

Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2020-2024



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024

“Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”



Alcaldía Mayor
de Bogotá

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Bogotá D.C. abril de 2020

Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2020-2024

“Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”

<p>Claudia Nayibe López Hernández Alcaldesa Mayor de Bogotá D.C.</p> <p>Alejandro Gómez López Secretario Distrital de Salud de Bogotá D.C.</p> <p>Juan Carlos Bolívar López Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial</p> <p>Diana Paola Rojas Correa Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía</p> <p>María Clemencia Mayorga Ramírez Subsecretaría de Salud Pública</p> <p>Manuel Alfredo Gonzáles Mayorga Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento</p> <p>Luis Miguel Úsuga Zamudio Subsecretario Corporativo</p> <p>Karen Cárdenas Santana Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones</p>	<p>Blanca Inés Rodríguez Granados Jefe Oficina Asesora Jurídica</p> <p>Gabriel Lozano Díaz Director Planeación Sectorial</p> <p>Julián Alfonso Orjuela Benavides Director Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad</p> <p>Beatriz Helena Africani Guerrero Directora Servicio a la Ciudadanía</p> <p>Ricardo Moncada Suárez Director de Infraestructura y Tecnología</p> <p>Yiyola Yamile Peña Ríos Directora de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud</p> <p>Dr. Carlos Julio Pinto IZA (e.) Director Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva</p> <p>Iliana Francineth Curiel Arismendi Directora Salud Colectiva</p> <p>Andrés José Álvarez Villegas Director Urgencias y Emergencias en Salud</p>	<p>Mabel Gisela Hurtado Sánchez Jefe Oficina Asuntos Disciplinarios</p> <p>Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda Directora Calidad de Servicios de Salud</p> <p>Jaime Guillermo Díaz Chaur Director Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud</p> <p>Miguel Ángel Pulido Arcila Director Provisión de Servicios</p> <p>Yilda Ponce Yance Directora de Gestión de Talento Humano</p> <p>Edgar Bernal Hernández Director Administrativo</p> <p>Raúl Alberto Bru Vizcaíno Director Financiero</p> <p>Alexandra López Sevillano Directora TIC</p> <p>Juan Carlos Jaramillo Correa Director de Planeación Institucional y Calidad</p>
<p>Coordinación General Juan Carlos Bolívar López Subsecretario Planeación y Gestión Sectorial</p> <p>Gabriel Lozano Díaz Director de Planeación Sectorial</p> <p>Juan Sebastián Hoyos Castro Líder PASE</p> <p>Dirección Planeación Sectorial Lucía A. Forero Rojas</p> <p>Equipo PASE Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga Guerly Alfonso López Palacios Alejandro Castaño Vásquez Myrian Andrea Ruiz Dionisio Irlena Salcedo Pretelt Lilian Maritza Núñez Forero Angela Andrea Portela Dussan</p>	<p>Equipo de Referentes PASE</p> <p>Salud Ambiental Libia Janet Ramírez Garzón Irlena Salcedo Pretelt</p> <p>Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles Leidy Johanna Castañeda Campos Lilian Maritza Núñez Forero</p> <p>Convivencia Social y Salud Mental Rodrigo Lopera Izasa Angela Andrea Portela Dussan</p> <p>Seguridad Alimentaria y Nutricional Claudia Ochoa Contreras Henry José Forero Fernández</p> <p>Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos Yeimy Catherine Rodríguez Alfonso Guerly Alfonso López Palacios</p> <p>Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles</p>	<p>Salud Pública en Emergencias y Desastres Edizabett Ramírez Rodríguez Myrian Andrea Ruiz Dionisio</p> <p>Salud y Ámbito Laboral Laura Milena Martínez Ramírez Inés Marlén Esguerra Bulla</p> <p>Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables Gloria Milena Gracia Charry Yolanda Ramírez Galeano Gloria Patricia Villegas Rondón</p> <p>Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Territorial para Gestión Integral de la Salud Consuelo Peña Aponte Libia Esperanza Forero García Mónica Liliana Granados Rodríguez</p>

<p>Henry José Forero Fernández Gloria Patricia Villegas Rondón Inés Marlén Esguerra Bulla Mónica Liliana Granados Rodríguez</p>	<p>Lina María Pedraza Moreno José Alexander Estepa Becerra Alejandro Castaño Vásquez</p>	<p>Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga</p>
---	--	--

Tabla de Contenido

1.	Introducción	11
2.	Antecedentes	18
2.1.	Referentes Estratégicos Técnicos y Conceptuales.....	19
2.1.1.	Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	19
2.1.2.	Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad” -20	
2.1.3.	Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	21
2.1.4.	Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).....	23
2.1.5.	Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres Nacional.....	24
2.1.6.	Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021	25
2.2.	Lineamientos Metodológicos (PASE a la Equidad en Salud).....	26
2.2.1.	Primer proceso: Alistamiento Institucional	29
2.2.2.	Segundo Proceso: De Ruta Lógica.....	30
2.2.3.	Tercer Proceso: De Gestión Operativa.....	31
2.3.	Participación en el Proceso de Formulación del PTS	32
3.	Marco Normativo y Enfoque Teórico.....	36
3.1.	Marco Normativo.....	36
3.2.	Decretos y medidas adoptadas por la Emergencia Sanitaria por COVID 19.....	38
3.3.	Enfoque Teórico.....	39
3.3.1.	Enfoque de Derechos.....	40
3.3.2.	Enfoque de Determinantes Sociales y Ambientales	41
3.3.3.	Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS).....	44
3.3.4.	Sistemas y Modelos de Salud.....	45
3.3.5.	Enfoque Territorial.....	46
3.3.6.	Enfoque Diferencial	46
3.3.7.	Enfoque Poblacional	48
4.	Análisis de la Situación de Salud Bogotá D.C.	50

4.1.	Estructura del territorio y de la población de Bogotá, D. C.	50
4.1.1.	Estructura Demográfica	54
4.2.	Perfil Epidemiológico de Bogotá D.C.	59
4.2.1.	Perfil de Morbilidad	59
4.2.2.	Perfil de mortalidad en Bogotá D.C.	62
4.2.3.	Años de vida potencialmente perdidos	69
4.2.4.	Conclusiones del Perfil Epidemiológico de Bogotá D.C.	70
4.2.5.	Los Determinantes Sociales en Salud en Bogotá D.C.....	70
5.	Emergencia Sanitaria por Coronavirus - COVID 19.....	73
6.	Resultados de la Priorización de la Caracterización de la Población Afiliada a las EPS Demás EAPB y ARL.	78
7.	Configuración y Priorización en Salud.	80
7.1.	Metáfora actual.	81
7.2.	Metáfora deseada.....	81
7.3.	Ejes Estructurantes Deseados -Tensiones Transformadas (PASE):.....	81
8.	Componente Estratégico de Mediano Plazo del Plan Territorial de Salud.....	86
8.1.	Plataforma Estratégica.....	86
8.1.1.	Misión	86
8.1.2.	Visión.....	86
8.1.3.	Objetivos Estratégicos (Desafíos Priorizados).....	86
8.2.	Principios, Enfoques y Atributos.....	87
8.3.	Propósitos, estrategias transversales y logros de Ciudad.....	88
8.3.1.	Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política.	89
8.3.2.	Propósito 2. Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar el cambio climático.	95
8.3.3.	Propósito 3. Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación.....	96
8.3.4.	Propósito 5. Construir una Bogotá Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente.	97
9.	Componente de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud	100

9.1.	Contexto.....	100
9.2.	Plan Plurianual de Inversiones 2020-2024.....	102
10.	Bibliografía.....	104
11.	Anexos.....	106

Listado de Gráficas

Gráfico 1 Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. 2020-2024	12
Gráfico 2 Estructura Plan de Desarrollo Bogotá D.C. 2020-2024 – Marco Lógico Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI	13
Gráfico 3 Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI” (Sector Salud).....	14
Gráfico 4 Referentes del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024	19
Gráfico 5 Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS (2030)	20
Gráfico 6 Política de Atención Integral en Salud (PAIS).....	22
Gráfico 7 Modelo de Atención Integral (MAITE) MSYPS	23
Gráfico 8 Dimensiones Prioritarias PDSP	26
Gráfico 9 Estrategia PASE a la Equidad en Salud	28
Gráfico 10 Proceso Alistamiento Institucional Estrategia PASE a la Equidad en Salud	29
Gráfico 11 Proceso de la Ruta Lógica (Momentos, Pasos y Actividades)	31
Gráfico 12 Proceso de Gestión Operativa (Momentos Pasos y Actividades)	32
Gráfico 13 Modelo de los Determinantes Sociales de la salud.....	42
Gráfico 14 Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital. Bogotá 2009 – 2018.	62
Gráfico 15 Tasa de mortalidad por grandes causas. Bogotá 2005 – 2017.	63
Gráfico 16 Mortalidad por neoplasias. Bogotá 2005 – 2017.	64
Gráfico 17 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio Bogotá 2005 – 2017.....	65
Gráfico 18 Casos Confirmados por COVID 19 en Colombia 2020.....	73
Gráfico 19 Casos COVID 19 Confirmados por grupos de edad Colombia 2020.....	74
Gráfico 20 Casos COVID-19 Confirmados por tipo de Atención Colombia 2020.....	74
Gráfico 21 Casos de COVID Confirmados en Bogotá D.C. 2020.....	75
Gráfico 22 Casos COVID 19 Confirmados por grupos de edad Bogotá D.C. 2020	75
Gráfico 23 Casos COVID-19 Confirmados por tipo de Atención Bogotá D.C. 2020	76
Gráfico 24 Configuración del Territorio; Metáfora Actual y Metáfora Deseada	80
Gráfico 25 Estructura Plan de Desarrollo 2020-2024 (Componente Estratégico) Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI.....	87
Gráfico 26 Propósitos Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI	88
Gráfico 27 Logros, Programas y Metas Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI.....	89
Gráfico 28 Participación del Sector Salud Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI.....	89
Gráfico 29 Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2016-2020 y 2020-2024 \$ constantes de 2020..	103

Listado de Tablas

Tabla 1 Distribución Proporcional de la Población según localidad. Bogotá, 2019.....	52
Tabla 2 Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá, 2005- 2010,.....	57
Tabla 3 Semaforización de la mortalidad materno infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2017	67
Tabla 4 Priorización de la mortalidad general, específica y materna infantil. Bogotá 2017.	68
Tabla 5 Número de años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo. Bogotá 2005 – 2017.	69
Tabla 6 Capacidad instalada en los servicios de salud.....	76
Tabla 7 Grupos de riesgo relevantes por prioridad y régimen de afiliación. Diciembre 2018	79
Tabla 8 Ejes estructurantes Deseados – Tensiones Transformadas Bogotá D.C.	81
Tabla 9 Compromisos por Fallos Judiciales, Tutelas y Recobros 2016-2019 (junio) Cifras en \$.....	100
Tabla 10 Financiación 2016-2020 IVC de Prestadores de Servicios de Salud.....	101
Tabla 11 Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2016-2020 y 2020-2024 Cifras constantes de 2020	102

Tabla de Mapas

Mapa 1 Población Urbana y Rural en Bogotá D.C. 2016	51
Mapa 2 Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km ²). Bogotá, 2019.....	53
Mapa 3 Tasa y número de casos de mortalidad materna según localidad-UPZ. 2015 y 2019	66

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1 Pirámide poblacional para Bogotá, 2005, 2019 y 2020	55
Ilustración 2 Pirámide poblacional de migrantes atendidos en Bogotá D.C.	58

1. Introducción

La apuesta de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. para el cuatrienio 2020-2024 parte de reconocer a la capital del país como la ciudad de todos los colombianos; acogedora de quienes han venido en busca de mejores oportunidades; protectora de quienes han sido víctimas de la violencia, la pobreza estructural, el desplazamiento y la exclusión social; y, guardiana de poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad y exclusión; cuya historia ha sido más producto de la mezcla de razas, creencias y costumbres que hoy le dan vida y la hacen la mejor expresión de la riqueza de nuestro país. Una ciudad fundada sobre ventajas ecológicas y geográficas que ha contado con un importante crecimiento poblacional y con un destacado fortalecimiento institucional, gracias a los cuales la capital ha sido fuente de salud, educación, trabajo, cultura, recreación, creación y riqueza incomparable en Colombia¹:

“...Bogotá siempre nos ha acogido, nos ha dado refugio, empleo y oportunidades. Pero hoy la que nos necesita es Bogotá. Necesita que la saquemos de las secuelas de la corrupción, la división, la inseguridad, el trancón y el desempleo. Necesita que nos unamos como ciudadanos, por encima de las diferencias que tengamos, para sacarla del mal momento por el que atraviesa (...) Es el momento de enderezar el rumbo, cerrar las brechas, mejorar la seguridad y la movilidad, y asegurar que Bogotá y su región sean un ejemplo nacional y global de cultura ciudadana y desarrollo humano, incluyente y sostenible...”².

Claudia López Hernández

Bogotá D.C., 26 de agosto de 2019

Bajo estas consideraciones, en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. para período constitucional comprendido entre el 01 de junio de 2020 y el 31 de mayo de 2024, denominado: **“Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”** se propone a los bogotanos, como soporte y eje central de su gestión, el avanzar bajo la sombrilla de un nuevo contrato social y ambiental para el Siglo XXI como un acuerdo entre el mercado, el Estado y la ciudadanía para cuidar a quienes están más desprotegidos especialmente las mujeres, las niñas, los niños, los jóvenes, los adultos mayores, y las personas en situación de discapacidad, discriminación o exclusión, basado en la cooperación de la ciudadanía, la convivencia y el entendimiento mutuo, el trabajo en equipo, la confianza y la legitimidad con sus autoridades, en la inclusión social, productiva y política, con el cual se transforme a Bogotá D.C. convirtiéndola como una ciudad más cuidadora, incluyente, sostenible y consciente que asegure que Bogotá y su región sean un ejemplo nacional y global de cultura ciudadana y desarrollo humano, incluyente y sostenible (Anexo 1).

Le apuesta a sentar las bases para la integración de Bogotá con los municipios y departamentos vecinos, con la Nación y con actores públicos y privados, y a acelerar el cumplimiento de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A estos atributos se suman los enfoques de género, diferencial, de cultura ciudadana y territorial que soportan la gestión y respuesta Estatal y determinan

¹ Programa de Gobierno Claudia Alcaldesa 2020 – 2023: “...La población de Bogotá entre 1951 y 2019 se multiplicó por más de diez, creciendo de manera desordenada, desigual e insostenible, pero ese crecimiento precipitado ya se estabilizó...”.

² Programa de Gobierno Claudia Alcaldesa 2020 – 2023. ISBN No Radicado 334252. Bogotá D.C. 2019-08-26 Bogotá D.C., Colombia. Disponible en: <https://bogota.gov.co/html-blocks/ViewerJS/view.html#/sites/default/files/inline-files/programadegobiernoclaudiaalopez.pdf>

la manera cómo desde la administración se comprenden y atienden las realidades de quienes habitan el Distrito Capital y su región.

De igual forma se plantea para todos los bogotanos la construcción de una Bogotá-Región con Gobierno Abierto (GABO) transparente, igualitario para todos, que esté al servicio de los bogotanos con una ciudadanía consciente y participativa, con presupuestos participativos implementados en las 20 localidades de la ciudad y un Plan de Ordenamiento Territorial (POT) que contemple el desarrollo sostenible desde lo social, económico y ambiental para la ciudad y la región. Además, en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. se propone la adaptación de a la ciudad al cambio climático, el cuidado de la estructura ecológica principal y de todas las formas de vida y la reducción de la contaminación ambiental, junto con una ciudad libre de violencias contra las mujeres, racismo, clasismo, homofobia y xenofobia y hacer de Bogotá un buen lugar para vivir, mejorando la experiencia de viaje de los usuarios.

La Bogotá-Región que proyecta este plan, es una ciudad con características y atributos muy concretos, se trata de una ciudad que cuida todas las formas de vida, una ciudad donde todas y todos podemos vivir sin miedo, una ciudad cuidadora; una ciudad incluyente en la que hay oportunidades para que cada quien desarrolle sus capacidades y pueda hacer realidad sus sueños; una ciudad sostenible que protege el medio ambiente y cuida, desde ya, a las generaciones del futuro; una ciudad con ciudadanos conscientes de su capacidad para aprender, cambiar, construir y transformar; conscientes de su capacidad para ejercer sus derechos y deberes, para construir confianza, hacer acuerdos y vivir en paz con los demás y con la naturaleza, y para construir lo público como un escenario de beneficio colectivo; una ciudad consciente.

Gráfico 1 Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. 2020-2024

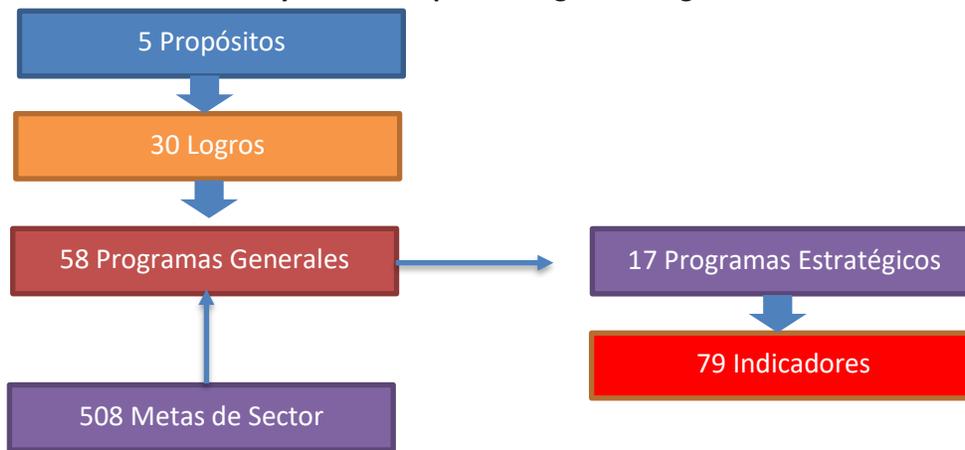


Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (Proyecto de Acuerdo radicado al CTP)

El Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. se estructura en cinco propósitos, 30 logros de ciudad, 58 programas generales y 17 programas estratégicos diseñados con una visión local, regional, nacional y

global; le apuesta a sentar las bases para la integración de Bogotá con los municipios y departamentos vecinos, con la Nación y con actores públicos y privados y a acelerar el cumplimiento de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Gráfico 2). Los cinco propósitos estratégicos del plan son: 1. Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política. 2. Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar el cambio climático. 3. Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación. 4. Hacer de Bogotá-Región un modelo de movilidad, creatividad y productividad incluyente y sostenible. 5. Construir una Bogotá-Región con Gobierno Abierto, transparente y ciudadanía consciente.

Gráfico 2 Estructura Plan de Desarrollo Bogotá D.C. 2020-2024 – Marco Lógico Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI



Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaria Distrital de Planeación
<http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/presentaciongeneralpdd-sdp-11032020.pdf>

La cultura ciudadana, estrategia central para avanzar en las transformaciones que necesita la capital de la república, involucra cambio de hábitos de vida, creencias y convivencia de la ciudadanía en su diario vivir y en las obligaciones que en el contexto un sistema democrático y de participación le hacen cumplir a su gobierno y agentes privados como elementos fundamentales para el motor del desarrollo humano sostenible: **“...Es liderando con el ejemplo y ejerciendo hábitos de vida individual y colectiva que nos hacen bien, y no hacen daño a los demás, como mejor y más rápido transformamos a Bogotá...”**³. Los principios del plan de gobierno incorporan cero tolerancia a la corrupción; concertación y diálogo; construir sobre lo construido y lo destruido; cultura ciudadana, inteligencia colectiva y participación decisoria; defensa de lo público del abuso, corrupción y politiquería; cierre de brechas de desigualdad; equidad de género e intergeneracional; protección de la estructura ecológica principal de Bogotá y adaptación al desafío global del cambio climático; construcción de un ordenamiento territorial incluyente y democrático y liderazgo desde Bogotá de la reconciliación en Colombia.

³ Ibidem.

El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024 se articula con el Programa de Gobierno “Claudia Alcaldesa 2020 – 2023” y con el Plan de Desarrollo “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI” en sus Propósitos, Logros de Ciudad y Programas. En particular el Plan contribuye con el Propósito 1: “Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política”; participando en los Programas “Sistema Distrital de Cuidado”, “Prevención y Atención de Maternidad Temprana” y “Salud para la Vida y el Bienestar”; y, además, liderando los Programas “Salud y Bienestar para Niñas y Niños”, “Prevención y Cambios para Mejorar la Salud de la Población” y “Mejora de la Gestión de Instituciones de Salud”. De esta manera, el sector salud tiene bajo su responsabilidad el logro de ciudad: completar la implementación de un modelo de salud con enfoque poblacional diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud.

A la vez, aporta al Propósito 2: “Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar el cambio climático” y contribuye con acciones del sector salud al Programa “Manejo y Prevención de Contaminación”. Cooperera con el Propósito 3: “Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación”, aportando a los Programas “Bogotá, territorio de paz y atención integral a las víctimas del conflicto armado” y “Sin machismo ni violencia contra las mujeres, las niñas y los niños”. Interviene en el Propósito 5: “Construir Bogotá-región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente”, apoyando los Programas “Transformación Digital y Gestión de TIC para un Territorio Inteligente”, “Gobierno Abierto” y “Gestión Pública Efectiva” (Gráfico 3).

Gráfico 3 Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI” (Sector Salud)

Propósitos		Programas
1.	Hacer un nuevo contrato social para incrementar la Inclusión social, productiva y política.	Sistema Distrital de Cuidado
		Prevención y Atención de Maternidad Temprana
		Salud para la Vida y el Bienestar
		Salud y Bienestar para Niñas y Niños*.
		Prevención y Cambios para Mejorar la Salud de la Población*.
		Mejora de la Gestión de Instituciones de Salud*.
2.	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar el cambio climático.	Manejo y Prevención de Contaminación”.
3.	Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación”	Bogotá, territorio de paz y atención integral víctimas del conflicto armado.
		Sin machismo ni violencia contra las mujeres, las niñas y los niños”.

Propósitos		Programas
5.	Construir Bogotá-región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente	Transformación Digital y Gestión de TIC para un Territorio Inteligente.
		Gobierno Abierto
		Gestión Pública Efectiva.

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. 2020-2024. (Versión radicada al Consejo Territorial de Planeación). Nota 1.: *Programas a cargo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

La propuesta del sector salud para el cuatrienio parte de reconocer que, si bien, en materia de salud Bogotá D.C. se ha venido avanzando tal y como lo muestran las tendencias registradas durante las últimas décadas en los indicadores que miden el estado de salud de la población de la capital (Anexo 2); aún persisten eventos que, aunque en su conjunto son potencialmente evitables y prevenibles, ponen en riesgo la salud de la población y, en muchos de los casos, cobran vidas en forma prematura. El perfil de morbilidad y mortalidad se caracteriza hoy por la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar o coronaria (EPOC); así como, por enfermedades infecciosas y eventos relacionados con salud mental, la malnutrición, la drogadicción, las violencias, embarazos en adolescentes y eventos asociados a la salud sexual y reproductiva.

La propuesta consiste en avanzar en Un modelo de salud para Bogotá D.C. basado en APS y en el enfoque de determinantes sociales con perspectiva territorial, de cultura ciudadana, diferencial, participativo diverso e incluyente, con equipos de salud resolutivos; avanzando hacia un sistema de salud sistematizado y automatizado en línea con sus procesos misionales y administrativos; una infraestructura hospitalaria pública suficiente, eficiente y moderna para la atención de los Bogotanos; un recurso humano comprometido y dignificado con vinculación estable; un sector que cumple con las competencias de Ley; y, un sector que reduce la morbilidad y la mortalidad evitable y mejora las condiciones de vida de la población de Bogotá D.C.

Metodológicamente el Plan se construyó siguiendo los lineamientos de la metodología “PASE a la Equidad en Salud” conforme a lo establecido en la Resolución 1536 de 2015 por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud: **“...Para elaborar la priorización en salud pública, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud” en los pasos (1) uno al (8) ocho de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin...”**.

Desde el proceso mismo de inicio de “Alistamiento Institucional” de la Metodología PASE a la Equidad en Salud se contó con participación de los sectores que hacen parte de la administración de Bogotá D.C., así: Gobierno, Hacienda, Planeación, Ambiente, Educación, Mujer, Cultura, Recreación y Deporte, Movilidad, Seguridad y Convivencia y Justicia. La construcción del nuevo contrato social en salud se realizó a través de Encuentros Territoriales por Subredes y uno en la Localidad de Sumapaz, Consulta y Dialogo Virtual, Espacios de Construcción y Discusión con Expertos y con la Academia, Encuentros con Secretarios de Salud de la Región y con Gerentes de Hospitales, realización de Talleres Co-Creativos en temas técnicos como en salud mental y en nutrición, entre otros.

Es necesario resaltar que en el proceso de construcción del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024, durante el primer semestre de 2020, se presentaron hechos que perturbaron en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país y que constituyeron grave calamidad pública que obligaron a la nación y al Distrito Capital a declarar el estado de emergencia.

Esto fue con fundamento en la declaración del brote de enfermedad por coronavirus-COVID-19 como **pandemia**, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el día 11 de marzo de 2020, la cual se sustentó esencialmente por la velocidad de su propagación y la escala de trasmisión. A esta fecha se habían notificado cerca de 125.000 casos de contagio en 118 países y a lo largo de las últimas dos semanas el número de casos notificados fuera de la República Popular China se había multiplicado en 13 veces, mientras que el número de países afectados se había triplicado, por lo que la OMS instó a los países a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confinación, aislamiento y monitoreo de los posibles casos y tratamiento de los casos confirmados.

A este respecto la OMS señaló: **“...describir la situación como una pandemia no significaba que los países afectados pudieran darse por vencidos, pues esto significaría terminar enfrentándose a un problema mayor y a una carga más pesada para el sistema de salud, que a la postre requeriría medidas más severas de control y por tanto, los países debían encontrar un delicado equilibrio entre la protección a la salud, la prevención de los trastornos sociales y económicos y el respeto de los derechos humanos...”**⁴, razón por la cual hizo un llamado a los países afectados para que adoptaran una estrategia de contención.

El estado de emergencia que vive el mundo, el país y el Distrito Capital, en este primer semestre de 2020, por cuenta de la pandemia mundial de coronavirus se siente en todas las actividades, clases sociales, niveles de la administración y ámbitos de la vida diaria. El COVID-19 obliga a la nación, a las entidades territoriales y al Distrito Capital a adoptar medidas para garantizar y preservar la vida y la salud de los habitantes. Como parte de las medidas adoptadas para la ciudad se destacan las de restricción a la movilidad ciudadana y de aislamiento preventivo obligatorio; la suspensión de los eventos con aforo de más de 50 personas; la adopción de medidas higiénicas en los espacios o superficies de contagio y las medidas de salubridad que faciliten el acceso de la población a sus servicios higiénicos, así como la de sus trabajadores en establecimientos comerciales y mercados (Anexo 3).

El documento está conformado por once (11) apartes: i) Una breve introducción en la cual se contemplan lineamientos generales de la que será la política distrital de salud y fundamentos fácticos sobre los cuales ésta se desarrolla; ii). Los antecedentes en los cuales se visibilizan los referentes obligatorios a nivel internacional, nacional y local junto con la metodología y los principios rectores; iii). El sustento normativo y el Enfoque teórico; iv). El análisis de la situación de salud (ASIS) en Bogotá D.C.; v). La Emergencia Sanitaria por Coronavirus - COVID 19; vi) Los resultados de la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS Demás EAPB y ARL; vii). La configuración y priorización

⁴Organización Mundial de la salud (OMS). “Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Acceso/Director General de la OMS/ Discursos del Director General de la OMS/. Disponible en: <https://www.who.int/es/>

en salud; viii). La orientación estratégica del Plan; ix). El componente de inversión plurianual; x). Bibliografía y xi). Anexos.

2. Antecedentes

Al constituirse el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024 en el instrumento básico de política pública sectorial con alcance para la región, para la ciudad y para todas y cada una de sus localidades se hace necesario entrar a considerar el legado de referentes estratégicos, técnicos y conceptuales; así como, el conjunto de disposiciones y acuerdos con alcance internacional, nacional y distrital que resultan obligatorios para la entidad territorial en la medida en que orientan y materializan el derecho a la salud en Colombia y en la capital de la República. Estas disposiciones están contenidas en el marco regulatorio expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás organismos competentes, ante todo, durante la última década. En esos lineamientos, adicionalmente se reconocen e incorporan disposiciones y acuerdos de orden internacional, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) denominados hoy Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024, a la vez, se reconocen las directrices expedidas por la nación en materia de metodologías, guías e instrumentos de formulación, tal y como fueran expedidos en su oportunidad en el contexto estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP) con la expedición de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 1841 de 2013: **“...Según la Resolución 1841 de 2013, el PDSP “será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, como para el Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones” (Art. 1). “Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 — 2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud...” (Art. 2)⁵**

Enseguida se presentan los referentes estratégicos, técnicos, metodológicos y conceptuales en los cuales se sustenta la construcción del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024, conforme a lo dispuesto en el Artículo 45 de la Ley 152 de 1994 Orgánica del Plan de Desarrollo Nacional:

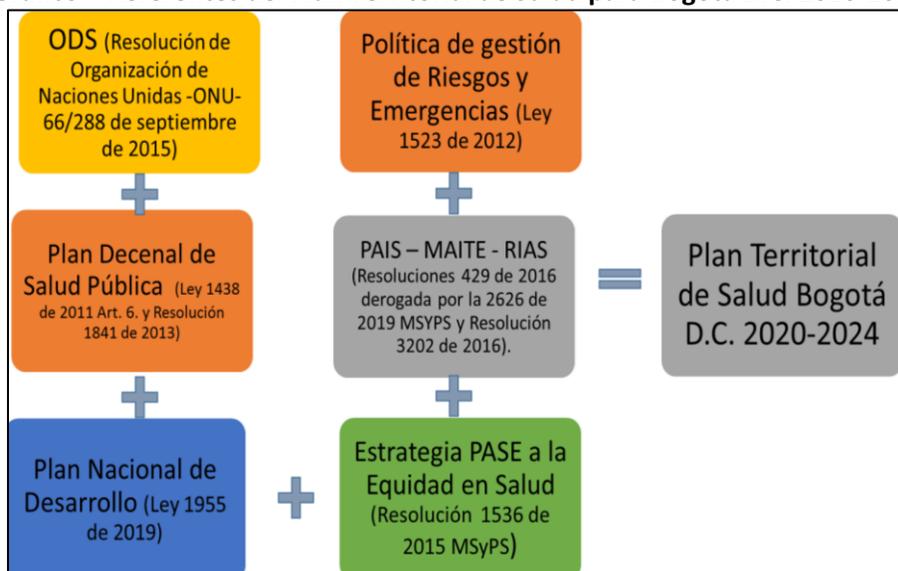
“...las entidades territoriales deberán articular y ajustar el Plan de Desarrollo Territorial (PDT) con las políticas, estrategias y programas del nivel Nacional que son de interés mutuo y que guarden relación con las acciones gubernamentales. Así mismo, el Plan Territorial en Salud (PTS) se formula de manera articulada con el PDT en tanto aporta los elementos estratégicos del sector salud al proceso de planeación territorial. Para el periodo 2020-2023 las entidades territoriales formularán de manera participativa el (PTS) en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), así como con el marco fiscal de Mediano Plazo, el Plan Financiero Territorial de Salud y el presupuesto...”

⁵República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación (DNP) y Ministerio de Salud y Protección Social. “Lineamientos Estratégicos” Kit Planes de Desarrollo Territorial. Bogotá D.C. 2019. Disponible en: <https://portalterritorial.dnp.gov.co/kpdt/>. Fecha de consulta: Bogotá D.C.

2.1. Referentes Estratégicos Técnicos y Conceptuales

El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C 2020-2024 retoma, acoge y adopta lineamientos estratégicos técnicos y conceptuales, ante todo los mandatos del Plan Decenal de Salud Pública de la Ley 1428 de 2011; la Política de nación de Atención Integral en Salud (PAIS);, el Modelo de Atención Integral en Salud Territorial, las Rutas Integrales de Atención en Salud de la Mano con las Redes Integradas de Servicios de Salud; lo mandado en el Plan Nacional de Desarrollo adoptado mediante Ley 1955 de 2019, la Política de Gestión de Riesgos y Emergencias de la ley1523 de 2012 y los acuerdos celebrados por el País con la Organización de la Naciones Unidas entorno a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Gráfico 4).

Gráfico 4 Referentes del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024



Fuente: Subsecretaria de Servicios en Salud y Aseguramiento - Dirección de Provisión de Servicios de Salud

2.1.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

En septiembre de 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Resolución 66/288 “El futuro que queremos”, por medio de la cual se adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que acordó 17 objetivos por parte de 193 países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODS) constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población desde un enfoque que integre todas las dimensiones del desarrollo, además constituyen s ODS constituyen un elemento integrador de las agendas que actualmente adelanta la nación en materia de desarrollo, así como el marco que permite alinear de manera coherente acciones tanto públicas como privadas alrededor de un objetivo común (DNP, 2018) (Gráfico 5).

Gráfico 5 Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS (2030)



Fuente: Organización de Naciones Unidas (ONU)

El Gobierno Nacional a través del CONPES 3918 de 2018 – “Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia”, definió los lineamientos de política que buscan complementar con un enfoque integral de desarrollo las agendas que son impulsadas por otros actores que se posicionan como relevantes en el momento de definir las metas del país a 2030 (DNP, 2018). En este sentido el sector salud en Bogotá incluye en su agenda de gobierno los compromisos de los ODS en materia de salud, específicamente en los ODS 1 y 3, así: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo y 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

2.1.2. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad” -

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad” - adoptado mediante la Ley 1955 de 2019, específicamente en la línea de salud del pacto estructural de equidad, contiene estrategias concretas cuyos objetivos primordiales en esta materia apuntan a: I) Fortalecer la rectoría y la gobernanza en el sistema, tanto a nivel central, como en el territorio; II) Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos; III) Articular a todos los agentes del sector salud en torno a la calidad; IV) Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad; V) Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los

trabajadores de la salud; VI) Alcanzar la eficiencia en el gasto, optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos, con el aporte de todos.

Con el concurso de otros sectores, en materia de salud se acordó trabajar en líneas y estrategias intersectoriales para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en armonía con lo establecido dentro del Pacto de Equidad del PND, tales como: 1) Promoción: Políticas saludables; alimentación adecuada y mejorar el estado nutricional de la población; modos y estilos de vida saludable (actividad física, recreación y deporte); derechos sexuales y reproductivos; servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes; ampliación de la cobertura de riesgos laborales; mejor seguridad y salud en el trabajo; competencias socioemocionales; y salud mental. 2) Prevención: embarazo adolescente y uniones tempranas; siniestros viales; enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas; malnutrición; neoplasias; problemas y trastornos mentales; violencia intrafamiliar; consumo de sustancias psicoactivas; violencia y convivencia; y envejecimiento activo.

El sector salud también está llamado a trabajar articuladamente en pro de pactos y líneas específicas: Pacto por la legalidad, línea “Imperio de la ley y convivencia pacífica: Justicia accesible, oportuna y en toda Colombia, para todos”, de manera específica en el componente de prevención del consumo de sustancias psicoactivas; Pacto por la construcción de paz, línea “Reparación: Colombia atiende y repara a las víctimas”, En el componente promoción de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de las violencias sexuales; Pacto por la equidad de la mujer, línea “Educación y empoderamiento económico para la eliminación de las brechas de género en el mundo del trabajo”; Pacto por la equidad de oportunidades para grupos indígenas, negros, afros, raizales, palanqueros y Room”; Pacto por la inclusión de las personas con discapacidad “ y Pacto por la sostenibilidad, línea “Sectores comprometidos con la sostenibilidad y la mitigación del cambio climático (calidad de aire, agua y suelo)”.

El Ministerio de Salud y Protección Social incluyó en su nueva plataforma estratégica orientación para la construcción de un sistema con mayor equidad centrado en las personas; para alcanzar este reto, propuso enfocar sus acciones en cinco ejes orientadores: Visión de largo plazo; calidad; salud pública; talento humano en salud y sostenibilidad, lo anterior, con el fin de lograr la triple meta: i) Mejorar el estado de salud de los colombianos; ii) Responder a las expectativas de la población y iii) Promover la sostenibilidad financiera.

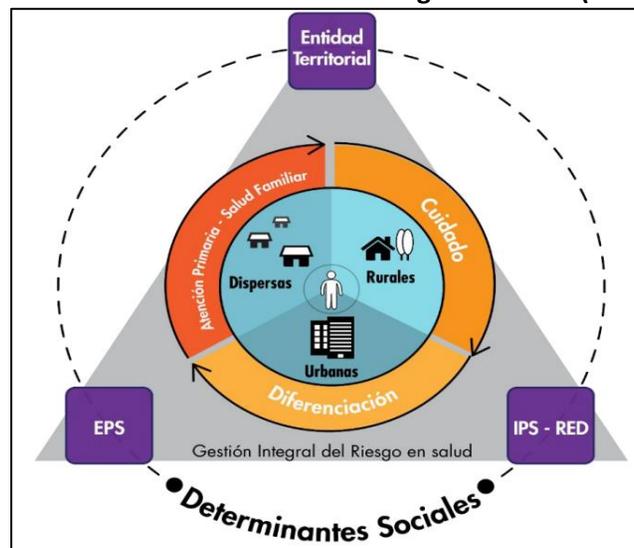
2.1.3. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

En la Resolución 2626 de 2019, que deroga la Resolución 429 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con la cual atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación

en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La política exige la interacción coordinada de entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública con entidades administradoras de planes de beneficios-y prestadores de servicios de salud. Esta política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y acoge la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales (Gráfico 6).

Gráfico 6 Política de Atención Integral en Salud (PAIS)



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2015

La política integra los componentes estratégico y operacional. El componente operacional corresponde con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) denominado hoy Modelo de Atención (MAITE). El MIAS reúne diez componentes, así: Caracterización de la población, regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)⁶, implementación de la gestión integral del riesgo, delimitación territorial en los ámbitos urbanos, con alta ruralidad y disperso, Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, definición del Rol del Asegurador; redefinición del esquema de incentivos, fortalecimiento del

6 17 RIAS: Trastornos visuales y auditivos; Enfermedades Autoinmunes, Neurológicas y Degenerativas; Cáncer; infecciones respiratorias crónicas-EPOC; Enfermedades Raras; Trastornos Psicosociales y del Comportamiento; Agresiones, Accidentes y Trauma; Enfermedades y Accidentes relacionados con el Medio Ambiente; Zoonosis y Agresiones por Animales; Enfermedad y Accidentes Laborales; Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido a Uso de Sustancias Psicoactivas y Adicciones; Enfermedades Infecciosas; Alteraciones de Salud Bucal; Alteraciones nutricionales, Condición Materno -Perinatal; Alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiesta y Promoción y Mantenimiento; esta última sin lineamientos aún por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

recurso humano en salud, requerimientos y procesos del Sistemas de Información e Innovación y Gestión del Conocimiento.

En este sentido el Distrito Capital ha avanzado en la definición de las fases para la gestión en la implementación del MIAS; elaboración del Plan de Alistamiento y Plan de Acción para la implementación del MIAS en la ciudad de Bogotá, D.C.; seguimiento y cierre al cumplimiento del Plan de Alistamiento; seguimiento de cumplimiento del Plan de Acción en la implementación del MIAS en la ciudad de Bogotá, D.C. evaluación de la implementación del MIAS en la ciudad de Bogotá, D.C., elaboración de la Incorporación de MIAS a MAITE y propuesta de Plan de Acción desde MAITE con la incorporación de los avances del MIAS.

2.1.4. Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

Como parte de los avances en instrumentos estratégicos de política pública en salud como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), desde diciembre del año 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social comenzó el diseño del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). El mismo surge como una herramienta complementaria a la gestión territorial en salud que permite apoyar la identificación, priorización y dinamización de algunos asuntos clave para mejorar la salud de la población. El Modelo parte de la necesidad de convertir los planteamientos estratégicos en acciones o respuestas concretas y tangibles que beneficien a la población en el corto plazo.

El MAITE define un enfoque sistémico e integrador que permite articular la gestión territorial de la salud a partir de las siguientes 8 líneas de acción: 1. Salud Pública; 2. Aseguramiento; 3. Prestación de Servicios; 4. Talento Humano; 5. Financiamiento; 6. Enfoque diferencial; 7. Articulación intersectorial; y, 8. Gobernanza (Gráfico 7). Cada una de estas líneas recoge el mínimo de acciones y herramientas que permiten identificar y adoptar los mecanismos de respuesta que soportan la ejecución y el despliegue de la acción del MAITE en los territorios, los que aplican según sus competencias:

Gráfico 7 Modelo de Atención Integral (MAITE) MSYPS



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En la Resolución 2626 del 27 de septiembre de 2019 “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) define el modelo

como un conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

El MAITE comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiéndose que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector.

Bajo esta perspectiva el MAITE basa su operación y los resultados en un plan de acción que parte de las siguientes premisas: 1. Es un modelo de acción y planeación sensible y flexible a las características de los territorios. 2. Favorece un ejercicio conjunto entre la nación y el territorio para identificar y priorizar las necesidades y respuestas en salud acorde a cada contexto. 3. Define un acompañamiento permanente del Ministerio de Salud y Protección Social frente a las prioridades que se gestionan a través del plan de acción. 4. La asistencia técnica territorial se focaliza y responde a las necesidades de los territorios. 5. Promueve la generación de sinergias estratégicas entre los agentes del sistema de salud en torno a las prioridades establecidas en el plan de acción.

El MAITE, pretende ser un instrumento sencillo y práctico, que conecte y articule a las distintas entidades y agentes que forman parte del ecosistema de la política de salud en Colombia. Centra su operación en la capacidad de acordar y concretar acciones con el apoyo visible del ente rector en salud del nivel nacional, de tal forma que se pueda evidenciar en el corto plazo un mejor desempeño del sistema de salud. Dentro de los principales propósitos de MAITE está fortalecer la autoridad sanitaria, acercar el Ministerio de Salud y Protección Social a través del diálogo directo con los actores, identificando las prioridades que requieren ser atendidas en el corto plazo y que se hacen realidad mediante compromisos interinstitucionales y comunitarios.

2.1.5. Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres Nacional.

En la Ley 1523 de 2012 Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres, se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones se establece la obligatoriedad para que las autoridades departamentales, distritales y municipales formulen una estrategia y un plan para la respuesta a emergencias de su respectiva jurisdicción, en armonía con el plan de gestión del riesgo y la estrategia de respuesta nacionales, las cuales deberán ser adoptadas mediante decreto expedido por el gobernador o alcalde en un plazo no mayor a noventa (90) días. Por lo anterior, es necesario considerar el Plan Municipal de Gestión de Riesgo de Desastres como una tarea colectiva liderada por el alcalde con representación del sector salud a través de las secretarías de salud responsables de la dirección del sector salud, prestación de servicios y la salud pública, según lo dispuesto en la Ley 715 de 2001 y demás normas relacionadas.

Dentro de este contexto el sector salud se convierte en un protagonista principal en la respuesta efectiva que deba generarse en los Planes Territoriales de Gestión del Riesgo de Desastres, así como en las Estrategias Territoriales de Respuesta a Emergencias, con acciones definidas en el marco de sus competencias, articuladas a los otros sectores, buscando en todo caso lo necesario para garantizar en la medida que se requiera acciones coordinadas, concurrentes o subsidiarias entre los diferentes niveles de gobierno. Así las cosas y atendiendo las dinámicas territoriales, Bogotá D.C. incluye y articula acciones del sector salud tanto en el Plan de Desarrollo Territorial (PDT), Plan de Ordenamiento Territorial (POT), como en el Plan Territorial de Salud (PTS) en los instrumentos de planificación.

2.1.6. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021

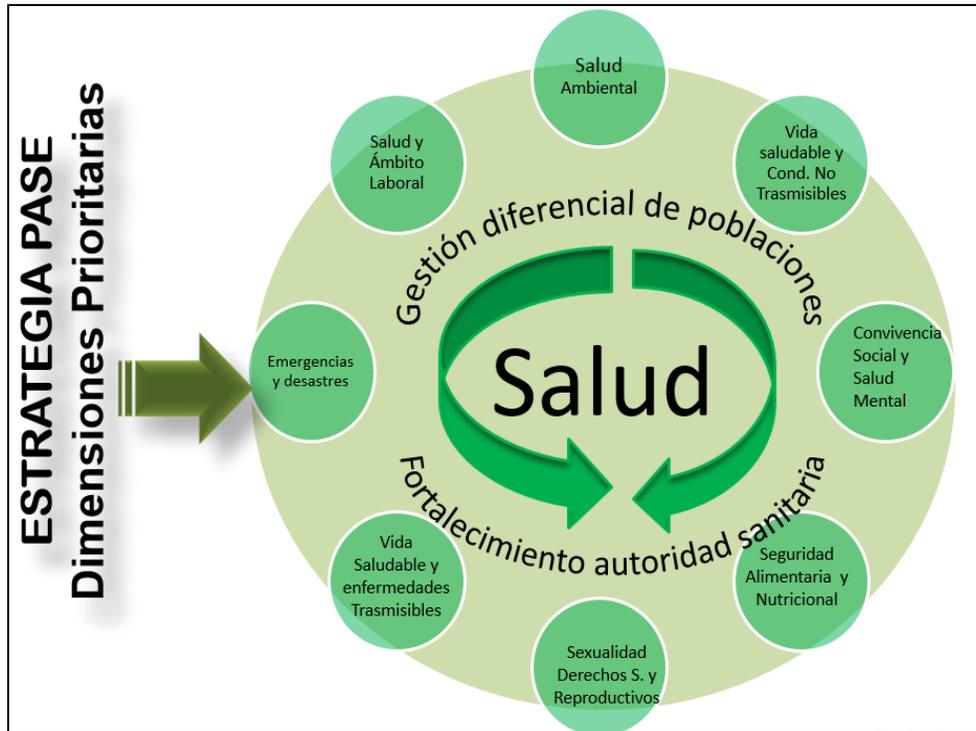
En el Artículo 6to de la Ley 1438 de 2011 se origina el Plan Decenal de Salud Pública, así: **“El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz...”**. El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, persigue alcanzar la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuir la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Uno de los mayores desafíos del (PDSP), 2012-2021 es el de afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Así, el PDSP se basa en el modelo de determinantes de la salud y en los enfoques de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico y poblacional. Incluye diez prioridades de salud pública, de las cuales ocho son prioritarias y dos son transversales (Gráfico 8).

Entre los principales componentes para tener en cuenta está el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el cual según la Resolución 1841 de 2013, establece: **“...será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, como para el Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones” (Art. 1) ...”**.

Adicionalmente, señala: **“...Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 — 2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud...” (Art. 2); las cuales lo deberán implementar y ejecutar (Art. 3), y hacerle el monitoreo, seguimiento y evaluación (Art. 3) ...”**.

Gráfico 8 Dimensiones Prioritarias PDSP



Fuente Ministerio de Salud y Protección Social

En este sentido, al expedir la Resolución 1536 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social determinó los aspectos generales de la planeación en salud y definió los contenidos, las etapas y la metodología y demás lineamientos para el Proceso de Planeación Integral en Salud en las entidades territoriales. En este sentido, la planeación integral en salud se entiende como: **“...el conjunto de procesos relacionados entre sí que permite a las entidades territoriales definir y desarrollar acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad...”**⁷

2.2. Lineamientos Metodológicos (PASE a la Equidad en Salud).

En cumplimiento de lo establecido en materia de planeación en las Leyes 152 de 1994, 1438 de 2011 y 715 de 2001 y en el contexto de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSyPS) entregó a los departamentos, municipios y distritos, incluida Bogotá D.C., los lineamientos conceptuales y metodológicos para la construcción de los Planes Territoriales de Salud y Planes Operativos Anuales de Inversiones en su Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI); para lo cual dichas entidades debieron adoptar la Estrategia PASE a la

⁷Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, Artículo 2do. 14 páginas. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Equidad en Salud como un punto de partida para una acción estatal coordinada y articulada en torno a la salud entre los agentes del gobierno, los sectores de la sociedad, la comunidad y la ciudadanía.

Conforme a los lineamientos conceptuales, técnicos y guías operativas publicadas por el MSYPS, la Estrategia ha sido definida como: **“... el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud...”**⁸. La misma se soporta en un enfoque sistémico como forma de orientación para el trabajo interdisciplinario sobre la base de desarrollos normativos, conceptuales, técnicos y operativos que se entretrejen de manera armónica; garantizando así la formulación integral de los Planes Territoriales de Salud de los departamentos y distritos del País, incluida la capital de la república, permitiendo como parte del proceso, un balance de tensiones e interacciones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas vistas éstas como categorías que determinan e inciden en el estado de salud de la población;

Dentro de este contexto la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, entra a formar parte del proceso de planeación integral en salud para Bogotá D.C en desarrollo del proceso para la formulación de Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. para el período administrativo 2020-2024 acorde con lo establecido en los Artículos 20, 21, 24, 30 y 35: de la Resolución del MSyPS 1536 de 2015⁹, que a la letra dice: **“...Artículo 20. (...) Para elaborar la priorización en salud pública, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la estrategia PASE a la Equidad en Salud” en los pasos uno (1) al ocho (8) de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin...”; “...Artículo 21. (...) La priorización en salud pública tiene los siguientes contenidos definidos en la metodología de la "Estrategia PASE a la Equidad en Salud" así...”**.

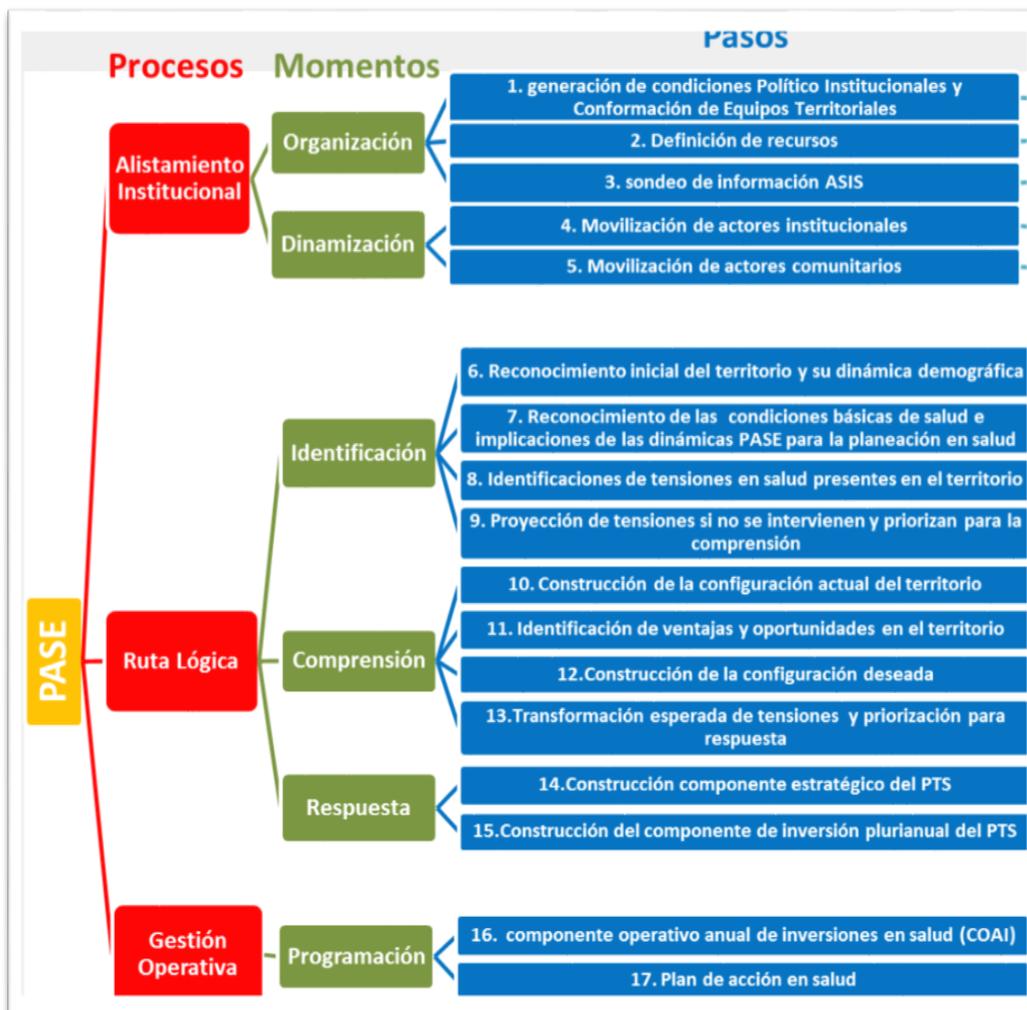
“...Artículo 24. (...) Para elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la "Estrategia PASE a la Equidad en Salud, en los pasos nueve (9) y diez (10) de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por este Ministerio para tal fin...”; “...Artículo 30. (...) Para elaborar el componente operativo y de inversiones en salud del PTS, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la "Estrategia PASE a la Equidad en Salud", el paso uno (1) de gestión operativa y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin...”; y “...Artículo 35 (...) Para elaborar el plan de acción en salud, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la "Estrategia PASE a la Equidad en Salud", en el paso dos (2) de gestión operativa y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para tal fin...”

⁸Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Lineamientos Conceptuales #Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021” Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Edición Imprenta Nacional. Bogotá D.C. Colombia diciembre de 2014. 216 páginas. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>. Fecha de consulta Bogotá D.C. 8 de abril de 2020.

⁹Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de mayo 11 de 2015 Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. 14 páginas. Bogotá D.C. Colombia 11 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rd/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>. Fecha de consulta: Bogotá D.C. abril 8 de 2020.

En desarrollo de la aplicación de esta metodología para la formulación del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. se siguió una secuencia lógica, sistemática y ordenada que contempló tres (3) procesos: I). Alistamiento institucional, II). Ruta lógica; y III). Gestión Operativa; seis (6) momentos: i). Organización; II). Dinamización; III). Identificación; IV). Comprensión. v). Respuesta y vi). Programación; diecisiete (17) pasos y treinta y nueve (39) actividades y se consultaron los instrumentos técnicos que soportan la metodología¹⁰. (Gráfico 9).

Gráfico 9 Estrategia PASE a la Equidad en Salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El componente pedagógico se basó en aprendizajes colaborativos, participativos, no jerárquicos, donde todos desde su saber y conocimiento aportaron a la comprensión del territorio, sus condiciones

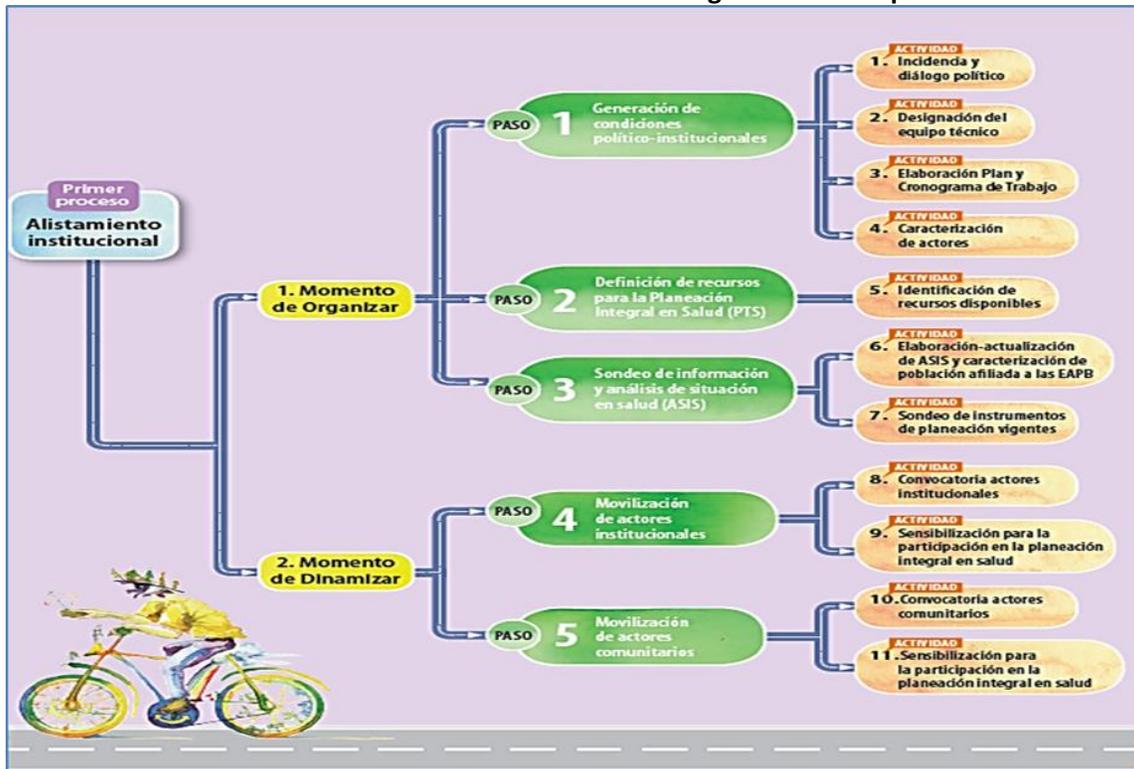
¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos. Noviembre 2015.

y a la visión de desarrollo de este. El primer proceso: “De Alistamiento Institucional”, en los momentos de Organización y Dinamización y el segundo proceso: “De Ruta Lógica” en los momentos de Identificación y Comprensión hasta el Paso Proyección de Tensiones si no se intervienen y priorizan para la comprensión, se realizan de manera participativa desde el segundo semestre de 2019.

2.2.1. Primer proceso: Alistamiento Institucional

El proceso incorpora dos momentos: i). Organización y ii): Dinamización. Se generan condiciones institucionales para conformación de equipos territoriales; se lleva a cabo el levantamiento de la información disponible y se avanza con el análisis de situación en salud (ASIS); se definen recursos; se identifican, organizan y motivan actores institucionales del sector salud, de otros sectores, de sociedades científicas, agremiaciones; así como actores comunitarios y se define plan de trabajo (Gráfico 10).

Gráfico 10 Proceso Alistamiento Institucional Estrategia PASE a la Equidad en Salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidad (UNFPA).

Como parte del alistamiento institucional se cuenta con delegados del Ministerio de Salud y Protección Social y profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaria de Servicios en Salud y Aseguramiento; Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía; Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial y Subsecretaria Corporativa.

Participaron en la formulación del Plan Territorial de Salud 2020-2024 delegados de la administración central y descentralizada de los sectores de Hacienda; Planeación; Desarrollo Económico, Educación; Salud; Integración Social; Cultura Recreación y Deporte; Movilidad; Hábitat; Sector de la Mujer y Ambiente. De las instituciones descentralizadas participaron el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- (IDRD) y el Instituto de Infraestructura de Datos Espaciales para el D.C. (IDECA).

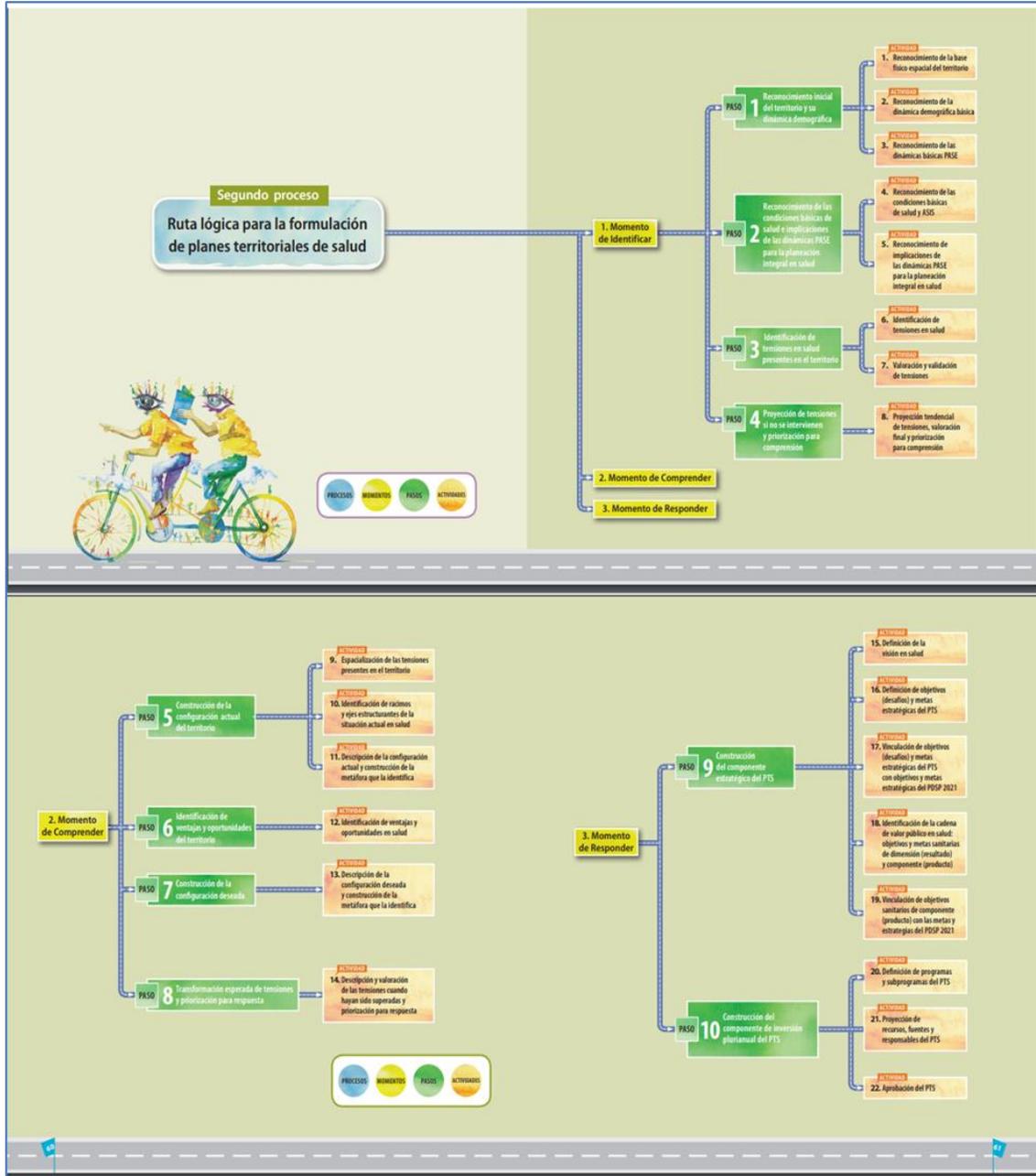
2.2.2. Segundo Proceso: De Ruta Lógica

El proceso de ruta lógica convoca tres momentos: I). Identificación; II). Comprensión; y III). Respuesta. El momento de Identificación incorpora cuatro pasos: i). Reconocimiento inicial del territorio y de su dinámica demográfica; II). Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicación de las dinámicas PASE para la planeación en salud; III). Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio; IV). Proyección de tensiones si no se realizan intervenciones algunas. El segundo momento se desarrolla en cuatro pasos: I). Construcción de la configuración actual del territorio; II). Identificación de ventajas y oportunidades del territorio; III). Construcción de la configuración deseada; y IV). Transformación esperada de tensiones (Gráfico 11).

El proceso de respuesta se llevó a cabo en dos momentos: i). Construcción del componente estratégico y del Plan de inversiones y definición de mecanismos para implementación, monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020. En desarrollo del proceso de ruta lógica se realizó un trabajo conjunto con los demás sectores de la administración distrital para el reconocimiento del territorio desde lo físico espacial, demográfico, condiciones básicas de salud, reconocimiento de las dinámicas PASE y su interacción, las implicaciones y tensiones de éstas en el estado de salud de la población, dadas los desequilibrios e interacciones entre ellas, su valoración y priorización para comprender el territorio actual y proyectar su transformación.

Esta comprensión y priorización permite la definición de elementos fundamentales del Plan Territorial de Salud, desde lo estratégico, lo táctico y lo operativo en términos de objetivos, metas y estrategias, definición de prioridades en salud pública, intervenciones y recursos para aprobación. Así mismo permite avanzar en la identificación y caracterización de las dinámicas poblacional, ambiental, social y económica; así como en el reconocimiento de las condiciones básicas de salud para cada una de las dimensiones prioritarias. Se identifican implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación en salud y se valoran tensiones en salud. Los productos se corresponden con los aplicativos PASE 1 a 8 del Ministerio de Salud y Protección Social. Finalmente, la formulación del Plan Territorial de Salud 2020-2024 se enriquece con participación de la comunidad, sociedades científicas y se logra llegar a consensos y agendas comunes y acuerdos de gestión.

Gráfico 11 Proceso de la Ruta Lógica (Momentos, Pasos y Actividades)



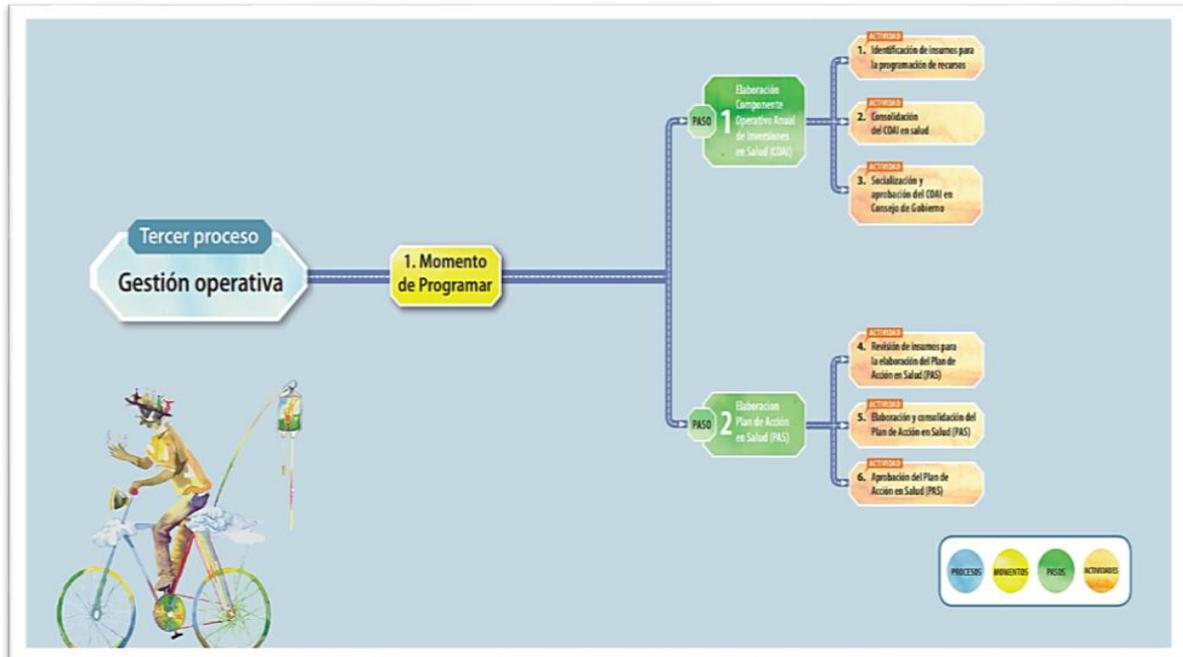
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

2.2.3. Tercer Proceso: De Gestión Operativa.

Incorpora el componente operativo y de programación de las inversiones del sector salud para el período 2020-2024. Es el momento en el cual se realiza la programación anual de los ingresos y de los gastos de inversión y de funcionamiento para todos y cada uno de los cuatro (4) años del período administrativo en relación con los proyectos de inversión que contribuirán con la ejecución de las

metas formuladas en el Plan Territorial de Salud para el cuatrienio y para la vigencia, a partir de la disponibilidad de recursos entregada por la Secretaría Distrital de Hacienda y de los siguientes insumos: I). Plan de Desarrollo; II). Proyectos inscritos y viabilizados en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión; III). El Componente estratégico del PTS (metas y estrategias por prioridad y programas o subprogramas de inversión); IV). Plan financiero de Salud Bogotá D.C. para salud (Gráfico 12).

Gráfico 12 Proceso de Gestión Operativa (Momentos Pasos y Actividades)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

En desarrollo de este proceso se identifican y programan las fuentes de financiación y los recursos, tal y como quedaron aprobados en el Plan Financiero Plurianual de Inversiones 2020-2024, se elabora el Plan Operativo Anual de Inversiones del Plan de Desarrollo armonizado con el Plan territorial de Salud 2020-2024 y se somete para aprobación de la autoridad competente en la Entidad territorial para, en forma posterior, llevar a cabo su implementación, monitoreo y evaluación. Comprende también la ejecución de dos pasos que culminan con la elaboración del: Componente Operativo Anual de Inversiones – COAI y el Plan de Acción en Salud (PAS)-para todos y cada una de las vigencias fiscales que integran el periodo 2020-2024.

2.3. Participación en el Proceso de Formulación del PTS

Con fundamento en la Ley Estatutaria 1757 de 2015 por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Política de Participación Social en Salud mediante Resolución 2063 de 2017. En esta Resolución se entiende la participación como: “... un derecho vinculado con el derecho fundamental a la salud: sin participación no hay derecho a la salud...”; “...En este marco, la participación es el derecho que tiene cada ciudadano/a y los colectivos a afectar las decisiones que afectan su bienestar, es decir, es el derecho a decidir sobre qué es el derecho a la salud y cómo se realiza y se cumple...”¹¹.

En este sentido, en el Artículo 4to. de la Resolución 1536 de 2015 este Ministerio establece como responsabilidad de las autoridades territoriales para el proceso de planeación en salud: : “...Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del Plan Territorial de Salud...”; línea de acción ésta que resulta coherente con los Artículos 3ro y 16vo de la Ley 152 de 1994 en la cual se establece la participación como uno de los principios fundamentales del proceso de planeación; acorde con lo establecido por este mismo Ministerio para la metodología PASE a la Equidad en Salud en la cual se determina como uno de los pasos del proceso de alistamiento institucional la caracterización de actores y funcionarios que se vincularán a la formulación del PTS, sus calidades, compromisos, momentos y tipo de productos a los que contribuirán.

En el Plan Distrital de Desarrollo de Bogotá D.C. 2020-2024 la administración abre la posibilidad de fortalecer los procesos de organización de las comunidades, el fortalecimiento de la democracia participativa, la construcción de una ciudadanía activa y beligerante, invitando a realizar ejercicios de participación directa a través de los presupuestos participativos y la implementación de escenarios de encuentro constantes con la ciudadanía junto con la operación de un mecanismo digital que le permita promover y tramitar causas o iniciativas locales en torno a las decisiones que los afecten y consultar las políticas públicas que cada entidad desarrolle.

Dentro de este contexto, la participación permite que la ciudadanía apropie instrumentos de gestión para impulsar la definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. Es por esto por lo que como parte de la construcción del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024 se dispuso de espacios y mecanismos que permitieran una amplia participación de la comunidad, de actores institucionales, de agremiaciones, de la academia, de la zona rural y urbana, de departamentos de la ciudad región y de los demás sectores de la administración distrital. En un primer espacio virtual creado para el proceso de construcción participativa se invitó a la comunidad de Bogotá D.C. para la formulación conjunta del Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. 2020-2024; espacio en el cual cualquier bogotano tuvo la posibilidad de participar y aportar con sus ideas para la construcción de una Bogotá D.C. cuidadora, sostenible, incluyente, productiva y creativa.

El propósito de este espacio se soporta en el nuevo contrato social, así: **Salud + Educación = Nuevo Contrato Social** y busca promover espacios participativos para la formulación conjunta del Plan de Desarrollo de Bogotá 2020-2024 con la comunidad y actores clave del sector salud. De otra parte, en

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social “política de Participación Social en Salud PPSS”. Resolución 2063 de 2017. Bogotá D.C. Colombia 2019. 45 páginas. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>

desarrollo del proceso de formulación el proceso de construcción del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C., en 2020 se realizaron 15 sesiones de trabajo en equipo con comunidad, academia, gobernación de Cundinamarca, mesa saludable, mesa de salud mental, delegados del sector salud.

Entre el 5 y el 11 de febrero de 2020, se tuvieron cinco espacios participativos para la formulación del Plan de Desarrollo con la comunidad. Uno por cada Subred Integrada de Servicios de Salud y uno, por primera vez, en la localidad de Sumapaz. En este espacio se cuenta con la participación de 158 hombres, 100 mujeres, 49 propuestas. Entre el 31 de enero y el 10 de febrero de 2020 se habilitó una encuesta web en la que los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. y las Subredes Integradas de Servicios de Salud enviaron sus propuestas. En total participación 48 funcionarios con 183 propuestas.

El 7 de febrero de 2020 nos visitaron 20 profesores y representantes de las siguientes instituciones: Universidad de Los Andes, Universidad Javeriana, Universidad Nacional, Fundación Universitaria Juan N Corpas, Clúster de Salud de la Cámara de Comercio de Bogotá, Hospital San Ignacio, Hospital Universitario Méderi, Fundación Santa Fe de Bogotá, Así Vamos en Salud, Bogotá Cómo Vamos e Instituto Nacional de Salud. En total participación 20 funcionarios con 64 propuestas. Por su parte, el 12 de febrero de 2020 nos reunimos los 141 colaboradores de la Subsecretaría y en un ejercicio participativo de visualización de datos, fijamos retos para los próximos cuatro años. En total participaron 141 funcionarios y se contó con 40 propuestas.

En el contexto de Bogotá Región se adelantaron reuniones con la Gobernación de Cundinamarca para fortalecer las acciones intersectoriales relacionadas con los desafíos en salud de Bogotá Región. Fortalecimiento de hospitales, servicios de urgencias, atención a migrantes y la evolución de Saludata como Observatorio de Salud de Bogotá Región y se plantearon 40 desafíos en salud. La Entidad, el ICETEX y representantes de distintas universidades de la Capital desarrollaron el primer Taller de Salud Mental y Bienestar en la comunidad universitaria, en el cual se dio inicio a la definición de rutas para abordar este tema en las instituciones de educación superior de la ciudad. En la Mesa de Alimentación Saludable, la Entidad junto con 18 organizaciones del sector público y privado, trabajaron en la formulación del Decreto Distrital de Alimentación Saludable (Anexo 4).





3. Marco Normativo y Enfoque Teórico

3.1. Marco Normativo

El sector salud cuenta hoy con un amplio margen en materia de legislación, normatividad y jurisprudencia en el cual se definen derroteros de carácter técnico, administrativo y procedimental obligatorios para las Entidades Territoriales en materia de planeación, organización, dirección y control del sistema de salud en lo local; así como, en los temas de prestación de servicios, aseguramiento, salud pública e inspección, vigilancia y control, entre otros (Anexo 5). Acorde con la jerarquía establecida en la Pirámide de Hans Kelsen¹²; el eje principal del marco jurídico colombiano está en la Constitución Política de Colombia de 1991 la cual en su Título II, Capítulo II, Artículos 48 y 49 en materia de salud y seguridad social, establece: **“...La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. (...) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado...”**.

Así mismo, en el Título XI, Capítulo IV; Artículo 322 define el Régimen Especial para Bogotá D.C. en materia política, fiscal y administrativa: **“...Santa Fe de Bogotá, capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital. Su régimen político, fiscal y administrativo será el que determinen la Constitución, las leyes especiales que para el mismo se dicten y las disposiciones vigentes para los municipios. (...) A las autoridades distritales corresponderá garantizar el desarrollo armónico e integrado de la ciudad y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito; a las localidades, la gestión de los asuntos propios de su territorio...”**. Este Régimen Especial establecido para Bogotá D.C. en el Decreto Ley 1421 de 1993, le plantea el reto a la administración de la Ciudad de alcanzar firme y progresivamente un nivel equitativo de oportunidades para la población con la confluencia de todas y cada una de las instituciones incluida la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. como máxima autoridad sanitaria territorial.

En materia de planeación y hacienda pública, en los Títulos XII y XIII, Capítulos I y II, Artículos 336 y 339 a 344 de la CPC, se define el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar con exclusividad para los servicios de salud y el de licores para salud y educación; así mismo, se determina el alcance, los contenidos, la estructura, las autoridades y los organismos de planeación a nivel nacional y territorial. En el Artículo 342, se establece: **“...La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales...”**. Con base en este mandato constitucional, en la Ley 152 de 1994 Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, se definieron los procedimientos, cronogramas, autoridades, instancias y criterios para los planes de desarrollo nacionales y territoriales.

La planeación en salud se reglamenta en el Título II, Artículo 6to. de la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En este Artículo se determina la obligatoriedad para que el Ministerio de la Protección Social elaborare el Plan Decenal de Salud Pública

¹²Hans Kelsen. *Teoría General del Estado*. ISBN: 978-607-9014-57-5. Editorial. Ediciones Coyoacan. 564 páginas. Página 325 y siguientes. vol. V: *El orden jurídico y su gradación*.

(PDSP) a través de un proceso amplio de participación social en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población. Dentro de este contexto, en las Resoluciones 1841 de 2013 y 1536 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social establece la obligatoriedad para los Entes Territoriales, incluida Bogotá D.C., implementen, ejecuten, realicen monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de acuerdo con la metodología “PASE a la Equidad en Salud”.

De otra parte, en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud”, se establecen cuatro elementos del derecho fundamental a la salud, también reconocidos en el derecho internacional, a saber: la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional. La Corte reconoce que estos cuatro elementos son esenciales, es decir, son el mínimo irrenunciable, fuera del debate de mayorías. Además, tal como lo ha reconocido el derecho internacional, estos elementos son interdependientes, es decir, uno no se puede realizar separado de los demás. La prestación del derecho a la salud, como servicio público esencial obligatorio debe ejecutarse, tal como señala a Ley Estatutaria, bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado y este es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

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

En la Resolución 2626 de 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y define las siguientes estrategias y enfoques de la Política de Atención Integral en Salud: Atención Primaria en Salud; Gestión Integral del Riesgo en Salud; Enfoque de Cuidado y Enfoque Diferencial de Derechos. En esta Resolución se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) como eje fundamental para el desarrollo de la PAIS, conformado por acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orientan de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo de los departamentos y distritos.

Finalmente, en la Ley 1955 de 2019 por la cual se adopta el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “**Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad**” se incorporan estrategias concretas cuyos objetivos primordiales en esta materia apuntan a: I) Fortalecer la rectoría y la gobernanza en el sistema, tanto a nivel central, como en el territorio; II) Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos; III) Articular a todos los agentes del sector salud en torno a la calidad; IV) Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad; V) Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y

empleo de calidad para los trabajadores de la salud; VI) Alcanzar la eficiencia en el gasto, optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos, con el aporte de todos.

Así mismo, en esta Ley se modifican los criterios de la fórmula de distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) de propósito específico para salud, tal y como quedara expreso en sus artículos 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238; quedando de esta manera sin financiación el componente de subsidios a la oferta para Bogotá D.C. que la nación venía transfiriendo a Bogotá D.C. desde el momento mismo de la descentralización política y administrativa llevada a cabo en el país desde la década de los noventa; se hace necesario plantear a la nación una propuesta de reforma a la ley reguladora de las fuentes de financiación del sector público de la salud vigentes para Bogotá D.C.

En cuanto a los acuerdos internacionales en septiembre de 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Resolución 66/288 “El futuro que queremos”, por medio de la cual se adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que acordó 17 objetivos por parte de 193 países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Al adoptarla, los Estados se comprometieron a movilizar medios mediante alianzas centradas especialmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables: “...Estamos resueltos a poner fin a la pobreza y el hambre en todo el mundo de aquí a 2030, a combatir las desigualdades dentro de los países y entre ellos, a construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, a proteger los derechos humanos y promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y a garantizar una protección duradera del planeta y sus recursos naturales...”.

De esta forma los ODS constituyen un elemento integrador de las agendas que actualmente adelanta el país en materia de desarrollo, así como el marco que permite alinear de manera coherente acciones tanto públicas como privadas alrededor de un objetivo común (DNP, 2018). El Gobierno Nacional a través del CONPES 3918 de 2018 “Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia”, definió los lineamientos de política que buscan complementar con un enfoque integral de desarrollo las agendas que son jaladas por otros actores que se posicionan como relevantes en el momento de definir las metas del país a 2030 (DNP, 2018).

3.2. Decretos y medidas adoptadas por la Emergencia Sanitaria por COVID 19.

Con fundamento en el Artículo 215 de la Constitución Política de Colombia que a la letra dice: “... Cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por períodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario...”, fue declarado el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional, mediante decreto presidencial 417 de marzo 17 de 2020 a causa de la manifestación de Pandemia por Covid-19 por parte de la Organización Mundial de la salud. Con esta medida se ordenó a los alcaldes y gobernadores:

- Suspender los eventos con aforo de más de 500 personas (...)
- Ordenar a los establecimientos comerciales y mercados que implementen las medidas higiénicas en los espacios o superficies de contagio y las medidas de salubridad que faciliten el acceso de la población a sus servicios higiénicos, así como la de sus trabajadores.
- Prohibir el atraque, desembarque, cargue y descargue de pasajeros y mercancías de las naves de pasaje de tráfico marítimo internacional.
- Ordenar a las administraciones de los centros residenciales, condominios y espacios similares la adopción de las medidas higiénicas en los espacios o superficies de contagio.
- Ordenar a los jefes, representantes legales, administradores o quienes hagan sus veces a adoptar, en los centros laborales públicos y privados, las medidas de prevención y control sanitario para evitar la propagación del COVID-19. Deberá impulsarse al máximo la prestación del servicio a través del teletrabajo.
- Ordenar a los responsables de los medios de transporte públicos y privados y a quienes lo operen a adoptar las medidas higiénicas y demás que correspondan para evitar el contagio y la propagación del COVID-19.
- Ordenar a los destinatarios de las circulares que han expedido los diferentes ministerios para la prevención del contagio del COVID-19, cumplir, con carácter vinculante, las recomendaciones y directrices allí impartidas.
- Ordenar a todas las autoridades del país y particulares, de acuerdo con su naturaleza y en el ámbito de su competencia, cumplir, en lo que les corresponda, con el plan de contingencia que expida este Ministerio para responder a la emergencia sanitaria por COVID-19, el cual podrá actualizarse con base en la evolución de la pandemia.
- Ordenar a las EPS, entidades territoriales e IPS facilitar la afiliación de oficio al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población colombiana y de los migrantes regulares, utilizando los canales virtuales que este Ministerio ha dispuesto.
- Cerrar temporalmente bares y discotecas;

Los decretos legislativos y demás medidas adoptadas por la nación y por el Distrito Capital en el contexto de la emergencia sanitaria se encaminan a preservar la vida y la salud de la población por encima de los demás componentes sociales y económicos e incluyen .Estas medidas van desde la declaración de Alerta Amarilla por parte de la alcaldesa Claudia López el pasado 11 de marzo, hasta las directrices expedidas por los sectores que muestran el compromiso para hacerle frente al Coronavirus en Bogotá D.C.

En el contexto de la emergencia económica se han expedido desde el gobierno nacional las Resoluciones 385 del 12 de marzo del 2020, 0000380 de 10 de marzo 2020, 470 del 20 de marzo de 2020, 0397 del 16 de marzo de 2020 y Decretos 417 del 17 de marzo de 2020 y 457 del 22 de marzo de 2020; y desde la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. los Decreto 081 del 11 de marzo de 2020; 084 del 12 de marzo de 2020; 087 del 16 de marzo de 2020; 088 del 17 de marzo de 2020; 090 del 19 de marzo de 2020; 091 del 22 de marzo de 2020; 092 del 24 de marzo de 2020 y 093 del 25 de marzo de 2020, entre otros (Anexo 3).

3.3. Enfoque Teórico

El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024 es la expresión de los avances y postulados teóricos en materia de salud pública y seguridad social en salud que a nivel mundial han transformado y enriquecido los modelos y sistemas de salud basados en el enfoque de derechos y Atención Primaria en Salud (APS). Asume un abordaje de enfoques como el enfoque de derechos, el enfoque de determinantes sociales y ambientales, el enfoque diferencial, poblacional, sistemas y modelos de salud y Atención Primaria en Salud (APS).

3.3.1. Enfoque de Derechos

Este enfoque reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano; así como el acceso a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo el derecho.

Acorde con la definición de la Organización Mundial de la Salud, la definición del término salud alude al “...**disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social...**” lo cual lo hace interdependiente con otros derechos, más allá del derecho a la salud; se aplica a toda la población sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud (alimentación, vivienda, agua potable, entre otros).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, expedida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) enfatiza la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación; resalta el respeto a la diversidad cultural y el pluralismo; señala la importancia de la promoción de la salud como un cometido de los gobiernos y pone de relieve la mejora de las condiciones de vida y la protección del medio ambiente, incluyendo la biósfera y la biodiversidad); y señala que se debe promover la evaluación y la gestión apropiadas de los riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CESCR, desarrolla el contenido normativo y las obligaciones del derecho a la salud, como algo más que el derecho a estar sano. En cuanto al contenido normativo, el CESCR indica que es un derecho que “entraña libertades y derechos”. Entre las libertades se resaltan la sexual y el control de la salud y el cuerpo. Entre los derechos, el de un sistema de protección que brinde igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Reitera y amplía, el derecho a la salud como un derecho relacionado con las condiciones en las que las personas viven, por lo que abarca los principales determinantes de la salud.

En la octava sesión plenaria de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en los países y entre estos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de «subsana las desigualdades en una generación», según corresponda, para coordinar y gestionar las acciones intersectoriales en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas y,

si corresponde, mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto en la salud y en la equidad sanitaria, a que desarrollen y apliquen estrategias para mejorar la salud pública, centrándose en afectar positivamente los determinantes de la salud, que son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

Los determinantes de la salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado tanto individual, histórica, como socialmente. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental (OMS, 19 a 21 de octubre de 2011). En este marco de referencia, la Secretaría Distrital de Salud avanzará en la garantía del derecho a la salud de los y las habitantes de Bogotá D.C. de manera acorde con el proyecto definido en la Constitución Política de 1991 y los pactos internacionales firmados por el Estado colombiano, obligantes para la gestión pública en todo el territorio nacional.

3.3.2. Enfoque de Determinantes Sociales y Ambientales

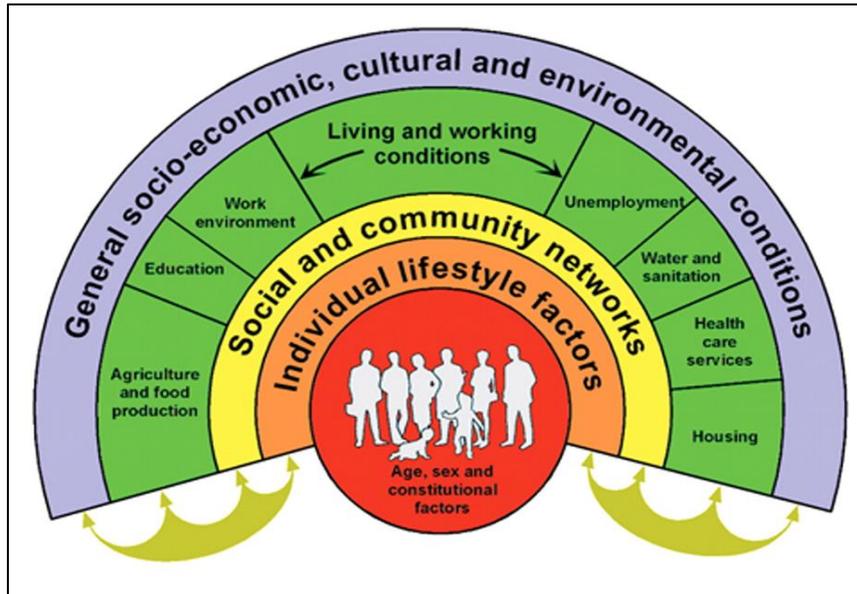
Se han elaborado varios modelos a fin de mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales de la salud influyen en los resultados sanitarios, a fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos de determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas de política. Algunos modelos influyentes son los propuestos por Laframboise- Lalonde (1974), Dahlgren y Whitehead (1991) (Whitehead, 1992), Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead, (2001) (Evans T, Whitehead M, Diderichsen, F, et al, 2001), Mackenbach (1994) (Kunst, 1994), y Marmot y Wilkinson (1999) (Marmot M, 1999). Estos modelos resultan especialmente importantes al hacer visibles las maneras en que los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos en la sociedad.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, en su informe final (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) desarrolla un aspecto específico del concepto de salud y es que la salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. Para la Comisión, la transformación de los resultados en salud de las personas no depende sólo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” que tiene que ver con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona; también hace una síntesis de posiciones teóricas y presenta un modelo ampliado, que pretende resumir y organizar, en un solo marco integral, las categorías principales de determinantes sociales de la salud.

Un modelo integral de determinantes sociales de la salud debe lograr: a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; b) indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que son más importantes abordar; d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La propuesta de la Comisión (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de determinantes sociales de la salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud. Las condiciones socioeconómicas se traducen luego en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud (Gráfico 13).

Gráfico 13 Modelo de los Determinantes Sociales de la salud



Fuente: Lalonde 1974 ¹³

El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. Tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios que son condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales. Las condiciones sociales restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad y crean desigualdades en la oportunidad de ejercer una libertad positiva, lo que hace imperativo adoptar medidas en relación con estos determinantes sociales a fin de garantizar la igualdad en las opciones de salud.

¹³ Lalonde (Lalonde y Laframboise, 1974) estableció la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública y definió un marco conceptual integral para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Él propuso como factores condicionantes de la salud en la población un modelo de cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas “campos de la salud” que son la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud

El modelo incorpora explícitamente el sistema sanitario considerándolo como un factor social determinante de la salud en sí mismo, cuya función de reducción de las desigualdades en salud no solo se opera brindando acceso equitativo a los servicios de salud sino también, poniendo en práctica políticas, planes y programas de salud pública que incluyen a otros sectores de política y que impactan las condiciones de vida de la población, por lo cual el promover y coordinar la política de determinantes sociales de la salud, se constituye en función clave para el sector de la salud. La salud se ve como sustrato de todos los demás aspectos de la capacidad o prosperidad humana. Por lo tanto, la promoción de una distribución equitativa de las oportunidades reales de salud surge como una tarea fundamental de la política pública. Al mismo tiempo, un enfoque de política amplia que incorpora los determinantes sociales no tiene ninguna repercusión real si no se traduce en intervenciones específicas y concretas que apliquen estas ideas en los territorios.

Los determinantes sociales de la salud hacen referencia aquellas condiciones sociales, políticas, ambientales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar; apuntan tanto a las características específicas del contexto político, ambiental y social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local.

Este modelo explicativo propone, centrar las acciones de salud en incrementar las capacidades del Estado y del gobierno en el proceso de formulación de políticas públicas, dentro de un contexto de intersectorialidad y transectorialidad con consensos y acciones sinérgicas entre sectores y al interior de los gobiernos y entre los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil. Existe un amplio rango de determinantes del deterioro de la salud, desde los proximales, asociados a variables del nivel individual, hasta los estructurales, asociados a variables sociales y económicas que marcan inequidades en las poblaciones.

Desde la perspectiva de la salud como derecho, “derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (OMS, 2010), se parte del reconocimiento de que no es viable el goce de este derecho, si no se establecen condiciones que les permitan a las personas tener mejores oportunidades para poder gozar de bienestar y de buena salud. Se trata de garantizar que todas tengan al menos las mismas oportunidades para gozar de buena salud y de acuerdo con los diferenciales, puedan contar con acciones afirmativas orientadas a la equidad y goce efectivo de derechos (dignidad, no discriminación). La responsabilidad de generar estas oportunidades, si bien recae casi mayoritariamente en el Estado, no lo hace exclusivamente.

El Estado tiene la obligación de disponer sus recursos (económicos y humanos) para hacer efectivo el derecho, pero también tiene la obligación de respetar su ejercicio. Por su parte, el sector privado tiene responsabilidades, pues sus acciones pueden afectar la protección de la salud; por ello su responsabilidad se deriva de que prestan un servicio público y participan de la protección del derecho a la salud. El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024 retoma la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) en su informe final, ver diagrama: Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud Organización Mundial de la Salud -2009 Enfoque diferencial.

3.3.3. Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)

La necesidad imperiosa de avanzar en Bogotá D.C. hacia la promoción de la salud y la intervención en determinantes sociales del proceso de salud enfermedad y hacia la integración de servicios y atención domiciliaria exige la aplicación de métodos y técnicas mundialmente reconocidas. La Atención Primaria en Salud es la estrategia mundialmente reconocida que permite a un bajo costo, mejores resultados de salud a nivel poblacional, mayor equidad en el nivel de salud y en el acceso a los servicios, mejor eficiencia global del sistema de salud, menores costos y mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), La APS es la estrategia que busca, **“...mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como primer elemento de asistencia sanitaria...”**¹⁴.

Es reconocida su efectividad para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales, aporta a la reducción de las inequidades en salud, considera la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria. Las Redes Integradas de Servicios de Salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la atención primaria en salud (APS) a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros:

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

El nuevo modelo de atención en salud propuesto para la ciudad se basa en APS que, ajustado con los enfoques diferencial poblacional, territorial y de género, permita la intervención en los determinantes sociales y ambientales que inciden en la salud de la población de la Ciudad en el contexto del proceso

¹⁴Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Mundial de la Salud UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf> . Fecha de Consulta: Bogotá D.C. Abril de 2020.

de integración de Bogotá D.C. con la región, buscando el bienestar de todos los que habitan en ella. En este sentido, APS sigue siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, pero superando el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención, como también el de la separación artificial de lo individual y lo colectivo, para dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas inmediatas de servicios.

La Atención Primaria de Salud ha sido considerada una estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales, aporta a la reducción de las inequidades en salud, se realiza a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria..."¹⁵.

3.3.4. Sistemas y Modelos de Salud

Bogotá, D.C., hace una apuesta por el cambio de la forma de organización y gestión de los servicios de salud, para permitir la atención integral e integrada de las necesidades y expectativas en salud, bajo el reconocimiento de las diferencias y diversidades en razón a las etapas y momentos del curso de vida, generación, de género, identidad de género, orientaciones sexuales, etnia, entre otras características de las poblaciones con énfasis en la promoción y protección de la salud, a nivel individual, familiar y comunitario.

Para mejorar y mantener la salud, se debe ir más allá de la garantía del acceso a los servicios del sector, integrando los servicios de otros sectores, tales como educación, cultura, hábitat, recreación y deporte, ambiente, integración social, desarrollo económico entre otros, que tienen competencia en la resolución de las necesidades de la población que afectan la salud y la calidad de vida, generando condiciones que garanticen oportunidades y mejoramiento de capacidades, para lo cual se crearán los Centros de Salud y Desarrollo Humano, como principal puerta de entrada a la red de servicios de salud a los servicios de otros sectores sociales, que permita el servicio en los territorios sociales de la ciudad.

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

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., como entidad rectora del Sistema de Salud, y en concordancia con lo establecido en el artículo 64 de la ley 1438 de 2011, acoge y ejecuta el mandato de establecer un modelo de atención para la ciudad basado en la Atención Primaria en Salud y en el

15WHO Comisión on the Social Determinants of Health, June 2007. KNHS - Knowledge Network on Health Systems, 2007. The final report of the Health Systems Knowledge Network en Román Vega-Romero, Naydú Acosta-Ramírez, Paola Andrea Mosquera-Méndez y María Ofelia Restrepo-Vélez, La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud.2008

Enfoque de Determinantes Sociales y Ambientales, en el cual deben concurrir todos los actores del sistema, en procura de lograr las mejores condiciones de acceso, calidad en los servicios, a que tienen derecho los ciudadanos, independientemente del régimen al cual se encuentren afiliados. En este sentido, los procesos inherentes al aseguramiento y los correspondientes a la prestación de servicios deben coordinarse de tal manera que, para los ciudadanos, se elimine todo tipo de barreras y se les garantice el efectivo disfrute del derecho.

En este contexto se debe ajustar igualmente el modelo de prestación de servicios de salud. La disposición de los servicios integrales de salud debe rediseñarse para dar respuesta a las necesidades y a las expectativas de salud para lo cual se fortalecerá la capacidad resolutoria de los servicios de atención domiciliaria y de servicios ambulatorios de baja complejidad y se impulsará la especialización de servicios mediana y alta complejidad y la integración de todos los niveles para garantizar la continuidad de la atención. Estos servicios deben ser prestados en diferentes escenarios, tanto intramurales como extramurales, en rutas integrales de atención en salud que incluyan respuestas integrales y garanticen todos los atributos de la calidad, acercándolos a la cotidianidad y espacios de vida de la población.

Estas acciones incluyen los servicios individuales, familiares y colectivos, de los diferentes planes de beneficios, y prestarán los servicios de acuerdo con la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta los regímenes de afiliación y los planes de beneficio, en los territorios de la ciudad, articulando las carteras de servicios en las diferentes instituciones que conforman las redes de salud.

3.3.5. Enfoque Territorial

Parte de la comprensión del territorio como una construcción social, que tiene particularidades que no solo derivan de los aspectos biofísicos sino también de las relaciones que sobre él se construyen. Entender y atender tales particularidades contribuye con el logro de una acción de gobierno más integral y de una inversión pública más eficiente, y permite planear más allá de los límites político-administrativos del Distrito. Implica una planeación del territorio en los distintos niveles: local, distrital y regional.

3.3.6. Enfoque Diferencial

En este enfoque se reconoce que existen grupos y personas que han sido históricamente discriminados en razón de su pertenencia étnica o racial, orientación sexual, identidad de género, ubicación geográfica, discapacidad, situación socioeconómica, o de la intersección de diversos sistemas de discriminación que, como el racismo, el clasismo, homofobia y xenofobia, impiden el acceso a las oportunidades en igualdad de condiciones. Este tipo de discriminación se sustenta en imaginarios, estereotipos, prejuicios y comportamientos construidos social y culturalmente que impiden la garantía plena de derechos. Su fin es hacer ajustes a la oferta institucional para garantizar adecuadamente el acceso a los bienes y servicios reconociendo las particularidades y especificidades de los distintos grupos sociales o personas.

El enfoque se basa en la inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero M, 2009). El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia, particulares.

Así mismo, tienen en cuenta las condiciones de los momentos del curso de vida de las personas e identidades de género y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad pertenencia étnica, discapacidad, y especiales situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza). Supone la organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación. El enfoque diferencial considera para la atención de las poblaciones vulnerables, la adecuación de programas, servicios y acciones por parte de la institucionalidad; se trata del reconocimiento de particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población.

Esto implica la consulta previa y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades. La asunción del enfoque diferencial también implica distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho, y en ese mismo contexto, de especial protección, de las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto.

El Enfoque, además, permite comprender las relaciones de poder y desigualdad que por razones de género existen entre mujeres y hombres y que se reproducen a través de imaginarios, creencias, roles y estereotipos que afianzan las brechas de desigualdad e impiden el goce efectivo de los derechos de las mujeres a lo largo del curso de su vida, en las diferentes dimensiones del desarrollo y la vida social y comunitaria. Su fin es promover la igualdad de género y el goce efectivo de sus derechos.

La igualdad, la equidad y la no discriminación son asuntos recurrentes cuando se aborda el derecho a la salud, porque la diferenciación del derecho a la salud para los diversos grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009). También porque la protección de algunas necesidades específicas de cada uno de los grupos es un camino para cerrar la brecha abierta por desigualdades históricas.

La igualdad señala las desigualdades entre hombres y mujeres, y entre diferentes grupos, para exigir que sean tenidos en cuenta al diseñar políticas o proveer servicios sensibles a esas diferencias; la inequidad pone el acento en las desigualdades que son evitables e injustas; la no discriminación enfatiza las desigualdades, pero con la finalidad de evitar que sean la razón en la que se fundan tratos desventajosos y vulneraciones sistemáticas de los derechos. El enfoque diferencial es por lo tanto un sine qua non de la aplicación de un enfoque de derechos en la actuación del Estado.

El reconocimiento de la diversidad y de un análisis de necesidades diferenciales de los sujetos y colectivos, supone entonces la materialización de intervenciones que den cuenta de las mismas e incluso señalen explícitamente acciones afirmativas que generen condiciones de equidad y de efectiva superación de vulneraciones al momento de definir la actuación institucional y social. Desde esta perspectiva, el PDSP garantiza el desarrollo de un conjunto de estrategias y acciones en salud, incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad, formuladas desde las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población, en un territorio específico, en el entendido de que la salud como derecho fundamental en permanente interdependencia con los demás. Para fines de comprensión de la diversidad, el enfoque diferencial comprende los sub diferenciales de ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales (desplazamiento forzado, trabajo sexual, región a la que se pertenece o donde se habita).

3.3.7. Enfoque Poblacional

El enfoque poblacional (Ministerio de Ambiente, vivienda y desarrollo territorial. Fondo de población de las Naciones Unidas. UNFPA), consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan y con orientación a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio. Los cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, localización o movilidad de la población influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio, de igual manera que estas afectan la dinámica demográfica.

Existen características sociales y económicas que son relevantes para la comprensión de la población de acuerdo a cada territorio tales como la actividad económica, el nivel educativo, el estado civil y condición socio-económica (UNFPA, 2008). El enfoque poblacional ayuda a abordar los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio) desde una perspectiva integral al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública.

Es necesario precisar los intercambios entre las dinámicas de población y las dinámicas socioeconómicas, educativas y ambientales para identificar los desequilibrios (tensiones) y las ventajas comparativas del territorio (oportunidades) que se generan en estos intercambios, considerando la población/territorio como un elemento ordenador de políticas y respuestas, que junto con lo diferencial, visto desde lo poblacional, fortalezca la acción sobre las desigualdades evitables teniendo en cuenta la heterogeneidad de las problemáticas regionales, en los departamentos del país e incluso dentro de ellos, de tal manera que el PDSP sea una respuesta pertinente, con coherencia interna y ajustada a la realidad. Como abordaje conceptual y metodológico interactúa con la perspectiva de determinantes sociales de la salud, y aporta análisis explicativos de relaciones entre las dinámicas demográfica, social, económica y ambiental. Según el modelo de la OMS (Borrel C., 2010), versión ajustada en 2006,

El enfoque poblacional incluye la cultura ciudadana en la cual se concibe los hábitos y comportamientos sociales como construcciones culturales que pueden aprenderse. Desde este enfoque los ciudadanos no solo se guían por el temor al castigo o la multa, sino que existen también normas informales (morales y sociales) que guían el comportamiento de las personas en la ciudad y que delimitan lo que es culturalmente aceptable. Entender la dinámica de estas normas informales es fundamental para incidir en los comportamientos y las actitudes de los ciudadanos.

Este enfoque enfatiza que existe una capacidad de transformación que involucra a la ciudadanía resaltando tres aspectos fundamentales: (i) que la educación y la cultura tienen un papel fundamental tanto para explicar la realidad que vivimos como para transformarla; (ii) que las personas tienen la capacidad de cooperar en la consecución de bienes colectivos y (iii) que el gobierno puede asumir un rol pedagógico proponiendo la participación voluntaria de la ciudadanía en la transformación de ciertos rasgos culturales que afectan el bienestar social, para lo cual se fundamenta en la gobernanza colaborativa enfocada en la responsabilidad de todos en la construcción de ciudad a través de la participación social y decisoria.

4. Análisis de la Situación de Salud Bogotá D.C.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), se define como el proceso para “caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores”. Este tipo de procesos tienen como propósito, orientar la toma de decisiones para la intervención en salud desde el componente técnico; generando insumos para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud. En el marco de la planificación y gestión integral de la salud pública en los territorios, el ASIS es fundamental para el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y de calidad de vida que ocurren en las diferentes grupos humanos y territorios del D.C.

El análisis de situación de salud se define como una metodología analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud enfermedad de la población en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan.

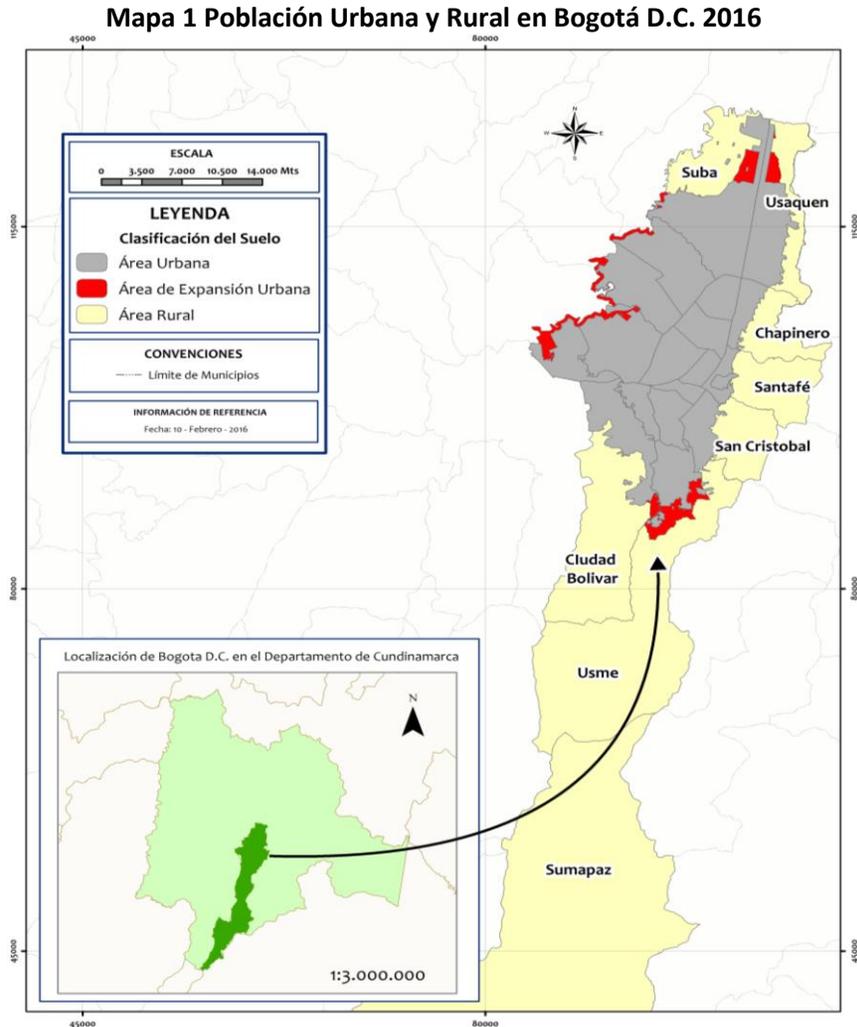
Este análisis, facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, ayudan a orientar las intervenciones apropiadas y permiten evaluar el impacto de éstas. La finalidad de estos análisis es ser usados por los diferentes actores de gobierno y comunitarios en distintos niveles de planificación, ejecución y evaluación de política, para mejorar las condiciones de vida y salud de la población del Distrito Capital. Debido a su naturaleza, los procesos de Análisis de Situación de Salud a nivel Distrital y Local son de carácter vinculante e implican la interrelación sectorial, intersectorial y transectorial. Por lo anterior, se requiere la concurrencia de diversos actores, particularmente de aquellos que generan información y que participan en la toma de decisiones. Adicionalmente, es importante resaltar que, aunque el equipo local ASIS está a cargo del liderazgo y gestión de los procesos de análisis, las Empresas Sociales del Estado –ESE-, deben garantizar espacios para fortalecer la articulación con otras instituciones que aporten a los procesos de análisis, planeación y toma de decisiones.

Es útil en la identificación de necesidades y respuestas locales, que realimentan el proceso y aportan insumos para el mejoramiento de las políticas públicas y las intervenciones en salud que se realizan en el Distrito Capital. El presente documento incluye el análisis de situación en salud para Bogotá, Distrito Capital, para el año 2019.

4.1. Estructura del territorio y de la población de Bogotá, D. C.

Bogotá D.C. limita al norte con el Municipio de Chía, al oriente con los Cerros Orientales en los municipios de La Calera, Choachí y Ubaque, al sur con el Páramo de Sumapaz, y al occidente con Soacha, Mosquera y Funza. La ciudad domina una longitud de sur a norte de 33 km y de Oriente a Occidente 16 km. Se encuentra ubicada sobre el Altiplano Cundiboyacense, entre los relieves de montaña media y alta en la Cordillera Oriental de los Andes, 2500 y 4000 metros sobre el nivel del mar –msnm-. Cuenta con un área total de 1776 Km² entre su parte urbana, rural y suburbana; se puede afirmar que el territorio del Distrito es rural 82.7%, mientras que el territorio urbano corresponde al

17.3% (Mapa 1); sus formaciones montañosas representativas son el Cerro de Monserrate y el Cerro de Guadalupe; su elevación oscila entre 2500 y 3250 msnm.



La ciudad se subdivide en 20 localidades cada una con alcaldía local, donde 19 son principalmente urbanas y 1 localidad Sumapaz es rural. La ciudad también se encuentra subdivida para su planificación territorial en 116 Unidades de Planeación Zonal –UPZ en las áreas urbanas y en cuatro Unidades de Planeación Rural -UPR-. Las UPZ están contenidas en las localidades y su función es servir de unidades territoriales o sectores para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal.

Para el periodo 2019 el DANE proyectó en Bogotá D.C. una población de 8.281.030 personas, correspondiendo según género a 4.266.589 mujeres y 4.014.441 hombres. La Secretaria Distrital de Planeación, estimó para el periodo 2019 un total de **2.737.038** hogares que habitaban en **2.430.172** viviendas, equivalente a una relación promedio de 1,13 hogares por vivienda. De otra parte, se estimó una relación promedio aritmético de 3,03 personas por hogar. El Distrito Capital cuenta con un área

aproximada de 1628,4 kilómetros cuadrados, lo que representa una densidad poblacional aproximada de 5025 habitantes por kilómetro cuadrado. Es la mayor aglomeración de personas del país equivalente al 16,39%, superando a la segunda a nivel nacional Medellín (Departamento de Antioquia) con 2.508.452 habitantes equivalente al 5,09%.

La distribución poblacional según localidad de residencia se presenta en la Tabla 1, donde se observa a Suba (16,3%), Kennedy (15,1%), Engativá (10,7%), Bosa (9,4%) y Ciudad Bolívar (9,2) con mayor número de habitantes; en estas cinco localidades habita el (60,7%) de la población del Distrito Capital.

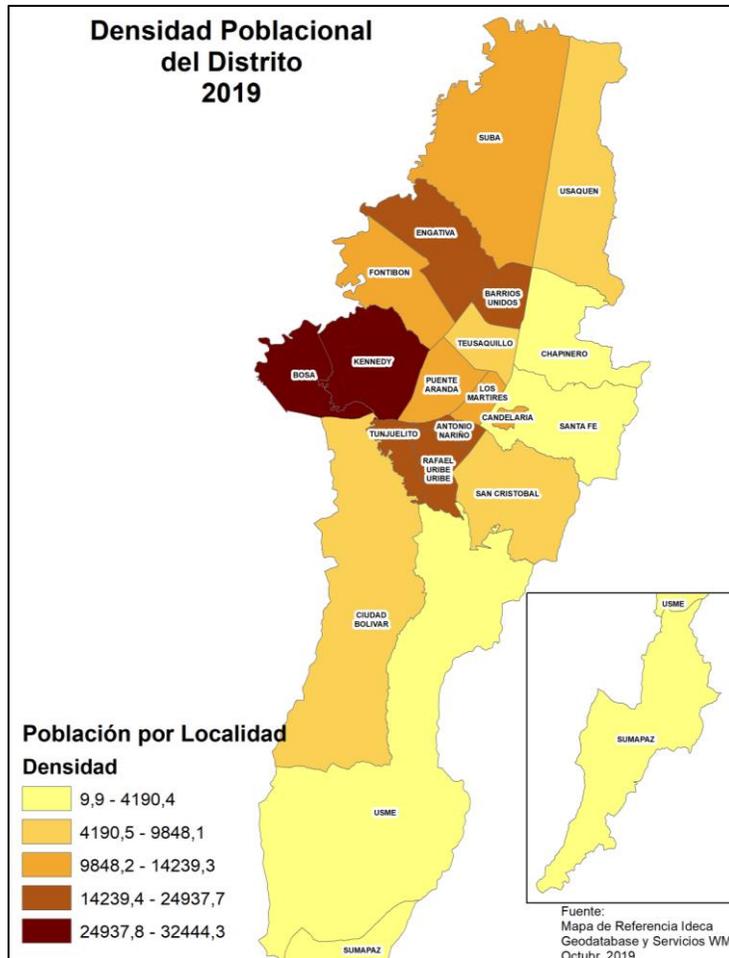
Tabla 1 Distribución Proporcional de la Población según localidad. Bogotá, 2019

	LOCALIDAD	2019			PROPORCIÓN
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
1	USAQUÉN	221.576	254.608	476.184	5,8
2	CHAPINERO	60.592	65.158	125.750	1,5
3	SANTA FE	46.763	45.727	92.490	1,1
4	SAN CRISTÓBAL	189.378	200.567	389.945	4,7
5	USME	168.989	176.700	345.689	4,2
6	TUNJUELITO	91.695	93.048	184.743	2,2
7	BOSA	378.186	398.177	776.363	9,4
8	KENNEDY	611.659	640.355	1.252.014	15,1
9	FONTIBÓN	204.903	229.543	434.446	5,2
10	ENGATIVÁ	427.470	460.416	887.886	10,7
11	SUBA	643.043	705.329	1.348.372	16,3
12	BARRIOS UNIDOS	138.503	134.893	273.396	3,3
13	TEUSAQUILLO	66.684	73.092	139.776	1,7
14	MÁRTIRES	47.189	45.566	92.755	1,1
15	ANTONIO NARIÑO	53.823	55.281	109.104	1,3
16	PUENTE ARANDA	107.562	107.629	215.191	2,6
17	CANDELARIA	11.891	10.150	22.041	0,3
18	RAFAEL URIBE	168.858	176.132	344.990	4,2
19	CIUDAD BOLÍVAR	371.732	390.452	762.184	9,2
20	SUMAPAZ (RURAL)	3.939	3.772	7.711	0,1
	TOTAL	4.014.441	4.266.589	8.281.030	100

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No.69 Bogotá ciudad de estadísticas. Proyecciones de Población por Localidades para Bogotá 2016-2020.

En el Mapa 2 se puede observar la concentración de población respecto a los kilómetros cuadrados para cada localidad, en donde en color amarillo claro se observan las localidades en donde hay menos habitantes por kilómetros cuadrados, es decir las localidades de Sumapaz, Usme, Santafé y Chapinero, y sube de tonalidad en las localidades de Rafael Uribe, Engativá y Barrios Unidos, y en color ocre oscuro se observan las localidades con mayor población por Km2, como lo son Kennedy y Bosa.

Mapa 2 Densidad poblacional por localidad (habitantes por Km²). Bogotá, 2019



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (SDP). Mapa de referencia, IDECA, 2018.

Bogotá es uno de los grandes receptores de una gran variedad de población que busca condiciones de vida más favorables para sí mismos y sus familias. Este fenómeno se hace visible a través de la expansión urbana de la ciudad, la cual está abarcando municipios aledaños, por lo que las acciones en salud deben proyectarse a una gestión metropolitana o regional de los municipios aledaños.

Con respecto a la población de Bogotá D.C. por etnias, poblaciones especiales y nivel de aseguramiento: corresponde a población indígena 15.032 personas (0.22%), el pueblo ROM o gitano está conformado por 523 personas, mientras que los afrocolombianos ascienden a 97.885 personas (1.5%) personas, siendo este último grupo étnico de mayor número en la población total de la ciudad. Estas poblaciones étnicas, suman casi un 2% del total de la población de la Ciudad, esto significa un reconocimiento étnico de parte de ellos.

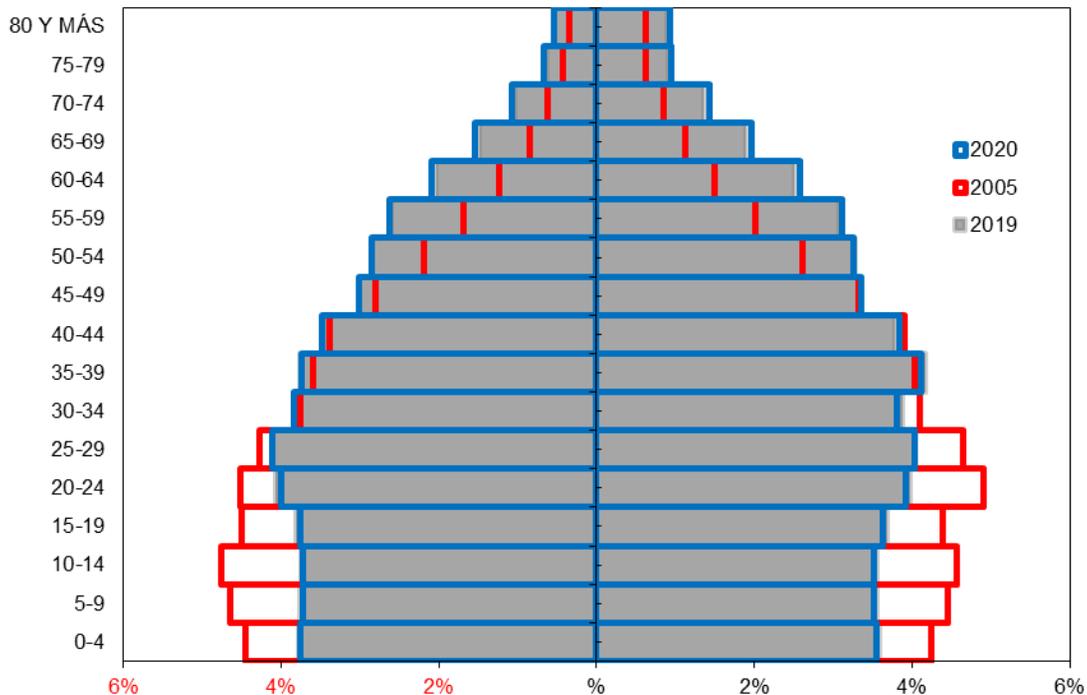
Según datos de la encuesta multipropósito para Bogotá D.C. del año 2017, a partir de una muestra no probabilística para grupos étnicos, donde se indagó sobre el auto reconocimiento étnico de los entrevistados, (de 2.232 personas auto reconocidas), se pudo establecer que el 71,2% se auto reconocieron como de etnias Negra, Mulata, o Afrodescendiente; un 20,5% indígena, un 4,9% como Gitano (a) ROM; un 2,6% como raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia y un 0,8% como Palenquero (a) de San Basilio de Palenque. Al desagregar por localidad se evidencia que, de las 20 localidades de la ciudad, Kennedy, concentra la mayor proporción de personas auto reconocidas en un grupo étnico (12,1%).

4.1.1. Estructura Demográfica

Las proyecciones de población en función del ciclo vital para el periodo analizado 2005 a 2019 muestran para el grupo de infancia de 0 a 13 años una disminución anual cercana a 4 puntos porcentuales (pasando de 25% en 2005 a 21% en 2019), aspecto que está relacionado con la disminución de la fecundidad y natalidad. En el grupo adolescencia de 14 a 17 años, se visibiliza una disminución de 1 punto porcentual en total (pasando de 7% en 2005 a 6% en 2019). En el grupo juventud de 18 a 24 años, se visibiliza una disminución progresiva de 1 punto porcentual en total (pasando de 13% en 2005 a 12% en 2019), debido posiblemente a la constante disminución de la natalidad en Bogotá D.C. desde hace 25 años. En el grupo adultez de 25 a 59 años se presentó un aumento de 3 puntos porcentuales en total (pasando de 46% en 2005 a 49% en 2019), y en el grupo vejez de 60 y más años se visibilizó un aumento de 5 puntos porcentuales (pasando de 8% en 2005 a 13% en 2019), posiblemente relacionada con el aumento de la expectativa de vida. Para el período 2019, el mayor porcentaje de la población 31% se concentra en el grupo de los 25 a 44 años en ambos sexos.

En la pirámide poblacional de Bogotá D.C. muestra que para 2019, pese a la disminución de población de los grupos de edad menores de 25 años y al aumento de la población de mayores de 25 años, la pirámide sigue siendo progresiva, es decir, se caracteriza por tener una base ancha, indicando el descenso en el número de nacimientos; así mismo, la composición similar del cuerpo de la pirámide a medida que se asciende en los grupos de edad y el estrechamiento en la cúspide, con una finalización en forma de pico (forma triangular), correspondiente a las edades avanzadas, el cual se observa menos marcado en el transcurso de los periodos analizados, y se puede explicar por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad de la población de Bogotá D.C.. Esta característica es propia de poblaciones jóvenes y con fuerte crecimiento, correspondiendo comúnmente a la distribución poblacional de países subdesarrollados. Ver Ilustración 1.

Ilustración 1 Pirámide poblacional para Bogotá, 2005, 2019 y 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Proyecciones de población. Bogotá, 2005, 2019, 2020.

Otros indicadores demográficos, muestran que las proyecciones de población del periodo 2019, la población total se incrementó en 1.540.685 habitantes con respecto al periodo 2005; en el periodo de análisis, la relación hombre-mujer aumenta de 92,4 en 2005 a 94,1 en 2019; la razón de niño a mujer (relaciona la población de 0 a 4 años con la población en edad fértil: mujeres de 15 a 49 años) disminuye de 30 en 2005 a 27 en 2019. El índice de infancia disminuye de 27 en 2005 a 22 en 2019. El índice de juventud (relaciona la población con edades en el rango entre 15 a 29 años con respecto a la población total) disminuye de 27 en 2005 a 22 en 2019. El índice de vejez (relaciona los mayores de 64 años con la población productiva de 15 a 64 años) aumenta de 8 en 2005 a 13 en 2019. El índice de envejecimiento (relaciona la población mayor de 64 años con la población menor de 15 años) aumenta de 30 en 2005 a 60 en 2019. El índice de dependencia (relaciona la población menor de quince años y mayor de 64 años con la población productiva de 15 a 64 años) disminuye de 48,4 en 2005 a 44,3 en 2019.

Por su parte, el índice de dependencia infantil (relaciona la población menor de 15 años con la población productiva de 15 a 64 años) disminuye de 40,3 en 2005 a 31,7 en 2019; el índice de dependencia mayores (relaciona la población mayor de 64 años con la población productiva de 15 a 64 años) aumenta de 8,1 en 2005 a 12,6 en 2019; el índice de Friz (relaciona la población menor de 20 años con la población de 30 a 49 años, y en su conjunto si la población es joven o se está envejeciendo. Si el índice es mayor de 160 se considera que la población es joven; si el índice está entre 60 y 160 se considera que la población es madura; y si el índice es menor de 60 se le considera una población

envejecida), disminuye de 124,6 en 2005 a 101 en 2019, con un descenso de cerca de 23,5 puntos lo que permite interpretar en el periodo 2019 madurez en la población, con tendencia al envejecimiento de la población.

La Tasa de Crecimiento Natural expresa el ritmo de crecimiento que tendría la población de un área geográfica en ausencia del efecto de la migración, para Bogotá en el quinquenio 2005-2010 fue 12,43, disminuyendo a 11,40 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015 -2020 es de 10,33; lo anterior indica que Bogotá tiene un crecimiento natural positivo, como consecuencia que el número de nacimientos en un año es superior al número de defunciones en ese mismo año y por lo tanto, la población aumenta.

En Bogotá, la edad media de la fecundidad para las mujeres se mantiene en 29 años para los quinquenios 2005-2010, 2010-2015 y 2015-2020. La tasa global de fecundidad para Bogotá en el quinquenio 2005-2010 fue 1,93; disminuyendo a 1,91 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015-2020 fue 1,9; equivalente a una disminución total de 0,03 entre 2005 y 2020.

La tasa bruta de natalidad, para Bogotá D.C. en el quinquenio 2005-2010 fue 16,74; disminuyendo a 15,87 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015-2020 fue 15,09; lo que sugiere que en Bogotá D.C. por cada 1000 habitantes se presentan 15,09 nacimientos en el último quinquenio analizado presentándose en el quinquenio 2015-2020 1,65 nacimientos menos que en el quinquenio 2005 a 2010.

Frente a la tasa general de fecundidad por cada mil mujeres en edad reproductiva, en la ciudad de Bogotá D.C. en el quinquenio 2005-2010 fue 58,2; disminuyendo a 56,8 en el quinquenio 2010-2015 y para el quinquenio 2015-2020 fue 56,1; evidenciándose una disminución de 2,1 nacidos vivos del quinquenio 2015-2020 frente al quinquenio de 2005 a 2010.

En 2018 la tasa general de fecundidad en Bogotá D.C. en fue 39,4 y al tener en cuenta las localidades, se observó que la mayor tasa general de fecundidad se presentó en la localidad de Santafé (67), seguida de Usme (53,7), La Candelaria (52,4), Rafael Uribe Uribe (50,5) y Chapinero (49). De otra parte, en el mismo periodo de análisis la tasa bruta de natalidad fue 10,7, al desagregar por localidad se evidencia que superan el valor Distrital las localidades de Santafé (16,5), Usme (14,5), Rafael Uribe Uribe (13,3) y Chapinero (13,2).

La Esperanza de vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país y 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.

En Bogotá D.C., la esperanza de vida al nacer (en años) en hombres en el quinquenio 1985-1990 fue 66,22. Esta tasa aumento a 72,56 en el quinquenio 2000-2005 y a 76,83 para el quinquenio 2015-2020; estimándose un incremento de 10,61 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con 2015-2020. En el quinquenio 1985-1990 la esperanza de vida al nacer (en años) fue de 72,26 en mujeres; aumentando a 78,31 en el quinquenio 2000-2005 y para el quinquenio 2015-2020 es 81,02; estimándose un incremento de 8,76 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con 2015-2020. La esperanza de vida al nacer (en años) Total en el quinquenio 1985-1990 fue 69,16; aumentando a 75,36 en el quinquenio

2000-2005 y para el quinquenio 2015-2020 es 78,87; estimándose un incremento de 9,71 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con 2015-2020.

Históricamente la esperanza de vida al nacer ha sido mayor en las mujeres que en los hombres. No obstante, ésta se incrementó 10,61 años en los hombres y 8,76 en las mujeres en el quinquenio 2015-2020 con respecto al quinquenio 1985-1990 Tabla 2.

Tabla 2 Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá, 2005- 2010,

INDICADOR	QUINQUENIO		
	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Edad media de la fecundidad (años)	29	29	29
Tasa bruta de natalidad (por mil)	16,74	15,87	15,09
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	4,32	4,47	4,76
Tasa global de fecundidad (por mujer)	1,93	1,91	1,9
Tasa general de fecundidad (por mil mujeres edad fértil)	58,2	56,8	56,1
Crecimiento Natural (por mil)	12,43	11,40	10,33
Tasa Media de Crecimiento (Exponencial)	14,75	13,52	12,35
Tasa de Migración Neta (por mil)	2,23	2,08	2,00
Esperanza de Vida al Nacer (Hombres)	74,57	75,94	76,83
Esperanza de Vida al Nacer (Mujeres)	79,72	80,19	81,02
Esperanza de Vida al Nacer (Total)	77,08	78,01	78,87

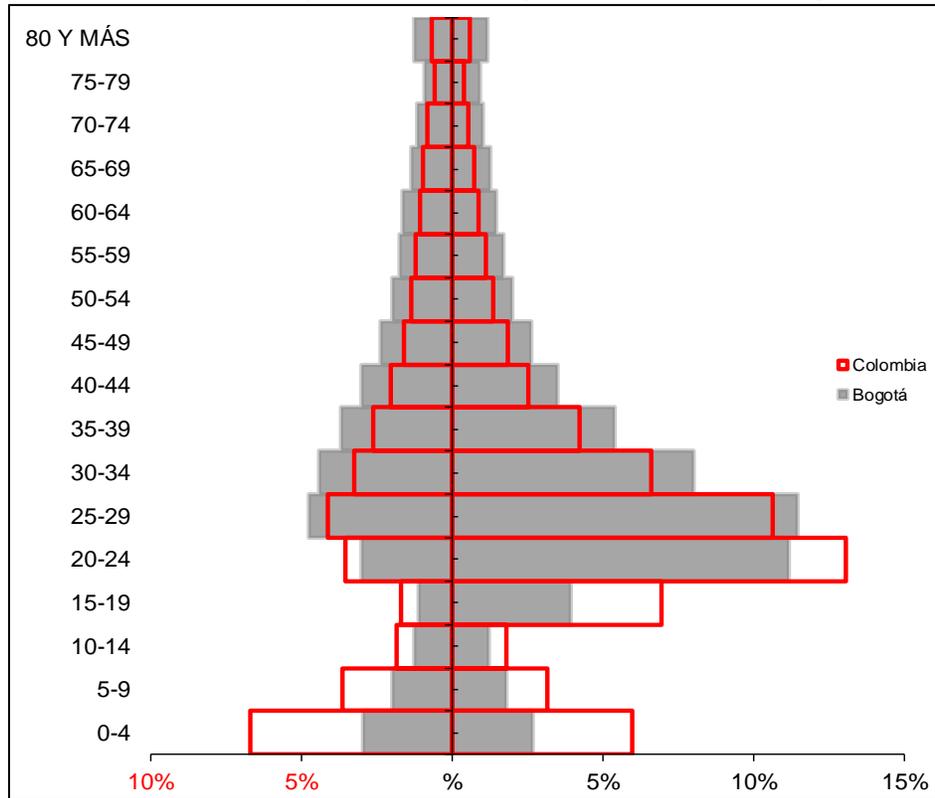
Fuente: DANE. Indicadores Según Departamento 1985-2020

Uno de los fenómenos que genera cambios en la composición demográfica de la ciudad se relaciona con el desplazamiento forzado y con las migraciones internas, ya que la capital cada día es receptora de individuos y familias que migran en busca de apoyo gubernamental ante su situación de vulnerabilidad o en busca de mejores oportunidades educativas, laborales y económicas.

Con respecto a la movilidad forzada, según datos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el periodo 2018, se encuentran registradas un total de 594.228 personas víctimas de desplazamiento en Bogotá D.C., un 52,3%, de acuerdo con la distribución, son personas de sexo masculino y el restante corresponde al sexo femenino. El 44,2% de las mujeres de esta población se encuentra entre los 15 y 34 años de edad, porcentaje similar se evidencia para los hombres víctimas de conflicto armado, lo que corresponde que el 45,8% de los hombres se encuentran entre los 15 y 34 años.

Un fenómeno poblacional importante que se ha incrementado en los últimos años corresponde a las dinámicas migratorias y que pueden afectar el perfil y epidemiológico de la misma. En Colombia se está presentando una cantidad mayor de inmigrantes en comparación con los años anteriores y Bogotá, como distrito capital, recibe una elevada proporción de ellos; esto crea la necesidad de conocer y analizar las condiciones de vida y salud de estos grupos poblacionales de forma diferencial al resto de la población colombiana. En la pirámide de población extranjera comparada entre Bogotá D.C. y Colombia muestra bases estrechas con mucha población en los tramos intermedios; lo que permite ver una alta migración de población económicamente activa. En cuanto a la diferencia por sexo hay mayor proporción de mujeres que de hombres, esto puede corresponder a un subregistro de hombres migrantes que no son captados (Ilustración 2).

Ilustración 2 Pirámide poblacional de migrantes atendidos en Bogotá D.C.



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

La pirámide representa las atenciones en salud (comparativo Bogotá – Colombia) brindada a la población migrante así: Relación hombres/mujer: en Bogotá para el año 2018 por cada 63 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, muy parecido al de Colombia en el año 2018 por cada 60 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud.

Razón niños mujer: en Bogotá D.C. para el año 2018 por cada 12 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron atenciones en salud, en contraste el Colombia para el año 2018 por cada 28 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud. Índice de infancia: en Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 12 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en el Colombia para el año 2018 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 23 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de juventud: en el Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 35 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en el Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud. Índice de vejez: en el Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 12

correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud. Índice de envejecimiento: en Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 103 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 31 personas migrantes con atenciones en salud.

4.2. Perfil Epidemiológico de Bogotá D.C.

El perfil epidemiológico de Bogotá, D. C. es el propio de un contexto urbano y de una ciudad en desarrollo. Se caracteriza porque junto con la transición demográfica, expresada ésta como una reducción de los menores de 15 años durante la última década y el incremento de los grupos mayores de 50 años de edad, ocurre un cambio de incidencia de enfermedades transmisibles por prevalencia de las no transmisibles.

En la ciudad se ha pasado de la alta mortalidad ocasionada por patologías infecciosas y la desnutrición, a la caracterizada por enfermedades crónico-degenerativas, al tiempo que se hacen presentes las lesiones por causa externa, las adicciones y las enfermedades mentales. La mortalidad materna, perinatal, infantil y en el grupo de menores de cinco años, lo mismo que por enfermedades crónicas, como la enfermedad pulmonar o coronaria (EPOC), la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer de mama, útero y próstata, son las causas y eventos que mayor número de vidas cobran en el Distrito Capital.

Se caracterizan porque en su conjunto son potencialmente evitables y prevenibles si se toman medidas tempranas sobre sus determinantes y se incide oportunamente sobre los factores de riesgo, los cuales están condicionados por factores estructurales; así como por condiciones, estilos y modos de vida, que deben ser intervenidos mediante la continuación en la implementación de un modelo de salud con enfoque poblacional-diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud en el Distrito Capital.

4.2.1. Perfil de Morbilidad

Dentro del análisis de la situación de salud, el estudio de la morbilidad es un elemento clave debido a que además de permitir identificar la evolución del proceso salud - enfermedad y sus posibles determinantes, define las intervenciones que pueden ser llevadas a cabo desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, paliación y control.

Para analizar la morbilidad atendida, se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad la cual agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de grandes causas en: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones y condiciones mal clasificadas; esta desagregadas por ciclos de vida, sexo y sus causas. Por otra parte, se abordan aspectos de morbilidad específica, morbilidad para eventos de alto costo, morbilidad de los eventos precursores y morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

Durante los años 2009 – 2018 se realizaron en Bogotá D.C. 175.847.915 atenciones; analizando por grandes causas de morbilidad atendida predominaron los diagnósticos asociados a enfermedades no transmisibles con un 67,37%(118.472.749), seguido por un 13,61%(23.938.748) condiciones mal definidas, con 12,22%(21.493.441) enfermedades transmisibles y nutricionales, un 5,23%(9.204.066) lesiones y un 1,56%(2.738.911) condiciones maternas y perinatales; por lo anterior, la morbilidad atendida muestra que Bogotá se encuentra en transición epidemiológica donde predominan las enfermedades no transmisibles con un porcentaje importante de enfermedades transmisibles. Teniendo en cuenta que las condiciones mal definidas son la segunda causa y hay un aumento de 3.106.634 atenciones entre los años 2017 -2018, se debe continuar con el fortalecimiento de las fuentes de información; ya que un sistema de información con integridad y calidad permite tomar decisiones.

En la primera infancia las principales causas de morbilidad atendida en el año 2018 son las condiciones no transmisibles con un 37,32%, donde se observa en comparación con el año 2017 una disminución de 3,04% en la proporción de atenciones; las principales causas de consulta fueron: condiciones orales, enfermedades genitourinarias y enfermedades respiratorias. El siguiente grupo corresponde a las Condiciones transmisibles y nutricionales con un 27,82%, donde también se observa en comparación con el año 2017 una disminución en la proporción de atenciones de 6,59% por sub causas como: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias y Deficiencias nutricionales.

En las lesiones la mayor proporción es por Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas y en condiciones maternas perinatales son las condiciones derivadas durante el periodo perinatal, comportamiento semejante en todos los grupos del curso de vida. En la primera infancia no se observa diferencias por sexo debido a lesiones.

En infancia para el año 2018 el 49,20% son por enfermedades no transmisibles, principalmente: condiciones orales, condiciones neuro psiquiátricas y enfermedades respiratorias; seguido por un 15,44% de Condiciones transmisibles y nutricionales, por sub causas como: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias y Deficiencias nutricionales en ambas se observa una disminución en la proporción de atenciones comparadas con el año 2017, para enfermedades crónicas una disminución de 6,08% y enfermedades transmisibles y nutricionales 4,03%.

En la adolescencia las principales causas de morbilidad atendida para el año 2018 son las enfermedades no transmisibles con un 48,29% principalmente por: condiciones orales, condiciones neuro-psiquiátricas y enfermedades musculo-esqueléticas, con una disminución del 12,55% en la proporción de atenciones en comparación con el año 2017. El grupo de las Condiciones transmisibles y nutricionales fue el siguiente con un 7,43%, donde también se observa en comparación con el año 2017 una disminución en la proporción de atenciones de 2,25% con sub causas como: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias y Deficiencias nutricionales.

Se analiza por sexo, se observa diferencia en las enfermedades no transmisibles donde en las mujeres las causas son: condiciones orales, enfermedades genitourinarias y enfermedades musculo-esqueléticas; en las condiciones maternas por ser causas de mujeres y en lesiones la causas Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas son con mayor proporción en hombres.

En la Juventud las principales causas de morbilidad atendida para el año 2018 son las enfermedades no transmisibles principalmente por condiciones orales, enfermedades genitourinarias y enfermedades musculo-esqueléticas con un 50%, con una disminución del 6,35% en la proporción de atenciones en comparación con el año 2017, seguido por las Condiciones transmisibles y nutricionales con sub causas como: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias y Deficiencias nutricionales con un 12,24%, donde también se observa en comparación con el año 2017 una disminución en la proporción de atenciones de 1,44%.

Se analiza por sexo, se observa diferencia en las enfermedades no transmisibles donde en los hombres la tercera causa es condiciones neuro psiquiátricas; en maternas por ser causas de mujeres y en lesiones la causas traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas son con mayor proporción en hombres

En la Adulterez y Persona mayor la principal causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles con un 63,79% de atenciones; al comparar los porcentajes de atención entre el año 2018 - 2017 se observa una disminución en las enfermedades no transmisibles, Condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones maternas y lesiones

En los adultos, las principales enfermedades no transmisibles fueron: enfermedades musculo-esqueléticas, condiciones orales y enfermedades genitourinarias. Seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales con mayor prevalencia de: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias y Deficiencias nutricionales.

Al analizar por sexo, se observa diferencia en las enfermedades no transmisibles, para las cuales, la tercera causa en hombres es por enfermedades cardiovasculares; en condiciones maternas por ser causas de mujeres y en lesiones, las causas como traumatismos, envenenamientos, son con mayor proporción en hombres.

En la vejez, las enfermedades no transmisibles principalmente fueron por: Enfermedades cardiovasculares, enfermedades musculo-esqueléticas y Enfermedades de los órganos de los sentidos. Seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales por sub causas como: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias y Deficiencias nutricionales. En las lesiones, la mayor proporción es por Traumatismos, envenenamientos (Gráfico 14).

Gráfico 14 Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital. Bogotá 2009 – 2018.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,46	40,92	43,62	41,33	38,77	37,38	36,01	36,52	34,41	27,82	5,59
	Condiciones perinatales	3,66	3,21	3,51	2,80	2,53	3,51	5,48	2,06	1,76	1,50	-0,26
	Enfermedades no transmisibles	39,64	39,08	35,01	38,97	42,12	43,66	42,63	41,94	40,36	37,32	3,04
	Lesiones	3,27	3,18	3,60	3,44	3,92	3,76	4,04	4,27	4,38	3,51	-0,87
	Condiciones mal clasificadas	10,96	13,62	14,26	13,46	12,66	11,69	11,86	15,21	19,08	29,84	-1,76
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,67	21,99	20,56	18,40	16,97	17,92	18,04	20,98	19,47	15,44	2,03
	Condiciones maternas	0,07	0,10	0,06	0,06	0,07	0,22	0,41	0,85	0,56	0,52	-0,03
	Enfermedades no transmisibles	59,77	59,13	60,66	64,99	65,17	64,74	63,36	56,83	55,28	49,20	5,08
	Lesiones	4,21	4,80	5,09	4,25	4,98	4,99	5,57	6,06	5,50	4,56	-0,93
	Condiciones mal clasificadas	12,28	13,98	13,63	12,31	12,82	12,13	12,62	15,28	19,19	30,27	-1,07
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,30	13,85	12,73	11,40	10,56	10,38	10,16	10,37	9,69	7,43	2,25
	Condiciones maternas	1,89	1,44	1,60	1,71	1,46	1,62	1,37	1,63	1,41	0,81	-0,60
	Enfermedades no transmisibles	63,20	62,89	64,26	68,02	66,84	67,43	67,30	62,83	60,84	48,29	12,55
	Lesiones	5,52	6,53	6,70	5,81	6,89	6,90	7,43	8,29	7,28	5,58	-1,70
	Condiciones mal clasificadas	14,09	15,30	14,71	13,06	14,25	13,68	13,73	16,88	20,78	37,89	-1,10
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,21	16,28	14,84	14,03	15,00	13,62	14,01	14,51	13,68	12,24	1,44
	Condiciones maternas	4,82	4,37	4,51	4,00	4,10	4,29	4,45	4,60	3,70	2,72	-0,98
	Enfermedades no transmisibles	60,08	59,58	60,13	63,67	60,63	62,54	59,30	56,70	56,35	50,00	6,35
	Lesiones	5,83	5,91	6,26	5,94	7,30	7,39	8,51	8,83	7,91	6,76	-1,15
	Condiciones mal clasificadas	13,06	13,86	14,28	12,37	12,99	12,15	13,74	15,37	18,35	28,28	-0,93
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,29	9,93	9,35	8,73	9,04	8,60	9,31	9,53	9,05	8,35	0,70
	Condiciones maternas	1,20	1,22	1,20	0,96	1,10	1,16	1,43	1,36	1,05	0,86	-0,19
	Enfermedades no transmisibles	73,52	72,36	73,80	76,39	74,37	75,40	72,21	70,85	69,58	61,47	8,11
	Lesiones	4,54	4,58	4,80	4,56	5,50	5,40	6,33	6,28	5,60	5,10	-0,49
	Condiciones mal clasificadas	10,45	11,90	10,86	9,35	9,99	9,43	10,71	11,98	14,72	24,22	-0,50
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,54	4,77	4,28	3,94	3,80	3,95	4,32	4,34	4,09	3,70	0,39
	Condiciones maternas	0,02	0,04	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	84,37	81,74	84,16	85,73	84,57	84,65	82,88	81,92	77,94	66,11	11,83
	Lesiones	3,14	3,18	3,27	3,18	3,93	4,17	4,27	4,30	3,84	3,27	-0,57
	Condiciones mal clasificadas	7,93	10,27	8,30	7,15	7,68	7,22	8,52	9,45	14,13	26,93	-1,79

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2019

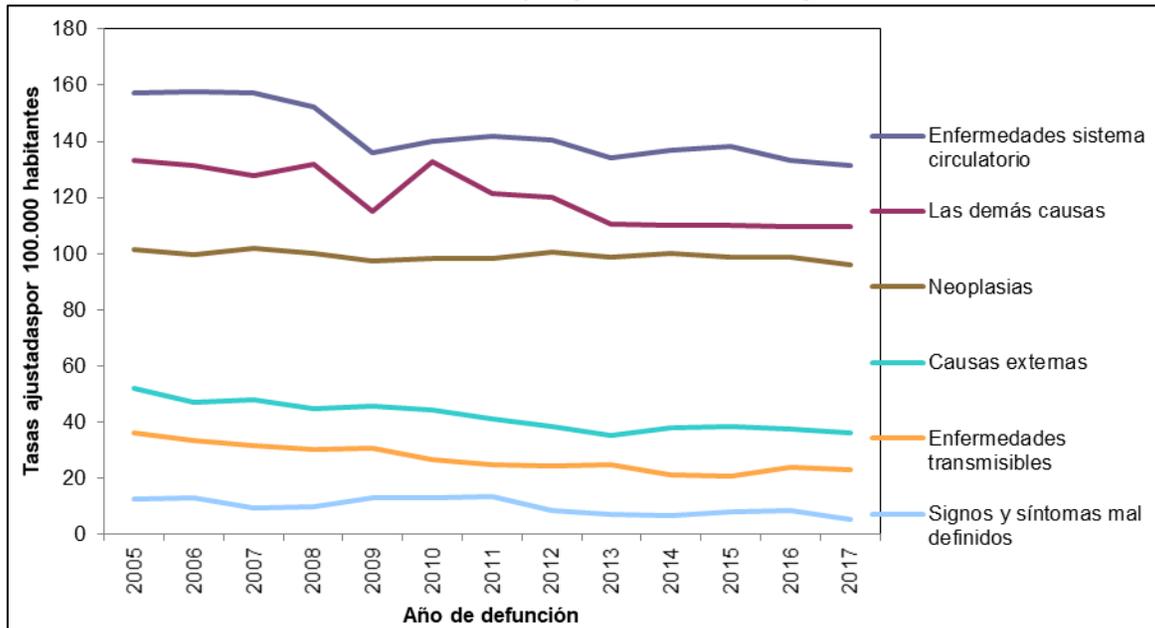
4.2.2. Perfil de mortalidad en Bogotá D.C.

La mortalidad es un elemento básico del análisis demográfico, ya que determina el tamaño de la población y su composición por edad y sexo. En tal sentido, aunque los hechos vitales nos brindan información de los individuos, la construcción de indicadores poblacionales a partir de dichos sucesos elimina el significado individual del fenómeno y, de esta forma, permite analizar los efectos acumulativos, los cuales deberán orientar las intervenciones en salud pública. La información presentada corresponde al análisis del comportamiento de la mortalidad en el Distrito Capital en el periodo 2005-2017 y algunos eventos particularmente los denominados mortalidad evitable con información preliminar a 2019.

La mortalidad general por grandes causas (lista 6/67 de la OMS/OPS), según tasas las más altas en el año 2017 fueron por enfermedades del sistema circulatorio (131,5 x 100.000 habitantes), seguida por todas las demás enfermedades agrupadas (109,7 x 100.000 habitantes) entre las que se encuentran diabetes, deficiencias nutricionales y trastornos mentales, entre otros.

En el periodo 2005 – 2017 se observó disminución de las enfermedades transmisibles en 36,03%; por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio fue de 5,18 % y 16,46 % respectivamente (Gráfico 15).

Gráfico 15 Tasa de mortalidad por grandes causas. Bogotá 2005 – 2017.



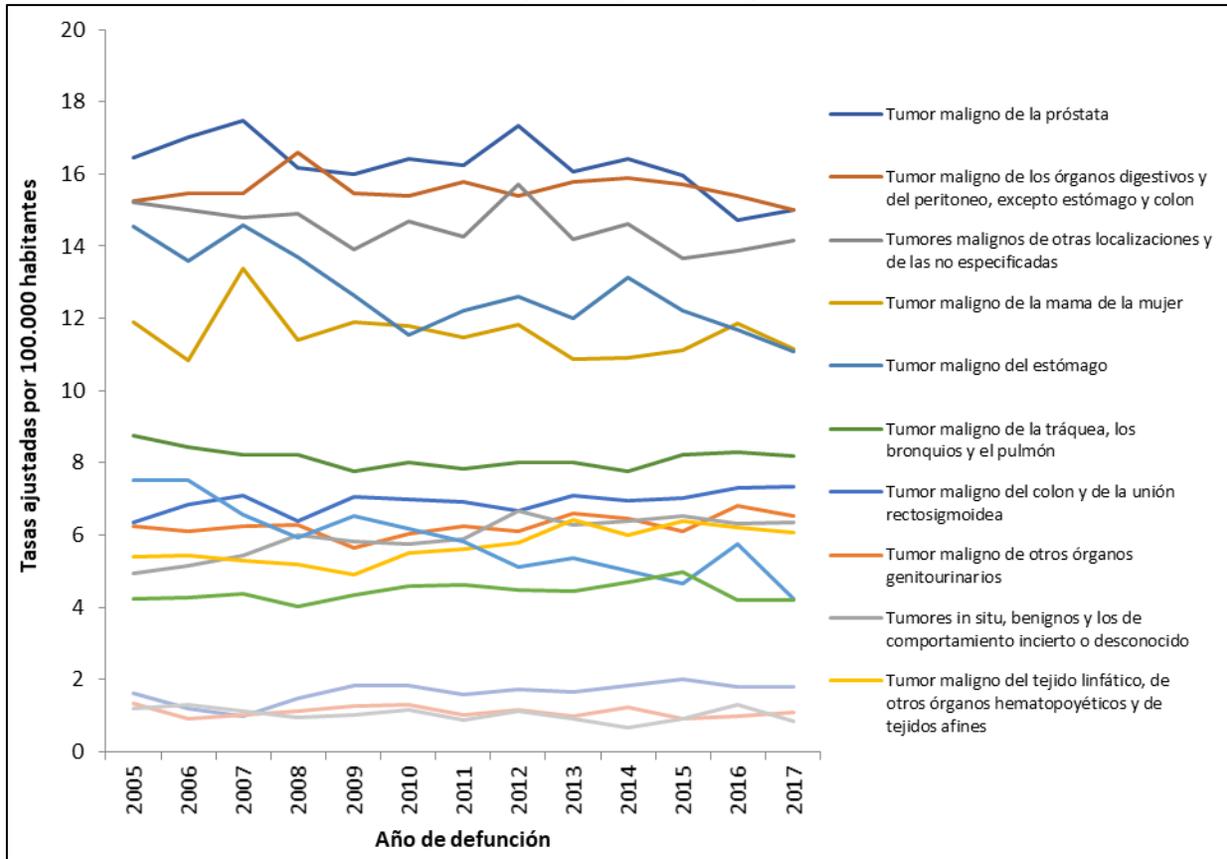
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En el comportamiento por sexo se observa al grupo de los hombres con una tendencia similar que en el grupo general; en contraste en las mujeres, todos los valores de las tasas fueron más altos, particularmente por enfermedades del sistema circulatorio, por neoplasias y causas externas.

La Mortalidad por enfermedades transmisibles en el periodo 2005 - 2017 presentó una reducción de tasas por las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad por VIH (SIDA), por septicemia excepto neonatal (73 %) y meningitis (72 %); y otras transmitidas por vectores y rabia (2,32 %), las enfermedades infecciosas (14,2 %). Por sexo las mujeres presentaron tendencia a la disminución; por las infecciones respiratorias agudas, seguido de enfermedades infecciosas intestinales. En los hombres las primeras causas fueron por las infecciones respiratorias agudas, seguido de enfermedad por el VIH(SIDA); a diferencia de las mujeres en ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, presentaron un aumento (4,08%), el resto de causas presentaron disminución.

En las neoplasias malignas se observa un aumento en cinco de las quince causas encontradas: tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (28,5%), tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea (15,6%), tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (12,4%), tumor maligno del cuerpo del útero (10,4%) y tumor maligno de otros órganos genitourinarios (4,48 %) (gráfico 16).

Gráfico 16 Mortalidad por neoplasias. Bogotá 2005 – 2017.

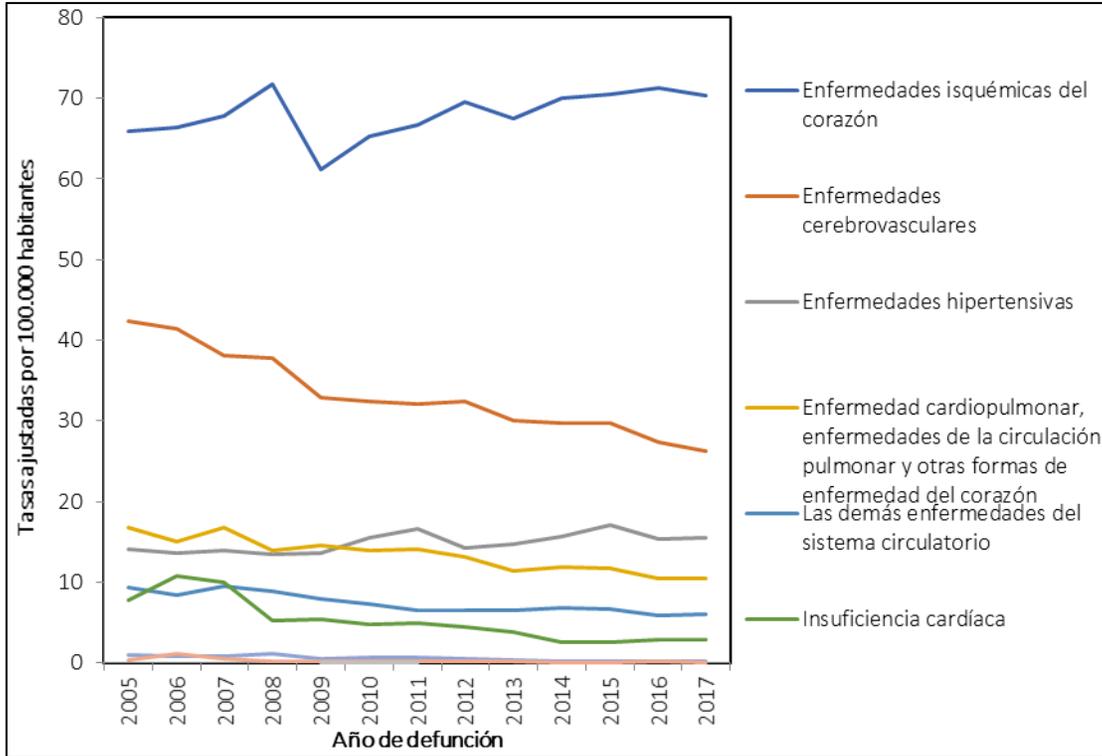


Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

En los hombres la primera causa fue por los tumores malignos de la próstata con una tasa de 15 x 100.000 hombres. En el grupo de las mujeres se redujo la mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (43,7%), por tumor maligno del útero, parte no especificada (29,1%). De las catorce causas identificadas, se observó que en seis se presentó un incremento por Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (17,3 %), Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea (15,5 %), Tumor maligno de otros órganos genitourinarios (11,3 %), Tumor maligno del cuerpo del útero (10,5 %), Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón (8%) y Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (5%).

Durante el periodo 2005 – 2017, entre las primeras causas de mortalidad específica por sistema circulatorio en Bogotá, estuvieron las enfermedades isquémicas del corazón (70,31 x 100.000 habitantes), las enfermedades cerebrovasculares (26,21 x 100.000 habitantes) y las enfermedades hipertensivas (15,51 x 100.000 habitantes). Comparando con el inicio del periodo, las enfermedades isquémicas del corazón aumentaron 6,7 %, así como las enfermedades hipertensivas (10,8 %). Por su parte, la mayor disminución se encontró en fiebre reumática aguda y enfermedades cardiacas reumáticas crónicas (91 %), seguido de aterosclerosis (80 %) e insuficiencia cardiaca (62,3 %). Respecto al año inmediatamente anterior, la mayor disminución se observó en aterosclerosis (45 %) y el mayor aumento en insuficiencia cardiaca (4,3%) (Gráfico 17).

Gráfico 17 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio Bogotá 2005 – 2017.



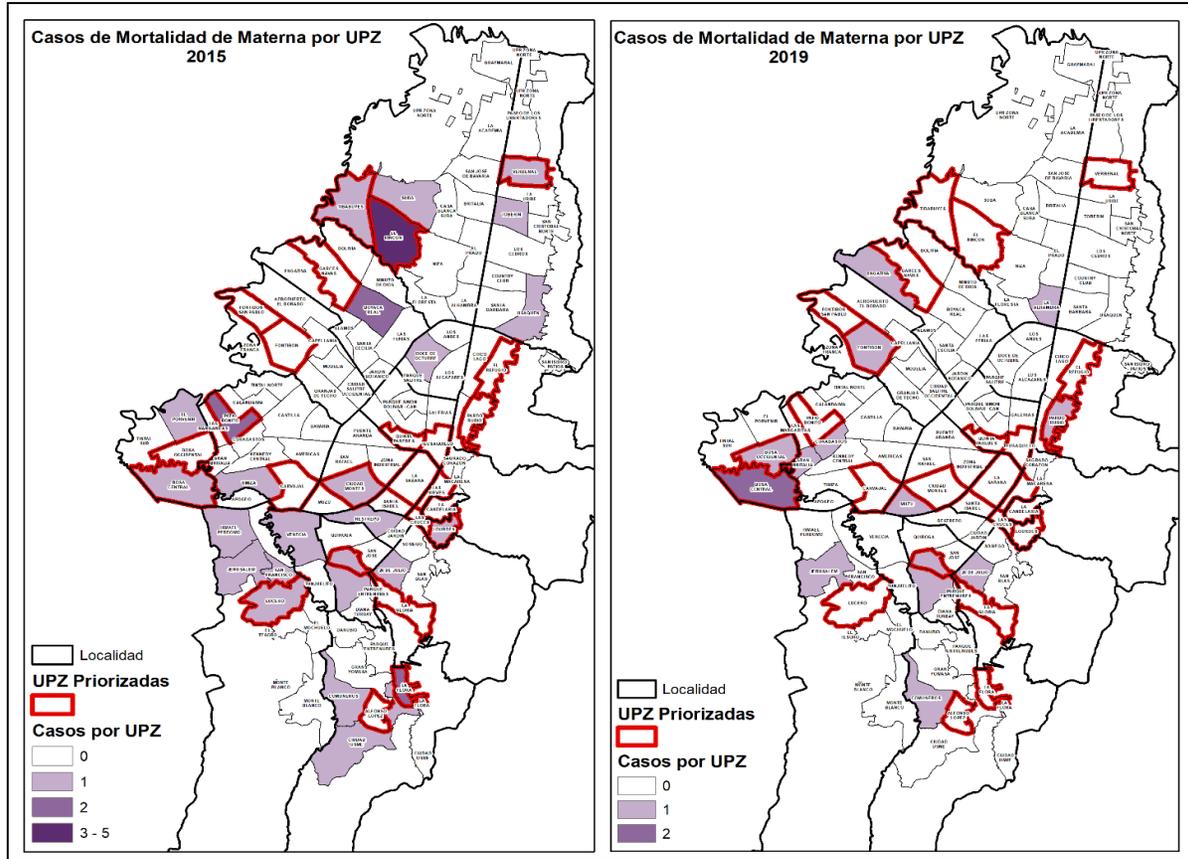
Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social.

El comportamiento de la mortalidad evitable como la materna, la perinatal y la infantil ha presenta tendencia hacia la reducción en los últimos años. La mortalidad materna durante los últimos años se ha evidenciado una tendencia hacia el descenso; actualmente Bogotá cuenta con una de las razones más bajas del país y de Latinoamérica, lo cual está asociado con la intensificación de las acciones de fortalecimiento técnico a los prestadores de servicios de salud y a las EAPB, además del continuo seguimiento de la adherencia a guías y protocolos de manejo y el análisis y realimentación continua del comportamiento epidemiológico del evento.

La razón de mortalidad materna ha mostrado un descenso en Bogotá desde el año 2005; para el año 2019 fue de 17,7 x cada 100.000 nacidos vivos (datos preliminares) presentada estabilidad en la ciudad en los últimos años. En 2019 de acuerdo a la localidad de residencia se presentaron mayor número de muertes maternas Bosa, Kennedy, Rafael Uribe, Chapinero y San Cristóbal. En el Mapa 3. se presenta la variación de la mortalidad materna según localidad de residencia de la fallecida durante los años 2015 y 21916. Por etnia, la mayor razón de mortalidad materna se observó en la población negra, mulata, afrocolombiana y afrodescendiente.

¹⁶ Acuerdo 067. Balance de Gestión 2019.

Mapa 3 Tasa y número de casos de mortalidad materna según localidad-UPZ. 2015 y 2019



Fuente. Secretaría Distrital de Salud. Elaborado por Grupo ACCVyS, Subsecretaria de Salud Pública

Igualmente, la Mortalidad Perinatal durante el periodo 2016 a 2019 ha presentado leve tendencia a la disminución, pasando de 1.303 casos, y una tasa de 13,1 por 1.000 nacidos vivos más mortalidades fetales a 1.053 casos y una tasa de 12,3 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos más mortalidades fetales en el 2019¹⁷.

La mortalidad infantil ha presentado una disminución en el tiempo, en 2019¹⁸ se tuvo una tasa de 9,1 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad infantil está altamente relacionada con la mortalidad perinatal es así que una importante reducción de la mortalidad perinatal efectuará de manera positiva la tasa de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años muestra una reducción sostenida pasando de una tasa de 11,2 por 1.000 nacidos vivos en 2016 a 10,9 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2019. La mortalidad por neumonía ha sido fluctuante, en el periodo 2016 y 2017, explicado por el pico de enfermedades respiratorias. Para el año 2019, se presentaron 32 muertes lo que representa una tasa

¹⁷ Acuerdo 067. Balance de Gestión 2019

¹⁸ Acuerdo 067. Balance de Gestión 2019.

de mortalidad de 5,2 muertes por 100.000 menores de cinco (5) años¹⁹, logrando una reducción importante comparado con 2017, la cual fue de 7,9 por 100.000 menores de cinco años.

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda y por desnutrición presenta una disminución notable, en los últimos años no se han presentado defunciones por estas causas.

Los indicadores de mortalidad materno infantil comparados con los del nivel nacional, mostró la mayor diferencia en la mortalidad materna. Para el año 2017 la ciudad tuvo una razón de mortalidad materna de 27,16 por 100.000 nacidos vivos; esta razón en la ciudad continuó reduciéndose en 2019 fue de 17,7 por 100.000 nacidos vivos. En el país la razón en 2017 fue de 51,27. Los demás indicadores también estuvieron por debajo del nacional, ningún indicador quedó semaforizado en rojo (Tabla 3).

Tabla 3 Semaforización de la mortalidad materno infantil. Bogotá vs Colombia 2005 – 2017

Causa de muerte	Colombia 2017	Bogotá 2017	Comportamiento												
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Razón de mortalidad materna	51,01	27,16	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6,94	6,15	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	10,73	9,41	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	13,02	11,19	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,17	10,70	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,97	0,66	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	5,84	0,16*	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social. *Nota: Este dato corresponde a una mortalidad, la cual en unidad de análisis se identificó y validó que no es residente de Bogotá, por lo que se realizó el trámite respectivo el cual está certificado por necropsia médico legal ante las instituciones competentes.

Otras causas de mortalidad corresponden a las lesiones de causa externa. La primera causa en 2017 corresponde a las agresiones (homicidios) con una tasa de 14,08 x 100.000 habitantes, le siguen los accidentes de transporte terrestre 8,61 x 100.000 habitantes. Diferenciado por sexo, en el grupo de mujeres, la principal causa fue la de accidentes de transporte terrestre 3,7 x 100.000 mujeres, seguido de las agresiones homicidios 2,9 x 100.000 mujeres y lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) 2,0 x 100.000 mujeres. La tasa de agresiones (homicidios) en hombres, es 9 veces mayor que en las mujeres.

En la Tabla 4 se presenta la priorización de las mortalidades y sus indicadores en los diferentes grupos de riesgo y de interés de intervención. Se observó que en general los indicadores, Bogotá está por debajo de los indicadores a nivel nacional, excepto para el gran grupo de neoplasias, en los subgrupos las demás causas, específicamente en enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y resto de enfermedades del sistema digestivo.

¹⁹ Acuerdo 067. Balance de Gestión 2019.

Tabla 4 Priorización de la mortalidad general, específica y materna infantil. Bogotá 2017.

Mortalidad	Prioridad	Bogotá DC (2017)	Colombia (2017)	Tendencia 2005 a 2017 Bogotá	Grupos de Riesgo (MAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	131,5	150,3		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Las demás causas	109,7	118,4		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3. Neoplasias	96,2	94,9		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
	4. Causas externas	36,2	58,0		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades del sistema circulatorio				
	1. Enfermedades isquémicas del corazón	70,31	80,07		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Enfermedades cerebrovasculares	26,21	31,65		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3. Enfermedades hipertensivas	15,51	18,35		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	2. Las demás causas				
	1. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	31,34	30,08		2. Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas
	2. Resto de enfermedades del sistema digestivo	13,89	13,67		6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
	3. Diabetes mellitus	12,77	15,53		1. Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas
	3. Neoplasias				
	1. Tumor maligno de la próstata	15,00	14,88		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
2. Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.	14,99	14,02		7. Población con riesgo o presencia de cáncer	
3. Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,15	13,24		7. Población con riesgo o presencia de cáncer	
4. Causas Externas					
1. Agresiones (homicidios)	14,08	24,34		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	
2. Accidentes de transporte terrestre	8,61	14,5		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	
3. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4,25	5,47		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	
5. Enfermedades trasmisibles					
1. Infecciones respiratorias agudas	15,47	19,7		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas	
2. Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,43	5,16		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas	
3. Enfermedades infecciosas intestinales	1,09	1,43		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas	
6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal					
1. Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	144	1479		8. Población en condición materno - perinatal	
2. Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	123	879		8. Población en condición materno - perinatal	
3. Sepsis bacteriana del recién nacido	66	721		8. Población en condición materno - perinatal	

Fuente: Elaboración a partir de datos de la Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud Y Protección social. *Nota: el dato de mortalidad por desnutrición corresponde a una mortalidad, la cual en unidad de análisis se identificó y validó que no es residente de Bogotá, por lo que se realizó el trámite respectivo el cual está certificado por necropsia médico legal ante las instituciones competentes.

4.2.3. Años de vida potencialmente perdidos

Un indicador importante que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad, en consecuencia, en la que mortalidad prematura corresponde a los años de vida potencialmente perdidos por la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Adicional a la mortalidad infantil, aportan a dicho indicador otras causas de mortalidad prematura en personas jóvenes; por ejemplo, los accidentes de tránsito o en el trabajo, las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes cerebro – vasculares, entre otras. Se considera que corresponde a una “medida del impacto relativo que ejercen diversas enfermedades y fuerzas letales sobre la sociedad”.

Los AVPP para Bogotá mostraron que las neoplasias, todas las demás causas, las causas externas y las enfermedades del sistema circulatorio aportaron la mayor cantidad años perdidos por mortalidad prematura en el 2017. En el periodo 2005 – 2017, se presentó un aporte creciente de AVPP por el grupo de neoplasias (33%) y enfermedades del sistema circulatorio (9%). Por su parte, la mayor disminución del peso porcentual de AVPP al final del periodo comparado con el inicio de este se presentó en signos, síntomas y afecciones mal definidos (55 %), ciertas afecciones del periodo perinatal (45%) y enfermedades transmisibles (35%) (Tabla 5).

Tabla 5 Número de años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo. Bogotá 2005 – 2017.

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
200 - Neoplasias	Femenino	64.491	63.887	65.654	66.066	70.842	69.734	72.263	74.826	75.684	80.034	79.093	84.418	82.078
	Masculino	46.569	47.407	48.227	50.048	51.097	53.706	55.413	59.193	60.805	60.746	63.257	64.020	65.605
	Total	111.061	111.294	113.881	116.114	121.940	123.441	127.675	134.020	136.489	140.780	142.350	148.438	147.683
600 - Todas Las Demás Enfermedades	Femenino	71.631	69.855	72.091	73.727	66.910	74.694	71.379	68.032	64.146	65.003	67.036	68.586	66.192
	Masculino	69.599	72.360	70.385	71.796	66.889	70.495	64.574	69.575	66.848	66.701	66.632	66.100	67.022
	Total	141.230	142.215	142.477	145.523	133.799	145.189	135.954	137.607	130.995	131.704	133.668	134.687	133.214
500 - Causas Externas	Femenino	26.904	24.772	25.103	20.799	21.709	22.284	20.680	21.571	18.028	21.132	20.546	20.060	21.220
	Masculino	132.392	120.293	122.633	117.482	126.088	123.293	112.660	102.580	95.587	104.351	106.687	108.446	99.612
	Total	159.296	145.065	147.736	138.281	147.797	145.576	133.339	124.151	113.615	125.484	127.233	128.506	120.832
300 - Enfermedades Sistema Circulatorio	Femenino	53.275	53.141	56.237	56.000	49.659	52.313	52.805	53.403	52.032	54.651	56.605	54.354	55.927
	Masculino	53.120	55.201	57.006	54.813	52.612	53.957	54.461	58.958	56.209	59.178	59.163	60.158	61.038
	Total	106.395	108.342	113.243	110.812	102.272	106.271	107.266	112.361	108.240	113.830	115.768	114.513	116.965
100 - Enfermedades Transmisibles	Femenino	21.581	19.606	18.477	19.427	19.509	16.599	15.683	16.699	13.236	12.532	11.766	14.502	13.697
	Masculino	37.084	32.577	33.269	35.163	28.042	29.509	27.202	25.808	26.520	22.310	22.867	25.992	24.143
	Total	58.665	52.183	51.746	54.591	47.552	46.109	42.885	42.507	39.756	34.842	34.633	40.493	37.841
400 - Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	Femenino	30.585	25.970	29.595	25.723	25.246	23.740	22.913	24.153	19.164	19.222	14.309	16.643	15.958
	Masculino	37.173	36.610	38.212	36.215	33.174	27.645	29.976	27.961	23.443	26.865	24.016	22.596	21.012
	Total	67.759	62.580	67.806	61.938	58.420	51.386	52.889	52.115	42.606	46.086	38.325	39.240	36.970
700 - Signos, Síntomas Y Afecciones Mal Definidas	Femenino	11.563	10.880	7.482	8.498	11.199	12.343	12.112	8.909	8.973	6.703	8.318	8.134	5.053
	Masculino	20.426	19.179	14.802	13.962	19.004	20.810	21.399	13.759	12.000	12.393	15.169	15.156	9.223
	Total	31.989	30.059	22.284	22.460	30.203	33.152	33.511	22.668	20.972	19.096	23.487	23.290	14.275

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social

En general, se observó que las neoplasias, presentaron un aumento en el aporte a este indicador durante el periodo de análisis, situación contraria a las enfermedades transmisibles que han presentado disminución; esto puede ser debido al envejecimiento de la población, lo que indica mayor

prevalencia de enfermedades crónicas y menor prevalencia de enfermedades transmisibles debido a las estrategias de vacunación.

Las causas que durante el periodo aportaron mayor cantidad de AVPP fueron las neoplasias, las causas externas y las denominadas todas las demás causas, las cuales comprenden diagnósticos como: *Diabetes Mellitus; Deficiencias Nutricionales Y Anemias Nutricionales; Trastornos Mentales y del Comportamiento; Enfermedades del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis; Enfermedades Respiratorias; Enfermedades del Sistema Digestivo; Enfermedades del Sistema Urinario; Embarazo, Parto y Puerperio; Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas.*

4.2.4. Conclusiones del Perfil Epidemiológico de Bogotá D.C.

Durante el periodo 2005-2017, años con bases de mortalidad oficiales cerradas al momento de este informe, las tasas de mortalidad general y por todas las grandes causas en Bogotá D.C. han mostrado tendencia a la disminución, aunque en diferentes proporciones según la gran causa analizada, siendo menos acentuada en cáncer. Los valores de las tasas para estas mortalidades reflejan la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles en esta ciudad como causa de muerte, en concordancia con los cambios epidemiológicos globales (en especial a expensas de las agrupaciones cardiovasculares y de cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica).

Aunque la reducción de la mortalidad es general para todas las causas, y, por tanto, esta situación es presumiblemente multifactorial, estas dos tendencias (mortalidad general y prematura) podrían interpretarse, al menos parcialmente, como que, a largo plazo, los esfuerzos en promoción y prevención y de mejora progresiva en la atención clínica para ciertos eventos causante de muerte han sido beneficiosos, pero que hay que intensificar aquellos dirigidos a los más jóvenes, en quienes eventos de agresión o accidentales y enfermedades generales con potencial de ser prevenidos siguen siendo causas principales de muerte a edades tempranas.

Finalmente, las mortalidades materna, neonatal, infantil y en la niñez han tenido tendencia al descenso durante el periodo evaluado, y, posiblemente, esta tendencia siga en la misma dirección bajo condiciones similares o mejoradas en sus determinantes con respecto a años anteriores, no obstante, estas muertes podrían indicar acciones pendientes para disminuir desigualdades al interior de la población.

4.2.5. Los Determinantes Sociales en Salud en Bogotá D.C

Este modelo explicativo Los determinantes sociales de la salud se entiende como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla» De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas²⁰.

²⁰ *Determinantes sociales en salud-Ministerio de Salud Gobierno. enero 24 de 2019.*

Bogotá presenta un índice de pobreza de 24.3%, lo que corresponde a la mitad de la que se presenta en el país. Esta situación es más compleja al observar las diferencias cuando se calculan en el área urbana o rural siendo estas más del doble en la ruralidad.

Por datos suministrados por el DANE, existe una brecha de pobreza multidimensional en los hogares cuya cabeza es una mujer con el 7,6% mientras que en los hogares donde el hombre es el jefe del hogar es del 2,7%. Igual comportamiento se muestra en la pobreza monetaria: mujeres 13,4% y hombres, 11,9%. Y con extrema pobreza: mujeres, 3,5% y hombres, 2,0%²¹.

Más lo anterior, existen otros factores que llevan a una feminización de la pobreza: Las mujeres no solo son las que tienen un índice mayor de desempleo: 13% frente a 9,8% de los hombres, también tienen un número mayor de ellas trabajan en la informalidad 42,5% son mujeres y 41% hombres y una tasa de ocupación menor: 55% frente al 68% de los hombres (cifras del DANE 2019).

Frente al tema educativo el comportamiento es distinto, las matricula en la educación superior fue liderada por las mujeres para el 2018 con 431.208 mujeres frente a 361.375 hombres, conforme a información del Sistema Nacional de Educación Superior; situación que se contrasta con la baja definición de las mujeres por un proyecto de vida y embarazos no deseados o planificados exponiendo a recién nacidos a bajo peso al nacer o a deficiencias nutricionales por el resto de su primera infancia.

Deficiencias en las prácticas de autocuidado y cuidado mutuo, en todos los ciclos o curso de vida de las personas que habitan el D.C; en especial las relacionadas con una alimentación sana y balanceada relacionadas con (la preparación e higiene de los alimentos) el ejercicio continuo y disfrute del tiempo libre.

En el 2015, según reporte de Bogotá cómo vamos, cada día en el D.C, en promedio, 25 mujeres fueron agredidas por su pareja, 10 víctimas de presunto delito sexual y 34 sufrieron violencia interpersonal. Así mismo, cada tres días una mujer fue asesinada en Bogotá; traduciéndose lo anterior en deficiencias en el dialogo social y desconfianza favoreciendo débil convivencia ciudadana entre la ciudadanía y las instituciones.

Aunado a estas situaciones, se agravaba la intolerancia, en 2019 se presentaron 22.524 lesiones personales y dentro de las localidades más afectadas figuran Kennedy, Bosa y Ciudad Bolívar²², concomitante los delitos, la ilegalidad que afectan a los ciudadanos del común y corriente que transita en el espacio público, siguiendo y su orden muertes y hechos violentos, con afectación primordial a mujeres, peatones, ciclistas y usuarios en general del transporte público.

Necesidad sentida de realizar un Plan de Ordenamiento Territorial, que este articulado con la Región (es decir con los municipios vecinos) en beneficio de la integración en movilidad, medioambiente y productividad; buscando entonces, apoyar la conformación del área Bogotá Región.

²¹ SDP-Secretaría Distrital de Planeación Especial el TIEMPO, miércoles marzo 25 de 2020 "Así será Bogotá de contrato Social y ambiental 2020-2024.

²² Ideam

De las 163.634 hectáreas que tiene en total Bogotá, 95.967 conforma la estructura ecológica principal, representando las anteriores cifras que un 58% del área del D.C es vital para la preservación y conservación de Bogotá. Adquiriendo relevancia este contexto que lo conforman 15 humedales, 4 parques ecológicos distritales de montaña y cuatro aulas ambientales.

El sector salud en Bogotá Distrito Capital, asume el reto antes un previo reconocimiento de esta situación manifiesta y en este contexto de “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI” 2020-2024 reformulará y orientará sus acciones al manejo de los determinantes sociales de salud relacionados con los estilos de vida y con las condiciones individuales, familiares y comunitarias en un enfoque diferencial y de territorio y conservando los atributos de ciudad cuidadora, incluyente y sostenible.

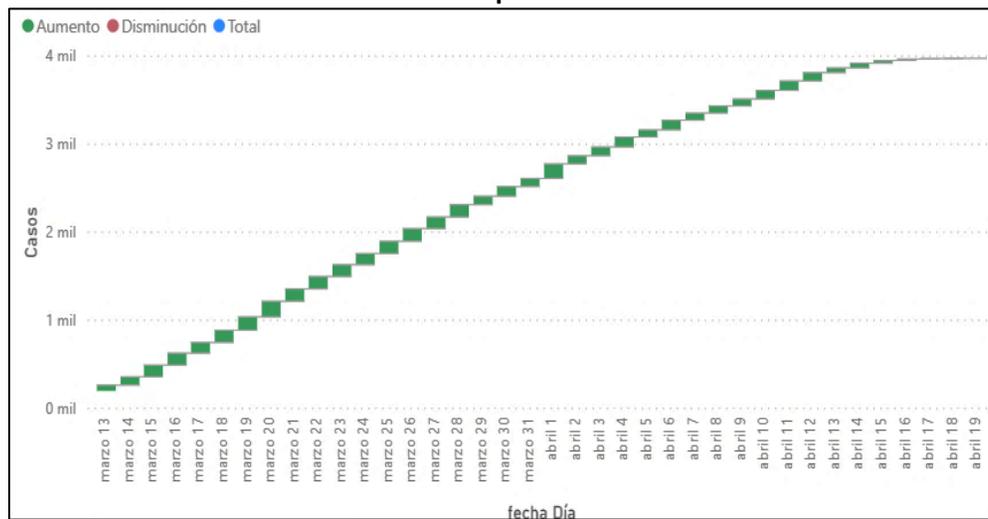
5. Emergencia Sanitaria por Coronavirus - COVID 19

El 7 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud, identificó el nuevo coronavirus - COVID-19 y declaró este brote como emergencia de salud pública de importancia internacional. El 6 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud y de la Protección Social dio a conocer el primer caso de brote de enfermedad por coronavirus - COVID-19 en el territorio nacional.

El 10 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó mediante la Resolución 0000380 de 2020, entre otras, medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena de las personas que, a partir de la entrada en vigencia de la precitada resolución, arribaran a Colombia desde la República Popular China, Francia, Italia y España y el 12 de marzo de 2020, mediante Resolución número 385, el ministro de Salud y Protección Social, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del nuevo coronavirus COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y, en virtud de la misma, adoptó una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos.

A partir de 6 de marzo del 2020 se prendieron las alarmas en el país, durante los primeros días todos los positivos reportados se relacionaban con casos importados, doce días después ya se presentaban 93 casos, todos importados o relacionados, luego de esto se perdería el cerco epidemiológico, lo que llevó al país a tomar medidas extremas (Gráfico 18).

Gráfico 18 Casos Confirmados por COVID 19 en Colombia 2020

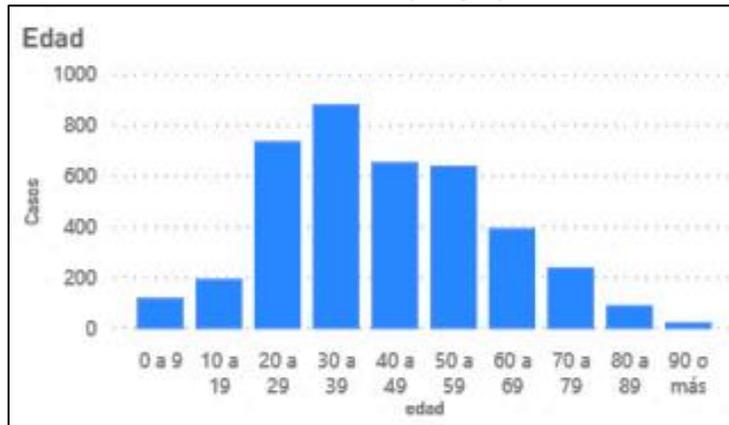


Fuente: Instituto Nacional de Salud

Un mes y diecisiete días después del primer caso, la cifra de positivos para Covid-19 se acerca a los 4.000 casos, sin embargo, la tendencia no es exponencial, por el contrario, las acciones de aislamiento

la han desacelerado. Por grupos de edad, el grupo de 30 a 39 años ha sido el más afectado frente al total de casos de muerte registrados en el país; en segundo lugar, está el grupo de 20 a 29 años y en tercer y cuarto lugar están los grupos de 40 a 49 y 50 a 59 años (Gráfico 19).

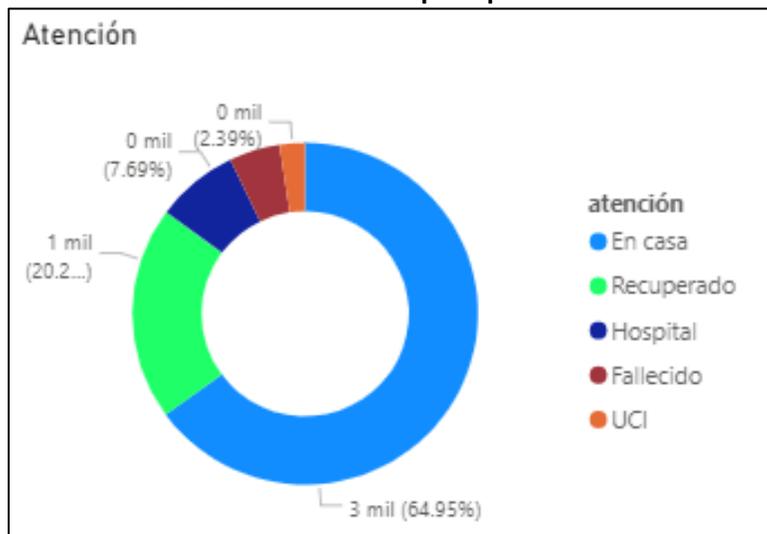
Gráfico 19 Casos COVID 19 Confirmados por grupos de edad Colombia 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud

En cuanto al tipo de atención se tiene que el 64,95%, del total de afectados del país, se encuentra aislado en casa; el 20,02% se ha recuperado; el 7,69% se encuentra hospitalizado; el 2,39% ha fallecido (Gráfico 20).

Gráfico 20 Casos COVID-19 Confirmados por tipo de Atención Colombia 2020

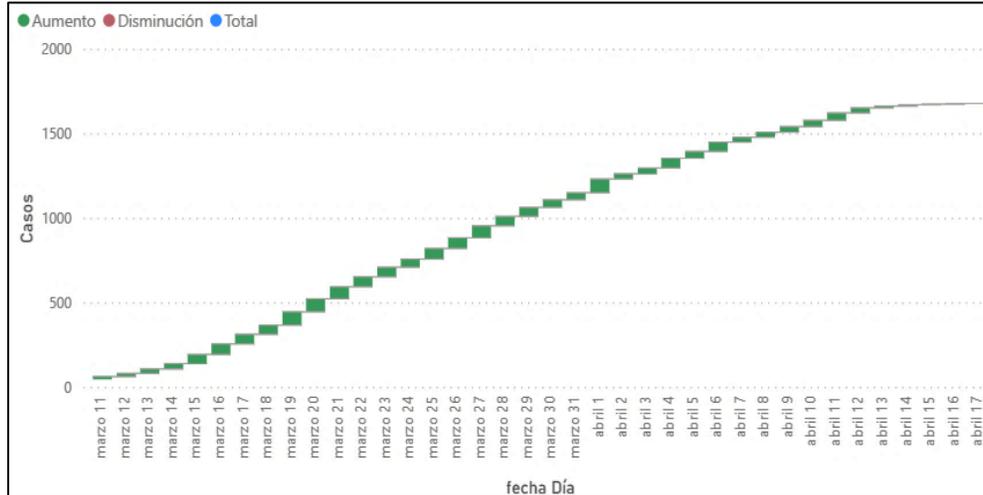


Fuente: Instituto Nacional de Salud

Por su parte, es necesario reconocer particularidades y retos del Distrito Capital frente a las demás entidades territoriales y a la nación misma. La capital representa cerca del 20% de la población total del país e incorpora los principales centros administrativos, de negocios y de comunicaciones; es así como en la capital se presentaron los primeros casos de covid-19 dado que fueron importados y

llegaron por el principal puerto aéreo del país, ubicado en la ciudad. A continuación, se presenta la tendencia de los casos positivos de Bogotá D.C. En el gráfico se puede ver como la curva tiene una muy pronunciada, similar a la registrada por el país (Gráfico 21).

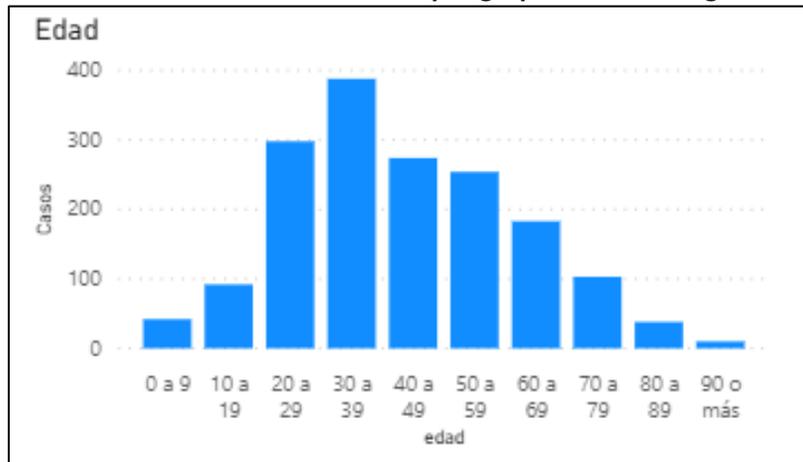
Gráfico 21 Casos de COVID Confirmados en Bogotá D.C. 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud

De igual manera, en Bogotá D.C. los casos confirmados registran una mayor concentración para la población en los grupos de edades tempranas. Específicamente para los grupos de 20 a 39 años; seguido del grupo de 20 a 29 y del grupo de 40 a 49 años (Gráfico 22).

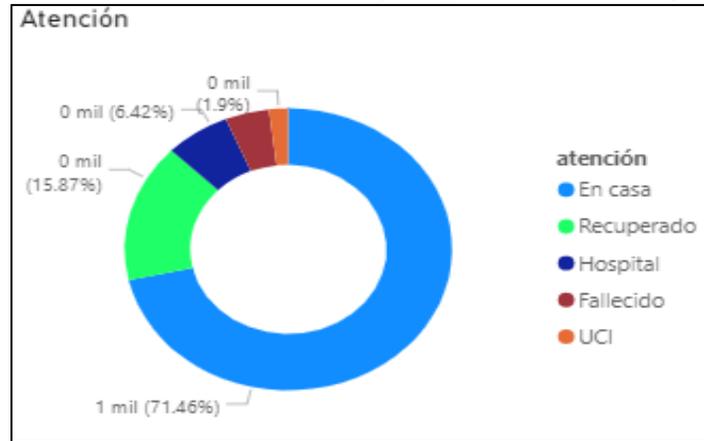
Gráfico 22 Casos COVID 19 Confirmados por grupos de edad Bogotá D.C. 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud

En cuanto al tipo de atención se tiene que el 71,46%, del total de afectados de la ciudad capital se encuentra aislado en casa; el 15,87% se ha recuperado; el 6,42% se encuentra hospitalizado y el 1,9% ha fallecido (Gráfico 23).

Gráfico 23 Casos COVID-19 Confirmados por tipo de Atención Bogotá D.C. 2020



Fuente: Instituto Nacional de Salud

El Distrito Capital, al igual que las demás entidades territoriales y la nación, se prepara durante los días de cuarentena para atender los casos que demanden servicios de salud y, a la vez, adelanta las acciones necesarias para generar las condiciones adecuadas ante un eventual incremento de casos de COVID 19, debido a que la ciudad no estaba preparada para un acontecimiento de tal magnitud (Tabla 6).

Tabla 6 Capacidad instalada en los servicios de salud

SERVICIOS	PRIVADA		PÚBLICA		TOTAL, GENERAL	
	SERVICIOS	CAMAS	SERVICIOS	CAMAS	SERVICIOS	CAMAS
GENERAL ADULTOS	112	4587	34	1974	146	6561
GENERAL PEDIÁTRICA	60	1243	27	529	87	1772
CUIDADO BÁSICO NEONATAL	28	165	12	141	40	306
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	39	225	13	163	52	388
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	39	202	12	84	51	286
CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	27	90	8	16	35	106
CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	27	156	8	50	35	206
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	62	478	15	98	77	576
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	59	755	12	198	71	953
URGENCIAS	46		36		82	0
TOTAL (GENERAL)	499	7901	177	3.253	676	11.154

Fuente: Secretaría Distrital de Salud DE Bogotá D.C.

En respuesta a la emergencia el Distrito Capital ha llevado a cabo una serie de intervenciones, como parte del Plan de respuesta a la Pandemia por Coronavirus COVID 19, dentro de las cuales se destacan la disposición de un Hospital provisional de Corferias tendrá capacidad para 2.000 camas, acorde con los lineamientos de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.: **“...Como medida preventiva se considera**

necesario desarrollar una oferta complementaria de capacidad hospitalaria en otro tipo de espacios no convencionales, como Corferias, para estar listos en el evento en que se leguen a necesitar esas camas adicionales. Es lo que constituimos con el liderazgo del Gobierno nacional y en coordinación con la Alcaldía de Bogotá y la Gobernación de Cundinamarca...". (Anexo 6):

A continuación, se muestran las metas consignadas en el Plan Distrital de Salud que contribuyen a mitigar los efectos de la pandemia.

- A 2024 atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública, así como de los eventos de salud pública de interés internacional identificados
- A 2024 implementar el plan de acción para la prevención, contención y mitigación de La pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C.
- A 2024 el Laboratorio de Salud Pública será una Unidad Administrativa con tecnología de punta y bioseguridad tipo 3.
- A 2024 incrementar en 8% los establecimientos sobre los cuales se verifican las condiciones higiénico sanitarias con enfoque de riesgo
- A 2024 realizar el seguimiento a la implementación de un (1) Modelo de Salud basado en APS, ajustado con enfoque poblacional, diferencial y de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud, involucrando las EAPB autorizadas para operar en Bogotá D.C. y las IPS priorizadas
- A 2024 haber desplegado una estrategia que, con fundamento en la Atención Primaria en Salud bajo el enfoque social del riesgo, a través de equipos interdisciplinarios para el abordaje del 100% de los territorios priorizados para mejorar las condiciones en salud de la población. (200 territorios con el nuevo modelo).
- A 2024 implementar un Plan de Consolidación del Instituto Distrital de ciencia biotecnología e innovación en salud IDCBIS, para fortalecerlo como un centro de referencia nacional e internacional en investigación biomédica, medicina regenerativa y terapias avanzadas
- A 2024 mantener el 100% de la operación de los sistemas de vigilancia en salud pública en Bogotá D.C.
- A 2024 mantener la atención al llamado y la gestión del 100% de los incidentes de la línea de emergencias 123 u otras vías de acceso del Sistema NUSE direccionados a Salud en cumplimiento del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

A 2024 fortalecer la red integrada de servicios de salud del Distrito Capital (Red privada y EAPB) en 8 estrategias y 8 RIAS definidas para implementar el Modelo de Salud ajustado incorporando el enfoque poblacional, diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial en Bogotá D.C.

6. Resultados de la Priorización de la Caracterización de la Población Afiliada a las EPS Demás EAPB y ARL.

En la Resolución 1536 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social establece los contenidos y alcances del Plan Territorial de Salud, así como las entidades responsables de adelantar cada uno de ellos capítulos. En el Título II, Artículo 7mo. determina como uno de los contenidos del Plan Territorial de Salud la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL a cargo de las EAPB y ARL: "... Artículo 7. Contenidos del plan territorial de salud. El Plan Territorial de Salud debe incluir los siguientes contenidos: 7.1. Análisis de Situación de Salud - ASIS, bajo el modelo de determinantes de la salud. 7.2. Priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL. 7.3. Priorización en salud pública. 7.4. Componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud..."²³

Así mismo, en el Título III, Capítulo I, Artículos 12 a 18 de la mencionada Resolución se incluyen las obligaciones que tienen las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) para cumplir con el proceso de planeación acogiendo e integrando en los insumos que permitan su ejecución. De manera específica, en el Artículo 14 se establece la responsabilidad para las EPAB de realizar la caracterización poblacional por cada municipio, distrito y departamento donde tenga afiliados: "...**Artículo 14. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. Las EPS y las demás EAPB, son responsables de:** 14.1. Realizar la caracterización poblacional por cada municipio, distrito y departamento donde tenga afiliados y enviar la información al Ministerio de Salud y Protección Social en el anexo técnico definido para tal fin, a través de la plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO y que esté disponible para las entidades territoriales de salud y los organismos de control..."²⁴

Como resultado del ejercicio de caracterización y priorización para Bogotá D.C. adelantado por las EAPB bajo la coordinación y liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Dirección de Aseguramiento y Garantía del derecho a la Salud, en cumplimiento de los preceptos arriba mencionados, se pudo evidenciar que los grupos de mayor riesgo para los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción son en orden de importancia, El grupo de riesgo Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico es el que se identifica con mayor frecuencia dentro de las Prioridades 1, 3 y 5; en segundo lugar está la población riesgo de infecciones y la población con riesgo de presencia de cáncer (Tabla 7 y Anexo 7).

²³ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015 "Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud". Bogotá D.C., 11 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>. Fecha de consulta: abril 8 de 2020.

²⁴ Ibidem.

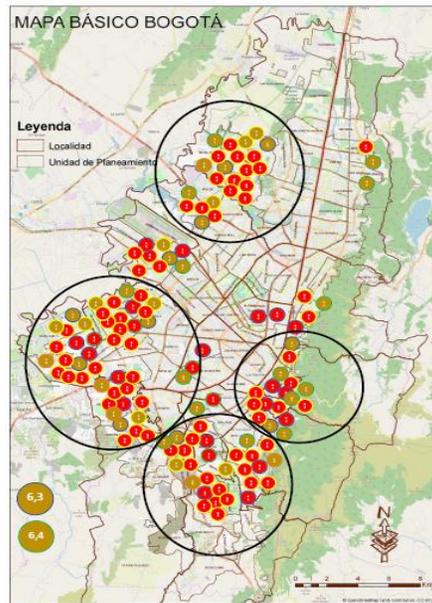
Tabla 7 Grupos de riesgo relevantes por prioridad y régimen de afiliación. Diciembre 2018

PRIORIDAD	REGIMEN CONTRIBUTIVO	REGIMEN SUBSIDIADO	REGIMEN EXCEPCION Y/O ESPECIAL	TOTAL POBLACION CARACTERIZADA
PRIORIDAD 1	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
PRIORIDAD 2	Población con riesgo o infecciones	Población con riesgo o infecciones	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o infecciones
PRIORIDAD 3	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
PRIORIDAD 4	Población con riesgo o presencia de cáncer			
PRIORIDAD 5	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o presencia de cáncer	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas

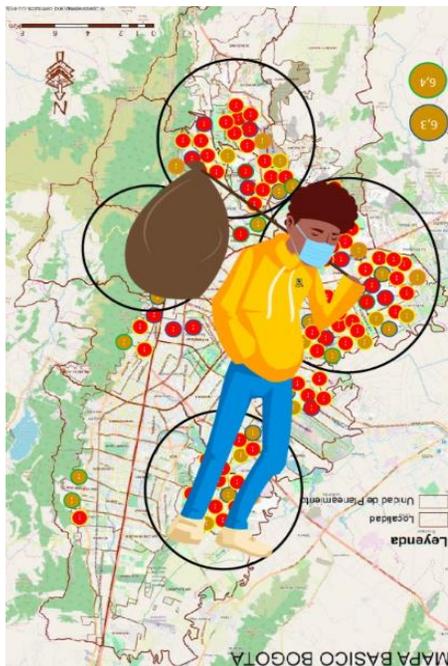
FUENTE: Reporte Caracterización EAPB 2018 Cargue 2019. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>- caracterizacion-poblacional.zip

7. Configuración y Priorización en Salud.

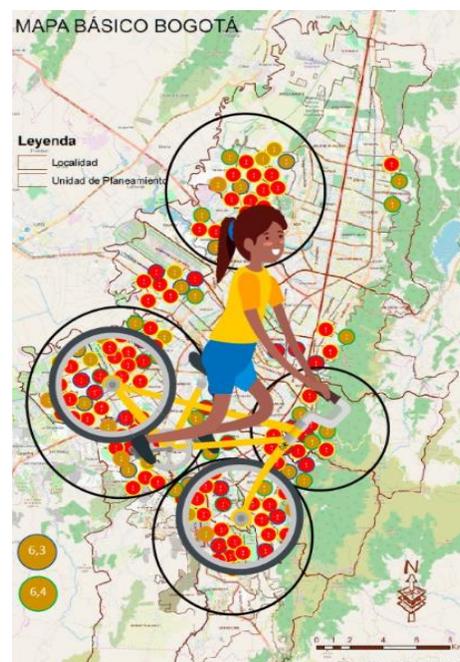
Gráfico 24 Configuración del Territorio; Metáfora Actual y Metáfora Deseada
Configuración del territorio



Metáfora Actual



Metáfora Deseada



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Planeación Sectorial

7.1. Metáfora actual.

El ciudadano representa la exclusión actual de la ciudad, donde las tensiones se ubican en la zona periférica de la ciudad, el joven representado en la metáfora lleva sus pertenencias que representan sus sueños, está saliendo del Distrito Capital porque las dinámicas de la ciudad impiden que desarrolle libremente y con autonomía sus actividades no solo en el ámbito laboral sino también social y familiar al interior de la ciudad, lleva un tapabocas debido a la contaminación de la ciudad y para evitar toda enfermedad transmisible, lleva una mano ocupada cargando todas las responsabilidades y cargas que genera el territorio y la otra en el bolsillo de su saco porque no tiene las oportunidades para trabajar con condiciones dignas, lleva su rostro mirando al piso, pensando que va a hacer con su vida y como sobrevivir.

7.2. Metáfora deseada.

La Joven representa el ciudadano que a través del nuevo contrato social de dirige hacia un mejor futuro, se moviliza a través de un medio de transporte limpio, que no solo contribuye a mejorar el ambiente, sino que también le permite mejorar sus hábitos de vida, reduciendo sus factores de riesgo y brindándole una mejor calidad de vida, respirando un nuevo aire sin la necesidad de una máscara o tapabocas, las ruedas representan el avance y se mueven juntas como toda la ciudadanía con el sector público y privado, los engranes representan la articulación intersectorial e interadministrativa que permite que estas ruedas avances, la mujer lleva sus manos al volante, con el mensaje que el rumbo de nuestra vida y el futuro está en nuestras manos, mira hacia arriba con una mejor perspectiva, de lo que será Bogotá 2030 y 2038, una nueva ciudadanía-

7.3. Ejes Estructurantes Deseados -Tensiones Transformadas (PASE):

Tabla 8 Ejes estructurantes Deseados – Tensiones Transformadas Bogotá D.C.

Dimensión Salud ambiental	Disminución de la enfermedad cardiovascular y respiratoria atribuible a la contaminación del aire, por medio del control de los factores de riesgo que favorecen esa contaminación; e igualmente, por la apropiación de las practicas saludables que disminuyen la exposición a los factores contaminantes, comunicación del riesgo especialmente para población vulnerable y otros factores que afectan estas enfermedades relacionadas con contaminación del aire.
	Caracterización de las enfermedades zoonóticas de importancia para la ciudad, evidenciándose su comportamiento y los factores de riesgo asociados a la presentación de dichas enfermedades en la población animal y humana, e implementación de estrategias intra e intersectoriales tendientes a disminuir la incidencia de dichas enfermedades, así como realizar una tenencia responsable de animales.
	Establecimientos con un alto estándar sanitario que cumplen normas sanitarias, ambientales y de uso del suelo, favoreciendo la adecuada prestación de bienes y

	servicios en la ciudad, así como un suministro de agua para consumo sin riesgo. Barrios priorizados que implementan el modelo operativo de salud ambiental.
Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.	Mejoramiento de prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en entornos donde viven y se desarrollan mediante acciones de gestión coordinada entre el sector y actores intersectoriales.
	Atención integral garantizada con tecnologías y sistemas de información para el apoyo diagnóstico y terapéutico que favorecen la disminución de la carga de la enfermedad y el cuidado en salud con autogestión y corresponsabilidad de la población con su salud.
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	Personas, familias y comunidades con mayores herramientas y acceso a servicios intersectoriales para prevención e intervención del consumo de sustancias psicoactivas que permiten mejorar su calidad de vida y bienestar.
	Personas, familias y comunidades con creencias, actitudes y prácticas transformadas que permiten mejorar la convivencia social y reducir el impacto de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, la violencia basada en género y la violencia interpersonal en los diferentes entornos.
	Personas con garantía en atención integral y seguimiento dirigido a pacientes, familias y/o cuidadores, reconociendo contextos, culturas, genero, curso de vida y territorio.
	Ciudadanos con capacidad de afrontamiento, resolución de conflictos, control de emociones e impulsos que impacte positivamente la disminución de la conducta suicida.
Dimensión S. Alimentaria y Nutricional	Incremento de la adopción de hábitos alimentarios saludables.
	Mejora en el estado nutricional de la población.
	Incremento de la práctica de lactancia materna.
	Fomentar prácticas de consumo responsable y sostenible de alimentos y agua.
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.	Habitantes de Bogotá D.C. que reconocen, apropian, ejercen y promueven los Derechos Sexuales y Reproductivos, se benefician con servicios de salud de calidad y avanzan hacia una cultura de autocuidado y corresponsabilidad para el fomento de la maternidad y paternidad planeada, segura y feliz.
	Familias gestantes y lactantes que viven y habitan en el distrito capital, ejerciendo el derecho a la maternidad y paternidad responsable; que cuidan a sus niños y niñas, generando adherencia y corresponsabilidad a través de la asistencia a la atención integral en salud con calidad a los programas pre y postnatales.
	Padres, madres y cuidadores que protegen y orientan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes para la toma de decisiones autónomas, libres e informadas, sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, con el acompañamiento y atención en servicios de salud cálidos, integrales con enfoque poblacional diferencial.

Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.	Ciudadanos/as informados y empoderados en la prevención de enfermedades transmitidas por vía aérea. Usuarios de los servicios de salud informados y empoderados en la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y talento humano en salud comprometido con la vigilancia, prevención y control de las IAAS.
	Ciudadanos y ciudadanas informados y empoderados del cuidado de la salud en especial de los eventos inmunoprevenibles con el fortalecimiento de los servicios de salud con calidad. Bogotá D.C. mantiene servicios de salud con calidad para una atención integral de los y las ciudadanas que presenten riesgo de adquirir enfermedades transmitidas por vectores.
Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres.	Ciudadanía empoderada, capacitada y sensibilizada en la identificación de riesgo, además da continuidad a procesos de articulación intersectorial y ciudad-región y amplias estrategias para prevención primaria; fortalecer la preparación institucional y comunitaria ante la materialización de los diferentes riesgos en los aspectos técnicos y financieros y fortalecimiento del sistema de información de emergencias médicas articulado con otros sectores.
	Población consciente y sensibilizada en el riesgo de la propagación de eventos de interés en salud pública con enfoque poblacional y procesos de articulación intersectorial con capacidad de conocimiento, mitigación y respuesta ante la materialización de los diferentes eventos de interés de salud pública emergentes y reemergentes nacional e internacional.
	Población que adopta comportamientos de autocuidado y corresponsabilidad que fortalecen la gestión del riesgo individual y colectivo y sistemas de emergencias médicas territoriales articulados para disminuir los incidentes y mejorar la gestión de las solicitudes de población ante situaciones de urgencias, emergencias y desastres.
Dimensión Salud y Ámbito Laboral	Familias que promueven la desvinculación del trabajo infantil, a través del reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes para la atención en salud, educación, manejo de tiempo libre y su entorno social, transformando sus modos y estilos de vida.
	Trabajadores informales que, a través de acciones de información, educación y comunicación, modifican sus entornos de trabajo, transformando prácticas en el desarrollo de su ocupación, hábitos y estilos de vida saludable, y reconociendo los eventos de salud relacionados con el trabajo.
Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	La ciudad en articulación con el Sistema Distrital de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SDARIV) implementa estrategias de Reparación Integral dirigida a la población víctima del conflicto armado, articulando procesos sectoriales e intersectoriales para respuesta integral y el restablecimiento efectivo de los derechos vulnerados a estas comunidades, lo anterior con la vinculación activa y efectiva de las víctimas en procesos de construcción e implementación de las políticas públicas, promoviendo la incidencia en diferentes instancias institucionales, sociales y comunitarias.
	Población víctima del conflicto armado residente en el Distrito Capital que cuenta con acceso a servicios sociales que garantizan el cuidado, la inclusión y la sostenibilidad de esta población, así como la satisfacción de las necesidades básicas que posibilitan

	<p>el desarrollo de sus planes de vida e inciden en el mejoramiento de sus condiciones de salud y bienestar. En salud estrategias de acceso efectivo a servicios que disminuyen carga de enfermedad y mitigan afectaciones e impactos diferenciales según situación o condición en la salud mental de la población víctima del conflicto armado.</p>
<p>Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables</p>	<p>Bogotá Ciudad cuidadora, incluyente y sostenible afianzará desde el sector salud, las acciones individuales y colectivas para el bienestar, el cuidado y la participación de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores, incrementando las oportunidades para un acceso y vinculación en igualdad de condiciones que los demás, a la oferta integral de salud y rehabilitación en el marco de la APS y el modelo social de la discapacidad acorde con la demanda de la población, las políticas públicas y el SGSSS.</p> <p>Lo anterior con una respuesta más oportuna, resolutive, participativa e incluyente con ajustes razonables, estructurada en tres componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento en prácticas de Cuidado (autocuidado, cuidado mutuo), así como el uso de rutas sectoriales e intersectoriales para la promoción y gestión integral de la salud. Participación en redes de apoyo para informar y educar en prácticas de cuidado colectivo y del entorno. <p>Corresponsabilidad social y autogestión para un mejor ejercicio ciudadano individual, familiar y comunitario por un bien colectivo para una ciudad sana, incluyente y accesible.</p>
<p>Dimensión Transversal Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud</p>	<p>Implementación de un modelo de salud con enfoque diferencial que incorpore saberes y conocimientos ancestrales de los pueblos negros, afrocolombianos, raizales, palenqueros, indígenas y ROM en el actual sistema de Salud. El Modelo de atención integral en salud del distrito, reconoce, apropia e implementa acciones individuales, colectivas y familiares con enfoques de género, de orientación sexual y de identidad de género, desde las diversidades y las diferencias de las poblaciones de mujer y LGBTI.</p> <p>Integral de Atenciones desde la gestación hasta la adolescencia (RIAGA), la Ruta de Oportunidades para Jóvenes (ROJ) y las Rutas Integrales de Atención en Salud para los momentos del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia y juventud; contribuyendo a la atención integral de NNAJ e incidiendo en la transformación de condiciones sociales y económicas de esta población. Accesibilidad a servicios de salud con énfasis en la prevención y tratamiento integral de patologías propias de este momento de vida. Programas sociales que involucran a la persona mayor como transmisor de conocimiento, experiencia y sabiduría social con sus pares, niños, niñas y adolescentes. Sostenibilidad ambiental económica y social.</p> <p>Sistema de vigilancia en salud estandarizado, articulado, interoperable y que integre a los diferentes actores (EAPB, Prestadores de Servicios Red de VSP y Red de laboratorios); que permita la identificación temprana de alertas y riesgos en salud incluyendo la interoperabilidad con otros sectores, así como la ciudadanía.</p>

	<p>El sistema de financiamiento del sector salud responderá a las necesidades particulares del Distrito Capital, garantizando el cumplimiento de los objetivos establecidos en el mismo, su distribución y aplicación será responsabilidad de la entidad territorial, siendo utilizados con criterios de eficacia y efectividad.</p>
	<p>Mejorar la participación incidente de la ciudadanía y las organizaciones sociales en los procesos de planeación local y distrital y en el desarrollo del ciclo de políticas públicas del sector.</p>
	<p>Empoderar a los ciudadanos para dialogar con los actores del sector salud para la exigibilidad del acceso al sistema de seguridad social en salud, y a las entidades del sistema para garantizar canales efectivos de escucha y atención de requerimientos ciudadanos en busca de soluciones concertadas para satisfacer sus necesidades y expectativas para recuperar su confianza en el sector salud.</p>
	<p>talento humano en salud suficiente con las competencias requeridas y en las condiciones adecuadas para la atención en salud de la población de Bogotá Generar saberes y conocimientos integrando tecnologías e innovaciones para la toma de decisiones que transformen las condiciones de cuidado, de sostenibilidad, de inclusión en la vida y la salud de la población en la ciudad.</p>

Fuente: Equipo PASE a la Equidad en Salud- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

8. Componente Estratégico de Mediano Plazo del Plan Territorial de Salud

8.1. Plataforma Estratégica

8.1.1. Misión

Garantizar el derecho a la salud de la población de Bogotá D.C. a través de un modelo de atención integral en salud basado en APS que, ajustado con los enfoques diferencial poblacional, territorial y de género, permita la intervención en los determinantes sociales y ambientales que inciden en la salud de la población de la Ciudad en el contexto del proceso de integración de Bogotá D.C. con la región, buscando el bienestar de todos los que habitan en ella.

8.1.2. Visión

A 2024 Bogotá D.C. será una ciudad incluyente, protectora, cuidadora, sostenible y consciente que promueve el bienestar de todos sus habitantes, bajo el enfoque diferencial, de género, de cultura ciudadana y territorial, la ciudad-región garantizará el cuidado y la inclusión de sus habitantes, y será un territorio sostenible y consciente.

Bajo un nuevo contrato social los distintos sectores de la sociedad aunaran esfuerzos para mejorar los hábitos y los modos de vida. Que aporten a mejorar la calidad de vida, reduciendo los factores de riesgo en salud, afectando determinantes sociales de la salud y con ello la morbilidad y mortalidad evitables.

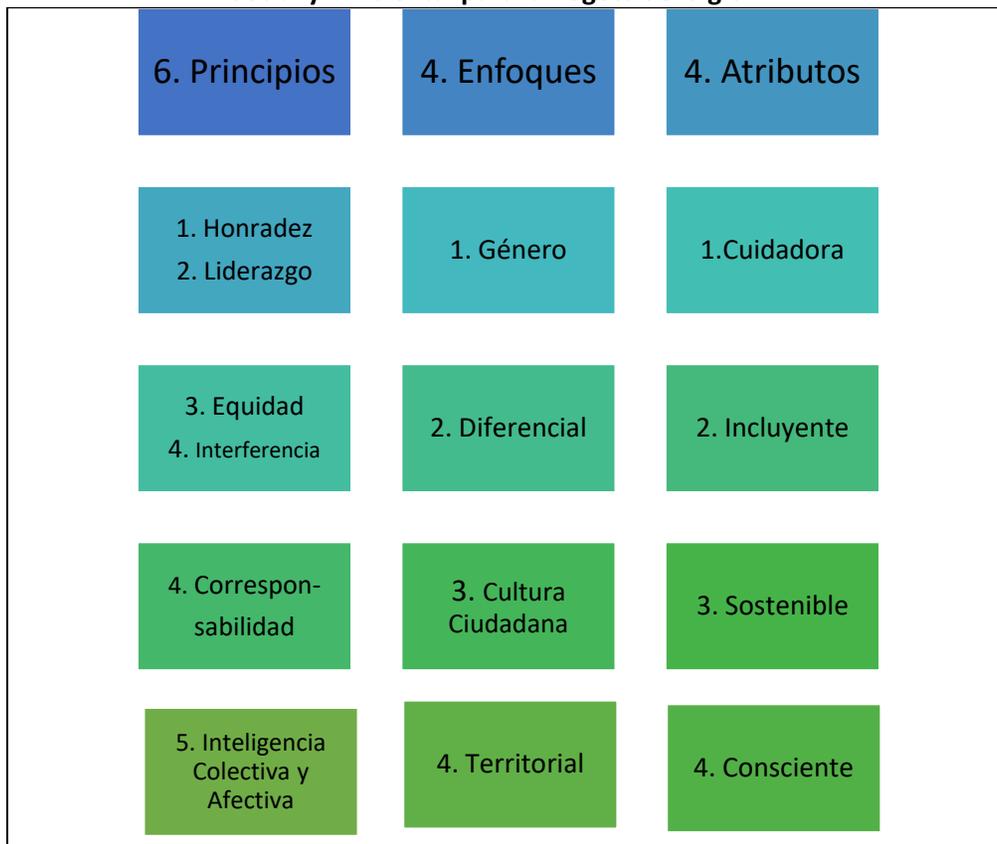
8.1.3. Objetivos Estratégicos (Desafíos Priorizados)

- Consolidar un modelo de atención integral de salud fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS) y en el enfoque de determinantes sociales y ambientales, con perspectiva diferencial, de género y territorial, que garantice la prestación de servicio con calidad a todos los habitantes de la ciudad, especialmente a los más vulnerables. A través de las rutas de atención, el responder a las necesidades de la población buscando mejorar la calidad de vida.
- Mejorar las condiciones, modos y hábitos de vida de la ciudadanía, por medio de la articulación de acciones colectivas e individuales con los programas intersectoriales e interadministrativos reduciremos los factores de riesgo en salud y mejoraremos la calidad de vida de todos los habitantes de la capital.
- Mejorar los modos de vida de la ciudad, siendo un territorio más consciente y sostenible, a través de una movilidad más inteligente, un consumo más responsable y una producción más limpia reduciremos los factores de riesgo asociados al entorno y al ambiente.

8.2. Principios, Enfoques y Atributos

Acorde con el objetivo general del Plan de Desarrollo “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”, en el cual se busca la consolidación de un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI. que permita la construcción con la ciudadanía de manera progresiva de una Bogotá integrada con la región, así como la ampliación de las oportunidades de inclusión social y productiva, en particular de las mujeres y los jóvenes, para superar progresivamente los factores de naturalización de la exclusión, discriminación y segregación socioeconómica y espacial que impiden la igualdad de oportunidades y el ejercicio de una vida libre, colectivamente sostenible y feliz; desde el sector salud se integran estrategias alrededor de los principios, enfoque y atributos en los cuales se soporta la Propuesta de la Administración Distrital para el Período 2020-2024 (Gráfico 25).

Gráfico 25 Estructura Plan de Desarrollo 2020-2024 (Componente Estratégico) Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación <http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/presentaciongeneralpdd-sdp-11032020.pdf>

En este sentido, desde el sector salud en Bogotá D.C. se tendrán como principios básicos que caracterizaran la acción Estatal y el quehacer de todas y cada una de las personas que forman parte del equipo de trabajadores de la salud en Bogotá D.C. y que guiarán el ejercicio del servicio público de la salud en Bogotá D.C.: la vocación de servicio, el liderazgo público, la ética, la transparencia, la

rendición de cuentas, la inteligencia y acción colectiva, la corresponsabilidad y la interdependencia e integración.

Las inversiones para realizar en el cuatrienio en el sector salud se llevarán a cabo bajo los enfoques de género, diferencial, de cultura ciudadana y territorial en todos y cada uno de los programas que involucran la prestación del servicio de salud; teniendo en cuenta, además, que hacemos parte de una metrópoli cuyos atributos la perfilan como una ciudad cuidadora, incluyente, sostenible y consciente.

8.3. Propósitos, estrategias transversales y logros de Ciudad

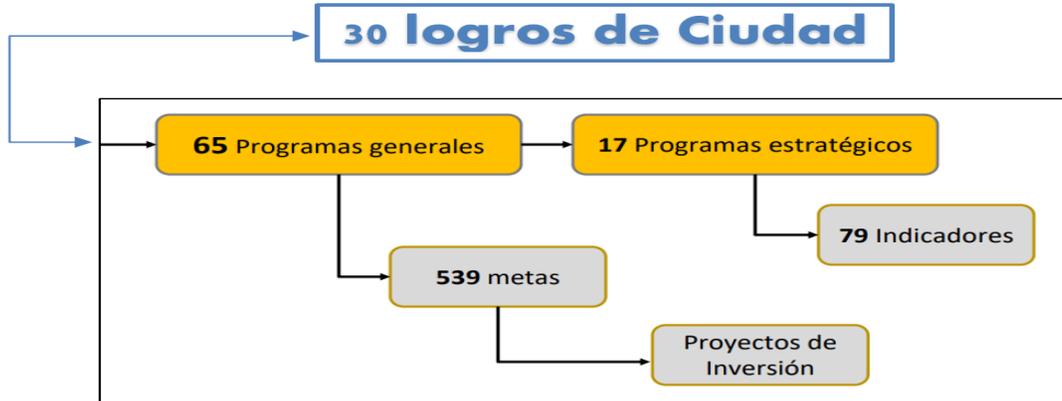
El Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020-2024 se fundamenta en los cinco pilares en los cuales la Alcaldesa Claudia López fundamentó su Programa de Gobierno, los cuales, a su vez, se constituyen en la columna vertebral del Plan de Desarrollo Bogotá D.C. 2020-2024 “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI, a saber: i) Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política; ii). Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar el cambio climático; iii). Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación; iv). Hacer de Bogotá Región un modelo de movilidad, creatividad y productividad incluyente y sostenible; y v). Construir una Bogotá Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente (Gráfico 26).

Gráfico 26 Propósitos Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI



La propuesta del desarrollo de la ciudad frente a los cinco (5) propósitos del Programa de Gobierno de la Alcaldesa Electa, se materializa en treinta (30) logros con alcance de ciudad región y será posible con la gestión articulada entre los sectores de la administración de Bogotá D.C. y la gerencia conjunta de sesenta y cinco (65) programas generales en los cuales se integran quinientas treinta y nueve (539) metas de ciudad que, a su vez, se agrupan en diecisiete (17) Programas Estratégicos con setenta y nueve (79) indicadores de gestión (Gráfico 27).

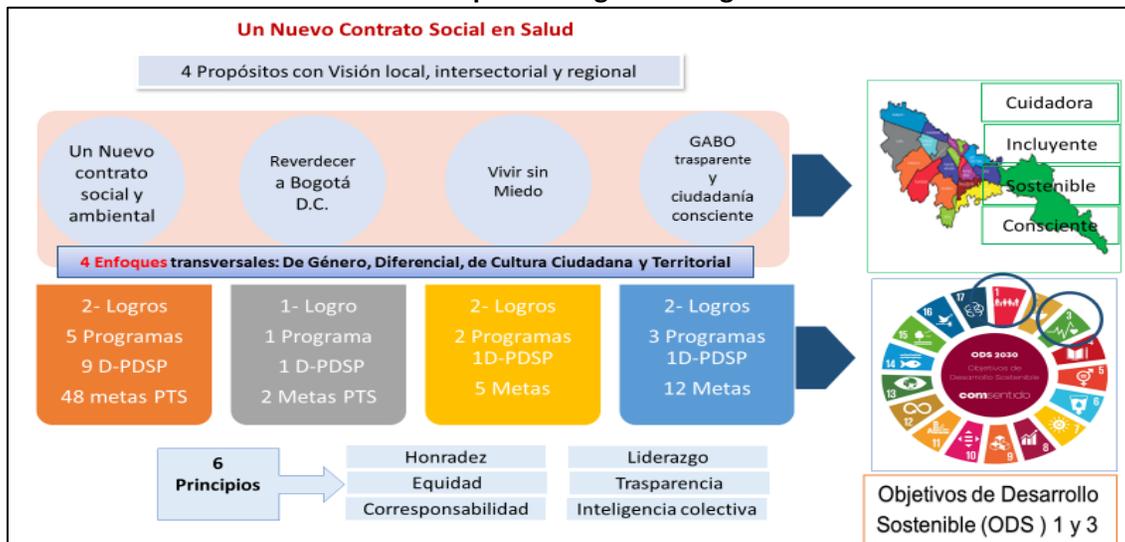
Gráfico 27 Logros, Programas y Metas Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación <http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/presentaciongeneralpdd-sdp-11032020.pdf>

En el contexto de la visión y del objetivo general; así como de los seis (6) principios, cuatro (4) enfoques, cuatro (4) atributos, cinco (5) pilares, treinta logros de ciudad, programas generales, programas estratégicos, metas e indicadores que forman parte integral del Plan de Desarrollo “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”, es que se formula y armoniza el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. para el período 2020-2024 el cual aporta al logro de las apuestas de la actual administración, tal y como se enuncia en los siguientes apartes (Gráfico 28):

Gráfico 28 Participación del Sector Salud Plan de Desarrollo 2020-2024 Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI



Fuente. Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Planeación sectorial

8.3.1. Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política.

El propósito busca reducir la pobreza en todos sus ámbitos con un enfoque importante en las mujeres, además lograr un sistema de Salud en la ciudad con un enfoque diferencial, territorial, de género y participativo que garantice este derecho en toda la ciudad. Este propósito incluye diez (19) logros, veintinueve (29) programas, ciento setenta y un (171) metas y 26 indicadores.

El sector salud aporta en dos (2) logros: I): Lograr para la ciudad implementar el sistema distrital de cuidado y la estrategia de transversalización y territorialización de los enfoques de género y diferencial para garantizar la igualdad de género, los derechos de las mujeres y el desarrollo de capacidades de la ciudadanía en el nivel distrital y local; y II): Completar la implementación de un modelo de salud con enfoque poblacional-diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud.

El sector salud se inscribe en los Programas: I). Mejora de la gestión de instituciones de salud; II). Prevención y atención de maternidad temprana; III). Prevención y cambios para mejorar la salud de la población; IV). Salud para la vida y el bienestar; V). Salud y bienestar para niñas y niños y vi. Sistema Distrital de Cuidado.

8.3.1.1. Programa: Mejora de la gestión de instituciones de salud

El programa busca llevar la salud a la residencia, barrio y entorno. Desarrolla de manera efectiva un modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) y en la Determinación social y ambiental que da cuenta de los fenómenos sociales a través de los enfoques diferencial, territorial, poblacional y de cultura ciudadana. Permite que equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. La mirada y la intervención reconoce realidades distintas en las diferentes localidades que requieren distintas respuestas. Involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores. Las metas evaluables para el programa son:

En Autoridad Sanitaria Territorial

- A 2024 ajustar el actual Modelo de Salud basado en APS incorporando el enfoque poblacional, diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la ciudad. **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo).**
- A 2024 haber desplegado una estrategia que, con fundamento en la Atención Primaria en Salud bajo el enfoque social del riesgo, a través de equipos interdisciplinarios para el abordaje del 100% de los territorios priorizados para mejorar las condiciones en salud de la población. (200 territorios con el nuevo modelo).
- A 2024 orientar la implementación de las RIAS con énfasis en las priorizadas para el D.C., en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá D.C.
- A 2024 realizar el seguimiento a la implementación de un (1) Modelo de Salud basado en APS, ajustado con enfoque poblacional, diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud, involucrando las EAPB autorizadas para operar en Bogotá D.C. y las IPS priorizadas.

- A 2024 realizar seguimiento e incrementar de 6 a 8 las Rutas Integrales de Atención en Salud en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud Pública Distritales, de manera progresiva y escalable, en el marco del Modelo de Salud.
- A 2024 continuar con la implementación del Plan de Asesoría y Asistencia Técnica a la EPS Capital Salud con miras a lograr la sostenibilidad (financiera y técnica) en el marco del Modelo de Salud ajustado con enfoque poblacional, diferencial, participativo, resolutivo y territorial.
- A 2024 implementar un Plan de Consolidación del Instituto Distrital de ciencia biotecnología e innovación en salud IDCBS, para fortalecerlo como un centro de referencia nacional e internacional en investigación biomédica, medicina regenerativa y terapias avanzadas
- A 2024 el Laboratorio de Salud Pública será una Unidad Administrativa con tecnología de punta y bioseguridad tipo 3.
- A 2024 Mantener en 100% la garantía de la atención en salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSSS a cargo del Distrito Capital.
- A 2024 diseñar e implementar un abordaje para la atención en salud para población migrante de conformidad con la normatividad vigente.
- A 2024 mantener el 100% de la operación de los sistemas de vigilancia en salud pública en Bogotá D.C.
- A 2024 conseguir una cobertura del 95% o más el aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital. (Con base en Censo DANE 2018). **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.
- A 2024 el sector salud contará con una infraestructura y dotación públicas que le permita prestar servicios con calidad y oportunidad acorde con el Modelo de Salud basado en el enfoque poblacional, diferencial, participativo, resolutivo y territorial. **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.
- A 2024 mantener por encima del 95% la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica en las 4 subredes de servicios de salud y avanzar en los puntos de la red privada priorizados **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.
- A 2024 cumplir con el 100% en la implementación de la arquitectura empresarial de soluciones que integran exitosamente la mejora de los procesos estratégicos, técnicos y operativos de la Dirección Territorial de Salud **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.

En Salud Pública en Emergencias y Desastres

- A 2024 mantener la atención al llamado y la gestión del 100% de los incidentes de la línea de emergencias 123 u otras vías de acceso del Sistema NUSE direccionados a Salud en cumplimiento del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.

8.3.1.2. Programa: Sistema Distrital de Cuidado.

Bogotá como una ciudad cuidadora, incluyente y sostenible tiene el compromiso de reconocer, redistribuir y remunerar progresivamente las labores de cuidado que han estado ligadas históricamente a las mujeres. Es por eso que este programa plantea realizar acciones individuales y

colectivas, dentro del Modelo de Atención en Salud, que promueva la transformación cultural para redistribución de las labores de cuidado y la participación de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores en los asuntos que tienen que ver con sus vidas y salud en el disfrute de la ciudad.

Dentro de este programa se contempla el empoderamiento en prácticas de Cuidado (autocuidado, cuidado mutuo), la participación en redes de apoyo para informar y educar en prácticas de cuidado colectivo y del entorno y la corresponsabilidad social y autogestión para un mejor ejercicio ciudadano individual, familiar y comunitario por un bien colectivo para una ciudad cuidadora, incluyente, accesible y saludable. Las metas evaluables para el programa son:

En Gestión Diferencial de Poblaciones

- A 2024 incrementar la vinculación en 70.000 personas con discapacidad y cuidadoras/es a las acciones individuales y colectivas para la identificación, reconocimiento y atención integral a las necesidades diferenciales en salud e inclusión. **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo).**
- ✓ A 2024 incrementar en 24.000 personas con discapacidad la participación en las acciones de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como respuesta integral y multisectorial. (Llegar a 44.000)
- ✓ A 2024 incrementar en 36.000 cuidadores de personas con discapacidad la participación en las acciones de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como respuesta integral y multisectorial. (Llegar a 66.000)
- ✓ A 2024 llegar a 10.000 cuidadores de personas con dependencia funcional moderada y severa mediante acciones de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como respuesta integral y multisectorial.
- A 2024 diseñar e implementar una estrategia que favorezca el acceso a los servicios de salud de componente primario para la población institucionalizada a cargo del Distrito Capital.

8.3.1.3. Programa: Prevención y cambios para mejorar la salud de la población

El Programa contribuye a promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud enfermedad, detectando oportunamente la enfermedad y fortalece la recuperación y la rehabilitación del ciudadano y ciudadana; lo cual, favorece la inclusión social y el desarrollo integral de los ciudadanos y ciudadanas, sus familias y la comunidad en los entornos donde viven y se desarrollan mediante acciones de gestión coordinada entre el sector y actores intersectoriales. Las metas evaluables para el programa son:

En Convivencia Social y Salud Mental

- A 2024 impedir la disminución de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas. **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo).**

- A 2024 mejorar niveles de habilidades y competencias protectoras de la salud mental en 301.405 niños, niñas y adolescentes y cuidadores en los entornos de vida cotidiana.
- A 2024 incrementar a 126.000 personas la cobertura de sujetos con intervenciones promocionales y de gestión del riesgo en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- A 2024 crear y mantener en funcionamiento el Fondo Rotatorio de Estupefacientes.
- A 2024 crear y mantener en funcionamiento el Observatorio Intersectorial de Drogas.
- A 2023 contar con un estudio sobre trastornos y problemas en salud mental.

En Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles

- A 2024 reducir en un 20% la morbilidad de enfermedades transmisibles de control (Tosferina, Varicela, Hepatitis A, parotiditis y meningitis) y controlar en Bogotá D.C. la Pandemia de Coronavirus COVID 19. **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.
- A 2024 atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública, así como de los eventos de salud pública de interés internacional. **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.
- A 2024 mantener la tasa de mortalidad por neumonía por debajo de 6,5 casos por 100,000 menores de 5 años en el D.C.
- A 2024 implementar el plan de acción para la prevención, contención y mitigación de La pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C.
- A 2024 alcanzar un 90% de personas que conviven con VIH y conocen su diagnóstico, un 90% que acceden al tratamiento y un 80% que alcanzan la carga viral indetectable.
- A 2024 mantener por debajo de 2% la tasa global de Infecciones Asociadas a la atención en salud.
- A 2024 mantener la tasa de mortalidad por Tuberculosis en menos de 1 caso por 100.000 habitantes en el D.C.

En Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles

- A 2024 mantener la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por debajo de 127 por 100,000 personas en edades de 30 a 69 años **(Meta Trazadora del Plan de Desarrollo)**.
- A 2024 diseñar e implementar estrategia de promoción de prácticas y estilos de vida saludable para prevención de las enfermedades no trasmisibles (ENT)
- Incrementar en un 30% la oportunidad en el inicio tratamientos de leucemia en menor de 18 años.
- Incrementar en un 40% la oportunidad en el inicio del tratamiento para cáncer en la mujer.

En Salud y Ámbito Laboral

- A 2024 el 50% de los trabajadores informales intervenidos por el sector salud mejoran sus condiciones de salud y trabajo.

En Seguridad Alimentaria y Nutricional

- A 2024 el 65% de escolares de 5 a 17 años de las instituciones educativas intervenidas, tienen estado nutricional adecuado según el indicador Índice de Masa Corporal para la Edad.

8.3.1.4. Programa: Salud para la vida y el bienestar

Se ocupa de la promoción de la salud materna y perinatal y de aquellas poblaciones que cuentan con condiciones diferenciales (etnias, LGBTI, habitantes de calle, carreteros, personas mayores en condición de vulnerabilidad y personas que ejercen actividades sexuales pagadas), con criterios de inclusión e intervenciones centradas en los ciudadanos y ciudadanas, su familia y la comunidad, respetando opciones, cultura, contexto social y necesidades específicas, apuntando a una atención con acciones promocionales y preventivas más seguras, eficientes y equitativas. Las metas evaluables para el programa son:

En Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

- A 2024 disminuir en 20% la Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- A 2024 reducir en un 10% la tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos+ fetales. (Cierre de base de datos 2018 EEVV- RUAF tasa de 14,6)."
- A 2024 reducir en un 20% el número de nacimientos en mujeres de 10 a 14 años avanzando hacia cero tolerancias con el embarazo en menores de 14 años.
- A 2024 reducir en 10% el número de nacimientos en mujeres con edades entre 15 y 19 años.
- A 2024 reducir en 35% los nacimientos en mujeres con edad menor o igual a 19 años que ya tuvieron un hijo.

En Gestión Diferencial de Poblaciones

- A 2024 incrementar en un 33% la atención a las poblaciones diferenciales (etnias, LGBTI, habitantes de calle, carreteros, personas que ejercen actividades sexuales pagadas), desde la gestión de la salud pública y acciones colectivas. (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).

8.3.1.5. Programa: Salud y bienestar para niñas y niños

El programa contribuye al desarrollo integral de los niños y niñas de la ciudad en su contexto individual, familiar y comunitario, respetando diversidad, cultura y género con acciones protectoras e incluyentes que apuntan a promocionar la salud y prevenir la enfermedad en el contexto del modelo de atención integral en salud. Las metas evaluables para el programa son:

En Seguridad Alimentaria y Nutricional

- A 2024 Llevar a cero la tasa de mortalidad por 100.000 en menores de 5 años por desnutrición aguda como causa básica. (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).

- A 2024 incrementar al 82% la proporción de niñas y niños menores de 5 años con estado nutricional adecuado según el indicador peso para la talla.
- A 2024 certificar las 4 subredes y 10 IPS privadas con la estrategia de instituciones amigas de las mujeres y la infancia integral.

En Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles

- A 2024 disminuir en un 25% la incidencia de sífilis congénita (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- A 2024 lograr coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% en los indicadores trazadores del programa ampliado de inmunizaciones definido para la ciudad. Meta de resultado.

En Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

- A 2024 reducir en un 8% la tasa de mortalidad infantil (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- A 2024 incrementar en 20% la detección precoz y atención integral de niños y niñas con defectos congénitos a través de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la gestión de riesgo preconcepciones, prenatal y postnatal.

8.3.2. Propósito 2. Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar el cambio climático.

Este propósito le apunta a adaptar a la ciudad al cambio climático, cuidando la estructura ecológica principal y cuidando todas las formas de vida, apostándole a una reducción de la contaminación ambiental, que incluye un trabajo de todos de cambios de hábitos para proteger y garantizar la vida de las ciudadanías del futuro.

8.3.2.1. Programa: Manejo y prevención de contaminación

Busca la disminución de la enfermedad cardiovascular y respiratoria atribuible a la contaminación del aire, por medio de la promoción de modos, hábitos y estilos de vida que transforme nuestra relación con la naturaleza para mitigar los factores de riesgo resultado del cambio climático que afecta a la población más vulnerable. Las metas evaluables para el programa son:

En Salud Ambiental

- A 2024 reducir en un 5% la mortalidad por contaminación del aire por material particulado PM 2.5 (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- A 2024 implementar una vigilancia centinela de eventos respiratorios y cardiovasculares para monitorear episodios de contaminación del aire en la ciudad en el marco de un sistema de alertas tempranas.
- A 2024 implementar el 100% de las estrategias establecidas en la política de salud ambiental en Bogotá D.C. (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).

- A 2024 desarrollar una estrategia de entornos ambientalmente saludables a nivel urbano y rural en territorios priorizados (alimentos sanos y seguros, calidad del agua y del aire, saneamiento básico, cambio climático, medicina tradicional con base en plantas medicinales y enfermedades transmisibles de origen zoonótico).
- A 2024 diseñar e implementar un sistema de vigilancia de eventos transmisibles de origen zoonótico de interés en salud pública, con apoyo del Centro de Zoonosis de Bogotá D.C. y el Laboratorio Distrital de Salud Pública.
- A 2024 lograr cobertura de vacunación antirrábica canina y felina igual o superior al 80%.

En Autoridad Sanitaria Territorial

- A 2024 incrementar en 8% los establecimientos sobre los cuales se verifican las condiciones higiénico sanitarias con enfoque de riesgo.
- A 2024 realizar vigilancia al 100% de los sistemas de abastecimiento de agua.

8.3.3. Propósito 3. Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación.

Este propósito está dirigido a lograr que la ciudad sea un lugar donde no haya violencias contra las mujeres, racismo, clasismo, homofobia y xenofobia. Además, posicionar a Bogotá como epicentro de la paz con el desarrollo de los PDET en Sumapaz y el límite con Soacha. A esto se suma reducir los mercados criminales, los delitos y las muertes con una priorización a los hechos que afectan a las mujeres, peatones, bici usuarios y usuarios del transporte público.

8.3.3.1. Programa: Sin machismo ni violencia contra las mujeres, las niñas y los niños

El respeto por la vida y la dignidad humana es lo fundamental. Para ello el programa promueve una apuesta por la transformación cultural que mitigue las prácticas patriarcales y potencie la emergencia de nuevas masculinidades y feminidades que se soporta en el cambio de creencias, actitudes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades, para la promoción de la convivencia social y la minimización del impacto de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, la violencia basada en género y la violencia interpersonal en los diferentes entornos. . Las metas evaluables para el programa son:

En Gestión Diferencial de Poblaciones

- A 2024 implementar 20 servicios de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- Incrementar un 22% el abordaje integral de la violencia (llegar a 78,3%) (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).

- A 2024 fortalecer las intervenciones a través de las líneas, plataformas y canales de prevención y atención a las violencias)

8.3.3.2. Programa: Bogotá territorio de paz y atención integral a las víctimas del conflicto armado.

Desde el sector salud se garantizará el cuidado, inclusión y atención psicosocial de la población víctima del conflicto armado, residente en el Distrito Capital. También se impulsarán espacios de diálogo social que contribuya a la reconciliación y construcción de paz, articulados al modelo de atención en salud con enfoque género, territorial, poblacional y diferencial que comprende el proceso de determinación social, política, económica y ambiental y construye acción a partir de los territorios, de manera transectorial e intersectorial en pro de la vida y la salud a través de la promoción, prevención y atención de los servicios de salud. Las metas evaluables para el programa son:

En Gestión Diferencial de Poblaciones

- A 2024 realizar atención psicosocial a 14.400 personas víctimas del conflicto armado (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).

8.3.4. Propósito 5. Construir una Bogotá Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente.

Este propósito le apuesta a una política de gobierno abierto de Bogotá al servicio de la ciudadanía con transparencia y participación. Con presupuestos participativos implementados en las 20 localidades de la ciudad. Además de un Plan de Ordenamiento Territorial (POT) que contemple el desarrollo sostenible desde lo social, económico y ambiental para la ciudad y la región.

8.3.4.1. Programa: Gestión Pública Efectiva

La Secretaria Distrital de Salud, para el ejercicio de su función rectora y el desarrollo de sus capacidades políticas, técnicas y operativas hará uso de herramientas de gestión innovadoras, tecnológicas, investigativas, eficientes y articuladas, que contribuyen desde la gestión a la reducción de trámites, en el mejoramiento de las condiciones de cuidado, sostenibilidad e inclusión en la vida y la salud de la población de la ciudad, a través de la implementación del modelo de atención en salud. y consolidación de la historia clínica digital. Las metas evaluables para el programa son:

En Autoridad Sanitaria Territorial

- A 2024 avanzar en la dignificación laboral del Talento Humano en el sistema distrital de salud implementando acciones que promuevan el bienestar. (Llegar a 1.500 funcionarios en planta) (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- A 2022 adelantar la revisión y actualización de la plataforma estratégica de la Entidad acorde con el nuevo modelo de salud incluyente, sostenible, participativo y diferencial.

- A 2024 garantizar el 100% de los recursos humanos, técnicos y financieros con criterios de eficiencia y eficacia para desarrollar las acciones delegadas a la Secretaría Distrital de Salud en los procesos de apoyo conforme la normatividad que la regula.
- A 2024 diseñar e implementar (1) un programa de educación toma de decisiones y producción de conocimiento para la vida y la salud por y para los ciudadanos.
- A 2024 posicionar a la EAGAT como una Entidad que asesora el 100% de los procesos de compras conjuntas previstos en las Resoluciones 278 y 2426 de 2017, para las cuatro (4) subredes integradas de servicios de salud distritales, en el marco del nuevo Modelo de Atención en Salud.
- A 2024 diseñar una "Política distrital de ciencia, tecnología e innovación para la vida, la salud y el bienestar" en la ciudad con la academia, la empresa y la ciudadanía.
- A 2024 realizar la inspección, vigilancia y control por año al 25% de los prestadores de servicios de salud de Bogotá D.C. (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).

8.3.4.2. Programa: Gobierno Abierto

Las conversaciones abiertas, transparentes y de confianza, entre la Secretaría y la ciudadanía, están mediadas por procesos participativos, en los quehaceres institucionales y sectoriales como las relacionadas con el desarrollo del ciclo de las políticas públicas, la gestión de una territorialidad protectora y cuidadora de todas las formas de vida, la planificación sectorial local y distrital, entre otras; a través de canales efectivos de diálogo, atención y gestión oportuna de requerimientos ciudadanos a todos los sectores del sistema de salud Distrital.

Los ciudadanos y ciudadanas reconocerán su poder en la exigibilidad del derecho a la salud, en el acceso a los servicios de salud, en el reconocimiento del modelo de atención en salud y como agentes de transformación de su realidad social y sus territorios a través de los laboratorios Cocreando Buen Vivir". Las metas evaluables para el programa son:

En Autoridad Sanitaria Territorial

- A 2024, diseñar e implementar la Estrategia de Gobierno Abierto en salud de Bogotá D.C. (GABO), a través de acciones de participación social en salud, transparencia, control social, rendición de cuentas y servicio al ciudadano (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- A 2024, diseñar e implementar el 100% del plan de acción, en el marco de la política pública distrital de servicio al ciudadano, con los actores del Sistema Distrital de Salud (4 subredes, IDCBIS, Capital Salud, SDS), 10 EAPB y 20 Instituciones prestadoras de servicios de salud priorizadas.
- A 2024, diseñar e implementar una (1) Estrategia de Gestión Territorial en Salud orientada a fortalecer los procesos comunitarios e intersectoriales en las 20 localidades.

8.3.4.3. Programa: Transformación digital y gestión de TIC para un territorio inteligente

La transformación digital de las políticas, los programas y los servicios de salud interconectados y abiertos, generan saberes y conocimientos integrando tecnologías e innovaciones para la toma de

decisiones que afecten positivamente las condiciones de cuidado, de sostenibilidad, de inclusión en la vida y la salud de la población en la ciudad y de la región. Las metas evaluables para el programa son:

En Autoridad Sanitaria Territorial

- A 2024 diseñar e implementar la Estrategia de Transformación Digital en Salud (**Meta Trazadora del Plan de Desarrollo**).
- A 2024 diseñar e implementar un (1) Ecosistema Inteligente con alcance de Ciudad Región.

9. Componente de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud

9.1. Contexto.

Desde su creación en 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano ha venido enfrentando retos en el área financiera que obedecen más al uso, distribución y flujo adecuado de los recursos al interior del sistema y de sus entidades, que a la falta de disponibilidad o a insuficiencia de los mismos²⁵. Esta situación origina la toma de medidas por parte de la nación a través de la expedición durante las últimas décadas de leyes, decretos y resoluciones encaminadas a mantener el equilibrio financiero, garantizar el flujo de los recursos y a lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud (Anexo 5).

Dentro de este contexto, en Bogotá D.C. se llevaron a cabo reformas locales importantes y se adoptaron estrategias locales que le permitieron un mejoramiento ostensible en los indicadores de salud y calidad de vida de su población, evidenciado por la tendencia registrada en los eventos de morbilidad, mortalidad y aseguramiento en salud (Anexo 2); así como, el garantizar la continuidad en la prestación de los servicios, cumplir con las competencias de ley delegadas por la nación en el contexto de la descentralización política, administrativa y fiscal y sacar adelante su red pública hospitalaria adscrita.

Lo anterior, habida cuenta que desde la nación se han venido transfiriendo recursos importantes a la entidad territorial para cubrir el seguro individual de salud del Régimen Subsidiado; resaltando que en la capital en materia de financiamiento aún persisten algunas debilidades dadas por la calidad y el acceso a servicios; la disponibilidad de recursos, el marco regulatorio de financiación de inspección vigilancia y control (IVC); el aumento de tutelas como mecanismo de acceso (Tabla 9); la , cartera incobrable de las empresas sociales del estado que contribuye en la disposición del adecuado flujo de fondos y de capital de trabajo²⁶; y, la atención de población no asegurada, no encuestada, es decir sin cobertura en el sistema.

Tabla 9 Compromisos por Fallos Judiciales, Tutelas y Recobros 2016-2019 (junio) Cifras en \$

CONCEPTOS DE GASTO	2016	2016	2017	2018	2019
	(1 Semestre)	(2 Semestre)			
Fallos Judiciales - Tutelas	4.338.931.714	8.448.246.988	20.764.193.422	23.579.397.383	3.848.990.433
Sentencias Judiciales	4.024.496	101.701.652	0	288.250.378	18.260.439
Recobros	0	5.229.964.305	4.998.800.353	2.524.786.051	35.780.209
Contratación de los No POS-S		\$76.709.000.000	83.216.000.000	89.170.000.000	39.5434.000.000

Fuente: SDS-Dirección de Aseguramiento-Subdirección de Administración del aseguramiento

²⁵Ospina, R. (2015). *La Salud en Colombia, ¿ya tocó fondo?*. Palmira, Valle del Cauca, Colombia: Palmiguía S.A. Recuperado el 9 de octubre de 2015 de: <http://www.palmiguia.com/opinion/tribuna/1223-la-salud-en-colombia-ya-toco-fondo>

²⁶ Universidad de Antioquía (2018), Universidad de los Andes (2017). Universidad de la Salle (2018), Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Pontificia Universidad Javeriana y Procuraduría General de la Nación (2009). Corte Constitucional (1992 y 2008).

Aunque en Bogotá D.C. se han hecho esfuerzos y se ha venido financiando la función esencial de salud pública de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de prestadores de servicios de salud, delegada a la Entidad Territorial con los recursos propios del Distrito Capital que de año en año y dependiendo de la administración se le asignen como aportes ordinarios (Tabla 10); es preciso señalar que tratándose de una competencia delegada por la nación al ente territorial en el contexto de la descentralización administrativa y financiera; esta competencia requiere contar con una fuente de financiación específica con la cual desde la nación se garantice su cumplimiento.

Tabla 10 Financiación 2016-2020 IVC de Prestadores de Servicios de Salud

Proyecto 7523 Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria (*)		2016		2017		2018		Fuente de Financiación
Cód.	Nombre	Apropiación Definitiva	Compromisos Acumulados	Apropiación Definitiva	Compromisos Acumulados	Apropiación Definitiva	Compromisos Acumulados	
0175	Recurso humano contratado para el desarrollo de funciones de carácter operativo en inspección, vigilancia y control de prestadores.	4.171,4	4.143,9	5.170,4	4.810,9	6.480,3	4.808,1	Aporte Ord. Del D.C.
0074	Inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud	837,1	450,9	730,1	15,0	951,4	951,4	Aporte Ord. Del D.C.
Total		5.008,6	4.594,8	5.920,6	4.825,9	7.471,7	5.759,5	Aporte Ord. Del D.C.

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Ingresos y Gastos Fondo Financiero Distrital de Salud Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaría Corporativa Dirección Financiera (*Nota 1. en 2016 se suman los proyectos 1192 en el componente de IVC y 877 Calidad de los Servicios de Salud)

De otra parte, en la Ley 1955 de 2019 “por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, al modificar la nación los criterios de la fórmula de distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) de propósito específico para salud, tal y como quedara expreso en sus artículos 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238; quedaron para financiar los componentes de subsidios a la oferta que la venía transfiriendo a Bogotá D.C. desde el momento mismo de la descentralización política y administrativa llevada a cabo en el país desde la década de los noventa.

En este sentido, Bogotá D.C. requiere de una mirada y de un tratamiento especial en materia de financiación, dada su singularidad como ciudad capital, cuya economía se constituye en el principal polo de desarrollo económico, industrial y centro de negocios del país²⁷ que reúne alrededor del 15% del total de la población; pero que hoy no cuenta con seguridad jurídica en materia de gasto público

²⁷ Balance de la Economía de la región Bogotá Cundinamarca e Información sobre la dinámica económica, empresarial y social de la región que conforman Bogotá y Cundinamarca. Cámara de Comercio de Bogotá D.C. 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11520/23734>

en salud para más del 43% de las fuentes que requiere el Distrito Capital para financiar la salud, dado el vacío jurídico que existe en la actualidad en lo local y el limitado el margen para regular, administrar y disponer de los recursos transferidos para cumplir con competencias delegadas a la Entidad Territorial.

9.2. Plan Plurianual de Inversiones 2020-2024.

Para el período administrativo 2020-2024 el sector público de la salud en Bogotá D.C. dispone de recursos por el orden de los \$14.944.978 millones de pesos; de los cuales el 20,66% corresponde al Sistema General de Participaciones; el 16,95%, a aportes del Distrito Capital; el 36,14% al presupuesto general de la nación ADRES para el Régimen Subsidiado de Salud; el 0,54%, a Otras Transferencias de la Nación; el 2,68%, a recursos de capital; el 7,49%, a Rentas cedidas y 1,490% a FONPET (Tabla 11).

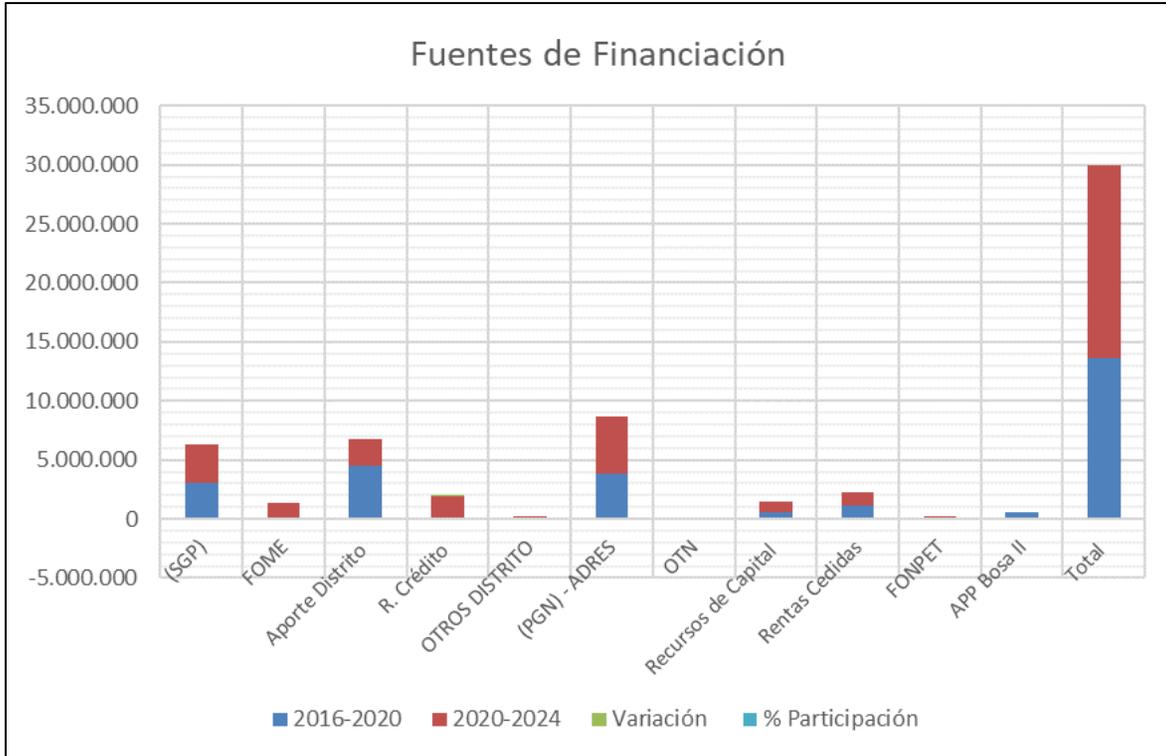
Tabla 11 Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2016-2020 y 2020-2024 Cifras constantes de 2020

Fuente	2016-2020	2020-2024	Variación	% Participación
(SGP)	3.034.315	3.287.200	8%	20,66%
FOME		1.341.146		
Aporte Distrito	4.459.038	2.323.662	-48%	16,95%
R. Crédito	69.010	1.900.000	2653%	14,05%
OTROS DISTRITO		210.000		
(PGN) - ADRES	3.810.518	4.889.156	28%	36,14%
OTN	23.580	80.500	241%	0,54%
Recursos de Capital	586.247	877.123	50%	2,68%
Rentas Cedidas	1.089.466	1.154.793	6%	7,49%
FONPET	0	222.544		1,49%
APP Bosa II	573.898		-100%	0,00%
Total	13.646.072	16.286.124	19,35%	100,00%

Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial - Dirección de Planeación Sectorial

La variación registrada con respecto al período 2016-2020, evidencia un incremento de 19,35%. El SGP aumenta 8%, los aportes del Presupuesto General de la Nación ADRES se incrementan 28%, los recursos del Crédito aumentan en 2.653%, otras transferencias de la nación crecen en el 241%, los recursos de capital crecen en el 50% (Gráfico 29).

Gráfico 29 Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2016-2020 y 2020-2024 \$ constantes de 2020



Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial - Dirección de Planeación Sectorial

10. Bibliografía

- Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Lineamientos Conceptuales “Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021” Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Edición Imprenta Nacional. Bogotá D.C. Colombia diciembre de 2014. 216 páginas. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>. Fecha de consulta Bogotá D.C. 8 de abril de 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de mayo 11 de 2015 Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. 14 páginas. Bogotá D.C. Colombia 11 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>. Fecha de consulta: Bogotá D.C. abril 8 de 2020.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). Lineamientos Estratégicos. Kit Planes de Desarrollo Territorial 2019. Referentes Normativos y Estratégicos (ODS Agenda 2030 – Constitución Política de Colombia – Ley Orgánica de Planeación - Plan Decenal de Salud Pública PDSP – Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia Pacto por la equidad - Plataforma Estratégica MSPS). Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). 33 páginas. Bogotá D.C. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/kpts-msps-2019.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de mayo 11 de 2015 Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. 14 páginas. Bogotá D.C. Colombia 11 de mayo de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>. Fecha de consulta: Bogotá D.C. abril 8 de 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. “Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente”. Bogotá D.C. Colombia enero de 2016. 97 páginas. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Hans Kelsen. Teoría General del Estado. ISBN: 978-607-9014-57-5. Editorial. Ediciones Coyoacan. 564 páginas. Página 325 y siguientes. vol. V: El orden jurídico y su gradación.
- La Teoría pura de Derecho. Introducción a la problemática científica del Derecho, 2.a edición traductor Jorge G. Tejerina; prefacio de Carlos Cossío, Editora Nacional, México, 1981, pág. 21. Conviene tener presente la traducción de Roberto J. Vernengo de la segunda edición alemana, Universidad Nacional Autónoma de México, 1962, págs. 10-11.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Guía Pedagógica. 105 paginas. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/4.1.3%20EPAL ES Pedag%3B%20gico 28 08 2014 Credi.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/4.1.3%20EPAL%20ES%20Pedag%3B%20gico%2028%2008%202014%20Credi.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social “Política de Participación Social en Salud PPSS”. Resolución 2063 de 2017. Bogotá D.C. Colombia 2019. 45 páginas. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>

- IDIGER. Plan Distrital de Gestión de Riesgo de Desastres y Cambio Climático para Bogotá 2018 - 2030 – PDGRDCC.
- IDIGER. Estrategia Distrital de respuesta a Emergencias - Marco de Actuación.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Colombia 2018.
- Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Bogotá 2018.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Año 2013.
- Instituto Nacional de Salud, Dirección Redes en Salud Pública, Coordinación Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales. Informe Anual de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, Colombia 2017 Bogotá cómo vamos. Informe de calidad de vida 2018. (2018)
- INS. Informe Anual BS y STS, Colombia 2017
- Boletín Red Distrital de Sangre, 2018. Red Distrital de Sangre y Terapia Celular, Secretaria Distrital de Salud
- Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos, Plan Decenal de Salud Pública. PDSP 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud. ISBN: 978-958-8903-45-3.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Secretaría Distrital de Salud (2019) Documento Plan de Acción de Política Pública Salud Mental 2015-2025. Documento de trabajo no disponible para público.
- Secretaría Distrital de Salud - OPS - (2017) Estudio Tamiz de Salud Mental en Población de 7- 69 años. Convenio 1540.
- Secretaría Distrital de Salud – Ministerio de Salud y Protección Social - UNODC – CICAD/OEA (2009) Primer Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.
- Secretaría Distrital de Salud – UNODC - CICAD/OEA (2016) Segundo Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. ISBN: 978-958-59684-5-5
- Distrito, S. d. E. d. (2018). <MANUAL OPERATIVO.pdf>. In D. d. B. Estudiantil (Ed.), Programa de Movilidad Escolar (pp. 27).
- Distrito, S. d. E. d. (2019). AL COLEGIO EN BICI, PIONERO EN MOVILIDAD ESCOLAR SOSTENIBLE EN COLOMBIA Bogotá: SED.
- Gispert, R. e. (2006; 20 (3)). La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gaceta Sanitaria, 184-93.

11. Anexos

Anexo 1 Atributos Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI	107
Anexo 2 . Indicadores de Morbimortalidad 2016-2018 Bogotá D.C.....	108
Anexo 3 Decretos y Medidas Adoptadas en el Contexto de la Emergencia Sanitaria por la Pandemia Coronavirus COVID-19	109
Anexo 4 Listado de Participantes.....	113
Anexo 5 Soporte Normativo Plan Territorial de Salud 2016-2020	115
Anexo 6. Plan de Respuesta Coronavirus COVID-19 en la Ciudad de Bogotá D.C	
Anexo 7. Caracterización de la población afiliada a las empresas administradoras de planes de beneficios EAPB) del Distrito Capital	

Anexo 1 Atributos Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI

Atributo		Alcance
1	Cuidadora.	Una Bogotá-Región cuidadora acoge, respeta y se ocupa deliberadamente de la distribución de la prosperidad colectiva. En ella se construye confianza entre los ciudadanos y con las instituciones, se ejercen libremente los derechos y se cumplen los deberes, se protegen a las mujeres, niñas y niños, se regula la informalidad y se disminuye la ilegalidad y la criminalidad. Goza de servidores y servidoras públicos dispuestos a la escucha, que honran en su quehacer el servicio público y actúan con transparencia en defensa del interés colectivo. Quienes habitan y viven la Bogotá-Región son personas solidarias, que se auto regulan y regulan mutuamente y están dispuestas a poner algo de sí para mejorar la vida de todas las personas que la habitan.
2	Incluyente.	Una Bogotá-Región incluyente reconoce y valora las diferencias, hace posible que los grupos poblacionales y los sectores sociales en condiciones de vulnerabilidad, participen creciente y plenamente del bienestar, tengan mejores oportunidades que catalizan la agencia humana y puedan ejercer la libertad, combate la segregación socioeconómica y la naturalización de la discriminación y la exclusión, trabaja por el logro de mayores equilibrios territoriales y distribuye en el territorio sus equipamientos para garantizar un acceso más equitativo a los bienes y servicios, se busca construir las condiciones para que cada quien pueda realizar sus sueños, desarrollar sus capacidades y sea lo que quiera ser. Una Bogotá incluyente lucha por acabar con ideas, prejuicios y comportamientos que excluyen y discriminan, como el machismo, el clasismo, el racismo, la homofobia y la xenofobia.
3	Sostenible.	En una Bogotá-Región sostenible se cambian hábitos de vida - la manera en que nos movemos, producimos y consumimos-, se satisfacen las necesidades del presente sin comprometer la posibilidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas. Se trabaja en procura de lograr equilibrio entre el crecimiento económico, el cuidado del ambiente natural y el bienestar social y se generan capacidades de resiliencia para afrontar los cambios en el contexto territorial y ambiental.
4.	Consciente.	Una Bogotá-Región consciente y creadora reconoce sus debilidades y sus fortalezas, trabaja las primeras y convierte las segundas en oportunidades colectivas; aprovecha sus potenciales, tiene confianza en sí misma, en su ciudadanía e instituciones y es capaz de agenciar su desarrollo humano, unirse y luchar contra la corrupción, hacer más transparente y efectiva la gestión de la ciudad, pone la creación y la innovación constantes al servicio del bienestar común, aprovecha la inteligencia colectiva, la tecnología y la transformación digital para el beneficio colectivo y crece y se desarrolla integralmente.

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Planeación

Anexo 2 . Indicadores de Morbimortalidad 2016-2018 Bogotá D.C.

Dimensión	Indicadores	2008	2016	2017	2018
Cronicas No Trasmisibles	Tasa de mortalidad atribuible a Enfermedades Crónicas no trasmisibles en Personas Menores de 70 años (Tasa por 100.000 habitantes).	21,8	18,7	18,0	14,9
Salud Sexual y Reproductiva	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	41,7	27,4	28,2	25,2
	Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivosmas fetales	26,80	13,1	13,5	12,2
	Incidencia de Sífilis Congénita**	2,76	1,32	1,55	1,39
	Prevalencia de sífilis gestacional	3,87	6,57	7,03	7,49
	Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 10-14 años	N.D.	1,1	1,0	0,9
	Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15-19 años	N.D.	43,8	38,7	34,6
	Nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años	586	315	304	274
	Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años	21.006	13.757	12.036	10.675
Salud en Infancia	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	13,30	9,4	9,4	8,8
	Tasa de mortalidad menores de 5 años por 1.000 Nacidos Vivos	15,20	11,2	11,2	10,2
Salud Mental	Tasa de suicidio	3,6	4,5	4,3	4,0
	Tasa de Maltrato Infantil contra niños y adolescentes (tasa por 100.000 menores de 18 años)	N/A	844,5	819	894,2
	Tasa de violencia sexual contra los niños (tasa por 100.000 habitantes)	N/A	173,9	184,8	241,1
	Tasa de violencia intrafamiliar (tasa por 100.000 habitantes)	N/A	387,2	358,3	374,8
	Prevalencia de sustancias psicoactivas*	N/A	Alcohol:36,5, tabaco: 16,2 sustancias ilícitas: 2,93	N/A	N/A
Trasmisibles e Infecciosas	Incidencia de VIH**	N.D.	34,8	28,7	41,5
	Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica por 100.000 menores de cinco años	1,5	0,7	0,3	0,0
	Tasa de mortalidad por neumonía por 100.000 menores de 5 años	21,00	7,4	7,9	6,9
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Prevalencia de Bajo peso al nacer	12,40	12,6	13,2	13,5
	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años	21,4	17,5	18,2	18,4
	Tasa de mortalidad por desnutrición por 100.000 en menores de cinco años	2,70	0,50	0,0	0,0

Fuente: Datos tomado del estudio *consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C año 2016 *Subsistema de vigilancia SIVIGILA, 2016-2018 y Subsistema de vigilancia SIVIM, 2016-2018

**Anexo 3 Decretos y Medidas Adoptadas en el Contexto de la Emergencia Sanitaria por la Pandemia
Coronavirus COVID-19**

Decreto Resolución	Alcance
Decreto Presidencial 476 de 2020	Faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para durante tiempo de la emergencia social, económica y ecológica para flexibilizar los requisitos la evaluación de solicitudes de registro sanitario, permiso comercialización o notificación sanitaria obligatoria, así como, la comercialización, distribución y adquisición de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos equipos biomédicos, reactivos de diagnóstico in vitro necesarios para la atención del COVID19.
Decreto Presidencial 461 de 2020	Faculta a los gobernadores y alcaldes para reorientar las rentas de destinación específica de sus entidades territoriales con el fin de llevar a cabo las acciones necesarias para hacer frente a las causas que motivaron la declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, no será necesaria la autorización de las asambleas departamentales o consejo municipales.
Decreto Presidencial 460 de 2020	Establece medidas para garantizar la salud de los servidores de las comisarías de familia y la atención personalizada a las y los usuarios mediante la utilización de medios tecnológicos, que permitan reducir la congregación personas en dependencias, sin que ello afecte la continuidad y efectividad de las actuaciones administrativas y jurisdiccionales a su cargo.
Decreto Presidencial 457 de 2020	Decreta el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, hasta el 13 de abril. Establece excepciones y garantiza prestación de servicios básicos y abastecimiento, de igual forma suspende las operaciones aéreas nacionales, salvo carga y emergencia humanitaria, hasta la misma fecha y define sanciones por incumplimiento de las medidas de aislamiento obligatorio.
Decreto Presidencial 439 de 2020	Toma medidas en materia de contratación estatal, acudiendo a la realización de audiencias públicas electrónicas o virtuales, suspensión de procedimientos, inclusive su revocatoria, cuando no haya mecanismos que permitan continuarlos de manera normal; adicionalmente, se permite a la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente adelantar procedimientos de contratación ágiles y expeditos, ante la urgencia en adquirir bienes, obras o servicios para contener la expansión del virus y atender la mitigación de la pandemia; inclusive se debe autorizar, entre otras medidas pertinentes, la adición ilimitada de los contratos vigentes que contribuyan a atender la epidemia."
Decreto Presidencial 439 de 2020	Suspende por término treinta (30) días calendario a partir de las 00:00 horas del lunes marzo 2020, desembarque con fines ingreso o conexión en territorio colombiano, pasajeros procedentes del exterior, por vía aérea con fundamento en la declaración de la Organización Mundial de la Salud del 11 de marzo de 2020 relacionada con el brote del nuevo coronavirus COVID-19.
Decreto Presidencial 420 de 2020	Establece instrucciones que deben ser tenidas en cuenta por los alcaldes y gobernadores en el ejercicio de sus funciones en materia de orden público en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19, al decretar

Decreto Resolución	Alcance
	medidas sobre el particular. Ordena a los alcaldes y gobernadores que en el marco de sus competencias constitucionales y legales prohíban el consumo de bebidas embriagantes en espacios abiertos y establecimientos de comercio, a partir de las seis de la tarde (6:00 p.m.) del día jueves 19 de marzo de 2020, hasta las 6:00 a.m. del día sábado 30 de mayo de 2020 y la realización de reuniones y aglomeraciones de más de cincuenta (50) personas, a partir de las seis de la tarde (6:00 p.m.) del día jueves 19 de marzo de 2020, hasta el día sábado 30 de mayo de 2020.
Decreto Presidencial 418 de 2020	Dicta medidas sanitarias en materia de salud pública relacionadas con la dirección del manejo del orden público a cargo del presidente y ordena que las instrucciones, actos y órdenes en el marco de la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19, se apliquen de manera inmediata y preferente sobre las disposiciones de gobernadores y alcaldes.
Decreto Presidencial 417 de 2020	Declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional y, en virtud de éste, el gobierno nacional adopta mediante decretos legislativos con fuerza de ley las medidas adicionales necesarias para conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos y disponer de operaciones presupuestales necesarias para cubrir la emergencia.
Decreto Presidencial 412 de 2020	Dicta normas en materia de salud pública y ordena el cierre de los pasos marítimos, terrestres y fluviales de frontera con la República de Panamá, República del Ecuador, República del Perú y la República Federativa de Brasil a partir de la 00:00 horas del 17 de marzo de 2020 hasta el 30 de mayo de 2020 y decreta continuar con el cierre de los pasos terrestres y fluviales de frontera autorizados con la República Bolivariana de Venezuela, ordenado mediante el Decreto número 402 del 13 de marzo de 2020 hasta el 30 de mayo de 2020.
Resolución No. 450 de 2020.	Modifica los numerales 2.1 y 2.2 del artículo 2 de la Resolución 385 de 2020 en relación con la limitación del número de personas en actividades o eventos.
Resolución No. 461 de 2020.	Declara la urgencia manifiesta para celebrar la contratación de bienes y servicios necesarios para atender la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID - 19.
Resolución No. 460 de 2020.	Dicta medidas sanitarias obligatorias de aislamiento preventivo para proteger los adultos mayores de 70 años.
Resolución No. 453 de 2020.	Adopta medidas sanitarias de control en algunos establecimientos por causa del COVID-19 y se dictan otras disposiciones.
Resolución No. 470 de 2020.	Por la cual se adoptan las medidas sanitarias obligatorias de aislamiento preventivo de personas adultas mayores en centros de larga estancia y de cierre parcial de actividades de centros vida y centros día.
Resolución No. 407 de 2020.	Modifica los numerales 2.4 y 2.6 del artículo 2 de la Resolución 385 de 2020, por la cual se declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional.
Resolución No. 406 de 2020.	Adopta medidas preventivas para el control sanitario de pasajeros provenientes del extranjero, por vía aérea, a causa del nuevo Coronavirus.

Decreto Resolución	Alcance
Directiva presidencial 02 de 2020	Medidas para atender la contingencia generada por el COVID-19, a partir de uso de las tecnologías, la información y las telecomunicaciones - TIC.
Directiva presidencial 06 de 2020	Implementación de los planes de preparación y respuesta ante el riesgo de introducción del nuevo Coronavirus en el territorio nacional.
Decreto Distrital 081 del 11 de marzo de 2020.	Adopta medidas sanitarias y acciones transitorias de policía para la preservación de la vida y la mitigación del riesgo con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá D.C
Decreto Distrital 084 del 12 de marzo de 2020	Adiciona un artículo transitorio al Decreto Distrital 842 de 2018 "Por medio del cual se establece el horario de trabajo de servidores públicos del sector central de la Administración Distrital y se dictan lineamientos sobre la flexibilización del horario en circunstancias especiales durante el tiempo que dure la alerta por la propagación del COVID-19.
Decreto Distrital 087 del 16 de marzo de 2020	Declara la calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá, D.C.
Decreto Distrital 088 del 17 de marzo de 2020	Adopta medidas complementarias para mitigar el riesgo y controlar los efectos del Coronavirus (COVID-19) en los establecimientos educativos de Bogotá D. C. y adopta las medidas necesarias para garantizar la continuidad en la prestación del servicio público educativo en la ciudad.
Decreto Distrital 090 del 19 de marzo de 2020	Adopta medidas transitorias para garantizar el orden público en el Distrito Capital, con ocasión de la declaratoria de calamidad pública efectuada mediante Decreto Distrital 087 del 2020 "Por el cual se declara la calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá, D.C."
Decreto Distrital 091 del 22 de marzo de 2020	Modifica el Decreto 090 de 2020 "Por medio del cual se adoptan medidas transitorias para garantizar el orden público en el Distrito Capital, con ocasión de la declaratoria de calamidad pública efectuada mediante Decreto Distrital 087 del 2020 "Por el cual se declara la calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá, D.C." y se toman otras disposiciones.
Decreto Distrital 092 del 24 de marzo de 2020	Imparte instrucciones para la debida ejecución de la medida de aislamiento obligatorio, tales como las excepciones de profesiones y servicios que operarán durante el ejercicio, la circulación de solo una persona por núcleo familiar, las medidas de salubridad para el servicio de entrega a domicilio, entre otras.
Decreto Distrital 093 del 25 de marzo de 2020	Adopta medidas adicionales y complementarias a la declaración de calamidad pública, incluyendo sectores como Integración Social y Hábitat.

Decreto Resolución	Alcance
Resolución Distrital 0397 del 16 de marzo de 2020	Limita la realización de los eventos y sitios masivos a un máximo de 50 personas

Anexo 4 Listado de Participantes

Luz Guavita	Julio Abril	María Haideé Barbosa Devia
Luz Guavita	Walter Ramírez	Paola Arteaga
Rubén Celis Ávila	Milena	Guillermo Ríos Hincapié
Hernán Leonardo Cuervo Bernal	Martha Fuentes	Jorge Enrique Aragón R
Ingrith Paola Salamanca Blanco	Yuri Johana García Triana	Pedro Antonio Hernández Alemán
Juan Camilo Pinzón Alfonso	John Corredor	Marcela Romero
Dora Torres	Beltrán Villegas María helena	Jeimy Alejandra Ariza Beltrán
Daniel Fernando Durán Bustamante	Carmen Rosa Villota	Javier López
José Darío Henao	Luz Angela Rojas Romero	Luz Mila Sánchez Silvestre
Pedro Pablo Suárez	Edward Alexander Duque Tamayo	Luz Mila Sánchez Silvestre
Yuly Emma Cristancho Pulido	Luis Camilo Gutiérrez Neme	Adolfo Cruz Orozco
Alejandro Prieto	Emiro Manuel Llorente Garcés	Carlos Paipa
Diana Zamora	Anatolio Martin Alfonso	Jorlette González
Martha Betancourt	Ian Perdomo	Jhon Galindo
María Dolores Mejía Pacheco	Manuel Antonio Coral Cortes	María Consuelo Cubillos Canti
Diana Alejandra Sanabria	Diana Mabel Montoya Reina	Pedro F. Jiménez R.
Felipe calvo	Milena Mosquera	Hipólito pinilla
Jeison Giraldo	Paulina Suárez	Diego Bejarano
Sumilde Enerita Nova Rivera	Paulina Suárez	Doris Sánchez
Claudia cruz	Dacier Echeverri	Diana Milena Chavarro Melo
María Dolores Mejía Pacheco	Paulina Suárez	Vanessa Romero
Tatiana Rodríguez	Paola Garzón	Yuraima Enith ramos m
Yadira Carrillo Leguizamón	Camila Gómez	Hogar hospitalario san José
Carlos Grisales	Javier Ortiz	Jorge Eduardo Galvis Castañeda
William tafur Díaz	Tatiana Ariza	Josué David Rodríguez Cruz
Vanessa Bolívar	Erika Alejandra Gómez	Jazmín Victoria Campo
Julio César Ruiz romero	Angélica Enciso	Yoseline Palencia
Yolanda Mendoza	Jorge Enrique Zumemaque Virguez	Fundación Hambrunas y Gorditos
Martha Cecilia Gómez	Doris Ladino Carreño	Tito Álvarez Quintero
Elaine Hernández	Jorge Bolaño Vega	Lina María Agudelo Colorado
Daniela Badillo	Margarita Arévalo Gutiérrez	Carmen Julia Páez guerrero
Luisa Álvarez	María Guatibonza	Yamile Vargas
Daniel Vargas	Sandra milena Cantillo Vásquez	Carlos jara
Adriana Morales	Nidia Avendaño	Gloria nieto
Jorge Romero	Levisón Harley Niño Leal	Gloria nieto
Marcela Rodríguez Díaz	Álvaro Escobar Puchetti	Jehuar Robinson Murillo Cruz

Ana Villota	Heráclito Landínez	Sandra Rocio Castellanos Mendoza
Cristina de los Ángeles Losada Forero	Alex Peña Vargas	Oscar Ferney López Espitia
Oscar Ferney López Espitia	Martha Liliana Huertas Moreno	Marcela Sáenz Muñoz
Sandra María Cifuentes Sandoval	Zohad Humar Forero	María Fernanda Sánchez Sánchez
Angie Daniela Medina Abril	Diana Carolina Torres Rojas	Cesar Augusto Morales Astudillo

Fuente: Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano.

Anexo 5 Soporte Normativo Plan Territorial de Salud 2016-2020

Norma	1. Normatividad de orden nacional
Constitución Política de Colombia de 1991 (CPC)	Establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado y como derecho irrenunciable que se debe garantizar a todos los colombianos. Determina la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado (Título II, Capítulo II, Artículos 48 y 49)., Arts.336, 356 y 357 de la CPC.
Ley 9 de 1979 (Código Único Sanitario Nacional).	Dicta normas en materia sanitaria para la prevención y control de los agentes biológicos, físicos o químicos que ponen en riesgo la salud humana y para protección del medio ambiente.
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y dicta otras disposiciones en el contexto de la descentralización política, administrativa y financiera del país hacia las entidades territoriales en materia de salud.
Ley 152 de 1994 (Ley Orgánica del Plan de Desarrollo).	Define procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo y su aplicación en la nación, entidades territoriales y organismos públicos de todo orden.
Ley 643 de 2001	Define el monopolio como la facultad exclusiva del Estado para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar, y establece condiciones en las cuales los particulares pueden operarlos con fines de arbitrio rentístico a favor de los servicios de salud.
Ley 715 de 2001	Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento del Acto Legislativo 001 de 2001, mediante la reestructuración del sistema de transferencias originadas en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, reajusta las competencias de los entes territoriales en materia de salud, y ordena reorganizar el régimen subsidiado.
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Norma	1. Normatividad de orden nacional
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones
Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud),	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1816 de 2016	Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones.
Ley 1797 de 2016	Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1819 de 2016	Adopta reforma tributaria, fortalece mecanismos para lucha contra la evasión y elusión fiscal y dicta otras disposiciones.
Ley 1955 de 2019	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia Pacto por la Equidad".
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.
Decreto-Ley 111 de 1996	Esta ley orgánica del presupuesto, su reglamento, las disposiciones legales que ésta expresamente autorice, además de lo señalado en la Constitución, serán las únicas que podrán regular la programación, elaboración, presentación, aprobación, modificación y ejecución del presupuesto, así como la capacidad de contratación y la definición del gasto público social. En consecuencia, todos los aspectos atinentes a estas áreas en otras legislaciones quedan derogados y los que se dicten no tendrán ningún efecto (L. 179/94, art. 64).
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 2353 de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud
Decreto 3518 de 2006.	Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud.

Norma	1. Normatividad de orden nacional
Decreto 476 de 2020	Faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para durante tiempo de la emergencia social, económica y ecológica para flexibilizar los requisitos la evaluación de solicitudes de registro sanitario, permiso comercialización o notificación sanitaria obligatoria así como, la comercialización, distribución y adquisición de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos equipos biomédicos, reactivos de diagnóstico in vitro necesarios para la atención del COVID19.
Decreto 461 de 2020	Faculta a los gobernadores y alcaldes para reorientar las rentas de destinación específica de sus entidades territoriales con el fin de llevar a cabo las acciones necesarias para hacer frente a las causas que motivaron la declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, no será necesaria la autorización de las asambleas departamentales o consejo municipales.
Decreto 460 de 2020	Establece medidas para garantizar la salud de los servidores de las comisarías de familia y la atención personalizada a las y los usuarios mediante la utilización de medios tecnológicos, que permitan reducir la congregación personas en dependencias, sin que ello afecte la continuidad y efectividad de las actuaciones administrativas y jurisdiccionales a su cargo.
Decreto 457 de 2020	Decreta el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, hasta el 13 de Abril. Establece excepciones y garantiza prestación de servicios básicos y abastecimiento, de igual forma suspende las operaciones aéreas nacionales, salvo carga y emergencia humanitaria, hasta la misma fecha y define sanciones por incumplimiento de las medidas de aislamiento obligatorio.
Decreto 439 de 2020	Toma medidas en materia de contratación estatal, acudiendo a la realización de audiencias públicas electrónicas o virtuales, suspensión de procedimientos, inclusive su revocatoria, cuando no haya mecanismos que permiten continuarlos de manera normal; adicionalmente, se permite a la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente adelantar procedimientos de contratación ágiles y expeditos, ante la urgencia en adquirir bienes, obras o servicios para contener la expansión del virus y atender la mitigación de la pandemia; inclusive se debe autorizar, entre otras medidas pertinentes, la adición ilimitada de los contratos vigentes que contribuyan a atender la epidemia."
Decreto 439 de 2020	Suspende por término treinta (30) días calendario a partir de las 00:00 horas del lunes marzo 2020, desembarque con fines ingreso o conexión en territorio colombiano, pasajeros procedentes del exterior, por vía aérea con fundamento en la declaración de la Organización Mundial de

Norma	1. Normatividad de orden nacional
	la Salud del 11 de marzo de 2020 relacionada con el brote del nuevo coronavirus COVID-19.
Decreto 420 de 2020	Establece instrucciones que deben ser tenidas en cuenta por los alcaldes y gobernadores en el ejercicio de sus funciones en materia de orden público en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19, al decretar medidas sobre el particular. Ordena a los alcaldes y gobernadores que en el marco de sus competencias constitucionales y legales prohíban el consumo de bebidas embriagantes en espacios abiertos y establecimientos de comercio, a partir de las seis de la tarde (6:00 p.m.) del día jueves 19 de marzo de 2020, hasta las 6:00 a.m. del día sábado 30 de mayo de 2020 y la realización de reuniones y aglomeraciones de más de cincuenta (50) personas, a partir de las seis de la tarde (6:00 p.m.) del día jueves 19 de marzo de 2020, hasta el día sábado 30 de mayo de 2020.
Decreto 418 de 2020	Dicta medidas sanitarias en materia de salud pública relacionadas con la dirección del manejo del orden público a cargo del presidente y ordena que las instrucciones, actos y órdenes en el marco de la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19, se apliquen de manera inmediata y preferente sobre las disposiciones de gobernadores y alcaldes.
Decreto 417 de 2020	Declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional y, en virtud de éste, el gobierno nacional adopta mediante decretos legislativos con fuerza de ley las medidas adicionales necesarias para conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos y disponer de operaciones presupuestales necesarias para cubrir la emergencia.
Decreto 412 de 2020	Dicta normas en materia de salud pública y ordena el cierre de los pasos marítimos, terrestres y fluviales de frontera con la República de Panamá, República del Ecuador, República del Perú y la República Federativa de Brasil a partir de la 00:00 horas del 17 de marzo de 2020 hasta el 30 de mayo de 2020 y decreta continuar con el cierre de los pasos terrestres y fluviales de frontera autorizados con la República Bolivariana de Venezuela, ordenado mediante el Decreto número 402 del 13 de marzo de 2020 hasta el 30 de mayo de 2020.
CONPES 147 de 2011	Expide lineamientos técnicos orientados a la prevención del embarazo en adolescentes

Norma	1. Normatividad de orden nacional
Resolución 1841 de 2013 del MSyPS.	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 enfocado hacia la intervención sobre los determinantes sociales de la salud y de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y el Sistema de protección social, según sus competencias. Delega responsabilidades a las Entidades Territoriales referidas a su implementación, monitoreo, seguimiento, evaluación, coordinación intersectorial del Plan y su armonización con las políticas públicas.
Resolución 1536 de 2015 del MSyPS.	Establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las Entidades Territoriales y las Entidades del Gobierno Nacional. Delega obligaciones a las Empresas Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Administradoras de Riesgos Laborales, en esta materia.
Resolución 429 de febrero 17 de 2016 del MSyPS.	Adopta la Política de Atención Integral en Salud basada en redes integradas de servicios de salud.
Resolución 2626 de 2019	Modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la redefine y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)
2. Normatividad de Orden Distrital	
Decreto Ley 1421 de 1993.	Establece el régimen especial para el Distrito Capital y el estatuto político, administrativo y fiscal. Busca dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo, promover el desarrollo integral de su territorio y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.
Acuerdo 20 de 1990 del Concejo de Bogotá D.C.	Designa a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud, logrando la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
Acuerdo 12 de 1994, del Concejo de Bogotá, D.C.	Establece el Estatuto de Planeación para Bogotá y reglamenta la formulación, la aprobación, la ejecución y la evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas de Santa Fe de Bogotá, conformado por un componente estratégico general y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.
Decreto Distrital 546 de 2007.	Establece la conformación de las comisiones intersectoriales, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital con el objeto de garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial.
3. Acuerdos de Orden Internacional	

Norma	1. Normatividad de orden nacional
Objetivos de Desarrollo Sostenible.	Esta agenda retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio para lograr lo que éstos no alcanzaron, acogiendo las tres dimensiones de desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. Cuenta con diecisiete (17) objetivos y 169 metas a cumplir en el período que se extiende desde el año 2016 al año 2030
Declaración Universal de Derechos Humanos.	Proclamada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo, tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, con lo que es esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho y se promueva el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones. Los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado los derechos fundamentales del ser humano y se han comprometido a promover el progreso social, elevar el nivel de vida, asegurar el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre.
Declaración de Alma Ata de 12 de septiembre de 1978	La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo.
Protocolo de Kioto Naciones Unidas 1998	Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
Reglamento Sanitario Internacional, versión 2005.	Comprende el conjunto de normas y procedimientos acordados por 193 países que aplican para: limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública, incrementar la seguridad de la salud pública global y minimizar interferencias a los viajes, el comercio y las economías.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaría de Planeación y gestión Sectorial Dirección de Planeación Sectorial