (248) Objeto Social diferente y el 0,3% (42) corresponde a transporte especial de pacientes. (Ver Tabla 31).

**Tabla 17. Prestadores Servicios de Salud por Tipo, Bogotá D.C.**

TIPO DE PRESTADOR	TOTAL
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	10.342
INSTITUCIONES – IPS	1723
OBJETO SOCIAL DIFERENTE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	248
TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES	42
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>12.355</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2015.

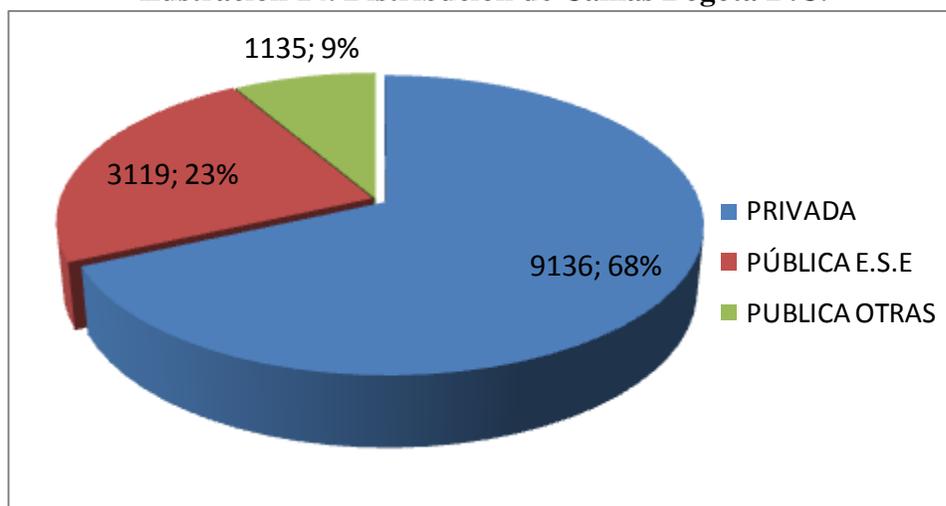
**Tabla 18. Total Sedes Habilitadas en Bogotá D.C.**

TIPO DE PRESTADOR	TOTAL SEDES
PRIVADA	14.413
PÚBLICA OTRAS	71
PÚBLICA E.S.E.	168
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>14.652</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2015

El 98,3% (14.413) corresponde a sedes privadas, el 1,14% corresponden a sedes de la Red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.

**Ilustración 14. Distribución de Camas Bogotá D.C.**



**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2015

El 23,3% (3.119) camas habilitadas en Bogotá pertenecen a la Red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 68,2% (9.136) a la Red privada y el 8,5% (1.135) corresponden a camas públicas del orden nacional y departamental.

De las camas habilitadas 13.390 el 68,2% corresponden a camas privadas, el 23,3% a camas de las E.S.E. adscritas a la Secretaría Distrital de Salud. Del total de camas el 46,9% (6.280) corresponden a hospitalización general Adulto, seguidas por hospitalización pediátrica con un 13,8% (1.848), hospitalización salud mental-psiquiatría con un 7,8% (1.043), Obstetricia con un 7,2% (964), camas de la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) adulto con un 6,6% (169), camas de cuidado intermedio neonatal con un 3,8% (514), camas de cuidado intermedio adulto 6,6% (887), las camas de UCI neonatal 2,3% (304).

**Tabla 19. Camas habilitadas por tipo Bogotá D.C.**

TIPO DE CAMA	PRIVADA	PÚBLICA E.S.E	PÚBLICA OTRAS	TOTAL GENERAL	DISTRIBUCIÓN DE CAMAS %
<b>ADULTOS</b>	4249	1228	803	6280	46,9
<b>CUIDADO AGUDO MENTAL</b>	123	79	0	202	1,5
<b>CUIDADO BÁSICO NEONATAL</b>	118	49	2	169	1,3
<b>CUIDADO INTENSIVO ADULTO</b>	704	116	67	887	6,6
<b>CUIDADO INTENSIVO NEONATAL</b>	228	60	16	304	2,3
<b>CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO</b>	99	29	16	144	1,1

TIPO DE CAMA	PRIVADA	PÚBLICA E.S.E	PÚBLICA OTRAS	TOTAL GENERAL	DISTRIBUCIÓN DE CAMAS %
<b>CUIDADO INTERMEDIO ADULTO</b>	333	65	21	419	3,1
<b>CUIDADO INTERMEDIO MENTAL</b>	33	2	0	35	0,3
<b>CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL</b>	342	127	45	514	3,8
<b>CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO</b>	50	32	1	83	0,6
<b>FARMACODEPENDENCIA</b>	80	50	0	130	1,0
<b>INSTITUCIÓN PACIENTE CRÓNICO</b>	256	40	0	296	2,2
<b>OBSTETRICIA</b>	550	377	37	964	7,2
<b>PEDIÁTRICA</b>	1163	558	127	1848	13,8
<b>PSIQUIATRÍA</b>	789	254	0	1043	7,8
<b>TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS</b>	6	0	0	6	0,0
<b>UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO</b>	0	40	0	40	0,3
<b>UNIDAD DE QUEMADOS PEDIÁTRICO</b>	13	13	0	26	0,2
<b>TOTAL GENERAL</b>	9136	3119	1135	13.390	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2015

Es importante mencionar que la capacidad referida a número de salas habilitadas instalada corresponde a: camas, sillas (quimioterapia y diálisis) y salas. A 30 de septiembre de 2015 se encuentra que el 85% (594) están habilitadas para quirófanos, el 9% (63) para partos y el 6% restante para procedimientos .

**Tabla 20. Número Salas Partos, Quirófanos y Procedimientos Bogotá D.C.**

TIPO DE SALA	PRIVADA	PÚBLICA E.S.E	PÚBLICA OTRAS	TOTAL GENERAL
<b>PARTOS</b>	37	22	4	63
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	45	0	0	45
<b>QUIRÓFANO</b>	487	60	47	594
<b>TOTAL GENERAL</b>	569	82	51	702

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2015

Del total de salas de quirófanos existentes en la ciudad, 487 son privadas, 60 son de la red adscrita y 47 son públicas otras. Del total de salas de partos 37 son privadas, 22 son de la red adscritas y 4 son públicas otras.

En cuanto a sillas habilitadas, se encuentran 620 de las cuales, 495 corresponden a hemodiálisis y 125 a quimioterapia. Del total de las sillas de hemodiálisis el 90% son privadas, el 8% públicas E.S.E (Las cuales corresponden a Hospital Occidente de Kennedy) y el 2% publicas otras las cuales corresponden al Hospital Universitario de la Samaritana, y del total de sillas para quimioterapia el 94% son privadas y el 6% son públicas (Las cuales corresponden a Hospital Occidente de Kennedy).

**Tabla 21. Número Sillas Hemodiálisis y quimioterapia Bogotá D.C.**

TIPO DE SILLA	PRIVADA	PÚBLICA E.S.E	PÚBLICA OTRAS	TOTAL GENERAL
<b>SILLAS DE HEMODIÁLISIS</b>	444	40	11	495
<b>SILLAS DE QUIMIOTERAPIA</b>	118	7	0	125
<b>TOTAL GENERAL</b>	562	47	11	620

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2015

Con respecto al Número de ambulancias habilitadas, la disponibilidad de Transporte Asistencial (ambulancias) se encuentra que el 72% (493) están habilitadas como Transporte Asistencial Básico y el 28% (191) como Transporte Asistencial Medicalizado. Del total de ambulancias básicas el 76% son privadas y el 22% son públicas; por otra parte del total de ambulancias medicalizadas el 84% son privadas y el 15% públicas. (Tabla 36).

**Tabla 22. Número Ambulancias Bogotá D.C.**

TIPO DE AMBULANCIA	PRIVADA	PÚBLICA E.S.E	PÚBLICA OTRAS	TOTAL GENERAL	% DISTRIBUCIÓN AMBULANCIAS
BÁSICA	376	108	9	493	72,1
MEDICALIZADA	161	28	2	191	27,9
<b>TOTAL GENERAL</b>	537	136	11	684	100

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos: REPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2015

En la provisión de servicios en Bogotá, se registra el comportamiento de la participación de la oferta de servicios entre las instituciones públicas y privadas, así:

- Promoción y prevención: el sector privado participa en un 60% y el sector público en un 40%.
- Consulta externa: el sector privado participa en un 94,9% y la red pública en el 5,06%.
- Servicio de urgencias: el sector privado participa en un 57,29% y la red pública en un 42,71%.
- Servicios hospitalarios: la red privada participa en un 67,85% y la red pública en un 32,15%.

- Servicios quirúrgicos: el sector privado participa en un 82,3% y la red pública en un 17,7%. Apoyo diagnóstico y terapéutico: la red privada participa en un 90,82% y la red pública en un 9,17%.
- El transporte especial de pacientes: la red privada participa en un 76,97% y la red pública en un 23,03%.

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

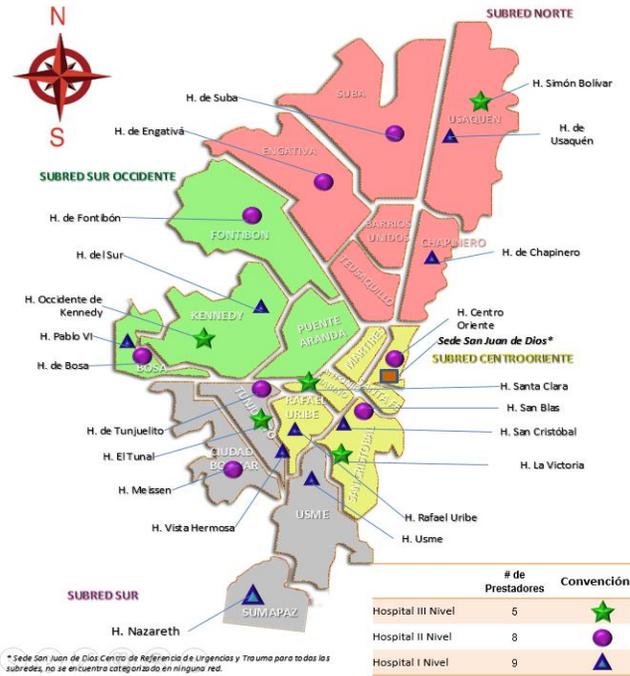
El anterior comportamiento se extrapola a los servicios de Cirugía General, Ortopedia, Cardiología, Neurocirugía, Neurología, Nefrología, Nefrología - Diálisis Renal y Nefrología Pediátrica, Oncológicos, hospitalización, y la oferta para estos servicios es muy reducida o nula al igual en localidades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

### **3.2. Oferta de servicios de salud de la red pública**

#### **3.2.1. Disponibilidad de recursos físicos en las IPS públicas años 2011-2015.**

El Distrito Capital cuenta con 25 instituciones de tipo hospitalario de carácter público: 22 Empresas Sociales del Estado del orden Distrital, una (1) Empresa Social del Estado (ESE) de Cundinamarca (Hospital La Samaritana), y dos (2) de orden nacional (Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Dermatológico Federico Lleras), estas últimas ubicadas en la zona centro oriente de la ciudad.

**Mapa 3. Ubicación red de hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud**



**Fuente:** Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud /Dirección de Provisión de Servicios. SDS.

La red pública de ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, constituida por 22 Empresas Sociales del Estado, cuenta con cinco (5) hospitales de III nivel, ocho (8) de II nivel y nueve (9) de I nivel, distribuidos geográficamente en cuatro (4) subredes territoriales así: Norte, Sur, Sur-Occidente y Centro-Oriente. En cada subred territorial existe mínimo un hospital de tercer nivel de atención y uno de segundo nivel, que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria, de la población que es atendida en el nivel primario de atención

Al año 2011 la red pública adscrita a la SDS contaba con un total de 189 puntos de atención, 15 puntos tipo hospital, 27 instituciones tipo Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI), 23 instituciones tipo UBA (Unidad Básica de Atención), 106 Instituciones tipo UPA (Unidad Primaria de Atención, 8 unidades móviles y 10 sedes de otros tipos:

CAD: Centro de Atención a Drogodependencia

CAP: Centro de Atención Primara

CDPH: Centro de Desarrollo del Potencial Humano

CSDH: Centro de Salud y Desarrollo Humano

Estos centros se distribuyen en cuatro subredes de servicios. Es necesario aclarar, que para todos los efectos, entre las sedes tipo hospital, no se encuentran incluidos el Instituto

Nacional de Cancerología, el Instituto Dermatológico Federico Lleras y el Hospital La Samaritana.

Durante el año 2015, y tras dos años de haberse aprobado la red de servicios por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, así como de haberse formulado e implementado los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) en hospitales con alto y medio riesgo financiero, se dispone la siguiente distribución de servicios:

- sedes tipo hospital,
- 25 Centros de Atención Médica Inmediata,
- 18 Unidades Básicas de Atención,
- 90 Unidades Primarias de Atención,
- 19 sedes de otros tipo y
- 6 unidades móviles (las cuales no están habilitadas en el REPS, sin embargo para los análisis de capacidad instalada y producción son tenidas en cuenta, ya que registran actividades extramurales de atención que impactan en la producción de los hospitales de baja complejidad.)

Lo anterior permite ver una variación negativa en la cantidad de sedes asistenciales, del 9% entre los años 2011 y 2015, por disminución principalmente en sedes tipo UBA (35% menos) y UPA (reducción del 18%), modificación que obedece a la implementación de medidas relacionadas con optimización de servicios y racionalización del gasto en 14 de las ESE adscritas a la SDS en el marco de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, así como de las desplegadas en 8 hospitales sin riesgo financiero al año 2013, en el contexto de los Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero (PDIFF) formulados.

De otra parte, en esta variación se debe tener en cuenta que el plan de implementación de la red contemplaba algunos Centros de Salud y Desarrollo Humano, algunas de estas con sedes físicas que en la actualidad ya no existen pues se continuó su operativización dentro de las infraestructuras físicas existentes en la red pública distrital.

Debe señalarse también que la implementación de la Resolución 2003 de 2014, conllevó a la actualización de los servicios ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y presentaron novedades relacionadas con la habilitación tanto de servicios como de puntos de atención o sedes.

**Tabla 23. Distribución de puntos de atención por tipo de sede y por subred.  
Comparativo 2011 Vs. 2015.**

TIPO DE SEDE	CENTRO ORIENTE		NORTE		SUR		SUR OCCIDENTE		TOTAL	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
SEDE TIPO HOSPITAL	5	5	4	4	3	3	3	3	15	15
CAMI	6	6	7	7	8	8	6	6	27	27
UBA	2	1	5	2	5	5	11	9	23	17
UPA	22	14	25	20	28	26	31	30	106	90
CAD	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2
CAP	0	0	3	3	0	3	0	0	3	6
CDPH	0	0	0		1	1	0	0	1	1
CSDH	0	0	0		0	0	4	3	4	3
UNIDAD MOVIL	2	2	1	2	2	1	3	1	8	6
OTRAS SEDES		2				4		1		7
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>38</b>	<b>47</b>	<b>51</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>189</b>	<b>174</b>

Fuente: REPS Ministerio de Salud y Protección Social/ CIP- Dirección Provisión de Servicios. SDS, corte septiembre 2015

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

En cuanto a la capacidad instalada, al año 2011, la red pública contaba con 2.801 camas de hospitalización, 461 camas de observación, con 905 consultorios para atención de consulta externa, 129 consultorios de urgencias y 271 unidades de odontología. Disponía además de 63 quirófanos y 36 mesas de partos. Para el año 2014, se contó con 2.902 camas de hospitalización, 525 camas de observación, con 910 consultorios para atención de consulta externa, 123 consultorios de urgencias, 259 unidades de odontología, 61 quirófanos y 33 mesas de partos. Es de anotar, que la información de capacidad instalada de las ESE es actualizada anualmente en el SIHO (a 30 de diciembre, según Decreto 2193/04), por tanto a la fecha aún no se cuenta con la información correspondiente al año 2015. De acuerdo a la anterior información, se observó un crecimiento en capacidad instalada en los servicios de observación de urgencias (incremento del 12%), dado el incremento progresivo en el número de camillas para observación, en respuesta a las altas demandas del servicio de urgencias principalmente en hospitales de alta complejidad y a las continuas emergencias funcionales declaradas por los mismos; en forma complementaria, se incrementaron las camas del servicio de hospitalización (3%), teniendo en cuenta que por lo general la congestión y estancias prolongadas de los servicios de urgencias obedecía a la falta de camas para internación.

Durante este periodo se evidenció una disminución en los servicios de atención de partos (-9%) y unidades de odontología (-5%), como resultado de los análisis soporte de los PSFF y PDIFF desarrollados por las ESE, en las que se observó la baja utilización y rentabilidad de estos servicios, siendo por tanto objeto de reordenamiento para su optimización. Se observó proco variabilidad en la capacidad instalada de los servicios de consulta externa y salas de cirugía durante el periodo analizado.

En cuanto a la distribución de esta capacidad instalada y en relación al servicio de hospitalización, el 32 % se encuentran ubicadas en ESE de la subred Centro Oriente, el 27% en la subred norte, un 23% en la subred sur y el 19% en la subred sur occidente. Lo anterior contrasta con la distribución de puntos de atención, dado que la red que menos camas tiene es la Sur Occidente y es la que más puntos de atención posee, más no de tipo hospitalario, y los hospitales de mediana complejidad de la misma, no tienen el mismo nivel de desarrollo que los de las otras subredes. Por el contrario, la subred Centro Oriente es la que cuenta con mayor oferta de camas y es la que posee menos puntos de atención, más sin embargo la diferencia obedece a que es la única subred que tiene dos hospitales de alta complejidad (en tres sedes).

Con relación al servicio de urgencias, las camas de observación de urgencias se encuentran distribuidas en un 33% en la subred norte, un 25% en la subred sur occidente, el 21% en la subred sur y 21 % en la subred centro oriente. En cuanto a los consultorios de urgencias, el 32% se encuentran en la subred sur, el 25% en la subred centro oriente, un 24 % en la subred norte y el 20% en la subred sur occidente. Esta distribución es coherente con la distribución de la población en los territorios y su extensión, así como el perfil de morbilidad de la misma.

**Tabla 24. Capacidad instalada red distrital.  
Bogotá D.C., 2011-2014.**

SUBRED	CONCEPTO	2011	2012	2013	2014	Variacion % 2011 2014
NORTE	CAMAS DE OBSERVACIÓN	142	135	166	171	17%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	197	247	235	228	14%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	35	31	30	29	-21%
	MESAS DE PARTOS	8	9	10	9	11%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	70	72	66	61	-15%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	20	18	17	18	-11%
SUR	CAMAS DE 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 OBSERVACIÓN	105	117	127	132	20%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	220	211	222	220	0%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	23	20	20	24	4%
	MESAS DE PARTOS	7	7	7	6	-17%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	76	75	75	73	-4%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	12	12	11	12	0%
CENTRO ORIENTE	CAMAS DE OBSERVACIÓN	108	107	100	111	3%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	232	233	227	208	-12%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	34	34	33	31	-10%
	MESAS DE PARTOS	9	9	8	8	-13%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	50	56	53	51	2%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	14	14	14	14	0%
TOTAL DISTRITO	CAMAS DE OBSERVACIÓN	461	465	499	525	12%
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	905	950	952	910	1%
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	129	123	124	123	-5%
	MESAS DE PARTOS	36	36	35	33	-9%
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	271	279	269	259	-5%
	SALAS DE QUIRÓFANOS	63	60	59	61	-3%

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria, SIHO – Capacidad instalada, Decreto 2193/2004. Ministerio de Salud y Protección Social, Con corte diciembre de 2014

En el servicio de Consulta Externa, la capacidad instalada se encuentra distribuida así: un 28% de los consultorios en la subred sur, un 25% en la subred norte, el 24% en la subred sur occidente y un 23% en la subred centro oriente. Con relación a la capacidad instalada de salas de cirugía, el 30% de quirófanos se ubican en la subred norte, un 28% en la subred sur, un 23% en la subred centro oriente y el 20% en la subred sur occidente, siendo relevante la limitada capacidad de este servicio en las subredes sur occidente y centro oriente, las cuales tienen una gran cobertura poblacional, así como demanda del servicio por atención de urgencias relacionadas con lesiones de causa externa y trauma.

La mayor cantidad de mesas para la atención de partos se encuentra en la subred sur con un 30% de las mesas, siguiéndole la subred norte con el 27% de esta capacidad, y las subredes centro oriente y sur occidente, con el 24% y 18% de las mesas de parto, respectivamente.

La capacidad instalada en salas de cirugías en las subredes sur Subred Occidente y Centro Oriente, resulta insuficiente ante la magnitud de la población de cobertura y la demanda del

servicio por atención de urgencias relacionadas principalmente con lesiones de causa externa y trauma.

### 3.2.2. Análisis del comportamiento de la producción de servicios años 2011-2015.

De acuerdo a la información reportada por las 22 Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud (SDS), al aplicativo SIHO del Decreto 2193 de 2004, a continuación se presenta un análisis comparativo del comportamiento de la producción en servicios trazadores de los hospitales, durante el periodo 2011 – 2014 y hasta primer semestre 2015. Para el análisis de producción de servicios trazadores, se tuvo en cuenta la variación entre los años 2011-2014, por la falta de disponibilidad de la información anual del 2015.

**Tabla 25. Producción de servicios de salud trazadores en la red distrital. 2011 a primer semestre 2015.**

SUBRED	SERVICIO	2011	2012	2013	2014	jun-15	Variacion % 2011 2014
NORTE	CONSULTA EXTERNA	857.719	741.818	774.128	820.803	408.168	-4,5%
	CONSULTA URGENCIAS	249.284	278.864	299.823	271.003	155.782	8,0%
	PARTOS Y CESÁREAS	5.012	4.708	4.440	4.498	1.915	-11,4%
	CIRUGÍAS	45.197	35.905	36.669	47.364	47.364	4,6%
	HOSPITALIZACIÓN	60.312	57.430	51.458	57.992	30.148	-4,0%
SUR	CONSULTA EXTERNA	1.024.188	893.090	890.954	1.046.974	462.062	2,2%
	CONSULTA URGENCIAS	279.048	247.856	299.827	287.253	133.313	2,9%
	PARTOS Y CESÁREAS	7.356	6.442	6.114	5.818	2.403	-26,4%
	CIRUGÍAS	46.966	32.093	31.986	37.511	37.511	-25,2%
	HOSPITALIZACIÓN	58.951	52.343	55.109	56.245	28.614	-4,8%
SUR OCCIDENTE	CONSULTA EXTERNA	959.024	887.825	909.681	1.072.530	522.448	10,6%
	CONSULTA URGENCIAS	227.397	210.381	226.114	234.598	117.252	3,1%
	PARTOS Y CESÁREAS	5.631	5.243	5.223	4.893	2.400	-15,1%
	CIRUGÍAS	20.917	20.489	22.948	25.331	25.331	17,4%
	HOSPITALIZACIÓN	42.202	44.404	41.606	44.116	20.604	4,3%
CENTRO ORIENTE	CONSULTA EXTERNA	743.284	673.149	684.057	758.488	360.987	2,0%
	CONSULTA URGENCIAS	229.461	214.693	187.188	191.567	101.332	-19,8%
	PARTOS Y CESÁREAS	4.961	4.967	4.911	5.060	2.246	2,0%
	CIRUGÍAS	25.996	25.810	30.089	31.612	31.612	17,8%
	HOSPITALIZACIÓN	57.220	55.849	54.360	54.728	26.515	-4,6%
TOTAL RED	CONSULTA EXTERNA	3.584.215	3.195.882	3.258.820	3.698.795	1.753.665	3,1%
	CONSULTA URGENCIAS	985.190	951.794	1.012.952	984.421	507.679	-0,1%
	PARTOS Y CESÁREAS	22.960	21.360	20.688	20.269	8.964	-13,3%
	CIRUGÍAS	139.076	114.297	121.692	141.818	141.818	1,9%
	HOSPITALIZACIÓN	218.685	210.026	202.533	213.081	105.881	-2,6%

Fuente: SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social con corte a Junio 2015

En los servicios de consulta externa que se ofertan en las 22 Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, con la capacidad instalada disponible durante el año 2011, se observó una producción de 3.584.215 consultas médicas sumadas

las generales (resolutiva y de promoción y prevención) y especializadas. En el año 2014 la producción fue 3.698.795 consultas. Ello representa una variación positiva de 3,1% (114.580 consultas más). Cabe aclarar que esta producción decreció al año 2012 y a partir del año 2013 se vuelve a incrementar.

Para el año 2015 se espera un comportamiento similar o mayor al del año 2014, dados los niveles de producción alcanzados al primer semestre. Estos resultados obedecen entre otras variables al modelo de atención en salud (Territorios Saludables) en plena implementación desde el año 2013, al desarrollo de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero y los Planes de Desempeño Institucionales Fiscal y Financiero (PDIFF) para mejorar la capacidad instalada de los hospitales y para la especialización de los mismos, propuesta en el contexto del portafolio de servicios de salud aprobado para la red pública distrital en el mismo año.

La Subred Sur-Occidente registro un notorio aumento en la producción de este servicio durante el periodo analizado (10,6%). En los hospitales de las subredes sur y centro oriente se notó un incremento del 2,2% y 2%, respectivamente. En cuanto a la Subred Norte se observó un descenso progresivo de la producción en consulta externa (-4.5%), aunque al año 2014 se evidencia recuperación en los niveles de producción de este servicio.

En el servicio de Urgencias, entre 2011 y 2014, el comportamiento de la producción es variable: disminuye en 2012 y 2014, y se incrementa en el año 2013. Se estima que la producción al año 2015 será similar a la obtenida durante el 2014.

Durante el periodo 2011 a 2014, la producción de este servicio por subredes fue así: En la Subred Norte aumentó 8%, en la Subred Sur Subred Occidente 3,1% y en la Subred Sur 2,9%. Se esperan niveles de producción similares a 2014, para la presente vigencia. En la Subred Centro Oriente, por el contrario, se observó una disminución progresiva y significativa en la producción del 19,8%.

El comportamiento en la globalidad del servicio puede explicarse, entre otras razones, a la implementación del modelo de atención en salud y al programa de territorios saludables, con la que se previó impactar en la prevención de enfermedades principalmente en menores de edad, así como en el control de pacientes con condiciones crónicas, como poblaciones más demandantes de los servicios de urgencias.

En cuanto al servicio de atención de partos (producción de partos vaginales y cesáreas), se observó una disminución progresiva y marcada que alcanzó el 13,3% entre los años 2011 y 2014 (2.691 partos menos). Para 2015 se espera que continúe la tendencia decreciente.

En la Subred Sur se observó la mayor disminución de partos atendidos (-26,4%), siguiéndole la Subred Sur-Occidente (-15,1%) y por último la Subred Norte (- 11,4%). Mientras tanto, en la Subred Centro Oriente se incrementaron en 2% durante el periodo analizado. Este resultado es coherente en el contexto de la red de servicios implementada y en la especialización de la misma. Esto último materializado en la designación del Hospital

La Victoria (sede Instituto Materno Infantil) como hospital de referencia para la atención materno-infantil (atención de partos de alto riesgo).

En el servicio de cirugía, se observó una variación positiva del 1,9% (2.742 cirugías más), entre los años 2011 y 2014, en la red pública adscrita a la SDS. Es de anotar que a 2012 se observó disminución de la producción y a partir de entonces un comportamiento ascendente, dado por la optimización de la capacidad instalada de este servicio en instituciones de alta complejidad, en el marco de la especialización de hospitales.

El desempeño en la producción de este servicio fue representativo en los hospitales de las subredes centro oriente (incremento del 17,8%) y Sur-Occidente (incremento del 17,4%).

La Subred Norte también tuvo una producción ascendente (4,6%). Estos resultados también obedecen, entre otras razones, a la estrategia de especialización de hospitales y a la implementación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que llevó a la optimización de la capacidad instalada y de las agendas quirúrgicas de especialidades. Por el contrario, en la Subred Sur se evidenció un descenso marcado en la producción de este servicio (-25,2%), aunque se mantenía la misma capacidad instalada en salas de cirugía.

En el servicio de hospitalización se dio una variación negativa en la producción de egresos (-2,6%) entre los años 2011 y 2014, lo que significó 5.604 egresos menos, comportamiento descendente y progresivo, no obstante el incremento de camas durante el periodo analizado.

Con respecto a la producción por sub-redes de servicios, en la Sur-Occidente se evidenció un incremento del 4,3%, y en las subredes sur, centro oriente y norte, descensos en los niveles de producción del -4,8%, -4,6% y -4%, respectivamente. Este resultado está relacionado directamente con el comportamiento en el servicio de observación de urgencias, en el cual la tendencia ha sido al incremento de las estancias, pudiéndose afirmar que dicho servicio se comporta como una extensión del servicio de hospitalización y surge ante la limitada capacidad instalada en camas en la red pública y en general en las IPS de la ciudad.

### 3.2.3. Análisis de la utilización de la capacidad instalada de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. 2011-2015.

En términos generales se observó un incremento en el nivel de utilización de la capacidad instalada en el servicio de consulta externa. Paso de 85% en el 2011 a 96% en el 2014. Este porcentaje se mantiene en 2015. Este indicador ha tenido un alto desempeño principalmente en las subredes Sur-Occidente, Sur y Centro Oriente. Este resultado es coherente con el incremento en la producción en los hospitales de las mismas subredes. En la Subred Norte se observó disminución en los niveles de producción.

En cuanto al servicio de urgencias (consulta), se han mantenido niveles de utilización que oscilan entre el 58 y 57%, entre 2011 y 2014, respectivamente. Las subredes con mejor desempeño en este indicador son centro-oriente y norte, con porcentajes de utilización

superiores al 60% manteniéndose la tendencia en el periodo analizado. La Subred Sur-Occidente tuvo una tendencia al incremento en los niveles de utilización de este servicio, sin embargo no supera del 60% de utilización del mismo y la Subred Sur desmejoró este indicador al pasar del 48% en el 2011 al 41% en el 2014.

Con relación al servicio de atención de partos, se observó en términos generales una disminución en los niveles de utilización al año 2012 (de 17% en 2011 a 16% en 2012) y mantenimiento del resultado del indicador desde el año 2013 (16%), con tendencia a la disminución al primer semestre de 2015. Estos resultados no alcanzan niveles superiores, en consideración a que este es un servicio que se oferta 24 horas al día los 365 días del año y la demanda es baja.

La subred con mejores niveles de utilización de este servicio es la Sur-Occidente (22% al 2014) y la Centro Oriente, en la que se ha observado tendencia al mejoramiento de la capacidad instalada (17%). La Subred Sur ha mantenido el nivel de utilización de este servicio (16%) durante el periodo analizado y la Subred Norte ha disminuido progresivamente este indicador al pasar de una utilización del 17% en 2011 al 13% en el 2014.

Frente al análisis de utilización de la capacidad instalada en el servicio de Cirugía, se observó en términos generales una tendencia a la disminución en la productividad del año 2011 a los años 2012 y 2013, pasando del 93% en el año 2011 al 74% en el año 2013, pero recuperando los niveles alcanzados en el 2011, durante el año 2014. La subred con mejor desempeño de este indicador es la norte, con niveles de utilización superiores al 100% que pueden ser explicados por disminución en tiempos promedio quirúrgicos. Las demás subredes tuvieron un comportamiento general al descenso entre los años 2011 y 2012 y mejoría en los años siguientes. Es de resaltar, además de la utilización alcanzada en este servicio, la optimización de agendas y la reconversión de cirugías por grupos quirúrgicos de acuerdo a la complejidad de las ESE.

En el servicio de Hospitalización se observó en términos generales una tendencia al incremento de la utilización de la capacidad instalada disponible, coherente con la reducción de camas observada en el periodo (principalmente en baja complejidad), lo que deja ver la optimización de la misma, pasando de un 86% de utilización al año 2011 a un 88% en el año 2014 y tendencia al aumento a primer semestre de 2015 (89%).

Se observó tendencia al incremento en las subredes Norte, Sur-Occidente y Sur, alcanzado niveles óptimos de utilización (cercaos o superiores al 90%); y disminución progresiva en la Subred Centro Oriente al pasar del 90% en el año 2011 al 84% en el año 2014.

Es necesario resaltar los bajos niveles de productividad en general en los hospitales de primer nivel de atención (hospitalización de baja complejidad), dado por la poca capacidad resolutive asignada en los roles que el SGSSS ha determinado en la normatividad vigente, que impele a usuarios y aseguradoras a la sobredemanda en los niveles siguientes. Es así

como se registran niveles ocupacionales superiores al 100% en los hospitales de alta complejidad (tercer nivel) y superiores al 80% en hospitales mediana complejidad.

**Tabla 26. Utilización de servicios de salud trazadores en la red distrital. 2011 a primer semestre 2015.**

SUBRED	SERVICIO	2011			2012			2013			2014			jun-15		
		PRODUCCIÓN	OFERTA TEÓRICA	PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN	PRODUCCIÓN	OFERTA TEÓRICA	PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN	PRODUCCIÓN	OFERTA TEÓRICA	PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN	PRODUCCIÓN	OFERTA TEÓRICA	PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN	PRODUCCIÓN	OFERTA TEÓRICA	PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN
NORTE	CONSULTA EXTERNA	857.719	1.110.544	77%	741.818	959.342	77%	774.128	918.215	84%	820.803	897.140	91%	408.168	451.037	90%
	CONSULTA URGENCIAS	249.284	285.504	87%	278.864	380.222	73%	299.823	436.860	69%	271.003	315.380	86%	155.782	181.702	86%
	PARTOS Y CESÁREAS	5012	29.784	17%	4708	33.507	14%	4440	37.230	12%	4498	33.507	13%	1915	16.754	11%
	CIRUGÍAS	45197	44.683	101%	35905	41.617	86%	36669	40.808	90%	47364	40.093	118%	47364	20.046	137%
	HOSPITALIZACIÓN	60.312	67.015	90%	57.430	61.601	93%	51.458	56.663	91%	57.992	60.916	95%	30.148	32.759	92%
SUR	CONSULTA EXTERNA	1.024.188	1.237.496	83%	893.090	1.105.268	81%	890.954	1.024.575	87%	1.046.974	1.081.305	97%	462.062	510.739	90%
	CONSULTA URGENCIAS	279.048	576.184	48%	247.856	687.034	36%	299.827	728.368	41%	287.253	706.222	41%	133.313	318.812	42%
	PARTOS Y CESÁREAS	7356	44.676	16%	6442	40.953	16%	6114	37.230	16%	5818	37.230	16%	2403	18.615	13%
	CIRUGÍAS	46966	41.100	114%	32093	40.870	79%	31986	45.213	71%	37511	46.734	80%	37511	23.367	77%
	HOSPITALIZACIÓN	58.951	75.326	78%	52.343	67.026	78%	55.109	63.192	87%	56.245	68.629	82%	28.614	33.164	86%
SUR OCCIDENTE	CONSULTA EXTERNA	959.024	1.090.332	88%	887.825	987.978	90%	909.681	979.540	93%	1.072.530	1.052.436	102%	522.448	509.804	102%
	CONSULTA URGENCIAS	227.397	474.468	48%	210.381	432.390	49%	226.114	386.396	59%	234.598	401.578	58%	117.252	211.102	56%
	PARTOS Y CESÁREAS	5631	26.061	22%	5243	26.061	20%	5223	26.061	20%	4893	22.338	22%	2400	11.169	21%
	CIRUGÍAS	20917	31.658	66%	20489	33.043	62%	22948	27.778	83%	25331	30.387	83%	25331	15.194	86%
	HOSPITALIZACIÓN	42.202	47.569	89%	44.404	47.214	94%	41.606	44.413	94%	44.116	47.029	94%	20.604	22.220	93%
CENTRO ORIENTE	CONSULTA EXTERNA	743.284	801.695	93%	673.149	782.321	86%	684.057	759.452	90%	758.488	809.296	94%	380.987	382.066	94%
	CONSULTA URGENCIAS	229.461	373.430	61%	214.693	373.874	57%	187.188	330.866	57%	191.567	315.294	61%	101.332	160.686	63%
	PARTOS Y CESÁREAS	4961	33.507	15%	4967	33.507	15%	4911	29.784	16%	5060	29.784	17%	2246	14.892	15%
	CIRUGÍAS	25996	32.326	80%	25810	37.994	68%	30089	39.415	76%	31612	37.572	84%	31612	18.786	95%
	HOSPITALIZACIÓN	57.220	63.578	90%	55.849	64.267	87%	54.360	64.217	85%	54.728	64.926	84%	26.515	30.514	87%
TOTAL RED	CONSULTA EXTERNA	3.584.215	4.240.066	118%	3.195.882	3.834.908	120%	3.258.820	3.681.782	113%	3.686.795	3.840.177	104%	1.753.665	1.853.645	106%
	CONSULTA URGENCIAS	985190	1709586	174%	951794	1873520	197%	1012952	1882490	186%	984421	1738474	177%	507679	872302	172%
	PARTOS Y CESÁREAS	22960	134028	584%	21360	134028	627%	20688	130305	630%	20269	122859	606%	8964	61429,5	685%
	CIRUGÍAS	139076	149766,6227	108%	114297	153524,5067	134%	121692	153213,9469	126%	141818	154785,9126	109%	141818	77392,95629	55%
	HOSPITALIZACIÓN	216685	253488,3113	116%	210026	240108,9686	114%	202533	228484,9793	113%	213081	241500,1971	113%	105881	118656,3611	112%

Fuente: SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social con corte a Junio 2015

De acuerdo con los niveles de utilización de los servicios contemplados para el seguimiento en la red de hospitales del Distrito Capital, en términos generales se observó un rango óptimo de productividad en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Cirugía.

Por el contrario, los servicios de atención de partos y urgencias (consulta), se encuentran subutilizados en casi todas las subredes dado que su oferta teórica se estima sobre una disponibilidad de 24 horas, durante los 365 días del año y sus resultados dependen de la demanda del servicio.

### 3.3. Redes de servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social avaló la conformación y organización de la red pública hospitalaria, en cuatro [4] subredes, con ajuste de los portafolios y su modelo funcional de gestión en el cual por subred se articulan las instituciones de I, II y III nivel de complejidad, integrando las instituciones prestadoras de servicios de salud, e impactando en la segmentación, fragmentación, disminución de las barreras de acceso y en las deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios.

Esta propuesta promovió la especialización de las redes, en consonancia con la necesidad de garantizar en la población de un territorio dado, los servicios considerados vitales o que requieren el apoyo directo del Estado, por su trascendencia en la recuperación de la salud y/o en la detección de problemas de salud pública que tienen altas externalidades y que así no sean rentables, deben prestarse para obtener una mejor calidad de vida de la población, y su correspondiente repercusión en la situación de salud de la población.

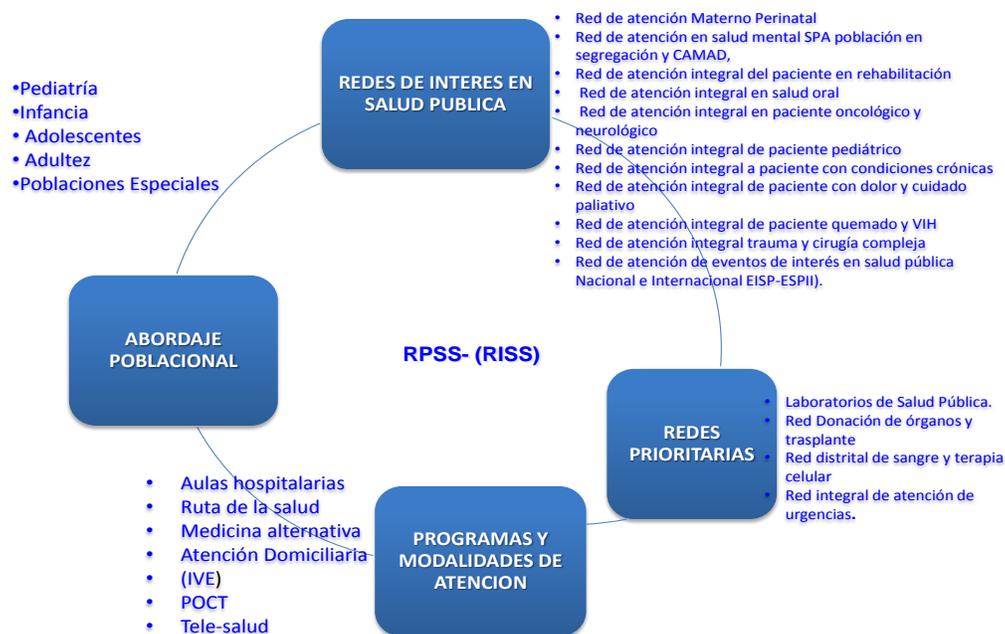
Las redes especializadas están coordinadas en el nivel local por un nodo de red, de carácter funcional, que se desempeña alrededor de la atención primaria en salud- APS y por ello el médico y la enfermera son responsables de sus pacientes y receptores obligados de la contra referencia, así como el núcleo para la actualización y capacitación continua. Estas redes se integran funcionalmente a otras redes del orden distrital, regional o nacional, y fortalecen las redes prioritarias, de interés en salud pública, los programas especiales y las modalidades de atención, existentes en el distrito Capital, las cuales se mencionan a continuación:

- Redes prioritarias: Laboratorio de Salud Pública, red de donación y trasplantes de órganos y tejidos, red distrital de sangre y terapia celular, red integral de atención de urgencias.
- Redes de interés en salud pública: red de atención materno perinatal, red de atención en salud mental, SPA población en segregación y CAMAD, red de atención integral del paciente en rehabilitación, red de atención integral en salud oral, red de atención integral en paciente oncológico y neurológico, red de atención integral de paciente pediátrico, red de atención integral a paciente con condiciones crónicas, red de atención integral de paciente con dolor y cuidado paliativo, red de atención integral de paciente quemado y VIH, red de atención integral trauma y cirugía compleja, red de atención de eventos de interés en salud pública Nacional e Internacional EISP-ESPII.

Adicionalmente se desarrollan redes alrededor de programas y modalidades de atención como el programa de medicinas alternativas y terapias complementarias, interrupción voluntaria del embarazo- IVE, pruebas rápidas al lado del paciente- POCT, Tele –salud, programa de atención domiciliaria, programa ruta de la salud, programa aulas hospitalarias

Estas redes y programas son funcionales, no estructurales, y se desarrollan en el marco de la red pública existente, e incluyen, en el caso de las redes prioritarias y de interés en salud pública, las modalidades de atención y programas de los prestadores de servicios de salud de la red privada.

### Ilustración 15. Conformación y especialización de la red de prestación de servicios de salud en el Distrito Capital



Fuente: SDS-Dirección de Provisión de Servicios de Salud

El funcionamiento de la Red de hospitales adscritos a la SDS se enmarca en el Modelo de atención del Distrito cuya base es la Atención Primaria en Salud, integralmente concebida, para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de los ciudadanos. Operacionalmente, inicia en los micro-territorios y territorios, trascendiendo a las localidades, la red territorial y la red de Servicios de Salud Distrital. Este modelo se compone de tres ámbitos: Comunitario, transectorial y el institucional (prestación de servicios). En los ámbitos comunitarios y transectorial, la operación se realiza con los equipos de respuesta inicial, equipos de respuesta complementaria y equipos de salud general. En el institucional se ofertan servicios a través de los equipos generales, especializados de salud y de investigación en los diferentes Puntos de atención, de acuerdo a la complejidad del correspondiente portafolio de servicios.

Considerando lo anterior y de acuerdo con lo aprobado en el año 2013 en cuanto al funcionamiento de la Red, se encuentran en proceso de implementación con diferentes grados de avance las Redes prioritarias y las Redes de Interés en Salud Pública; Programas Especiales y Modalidades de Atención, haciéndose necesario proponer el ajuste en número y especificidad de otras Redes. Esta propuesta se constituye en una estrategia más de la

SDS para mantener y mejorar el estado de salud de la población que demanda sus servicios en la ciudad de Bogotá.

La Secretaría de Salud durante el último año ha venido trabajando una propuesta de actualización a la conformación y funcionamiento de la Red, a presentar al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual se basa en varios factores: a) Las consideraciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el concepto técnico de agosto del 2013, b) El análisis del funcionamiento, evaluación de cumplimiento de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, análisis de viabilidad técnica y económica de las instituciones, estudios de oferta-demanda de servicios de la población objeto de prestación de servicios por parte de la Red pública distrital, c) La factibilidad de recursos para el financiamiento de obras de infraestructura para mejoramiento, ampliación o adecuación de servicios, d) La dotación de equipamientos biomédicos, previo cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud. Por último, la necesidad de adecuar el modelo a las necesidades de adaptar la red a conceptos funcionales y operativos del “deber ser” de las Redes de Atención en salud (RAS) .

Los aspectos fundamentales tenidos en cuenta para la propuesta de ajuste son los siguientes: 1.- Número de Puntos de Atención. 2.-Nombre y categoría de los Puntos de Atención. 3.-Complejidad de los portafolios de servicios de acuerdo a tipología establecida (1-6). 3.-Redes especializadas. 4.-Programas especiales y 5.-modalidades de atención.

Con el fin de fortalecer el trabajo integrado en redes y aumentar la capacidad resolutive en los diferentes niveles de atención, se establecen, los NODOS DE RED, de carácter funcional, que se desempeñan como referentes a nivel local, por subredes georeferenciadas, Distrital y algunas de carácter Regional y/o Nacional, en articulación con las Redes Especiales.

Estas Redes tienen como ventajas, entre otras: 1.- Disponer permanentemente de talento humano actualizado y capacitado, complementados y coordinados con especialistas clínicos. 2.- Brindar complementariedad de la atención, mediante acuerdos de red entre las diferentes ESE. 3.-Mantener el estado de salud, mejorarlo, prevenir o disminuir la incapacidad y la discapacidad de la población que demanda servicios. 4.- Resolver el mayor número de problemas de salud a nivel de Red y en lugares lo más cercanos posible a los sitios donde transcurre la vida ciudadana. 5.- Mejorar la oportunidad de los servicios. 6.- Contribuir a la generación de ingresos de las ESE. 6.- Descongestionar los servicios de urgencias de los hospitales de alta densidad tecnológica. 7.- Optimizar el uso de las tecnologías y optimizar los recursos en pro del fortalecimiento de la Red.

### 3.3.1. Análisis de Suficiencia de camas en el distrito

La oferta de servicios de salud hospitalarios en la ciudad desde la perspectiva de que deberían existir mínimo 2,5 camas por 1000 habitantes; es deficitaria en 6.307 camas; déficit que es aún más grave si se considera que este cálculo solo se hace para la población

de Bogotá DC, sin contar las necesidades que la ciudad cubre de la sabana, y de sur del país, ya que Bogotá es el centro de referencia de alta complejidad para gran parte de los colombianos. Esto se visualiza en la oferta pública y privada de la ciudad.

**Tabla 27. Análisis de suficiencia de camas en el Distrito Capital**

Suficiencia de camas Bogota DC	
Camas	Total general
Adultos	6.280
Cuidado Agudo Mental	202
Cuidado básico neonatal	169
Cuidado Intensivo Adulto	887
Cuidado Intensivo Neonatal	304
Cuidado Intensivo Pediátrico	144
Cuidado Intermedio Adulto	419
Cuidado Intermedio Mental	35
Cuidado Intermedio Neonatal	514
Cuidado Intermedio Pediátrico	83
Farmacodependencia	130
Institución Paciente Crónico	296
Obstetricia	964
Pediátrica	1.848
Psiquiatría	1.043
Transplante de progenitores hematopoyeticos	6
Unidad de Quemados Adulto	40
Unidad de Quemados Pediátrico	26
<b>Total CAMAS</b>	<b>13.390</b>
Poblacion Total	7.878.783
Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes	19.697
<b>Deficit / Superhabit Camas</b>	<b>(6.307)</b>

**Tabla 28. Análisis de suficiencia de camas Red Centro Oriente**

Suficiencia de camas Red Centro Oriente Bogota DC .				
Camas	Privada	Pública E.S.E.	Pública Otros	Total Centro Oriente
Adultos	1.313	350	277	1.940
Cuidado Agudo Mental		75		75
Cuidado básico neonatal	35	16	2	53
Cuidado Intensivo Adulto	163	40	28	231
Cuidado Intensivo Neonatal	56	17	7	80
Cuidado Intensivo Pediátrico	44	7	5	56
Cuidado Intermedio Adulto	138	28	14	180
Cuidado Intermedio Mental				
Cuidado Intermedio Neonatal	71	44	16	131
Cuidado Intermedio Pediátrico	34	19	1	54
Farmacodependencia		50		50
Institución Paciente Crónico	24	40		64
Obstetricia	100	99	14	213
Pediátrica	400	178	23	601
Psiquiatría	97	82		179
Transplante de progenitores hematopoyeticos				
Unidad de Quemados Adulto				
Unidad de Quemados Pediátrico	13			13
Total CAMAS	2.488	1.045	387	3.920
Poblacion Total				1.122.980
Necesidad de camas 2.5 x 1.000 htes				2.807
Deficit / Superhabit Camas				1.113

La sub red Centro oriente tiene una población total de 1.122.980 habitantes y presenta una oferta pública y privada de 3.920 camas y si tenemos en cuenta el indicador nacional de 2,5 camas por 1000 habitantes encontramos que existe un número de camas suficiente, que satisface la demanda.

**Tabla 29. Análisis de suficiencia de camas Red Norte**

Suficiencia de camas Red Norte Bogota DC				
Camas	Privada	Pública	Pública Otros	Total Norte
Adultos	2.685	358	526	3.569
Cuidado Agudo Mental	61	2		63
Cuidado básico neonatal	77	28		105
Cuidado Intensivo Adulto	474	23	39	536
Cuidado Intensivo Neonatal	154	11	9	174
Cuidado Intensivo Pediátrico	55	9	11	75
Cuidado Intermedio Adulto	178	15	7	200
Cuidado Intermedio Mental	13			13
Cuidado Intermedio Neonatal	233	16	29	278
Cuidado Intermedio Pediátrico	16	1		17
Farmacodependencia	59			59
Institución Paciente Crónico	209			209
Obstetricia	393	81	23	497
Pediátrica	759	128	104	991
Psiquiatría	473	121		594
Transplante de progenitores hematopoyeticos	6			6
Unidad de Quemados Adulto		40		40
Unidad de Quemados Pediátrico		13		13
Total CAMAS	5.845	846	748	7.439
Poblacion Total				2.857.499
Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes				7.144
Deficit / Superhabit Camas				295

La sub red Norte tiene una población total de 2.875.499 habitantes y presenta una oferta pública y privada de 7.144 camas y si tenemos en cuenta el indicador nacional de 2,5 camas por 1000 habitantes encontramos que existe un número de camas suficiente, que satisface la demanda.

El norte de la ciudad sería la segunda ciudad más habitada del país (Excluyendo a Bogotá), luego de Medellín.

Sin embargo, cuando se evalúa las redes Sur y Sur Occidente, redes que van más allá de la oferta de servicios de salud, y están determinadas geográficamente, por las vías de acceso y por la organización de los servicios de la ciudad, se encuentra que en el sur y sur occidente de la ciudad donde viven 1.327.155 habitantes y 2.356.169 habitantes, respectivamente, se evidencia que el déficit simple (cálculo sobre su propia población) es de 2.638 y 5.539 camas. Déficit que al mirar en el sur la disponibilidad de sillas de hemodiálisis y quimioterapia las cuales no existen, permite preguntar en donde están los planificadores de servicios de salud cuando el desarrollo de la ciudad en servicios de salud han generado esta inequidad, situación ya detallada en la publicación Bogotá e iniquidad de la Universidad Nacional en la cual en el 2011, ya demostraba en forma contundente la ausencia de servicios de salud básicos en el sur y sur occidente de la ciudad, y como esto genera

verdadera barreras de acceso a los servicios tanto geográficas, de movilidad y económicas; estas barreras curiosamente son mayores para la población de estos territorios afiliados al régimen contributivo, que corresponde a más del 75%, considerando que las EPS de este régimen en forma no controlada no contrata la red pública de ESE única oferta existentes en esta zona Sur, como se aprecia en las tablas.

**Tabla 30. Análisis de suficiencia de camas Red Sur**

Suficiencia de camas Red Sur Bogota DC			
Camas	Privada	Pública E.S.E.	Total Sur
Adultos		297	297
Cuidado Agudo Mental			
Cuidado básico neonatal		5	5
Cuidado Intensivo Adulto		29	29
Cuidado Intensivo Neonatal		20	20
Cuidado Intensivo Pediátrico		8	8
Cuidado Intermedio Adulto		15	15
Cuidado Intermedio Mental			
Cuidado Intermedio Neonatal		36	36
Cuidado Intermedio Pediátrico		10	10
Farmacodependencia			
Institución Paciente Crónico			
Obstetricia		97	97
Pediátrica		144	144
Psiquiatría		19	19
Transplante de progenitores hematopoyeticos			
Unidad de Quemados Adulto			
Unidad de Quemados Pediátrico			
Total CAMAS		680	680
Poblacion Total			1.327.155
Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes			3.318
Deficit / Superhabit Camas			(2.638)

**Tabla 31. Análisis de suficiencia de camas Red Sur Occidente**

Suficiencia de camas Red Sur Occidente Bogota DC			
Camas	Privada	Pública E.S.E.	Total Sur Occidente
Adultos	251	223	474
Cuidado Agudo Mental	62	2	64
Cuidado básico neonatal	6		6
Cuidado Intensivo Adulto	67	24	91
Cuidado Intensivo Neonatal	18	12	30
Cuidado Intensivo Pediátrico		5	5
Cuidado Intermedio Adulto	17	7	24
Cuidado Intermedio Mental	20	2	22
Cuidado Intermedio Neonatal	38	31	69
Cuidado Intermedio Pediátrico		2	2
Farmacodependencia	21		21
Institución Paciente Crónico	23		23
Obstetricia	57	100	157
Pediátrica	4	108	112
Psiquiatría	219	32	251
Transplante de progenitores hematopoyeticos			
Unidad de Quemados Adulto			
Unidad de Quemados Pediátrico			
Total CAMAS	803	548	1.351
Poblacion Total			2.356.169
Necesidad de camas 2,5 x 1.000 htes			5.890
Deficit / Superhabit Camas			(4.539)

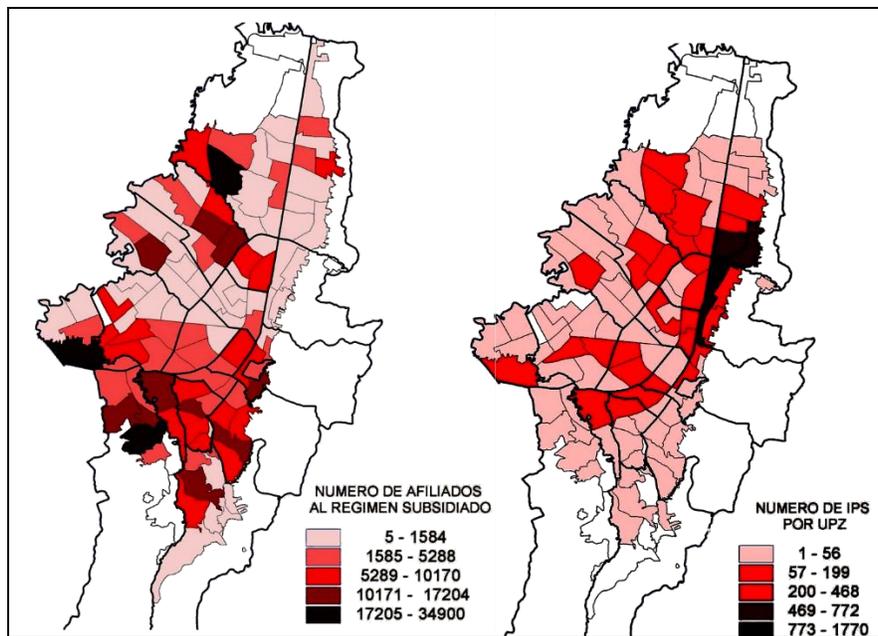
En el Sur Occidente de la ciudad se cuenta con 0,57 camas x 1.000 habitantes, y en el sur con 0,51 camas por 1000 habitantes.

### 3.4. Situación actual de proyectos de infraestructura de salud en Bogotá.

Los Equipamientos de salud en Bogotá, las instituciones prestadoras de servicios de salud privados, corresponden al 95% de equipamientos de salud de la ciudad<sup>38</sup>, atienden principalmente al régimen contributivo. En su mayoría y se encuentran localizadas principalmente hacia los ejes viales principales de la ciudad (Autopista Norte).

Los hospitales públicos corresponden al 5% de los equipamientos de salud de Bogotá y atienden población del régimen subsidiado y vinculados; se encuentran localizados dependiendo de la demanda de los servicios procurando una cobertura integral para la ciudad.

Mapa 1. Relación entre distribución de Equipamientos en Salud y Afiliación al SGSSS. Bogotá, D.C., 2006



Fuente: Documento Técnico de Soporte Plan Maestro de Equipamientos de Salud. Secretaria Distrital de Salud.

Para la implantación de un nuevo equipamiento de salud en la ciudad de Bogotá, independientemente de su naturaleza (pública o privada) debe cumplir con lo establecido en el Decreto Distrital 318 de 2006 y Decreto Distrital 553 de 2012-Plan Maestro de Equipamientos de Salud.

Para el presente diagnóstico, la Secretaría Distrital de Salud, enfoca sus análisis directamente en los Hospitales públicos los cuales presentan el siguiente estado frente a su infraestructura.

La red pública de prestadores de servicios de salud, cuenta con 22 hospitales los cuales atienden la población en 163 puntos de atención<sup>39</sup>.

De acuerdo al Plan Maestro de Equipamientos<sup>40</sup>, 127 requieren algún tipo de intervención física. Vale la pena aclarar que estas intervenciones planteadas correspondían a análisis realizados de las infraestructuras en el año 2005 y anteriores.

Debe tenerse en cuenta que el contexto de la ciudad ha sufrido modificaciones, en cuanto a las normas que reglamentan estos equipamientos no solo a nivel sectorial (Resolución 2003 de 2014) sino técnico (NSR-10), la población, y la distribución de la prestación de servicios de salud en la ciudad (redes especializadas de Servicios de Salud); sumado a esto se debe considerar la situación financiera de los Hospitales, en el marco de los procesos de Saneamiento Fiscal y Financiero que influyen en la inversión en la infraestructura de salud.

Por su parte, el Plan Bienal de Inversiones en Salud 2014-2015 contempla doscientos seis (206) proyectos de inversión<sup>41</sup>.

### 3.4.1. Proyectos prioritarios

El plan de equipamiento en salud de la ciudad contempla los siguientes proyectos por subred:

Sur.

- Nuevo Hospital de II Nivel de Usme ESE de Usme, está pendiente de aprobación de Ministerio de salud, para acabar diseños. Proyecto financiado 100%.

---

<sup>39</sup> Debe precisarse que en el Documento de Red aprobado por el Ministerio de Salud y la Protección Social en el año 2013, es de 183 Puntos de Atención dentro de los cuales se incluyen Unidades Móviles y los institutos y Centros de Salud y Desarrollo Humano.

<sup>40</sup> El Plan Maestro de Equipamientos en Salud – PMES, es un instrumento de planeación Distrital, cuyo objetivo es ordenar y mejorar la oferta actual y futura de equipamientos en salud, públicos y privados, es decir, que el plan no es un listado de obras de infraestructura. La unidad de referencia en el PMES corresponde a los puntos de atención a intervenir. Por lo tanto, el número de puntos de atención a intervenir no necesariamente coinciden con el número de proyectos presentados y aprobados en el Plan Bienal de Inversiones en Salud.

<sup>41</sup> Corresponde al total de proyectos inscritos a través de la presentación inicial, ajuste 1, ajuste 2 y proyectos de dotación de servicios de no control especial de oferta financiados con cuenta Maestra según Ley 1608 de 2013.

- Nuevo hospital de Tunjuelito. De la ESE de Tunjuelito, está en compra de lotes financiados con recursos ordinarios.
- Terminar la Torre asistencial del ESE de Meissen la cual está construida en un 60% y está financiada su construcción, sin embargo está en proceso de aprobación por el Ministerio de salud.
- Nueva Torre de cuidados Críticos de la ESE Hospital de Tunal, quirófanos y 69 UCI. Está en contratación de diseños, y aprobación de plan de regularización.
- Central de urgencias San Juan de Dios. ESE HOK, que funcionara en el antiguo HJSJD, con capacidad para 40 camillas de observación y crecimiento, 50 camas y posibilidad a expansión de 200, 16 UCI, 8 UC Intermedios, 4 Quirófanos con posibilidad ampliación. Y servicios de apoyo Diagnóstico.

#### Sur Occidente:

- Ampliación CAMI Pablo VI Bosa, ESE Hospital Pablo VI. Está pendiente aprobación de ministerio, y obtener la licencia de construcción en trámite. Para contratar la obra. Financiada 100%.
- Construcción UPA San Bernardino. ESE Hospital Pablo VI, Va para proceso de aprobación de Ministerio.
- Construcción UPA La Mexicana, ESE Hospital del Sur, en proceso de aprobación de Ministerio y obtener licencia de construcción.
- Construcción UPA Britalia 68, ESE Hospital del Sur. proceso de actualización licencia de construcción, para poder contratar la obra. Financiado 100%.
- Nuevo Hospital BOSA II, Ese Hospital Bosa II Financiado 50%. Está en aprobación de pan de regularización, se encuentra a dos cuadras de la futura vía Autopista Longitudinal de Occidente.
- Construcción Torre de urgencias, consulta y quirófanos Kennedy. ESE Hospital Occidente de Kennedy, en proceso de evaluación y rediseño, está aprobado por ministerio pero tiene problemas de suelos que es necesario corregir. Están en diseños que terminan en Diciembre de 2015, queda para contratar. Financiada 100%.
- Centro Oncológico la Felicidad, está en contratación e diseños.
- Puesta en funcionamiento Sede Tintal

La ciudad a pesar de estas obras de equipamiento en salud, requiere mayor inversión las cuales pueden ser realizadas por el sector privado.

Es necesario señalar, que la administración distrital debió afrontar serias dificultades para la ejecución de obras que recibió siniestradas por efectos del denominado “carrusel de la contratación” y que por el hecho de encontrarse con diversos procesos judiciales en

desarrollo, ocasionaron dilaciones administrativas inicialmente, a las cuales se agregaron las de tipo técnico, al tener que actualizar estudios y realizar trámites ante instancias nacionales (MSPS) y distritales (Curadurías).

Especial mención debe hacerse sobre el proceso de reapertura del Hospital San Juan de Dios, el cual como es de público conocimiento, ha sido objeto de diversos obstáculos jurídico-administrativos referidos fundamentalmente a las dificultades para clarificar la titularidad del inmueble.

No obstante, para subsanar en parte el déficit de camas observado a nivel distrital, esta administración adquirió cerca de 300 camillas para expansión, teniendo en cuenta la constante congestión y sobre-ocupación de los servicios de urgencias, ocasionada por la limitada cantidad de camas en el servicio de hospitalización, en especial de camas para atención de medicina interna y salud mental.

#### **3.4.2. Principales Retos en infraestructura en salud**

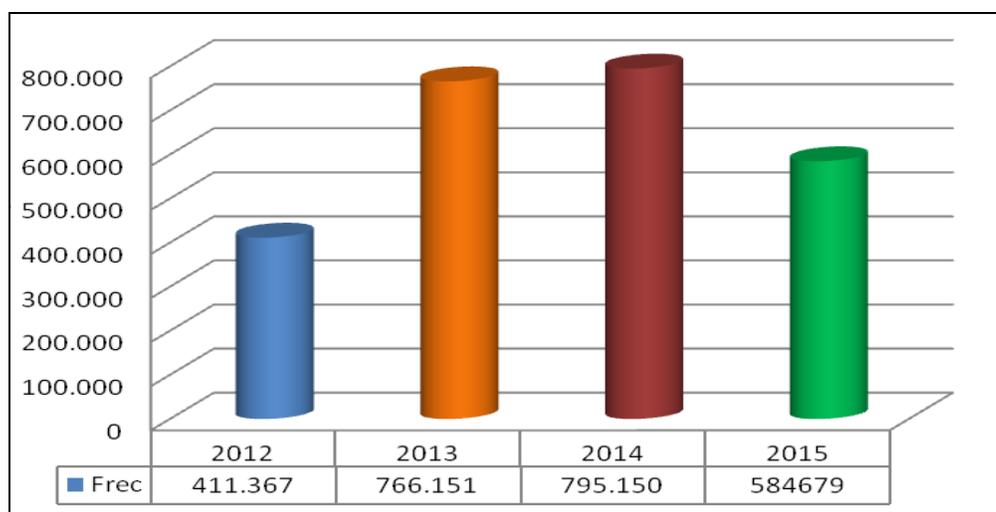
- Continuar en la articulación de los puntos de atención de la red con el modelo de ordenamiento que plantea el Plan de Ordenamiento Territorial para Bogotá. Su localización responde más a una oferta-demanda de servicios antigua que a una debida planificación del territorio.
- Continuar con la actualización de la infraestructura en cumplimiento a las normativas nacionales para edificaciones prestadoras de servicios de salud, como el caso de la normatividad para sismo-resistencia, normatividad eléctrica y nuevas normas de habilitación, entre otras.
- Debe avanzarse en la ejecución de las actualizaciones del catastro físico funcional de las instituciones de la red adscrita, aprovechando el fortalecimiento técnico de la Secretaría Distrital de Salud a través de la Dirección de Infraestructura y Tecnología.
- Avanzar en la implementación de las políticas nacionales en lo referente a: Hospital Seguro, Hospital Verde, así como la implementación de estrategias de diseño arquitectónico basadas en seguridad del paciente, políticas de promoción y prevención, entre otras que contribuyen al mejoramiento de la atención en salud.
- Avanzar en la articulación de la infraestructura pública y privada de tal manera que se permita brindar un servicio integral de salud a la población.
- Actualizar el Plan Maestro de Equipamientos de Salud como instrumento de planeamiento, una vez se defina el nuevo POT y realizar la correspondiente armonización con el Plan Bienal de Inversiones en Salud.

### 3.5. Atención pre-hospitalaria

La Dirección Urgencias y Emergencias en Salud presta los servicios Atención Pre Hospitalaria – APH en casos de urgencias , emergencias o eventuales desastres, en el año 2014 se dio inicio al nuevo programa de APH, para la población Bogotana, dividiendo la ciudad en 8 zonas que incluyen 19 sub-zonas , estas están articuladas con 8 zonas de despacho del centro operativo del CRUE, en la cual se localizan las ambulancias para su regulación y despacho.

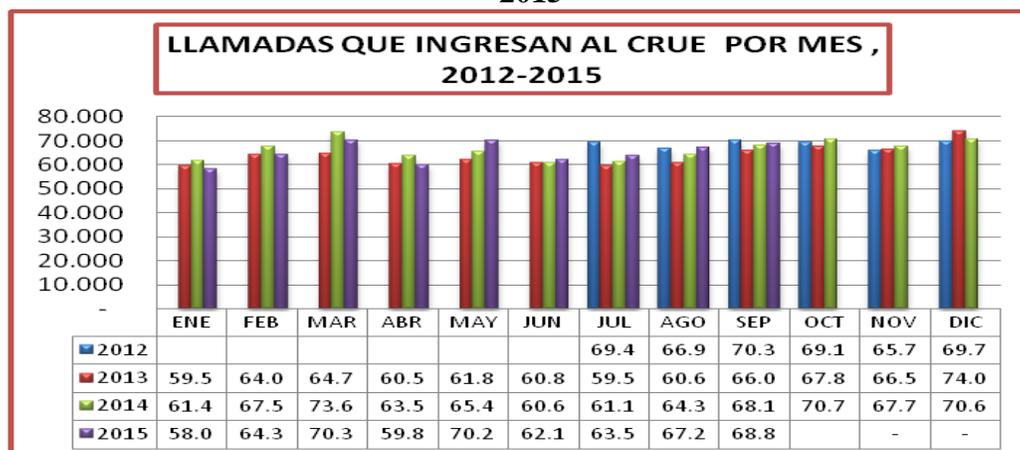
Durante el periodo de julio de 2012 a septiembre de 2015 se han atendido por la Línea de emergencias un total de 2.557.347 llamadas y se observa una estabilización de frecuencia del uso de la línea 123.(Ilustración 15-16).

**Ilustración 16. Frecuencia de llamadas línea de emergencias Julio 2012-septiembre 2015**



Fuente: ProCad- Coordinación NUSE 123

**Ilustración 17. Frecuencia de llamadas que ingresaron a la línea de emergencias. 2012 - 2015**



Fuente: ProCad- Coordinación NUSE 123

Las localidades que más utilizan el servicio de la Línea de emergencias son la localidad de Kennedy y Suba con un 12% cada una, y en tercer y cuarto lugar están Engativá y Bosa II Nivel con un 10% del total de solicitudes, Tabla 27.

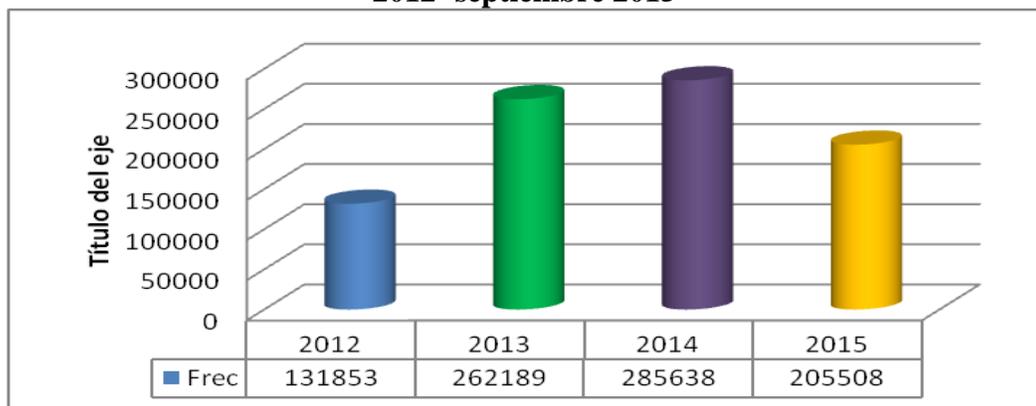
**Tabla 32. Proporción de solicitudes de atención de urgencias recibidas según localidad, CRUE**

Localidad	%
Kennedy	12,0%
Suba	12,0%
Engativá	10,0%
Bosa	10,0%
Ciudad Bolívar	8,0%
Fontibón	6,0%
Usme	5,0%
Rafael Uribe	5,0%
Usaquén	5,0%
Puente Aranda	4,0%
Chapinero	4,0%
Santa fe	4,0%
Tunjuelito	3,0%
Barrios Unidos	3,0%
Mártires	2,0%
Teusaquillo	2,0%
San Cristóbal	2,0%
Antonio Nariño	1,3%
Sumapaz	1,0%
Candelaria	0,7%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: ProCad- Coordinación NUSE 123

De acuerdo a las solicitudes y su complejidad se despacharon 885.188 vehículos de emergencia desde julio de 2012 a septiembre de 2015, en la siguiente ilustración, se muestra los despachos por periodo de cada año.

**Ilustración 18. Frecuencia de llamadas que ingresaron a la línea de emergencias. Julio 2012- septiembre 2015**



Fuente: ProCad- Coordinación NUSE 123

A pesar de que la localidad de Kennedy ocupa el primer lugar en llamadas a la línea de emergencias, los despachos ocupan el cuarto lugar siendo superados por Suba Engativá y Bosa con un 12.2%,10.3% y 9.2% respectivamente, Tabla 24.

**Tabla 33. Despachos de vehículos de emergencias Según localidad, CRUE. Bogotá 2014**

Localidad	Proporción
Suba	12,2%
Engativá	10,3%
Bosa	9,2%
Kennedy	8,7%
Usaquén	6,7%
Fontibón	6,4%
Chapinero	5,1%
San Cristóbal	4,8%
Santa Fe	4,6%
Ciudad Bolívar	4,4%
Puente Aranda	4,2%

<b>Localidad</b>	<b>Proporción</b>
Usme	4,2%
Tunjuelito	3,8%
Rafael Uribe Uribe	3,0%
Los Mártires	2,9%
Barrios Unidos	2,8%
Sumapaz	2,1%
Teusaquillo	2,0%
Antonio Nariño	1,4%
La Candelaria	1,2%

Fuente: DUES- Sistema de información CRUE

El perfil epidemiológico de la atención pre hospitalaria ha sido similar en los años del presente informe, estando en primer lugar las enfermedades crónicas agudizadas, y las enfermedades comunes agudas principalmente de tipo respiratorio, lo cual representa alrededor de la mitad de los casos atendidos en el programa de APH, en segundo lugar están los accidentes de tránsito con un 18-20%, seguido por los accidentes en vía pública con un promedio del 5%, los demás grupos de patología como: traumas por violencia (HAF, HACP, Violencia sexual e intrafamiliar), patologías ginecobstétricas, patología mental se presentan en menor proporción (Tabla 22).

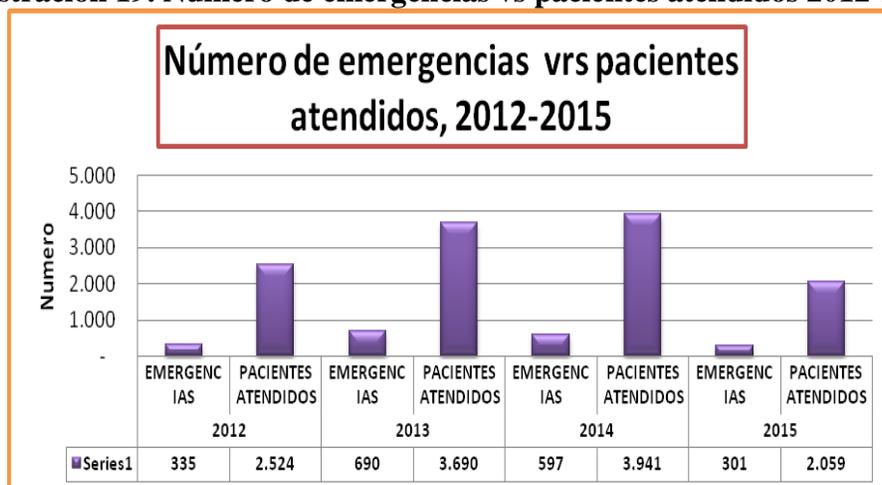
**Tabla 34. Atención pre-hospitalaria según grupo de patología Bogotá, julio 2010 a septiembre de 2015**

<b>Grupo de patología</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Enfermedad Común	60,5%	51,1%	53,4%	54,1%
Accidentes tránsito	15,0%	20,5%	18,2%	21,0%
Accidente casero	6,0%	4,4%	4,3%	3,9%
Accidente en vía pública	5,1%	5,1%	6,0%	5,1%
Trauma por violencia	6,1%	1,3%	1,4%	1,6%
Patología Mental	2,7%	3,2%	7,4%	3,1%
Accidente de trabajo	3,3%	2,4%	1,2%	1,1%
Patología Ginecobstétrica	1,6%	1,2%	2,2%	1,4%
Evento catastrófico		0,4%	0,4%	0,3%
Otros			0,3%	7,7%
Sin Dato		10,4%	5,3%	0,5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: DUES- Sistema de información CRUE

Los grupos etáreos que más solicitan el servicio son los mayores de 60 años con aproximadamente un 25%, relacionado con el grupo de patologías crónicas seguida por el grupo etáreo de 20 a 24 asociado a accidentalidad en general principalmente de tránsito, comportamiento que ha permanecido durante estable este periodo de tiempo.

**Ilustración 19. Número de emergencias vs pacientes atendidos 2012-2015**



Fuente: DUES- Sistema de información CRUE

Durante el tiempo comprendido entre julio 2012 a septiembre 2015, se atendieron el 100% de las emergencias en las cuales activaron al sector salud, atendiendo en total 1.923 emergencias y 21.200 personas lesionadas en las emergencias.

El tiempo de respuesta (desde el ingreso de la llamada hasta la llegada del equipo de salud al sitio del incidente) para la atención pre hospitalaria es un indicador de impacto por lo que significa la oportunidad de la atención para el pronóstico del paciente.

**Tabla 35. Tiempo de respuesta de la APH por mes. CRUE, 2010-2015**

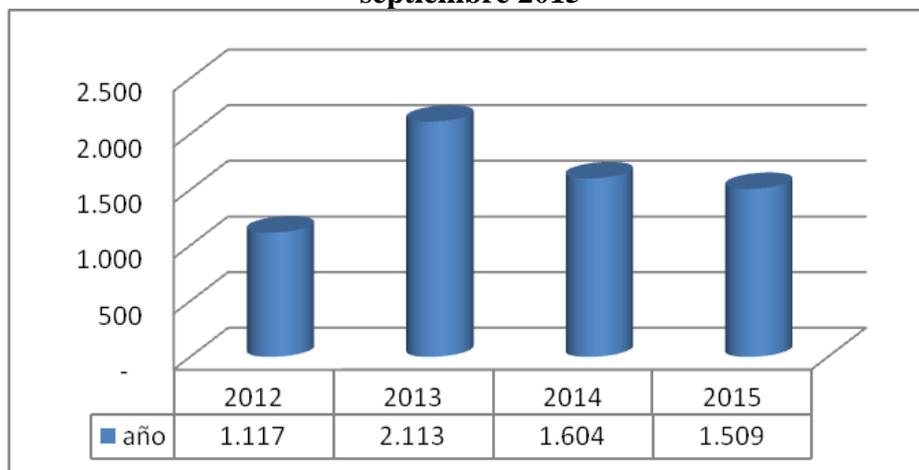
	2012	2013	2014	2015
ENERO	00:14:57	00:15:17	00:13:42	00:16:04
FEBRERO	00:15:47	00:15:54	00:13:48	00:15:50
MARZO	00:15:55	00:16:18	00:14:39	00:15:56
ABRIL	00:15:49	00:16:43	00:14:17	00:15:23
MAYO	00:15:33	00:16:19	00:15:20	00:15:16
JUNIO	00:15:39	00:15:14	00:15:12	00:14:12
JULIO	00:15:59	00:14:54	00:14:20	00:14:46
AGOSTO	00:15:55	00:14:51	00:14:47	00:15:27
SEPTIEMBRE	00:16:21	00:15:12	00:11:41	00:14:47
OCTUBRE	00:17:15	00:14:39	00:14:35	
NOVIEMBRE	00:16:08	00:14:18	00:14:28	
DICIEMBRE	00:15:51	00:14:18	00:14:09	
<b>TOTAL</b>	<b>00:16:03</b>	<b>00:15:17</b>	<b>00:14:24</b>	<b>00:15:23</b>

Fuente: DUES- Sistema de información CRUE

Así mismo la DUES a través de su Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, apoya la ubicación y traslado de las pacientes críticas y maternas dentro del marco del

Sistema de Referencia y Contra-referencia, en la tabla No 30 se muestra el número de pacientes ubicados y/o trasladados, por año (Ilustración 20).

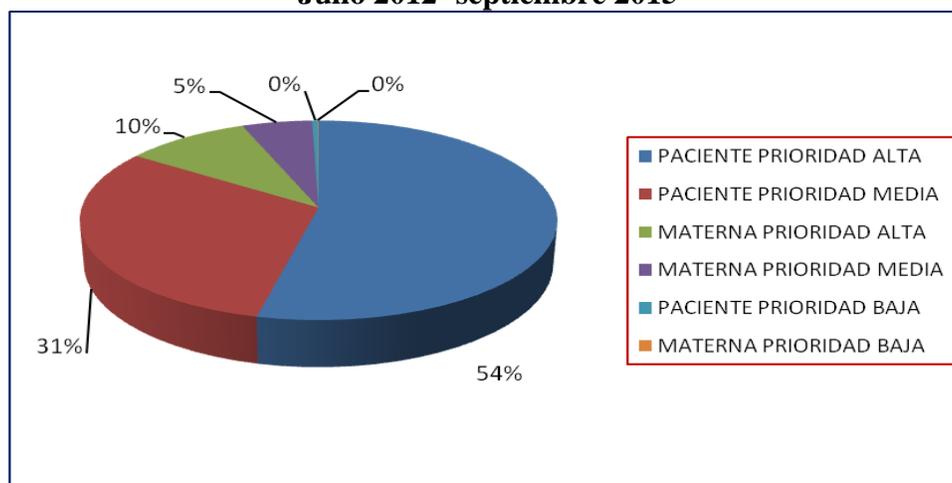
**Ilustración 20. Frecuencia de pacientes ubicados y/ trasladados SIRC de julio 2012- septiembre 2015**



Fuente: DUES- Sistema de información CRUE

El tipo de paciente a los cuales se les apoya en su ubicación en una IPS son los de prioridad alta o críticos en un 54%.

**Ilustración 21. Proporción de pacientes ubicados y/o trasladados, según criticidad. Julio 2012- septiembre 2015**



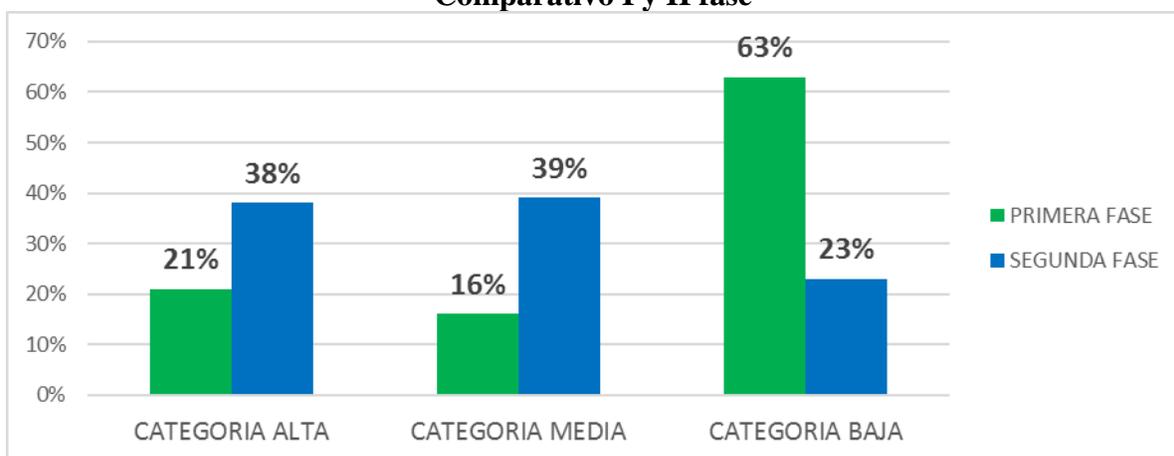
Fuente: DUES- Sistema de información CRUE

#### 4. CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el periodo 2012 y 2014 se realizó diagnóstico del Programa de Seguridad de Paciente en las 100 IPS que hacen parte del Pacto por la Seguridad del Paciente, en donde se evaluó el desarrollo e implementación del mismo. En el 2014 se incluyeron dentro de la evaluación los procesos de Fármaco-vigilancia y Tecno-vigilancia.

Para la II Fase de categorización se observa el grado de avance por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas clasificadas en categoría baja, pasando del 63% en la I Fase a un 23% en la II Fase. Así mismo las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS, reflejaron un avance significativo, ya que la categoría baja paso de un 32% para la I Fase a un 29% en la II Fase .

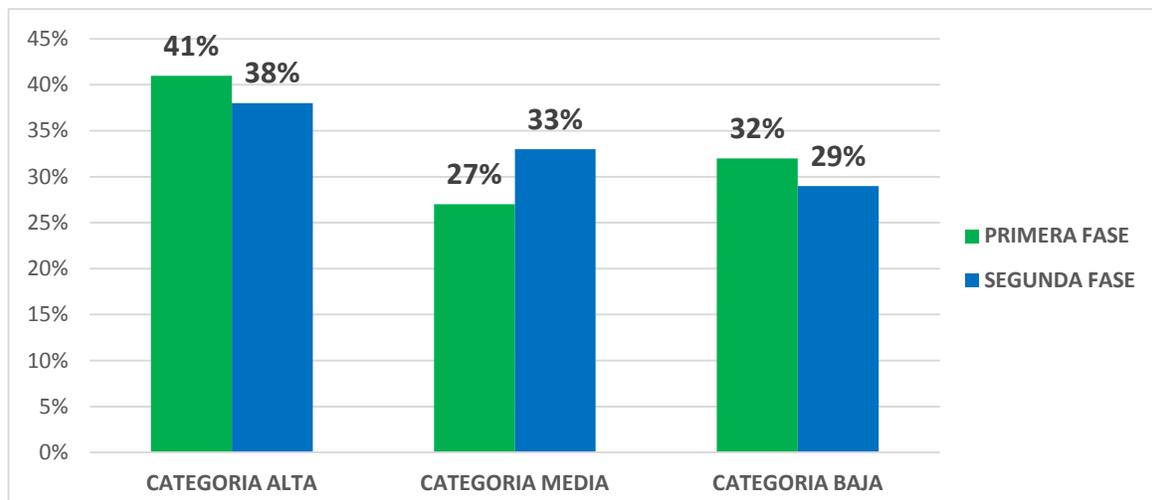
**Ilustración 22. Resultado categorización Seguridad del Paciente IPS Privadas Comparativo I y II fase**



Fuente: SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Informe. Seguridad del Paciente. Fecha de Corte Febrero 2015.

Se evidencia un comportamiento similar entre las Instituciones públicas y privadas frente al avance y grado de implementación del Programa de Seguridad del Paciente, permitiendo deducir que el nivel de avance del Programa no depende del tipo de naturaleza jurídica de la Institución.

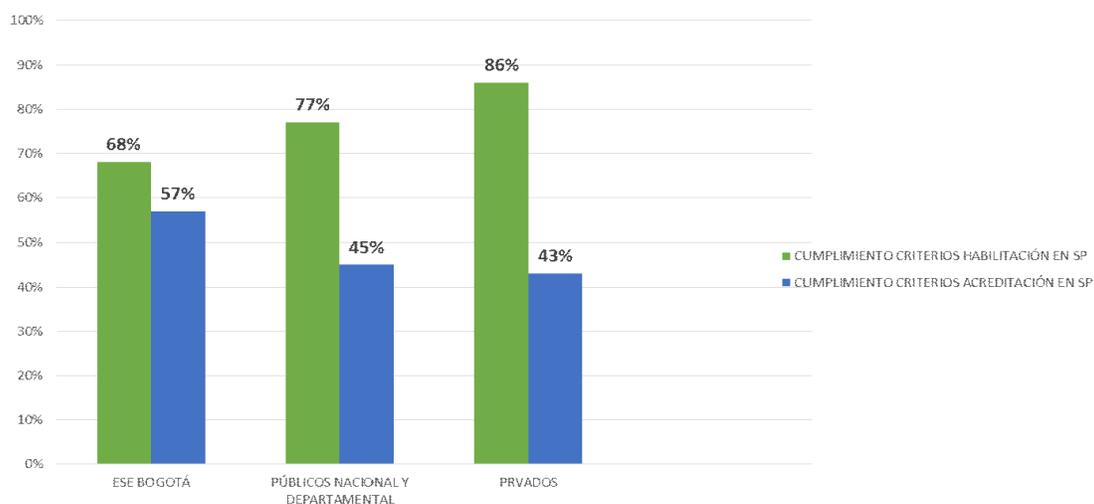
### Ilustración 23. Resultado categorización Seguridad del Paciente ESE Comparativo I y II Fase



**Fuente:** SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Informe. Seguridad del Paciente. Fecha de Corte Febrero 2015

Para el caso de los criterios de obligatorio cumplimiento establecidos en el Sistema Único de Habilitación se puede observar que las Instituciones privadas tienen un mayor grado de implementación en relación con las Instituciones públicas, ya que un 86% de las primeras, cumplen los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014 para el Programa de Seguridad del Paciente, mientras que las E.S.E adscritas, alcanzaron el 68% y las E.S.E del Orden Departamental y Nacional lo hacen en el 77%.

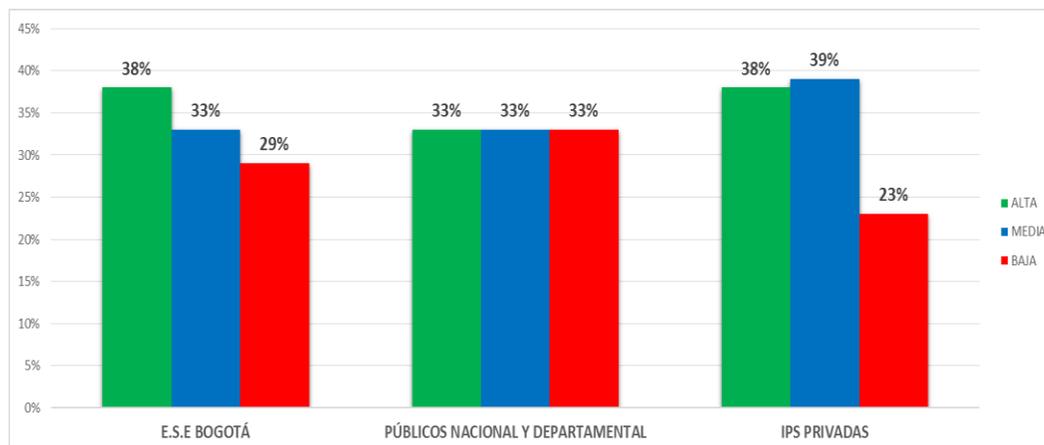
### Ilustración 24. Cumplimiento criterios de Habilitación y Acreditación



En el mes de Noviembre de 2011 se firmó el pacto Interinstitucional de apoyo y fortalecimiento de Seguridad del Paciente con 100 IPS, incluyendo las E.S.E distrital, las (3) del Orden Nacional y las IPS Públicas con el fin apoyar la implementación del Programa y brindar una atención segura a los Pacientes del Distrito Capital.

A continuación se presenta el estado actual de la categorización de las IPS pertenecientes al Pacto.

### Ilustración 25. Estado Actual IPS del Pacto de Seguridad del Paciente



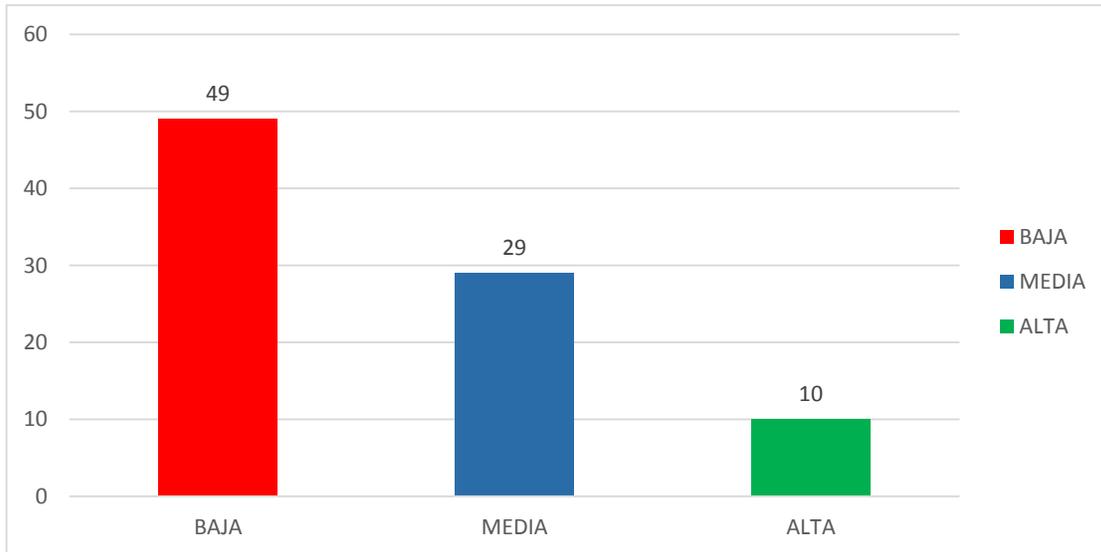
Fuente: SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Informe. Seguridad del Paciente. Fecha de Corte Febrero 2015

#### 4.1. Fármaco-vigilancia

Con el fin de fortalecer las líneas de intervención del Programa de Seguridad del Paciente se aplicó un instrumento de categorización a 88 IPS del Pacto<sup>42</sup> donde se evaluó el nivel de implementación del Programa de Farmacovigilancia obteniendo como resultado, de las Instituciones evaluadas que el 56% se encuentran en categoría baja, el 33% se encuentra en categoría media y un 11% en categoría baja.

<sup>42</sup> Organización Mundial de la Salud (SF). Funciones esenciales en Salud.

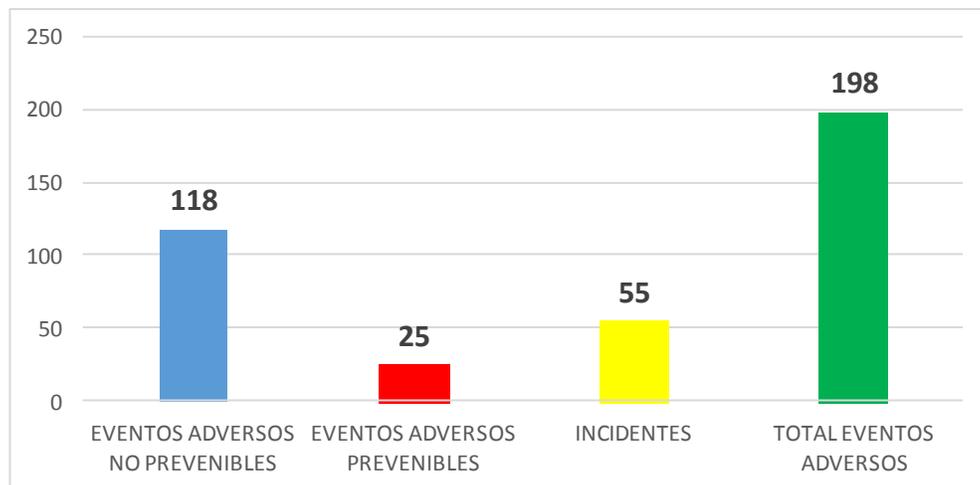
### Ilustración 26. Resultado categorización diagnostico IPS Farmacovigilancia 2014



Fuente: SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Base de Datos. Categorización Diagnostico Farmacovigilancia. Fecha de Corte 31 de diciembre 2014

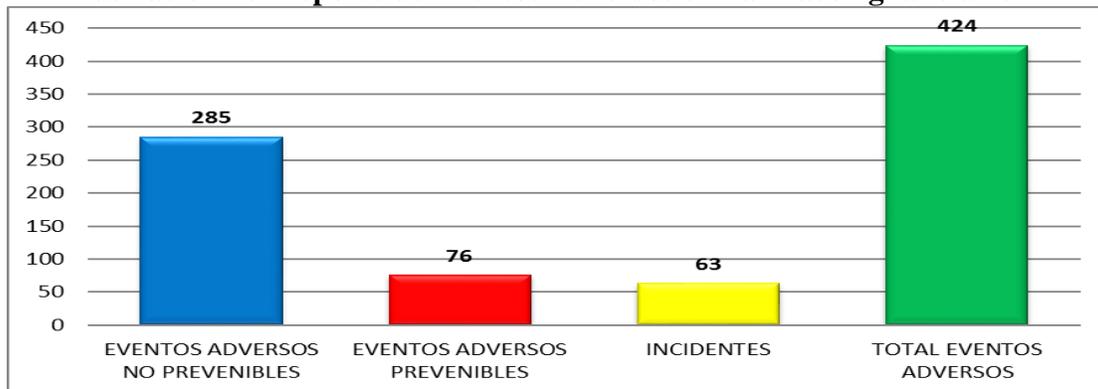
Como resultado de estas actividades, los reportes de eventos pasaron de (198) casos en el 2013 a (424) para el 2014. Esto evidencia que las Instituciones han fortalecido la cultura del reporte con lo cual se avanza en cuanto a transparencia y trazabilidad de eventos, base fundamental para establecer acciones efectivas de mejora.

### Ilustración 27. Reporte de Eventos Adversos en Farmacovigilancia 2013



Fuente: SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Base de Datos. Categorización Diagnostico Farmacovigilancia. Fecha de Corte 31 de diciembre 2013.

**Ilustración 28. Reporte de Eventos Adversos en Farmacovigilancia 2014**



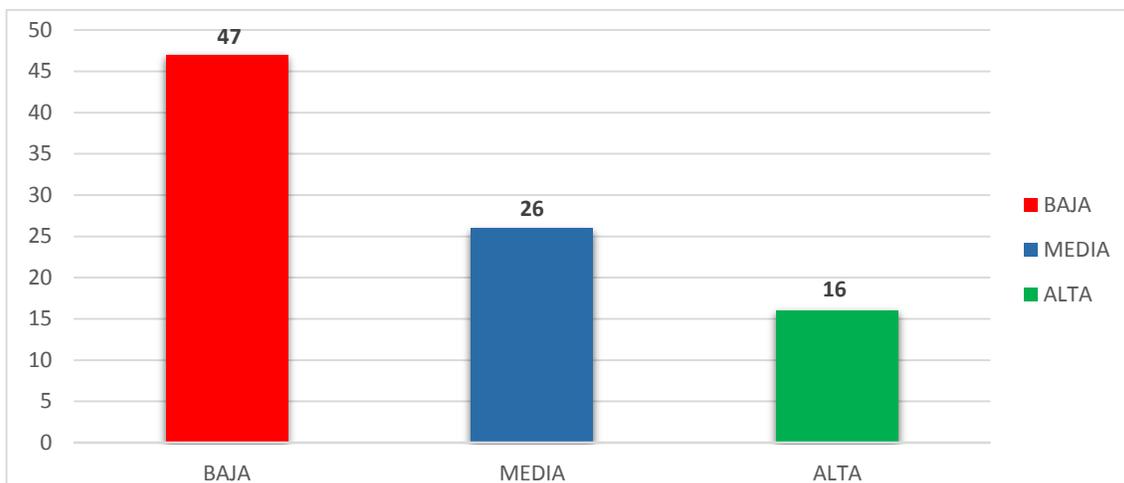
Fuente: SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Base de Datos. Reporte de Eventos adversos Farmacovigilancia. Fecha de Corte 31 de diciembre 2014.

Se evidencia que el mayor número de reportes de Eventos relacionados con Medicamentos corresponden a Eventos Adversos No Prevenibles (285 casos para el 2014), los cuales equivalen a un 67,21% de la totalidad de casos reportados.

#### 4.2. Tecno-vigilancia

Otra de las líneas de intervención del Programa de Seguridad del Paciente es Tecno-vigilancia, en la cual se aplicó un instrumento a las 100 IPS del Pacto donde se evaluó el nivel de implementación del Programa, obteniendo que el 53% (47 IPS) se encuentran en categoría alta, el 29% (26 IPS) se encuentra en categoría media y un 18% (16 IPS) en categoría baja.

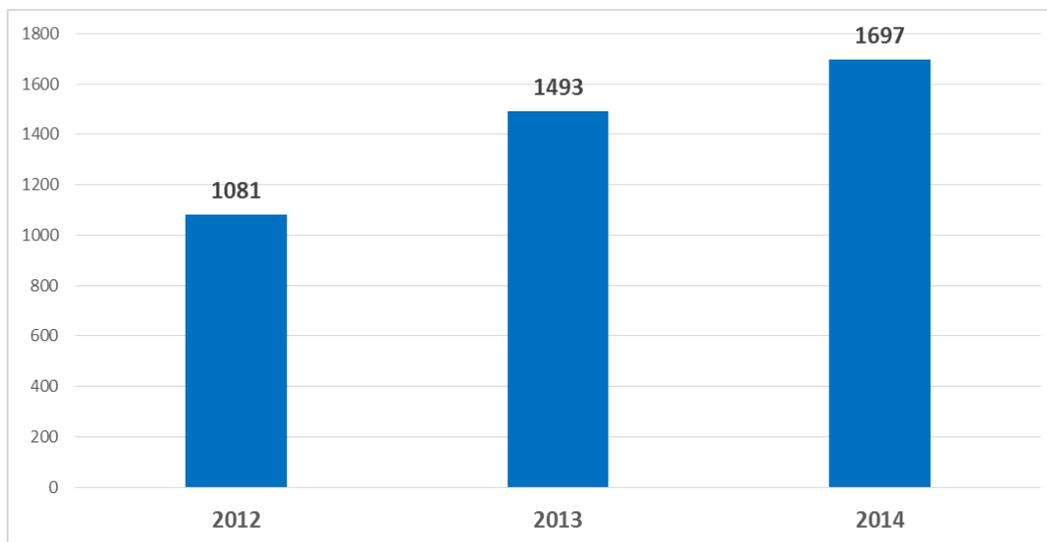
**Ilustración 29 Resultado categorización diagnóstico IPS Tecnovigilancia**



**Fuente:** SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Base de Datos. Categorización Diagnóstico Tecnovigilancia. Fecha de Corte 31 de diciembre 2014

Se encuentra en implementación el aumento en la cultura de reporte de eventos adversos relacionados con Dispositivos Médicos. Para 2012 se notificaron 1081, de los cuales en el 2013 hubo un aumento del 38% en la cultura de reportes de Tecnovigilancia y en el 2014 un 13% con respecto al año 2013.

### **Ilustración 30. Reportes de eventos adversos asociados a Dispositivos Médicos**



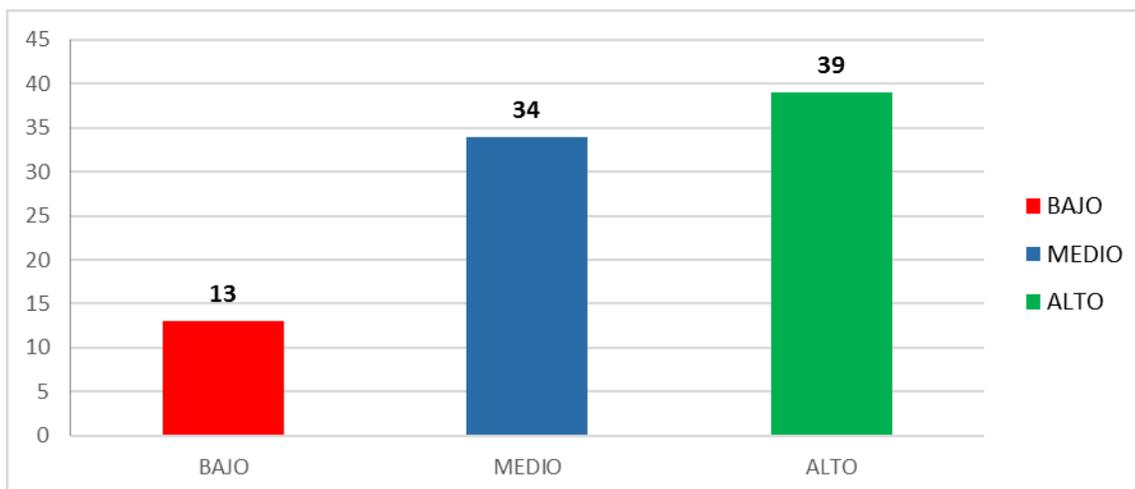
**Fuente:** SDS. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Base de Datos. Programa Tecnovigilancia. Fecha de Corte 31 de diciembre 2014

Las capacitaciones y asistencia técnica ayudaron a incentivar la cultura de reporte de eventos asociados a dispositivos médicos en los Prestadores de servicios de salud.

#### 4.2. Bioseguridad en prestación de los servicios de salud

En el componente de Bioseguridad dentro de la práctica segura Detección, Prevención y control de Infecciones asociadas a la atención en salud del Programa de Seguridad del Paciente se aplicó un instrumento de categorización en 86 IPS del Pacto donde se evaluó el nivel de implementación de este componente obteniendo como resultado que 13 Instituciones evaluadas (15%) se encuentran en categoría baja, 34 (40%) se encuentra en categoría media y 39 (45%) se encuentran en categoría alta.

**Ilustración 31. Resultado categorización IPS Bioseguridad 2014**



**Fuente:** S.D.S. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Base de Datos. Diagnóstico para Detección, Prevención y Control de IAAS. Fecha de Corte: 28 de febrero de 2015.

#### 4.3. Sistema único de acreditación

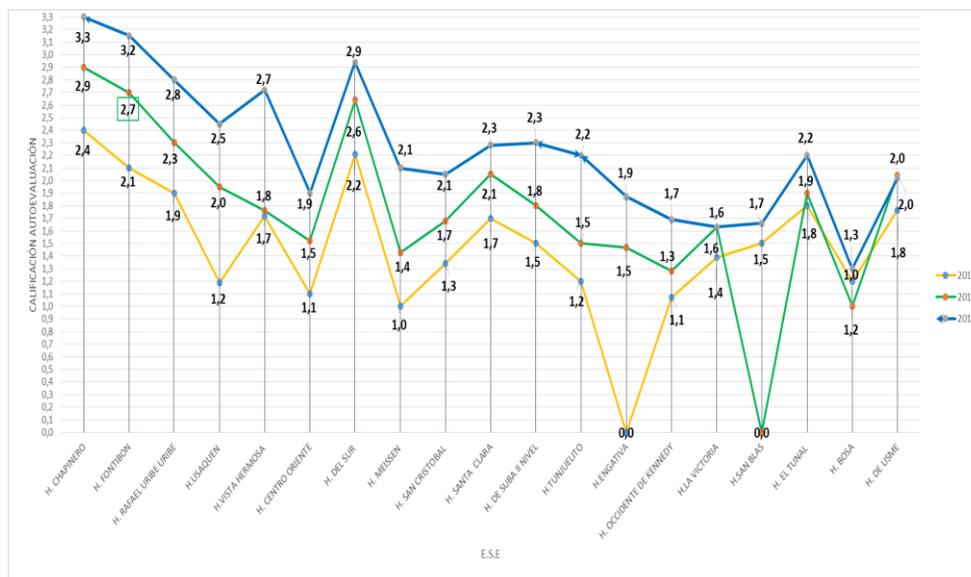
La metodología aplicada para el proceso de acreditación permite calificar la mejora en los procesos asistenciales, así como en los de Direccionamiento, Gerencia y Apoyo administrativo. La evaluación se hace de forma cualitativa mediante una descripción de las fortalezas y oportunidades de mejora logradas y de forma cuantitativa asignando una calificación de 1 a 5 dependiendo de los avances en términos de enfoque, implementación y resultados. En esta calificación los resultados tienen un peso porcentual del 50%, con lo cual se garantiza que su crecimiento implica necesariamente una mejora objetiva centrada en la atención en salud.

Para el desarrollo y el cumplimiento de estas metas se excluyeron las E.S.E que en el 2014 ostentaban la Acreditación en Salud (Hospital Nazaret y Hospital Pablo VI Bosa), no se incluyó el Hospital Simón Bolívar, dado que esta institución manifestó contar con su propio equipo de asesores en acreditación.

Aplicando esta metodología, de las 19 Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS que no se encuentran aún acreditadas, 5 presentaron un mayor avance en el proceso de Acreditación en Salud, a saber: Chapinero, Fontibón, Rafael Uribe Uribe, Usaquén, Vista Hermosa. El promedio en la calificación cuantitativa de estas 5 instituciones en el año 2012 fue de 1,9 puntos, en el año 2013 de 2,3 puntos y para el año 2014 fue de 2,9 puntos; producto de la implementación de planes de mejoramiento continuo en los servicios de salud; para postularse ante el ente acreditador, una IPS debe alcanzar como mínimo una calificación de 3,5.

Aunque existen diferencias, hay un crecimiento en la calificación cuantitativa en las E.S.E. con mayor avance entre el 2012 y el 2014, lo que significa que hay una mejora en los procesos asistenciales, de apoyo administrativo y gerencial en las instituciones, conllevando a servicios de salud más seguros, asequibles y oportunos a la población.

**Ilustración 32. Variación calificación Autoevaluación Acreditación 2012 – 2015**



Fuente: S.D.S. Dirección de Calidad - Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Base de Datos. Acreditación. Fecha de Corte: 31 de Diciembre de 2015.

Para el año 2015, la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, enfoco su trabajo al fortalecimiento de aquellas instituciones que tengan un mayor grado de avance y tengan la posibilidad real de postularse ante el ente acreditador del Sistema Único de Acreditación, con el fin de obtener dicho reconocimiento. Ello no significa dejar de apoyar a las demás entidades, las cuales continuarán recibiendo el acompañamiento del equipo técnico brindado hasta la fecha.

## 5. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La creación de la Sub-secretaría de Gestión territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud a través del Decreto 507 de 2013, impone retos en el cumplimiento de las funciones que le fueron asignadas.

La Secretaría Distrital de Salud a través de la Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía cuenta con la estrategia Puntos por el Derecho a la Salud (PDS) la cual busca acercar la institución a la ciudadanía incrementando la presencia institucional en el Territorio. Actualmente cuenta con 12 Puntos por el Derecho a la Salud (PDS) Fijos y 4 Puntos por el Derecho a la Salud Móviles. Los PDS fijos se encuentran ubicados en las localidades de Suba, Rafael Uribe Uribe, Kennedy, Puente Aranda, Usme, Tunjuelito, Mártires, Fontibón, Chapinero, Engativá y Ciudad Bolívar con el apoyo de las Alcaldías Locales y demás instituciones del Distrito.

Los PDS móviles, atienden sectores que por su ubicación geográfica y poca facilidad de acceso imposibilitan la instalación de un PDS fijo actualmente; o también en circunstancias coyunturales de aumento en la demanda de los servicios prestados por el PDS en localizaciones puntuales del Distrito.

La estrategia PDS realiza acciones que se encuentran enmarcadas en Acciones Resolutivas, Asesoría Jurídica, Sensibilización sobre el derecho a la salud, Ley Estatutaria, Movilización Social y Control Social para la exigibilidad y garantía del derecho, acompañando y promoviendo la ampliación de la base de Ciudadanía Activa en el Distrito Capital.

La Gestión Territorial para Bogotá se articula en 4 subredes: Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente, abarcando de esta forma un amplio alcance de atención a la ciudadanía.

Desde la Gestión Territorial en los Concejos Locales de Gobierno de las 20 alcaldías Locales, se atienden los requerimientos propios de estas incidiendo en las decisiones de inversión en las localidades, propendiendo por priorizar aquellos proyectos en salud.

Se cuenta adicionalmente con el equipo Unidad Ejecutora Local especializado en brindar asesoría técnica y acompañamiento en la formulación, ejecución y seguimiento a los proyectos en salud priorizados para los Fondos de Desarrollo Local; es así como se han asesorado 125 proyectos solicitados por las veinte Alcaldías Locales, de los cuales 99 contaron con aprobación técnica y acompañamiento por parte del equipo UEL.

Desde la perspectiva de la Gestión Institucional se da respuesta a lo establecido normativamente frente al proceso de participación social en salud: Decreto 1757 de 1994, Decreto 1876 de 1994, Decreto 530 de 2010, Circular 031 de 2012, Circular Única Superintendencia Nacional de Salud y Circular 020 de 2014. Se presta Asistencia Técnica a las Oficinas de Participación Social de las ESE y EPS Subsidiadas y Contributivas.

La asesoría y asistencia técnica a las alcaldías locales se presta con el fin de fortalecer y dinamizar el Comité de Participación Comunitaria en Salud – COPACO. Así mismo se da acompañamiento y asistencia técnica a las Formas de Participación Social en Salud establecidas normativamente – COPACO, Asociación de Usuarios ESE y EAPB Subsidiadas y Contributivas y Comités de Ética. En esta Gestión actúa el 100% de las Oficinas de Participación social y Servicio al Ciudadano de las ESE del Distrito y del 100% de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado. Actualmente se cuenta con 25 Asociaciones de Usuarios de las ESE del distrito, 22 comités de Ética Hospitalaria y 20 COPACO, organizaciones que avanzan activamente, con autonomía e incidencia en las decisiones públicas del sector salud.

Desde el enfoque de Control Social, se cuenta con los equipos funcionales de Control Social constituidos en las Empresas Sociales del Estado (ESE), los cuales se han legalizado dentro de la estructura de los hospitales a través de actos administrativos que permite tener un soporte oficial relevante a la gestión desarrolladas por estos equipos.

La estrategia Semilleros de nuevos actores en Control Social busca ampliar la base de ciudadanía activa interesada en desarrollar y apoyar el Control Social para la garantía y exigibilidad del derecho a la Salud, diversificando las actuales organizaciones sociales establecidas y nutriendo el ejercicio con perfiles de ciudadanos diferentes a los históricamente relacionados con el ejercicio.

El comité anticorrupción del sector salud de Bogotá D.C. conformado por 22 representantes de todos los actores del sistema de salud comprometido en el ejercicio de construir y consolidar la cultura de la probidad y la gestión pública transparente con articulación de acciones tendientes a la prevención de la corrupción. Se cuenta con 23 comités de seguimiento a los pactos por la Transparencia, encaminado a mejorar la gestión contractual y los sistemas de control interno y de atención de quejas y reclamos del sector público.

Desde el enfoque de Servicio a la Ciudadanía se cuenta con importantes herramientas como el aplicativo SIDBA – Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso, que da cuenta de la estadística respecto de las barreras de acceso de la ciudadanía para la prestación del servicio de salud en el sistema y que representa un vital insumo para la toma de decisiones. Junto con esta herramienta se cuenta con el aplicativo SDQS – Sistema Distrital de Quejas y Soluciones y la Línea 195 call center, a fin de sistematizar y direccionar las peticiones quejas o sugerencias realizadas por la ciudadanía, a las cuales se les realiza seguimiento y trámite correspondiente. Las principales barreras identificadas, se relacionan con los siguientes temas:

- El no cumplimiento de las EAPB de la garantía del aseguramiento y las vulneraciones permanentes del derecho fundamental a la salud.
- La insuficiencia e ineficiencia de la Red de Prestadores de servicios de salud de las EAPB.
- La lentitud en la implementación de la Ley Estatutaria, que está prevista que se dé escalonadamente en un periodo de 2 años.

- La no celeridad en el sector salud de la ciudad, frente a la implementación progresiva de la normatividad Anti-tramites, que requiere recursos y decisiones de todos los actores, desde el más alto nivel de dirección del sistema.
- La disposición de un aplicativo SDQS-Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, que no abastece las necesidades del Sector Salud.
- La no definición clara de la implementación de la Figura del Defensor del Ciudadano a nivel de Alcaldía y del Sector Salud.
- Las anteriores son prioridades identificadas desde el enfoque de Servicio a la Ciudadanía para ser desarrolladas a fin de mejorar el sistema en términos de calidad y prestación de servicios de salud a la ciudadanía.

## **6. CIENCIA Y TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN PARA LA SALUD**

### **6.1. Banco de sangre. Tejidos y células**

Con el fin de posicionar el Banco de Sangre, Tejidos y Células - Hemocentro en el campo de investigación a nivel nacional e Internacional, en el año 2012 se establece dentro de la institución el área de investigación con el propósito fundamental de promover la generación de conocimiento científico y dirigir, orientar, coordinar y gestionar los procesos de investigación con énfasis en medicina transfusional, terapia tisular y celular. Posteriormente, en el año 2014 se comienza a organizar, estructurar y documentar el área de Investigación y se introduce el componente de docencia o transferencia del conocimiento, cuyo objetivo principal es el de brindar entrenamiento y formación del talento humano para el desarrollo de competencias específicas, asociadas con los temas desarrollados a través del Hemocentro.

El área de investigación se ha venido trabajando en la consolidación y reconocimiento del Grupo de Investigación en Medicina Transfusional, Tisular y Celular (GIMTTyC) ante Colciencias. A la fecha se ha podido recopilar la información correspondiente con productos (publicaciones científicas, congresos, proyectos y formación de estudiantes) que se han venido generando desde el año 2012. Producto de esta actividad, el grupo y los investigadores asociados a éste; participaran nuevamente en la convocatoria 737 de Colciencias con el fin de ser reconocidos y categorizados por esta entidad.

### **6.2. Banco de sangre y medicina transfusional**

Con el fin de promover la investigación básica y aplicada en el área de medicina transfusional, se han venido trabajando en el planteamiento y ejecución de diferentes proyectos de investigación que a continuación se listan:

- a) Determinación de las frecuencias de alelos correspondientes a antígenos eritrocitarios Rh, Kell, Duffy, Kidd y MNS en pacientes con anemia de células falciformes y establecimiento de la probabilidad de compatibilización fenotipo extendido con la población donante del Banco de Sangre de referencia de Bogotá.
- b) Determinación de la Seroprevalencia del virus de la Hepatitis E y detección de los posibles casos de enfermedad aguda subclínica en la población donante del banco de sangre de referencia distrital de Bogotá.
- c) aracterísticas operativas de dos pruebas de Elisa y de la PCR en tiempo real en la detección de virus de la Hepatitis E, en la población donante del Banco de Sangre de referencia de Bogotá.
- d) Determinación de la Seroprevalencia de infecciones transmisibles por transfusión en los donantes de sangre del banco de referencia de la ciudad de Bogotá durante el periodo 2012-2014.

- e) Enfocados en el fortalecimiento de la investigación en red con instituciones públicas, se trabajó en la formulación y presentación para financiación al sistema general de regalías (SGR) - fondo de ciencia tecnología e innovación; el proyecto titulado: “Estudios técnicos para el establecimiento y organización de un registro NAL de células progenitoras Hematopoyéticas en Colombia”.
- f) Siendo el Homocentro centro de referencia del Distrito, se coordinado a través de convenios interinstitucionales el entrenamiento en sus instalaciones del siguiente recurso humano: 14 Estudiantes de pregrado en Bacteriología, 13 Médicos Hematólogos, 12 profesionales de diferentes servicios transfusionales del país.

### **6.3. Banco de sangre de cordón umbilical**

El Banco de Sangre de Cordón Umbilical (BSCU) de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud es el primer banco público en Colombia con propósito de trasplante hematopoyético; un proyecto que por su carácter innovador en el país se debe recalcar que todos sus procesos han pasado por investigaciones específicas, que han venido determinando el establecimiento de un modelo particular enfocado en la calidad del producto y basado en la investigación. El personal altamente calificado, específicamente en actividades de investigación biomédica y el concienzudo de análisis de los resultados en cada proceso, ha resultado en la definición de procedimientos operativos estándar ajustados a nuestras condiciones particulares en términos no sólo de laboratorio, sino que tienen que ver con el modelo de salud actual en las maternidades y las salas de parto.

De manera importante, el BSCU también tiene varios frentes de trabajo científico en procesos que las células madre, presentes en la sangre de cordón umbilical, llevan a cabo y que son cruciales para el buen desarrollo de la terapia. Uno de los frentes de investigación, es la caracterización fenotípica detallada, tanto de las células madre hematopoyéticas, como de otras células presentes en el producto trasplantable, las cuales, pueden eventualmente determinar sus potencialidades de diferenciación a los distintos linajes sanguíneos. Entender los mecanismos por los que estas células madre proliferan sin perder sus capacidades originales, para así lograr métodos de expansión celular aplicables en terapia celular avanzada, es otro de los intereses del BSCU, dado que los números de células trasplantadas determinan la eficiencia del trasplante.

### **6.4. Unidad de terapia celular**

La Unidad de Terapia Celular del Hemocentro Distrital es una unidad de procesamiento y manufacturación de productos de terapia de medicina avanzada basados en el uso de células primarias humanas como principio activo para el tratamiento de diversas condiciones patológicas degenerativas agudas y crónicas. En el Hemocentro Distrital se esta generando una plataforma altamente tecnificada para generar Terapias Celulares Avanzadas para medicina regenerativa con un alto grado de calidad, que estarán disponibles para el uso en pacientes dentro de ensayos clínicos controlados y conducidos por especialistas y bajo la vigilancia y armonización con los entes de vigilancia y control de medicamentos nacionales (INVIMA). La Unidad de Terapia Celular tiene dos frentes principales de trabajo:

- Unidad de Producción de Terapias Avanzadas: consistirá en un área de laboratorios o salas blancas equipadas, validadas y certificadas para la manipulación de células humanas para la producción de terapias celulares siguiendo normas de buenas prácticas de fabricación (Good Manufacturing Practices, GMP) con el fin de ofrecer este tipo de productos terapéuticos con los estándares más alto de calidad y bioseguridad.

Entre los productos que se tienen proyectado desarrollar se incluyen células madre mesenquimales y hematopoyéticas y otros componentes celulares inmunes orientados a la inmunoterapia y la terapia regenerativa. Como componente adicional esencial para el funcionamiento de la sala blanca, se introducirá una sub-sección de control de calidad independiente que supervise y asegure el cumplimiento de los estándares de calidad de los productos liberados por la sala de producción para su uso en humanos.

- Area de Innovación y Desarrollo. Esta sección apoyará a la unidad de producción en lo referente a generación, simulación y validación de protocolos de producción de terapia que serán posteriormente establecidos en la sala blanca. Además, el área de innovación generará propuestas de investigación biomédica aplicada para la introducción de nuevas estrategias terapéuticas con miras a ser implementadas en la sala blanca. Estas estrategias terapéuticas avanzadas basadas en aplicaciones en células madre estromales y hematopoyéticas, además de otros componentes celulares para el uso en inmunoterapia avanzada permitirán introducir alternativas para el manejo de enfermedades de complejas de alto contenido degenerativo crónico. Las investigaciones desarrolladas en esta unidad deben tender al desarrollo de productos medicinales con potencial regenerativo que tengan una perspectiva real de llevarse hacia la aplicación clínica en nuestro medio.

### **6.5. Banco de tejidos**

En el Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana, se cuenta con el primer Banco Público Distrital de Células, el único Banco Multitejidos del país y el Banco de sangre de referencia del distrito, donde se busca:

- Fortalecer la cultura ciudadana de la donación. Procesamiento automatizado y sistematizado de los componentes humanos. Capacidad de procesamiento de 100.000 unidades de sangre/año.
- Preparación de productos sanguíneos especiales. Rescate, procesamiento y distribución de tejidos (piel, córneas, membrana amniótica, escleras. A futuro tejido osteo muscular y tejido cardiovascular)
- Perfil científico: Banco público Multitejidos Banco público de Sangre de Cordón Umbilical y laboratorio de inmunogenética y HLA Centro de entrenamiento y capacitación en Medicina Transfusional, Banco de Tejidos y Células. Investigación en medicina y seguridad transfusional: genotificación de antígenos eritrocitarios en el laboratorio de inmunohematología molecular. Investigación en seguridad transfusional con el tamizaje de nuevas enfermedades transmisibles a través de componentes sanguíneos

El Banco Distrital de Tejidos ha presentado los siguientes trabajos:

- Banco de Ojos: “Identificación de Microorganismos Aislados en Corneas Provenientes de Donante Cadavérico y Efectividad del Medio de Preservación en la Inhibición del Crecimiento Bacteriano” en el Congreso Panamericano de Oftalmología 2015 realizado en la ciudad de Bogotá.
- Banco de Piel: “Comparación de diferentes métodos de preservación de piel” en el XI Congreso Federación Latinoamericana y XVI Congreso Argentino de Quemaduras realizado en la ciudad de Buenos Aires en el año 2015 el cual obtuvo el galardón de Trabajo a Premio de este Congreso.

Actualmente se vienen desarrollando los siguientes trabajos: Implementación de dermis acelular en el Banco de Piel de la Secretaría Distrital de Salud, trabajo que cuenta con el apoyo de los investigadores del Euroskin Bank quienes desarrollaron este proceso en Holanda. Aplicaciones de la Membrana Amniótica. Se está trabajando con la Unidad de Quemados del Hospital Simón Bolívar en la indicación del uso de este tejido en pacientes quemados.

Dentro de sus perspectivas, se va a iniciar un trabajo colaborativo entre el grupo de cirugía maxilofacial del Hospital de Meissen ESE II Nivel, la Universidad Pontificia Javeriana y el Banco Distrital de Tejidos la investigación en tres líneas: Aplicación de la membrana amniótica en pacientes con paladar hendido. Aplicación de la membrana amniótica en pacientes con heridas cruentas. Caracterización de la membrana amniótica glicerolizada.

## **6.6. Grupo de Investigaciones de la SDS**

La Secretaría Distrital de Salud, a partir de la reorganización realizada en el 2014, definió una función dentro de la Subsecretaría de planeación sectorial, dirección de planeación sectorial, quien tiene la responsabilidad sobre la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la política de ciencia, tecnología e innovación para la salud; la que a su vez define cinco líneas: gobernanza, agenda de investigaciones para la salud, capacidades para la investigación, apropiación social del conocimiento e innovación.

La investigación en las entidades del Distrito es un proceso incipiente, no se encuentra documentado y los conocimientos a este respecto son tácitos y dependen de las personas o profesionales que se encuentren encargados del tema. Sin embargo algunas de las entidades cuentan con procesos estructurados como son Instituto para la investigación educativa y desarrollo pedagógico IDEP y la Universidad Distrital y con procesos incipientes la Secretaría de habitad, de Integración social, de Desarrollo Económico, Planeación, Educación, Movilidad, Ambiente y Secretaría de la mujer<sup>43</sup>.

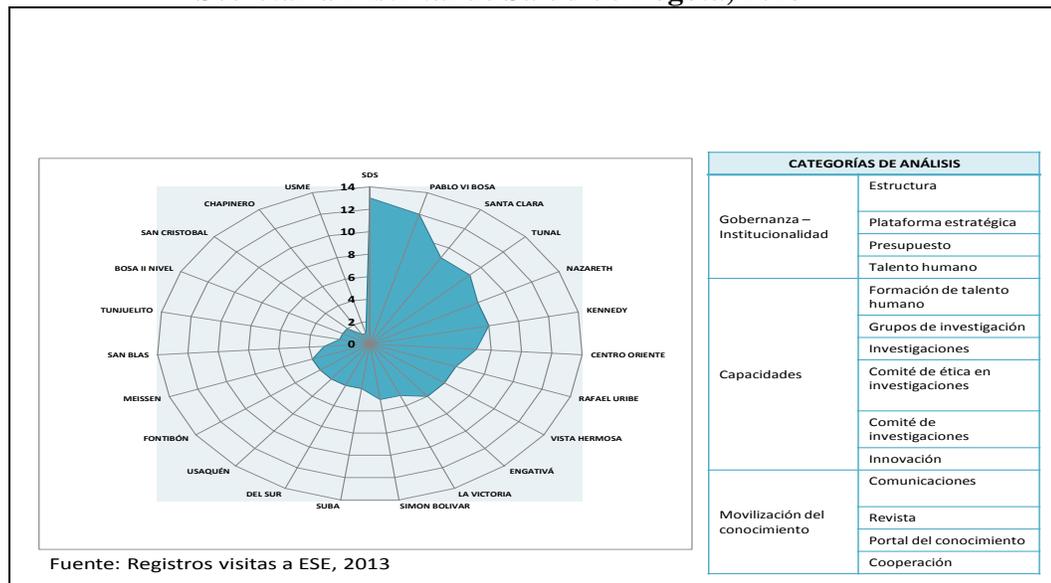
---

<sup>43</sup> Secretaría Distrital de Salud (2014 y 2015). Actas de visitas a clínicas y hospitales. Investigaciones y cooperación. Bogotá.

Por su parte, la investigación se encuentra institucionalizada en la mayoría de las clínicas y hospitales privadas, el proceso de investigaciones hace parte de la misión o visión o de sus objetivos, siendo misional, y estructural; algunos de ellos no cuentan con recursos directos para investigaciones y reciben el apoyo a través de insumos y talento humano para su desarrollo<sup>44</sup>.

Para el 2013, en las Empresas Sociales del Estado de Bogotá, a partir de 14 indicadores trabajados de manera dicotómica, se construyó el perfil de las ESE, encontrando que quienes cuentan con una infraestructura para el desarrollo de estos procesos son Pablo VI Bosa y Santa Clara. Ver ilustración 33.

**Ilustración 33. Investigaciones en las empresas sociales del estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2013**



Desde el punto de vista del desarrollo de la investigación, desde la creación de la oficina hasta el 2014 se financiaron 126 investigaciones relacionadas con salud pública, aseguramiento, financiera, desarrollo de servicios. El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá, en el período 2006-2013, desarrolló ocho investigaciones relacionados con la mortalidad materna e infantil, discapacidad, calidad de vida y salud por clase social, disponibilidad de servicios y acceso a servicios de salud, entre otras.

<sup>44</sup> Juares, F., Hewitt, N, Lozano, M., et al.(2014). Estado del arte de las investigaciones en salud, calidad de vida y enfermedad realizadas en Bogotá, D.C., durante el periodo 2010 – 2013. Secretaría Distrital de Salud & Universidad San Buenaventura. Bogotá.

Acorde con los resultados del Estado del Arte de la Investigación en salud en Bogotá se identificaron 1466 investigaciones de enero de 2010 a diciembre de 2013. De estas el 33% se relacionan con Sistemas y Servicios de Salud, el 27% con prioridades del Plan decenal de salud, 25% con estructuras que afectan diferencialmente la salud de la población y 14% con factores globales que afectan la salud<sup>45</sup>. Los aportes a las políticas y las recomendaciones para los programas son incipientes aunque los desarrollos metodológicos y la construcción de conocimiento de las áreas específicas sean muy claras<sup>46</sup>.

Por su parte, en la tabla maestra de investigaciones en acumulado y actualizado al mes de julio de 2015 se identifican 92 investigaciones; de las cuales el 50% (n=46) de las investigaciones se encuentran en negociación; el 20% (n=18) en desarrollo y terminadas o ejecutadas en el 30% (n=28). Se identifican 19 investigaciones de 13 hospitales: Simón Bolívar, El Tunal, Engativá, Vista Hermosa, Centro Oriente, Fontibón, La Victoria, Nazaret, Usaquén, Kennedy, y Del Sur, Tunjuelito Pablo VI –Bosa<sup>47</sup>.

A su vez, desde el Fondo de Regalías se encuentran dos proyectos aprobados para la vigencia 2012 – 2016, Ver tabla , dos para ser presentados al Órgano Colegiado de Administración (OCAD), los cuales son “Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo en la zona cuarta de Bogotá: Estudios clínicos-ambientales, genómicos, epigenéticos y de genomas personales” de la Universidad Nacional por un valor de \$3.115.935.046 y la “Creación de un registro nacional de donantes de células progenitoras hematopoyéticas en Colombia - Fase de Pre factibilidad” de la Secretaría Distrital de Salud, por un valor de \$5.146.807.000. Finalmente, se encuentran en fase de evaluación, para el periodo 2016 – 2017, los proyectos denominados “Sistema predictivo para la detección de niñas y adolescentes con alto riesgo de quedar en embarazo a temprana edad” de la Universidad Nacional y la SDS y “Uso de antibióticos para promoción de crecimiento, tratamiento y prevención de enfermedades en animales de producción para consumo humano: ¿Una fuente de resistencia a Antibióticos? de la Universidad Nacional y la Secretaría Distrital de Salud.

---

<sup>45</sup> Juares, F., Hewitt, N, Lozano, M., et al.(2014). Estado del arte de las investigaciones en salud, calidad de vida y enfermedad realizadas en Bogotá, D.C., durante el periodo 2010 – 2013. Secretaría Distrital de Salud & Universidad San Buenaventura. Bogotá.

<sup>46</sup> Secretaría Distrital de Salud (2015). Tabla Maestra de investigaciones. Bogotá.

<sup>47</sup> Snies (2015).

<http://snies.mineducacion.gov.co/consultasnies/programa/buscar.jsp?control=0.1655619862125901>

**Tabla 36. Proyectos aprobados en salud por el fondo de regalías 2012 – 2016**

FONDO DEL PROYECTO	Proyectos aprobados por el OCAD de CTeI	NOMBRE PROYECTO	Tiempo ejecución				INFORMACIÓN TÉCNICA DEL PROYECTO				
			Año inicial	Año Final	Ejecutor	Entidades participantes	Estado del proyecto	Contrapartida		Valor Sistema General de Regalías (millones)	Valor total proyecto (millones)
								Descripción	Valor		
FONDO DE CIENCIA TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN	Proyectos aprobados por el OCAD de CTeI	1.- Diseño e implementación del Banco Distrital de Células Madre de Cordon Umbilical BSCU.	2012	2016	Fondo Financiero Distrital de Salud	Hemocentro Distrital Convenio cooperación académico UNAL Banco de sangre y tejidos de Cataluña	En ejecución	Secretaría Distrital de Salud	\$19,273,208,868	\$16,226,791,132	\$35,500,000,000
		2.- Implementación de la plataforma científica y tecnológica para la obtención de Fito medicamentos antitumorales con estándares internacionales Bogotá D.C.	2013	2016		Hospital Universitario San Ignacio, Universidad del Valle y Universidad Javeriana (sede Bogotá)	Aprobado	Universidad Javeriana (sede Bogotá)	\$1,721,046,952	\$3,572,917,143	\$5,293,964,095

Fuente: Planeacion Distrital. Julio 2015.

Con relación a los grupos de investigación, la SDS cuenta con dos grupos reconocidos por Colciencias en el 2015: el de la Secretaría Distrital de Salud en categoría C y el del Hospital del Tunal en categoría D. Estos dos grupos reportan 116 productos, distribuidos de la siguiente manera: 51% de apropiación social del conocimiento, 13% de nuevo conocimiento, 28% productos de formación y 9% de desarrollo tecnológico e innovación.<sup>48</sup> A su vez, Santa Clara reporta dos grupos ambos reconocidos y uno clasificado en C.

Con relación a la *financiación*, en los últimos tres planes de desarrollo, la inversión de la SDS en investigaciones no ha alcanzado al 1%, como se observa en la siguiente tabla .

<sup>48</sup> Secretaría Distrital de Salud % Maloka (2012). Informe de proyecto Construcción del Plan de Ciencia, tecnología e Innovación para la salud. Bogotá.

**Tabla 37. Presupuesto Investigaciones 2004 – 2015 Secretaría Distrital de Salud**

PLAN DE DESARROLLO	PRESUPUESTO DESTINADO Y EJECUTADO DEL FONDO DISTRITAL DE SALUD (VALORES EN MILLONES DE \$)	PROYECTO DE INVERSIÓN PARA LA OFICINA DE INVESTIGACIONES Y COOPERACIÓN DE LA SDS	PRESUPUESTO DESTINADO Y EJECUTADO AL PROYECTO DE INVERSIÓN DE LA OFICINA DE INVESTIGACIONES Y COOPERACIÓN DE LA SDS (VALORES EN MILLONES DE \$)	% de inversión destinado LA OFICINA DE INVESTIGACIONES Y COOPERACIÓN DE LA SDS DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LA SDS
Bogotá sin Indiferencia Junio 2004 a Junio 2008	3.778.868	337 - Cooperación técnica local nacional e internacional para el desarrollo del sector salud	1.632	0,043
Bogotá Positiva Julio 2008 a Junio 2012	4.792.021	0613 - Gestión del conocimiento y la innovación en salud	3.675	0,077
Bogotá Humana 2012 - 2016 Acumulado Enero 2012 a 30 Junio 2015	5.232.963	0872 - Conocimiento para la Salud	2.807	0,054

Fuente: Díaz, L. Presupuesto de Investigaciones SDS. 2013

La comunicación es la mejor estrategia para la apropiación social del conocimiento, es una de las formas de convertir el conocimiento tácito en explícito, se han realizado, del 2012 a julio de 2015 ,22 espacios socialización de investigaciones - Investigaciones Habla, se han emitido tres boletines de investigaciones y cooperación, se han transmitido 830 informativos sobre becas, cursos y conferencias de interés y se mantiene actualizada la página web.

Desde la Cooperación nacional e internacional el objetivo es la internacionalización a través de los programas y proyectos, con la participación en las mesas de trabajo, la elaboración y socialización del portafolio (oferta y demanda), el recibimiento de comisiones internacionales para el intercambio de buenas prácticas y la participación en convocatorias y escenarios de movilización del conocimiento tanto en Colombia, como en el exterior.

En la revisión de la producción científica sobre problemas de salud en Bogotá, que apareció publicada en revistas indexadas entre 2007 y Julio de 2012 se encontró un total de 363 artículos, 941 investigadores procedentes de 280 instituciones y de 107 ciudades.(SDS & Maloka, 2012)<sup>49</sup>. Así mismo al revisar el impacto de citaciones de la SDS, donde más es visible la Secretaría Distrital de Salud es en Google Académico como se observa en la siguiente tabla .

<sup>49</sup> Entendido como la combinación de activos inmateriales o intangibles, incluyéndose el conocimiento del personal, la capacidad para aprender y adaptarse, las relaciones con otros, los procesos, que necesariamente no están en los estados contables. (Medina Sánchez, A.J., Et al, 2007)

**Tabla 38. Factor de impacto de citaciones de la S.D.S. en bases de datos 2008 - 2014**

BASE DE DATOS	CITACIÓN SDS	PERIODO
Google Académico	2917	2008 A 2014
Biblat	3	2008 A 2014
Directory Of Open Access Journals	3	2008 a 2014
Scielo	0	2008 A 2014
SJR SCImago	0	2008 A 2014
Journal Citation Reports	0	2008 A 2014
<b>TOTAL</b>	<b>2923</b>	

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos. Agosto 2015

La revista de investigaciones en salud y seguridad social ha publicado 140 artículos a 2011 de los cuales 123 son de profesionales vinculados a la Secretaría, diez a las ESE y siete de otros actores. Se espera contar con la edición actualizada de las revistas hasta el 2015 y avanzar en el proceso de indexación.

A junio de 2015 se cuenta con una biblioteca y una red de bibliotecas de las ESE cuya tipología es: Dos bibliotecas públicas: Pablo VI Bosa y SDS, 14 bibliotecas especializadas: Santa Clara, San Blas, Vista hermosa, Simón Bolívar, Fontibón, Nazaret, San Cristóbal, La Victoria, Usme, Meissen, Kennedy, Engativá, Tunjuelito, y Tunal y dos bibliotecas digitales: Centro Oriente, Rafael Uribe, Uribe.

## **6.7. Financiación**

Durante el periodo del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, el Sistema de Innovación en Salud para Bogotá D.C. , contó con fuentes de financiación provenientes del Distrito Capital, de la fuente Aporte Ordinario y con aportes de nación, de las fuentes del Sistema General de Regalías, del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación y se espera contar con financiación de Colciencias, para proyectos que cursan aprobación en dicho Ente.

Se han gestionado 10 Proyectos de Innovación, 1 de estos está financiado con recursos del Distrito Capital, con la fuente Aporte Ordinario. Así mismo, se encuentra en fase de ejecución, 7 proyectos financiados con recursos de la nación, con Fuente del Sistema General de Regalías; de los cuales 2 están en ejecución, 3 se encuentran para aprobación del OCAD y 2 están en proceso de formulación. Otros 2 proyectos se financian con aportes de la nación con la fuente de Colciencias. Estos proyectos se encuentran en la fase de viabilización y priorización por parte de Colciencias.

**Tabla 39. Fuentes de financiación y proyectos de inversión  
Innovación en salud. Bogotá D.C., 2012-2016**

<b>PROYECTOS</b>	<b>FUENTE</b>	<b>ESTADO</b>
Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana.	Recursos propios FFDS	En ejecución
Diseño e implementación del Banco Distrital de células madre de cordón umbilical (BSCU).	Regalías	Aprobado
Implementación para la Plataforma Científica y Tecnológica para la obtención de fitomedicamentos antitumorales con estándares internacionales Bogotá, D.C.	Regalías	Aprobado
Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo en la zona cuarta de Bogotá: estudios clínicos- ambientales, genómicos, eoigenéticos y de genomas personales	Regalías	Presentados al OCAD
Creación de un registro Nacional de donantes de células progenitoras hematopoyéticas en Colombia- Fase de Prefactibilidad.	Regalías	Presentados al OCAD
Sistema Predictivo para la detección de niñas y adolescentes con alto riesgo de quedar en embarazo a temprana edad	Regalías	En formulación
Uso de antibióticos para tratamiento de crecimiento, tratamiento y prevención de enfermedades en animales de producción para condumio humano: Una fuente de resistencia a antibióticos?	Regalías	En formulación
Estudio genómico y epigenómico del alcoholismo en la población resistente de Bogotá	Regalías	En formulación
“Efecto a corto plazo de la nueva guía de alimentación complementaria en la malnutrición en niños/niñas de 6-12 meses del programa de crecimiento y desarrollo de las ESE de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá”.	Colciencias	En definición
“Efectos de agroquímicos en el desempeño cognitivo de trabajadores agrícolas en la localidad de Sumapaz”.	Colciencias	En definición

Fuente: SDS

## 7. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Las acciones que se han realizado en TIC están basadas principalmente en las evaluaciones cualitativas que hacen los profesionales especialistas en esta área, en las comparaciones o benchmarking con organizaciones líderes en el área de salud electrónica, en el uso de estándares y recomendaciones de buenas prácticas internacionales tales como HL7, IHE y ITIL (reconocidas para áreas como interoperabilidad, historia clínica y procesos TI) y en la legislación colombiana sobre sistemas de información en salud.

Lo anterior ha permitido que se formule un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) que presenta los objetivos, líneas de trabajo, objetivos, principios y proyectos que se deben ejecutar en los próximos cinco años en el área de sistemas de información hospitalarios, sistemas misionales de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), comunicaciones y conectividad, salud móvil y demás áreas de la salud electrónica.

Debido a la fuerte relación entre la SDS y los hospitales públicos de la red adscrita, en la Dirección TIC se ha venido recopilando la información detallada del estado de los sistemas de información hospitalaria (HIS) que se actualiza trimestralmente, contando con un diagnóstico actual de hardware, software y conectividad. Se ha encontrado que más del 70% de los hospitales públicos no cuentan con Historia Clínica Electrónica, sus sistemas tienen grados altos de obsolescencia tecnológica o el uso de la Historia Clínica Electrónica es bajo; con base en esto, la Secretaría Distrital de Salud ha realizado acciones tendientes a la modernización de los HIS, en cerca de 13 hospitales de la red pública, que se consideraron los más críticos. En la tabla siguiente se presenta el estado de los HIS a octubre del 2015.

**Tabla 40. Estado del HIS en los Hospitales de la Red Pública ”. Año 2015.**

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				
DIRECCION TIC				
ESTADO DEL HIS EN LAS ESE ADSCRITAS				
CORTE A OCTUBRE DE 2015				
RED NORTE / Nombre ESE	Cant. Sedes	Versión Sistema de Información Hospitalario (HIS)	Concepto cualitativo del Sistema de Información Hospitalario (HIS)	Concepto Integralidad entre los módulos clínicos, administrativos, financieros y contables
<b>I NIVEL</b>				
HOSPITAL CHAPINERO	8	Dinámica Gerencial Hospitalaria Versión 2014 upgrate 11 parche 24.8	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: SI Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: SI	Sistema de Información Integrado en todos sus componentes.
HOSPITAL USAQUEN	10	DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA Versión Net 2014 WEB SERVICES Para SQL_SERVER	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: SI Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: SI	Sistema de Información Integrado en todos sus componentes.
<b>II NIVEL</b>				
HOSPITAL ENGATIVA	14	Servinte HIPOCRATES, CLINICAL SUITE	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: NO. Versiones 2011 Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero, Componente desarrollado por el hospital de Inteligencia de Negocios (BI) Historia Clínica Electrónica: SI, por actualizar <b>En proceso de ACTUALIZACION DE HIS</b>	Sistema de Información no totalmente integrado en todos sus componentes.
HOSPITAL SUBA	15	-Sistema Asistencial: Clínica Suite One, Versión Año:2009 - Sistema Financiero: Syneris ERP Versión: 2.1.1 Año:2014	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: NO. Versiones 2009 y 2014 Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero, no completamente implementado Historia Clínica Electrónica: SI, sin actualizar. <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistemas de Información no Integrados.
<b>III NIVEL</b>				
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	2	Sistema de Información Hospitalario Hipócrates Versión: caracter 1998 - 2007	Grado de Madurez: Alto en Administrativos y Financieros HIS Actualizado: NO. Versiones 2007 Alcance HIS: Administrativo, Financiero, no completamente implementado Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ACTUALIZACION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen.
RED SUR / Nombre ESE		Versión Sistema de Información Hospitalario (HIS)	Concepto cualitativo del Sistema de Información Hospitalario (HIS)	Concepto Integralidad entre los módulos clínicos, administrativos, financieros y contables
<b>I NIVEL</b>				
HOSPITAL NAZARETH	4	Servinte HIPOCRATES, CLINICAL SUITE	Grado de Madurez: Alto en Administrativos y Financieros HIS Actualizado: NO. Versiones 2009 Alcance HIS: Administrativo, Financiero, no completamente implementado Historia Clínica Electrónica: NO	Sistema de Información no totalmente integrado en todos sus componentes.
HOSPITAL USME	14	HIPOCRATES 2007	Grado de Madurez: Alto en Administrativos y Financieros HIS Actualizado: NO. Versiones 2007 Alcance HIS: Administrativo, Financiero, no completamente implementado Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen en producción.
HOSPITAL VISTA HERMOSA	19	SERVINTE CLINICAL SUITE 2006	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: NO. Versiones 2006 Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: SI, Por actualizar <b>En proceso de ACTUALIZACION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado.
<b>II NIVEL</b>				
HOSPITAL MEISSEN	1	HEON MEDICAL: Versión 10.0 2008 actualizada al 2012, conformado las interfaces de HEON, SEVEN y KACTUS respectivamente	Grado de Madurez: Medio HIS Actualizado: NO. Versiones 2008 y 2012 Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero, no completamente implementado Historia Clínica Electrónica: SI	Sistemas de Información no integrados.
HOSPITAL TUNJUELITO	9	Dinámica Gerencial Hospitalaria Versión: Net (HC-Citas) Visual FoxPro (Demás Módulos) Año: 2009	Grado de Madurez: Alto en los módulos en producción HIS Actualizado: NO. Versión 2009 Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero <b>En proceso de ACTUALIZACION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen en producción.
<b>III NIVEL</b>				
HOSPITAL EL TUNAL	1	Dinámica Gerencial Hospitalaria Versión: 4.3 Año: 2015	Grado de Madurez: En implementación Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: SI <b>En proceso de actualización en modalidad de Arriendo</b>	Sistema de Información integrado.

## SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

## DIRECCION TIC

## ESTADO DEL HIS EN LAS ESE ADSCRITAS

## CORTE A OCTUBRE DE 2015



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

RED SUR OCCIDENTE / Nombre ESE	Versión Sistema de Información Hospitalario (HIS)	Concepto cualitativo del Sistema de Información Hospitalario (HIS)	Concepto Integralidad entre los módulos clínicos, administrativos, financieros y contables
<b>I NIVEL</b>			
HOSPITAL DEL SUR	22 Sistema de Información HIPOCRATES versión carácter 2.3, año 2004	Grado de Madurez: Alto en Administrativos y Financieros HIS Actualizado: NO. Versiones 2004 Alcance HIS: Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen.
HOSPITAL PABLO VI BOSA	17 HIMS (Historia Clínica electrónica) V 2.0, año 2004 HIPOCRATES (Sistema Financiero) carácter 2003 GESTLAB (Sistema Laboratorio Clínico) V 13.0611, 2011	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: NO. Versiones 2003, 2004 y 2011 Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero, no completamente implementado Historia Clínica Electrónica: SI por actualizar <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistemas de Información no integrados.
<b>II NIVEL</b>			
HOSPITAL BOSA	1 HIPOCRATES, CLINICAL SUITE	Grado de Madurez: Alto en Administrativos y Financieros HIS Actualizado: NO. Versiones 2002 Y 2008 Alcance HIS: Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen.
HOSPITAL FONTIBON	11 Dinámica Gerencial versión :2014 Upgrade 9.0 parche 12.11	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: SI Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero. Falta implementar módulo de costos Historia Clínica Electrónica: SI <b>En proceso de ACTUALIZACION DE HIS</b>	Sistema de Información Integrado en todos sus componentes.
<b>III NIVEL</b>			
HOSPITAL KENNEDY	4 - Dinámica Gerencial Hospitalaria Versión .NET año - 2013 versión 10 parche e 17.8 - KNOWLEDGE TREE 2013 - LIME SURVEY - INNOVADOC 2013 - SIIES - SICHOK - SIGMA	Grado de Madurez: Medio HIS Actualizado: NO. Múltiples Versiones de los sistemas que tiene el hospital Alcance HIS: Clínico parcialmente, Administrativo, Financiero, no completamente implementado Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistemas de Información no integrados.
<b>RED CENTRO ORIENTE / Nombre ESE</b>			
<b>I NIVEL</b>			
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	11 HIPOCRATES, versión carácter, Versión 2003	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: NO. Versión 2003 Alcance HIS: Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	6 Dinámica Gerencial Hospitalaria, Versión: upgrade 10 Parche 01.13. Año: 2014	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: SI Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: SI	Sistema de Información Integrado en todos sus componentes.
<b>II NIVEL</b>			
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	10 Dinámica Gerencial Hospitalaria, Versión .NET - 2014	Grado de Madurez: Medio HIS Actualizado: SI Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero. Falta implementar módulo de costos y control de visitas Historia Clínica Electrónica: SI <b>HIS ACTUAL EN MODALIDAD DE ARRIENDO</b> <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistema de Información Integrado en todos sus componentes.
HOSPITAL SAN BLAS	2 SIGMA, 1996	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: NO. Versión 1996 Alcance HIS: Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen
<b>III NIVEL</b>			
HOSPITAL LA VICTORIA	4 - Dinámica Gerencial, Versión 9.0 última, 2009 - SIIES, aplicativo para el manejo de Autorizaciones. Versión 1.0 de 2012	Grado de Madurez: Alto HIS Actualizado: NO. Versión 2012 Alcance HIS: Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: NO <b>En proceso de ACTUALIZACION DE HIS</b>	Dinámica Gerencial Hospitalaria: integrado en los componentes que se tienen. SIIES: Consulta a Dinámica Gerencial Hospitalaria.
HOSPITAL SANTA CLARA	1 DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA – VERSION 2014 – Upgrde 09 – Parche 22.13	Grado de Madurez: Baja, en proceso de implementación HIS Actualizado: SI Alcance HIS: Clínico, Administrativo, Financiero Historia Clínica Electrónica: SI en proceso de implementación <b>HIS ACTUAL EN MODALIDAD DE ARRIENDO</b> <b>En proceso de ADQUISICION DE HIS</b>	Sistema de Información integrado en los componentes que se tienen en producción

De otro modo, el inventario detallado de servidores, equipos de usuario final, equipos de impresión y afines, redes locales, capacidades de Internet y conectividad entre sedes de cada hospital que se realizó a finales del 2013 (ver anexo Capacidades en Hardware y Redes Red Adscrita en el documento PETIC) con apoyo de la Alta Consejería TIC del Distrito y la ETB, pudieron evidenciar entre un bajo y mediano grado de atraso tecnológico, y baja penetración de equipamiento TIC en los hospitales públicos, lo que ha conducido a que los HIS se hayan concentrado en las áreas administrativas y financieras de estas instituciones, reduciendo el impacto que estos sistemas podrían lograr en las áreas de atención médica, de enfermería, laboratorio y demás áreas clínicas.

Con el objetivo de fortalecer esta capacidad computacional, de conectividad, y aumentar la penetración de las TIC en las áreas sanitarias, la SDS apoyó a las ESE con la entrega de hardware a nivel intramural y con equipos móviles para los equipos de Territorios Saludables, mientras que por otro lado la Alta Consejería TIC del Distrito, gestiona la red de conectividad para todas las ESE, con la sede central de la SDS. Con estos recursos tecnológicos, las ESE están en capacidad de instalar HIS modernos con énfasis en la historia clínica.

A nivel interno de la entidad se ha realizado un inventario detallado de los diferentes sistemas de información que se usan por parte de los funcionarios y contratistas de la entidad. A septiembre 30 de 2015 la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. cuenta con un total de 54 aplicativos en producción por procesos de la entidad, distribuidos en 34 de apoyo, 19 misionales y uno estratégico. Sobre el total de estos sistemas de información, el 37% presenta un tipo de desarrollo tercerizado, 57,5% es de desarrollo propio y 5,5% es de código abierto (Ver Tabla 34) Paralelo a esto, siete (7) aplicativos más están en diseño y desarrollo.

**Tabla 41. Sistemas de información de la Secretaría distrital de salud**

No	Nombre Aplicativo	Descripción	Dirección Responsable
1	PAI - Programa Ampliado de Inmunizaciones	Permite la consolidación de la información de la vacunación en el Distrito Capital	Salud Pública
2	PDS - Puntos por Derecho a la Salud	Sistema de Información para los puntos por los derechos a la salud, identificación y seguimiento de las Barreras de Acceso	Participación Social y Servicio al Ciudadano
3	Línea 195	Sistema de Información para el ingreso de casos recibidos por la línea 195 de las barreras de Acceso.	Aseguramiento de Salud
4	SIDBA - Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso	Respecto del acceso a los servicios, se emplean preguntas como condición de aseguramiento, uso de servicios, causas de no consulta. Igualmente se evaluaron situaciones económicas y geográficas que pueden constituirse en barreras de acceso, como localización de la IPS primaria, y tiempo y gasto en desplazamiento a la IPS según la condición de afiliación: contributivo, subsidiado, pobre no asegurado y régimen especial.	Participación Social y Servicio al Ciudadano

No	Nombre Aplicativo	Descripción	Dirección Responsable
5	SIAS - Sistema de Información de Investigaciones Administrativas en Salud	Sistema que captura la información de los expedientes y hace seguimiento de ellos hasta llegar al cobro coactivo.	Salud Pública-Desarrollo de Servicios-Financiera-Jurídica
6	CONSOLIDADOR Costos Hospitalarios	Sistema de información que consolida y valida la información de costos hospitalarios integrándolo en un CUBO de datos.	Planeación y Sistemas
7	SILASP - Sistema de Información Laboratorio de Salud Pública	Sistema de Información de Laboratorio de Salud Pública - Modulo de vigilancia en ambiente y consumo.	Salud Publica
8	SIRC - Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia	SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Gestionar los procesos Asistenciales y Administrativos de la población Subsidiada y Vinculada al SGSSS, pertenecientes al FFDS en la prestación de los servicios de Salud.	Planeación y Sistemas
9	SIREP - Sistema de Información para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	Administra la información de prestadores de servicios de salud - En el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Desarrollo de Servicios
10	SIDCRUE	Sistema de Información que permite el registro de la información del Centro Regulator de Urgencias.	CRUE
11	SIVIGILA - Sistema Integrado de Información para la Vigilancia en Salud Pública	Control de procesos de vigilancia epidemiológica	Salud Pública
12	Línea 106	Línea telefónica de atención psicológica de niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Bogotá, registrando cada intervención hecha por el profesional que atiende y haciendo el seguimiento respectivo a las situaciones remitidas de los niños y adolescentes de la ciudad de Bogotá.	Salud Pública
13	Observatorio	El Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá D.C. (OSAB), es un espacio Distrital multifactorial para abordar integral e intersectorialmente el análisis de los determinantes socio-ambientales del proceso salud enfermedad en la ciudad.	Planeación y Sistemas
14	Discapacidad	Sistema para el registro de la localización y caracterización de personas en condición de discapacidad	Salud Publica
15	SISA - Sistema de Información de salud Ambiental	El Sistema de Información en Salud Ambiental es un componente del Plan de Intervenciones Colectivas que tiene como objetivo el seguimiento a las metas concertadas con los hospitales, para la inspección, vigilancia y control higiénico-sanitaria de los establecimientos del distrito.	Salud Publica
16	Revista	Revista electrónica de Investigaciones y Seguridad Social en Salud	Planeación y Sistemas

No	Nombre Aplicativo	Descripción	Dirección Responsable
17	SICAP - Sistema de Capacitación	Proporcionar una plataforma de capacitación Virtual para funcionarios y externos sobre los diferentes aplicativos, procesos e información de la entidad.	Planeación y Sistemas
18	Sistema Biblioteca	Sistema de administración de las colecciones, catalogación , préstamo y consulta de material bibliográfico adquirido por la SDS	Planeación y Sistemas
19	SAKAI	Capacitación virtual para el sistema de referencia y contraferencia	Planeación y Sistemas
20	Sistema de Información para Investigación	Gestionar y administrar las investigaciones adelantadas por la SDS	Planeación y Sistemas
21	Gestión de Pruebas	Aplicativo que permite el registro de las pruebas realizadas a los diferentes aplicativos de la entidad y la generación de los reportes de no conformidades y realizar el seguimiento a las mismas.	Planeación y Sistemas
22	Red Sangre	Sistema de Información de la Regional de Bancos de Sangre - Red Sangre. Permite administrar la información de bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea, en forma dinámica, actualizada y en tiempo real	Salud Publica
23	APS	Caracterización de las familias en estado de vulnerabilidad	Salud Publica
24	SISPIC - Sistema de Información Plan de Intervenciones Colectivas		Salud Publica
25	Carnetización	Tiene por objeto la generación del carnet a los afiliados al Régimen Subsidiado y a los potenciales beneficiarios de los procesos de Libre Elección	Aseguramiento de Salud
26	Comprobador de Derechos	Permite la consulta en línea de los beneficiarios de los planes de Salud en el Distrito Capital	Aseguramiento de Salud
27	Libre Elección	Permite realizar procesos de selección de una EPS-S.	Aseguramiento de Salud
28	SRH	Permite realizar la liquidación de la Nómina, tanto de los funcionarios de Planta como de los contratistas. Maneja las Hojas de Vida de los funcionarios. Administra el módulo de capacitación a los funcionarios de la SDS.	Talento Humano
29	Citologías	Permite almacenar todas las citología que analiza el Laboratorio Central de Cito histopatología.	Salud Publica
30	Seguimiento Correspondencia Interna		Planeación y Sistemas
31	Intranet	Portal Web de la Secretaría Distrital de Salud, en el cual se comparte información de interés institucional a los funcionarios de la Entidad.	Planeación y Sistemas-Oficina Asesora de Comunicaciones
32	Portal WEB	Sitio Web institucional en el cual la Secretaría de Salud pública información a la comunidad.	Planeación y Sistemas-Oficina Asesora de Comunicaciones
33	SIRHO - Sistema de Información de Residuos Hospitalarios	Aplicativo que permite realizar el diligenciamiento, envío y consulta de los indicadores de gestión de residuos hospitalarios.	Planeación y Sistemas - Desarrollo de Servicios
34	SISENC - Sistema de	Sistema de encuestas en línea de la SDS	Planeación y Sistemas

No	Nombre Aplicativo	Descripción	Dirección Responsable
	Encuestas		
35	Tablero de Control	Sistema que permite medir la misión y los objetivos de la entidad (Balance Score card)	Planeación y Sistemas
36	Costos Unitarios	Sistema de Información que permite la carga de informes trimestrales con detalle de los centros de costos y costos por unidad de producción para la generación de informes de costos por entidad. (ESE)	Planeación y Sistemas
37	RIPS	Valida información de estructuras y diagnósticos y a la vez consolida la información para generar estadísticas e informes de morbilidad	Planeación y Sistemas
38	ISOLUCION	Herramienta integral para la Planeación, implementación , Administración y Mantenimiento del sistema de gestión Empresarial	Planeación y Sistemas
39	SIIFI : SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA	SIIFI: Está formado por un conjunto de Procesos ejecutables para computador que le permiten a la entidad registrar y controlar la información der asignación presupuestal detallada a nivel de proyectos, discriminada y totalizada por el origen de los fondos que financian la inversión en Salud.	
40	SRH: Sistema de Recursos Humanos	Permite realizar la liquidación de la Nómina, tanto de los funcionarios de Planta como der los contratistas. Maneja las Hojas de Vida de los funcionarios. Administra el módulo de capacitación a los funcionarios de la SDS.	
41	SARFI: Sistema de Administración de recursos Físicos	Administra los elementos devolutivos y de consumo que se encuentran en la entidad. Manejo de la administración de Compras. Manejo de Inventarios.	
42	CERTIRIPS	descarga virtual de certificados de asistencia a las capacitaciones de RIPS	Planeación y Sistemas

Fuente; SDS, Dirección TIC Febrero de 2015

Aunque desde hace algunos años atrás el grupo de desarrollo de la SDS definió un estándar de lenguajes de programación y base de datos, la realidad es que estos aplicativos se encuentran contruidos en múltiples tipos de plataformas tecnológicas que van desde desarrollos sobre Fox Pro, Access, .NET, Forms de Oracle, PHP, que usan múltiples bases de datos como SQL Server, Dbase, Oracle, Postgress.

Esta heterogeneidad de plataformas ha contribuido a la multiplicidad de fuentes, baja integralidad de la información y dispersión de esfuerzos de desarrollo, y el no uso de esquemas internacionales de interoperabilidad en informática médica tales como los HL7, IHE, SNOMED entre los más conocidos . De estos sistemas cerca del 30% de ellos no tienen capacidad de interoperar con otros sistemas y en otros aplicativos se requieren esfuerzos importantes para lograr esta capacidad de integración.

En este sentido la SDS ha planteado un proyecto dentro del PETIC para definir la arquitectura empresarial TIC, siguiendo los lineamientos del MinTIC y con la Alta

Consejería TIC del Distrito, se cuenta con el bus de integración WSO2 que es la base tecnológica para el esfuerzo de integración.

Finalmente para lograr la integración entre los sistemas misionales de la SDS y los múltiples HIS de los hospitales públicos y privados se cuenta con el diseño de la arquitectura de la HCEU (Historia Clínica Electrónica Unificada), un repositorio centralizado de información que permitirá integrar datos clínicos hospitalarios, datos de atención primaria en salud y otras acciones de salud, y crear un registro de salud unificado para toda la población del distrito Capital.

## 8. RECTORÍA AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., en desarrollo del artículo 12 de Ley 10, desarrolla las funciones de inspección vigilancia y control contenidas en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) facultadas estas que son desarrolladas a través de la Ley 100 de 1993, artículo 176 Numeral 4, que delega igualmente dichas funciones en las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud, las cuales son realizadas a través de actividades misionales así:

- Función Regulatoria
- Inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios públicos y privados de Bogotá D.C.
- Inspección, vigilancia y control en salud pública
- Acciones de inspección y vigilancia de Aseguradores (EPS)

### 8.1. Función regulatoria

La Secretaría Distrital de Salud tiene la misión de dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la salud de la población, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de lo cual, ha ejercido sus funciones de rectoría en el sector salud, emitiendo entre el año 2012-2015, normatividad de orden técnico y legal para incidir positivamente en el mejoramiento del sistema de salud en el Distrito Capital.

Dichos instrumentos regulatorios han facilitado el seguimiento y cumplimiento de la misión que le fue encomendada a esta secretaria como ente rector, garantizado el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reduciendo la desigualdad y la discriminación social.

A continuación se relacionan algunas de las más relevantes para la función rectora, así:

No A-ADMINISTRATIVO	FECHA	TIPO	TEMA
66	30/01/2012	Resolución	Por la cual se garantiza la atención integral en salud de la población Embera residente en Bogotá en el marco de los Decretos Distritales 412 y 641 de 2011
541	27/06/2012	Resolución	Por la cual se designan los funcionarios que realizan el acompañamiento de los pactos de transparencia de las ESE y la EPS CAPITAL SALUD SAS, para la vigencia 2012-2016
43	30/11/2012	Circular	Lineamientos técnicos para la prestación de servicios de Salud e interrupción Voluntaria del embarazo (IVE)

37	30/10/2012	Circular	Respuesta efectiva a la mortalidad materna
1482	11/12/2013	Resolución	Por la cual se crea el comité anticorrupción del sector salud de Bogotá D.C.
182	01/03/2013	Resolución	Por la cual se establece el procedimiento para ejercer asesoría, verificación de estándares de calidad y se reglamenta el registro de instituciones de protección y atención integral a las personas mayores, para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de este servicio en el Distrito Capital
468	03/05/2013	Resolución	Por la cual se reglamenta en su integridad el proceso de certificación de la defunción con manera de muerte natural en el distrito capital y se deroga la resolución no 463-2011 proferida por la Secretaría Distrital De Salud
469	03/05/2013	Resolución	Por medio de la cual se ordena la adopción e implementación del protocolo de recepción de pacientes trasladados por las ambulancias del programa APH (Atención Pre-hospitalaria) a los servicios de urgencias
1482	11/12/2013	Resolución	Por la cual se crea el comité anticorrupción del sector salud de Bogotá D.C.
20	28/05/2013	Circular	Búsqueda activa institucional en eventos de interés en salud Publica
20	28/05/2013	Circular	Búsqueda activa institucional en eventos de interés en salud Publica
413	03/03/2014	Resolución	Por medio de la cual se crea la mesa de trabajo para disminuir barreras de acceso en salud en el Distrito Capital
240	2014	Resolución	Por medio de la cual se establecen directrices en materia de prevención, vigilancia y control de zoonosis en el Distrito Capital.
1147	13/06/2014	Resolución	Creación de la mesa técnica Distrital de enfermedades huérfanas
20	14/03/2014	Circular	Lineamientos para el proceso de elección de los representantes de las asociaciones de usuarios ante las juntas directivas de las ESE
159	03/05/2015	Resolución	Por medio del cual se establecen los lineamientos que debe cumplir los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital para la eliminación de productos y dispositivos con contenido de mercurio y las sustitución por alternativas seguras y tecnológicamente no contaminantes

Complementando la actividad regulatoria y como parte del ejercicio de su función rectora, esta secretaria ha propiciado importantes espacios con los diferentes actores del sistema de salud con el fin de lograr el eficaz cumplimiento de los objetivos sectoriales, llegando a la suscripción de diferentes pactos con los cuales apuntamos a la mejora continua en la prestación de los servicios de salud para los habitantes del Distrito Capital. Se destaca, por ejemplo, el acuerdo de voluntades suscrito entre la Secretaria Distrital de Salud, las 22 Empresas Sociales del Estado de Bogotá y la mayoría de las EPS que operan en el Distrito Capital con el objetivo de lograr el mejoramiento continuo de la resolutivez del servicio de urgencias.

## 8.2. Vigilancia y control de prestadores en Bogotá D.C.

En cumplimiento de las funciones de Inspección , Vigilancia y Control a los prestadores de Servicios de Salud se realizan las siguientes actividades:

- Verificación de cumplimiento de requisitos del Sistema Único de Habilitación.
- Visitas originadas por quejas, de control de la oferta y verificación de planes de mantenimiento hospitalario y ejecución presupuestal a instituciones públicas y las privadas que tienen contrato con el Estado (Decreto 1769 del 94 y Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud).
- Licenciamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo para Persona Jurídica.
- Verificación de requisitos para manejo de medicamentos de Control Especial, (Resolución 1478 de 2006).
- Visitas a las Entidades sin Ánimo de Lucro del Sector Salud.
- Investigaciones Administrativas a Prestadores de Servicios de Salud por incumplimiento de las normas sanitarias.
- Investigaciones Administrativas contra Entidades sin Ánimo de Lucro del Sector salud.

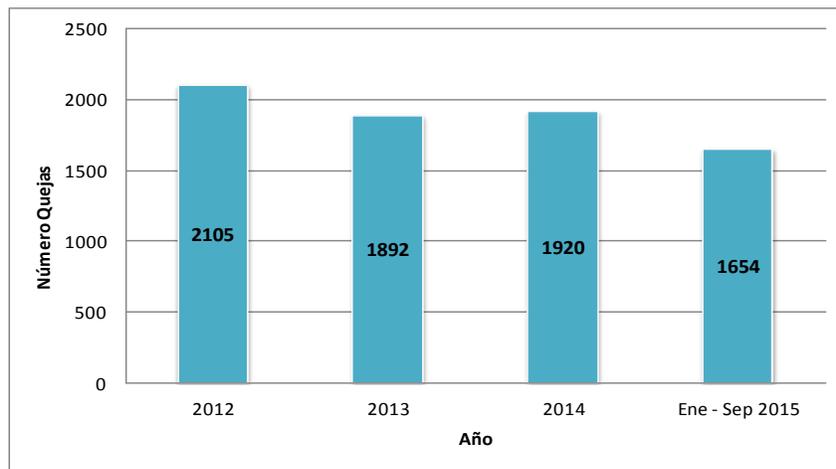
Se desarrollaron los siguientes instrumentos de rectoría:

- Resolución No. 0159 del 5 de marzo de 2015, por medio de la cual se establecen los lineamientos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud de Bogotá, D.C., para la eliminación de productos y dispositivos con contenido de mercurio y la sustitución por alternativas seguras y tecnológicamente no contaminantes.
- Resolución No. 1709 del 14 de octubre de 2014, por la cual se establecen los criterios y pautas que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del distrito capital para mejorar la atención materna
- Proyecto de resolución por la cual se fortalece la inspección vigilancia y control sobre los prestadores de servicios de salud que prestan servicio de cirugía plástica y estética en el distrito capital. Su objeto es mejorar la seguridad de los pacientes, controlar que la práctica de cirugías plásticas y estética sea realizada por personal idóneo, en sitios adecuados, así como brindar información a la comunidad sobre los prestadores de servicios de salud que realizan estos servicios con el cumplimiento de los requisitos legales.
- Proyecto de resolución por medio de la cual se establece el procedimiento que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá. D.C., para el manejo y disposición final de residuos producto de la concepción
- Articulación con la Fiscalía General de la nación para celebrar un convenio marco de cooperación interinstitucional que permita aunar esfuerzos para que el ámbito de las competencias de cada entidad se adelanten acciones y generen espacios de cooperación en búsqueda de la eficiencia de las investigaciones que se adelanten y yo llegar en adelantar por la comisión de diferentes conductas delictivas

- Fortalecimiento de las acciones de inspección vigilancia y control sobre los centros de reconocimiento de conductores, para impactar la falsificación de certificados médicos y expedición de licencias de conducción a personas que no cumplen las aptitudes legales para ello.

A continuación se describe la gestión realizada a partir de las quejas por presuntas fallas en la prestación de servicios de salud interpuestas por los usuarios o presuntas fallas identificadas durante el desarrollo de otros procedimientos; se describen entonces las visitas a prestadores de servicios de salud, las medidas de seguridad interpuestas, levantamientos, investigaciones administrativas generadas, sanciones, entre otras.

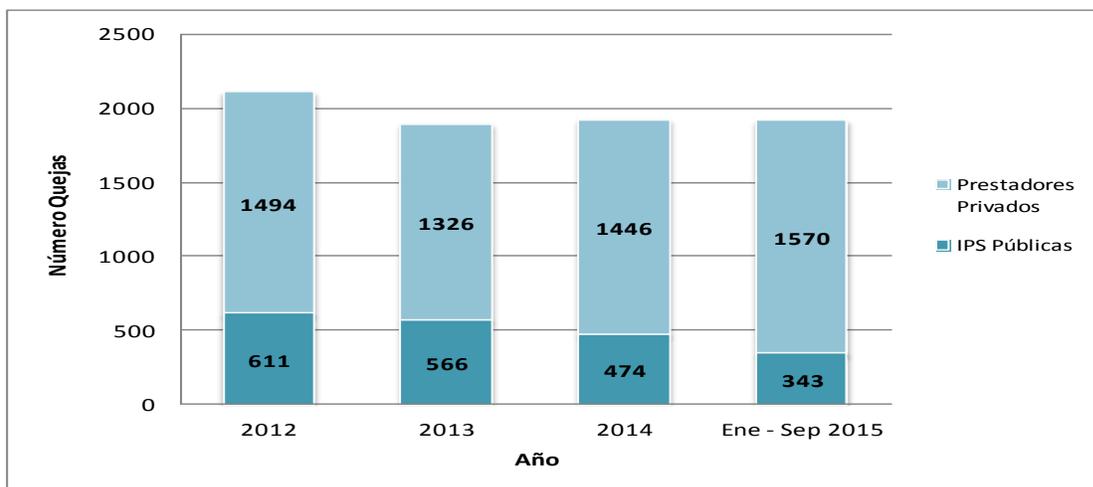
**Ilustración 34. Total quejas recibidas por presuntas fallas en la calidad de la atención Bogotá 2012 – septiembre 2015**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Grupo SIGEME Q. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

En el año 2013 hubo una disminución del 10% en el número de quejas recibidas con respecto al año 2012, sin embargo en el año 2014 se presentó un aumento del 1% en el número de quejas recibidas con respecto al año inmediatamente anterior. En el año 2014 con respecto al año 2012 se presentó una disminución del 9%.

**Ilustración 35. Quejas por presuntas fallas, según prestador de servicios de salud involucrado Bogotá 2012 – septiembre 2015**



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Grupo SIGEME Q. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

Entre el año 2012 y septiembre de 2015, el 75% de las presuntas quejas recibidas fueron de prestadores de servicios de salud privados mientras que el 25% fueron de prestadores públicos. En el siguiente gráfico se reportan las quejas recibidas de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS– públicas de la Red Distrital .

**Ilustración 36. Total quejas recibidas por presuntas fallas de IPS públicas de la red distrital Bogotá 2012 – septiembre 2015**



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Grupo SIGEME Q. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

En el año 2012 el mayor porcentaje de las presuntas quejas reportadas en IPS públicas fueron en la sub-red Sur (29%); mientras que en el año 2013 fueron en la Subred Sur-Occidente (28%) y en el año 2014 en la Sub-red Norte (29%).

**Tabla 42. Total de quejas recibidas por tipo de causas Bogotá 2012 – 2014**

CAUSAS	2012	2013	2014	TOTAL
<b>NO OPORTUNIDAD</b>	690	578	546	1814
<b>NO PERTINENCIA</b>	316	280	414	1010
<b>FALLAS EN LA SEGURIDAD</b>	204	184	231	619
<b>FALLAS EN LA INFORMACION</b>	180	151	154	485
<b>INCUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACION</b>	166	95	117	378
<b>AGRESION FISICA Y/O VERBAL</b>	104	73	69	246
<b>OTRAS</b>	445	531	389	1365
<b>TOTAL</b>	2105	1892	1920	5917

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Grupo SIGEME Q. Fecha corte: 31 Diciembre de 2014

El mayor número de quejas recibidas fueron por presuntas fallas en la oportunidad de la atención con un 31%, seguidas por presuntas fallas en la pertinencia de los servicios prestados, con un 17%.

**Tabla 43. Total de servicios afectados por presuntas fallas en la calidad de la atención Bogotá 2012 – 2014**

SERVICIOS	2012	2013	2014	TOTAL
<b>URGENCIAS</b>	580	521	546	1647
<b>CIRUGIA GENERAL</b>	384	345	495	1224
<b>AMBULANCIAS</b>	207	166	201	574
<b>ODONTOLOGIA</b>	198	154	127	479
<b>GINECOOBSTETRICIA</b>	187	95	119	401
<b>UCI</b>	124	82	59	265
<b>OTROS</b>	425	529	373	1327
<b>TOTAL</b>	2105	1892	1920	5917

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Grupo SIGEME Q. Fecha corte: 31 Diciembre de 2014

Además de las visitas de verificación de requisitos de habilitación, esta Secretaria ejerce funciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los Prestadores, fundamentalmente a través de otras dos (2) clases de visitas: a) Por quejas por presuntas fallas en la calidad de la prestación de los servicios de salud, b) De control donde se verifica la inscripción en el registro especial de Prestadores. En ambas visitas si se evidencian riesgos, se imponen medidas de seguridad, temporales y preventivas (como cierre de servicios o instituciones, decomiso de medicamentos, etc.).

A continuación se dan a conocer el número de visitas generadas a partir de quejas recibidas entre los años 2012 a septiembre de 2015 y de las visitas de control realizadas en el mismo periodo, así como también, los resultados de las mismas.

**Tabla 44. Total de visitas de control realizadas 2012 – septiembre 2015**

<b>RESULTADO DE LAS VISITAS CONTROL</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>
No prestación de Servicios de Salud		11	1		12
<b>Servicios de Salud Certificado</b>	81	3			84
<b>Prestador Servicios de Salud Inactivo</b>				4	4
<b>Prestador Servicios de Salud Inscrito</b>	61	14		1	76
Investigación Administrativa sin Medida de Seguridad	2	804	1516	549	2871
Levantamiento de Medida de Seguridad	7	123	19	55	204
Levantamiento de Sellos para Adecuaciones		3			3
Medida de Seguridad Decomiso	2	150	5	5	162
Medida de Seguridad Procesos de Bioseguridad		4			4
Medida de Seguridad Profesional	8	20	5	34	67
Medida Seguridad Suspensión Parcial Servicios IPS	1	6		4	11
Medida Seguridad Suspensión <b>Total</b> Servicios IPS	7	20	9	40	76
Ratificación de la Medida de Seguridad		13	3	3	19
Visita de seguimiento		2		1	3
<b>TOTAL VISITAS CONTROL</b>	<b>169</b>	<b>1173</b>	<b>1558</b>	<b>696</b>	<b>3596</b>

Fuente: Fuente de información: Base de Datos CONTROL DE LA OFERTA - Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

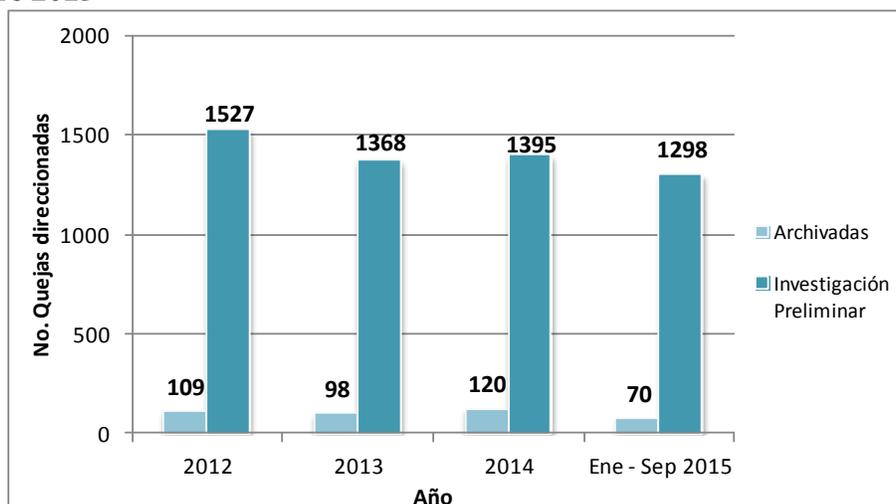
**Tabla 45. Resultados de visitas realizadas por quejas 2012 – septiembre 2015**

<b>RESULTADO DE LAS VISITAS QUEJAS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Ene. – SEPTIEMBRE 2015</b>	<b>Total</b>
La visita se dio por finalizada en el acta.	463	432	405	224	1.524
Se aplicó medida de seguridad con suspensión temporal y preventiva del servicio.	147	132	150	82	511
Direccionamiento para investigación administrativa, no se aplicó medida de seguridad.	405	372	300	298	1.375
Prestadores de Servicios de salud en Seguimiento.	127	132	157	26	442
Fallidas.	19	24	16	8	67
<b>TOTAL VISITAS QUEJAS</b>	<b>1.161</b>	<b>1.092</b>	<b>1.028</b>	<b>638</b>	<b>3.919</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Grupo SIGEME Q. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

Adicionalmente en el año 2015 se realizaron adicionalmente 80 visitas para levantamiento de las medidas de seguridad que fueron interpuestas como resultado de quejas por fallas en la prestación de un servicio de salud. A continuación se discrimina el proceso de las quejas que pasan para investigación administrativa preliminar en el periodo enero 2012 a Septiembre de 2015.

**Ilustración 37. Total de investigaciones preliminares por quejas Bogotá 2012 septiembre 2015**



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

Es de aclarar que en el cuadro anterior se reflejan las quejas que se envían directamente a investigación y aquellas que en el momento de la visita se identificaron fallas en la calidad de la atención y se remitieron a investigación.

**Tabla 46. Total de investigaciones administrativas por tipo 2012 – septiembre 2015**

AÑO	QUEJAS	HABILITACION	SIRHO	PERSONERIA JURIDICAS	TOTAL
2012	736	196	0	0	932
2013	953	1.057	523	0	2.533
2014	421	1.594	404	0	2.419
2015	553	1.805	92	11	2.461
<b>TOTAL</b>	<b>2.663</b>	<b>4.652</b>	<b>1.019</b>	<b>11</b>	<b>8.345</b>

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud. Fecha corte: 30 Septiembre de 2015

Entre el año 2012 y septiembre de 2015 se iniciaron 8.345 investigaciones administrativas, de las cuales el 73,3 % a partir del reporte emitido por el área de habilitación de servicios de salud; el 22,5% se iniciaron con base en las quejas recibidas por el sistema Sígueme-Q, el 3,7% referidas por SIRHO (Sistema de Información de Residuos Hospitalarios) y el porcentaje restante (0,4%) por personarías jurídicas. De estas nuevas investigaciones administrativas, los abogados de la Subdirección, Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud realizaron 11.947 actos administrativos (pliego de cargos, descargos con pruebas, fallo, recurso de apelación, recurso de reposición, cesación, etc.).

### **8.3. Función de inspección, vigilancia y control en salud pública**

La Vigilancia en Salud Pública es una función esencial relacionada con la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva, que comprende las acciones de inspección, vigilancia y control higiénico sanitario, el diseño e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica ambiental para monitorear efectos en salud por factores ambientales como calidad del aire, cambio climático y presencia de metales pesados; investigación operativa para el desarrollo de nuevos modelos de VSP; estrategias de prevención y control de enfermedades transmitidas entre el hombre y los animales.

A través de esta función se capta y/o produce Información relevante para prevenir, detectar e intervenir tempranamente la ocurrencia de eventos que ponen en riesgo la salud de la población y contribuir en la identificación, medición y reducción de brechas y desigualdades evitables en salud y en la aplicación de manera inteligente de los recursos sociales para modificar favorablemente las condiciones de vida de las poblaciones y fortalecer la gestión de los servicios de salud.

#### **8.3.1. Vigilancia de eventos de interés en salud pública**

La Vigilancia en Salud Pública se gerencia a través de la operación de un sistema complejo responsable de captar la información de más de 150 eventos de interés en salud pública y avanza al análisis crítico de los determinantes que afectan la salud de los bogotanos, los cuales se ordenan de acuerdo a las prioridades en salud. Como base de la operación de la vigilancia de los eventos prioritarios en salud pública se cuenta con una red institucional DE 1.325 Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD- e Unidades Informadoras – UI en el año 2015, con una oportunidad en la notificación de eventos de interés en salud pública que actualmente se encuentra en el 90,9%.

Respecto a la vigilancia de eventos de interés en salud pública se desarrollaron procesos de identificación, gestión de la información y atención inicial de más de 360.000 de eventos de notificación obligatoria por SIVIGILA y 2.877.948 eventos, condiciones y enfermedades no transmisibles: Nutrición, salud mental, enfermedades Crónicas y Salud oral, con una cobertura acumulada de personas superior a los 4 millones en el período.

Para garantizar la respuesta inmediata y contención de primera línea de eventos de alto impacto para la ciudad se tiene un esquema descentralizado de respuesta a través de equipos interdisciplinarios denominados unidades comando en Salud Pública dispuestos en las 20 localidades, apoyados en una red de comunicaciones propia compuesta por 92 equipos de comunicación con tecnología IDEN - PTT, que garantiza oportunidad en la respuesta. Mediante esta estrategia se gestionaron y atendieron 5.476 eventos de alto interés en salud pública con afectación de 30.752 personas.

Desde VSP se soporta el seguimiento a los indicadores de impacto de la ciudad, y se generan los indicadores poblacionales que soportan el monitoreo de la política pública en salud mediante la caracterización epidemiológica de la situación de salud de la población bogotana para 7.878.783 habitantes en general y mediante el análisis de la cobertura, calidad y oportunidad de la totalidad de hechos vitales ocurridos en Bogotá (47.356 nacimientos y 123.282 defunciones) en particular

Como estrategia complementaria a la Vigilancia institucional se cuenta con la estrategia de Vigilancia en Salud Pública comunitaria, mediante la cual se captaron durante el período 12.900 eventos, situaciones y condiciones de interés en salud pública reportados por la comunidad.

### 8.3.2. Vigilancia Sanitaria

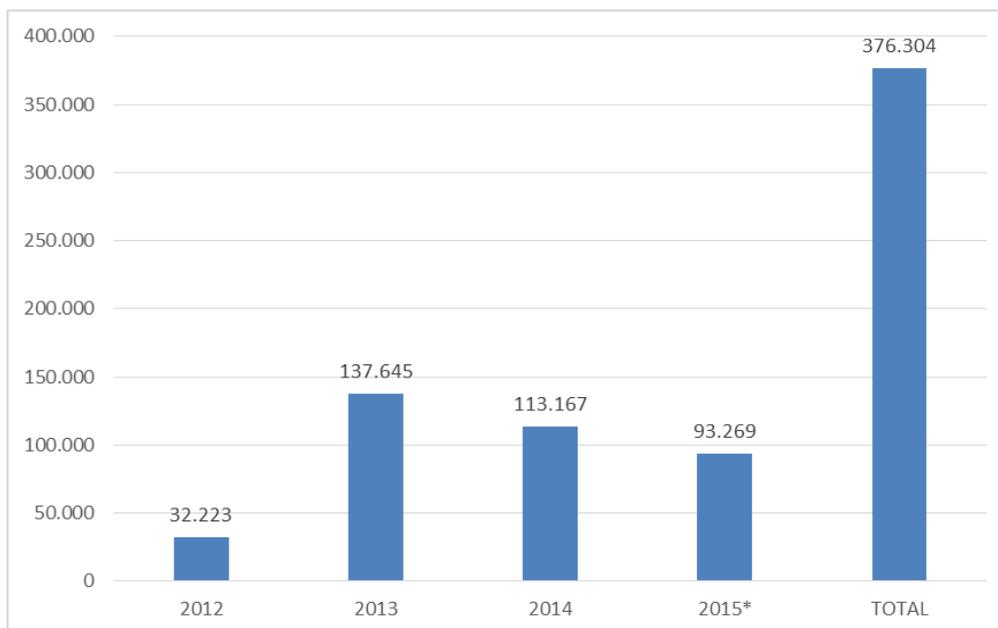
La vigilancia sanitaria se adelanta en el marco de normas internacionales, nacionales y distritales, dispuestas como mecanismos para hacer cumplir las condiciones sanitarias a los establecimientos comerciales, institucionales e industriales abiertos al público; entre otras disposiciones establecidas para dicho fin se cuenta con: Reglamento Sanitario Internacional (OMS), documentos CONPES, ley 9 del 79 y decretos reglamentarios que soportan las actuaciones realizadas por el ente territorial. Adicionalmente el monitoreo y seguimiento de las diferentes intervenciones que se llevan a cabo en el distrito en el marco de la vigilancia sanitaria y en cada una de las líneas de intervención, se encuentran definidas dentro de la política de salud ambiental (Decreto 596 de 2011) y se adelantan en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

La vigilancia sanitaria se opera a través de los ejes centrales de la vigilancia sanitaria y ambiental enmarcados en la política de salud ambiental son: Alimentos sanos y seguros, calidad de agua y saneamiento básico, seguridad química, medicamentos seguros, eventos transmisibles de origen zoonótico, cambio climático, aire, ruido y radiación electromagnética; estos ejes se operan a través de las siguientes estrategias:

#### 8.3.2.1. Vigilancia y control de establecimientos

- Verificación en campo de las condiciones higiénico-sanitarias y de procesos de operación de los establecimientos abiertos al público que pueden generar riesgos en salud para la población

*Ilustración 38. Establecimiento abiertos al público intervenidos. Bogotá 2012-2015\**



Fuente: SEGPLAN. SDS. 2012-2015

\* Enero - Agosto 2015

- Generación de medidas de contención (sellamiento, decomiso, suspensión de servicios) y sancionatorias (multas)

*Tabla 47. Número de actos administrativos sancionatorios. Bogotá 2011-2014*

AÑO	# RESOLUCIONES DE TIPO SANCIONATORIO
2011	4868
2012	4085
2013	4773
2014	1514
<b>TOTAL</b>	<b>15240</b>

AÑO	# EXPEDIENTES POR AÑO
<b>2010</b>	5236
2011	8940
2012	7645
2013	7445
2014	6200
<b>TOTAL</b>	<b>35466</b>

#### 8.3.2.2. Actividades educativas

- Alimentos Sanos y Seguros: manejo higiénico de alimentos y bebidas; prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos
- Calidad de agua y Saneamiento Básico: manejo adecuado del agua para consumo humano; manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos, entre otros.
- Seguridad Química: legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, promoción de programas de salud ocupacional, seguridad industrial, manejo seguro de sustancias químicas, manejo de residuos peligrosos.
- Medicamentos seguros: manejo adecuado de medicamentos; prevención de automedicación, y capacitaciones sobre normatividad vigente para productos farmacéuticos y establecimientos que los comercializan en eventos de droguistas y la Asociación Colombiana de Droguistas Asocoldro.
- Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico: manejo de mascotas; prevención y control de enfermedades zoonóticas.

#### 8.3.2.3. Control de la población canina y felina

- Recolección animal
- Programas de esterilización canina y felina
- Programas de adopción de mascotas
- Eutanasia

#### 8.3.2.4. Control de vectores

- Desinsectación
- Desratización

#### 8.3.2.5. Control de enfermedades zoonóticas

- Vacunación antirrábica intramural y extramural
- Seguimiento manejo del accidente ocasionado por agresión animal
- Disponibilidad de insumos críticos para prevención de Rabia animal y humana

#### 8.3.2.6. Proyectos de vigilancia intensificada

Cada línea de intervención ejecuta proyectos de vigilancia intensificada dirigidos a priorizar la intervención en puntos críticos o intensificar la vigilancia de productos que por su naturaleza son considerados de alto riesgo. Para cada proyecto, esta vigilancia generalmente es adelantada por uno o varios hospitales y su impacto es distrital.

### 8.4. Inspección, vigilancia y seguimiento a las EPS.

La Secretaría Distrital de Salud, ejerce las acciones de inspección, vigilancia y seguimiento a las EPSS, de manera permanente, de conformidad con las competencias propias de las entidades territoriales, el Decreto 971 de 2011, y en especial según lo estipulado en el **Artículo 14**. Que dice: ***“Seguimiento y control del régimen subsidiado. Las entidades***

*territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.*

*Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.” (Subrayado fuera de texto)*

Para ello se diseña anualmente el programa de inspección y vigilancia, el cual contiene los siguientes ejes:

**Tabla 48. Ejes programa de inspección y vigilancia**

<b>EJES</b>	<b>COMPONENTES</b>	<b>SUBCOMPONENTES</b>
1. Acceso a los servicios de salud	1.1 Sistemas de Información	1.1.1 Infraestructura Sistema de Información EPS-S
		1.1.2 Afiliación y Novedades.
	1.2 Prestación de servicios de salud	1.2.1 Contratación de red de prestadores
		1.2.2. Garantía de Calidad en la Atención en Salud
		1.2.3. Referencia Contra referencia
		1.2.4 Seguimiento a tutelas
	1.3 Protección Específica y Detección Temprana de la Enfermedad.	1.3.1 Actividades de Protección específica y detección temprana de la enfermedad
		1.3.2 Lineamientos de Política Nacional y Distrital en Eventos de Interés en Salud Pública
		1.3.3 Estrategia de atención Primaria en Salud.
		1.3.4 Epidemiología
	1.4 Atención al Usuario y Participación Social	1.4.1. Información y Orientación al Usuario
		1.4.2 Gestión efectiva de Quejas
		1.4.3 Satisfacción del Usuario
		1.4.4 Participación social.
2. Uso de los recursos administrados por las EPS-S	2.1. Financiera	2.1.1. Estado de ejecución financiera EPS-S
		2.1.2. Giro de recursos a la red de prestadores
		2.1.3 Gestión de glosas y cartera

EJES	COMPONENTES	SUBCOMPONENTES
		2.1.4. Aplicación de Recursos
		2.1.5 Acreedores – Pago de aportes
3. Gratuidad en Salud	4.1. Copagos	4.1.1. Cumplimiento del proyecto de gratuidad en salud
		4.1.2 Pagos de copagos a las EPS-S en desarrollo del proyecto de gratuidad

Este seguimiento se realiza de manera mensual y la información queda registrada en los respectivos instrumentos internos establecidos para cada componente objeto de vigilancia, en actas y planes de mejoramiento que son levantados con las EPS-S en cada visita realizada. Estos últimos son consolidados en matrices en Excel que permiten determinar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento concertadas para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de las EPS.

Los incumplimientos reiterados no subsanables que afectan directamente al usuario, son informados a la Superintendencia Nacional de Salud con las respectivas evidencias para que dicho ente de control tome las decisiones a que haya lugar.

Ahora bien, los Entes de Control, Procuraduría General de la Nación, Superintendencia Nacional de Salud y Personería Distrital, desarrollan sus acciones en alianza colaborativa con la Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

Adicionalmente la Procuraduría y la Superintendencia acompañan de manera sistemática la ejecución de mesas de flujo de recursos y de las actividades inherentes a la Circular 030 de 2013, para garantizar la concertación entre prestadores y pagadores. La Personería Distrital se ocupa principalmente de acompañar la vigilancia a la operación del componente de prestación de servicios de las EPS al igual que la Superintendencia Nacional de Salud desde su grupo de Soluciones Inmediatas en Salud.

Es importante resaltar que el hecho de que el marco normativo del SGSSS no otorgue la función de control en las entidades territoriales, limita de manera trascendental el accionar de la Secretaría Distrital de Salud, al no contar con herramientas jurídicas que le permitan implementar los correctivos sugeridos ni sancionar las conductas violatorias de los derechos de los afiliados o del sistema en general. En ese sentido la Secretaría Distrital de Salud, en el marco de la Ley 1438 de 2011, ha solicitado a la Superintendencia Nacional de Salud la delegación de la función de control, la cual es absolutamente necesaria para la efectividad la inspección, vigilancia y seguimiento.

En este componente se emitieron las siguientes resoluciones:

- ✓ Resolución 0203 del 7 de marzo de 2013: "Por la cual se adopta el procedimiento administrativo para unificar los núcleos familiares pertenecientes con anterioridad al Régimen Subsidiado en Salud, que tengan menores de edad sin afiliación".
- ✓ Resolución 1016 del 1 de julio de 2015 : "Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial".
- ✓ Resolución 1632 del 29 de septiembre de 2015: "Por la cual se determina el procedimiento para la garantía de prestación, cobro, pago y seguimiento de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y se modifica el artículo 10 de la Resolución 1016 de 2015".

## 9. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

En esta capítulo se trata el Financiamiento del sector salud para Bogotá, el cual se ejecuta a través del presupuesto del Fondo Financiero Distrital de Salud, entidad creada como establecimiento público mediante Acuerdo Distrital No 20 de 1990 y el de las 22 Empresas Sociales del Estado que conforman la red pública hospitalaria del Distrito Capital.

### 9.1. Fondo Financiero Distrital de Salud

#### 9.1.1. Ingresos

Los ingresos del FFDS se clasifican en recursos Administrados por la entidad y recursos del Distrito Capital. Los **Recursos Administrados por el FFDS, están** constituidos por los Ingresos Corrientes, los cuales están conformados por: a) Las rentas cedidas de la Nación, como son los impuesto a licores, cervezas, apuestas permanentes, lotería de Bogotá, Coljuegos); b) Rentas contractuales, tasas y multas; c) FOSYGA (para la cofinanciación de la UPC del régimen subsidiado); d) Transferencias de la Nación, las cuales son asignadas mediante resoluciones que expide el Ministerio de Salud y Protección Social, para el financiamiento de programas especiales como atención a la primera infancia, vacunación, atención a personas en condición de desplazamiento y víctimas entre otras; e) Recursos de capital, conformado por los recursos del balance de destinación específica (excedentes financieros del régimen subsidiado según lo establecido en la Ley 1608 de 2013) - y los de libre destinación, y rendimientos por operaciones financieras.

Los recursos del distrito capital. incluyen los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP) a los Entes Territoriales, los cuales cofinancian: a) La afiliación de la población pobre al régimen subsidiado; b) Prestación de los servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda PPNA y las actividades no POS de la población afiliada al régimen subsidiado que incluye una partida sin situación de fondos para el pago de los aportes patronales de los funcionarios de planta de las ESE adscritas a la SDS y c) Las actividades de salud pública que se ejecutan a través del plan de intervenciones colectivas PIC.

De acuerdo con los grandes agregados del ingreso, a continuación se presenta el consolidado de los mismos para la serie 2012 -2015.

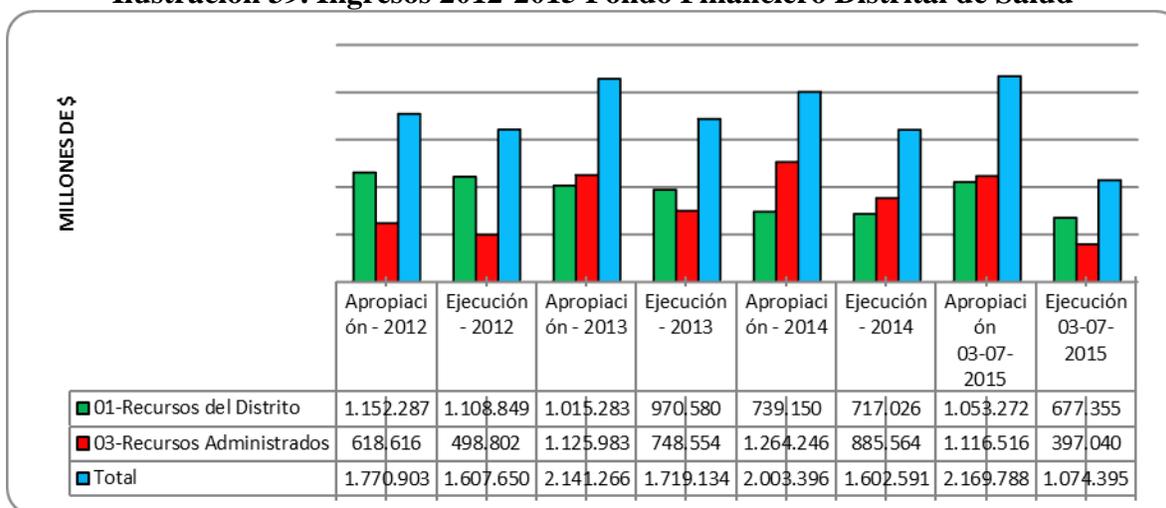
**Tabla 49. Clasificación de los ingresos del FFDS**

Item	Apropiación 2012 - 2015	Ejecución 2012 - 2015	% de Part Aprop.	% de Part Ejecución
<b>01-Recursos del Distrito</b>	3.960.017	3.244.849	49%	58%
<b>03-Recursos Administrados</b>	4.125.361	2.345.975	51%	42%
<b>Total</b>	8.085.378	5.590.824	100%	100%

Fuente: Ejecuciones presupuestales F.F.D.S. 10/07/2015

En la siguiente ilustración se incluye el comportamiento de los ingresos del FFDS para cada anualidad 2012-2015.

**Ilustración 39. Ingresos 2012-2015 Fondo Financiero Distrital de Salud**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Ejecuciones de Ingresos y Gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud.

De los ingresos que administra el FFDS es importante señalar que más del 70% de los ingresos tienen una destinación específica, como son los provenientes de las Rentas cedidas, el SGP, las transferencias de la Nación y los recursos de capital, que en alto porcentaje correspondió a los excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado, cuyo uso está definido por la Nación a través de la Ley 1608 de 2013, artículo 2°.

En la siguiente tabla se presenta el comportamiento del Presupuesto de ingresos para las vigencias 2012 al 2015 y la ejecución correspondiente, por cada una de las diferentes fuentes. La del año 2015 se presenta con corte a 30 de septiembre.

**Tabla 50. Presupuesto de ingresos y rentas del fondo financiero distrital de salud**

Presupuesto De Ingresos Y Rentas Del FFDS Cifras En Millones De \$ De Cada Año									
Concepto/Vigencia	Presupuesto 2012	Recaudo 2012	Presupuesto 2013	Recaudo 2013	Presupuesto 2014	Recaudo 2014	2015 Presupuesto definitivo a 30 Sept. de 2015	2015 Recaudo a 30 Sept. de 2015	Anteproyecto 2016 (*)
<b>Ingresos Totales</b>	<b>1.770.903</b>	<b>1.702.168</b>	<b>2.141.266</b>	<b>1.776.008</b>	<b>2.003.396</b>	<b>2.024.022</b>	<b>2.169.814</b>	<b>1.111.139</b>	<b>1.965.610</b>
<b>Ingresos corrientes</b>	<b>168.260</b>	<b>173.091</b>	<b>171.976</b>	<b>173.955</b>	<b>171.244</b>	<b>190.565</b>	<b>187.675</b>	<b>157.503</b>	<b>204.052</b>
No tributarios	168.260	173.091	171.976	173.955	171.244	190.565	187.675	157.503	204.052
<b>TRANSFERENCIAS</b>	<b>1.419.964</b>	<b>1.330.845</b>	<b>1.457.199</b>	<b>1.419.202</b>	<b>1.187.719</b>	<b>1.191.153</b>	<b>1.576.876</b>	<b>879.525</b>	<b>1.494.913</b>
NACIÓN	267.677	221.690	441.916	435.009	448.569	441.173	523.578	358.140	615.924
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	444.748	444.724	427.061	427.061	437.515	466.926	460.992	342.811	485.499
APORTE ORDINARIO	707.539	664.431	588.222	557.131	301.634	283.053	592.306	178.574	393.490
<b>Recursos de Capital</b>	<b>182.679</b>	<b>198.232</b>	<b>512.091</b>	<b>182.851</b>	<b>644.432</b>	<b>642.304</b>	<b>405.263</b>	<b>74.110</b>	<b>266.645</b>
Recursos del Balance	154.456	152.202	496.091	147.846	614.224	606.884	392.463	55.456	253.696
Exentes Financieros	318	318	0	0	3.945	3.945	0	0	1.769
Rendimientos Financieros	27.904	45.712	16.000	35.005	26.264	31.475	12.800	18.654	11.180

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Rentas e Ingresos vigencia 2012-2015 y Anteproyecto de presupuesto 2016- Subsecretaría de Planeación – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

(\*) El valor inicial del Anteproyecto 2016 es de \$1.898.259 millones. Se aumenta en \$67.351 millones [\$36.045 de Aporte Ordinario y \$31.305 de Recursos del Balance], destinados a financiar procesos de contratación en curso por \$66.045 millones y \$1.305 millones para Pasivos Exigibles del Proyecto 875.

El valor consolidado del presupuesto ascendió a \$8.085.379 millones y por fuente de financiación se tiene que las transferencias por valor \$5.641.758 millones representan el 70% del total de recursos para el FFDS, constituidas por los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, recursos ordinarios del Distrito y las transferencias de la Nación, principalmente destinadas al financiamiento del régimen subsidiado.

La composición del presupuesto de ingresos consolidado muestra una dependencia del Presupuesto del FFDS de las rentas con destinación específica las cuales financian los Proyectos de afiliación del Régimen Subsidiado, Prestación de Servicios a la población no afiliada a la SGSS y en mínima cuantía el Plan de Intervenciones Colectivas, por lo que los demás proyectos del sector salud, de un Plan Distrital de Desarrollo quedan a la voluntad política de asignación de recursos ordinarios por parte de la SDH.

## Anteproyecto presupuesto de ingresos 2016

El anteproyecto inicial de Presupuesto 2016 ascendió a \$1.899.564 millones, comparativamente con el presupuesto en ejecución de \$2.169.814 millones, inferior en 12%, principalmente por la reducción del recurso ordinario y de los recursos del Balance.

El valor inicial del Anteproyecto 2016 es de \$1.898.259 millones. Posteriormente se hicieron 2 ajustes para incorporar el valor de los procesos de contratación en curso por \$66.045 millones y una apropiación para pago de pasivos, por \$1.305 millones, por lo que actualmente el anteproyecto ajustado asciende a \$1.965.610 millones.

Con el Aporte Ordinario asignado en la cuota 2016 se deben financiar funcionamiento y cinco proyectos de inversión, tal como se indica en la tabla 45.

Para financiar los 13 proyectos de inversión restantes del Fondo Financiero Distrital de Salud financiados con recurso ordinario queda un saldo de aporte ordinario de \$56.761.3 millones, por lo que en el transcurso de la próxima vigencia deberá incrementarse la cuota de recurso ordinario.

### 9.1.2. Gastos

El presupuesto de gastos del FFDS está destinado a financiar la inversión directa en un 96%, el funcionamiento, que representa el 1% y las transferencias para inversión-Colciencias, de forzosa destinación. Para el año 2012 se adicionaron

**Tabla 51. Presupuesto de gastos de funcionamiento e inversión (Cifras en Millones \$)**

Proyectos	APROPIACION - 2012 -2015	% de Participación
<b>Inversión Directa</b>	7.848.813	96%
Funcionamiento	77.211	1%
Transferencias de Inversión Colciencias	12.184	0%
Pasivos	50.889	1%
Reservas (*) Año 2012	156.307	2%
<b>TOTAL</b>	<b>8.145.403</b>	<b>100%</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud De Bogotá Subsecretaría Corporativa

### Presupuesto de funcionamiento

Por este rubro se financian los gastos de la Dirección Territorial de salud correspondientes a gastos generales como seguros y mantenimiento de la entidad, además sentencias judiciales y transferencias para los tribunales de ética médica y

odontológica El gasto de funcionamiento en promedio para los últimos cuatro años representa el 1%

El presupuesto de gastos del FFDS está destinado a financiar la inversión directa en un 96%, el funcionamiento, que representa el 1% y las transferencias para inversión-Colciencias, de forzosa destinación.

**Tabla 52. Presupuesto de gastos de inversión vigencia 2012-2015**

Millones de pesos

PROYECTO DE INVERSIÓN	Descripción del Concepto de Gasto	2012			2013			2014			Septiembre 2015			Total 2012-2015			Anteproyecto de presupuesto
		Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	
Total Presupuesto		1.765.187	1.601.934	91%	2.141.266	1.719.134	80%	2.003.396	1.602.591	80%	2.169.814	1.350.628	62%	7.923.355	6.118.960	77%	1.965.610
Funcionamiento		28.818	25.021	87%	20.031	11.976	60%	22.743	11.706	51%	20.402	13.501	66%	91.995	62.204	68%	21.318
Inversión		1.736.368	1.576.913	91%	2.121.235	1.707.158	80%	1.980.652	1.590.884	80%	2.149.411	1.337.128	62%	7.831.361	6.056.757	77%	1.944.292
Inversión Directa		1.559.466	1.410.021	90%	2.097.809	1.698.866	81%	1.964.611	1.584.463	81%	2.146.093	1.335.320	62%	7.767.979	6.028.670	78%	1.939.978
EJE 1	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación. El ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo	1.510.385	1.361.595	90%	2.046.524	1.648.018	81%	1.923.379	1.543.457	80%	2.088.024	1.292.497	62%	7.568.312	5.845.568	77%	1.884.684
Programa 1	Territorios saludables	1.508.924	1.360.606	90%	2.044.805	1.646.301	81%	1.921.878	1.541.957	80%	2.085.412	1.291.444	62%	7.561.019	5.840.309	77%	1.884.184
869	Salud para el Buen Vivir	182.013	180.555	99%	286.836	276.647	96%	219.577	214.462	98%	304.755	286.753	94%	993.181	958.416	96%	291.966
872	Conocimiento para la salud [Otros Gastos en Salud]	427	402	94%	1.219	1.109	91%	472	472	100%	965	710	74%	3.084	2.694	87%	100
874	Acceso Universal y Efectivo a la Salud	563.709	461.646	82%	807.679	792.728	98%	875.706	846.462	97%	1.000.513	713.846	71%	3.247.607	2.814.682	87%	1.126.221
875	Atención a la Población Pobre no Asegurada	391.221	367.385	94%	365.156	326.972	90%	255.849	240.247	94%	196.976	142.274	72%	1.209.202	1.076.878	89%	196.298
876	Redes para la Salud y la Vida [Otros Gastos en Salud]	210.908	209.450	99%	362.454	129.170	36%	180.306	161.523	90%	174.536	50.327	29%	928.204	550.470	59%	96.813
877	Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá D.C. [Otros Gastos en Salud]	9.728	8.805	91%	10.300	9.705	94%	6.559	6.551	100%	10.768	9.591	89%	37.355	34.653	93%	6.800
878	Hospital San Juan de Dios [Otros Gastos en Salud]	3.500	3.288	94%	9.213	1.132	12%	156	156	100%	391	214	55%	13.261	4.790	36%	171
879	Ciudad Salud [Otros Gastos en Salud]	510	102	20%	72	72	100%	82	82	100%	88	87	100%	752	343	46%	70
880	Modernización e Infraestructura de Salud [Otros Gastos en Salud]	65.286	47.975	73%	100.828	20.146	20%	326.178	17.978	6%	292.190	27.617	9%	784.482	113.717	14%	131.386
881	Ampliación y mejoramiento de la atención	58.933	58.455	99%	70.937	60.315	85%	39.550	36.694	93%	73.072	43.894	60%	242.491	199.359	82%	20.415

PROYECTO DE INVERSIÓN	Descripción del Concepto de Gasto	2012			2013			2014			Septiembre 2015			Total 2012-2015			Anteproyecto de presupuesto
		Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	Presupuesto definitivo	Ejecución	%	
	prehospitalaria [Otros Gastos en Salud]																
882	Centro Distrital de Ciencia Biotecnológica e Innovación para la Vida y la Salud Humana	7.470	7.433	100%	6.227	5.653	91%	5.435	5.420	100%	9.893	1.915	19%	29.025	20.422	70%	7.546
883	Salud en Línea [Otros Gastos en Salud]	15.219	15.110	99%	22.383	21.832	98%	11.301	11.206	99%	20.188	13.536	67%	69.091	61.683	89%	6.297
948	Divulgación y promoción de planes, programas y proyectos y acciones de interés público en salud [Otros gastos en salud]	0	0		1.500	820	55%	707	701	99%	1.078	680	63%	3.285	2.202	67%	100
Programa 2	Trabajo decente y digno	1.461	989	68%	1.719	1.717	100%	1.501	1.501	100%	2.612	1.053	40%	7.292	5.259	72%	500
884	Trabajo Digno y decente para los trabajadores de salud [Otros gastos en salud]	1.461	989	68%	1.719	1.717	100%	1.501	1.501	100%	2.612	1.053	40%	7.292	5.259	72%	500
EJE 2	Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua	39.009	38.814	99%	35.339	35.238	100%	31.673	31.478	99%	43.395	30.155	69%	149.416	135.684	91%	45.921
Programa 3	Bogotá humana ambientalmente saludable	39.009	38.814	99%	35.339	35.238	100%	31.673	31.478	99%	43.395	30.155	69%	149.416	135.684	91%	45.921
885	Salud Ambiental [Salud Pública]	39.009	38.814	99%	35.339	35.238	100%	31.673	31.478	99%	43.395	30.155	69%	149.416	135.684	91%	45.921
EJE 3	Una Bogotá que defiende y fortalece lo público	10.072	9.612	95%	15.945	15.610	98%	9.559	9.528	100%	14.674	12.668	86%	50.251	47.418	94%	9.373
Programa 4	Transparencia, probidad, lucha contra la corrupción y control social efectivo e incluyente	0	0	#DIV/0!	2.017	1.970	98%	170	170	100%	920	849	92%	3.108	2.990	96%	100
946	Transparencia, probidad y lucha contra la corrupción en salud en Bogotá D.C.	0	0	#DIV/0!	2.017	1.970	98%	170	170	100%	920	849	92%	3.108	2.990	96%	100
Programa 5	Bogotá Decide y Protege el Derecho Fundamental a la Salud Pública	10.072	9.612	95%	13.928	13.640	98%	9.389	9.358	100%	13.754	11.819	86%	47.143	44.429	94%	9.273
886	Fortalecimiento de la gestión y planeación para la Salud [Otros Gastos en Salud]	5.152	4.837	94%	6.159	6.036	98%	5.248	5.217	99%	7.895	6.478	82%	24.454	22.569	92%	5.000
887	Bogotá Decide en Salud [Otros Gastos en Salud]	4.920	4.774	97%	7.769	7.604	98%	4.141	4.141	100%	5.859	5.341	91%	22.689	21.860	96%	4.273
TRANSFERENCIAS PARA INVERSIÓN		2.742	2.705	99%	2.920	2.742	94%	3.514	3.361	96%	3.009	1.793	60%	12.184	10.602	87%	3.009

PROYECTO DE INVERSIÓN	Descripción del Concepto de Gasto	2012			2013			2014			Septiembre 2015			Total 2012-2015			Anteproyecto de presupuesto
		Presupuesto definitivo	Ejecución	%													
Colciencias - Fondo de Investigaciones en Salud		2.742	2.705	99%	2.920	2.742	94%	3.514	3.361	96%	3.009	1.793	60%	12.184	10.602	87%	3.009
Pasivos exigibles		17.854	8.860	50%	20.507	5.551	27%	12.528	3.060	24%	309	14	5%	51.198	17.485	34%	1.305

### Presupuesto de Inversión

El presupuesto de inversión se ejecuta a través de 18 proyectos y se distribuyen en los tres ejes del Plan de Desarrollo Bogotá Humana. Durante las vigencias 2012 a 2015 el valor presupuestado ascendió a \$7.848.813 millones. De ellos 5 proyectos alcanzaron el 92% del Presupuesto de inversión. Como se indica a continuación:

**Tabla 53. Presupuesto de gastos de inversión 5 proyectos representativos**  
Millones de \$

Proyectos	APROPIACION - 2012-2015	% PARTICIPACION
0874 - Acceso universal efectivo a la Salud	3.191.253	41%
0875 - Atención Población pobre no asegurada	1.241.460	16%
0869 - Salud para el buen vivir	1.082.469	14%
0876 - Redes para la Salud y la Vida	948.882	12%
0880 - Modernización e infraestructura de Salud	799.333	10%
Subtotal	7.263.398	92%
<b>Demás proyectos de inversión</b>	<b>585.415</b>	<b>8%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>7.848.813</b>	<b>100%</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Ejecuciones de Ingresos y Gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud.

De esos proyectos se resalta la gran participación en el valor total de la inversión que tienen los proyectos para garantizar el aseguramiento y la prestación de los servicios a la población no afiliada y los eventos no POS, cuyo costo corresponde casi al 60% de la inversión, durante el cuatrienio 2012 – 2015.

El Proyecto 0875 Atención Población pobre no asegurada cuenta con los recursos del SGP –oferta y Recurso Ordinario, sin embargo por efectos de la transformación de los subsidios de oferta a demanda dispuesta por la Nación, estos recursos se reducen para incrementarlo en la Subcuenta del Régimen Subsidiado, sin embargo, es de anotar que el Distrito Capital tiene 106.222 personas que exceden el límite del 54.86 puntos establecidos en la

Metodología III del SISBEN, por cual no deben afiliarse el Régimen Subsidiado, sin embargo no cuentan con la capacidad económica para afiliarse al contributivo, por tanto son sujetos al subsidio parcial, el cual no ha sido reglamentado y en las anteriores condiciones de transformación de los recursos del SGP, se están quedando sin financiación y le ha tocado al Distrito capital asumir la prestación de esos servicios de salud.

Por lo anterior se debe insistir ante la Nación para que se definan las condiciones de garantía de los servicios de salud, para esa población, en los términos de la Ley Estatutaria y además se garanticen las fuentes de financiamiento para la entidad territorial.

Es de destacar que con recursos excedentes de la Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado para las vigencias 2013 a 2015, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1608 de 2013, se dio aplicación por conceptos, así: Esfuerzo propio de Régimen Subsidiado \$8.254 millones, Pago de servicios PPNA y servicios no incluidos en el plan de beneficios \$185.793 millones, para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE en riesgo medio y alto \$131.625 millones y para Inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud \$47.814 millones.

Los recursos del SGP Salud asignados para los años 2012 – 2015 para el FFDS ascendieron a \$1.802.830 millones y fueron asignados a la cofinanciación del Régimen Subsidiado, 55%; Salud Pública que se ejecutan a través del plan de intervenciones colectivas PIC, 14%; Oferta (Vinculados), el 16% y el restante 15% al financiamiento de los Aportes Patronales de los funcionarios de la red hospitalaria.

**Tabla 54. Sistema General de participaciones**

<b>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD -SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES</b>						
<b>VIGENCIAS 2012 AL 2015</b>						
	Millones de \$					
<b>VIGENCIAS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Acumulado</b>	<b>% Participac</b>
Régimen Subsidiado	223.486	212.283	246.858	310.712	993.339	55%
Oferta	94.183	87.460	81.697	21.321	284.661	16%
Aportes Patronales	63.798	65.354	66.622	69.061	264.835	15%
Salud Pública	63.281	61.961	71.749	63.004	259.995	14%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>444.748</b>	<b>427.058</b>	<b>466.926</b>	<b>464.098</b>	<b>1.802.830</b>	<b>100%</b>

Fuente: Documentos CONPES y ejecuciones presupuestales FFDS

El Proyecto 882 Centro Distrital de Ciencia y Biotecnología contó con fuentes de financiación provenientes de aporte ordinario, del Sistema General de Regalías y de Colciencias, por valor de \$30.025 millones, para los proyectos indicados en el capítulo IV de este documento

En conclusión frente al financiamiento de los diferentes proyectos que debe atender el sector salud, se tiene que más del 70% de los ingresos tienen una destinación específica, como son los provenientes de las Rentas cedidas, el SGP, las transferencias de la Nación y los recursos de capital, que en alto porcentaje correspondió a los excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado, cuyo uso está definido por la Nación a través de la Ley 1608 de 2013, artículo 2°. De ahí que solo los aportes de recurso ordinario permiten adelantar las demás prioridades establecidas en los Planes de Desarrollo.

Con el Aporte Ordinario asignado en la cuota 2016 se deben financiar varios componentes de gasto de forzoso cumplimiento, como se indica en la siguiente tabla.

**Tabla 55. Recursos de asignación forzosa FFDS vigencias 2012 - 2015**

<b>Uso del Recurso Ordinario de Libre Destinación Cuota 2016</b>	
Funcionamiento Fondo Financiero Distrital de Salud	5.294.499.000
<u>Territorios Saludables [PIC- Proyectos 869 y 885][1]</u>	255.000.000.000
Esfuerzo Propio a cargo del Ente Territorial para el Régimen Subsidiado [Ley 1438 de 2011 – Proyecto 874]	17.897.582.000
Contrapartida a cargo del Ente Territorial Financiados con Sistema General de Regalías	5.367.996.000
Recurso del Crédito Infraestructura y dotación hospitalaria	3.284.115.000
Subtotal	286.844.192.000
<b>Saldo para demás proyectos de inversión</b>	<b>56.761.311.000</b>
<b>Total Recurso Ordinario de libre destinación</b>	<b>343.605.503.000</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Ejecuciones de Ingresos y Gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud.

**ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO DEL FFDS 2016 COMPARATIVO PRESUPUESTO VIGENTE 2015**

En millones de \$

CODIGO	NOMBRE DEL PROYECTO	2015			2016		
		Aporte Ordinario 2015	Demas fuentes	Total Apropriación - 09-2015	Aporte Ordinario 2016	Demas fuentes	Valor Anteproyecto 2016
3.1	Funcionamiento	0	20.402	20.402	5.294	16.023	21.318
869	869. Salud Para el buen vivir	236.532	64.239	300.771	215.280	76.686	291.966
872	872. Conocimiento Para la Salud	965	0	965	100	0	100
874	874. Acceso universal y Efectivo a la Salud	22.517	960.488	983.005	33.174	1.093.047	1.126.221
875	875. Atención a la Población Pobre no Asegurada	16.596	180.380	196.976	5.356	190.942	196.298
876	876. Redes para la salud y la vida	56.730	135.314	192.044	4.930	91.884	96.813
877	877. Calidad de los Servicios de Salud	10.768	0	10.768	6.800	0	6.800
878	878. Hospital San Juan de Dios	391	0	391	171	0	171
879	879. Ciudad Salud	88	0	88	70	0	70
880	880. Modernización e Infraestructura en Salud	18.574	288.453	307.027	4.000	62.886	66.886
881	881. Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria	73.067	5	73.072	20.000	415	20.415
882	882. Centro Distrital de Ciencia y Biotecnología	5.449	4.444	9.893	6.000	0	6.000
883	883. Salud en Linea	20.188	0	20.188	6.297	0	6.297
884	884. Trabajo Digno y decente para los trab de salud	2.612	0	2.612	500	0	500
885	885. Salud Ambiental	28.612	3.929	32.541	40.000	5.921	45.921
886	886. Fortal. de la gestión y planeación para la Salud	7.895	0	7.895	5.000	0	5.000
887	887. Bogota Decide en Salud	5.859	0	5.859	4.273	0	4.273
946	946. Trasp. prob. y lucha contra la corrup en salud en Btá	920	0	920	100	0	100
948	948. Divulgación y promoción de planes, programas y proyectos y acciones de interes público en salud	1.078	0	1.078	100	0	100
332	332. Transferencias para Inversión	0	3.009	3.009	0	3.009	3.009
334	334. Pasivos Exigibles		309	309	0	1.305	1.305
<b>TOTAL</b>		<b>508.840</b>	<b>1.660.974</b>	<b>2.169.814</b>	<b>357.445</b>	<b>1.542.119</b>	<b>1.899.564</b>

Fuente : Ejecución presupuestal FFDS y anteproyecto 2016 radicada en SDH

## 9.2. Situación fiscal y financiera de las empresas sociales del estado de la red pública hospitalaria

La situación fiscal y financiera la Red Hospitalaria se ha visto afectada principalmente por el bajo recaudo de la facturación de los servicios prestados a los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, situación que se ha dado en los últimos años.

Se ha avanzado en la defensa y fortalecimiento de la red pública hospitalaria de la Ciudad. La Red Hospitalaria adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. durante el periodo 2012-2013 registró características deficitarias que amenazaban la viabilidad y sostenibilidad de las mismas al poner en riesgo la prestación de los servicios a la población.

En el año 2012 el déficit presupuestal neto ascendió a \$-277 mil millones, para la vigencia 2013 se redujo a \$-118 mil millones; para el año 2014, presentó un superávit de \$3.821 millones soportado en los superávits de las ESE de Engativá, Usme, La Victoria, Del Sur, Santa Clara, Nazaret, Pablo VI, San Cristóbal y Vista Hermosa; las demás ESE terminaron en situación de Déficit. Los mayores déficits los presentaron las E.S.E. de El Tunal, Suba y San Blas. (Tabla 50).

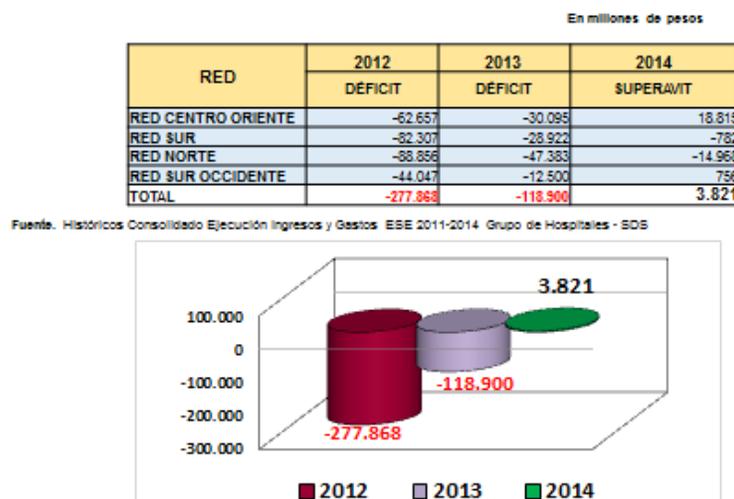
**Tabla 56. Déficit presupuestal de las E.S.E. 2014**

ESE	Disponibilidad Inicial 2014	Recaudo 2014	Saldo Preliminar Convenios Destinación Específica	Total Ingresos	Compromisos 2014	SUPERÁVIT	DÉFICIT
	(A)	(B)	(C)	(D)= (A+B-C)	(E)	+(F)=(D-E)	-(F)=(D-E)
SIMON BOLIVAR	849	140.407	2.647	138.609	145.524		-6.914
ENGATIVA	502	79.936	200	80.238	79.764	474	
MEISSEN	2.209	96.207	555	97.862	98.719		-857
CENTRO ORIENTE	3.990	40.180	526	43.644	49.103		-5.459
SAN BLAS	885	40.689	586	40.988	47.671		-6.683
USME	21.145	44.281	13.874	51.552	41.986	9.566	
DEL SUR	16.178	54.740	9.984	60.934	52.031	8.903	
LA VICTORIA	1.513	90.328	425	91.417	83.862	7.555	
BOSA	21.032	18.057	17.302	21.787	23.066		-1.279
FONTIBON	1.305	50.700	49	51.955	51.997		-42
SUBA	2.879	108.110	338	110.651	118.566		-7.915
CHAPINERO	6.186	20.820	456	26.550	26.943		-393
USAQUEN	1.430	30.003	1.047	30.386	30.606		-220
RAFAEL URIBE URIBE	5.234	49.517	11.005	43.746	45.503		-1.757
EL TUNAL	431	105.756	0	106.186	125.102		-18.916
KENNEDY	913	125.785	672	126.027	133.905		-7.878
SANTA CLARA	2.370	110.982	683	112.669	108.242	4.427	
TUNJUELITO	1.680	43.249	226	44.703	46.841		-2.138
NAZARETH	1.394	9.076	72	10.398	9.222	1.176	
PABLO VI	8.725	83.110	7.948	83.887	82.836	1.051	
SAN CRISTOBAL	20.007	40.674	0	60.681	39.948	20.733	
VISTA HERMOSA	10.745	64.240	3	74.982	64.595	10.388	
<b>TOTAL</b>	<b>131.603</b>	<b>1.446.847</b>	<b>68.596</b>	<b>1.509.853</b>	<b>1.506.032</b>	<b>64.272</b>	<b>-60.452</b>
						<b>3.820</b>	

Fuente. Históricos Consolidado Ejecución Ingresos y Gastos ESE 2011-2014 Grupo de Hospitales - SDS

La reducción del déficit fue el producto de las siguientes medidas adoptadas en el contexto de la Bogotá humana: Racionalización del gasto (este se ha mantenido durante el período a nivel de 2012), Aumento de la facturación de servicios, Mejoramiento del recaudo y Aumento de la producción para equilibrar el no pago de las EPS.

**Ilustración 40. SUPERAVIT O DEFICIT PRESUPUESTAL ESE VIGENCIAS 2011-2014**



Para la vigencia del 2015, las medidas adoptadas continuaron en su ejecución pero el resultado proyectado es desalentador, causado por la cesación de pagos por parte de la EPS de CAPRECOM, la reducción en el porcentaje de pago de las demás EPS del 80% al 50% en el primer periodo del 2015.

La proyección de cierre de la vigencia de 2015 se calcula en \$-133.713 como consecuencia del aumento en la producción soportada en una mayor facturación y por consiguiente en un mayor gasto y el escaso o inexistente pago por parte de los diferentes pagadores.

La Secretaría Distrital de Salud y el Gobierno Nacional han venido adelantando una serie de medidas con el fin de mejorar el flujo de caja que actualmente se presenta, entre ellos, la compra de cartera directamente desde la Nación y acompañamiento institucional con la Procuraduría General de la Nación, la Superintendencia Nacional de Salud para concretar acuerdos de pago de las EPS a las ESE. De igual forma, se han establecido procesos de cobro coactivo por parte de las ESE con el acompañamiento y asistencia técnica de la SDS.

#### 9.2.1. Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero<sup>50</sup>

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 80 y 81 de la Ley 1438 de 2011<sup>51</sup>, los hospitales que fueron calificados en RIESGO ALTO y MEDIO en el año 2012 por el

<sup>50</sup> El objeto de estos Programas es restablecer la solidez económica y financiera de las instituciones hospitalarias, mediante la adopción de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos; incremento de la productividad, implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y mejoramiento de la captura, consolidación, análisis y uso de la información. Lo anterior en función del rediseño y operación de la Red Prestadora de Servicios.

Ministerio de Salud y Protección Social (M.S.P.S.) mediante la Resolución 2509 del 29 de agosto de 2012, formularon los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, tal como se observa en la tabla siguiente. La categorización de riesgo se ratificó en las vigencias 2013 y 2014.

La Secretaría Distrital de Salud (S.D.S.), el 4 de diciembre de 2013 radicó ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (M.H.C.P.) los 14 Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero<sup>52</sup>, siendo viabilizados por el Ministerio Hacienda y Crédito Público el 14 de marzo de 2014, lo cual fue comunicado a la Alcaldía Mayor de Bogotá.

**Tabla 57. Resoluciones de categorización del riesgo 2012-2015 y evaluación P.S.F.F.**

No. orden	HOSPITAL	2012	2013	2014	2015	
		RESOLUCIÓN 2509 /2012	RESOLUCIÓN 1877/2013	RESOLUCIÓN 2090/2014	RESOLUCIÓN 1893/2015	MHCP EVALUACIÓN
1	LA VICTORIA	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA BAJA
2	SAN BLAS	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO	ALERTA ALTA
3	SIMON BOLIVAR	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
4	MEISSEN	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
5	CENTRO ORIENTE	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
6	ENGATIVA	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA ALTA
7	BOSA II NIVEL	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALERTA ALTA
8	FONTIBON	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA BAJA
9	DEL SUR	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA BAJA
10	RAFAEL URIBE	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA ALTA
11	SUBA	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
12	USAQUEN	MEDIO	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
13	USME	ALTO	ALTO	ALTO	SIN RIESGO	ALERTA MEDIA
14	CHAPINERO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALERTA MEDIA

Fuente: Resoluciones emitidas por el MSPS 2012-2015. Informe de Evaluación Al Monitoreo de las 14 ESE PSFF con corte a dic 2014.

El 29 de mayo del año 2015, el M.S.P.S público la Resolución 1893 que modificó sustancialmente el riesgo de 11 de los 14 hospitales con la calificación Sin Riesgo. Con este acto administrativo, solamente tres de las 14 ESE, continuaron con algún nivel de riesgo,

<sup>51</sup> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo del artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 promulgó la Resolución No. 2509 del 29 de agosto de 2012, que categorizó 14 de las 22 ESE adscritas a la SDS, en riesgo medio y alto. Posteriormente, el 25 de octubre, mediante Resolución 3467 de 2012, el citado Ministerio definió los parámetros del Manual de condiciones para el diseño y adopción de los programas de saneamiento en concordancia con lo establecido en el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011. Ante el imperativo de cumplir con el ordenamiento legal, la SDS adecuó la metodología a las disposiciones contenidas en la Resolución 3467 de 2012 y realizó el acompañamiento para la elaboración de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.

<sup>52</sup> Cada hospital realizó un diagnóstico de su situación real, su mercado, su competencia, las condiciones de prestación de los servicios, sus costos de producción, la situación de sus pasivos y las probabilidades de recuperación de su cartera, con el fin de que el equipo de trabajo en cabeza de los Gerentes redimensionaran su entidad y adoptaran los ajustes estructurales que aseguraran la auto sostenibilidad y viabilidad económica en el mediano y largo plazo, en beneficio de los usuarios que requieren un sistema de salud fortalecido y ofreciendo servicios con oportunidad y calidad.

así: Riesgo Alto el hospital de Bosa II Nivel<sup>53</sup>; Riesgo bajo el Hospital San Blas II Nivel y el Riesgo medio Hospital Chapinero I Nivel.

Vale la pena precisar, que por disposición del artículo 3 numeral 3.1., de la citada Resolución 1893 de 2015, y la Circular 47 del 20 de Octubre de 2015, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, las 14 Empresas Sociales del Estado deben seguir cumpliendo con las medidas adoptadas en los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, hasta la vigencia 2017<sup>54</sup>.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público (M.H.C.P.), calificó el cumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de los 14 Hospitales al cierre de la vigencia 2014 con alertas según la siguiente tabla.

**Tabla 58. Tabla de calificación del M.S.P.S. y del M.H.C.P.**

Tabla de calificación de MSPS		Tabla del MHCP: respecto del cumplimiento PSFF	
		INCUMPLIMIENTO	<70
RIESGO ALTO	> -21	ALERTA ALTA	>=70<=75
RIESGO MEDIO	ENTRE -0,11 y -0,20	ALERTA MEDIA	>75<=82
RIESGO BAJO	ENTRE -0,01 y -0,10	ALERTA BAJA	>82<=92
SIN RIESGO	SIN DEFICIT	CUMPLIMIENTO	>92

Fuente: Resolución 2509 de 2012 del MSPS. Informe de evaluación 2014 del MHCP

Una anotación clave en relación con los PSFF, en la cual es necesario precisar que la implementación de los mismos se ha visto afectada por la decisión tomada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en la Resolución 1893 de 2015, en la cual reclasifico a 12 de las 14 ESE que cuentan con Programas viabilizados por el MHCP, con lo cual, este último determino que dichas entidades no son objeto de seguimiento por parte de la SDS, ni de evaluación por parte de la DAFP.

Por lo tanto, tampoco tienen posibilidad alguna para acceder a recursos destinados para financiar estos programas, a la luz de lo determinado en la ley 1608 de 2013. Por el contrario, el Ministerio de Salud, mediante Circular 047 de 2015, ratifico que las ESE que se encuentran ejecutando PSFF, deben mantener sus condiciones hasta el final del periodo previsto en el mismo, o hasta cuando el MHCP determine que la institución ha superado las condiciones que dieron origen a la Clasificación de riesgo.

<sup>53</sup> En relación con la clasificación de esta entidad, se elevó un derecho de petición la MSPS, por considerar que la aplicación de la metodología fue errada. Esto porque al verificar en DAEPDSS y el equipo del hospital, los criterios y ponderadores arrojan un nivel de riesgo Bajo.

<sup>54</sup> Debe mencionarse la posición del MHCP, al respecto, que conceptúa lo siguiente: "Así, a partir de la vigencia de la Resolución 1893 de 2015 se retira (sic) respecto de las ESE que se relacionan a continuación, el deber de mantener un PSFF y, en consecuencia, la competencia legal a cargo del MHCP de emitir viabilidad en relación con sus PSFF y, en particular, para efectos del uso de recursos a que se refieren las Leyes 1608 y 1737. Esto es, aun asumiendo la permanencia de la ejecución de los PSFF adoptados en vigencia de "una categorización anterior", el uso de recursos para su financiación, a partir de la vigencia de la Resolución 1893, no resulta legalmente procedente y, por ende, este Ministerio carece de potestad normativa para pronunciarse respecto de los PSFF de las ESE que se viabilizaron antes de la expedición de dicha resolución y que fueron recategorizadas por la misma en riesgo bajo o sin riesgo para la vigencia 2015."<sup>54</sup> (Negrilla, anotación "sic" y subrayado fuera del texto original).

De esta manera, este grupo de ESE quedan en un limbo jurídico frente a las obligaciones pactadas en sus respectivos PSFF.

La SDS ha adelantado gestiones ante los dos ministerios, sin que hay encontrado definiciones prácticas que permitan superar dicha situación que es ajena a las ERSE y al ente territorial.

Por otro lado, uno de los objetivos del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, es asegurar la sostenibilidad financiera de la red de hospitales del Distrito, en cumplimiento de lo señalado en el eje 3 “Una Bogotá en defensa y fortalecimiento de lo público”, para lo cual la Secretaría Distrital de Salud ha realizado acompañamiento y asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado, en el diseño e implementación de sus respectivos Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, para garantizar el cumplimiento de las condiciones y términos fijados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público<sup>55</sup>.

➤ Resultado del flujo financiero

En lo que respecta al cierre de la vigencia 2014, las 14 E.S.E. proyectaron un resultado de \$-41.382 millones; sin embargo los resultados al cierre de la vigencia muestran que dichas instituciones presentaron un déficit de \$-40.396 millones, cifra inferior al estimado en el P.S.F.F., por lo cual, se da cumplimiento a lo proyectado.

Las 14 E.S.E., proyectan un resultado de \$33.069 millones en los PSFF para 2015; al cierre del primer semestre, presentaron un resultado de \$-142.647 millones, afectado especialmente por las decisiones de gasto (septiembre) y recaudo (mayo).

➤ Comportamiento de la Producción

En el consolidado de los servicios trazadores brindados por los 14 hospitales de la red pública del Distrito Capital que se encuentran en los P.S.F.F, se proyectó una meta anual<sup>56</sup> de 85.643.187 Unidades de Valor Relativo (U.V.R.), lo anterior refleja que los hospitales lograron una producción para el primer semestre de 2015 de 45.979.383 U.V.R.<sup>57</sup>, para un cumplimiento de la meta propuesta del 53,7%.

---

<sup>55</sup> En el Marco del Decreto 1141 de 201355, la Secretaría Distrital de Salud como ente territorial; la Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud (D.A.E.P.D.S.S.), ha realizado seguimiento trimestral a la integralidad de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, siendo los siguientes componentes los más relevantes a evaluar: Medidas adoptadas por las ESE en PSFF, Resultado del flujo financiero (Valor recaudado frente al Valor comprometido durante el mismo periodo de seguimiento), Comportamiento de la Producción, Cumplimiento del PSFF con respecto al saneamiento de pasivos, Tendencias años 2011-2015 Estados Financieros, presupuestales y en producción.

<sup>56</sup> Sin incluir la producción de Otros Servicios, según metodología SIHO

<sup>57</sup> Según información reportada al S.I.H.O.

## 9.2.2. Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero

Con la misma metodología utilizada en la elaboración de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, previo visto bueno del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, los ocho (8) Hospitales categorizados en riesgo bajo y sin riesgo: Tunal, Occidente de Kennedy, Santa Clara, Tunjuelito, Nazareth, Pablo VI Bosa, San Cristóbal y Vista Hermosa, formularon Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero, a fin de dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en el párrafo segundo del artículo 8 del Acuerdo 489 de 2012.

**Tabla 59. Categorización del riesgo 2012-2015 para E.S.E. en PDIFF**

No. Orden	E.S.E.	2012	2013	2014	2015
		RESOLUCIÓN 2509 /2012	RESOLUCIÓN 1877/2013	RESOLUCIÓN 2090/2014	RESOLUCIÓN 1893/2015
1	TUNJUELITO	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
2	SANTA CLARA	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
3	NAZARETH	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
4	TUNAL	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
5	VISTA HERMOSA	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
6	KENNEDY	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
7	SAN CRISTOBAL	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
8	PABLO VI	BAJO	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

Fuente: Resoluciones emitidas por el MSPS.

### Resultado del flujo financiero

Las ocho E.S.E., proyectan un resultado de \$4.150 millones en los P.D.I.F.F. para 2015; sin embargo, al cierre del primer semestre, presentaron un faltante de \$-91.550 millones, este faltante debe ser analizado con especial atención, por las decisiones de gasto (septiembre) y recaudo.

### Comportamiento de la Producción

En el consolidado de los servicios trazadores para los ocho hospitales de la red pública del Distrito Capital que se encuentran en los P.D.I.F.F., se proyectó una meta anual<sup>58</sup> de 61.647.138 Unidades de Valor Relativo (U.V.R.)<sup>59</sup>. Los hospitales lograron una producción para el primer semestre de 2015 de 34.781.315 U.V.R., para un cumplimiento de la meta propuesta del 56,42%.

<sup>58</sup> Sin incluir la producción de Otros Servicios, según metodología SIHO

<sup>59</sup> Según información reportada al S.I.H.O.

### 9.3. Cartera Empresas Sociales Del Estado 2011 -2015

**Tabla 60. Total cartera distrital, según edades a junio de 2015**

En Pesos

CARTERA TOTAL DISTRITAL CORTE JUNIO DE 2015						
ESE	HASTA 60 DÍAS	DE 61 A 90 DÍAS	DE 91 A 180 DÍAS	DE 181 A 360 DÍAS	MAYOR A 360 DÍAS	TOTAL CARTERA
HOSPITAL BOSA	\$ 3.056.463.639	\$ 436.544.747	\$ 984.998.319	\$ 2.322.326.594	\$ 6.223.448.819	\$ 13.023.782.118
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	\$ 4.537.451.570	\$ 634.914.027	\$ 1.478.845.561	\$ 3.351.810.123	\$ 6.421.033.126	\$ 16.424.054.407
HOSPITAL CHAPINERO	\$ 90.041.368	\$ 681.489.487	\$ 1.339.680.829	\$ 1.104.659.786	\$ 2.144.865.336	\$ 5.360.736.806
HOSPITAL DE USAQUEN	\$ 741.580.975	\$ 99.793.823	\$ 178.465.113	\$ 1.243.678.073	\$ 1.930.089.549	\$ 4.193.607.533
HOSPITAL DE USME	\$ 4.828.498.967	\$ 291.013.361	\$ 4.692.283.264	\$ 1.118.578.811	\$ 4.678.300.334	\$ 15.608.674.737
HOSPITAL EL TUNAL	\$ 9.561.266.946	\$ 9.769.486.658	\$ 19.615.980.620	\$ 20.651.289.603	\$ 75.077.862.502	\$ 134.675.886.329
HOSPITAL LA VICTORIA	\$ 20.018.773.881	\$ 2.287.903.180	\$ 4.593.062.203	\$ 3.990.027.757	\$ 17.421.476.190	\$ 48.311.243.211
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	\$ 24.728.126.871	\$ 9.054.183.162	\$ 14.999.545.167	\$ 18.844.080.574	\$ 62.111.717.546	\$ 129.737.653.320
HOSPITAL SANTA CLARA	\$ 18.848.957.288	\$ 5.028.035.938	\$ 9.462.018.755	\$ 11.635.276.609	\$ 29.773.627.108	\$ 74.747.915.698
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	\$ 7.801.559.510	\$ 6.910.528.842	\$ 15.677.866.597	\$ 25.679.162.527	\$ 99.778.610.319	\$ 155.847.727.795
HOSPITAL VISTA HERMOSA	\$ 2.676.240.030	\$ 552.466.303	\$ 1.901.695.680	\$ 1.709.296.189	\$ 8.962.755.654	\$ 15.802.453.856
ESE SAN CRISTOBAL	\$ 1.406.433.053	\$ 366.184.543	\$ 259.798.392	\$ 2.696.025.487	\$ 2.506.978.021	\$ 7.235.419.496
HOSPITAL DE SUBA	\$ 18.088.373.652	\$ 3.631.215.134	\$ 9.079.035.331	\$ 8.568.410.858	\$ 35.757.387.914	\$ 75.124.422.889
HOSPITAL DEL SUR	\$ 1.875.378.943	\$ 256.803.088	\$ 1.366.358.637	\$ 1.110.102.687	\$ 7.964.894.828	\$ 12.573.538.183
HOSPITAL ENGATIVA	\$ 14.032.565.438	\$ 2.347.103.863	\$ 4.098.926.195	\$ 6.074.689.548	\$ 34.044.685.039	\$ 60.597.970.083
HOSPITAL FONTIBON	\$ 5.205.794.031	\$ 1.560.576.231	\$ 5.527.543.817	\$ 3.973.141.989	\$ 17.464.083.254	\$ 33.731.139.322
HOSPITAL MEISSEN	\$ 9.977.161.158	\$ 2.942.637.061	\$ 9.053.656.231	\$ 9.407.568.055	\$ 36.924.526.447	\$ 68.305.548.952
HOSPITAL NAZARETH	\$ 885.250.831	\$ 39.225.623	\$ 465.406.905	\$ 807.054.680	\$ 954.230.816	\$ 3.151.168.855
HOSPITAL PABLO VI BOSA	\$ 7.315.581.470	\$ 726.042.245	\$ 952.521.644	\$ 11.346.910.685	\$ 3.129.769.650	\$ 23.470.825.694
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	\$ 1.853.629.898	\$ 158.487.463	\$ 246.585.803	\$ 2.206.210.616	\$ 1.361.098.886	\$ 5.826.012.666
HOSPITAL SAN BLAS-	\$ 5.805.337.053	\$ 1.543.972.143	\$ 3.028.595.455	\$ 2.808.249.566	\$ 12.332.906.425	\$ 25.519.060.642
HOSPITAL TUNJUELITO	\$ 4.494.746.676	\$ 1.191.042.767	\$ 2.391.131.042	\$ 3.066.577.998	\$ 12.281.358.051	\$ 23.424.856.534
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 167.829.213.248</b>	<b>\$ 50.509.649.689</b>	<b>\$ 111.394.001.560</b>	<b>\$ 143.715.128.815</b>	<b>\$ 479.245.705.814</b>	<b>\$ 952.693.699.126</b>
<b>PARTICIPACIÓN PORCENTUAL</b>	<b>17,62%</b>	<b>5,30%</b>	<b>11,69%</b>	<b>15,09%</b>	<b>50,30%</b>	

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004 – Corte a Junio de 2015

Las Entidades responsables de pago con corte a 30 de Junio de 2.015 le adeudan a la red pública distrital un valor de \$ 952.693.699.126, concentrándose la mayor deuda en los Hospitales: Simón Bolívar, Kennedy y Tunal. Se destaca también que la cartera superior a 360 días participa con un 50.30% equivalente a \$479.245.705.814, seguida de la corriente hasta 60 días con un 17,62 %.

El comportamiento de la cartera en los últimos cuatro años ha presentado una tendencia creciente. La cartera general del año 2015 con respecto a la del año 2014 muestra un crecimiento del 8,9%, mientras que para el mismo período 2013 – 2014 fue del 20,9%. La cartera superior a 360 días durante los últimos tres años ha venido creciendo en promedio \$84 mil millones por año y la cartera total ha crecido un promedio anual de 114 mil millones. Para el periodo 2011-2012 fue del 11,6%; mientras que para el periodo 2011-2012 se presentó una disminución del 2,3%.

**Tabla 61. Tendencia cartera distrital 2011 a junio de 2015**

En Pesos

CARTERA DISTRITAL CORTE JUNIO 2011-2015					
ESE	2011	2012	2013	2014	2015
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	\$ 12.318.819.340	\$ 7.684.935.176	\$ 9.545.333.932	\$ 26.451.402.972	\$ 13.023.782.118
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	\$ 8.058.966.039	\$ 7.249.966.405	\$ 8.581.189.403	\$ 13.534.304.496	\$ 16.424.054.407
ESE HOSPITAL CHAPINERO	\$ 10.853.834.000	\$ 9.410.233.435	\$ 4.177.319.566	\$ 4.329.583.116	\$ 5.360.736.806
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	\$ 5.478.742.067	\$ 3.387.205.698	\$ 5.342.984.324	\$ 5.666.551.170	\$ 4.193.607.533
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	\$ 11.436.398.133	\$ 6.575.110.117	\$ 8.064.714.303	\$ 11.853.229.255	\$ 15.608.674.737
ESE HOSPITAL EL TUNAL	\$ 73.428.444.735	\$ 75.433.977.825	\$ 98.741.216.629	\$ 111.524.552.820	\$ 134.675.886.329
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	\$ 31.901.448.710	\$ 33.000.756.576	\$ 39.064.495.899	\$ 39.773.157.768	\$ 48.311.243.211
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	\$ 68.676.737.657	\$ 86.697.068.415	\$ 102.649.897.459	\$ 118.751.685.302	\$ 129.737.653.320
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	\$ 57.206.132.274	\$ 55.624.748.812	\$ 58.920.655.775	\$ 68.417.741.117	\$ 74.747.915.698
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	\$ 128.764.776.000	\$ 123.814.277.646	\$ 140.975.610.995	\$ 156.781.718.018	\$ 155.847.727.795
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	\$ 9.030.080.764	\$ 12.060.763.294	\$ 10.607.051.001	\$ 15.359.858.406	\$ 15.802.453.856
ESE SAN CRISTOBAL	\$ 6.592.902.900	\$ 7.485.874.586	\$ 12.765.877.211	\$ 12.512.550.356	\$ 7.235.419.496
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	\$ 63.201.151.000	\$ 58.802.938.276	\$ 50.097.951.677	\$ 62.271.880.593	\$ 75.124.422.889
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	\$ 14.330.612.958	\$ 8.164.475.608	\$ 8.587.874.109	\$ 13.343.406.975	\$ 12.573.538.183
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	\$ 46.663.479.001	\$ 38.910.036.950	\$ 39.610.697.097	\$ 50.340.514.280	\$ 60.597.970.083
HOSPITAL FONTIBON ESE	\$ 14.702.636.090	\$ 13.488.407.280	\$ 21.503.585.145	\$ 31.195.419.969	\$ 33.731.139.322
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	\$ 51.356.977.096	\$ 53.383.215.357	\$ 46.079.723.848	\$ 55.152.476.310	\$ 68.305.548.952
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	\$ 2.426.353.305	\$ 1.174.233.449	\$ 2.136.612.116	\$ 3.076.258.165	\$ 3.151.168.855
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	\$ 10.577.372.264	\$ 13.655.991.453	\$ 15.504.260.013	\$ 25.089.467.869	\$ 23.470.825.694
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	\$ 6.271.771.353	\$ 6.792.762.195	\$ 6.822.702.233	\$ 8.207.115.025	\$ 5.826.012.666
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	\$ 16.862.309.536	\$ 13.830.158.998	\$ 15.604.711.486	\$ 19.071.206.130	\$ 25.519.060.642
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	\$ 13.260.789.414	\$ 11.825.692.931	\$ 18.445.005.087	\$ 22.501.993.478	\$ 23.424.856.534
<b>TOTAL DISTRITAL</b>	<b>\$ 663.400.734.636</b>	<b>\$ 648.452.830.482</b>	<b>\$ 723.829.469.308</b>	<b>\$ 875.206.073.590</b>	<b>\$ 952.693.699.126</b>
<b>VARIACIÓN INTERANUAL</b>		<b>-2,3%</b>	<b>11,6%</b>	<b>20,9%</b>	<b>8,9%</b>

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004-Corte a Junio de 2015.

**Tabla 62. Cartera por deudores y edad a junio de 2015**

En Pesos

CARTERA PRINCIPALES DEUDORES POR CONCEPTO CORTE JUNIO 30 DE 2015							
	HASTA 60 DÍAS	DE 61 A 90 DÍAS	DE 91 A 180 DÍAS	DE 181 DÍAS A 360 DÍAS	MAYOR A 360 DÍAS	TOTAL CARTERA	%
TOTAL EPS CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	\$ 129.369.231.971	\$ 43.362.305.123	\$ 91.664.523.052	\$ 101.102.731.012	\$ 348.103.376.484	\$ 713.602.167.642	74,90%
Otros deudores por venta de Servicios de Salud	\$ 20.253.115.652	\$ 4.524.271.995	\$ 9.637.348.692	\$ 27.550.962.228	\$ 63.949.872.845	\$ 125.915.571.412	13,22%
Población Pobre Secretarías departamentales	\$ 14.490.092.152	\$ 1.548.491.426	\$ 4.021.072.668	\$ 6.287.396.265	\$ 33.897.648.496	\$ 60.244.701.007	6,32%
Concepto diferente a venta de Servicios de Salud	\$ 1.699.165.420	\$ 378.837.209	\$ 5.049.043.499	\$ 5.094.368.885	\$ 13.378.717.391	\$ 25.600.132.404	2,69%
FOSYGA	\$ 871.695.473	\$ 460.615.683	\$ 883.008.038	\$ 2.654.666.751	\$ 17.623.484.668	\$ 22.493.470.613	2,36%
Población Pobre Secretarías municipales y distritales	\$ 1.145.912.580	\$ 235.128.253	\$ 139.005.611	\$ 1.025.003.674	\$ 2.292.605.930	\$ 4.837.656.048	0,51%
<b>CARTERA TOTAL DISTRITAL</b>	<b>\$ 167.829.213.248</b>	<b>\$ 50.509.649.689</b>	<b>\$ 111.394.001.560</b>	<b>\$ 143.715.128.815</b>	<b>\$ 479.245.705.814</b>	<b>\$ 952.693.699.126</b>	<b>100,00%</b>
<b>PARTICIPACION PORCENTUAL POR EDAD</b>	<b>17,62%</b>	<b>5,30%</b>	<b>11,69%</b>	<b>15,09%</b>	<b>50,30%</b>		

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004-Corte a Junio de 2015.

Para junio del 2015, en lo referente a los principales deudores de la red pública distrital, la cartera se concentra en el régimen subsidiado con el 64% de participación, destacándose: CAPITAL SALUD con un 18%, CAPRECOM con el 16% y UNICAJAS con el 2%, seguido por otros deudores con un 27%, dentro de los cuales se encuentran: Entes territoriales, departamentales, aseguradoras y particulares, entre otros.

Al analizar la cartera por principales deudores se observa que el 75% de la cartera se concentra en las EPS de régimen contributivo y subsidiado, seguida de otros deudores por venta de servicios de salud con una participación del 13,22%, posteriormente por la población pobre de secretarías departamentales, concepto diferentes a venta de servicios de salud, FOSYGA y población pobre no afiliada de Secretarías Municipales y distritales.

Se destaca con preocupación, que el mayor porcentaje de esta cartera se sigue concentrando en la mayor a 360 días con una participación del 50,30%, lo que nos permite observar que la cartera presenta una alta tendencia al envejecimiento y por lo tanto incrementa la dificultad para su recaudo y recuperación.

**Tabla 63. Cartera distrital por E.S.E y E.P.S. A junio de 2015**

En Millones de \$

CARTERA TOTAL DISTRITAL A JUNIO 30 DE 2015								
E.S.E.	EPS CAPITAL SALUD	EPS CAPRECOM	EPS CAPRECOM UNICAJAS	OTRAS EPS REG SUBSIDIADO	TOTAL CARTERA REGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL CARTERA REGIMEN CONTRIBUTIVO	OTROS	TOTAL CARTERA
	1	2	3	4	1+2+3+4=5	6	7	5+6+7
HOSPITAL BOSA	\$2.455	\$2.470	\$353	\$3.606	\$8.884	\$1.232	\$2.908	\$13.024
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	\$2.531	\$2.688	\$864	\$1.585	\$7.668	\$545	\$8.211	\$16.424
HOSPITAL CHAPINERO	\$786	\$340	\$39	\$417	\$1.581	\$243	\$3.537	\$5.361
HOSPITAL DE SUBA	\$10.462	\$14.509	\$1.347	\$16.677	\$42.995	\$6.386	\$25.744	\$75.124
HOSPITAL DE USAQUEN	\$507	\$443	\$104	\$513	\$1.568	\$116	\$2.510	\$4.194
HOSPITAL DE USME	\$1.004	\$892	\$111	\$317	\$2.325	\$275	\$13.009	\$15.609
HOSPITAL DEL SUR	\$2.159	\$649	\$231	\$2.892	\$5.931	\$142	\$6.501	\$12.574
HOSPITAL EL TUNAL	\$27.814	\$25.915	\$3.055	\$40.359	\$97.143	\$17.129	\$20.404	\$134.676
HOSPITAL ENGATIVA	\$7.971	\$12.025	\$1.842	\$18.171	\$40.010	\$8.369	\$12.220	\$60.598
HOSPITAL FONTIBON	\$7.093	\$5.180	\$401	\$8.977	\$21.651	\$1.934	\$10.146	\$33.731
HOSPITAL LA VICTORIA	\$12.350	\$7.886	\$1.465	\$15.200	\$36.900	\$4.273	\$7.138	\$48.311
HOSPITAL MEISSEN	\$14.615	\$12.099	\$4.970	\$17.770	\$49.454	\$4.061	\$14.791	\$68.306
HOSPITAL NAZARETH	\$704	\$391	\$0	\$136	\$1.231	\$15	\$1.905	\$3.151
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	\$29.289	\$22.547	\$2.618	\$35.885	\$90.340	\$11.507	\$27.890	\$129.738
HOSPITAL PABLO VI BOSA	\$2.154	\$704	\$191	\$2.676	\$5.726	\$511	\$17.234	\$23.471
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	\$1.117	\$373	\$155	\$645	\$2.291	\$75	\$3.460	\$5.826
HOSPITAL SAN BLAS	\$6.583	\$5.708	\$751	\$6.837	\$19.879	\$907	\$4.733	\$25.519
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	\$1.106	\$992	\$15	\$1.449	\$3.563	\$184	\$3.488	\$7.235
HOSPITAL SANTA CLARA	\$22.817	\$12.726	\$1.671	\$20.376	\$57.590	\$4.423	\$12.735	\$74.748
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	\$11.409	\$22.162	\$2.677	\$55.122	\$91.370	\$19.691	\$44.788	\$155.848
HOSPITAL TUNJUELITO	\$4.486	\$4.561	\$460	\$5.325	\$14.833	\$858	\$7.734	\$23.425
HOSPITAL VISTA HERMOSA	\$2.366	\$1.237	\$196	\$2.713	\$6.512	\$428	\$8.863	\$15.802
<b>TOTAL DISTRITAL</b>	<b>\$171.779</b>	<b>\$156.497</b>	<b>\$23.516</b>	<b>\$257.648</b>	<b>\$609.441</b>	<b>\$83.305</b>	<b>\$259.948</b>	<b>\$952.694</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>18%</b>	<b>16%</b>	<b>2%</b>	<b>27%</b>	<b>64%</b>	<b>9%</b>	<b>27%</b>	<b>100%</b>

E.S.E.	EPS CAPITAL SALUD	EPS CAPRECOM	EPS UNICAJAS	OTRAS EPS REG SUBSIDIADO	TOTAL CARTERA REGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL CARTERA REGIMEN CONTRIBUTIVO	Otros	TOTAL CARTERA
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$171.779</b>	<b>\$156.497</b>	<b>\$23.516</b>	<b>\$257.648</b>	<b>\$609.441</b>	<b>\$83.305</b>	<b>\$259.948</b>	<b>\$952.694</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>18%</b>	<b>16%</b>	<b>2%</b>	<b>27%</b>	<b>64%</b>	<b>9%</b>	<b>27%</b>	<b>100%</b>

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004-Corte a Junio de 2015.

Por lo anterior, la Secretaria Distrital de Salud y en cumplimiento a lo establecido en la Circular 030 de 2013, en donde señala el procedimiento de aclaración de cartera, entre

pagadores y prestadores, ha realizado mesas de conciliación y depuración de cartera durante la vigencia 2014 y 2015, tal como se detallan a continuación. En la tabla siguiente se ilustra el resultado de este proceso para el periodo marzo de 2014 a junio de 2015.

**Tabla 64. Resultado mesas realizadas entre marzo de 2014 y junio de 2015**

MESAS REALIZADAS	TOTALES
MARZO DE 2014	\$3.172.642.743
JUNIO - JULIO DE 2014	\$6.490.903.230
OCTUBRE DE 2014	\$35.468.281.473
ENERO DE 2015	\$5.714.756.623
MAYO DE 2015	\$66.389.696.767
JUNIO DE 2015	\$19.911.149.103
<b>TOTAL</b>	<b>\$137.147.429.939</b>

Fuente: Actas formalizadas entre EPS y IPS

Teniendo en cuenta que CAPRECOM es uno de los principales deudores, la Secretaría Distrital de Salud, ha realizado los acercamientos pertinentes con el Ministerio de Salud y Protección Social para que con su intervención pueda resolverse parte de esta problemática situación. De esta gestión se generaron compromisos de pago por parte de CAPRECOM para conciliar la cartera con los 22 hospitales de la red pública de la ciudad y realizar compra de cartera.

El 3 de julio de 2015, la EPS CAPRECOM invitaron a las ESE: Chapinero, Bosa II Nivel, Meissen, Fontibón, Engativá, Tunjuelito, Centro Oriente y San Blas, para conciliar cartera. El monto radicado por estas 8 ESE, sumo \$15.453 millones. Los compromisos de compra de cartera con este grupo de hospitales ascendieron a \$13.656 millones. La Secretaría Distrital de Salud a través de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud ha realizado el respectivo seguimiento al cumplimiento de los acuerdos, encontrando que CAPRECOM ha ejecutado pagos por \$12.419 millones lo que equivale a un cumplimiento del 80%; aún está pendiente por pagar el 20% restante.

Antes de realizarse esta conciliación, los hospitales: La Victoria, Santa Clara, Simón Bolívar, Occidente de Kennedy, El Tunal y Usaquén, radicaron solicitudes de compra de cartera, por un valor de \$16.900 millones, sin obtener respuesta alguna.

En cuanto a los acuerdos de pago que no se realizaron mediante comprar de cartera y que equivalen a \$33.557 millones, CAPRECOM ha cumplido con el 15% de estos pagos.

**Tabla 65. Facturación vs recaudo por venta de servicios de salud 2011 - 2012**

En Millones de \$

ESE	DIC-2011			DIC-2012		
	FACTURACIÓN	RECAUDO	RECAUDO VS FACTURACIÓN	FACTURACIÓN	RECAUDO	RECAUDO VS FACTURACIÓN
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	23.661	10.638	45,0%	15.584	8.984	57,6%
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	25.748	20.439	79,4%	28.824	18.129	62,9%
ESE HOSPITAL CHAPINERO	23.417	17.582	75,1%	16.956	11.826	69,7%
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	17.761	13.519	76,1%	16.343	12.628	77,3%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	32.030	20.639	64,4%	32.402	21.273	65,7%
ESE HOSPITAL EL TUNAL	93.612	44.366	47,4%	82.054	36.736	44,8%
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	70.887	40.688	57,4%	73.615	46.776	63,5%
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	105.942	57.732	54,5%	106.976	52.384	49,0%
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	90.841	52.292	57,6%	88.492	49.688	56,1%
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	118.728	58.127	49,0%	103.505	50.540	48,8%
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	39.281	34.753	88,5%	38.963	31.186	80,0%
ESE SAN CRISTOBAL	21.684	20.784	95,8%	23.116	19.647	85,0%
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	75.411	49.337	65,4%	77.391	46.705	60,3%
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	42.409	37.432	88,3%	40.719	31.954	78,5%
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	71.290	39.545	55,5%	63.227	34.665	54,8%
HOSPITAL FONTIBON ESE	40.838	27.735	67,9%	39.822	22.287	56,0%
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	95.837	59.585	62,2%	71.961	39.640	55,1%
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	7.339	5.509	75,1%	7.368	4.283	58,1%
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	39.698	31.591	79,6%	51.521	37.134	72,1%
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	27.675	24.316	87,9%	25.516	21.937	86,0%
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	39.046	23.400	59,9%	30.327	20.089	66,2%
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	30.521	21.853	71,6%	29.487	17.318	58,7%
<b>TOTAL DISTRITAL</b>	<b>1.133.656</b>	<b>711.863</b>	<b>62,8%</b>	<b>1.064.170</b>	<b>635.808</b>	<b>59,7%</b>

Fuente: SIHO - Periodo 2011 - 2012

Para el año 2011, se presenta una facturación de \$1.133 billones y un Recaudo de \$711.863 millones, un porcentaje del 62,8%. Los Hospitales con mayor porcentaje de variación entre recaudo vs facturación fueron San Cristóbal, Vista Hermosa, Del Sur, Rafael Uribe Uribe y Centro Oriente; y los de menor porcentaje fueron Bosa II Nivel, Occidente de Kennedy, Simón Bolívar, Engativá y San Blas.

Para el año 2012, se presenta una Facturación de \$1.064 billones y un Recaudo de \$635.808, un porcentaje del 59,7%. Los Hospitales con mayor porcentaje de variación entre recaudo vs facturación fueron Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Vista Hermosas, Del Sur y Usaquén; y los de menor porcentaje fueron Tunal, Simón Bolívar, Occidente de Kennedy, Engativá y Meissen.

Para el año 2013, se presenta una Facturación de \$1.211 billones de pesos y un Recaudo de \$802.009 millones de pesos, un porcentaje del 66,2%. Los Hospitales con mayor porcentaje de variación entre recaudo vs. facturación fueron San Cristóbal, Del Sur, Usme, Vista Hermosa y Rafael Uribe Uribe; y los de menor porcentaje fueron Occidente de Kennedy, Tunal, Nazareth, Meissen y La Victoria

**Tabla 66. Facturación vs recaudo por venta de servicios de salud 2013 – 2014**

En Millones de \$

ESE	DIC-2013			DIC-2014		
	FACTURACIÓN	RECAUDO	RECAUDO VS FACTURACIÓN	FACTURACIÓN	RECAUDO	RECAUDO VS FACTURACIÓN
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	15.617	10.215	65,4%	16.323	11.053	67,7%
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	36.451	27.958	76,7%	39.679	29.734	74,9%
ESE HOSPITAL CHAPINERO	16.394	13.507	82,4%	20.179	16.331	80,9%
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	26.917	21.965	81,6%	28.179	23.664	84,0%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	37.601	34.411	91,5%	40.288	38.362	95,2%
ESE HOSPITAL EL TUNAL	98.645	54.543	55,3%	122.474	67.950	55,5%
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	78.774	46.280	58,8%	83.572	54.774	65,5%
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	112.751	61.933	54,9%	137.993	76.037	55,1%
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	98.807	59.245	60,0%	114.399	68.583	60,0%
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	98.110	54.765	55,8%	113.648	67.936	59,8%
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	51.958	46.977	90,4%	59.611	54.611	91,6%
ESE SAN CRISTOBAL	31.459	31.610	100,5%	34.445	34.995	101,6%
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	94.864	58.334	61,5%	98.518	65.901	66,9%
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	44.086	41.383	93,9%	46.283	46.190	99,8%
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	67.866	40.626	59,9%	75.545	51.185	67,8%
HOSPITAL FONTIBON ESE	47.384	29.188	61,6%	51.577	33.988	65,9%
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	72.988	41.257	56,5%	73.904	43.055	58,3%
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	9.217	5.157	56,0%	9.212	6.120	66,4%
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	74.090	52.501	70,9%	77.587	61.256	79,0%
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	33.156	28.857	87,0%	37.011	35.743	96,6%
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	27.466	16.398	59,7%	33.179	20.252	61,0%
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	37.383	24.901	66,6%	43.567	30.354	69,7%
<b>TOTAL DISTRITAL</b>	<b>1.211.987</b>	<b>802.009</b>	<b>66,2%</b>	<b>1.357.173</b>	<b>938.075</b>	<b>69,1%</b>

Fuente: SIHO - Periodo 2013 - 2014

Para el año 2014, se presenta una Facturación de \$1.357 millones y un Recaudo de \$938.075 millones, equivalente al 69,1%. Los Hospitales con mayor porcentaje de variación entre recaudo vs facturación fueron San Cristóbal, Del Sur, Usme, Vista Hermosa y Rafael Uribe Uribe; y los de menor porcentaje fueron Occidente de Kennedy, Tunal, Meissen, Simón Bolívar y San Blas.

Con corte a 30 de junio de 2015, se presenta una Facturación de \$705.605 millones y un Recaudo de \$348.847 millones, un porcentaje del 49,4%. Los Hospitales con mayor porcentaje de variación entre recaudo vs facturación fueron San Cristóbal, Usme, Del Sur, Rafael Uribe Uribe y Vista Hermosa; y los de menor porcentaje fueron Meissen, Occidente de Kennedy, Santa Clara, San Blas y Simón Bolívar.

**Tabla 67. Facturación vs recaudo por venta de servicios de salud corte a junio de 2015**

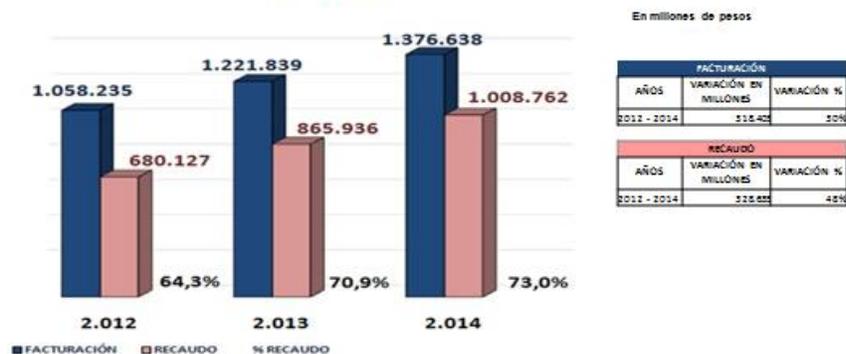
En Millones de \$

ESE	JUN-2015		
	FACTURACIÓN	RECAUDO	RECAUDO VS FACTURACIÓN
ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	8.241	5.554	67,4%
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	21.288	14.337	67,3%
ESE HOSPITAL CHAPINERO	12.061	7.465	61,9%
ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	13.645	10.015	73,4%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	20.395	17.202	84,3%
ESE HOSPITAL EL TUNAL	66.642	27.061	40,6%
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	46.168	18.362	39,8%
ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	70.351	21.169	30,1%
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	57.058	18.199	31,9%
ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	63.605	24.278	38,2%
ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	29.137	23.803	81,7%
ESE SAN CRISTOBAL	17.130	15.420	90,0%
HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	52.044	24.948	47,9%
HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	24.004	20.336	84,7%
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	39.755	18.854	47,4%
HOSPITAL FONTIBON ESE	26.639	10.989	41,2%
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	34.887	7.523	21,6%
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	5.149	2.503	48,6%
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	39.403	28.043	71,2%
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	18.806	15.493	82,4%
HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	16.974	6.303	37,1%
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	22.224	10.991	49,5%
<b>TOTAL DISTRITAL</b>	<b>705.605</b>	<b>348.847</b>	<b>49,4%</b>

Fuente: SIHO - Corte a Junio de 2015

**Ilustración 41. Comportamiento de la facturación y el recaudo. ESE adscritas SDS. 2012-2014.**

**COMPORTAMIENTO DE FACTURACION – RECAUDO DE VENTA DE SERVICIOS**



## BIBLIOGRAFÍA

- Ley 715 de 2001, artículos: 43, 44 y 45
- Ley 100 de 1993, artículo 74.
- Ley 10 de 1990, artículo 5.
- Ley estatutaria 1622 por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil. Congreso de la República. 2013.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Informe Subregional sobre Rectoría Sectorial y Liderazgo de los Sectores de Salud”. Washington, Estados Unidos, agosto de 1998.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015.
- Centro de estudios económicos regionales del Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional del, 2012. ISSN 1692-3715.
- Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud. 2013
- Registro Único de víctimas reportado a la Secretaría Distrital de Salud desde la Unidad para la atención y reparación a las víctimas a través de la Alta consejería para la atención a las víctimas.
- Base de datos, cruce BD APS en línea, BDUVA, Registro Único De Víctimas (RUV) Corte 30 de abril de 2015. Procesado por: SDS -SSSP. Equipo Gestión de la información de la operación local del programa territorios saludables 27 de mayo de 2015
- Veeduría Distrital. “Vivir en Bogotá: Índice de Desarrollo Humano 2010” Pág. 26.
- Secretaría Distrital de Gobierno. Centro de Estudio y Análisis de la Convivencia y Seguridad Ciudadana. CEACSC.
- Profamilia. 1ª, Encuesta Distrital de Demográfica y Salud Bogotá 2011”. Resumen de Prensa. Pág. 45.
- Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaria De Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano Dirección de Servicio a la Ciudadanía. Informe consolidado casos de barreras de acceso, intervenidos a través de los mecanismos-sistemas para la exigibilidad del derecho a la salud, primer trimestre 2015.
- Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente. OPS. 2010.
- Sistema Informático Perinatal (SIP)/Sistema Informático del Adolescente (SIA). “Reunión Internacional de Salud Integral y Servicios de Salud para los Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe”. CLAP. 2011.
- Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. 2008.
- Valenzuela Mujica María Teresa, Ibarra R. Ana María, Zubarew G. Tamara, Correa M. Loreto. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia.

Index Enferm [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2015 Ago 26]; 22(1-2): 50-54. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100011&lng=es) &lng=es.<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>.

- Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. OPS. 2003.
- Adolescentes, Derecho a la educación y al bienestar futuro. María Nieves Rico y Daniela Trucco. CEPAL-UNICEF. 2014.
- Documento CONPES Social 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. 2012.
- Documento Conpes 173: Lineamientos para la generación de oportunidades para los jóvenes. Consejo Nacional Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. 2014.
- Optando por la paz y la prosperidad social. Primera rendición pública de cuentas sobre la garantía de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud, 2005 – 2012. ICBF. 2012.
- Martín Hopenhayn, Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar. CEPAL. 2008.
- El rango de edad adulta, entre 27 y 59 años, se ubica en Bogotá entre las caracterizaciones que de la juventud (de los 14 a 26 años) y de la vejez (a partir de los 60 años) acogen las políticas públicas poblacionales distritales.
- Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delito sexual-SIVIM) a Julio de 2015.
- Línea Base de la Política Pública de Envejecimiento y salud. Secretaria de Integración Social en el año 2014.
- Certificado de Defunción Certificado Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-2008.
- Ministerio de Salud y Protección Social, II Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM, 2014. Documento sin publicar (27/08/2015).
- Seguridad Alimentaria y Nutricional en cuatro países andinos. Una Propuesta de seguimiento y análisis. Serie Políticas Sociales CEPAL. Pág. 16.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma: FAO; 2004.
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas. Publicación científica No.516. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1989.
- Secretaría Distrital de Salud, UNODC, Ministerio de Protección Social, Comisión Interamericana contra el abuso de drogas – CICAD de la OEA, Dirección Nacional de Estupefacientes. “Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C., 2009.
- Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región
- Ceacsc. Informe Violencia intrafamiliar y delitos sexuales Bogotá D.C., enero – diciembre 2014.